



**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO PATOLOGÍA EXISTENCIAL
E INTERVENCIÓN EN CRISIS
TESIS DOCTORAL**

**RESILIENCIA, ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
GÉNERO EN RELACIÓN CON EL GRUPO SANGUÍNEO
ABO Y LA ERITROSEDIMENTACIÓN GLOBULAR.**

**AUTOR:
Juan Carlos Yépez González.
CI: 10.955.691
N° de Pasaporte 008996172**

**Mérida – Venezuela
Julio 2011**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL
E INTERVENCIÓN EN CRISIS
TESIS DOCTORAL**

**RESILIENCIA, ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y SU
RELACIÓN CON EL GRUPO SANGUÍNEO ABO Y LA
ERITROSEDIMENTACIÓN GLOBULAR**

AUTOR:

Juan Carlos Yépez González.

C.I: 10.955.691

Nº de Pasaporte 008996172

DIRECTORES DE TESIS

José María Poveda de Agustín

José Regino Peña

Mérida – Venezuela

Julio 2011



**Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría
UAM**

JOSÉ MARÍA POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que Don. **Juan Carlos Yépez González**, ha realizado bajo mi dirección,
el trabajo **“RESILIENCIA, ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y
SU RELACIÓN CON EL GRUPO SANGUÍNEO ABO Y LA
ERITROSEDIMENTACIÓN GLOBULAR”**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesario. Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Julio de 2011



**Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría
UAM**

JOSÉ REGINO PEÑA, Profesor de la Facultad de Medicina de
la Universidad de Carabobo.

CERTIFICO

Que Don. **Juan Carlos Yépez González**, ha realizado bajo mi dirección,
el trabajo “**RESILIENCIA, ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y
SU RELACIÓN CON EL GRUPO SANGUÍNEO ABO Y LA
ERITROSEDIMENTACIÓN GLOBULAR**”

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesario. Por
eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Mayo de 2011

DEDICATORIA

A mis seres más queridos cuya comprensión permitieron realizar
ilusionadamente esta tesis doctoral

Dedicada especialmente a la Dra. Ingrid Tortolero y al Dr. José Poveda
quienes me abrieron las puertas para realizar este trabajo

AGRADECIMIENTO

A mi Director de Tesis, **Dr. José Regino Peña**, cuya motivación, orientación, paciencia, proyección, conocimientos y atención permitieron la elaboración de este trabajo. Mil Gracias.

Al Dr. José **José María Poveda de Agustín**, por su inagotable fuente de conocimientos, por traernos este Doctorado que sin duda alguna nos brinda herramientas que nos permiten desenvolvernos de forma efectiva en los diversos ámbitos de la vida.

A la **Dra. Ingrid Tortolero** por todas sus diligencias y oficios para la realización de este doctorado. Muchísimas gracias.

A **todos los Profesores** que dictaron los diversos cursos, quienes magistralmente con mucha sencillez nos trasladaron a las diversas etapas de la vida y por compartir sus experiencias, permitiéndonos abordar las situaciones existenciales desde la mejor óptica.

A la **Universidad Autónoma de Madrid y sus autoridades**, personal y a todos sus integrantes especialmente a los que forman el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina.

A la **Universidad de los Andes** y todos aquellos que de una u otra forma abrieron su espacio y tiempo para realizar este Doctorado

A **mis estudiantes** quienes como parte activa de esta tesis, entusiasmados llenaron sus cuestionarios, ayudaron en la toma de muestra y procesamiento de la misma. Muchas Gracias.-

A **mi esposa, Giovanna Spagano**, también Lic. En Bioanálisis por ayudarme a procesar las muestras sanguíneas y motivarme.

Índice General	
Carta de Aprobación	III
Dedicatoria V	IV
Agradecimiento	VI
Índice General	VII
Índice de Cuadros y Gráficos	VIII
Resumen	XIV
Abstract	XV
Introducción	1
CAPÍTULO I	6
Antecedentes de la investigación	6
Actualización del tema	18
Propósito	25
Planteamiento del Problema	25
Sistemas de Hipótesis	26
Objetivos	27
CAPÍTULO II	28
Marco metodológico	28
Población	28
Muestra (basal)	28
Muestra (con estrés)	28
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	29
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	30
Instrumentos para medir los efectos del estrés	30
Toma de muestra sanguínea	30
Métodos para determinar las variables hematológicas	31
Métodos estadísticos	31
CAPÍTULO III	33
Presentación y análisis de los resultados	34
Análisis estadístico descriptivo	64
Resultados	64
Discusión	86
Conclusiones	96
Bibliografía	97
Anexos	115

Índice de Cuadros y Gráficos

CUADRO N°- 1 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	34
CONTINUACION CUADRO N°- 1 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	35
CUADRO N°- 2 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).	36
CONTINUACION CUADRO N°- 2 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).	37
CUADRO N°- 3 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	38
CONTINUACIÓN CUADRO N°- 3 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	39
CUADRO N°- 4 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).	40
CONTINUACION CUADRO N°- 4 Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).	41
CUADRO N°- 5 Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	42
CUADRO N°- 6 Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).	43
CUADRO N°- 7 Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	44

CUADRO N°- 8 Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal)	45
CUADRO N°-9 Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	46
CUADRO N°- 10 Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).	47
CUADRO N°- 11 Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	48
CUADRO N°- 12 Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).	49
CUADRO N°- 13 Matriz general correspondiente a las respuestas de Depresión Ansiedad y Estrés DAS - 21 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	50
CUADRO N°- 14 Matriz general correspondiente a las respuestas de Depresión, Ansiedad y Estrés DAS - 21 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).	51
CUADRO N°-15 Matriz general correspondiente a las respuestas de Depresión, Ansiedad y Estrés DAS - 21 de los hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).	52
CUADRO N°- 16 Matriz general correspondiente a las respuestas de la Depresión, Ansiedad y Estrés DAS - 21 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).	53
CUADRO N°- 17 Matriz general correspondiente a los valores de Depresión, Ansiedad y Estrés del DAS - 21 en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal	54
CUADRO N°- 18 Matriz general correspondiente a los valores Emocional, Conductual, Cognitivo y Vegetativo del IRE - 32 en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	55
CUADRO N°- 19	56

Matriz general correspondiente a los valores globales de los Cuestionarios (CED-44, IRE-32, CD-RISC Y DASS-21) en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	
CUADRO N°- 20 Matriz general correspondiente a los valores de Hb, Htc y Número de eritrocitos en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	57
CUADRO N°- 21 Matriz general correspondiente a los valores de HCM, VCM y CHCM en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	58
CUADRO N°- 22 Matriz general correspondiente a los valores totales o globales de Leucocitos, Plaquetas y Fg en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	59
CUADRO N°- 23 Matriz general correspondiente a los valores totales o globales de TT, TP y TTPa en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	60
CUADRO N°- 24 Matriz general correspondiente a los valores totales o globales de FVIII:C, D-Di y Lisis de las Eoglobulinas en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	61
CUADRO N°- 25 Matriz general correspondiente a los valores totales de VSG durante la primera y segunda lectura e Índice de Katz en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal	62
CUADRO N°- 26 Matriz general correspondiente a los grupos sanguíneo A y O mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.	63
CUADRO N°-27 Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones del IRE – 32 en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.	64
CUADRO N°-28 Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH y DASS – 21 en mujeres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).	65
CUADRO N°-29 Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH y DASS – 21 en hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).	66

CUADRO N°-30 Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones de Resiliencia (CD-RISC) y la Escala del Cuestionario de Estrés diario (CED – 44 total y subescalas) en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.	67
CUADRO N°-31 Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones del DAS – 21 en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.	68
CUADRO N°-32 Estadísticos de Pruebas de regresión a través de la estimación curvilínea del cuestionario de la resiliencia CD-RISH y CED.	69
CUADRO N°-33 Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones de la Resiliencia, Dímero - D, Factor VIII:C y lisis de las Eoglobulinas en función al Grupo sanguíneo A y O en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.	70
CUADRO N°-34 Estadísticos de Pruebas de igualdad de las medias de los grupos (Lambda de Wilks - ANOVAs) para la diferenciación de los cuestionarios DASS-21, IRE-21, RC-RISC, FVIII:C, Di-D, FVIII:C, Lisis de las Eoglobulinas y CED-44 respecto a los grupos sanguíneos A y O en mujeres durante el estrés psicológico agudo.	71
CONTINUACIÓN DE CUADRO N°-34 (Estadísticos de grupo sanguíneo).	72
CUADRO N°-35 Estadísticos de Pruebas de igualdad de las medias de los grupos (Lambda de Wilks - ANOVAs) para la diferenciación de los cuestionarios DASS-21, IRE-21, RC-RISC, FVIII:C, Di-D, FVIII:C, Lisis de las Eoglobulinas y CED-44 respecto a los grupos sanguíneos A y O en hombres durante el estrés psicológico agudo.	73
CONTINUACIÓN DE CUADRO N°-35 (Estadísticos de grupo sanguíneo).	74
CUADRO N°-36 Estadísticos descriptivos de los de variables de la hemostasia durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.	75

<p>CUADRO N°-37 Estadísticos descriptivos de los de variables del eritron y leucocitos durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.</p>	76
<p>CUADRO N°-38 Estadísticos descriptivos de los de variables Velocidad de Sedimentación globular y Índice de Katz durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.</p>	77
<p>CUADRO N°-39 Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH, y la VSG DASS – 21 en muejres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).</p>	78
<p>CUADRO N°-40 Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH, y la VSG DASS – 21 en hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).</p>	79
<p>Gráfico 1. Representa la estimación curvilínea de regresión de la Resiliencia (CD-RISC) durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) en mujeres sin distinción de grupos sanguíneos A y O.</p>	80
<p>Gráfico 2 . Representa la estimación curvilínea de regresión de la Resiliencia (CD-RISC) durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) en hombres sin distinción de grupos sanguíneos A y O.</p>	81
<p>Gráfico 3 . Representa los valores promedios de la resiliencia durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.</p>	83
<p>Gráfico 4. Representa los valores promedios de la concentración del Dimero - D durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.</p>	83
<p>Gráfico 5.</p>	84

Representa los valores promedios del tiempo de lisis de Euglobulinas durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.	
Gráfico 6. Representa los valores promedios del FVIII:C durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.	85

Resumen

La resiliencia es la capacidad de sobreponerse a los problemas y fortalecerse de los mismos. Son conocidos los efectos perjudiciales del estrés, la ansiedad y la depresión destacando los infartos y los accidentes cerebrovasculares. Entre los numerosos abordajes para el manejo del estrés se están destacando los basados en el estudio de la resiliencia. Entendida como “habilidad que no sólo amortigua sino que permite aprender de los efectos del estrés”. Diversos autores han asociado y diferenciado, el sistema sanguíneo ABO con trastornos psiquiátricos, tales como: la depresión, ansiedad, entre otros. Se ha determinado que las personas del grupo sanguíneo O poseen un 25% menos de factor von Willebrand (vFW) respecto a los no O (A, AB y B). Los altos niveles de FVIII han sido relacionados a la enfermedad arterial coronaria, esto pudiera explicar porque esta enfermedad presenta alta prevalencia en los tipos sanguíneos A y AB. No obstante, debido a factores psicológicos, se ha sugerido que los individuos del grupo sanguíneo O, cuando son del tipo personalidad A (hostilidad), pueden tener gran riesgo de infarto de miocardio en relación a los del grupo sanguíneo A. Es importante estudiar las asociaciones del estrés, ansiedad, depresión y la resiliencia con parámetros hematológicos, para aportar datos a la comunidad científica general que permitan proyectar las medidas terapéuticas con mayor eficacia. Por ello nos propusimos determinar asociaciones de la resiliencia con el estrés psicológico agudo, las emociones (ansiedad y depresión) y los parámetros hematológicos con especial referencia a los grupos sanguíneo A y O y la velocidad de sedimentación globular en estudiantes universitarios. La investigación se realizó en la Cátedra Hematología de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de los Andes, Mérida – Venezuela y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, España. La muestra estaba constituida por 70 sujetos 35 mujeres 35 hombres, se tomo una muestra basal sin examen (sin estrés) y una muestra con multiplicidad de exámenes (con estrés). Se aplicó el Cuestionario de Estrés Diario -44, la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés -21, el Índice de Reactividad al Estrés -32 y la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson y simultáneamente se extrajeron muestras sanguíneas para procesar los diversos análisis hematológicos. Los datos se tabularon y compararon estadísticamente por SPSS 15. Los resultados obtenidos revelaron que: *Tanto en hombres como mujeres la resiliencia disminuye durante el estrés psicológico agudo, dentro de este panorama las mujeres presentan mejor resiliencia respecto a los hombres, es decir, las mujeres pudieran afrontar y sobreponerse más eficientemente a los efectos del estrés. Las mujeres del grupo sanguíneo A al parecer son más resilientes que las del grupo sanguíneo O.* Entre los hombres no hubo diferencias de la resiliencia respecto a los grupos sanguíneos. *La VSG se acelera durante el estrés psicológico agudo, pero no es un buen marcador biológico del mismo. El estrés psicológico agudo expone al sujeto al borde del límite de la trombosis, por lo que se recomienda a los especialistas intervenir en estas crisis existenciales y a los sujetos involucrados en este evaluarse el nivel de estrés a través de estos cuestionarios y verificar la evolución del tratamiento con estas pruebas hematológicas.*

Abstract

Resilience is the capacity to cope with problems and get stronger from them. The adverse effects of stress, anxiety and depression are well known among which the heart attacks and the cerebrovascular accidents are remarkable. Among the different approaches to deal with stress we have those based on the study of resilience, commonly understood as "the ability not only to diminish but also to learn from the effects of stress". Several authors have associated and differentiated the ABO blood system with psychiatric disorders such as depression, anxiety, among others. It has been found that people with Type O blood have a 25% less of von Willebrand factor (VWF) in relation to the non-O (A, AB and B). High levels of FVIII have been associated to coronary artery disease; this could explain the reason why the disease has high prevalence in blood types A and AB. However, due to psychological factors, it has been suggested that individuals of blood group O, when they are type A personality (hostility), may increase the risk of myocardial infarction in relation to blood group A. It is important to study the association of stress, anxiety, depression and resilience to hematological parameters, to provide data to the general scientific community in order to project the therapeutic measures more effectively. Therefore, we proposed to determine the associations of resilience to acute psychological stress, emotions (anxiety and depression) and hematological parameters with special reference to blood groups A and O and the erythrocyte sedimentation rate in college students. The research was conducted at the Department of Hematology, Faculty of Pharmacy and Bioanalysis of the University of the Andes, Mérida - Venezuela and the Department of Psychiatry at the Autonomous University of Madrid, Spain. The sample consisted of 70 subjects 35 women, 35 men; basal samples were taken without test (no stress) and a sample with a multiplicity of tests (stress). It was applied the Daily Stress Questionnaire -44, the Anxiety and Depression Scale Stress -21, the index of -32 and the Connor and Davidson Reactivity to Stress Resilience Scale; simultaneously, blood samples were taken to process the various hematological analysis. The data were tabulated and compared statistically by the SPSS 15. The results showed that in both men and women, resilience decreases during acute psychological stress. In this scenario, women have better resilience compared to men, that is, women could more effectively address and overcome the effects of stress. Women of the blood group A appear to be more resilient than the blood group O. Among men there were no differences regarding the resilience of blood groups. The erythrocyte sedimentation rate is accelerated during acute psychological stress, but is not a good biomarker of it. Acute psychological stress exposes the subject to the boundary edge of thrombosis, so it is recommended to specialists to intervene in these existential crisis and those involved with this to evaluate the stress level through these questionnaires and check the progress of treatment with these blood tests.

Introducción

El estrés puede ser una enfermedad primaria o secundaria que produce deterioro en la salud a través de la activación simpática excesiva cuyo sostenimiento conduce a enfermedad isquémica del corazón, hipertensión, accidente cerebro vascular (Lemyre et al, 2009).

El Doctor **José Regino Peña**, en su tesis doctoral (2008) dirigida por el Dr. **Poveda José** de la **Universidad Autónoma de Madrid, España**, determinaron que en los hombres con cardiopatía isquémica los factores psicosociales relacionados a eventos vitales (estrés), están relacionados positivamente con las carencias o necesidades existenciales. En nuestra opinión, este hallazgo, sería una propuesta de vulnerabilidad, por lo que, es importante estudiar las asociaciones del estrés, ansiedad, depresión y la resiliencia con parámetros hematológicos, para aportar datos a la comunidad científica general que permitan proyectar las medidas terapéuticas con mayor eficacia.

Los factores de riesgo de ACV están bien documentados, pero se sabe poco sobre las circunstancias de la vida que pudieran desencadenar un primer ACV (Rochette et al, 2009). El estrés ya sea físico o psicológico juega un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos (Burke et al, 2005). Hay evidencias que la depresión aumenta el riesgo del ictus, aunque los mecanismos por lo que la depresión conducen ACV aún quedan por aclarar (Narushima et al, 2002).

El ACV es el problema más común después de la enfermedad cardíaca y causa la muerte de 5,7 millones de personas en el mundo por año. La tendencia indica que la cantidad de ACV **en Europa** pasará de 1,1 millones por año en el 2000 a 1,5 millones por año en el 2025. **Gregory Lip, profesor de medicina cardiovascular de University of Birmingham**, dijo que la mayoría de esos ACV se pueden prevenir. Pero, el sub - diagnóstico y la mala atención de los pacientes con La fibrilación atrial, así como también la subutilización de los medicamentos y los efectos adversos de fármacos, hacen que el ACV cree "una carga innecesaria y pesada" para los pacientes, los cuidadores y el sistema de salud (Reuter, 2009 en anexo).

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente un 20% del total de la mortalidad diagnosticada en nuestro país, constituyendo **la primera causa de muerte en la población venezolana**. Una reducción de la morbilidad y letalidad es importante no sólo por la cantidad de años de vida perdidos por muertes originadas en estas causas sino también por la discapacidad ocasionada por estas enfermedades y por los costos derivados de su tratamiento (Croce et al 2004).

Considerando que existe evidencia abrumadora de los efectos nocivos del estrés sobre el corazón y **por el hecho de que la vulnerabilidad y los factores de resiliencia desempeñan un papel en la amplificación o amortiguar esos efectos**. Numerosos planteamientos están disponibles para el manejo del estrés que pueden disminuir el sufrimiento de los pacientes y mejorar su calidad de vida (Dimsdale 2008).

Los problemas de salud mental afectan a aproximadamente el 20% de los adolescentes. Tradicionalmente, el foco principal ha sido sobre la vulnerabilidad y los factores de riesgo **y menos en los factores de protección**. La evaluación **de factores de resiliencia** puede proporcionar los objetivos adecuados para las intervenciones entre los jóvenes (Hjemdal et al 2010).

La transición de primaria a la escuela intermedia o secundaria es comúnmente considerado como un período de estrés y la agitación de los jóvenes adolescentes, y se ha asociado con cambios en la ansiedad y otros problemas psicológicos. Sin embargo, se sabe menos acerca de los factores de riesgo y resistencia que pueden predecir estos cambios (Grills-Taquechel 2010).

Es necesario proporcionar más evidencia que puedan ser fructífera para los clínicos e investigadores para **asistir a los factores de resiliencia** en relación a los síntomas psicológicos entre los adolescentes mayores y para la población en general. En los últimos años se ha comenzado a investigar el rol de las interacciones sociales positivas y el eventual efecto protector contra la aterosclerosis y la enfermedad coronaria, condición que ha sido denominada **resiliencia psicológica** (Kubzansky 2007).

El estrés psicológico produce activación de la coagulación y la fibrinólisis. En la ansiedad la suma de estos sistemas conduce a un estado de hipercoagulabilidad (Geiser et al, 2008). En el estrés psicológico agudo se alteran varios factores protrombóticos de la coagulación, evidenciándose por el aumento del factor VIII de la coagulación (FVIII:C), (von Känel et al, 2009). El estrés juega un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos (Narushima et al, 2002). Además, en la depresión se ha mostrado la existencia de un perfil bioquímico a nivel endocrino e inmunológico similar al observado en el estrés (Burke et al, 2005).

Los factores de estrés crónico psicosocial (estrés laboral o el nivel socioeconómico bajo) están relacionados con un estado de hipercoagulabilidad reflejado por el aumento de las moléculas procoagulantes (es decir, el fibrinógeno o factor de coagulación VII) y por la capacidad fibrinolítica reducida. También hay evidencia que apunta a la hipercoagulabilidad en la depresión. Un estado de hipercoagulabilidad se manifiesta como resultado de un desequilibrio de los sistemas coagulación y fibrinólisis y se relaciona con la progresión de la enfermedad cardiovascular y síndromes coronarios agudos. Factores de estrés psicológico y trastornos **depresivos y ansiedad** también están asociados con enfermedad arterial coronaria (von Känel et al 2001).

La ira, la ansiedad y la depresión se han visto relacionadas en numerosos estudios prospectivos, con eventos cardiovasculares (Paterniti et al, 2001). La ansiedad se relacionó con un 60% de aumento del riesgo de enfermedad coronaria, independientemente de otros factores (Thurston et al, 2006). Un metaanálisis de 11 estudios encontró una fuerte correlación positiva entre depresión y enfermedad coronaria, con un riesgo relativo de 2.69 para individuos con depresión mayor y de 1.49 para aquellos con estado de ánimo deprimido (Rugulies 2003).

Un creciente cuerpo de evidencias indica que las elevaciones en el hematocrito y la hemoglobina son derivadas al estrés físico y mental. Se ha vinculado la disminución del volumen plasmático causando hemoconcentración con ajustes hemodinámicos asociados con la activación del sistema nervioso simpático. Los niveles elevados de hematocrito y la hemoglobina se han identificado como un factor de riesgo independiente para el desarrollo

de una serie de enfermedades, como hipertensión, enfermedad coronaria y accidentes cerebro vasculares (Allen y Patterson 1995).

Es conocido que la hemoconcentración y la Policitemia retrasan la velocidad de sedimentación globular (VSG) (Amilashwari et al, 1990). Por otra parte se ha demostrado la capacidad de agregación de los glóbulos rojos y el concomitante aumento del fibrinógeno en el estrés psicológico, además del aumento del volumen corpuscular medio (VCM) (Amilashwari et al, 1990), los cuales contradictoriamente son acelerantes de la VSG.

Los resultados preliminares del DEA presentados en octubre 2008, para determinar la VSG se empleó en método Wintrobe (resultando en el estrés significativamente acelerada respecto a la basal, sin estrés). No obstante el método universal para esta prueba es el de Westergreen (Amilashwari et al, 1990). Por lo que en esta tesis también estudiamos el comportamiento de esta prueba empleando el método Westergren.

Diversos autores han asociado y diferenciado, el sistema sanguíneo ABO con trastornos psiquiátricos, tales como: la depresión, ansiedad, alteración bipolar, entre otros (Masters 1967; Vasantkumar y winokur 1968; Rihmer y Arató 1981; Dintenfass et al, 1976; Singg y Lewis 2001). El sistema sanguíneo ABO Representa uno de los polimorfismos influyentes en la viscosidad y coagulación sanguínea (Huraux et al 2001). Se ha determinado que las personas del grupo sanguíneo O poseen un 25% menos de factor von Willebrand (vFW) respecto a los no O (A, AB y B). Los altos niveles de FVIII han sido relacionados a la enfermedad arterial coronaria, esto pudiera explicar porque esta enfermedad presenta alta prevalencia en los tipos sanguíneos A y AB (Wahlberg et al, 1984 y Orstavik, 1990).

Sin embargo los individuos del grupo sanguíneo O pueden tener gran riesgo de infarto al miocardio más que los del grupo sanguíneo A **debido a factores psicológicos** (por ejemplo, tipo de **personalidad A**, hostilidad) (Neumann y Arbogast 1991).

Se discute la utilidad de los grupos sanguíneos en la investigación futura en la predicción de infarto de miocardio y las hipótesis sobre los factores de la sangre y los rasgos de comportamiento en los pacientes con trastornos psicósomáticos (Neumann et al, 1991).

Del amplio contexto que abarca la resiliencia, en esta tesis investigamos la resiliencia asociada al estrés, emociones (ansiedad, depresión) y parámetros hematológicos, en estudiantes universitarios.

La investigación se realizó en la Cátedra Hematología de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de los Andes, Mérida – Venezuela. Dirigida por Dr. Poveda José y el Dr. Peña José del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, España. Se realizó, entre los meses de septiembre 2009 a marzo 2011, en estudiantes universitarios.

El primer capítulo consistió en una recopilación bibliográfica de antecedentes e información actualizada muy dispersa y variada, que ahora compilada, traducida, resumida e hilada pudieran constituir un aporte bibliográfico de la psiquiatría al mundo hematológico, así como también, permitieron seleccionar los objetivos, el problema y las hipótesis.

Se emplearon cuestionarios, escalas o test de altísimo reconocimiento internacional para la selección y evaluación de los efectos del estrés. Para las determinaciones hematológicas, se emplearon equipos automatizados y pruebas manuales dependiendo del caso. Se utilizaron métodos estadísticos apropiados, se discutió comparando los resultados con la literatura especializada.

Capítulo I

Antecedentes de la investigación

En la historia estos personajes son algunos ejemplos que están unidos por algo en común **la resiliencia**: (Job el de la Biblia, Víctor Frankl, Jonah Lomu, Louise L. Hay, Boris Cyrulnik, Frida Kahlo, Juan Pablo II, Nelson Mandela, Christopher Reeve, Lance Armstrong, Ana Frank, Mónica Chirife, Tim Guenard, Helen Keller y Anne Sullivan, Rigoberta Menchú, Primo Levi, entre otros. (Del Rio 2009; Ángeles y Morales, 1995).

Resiliencia aspectos históricos

Se ha escrito que la primera reseña sobre el concepto de Resiliencia, se llevó a cabo en un artículo publicado en el año 1942, en The American Journal of Psychiatry. En el N° 99 del mes de noviembre de ese año, Mildred C. Scoville, relata la “asombrosa resistencia” que los niños de la guerra presentaban ante situaciones peligrosas para sus vidas. El artículo reflejaba claramente, aunque **con el término “resistencia**, los hechos traumáticos, los factores de riesgo, los elementos de protección y las evoluciones posteriores de los niños que, en Gran Bretaña, debían afrontar los efectos de la segunda guerra mundial, a través de la mirada de los Trabajadores Psiquiátricos Sociales asignados (Del Rio 2009).

Si bien las fuentes pueden variar, existe cierto consenso y la mayoría de los artículos señalan que no fue hasta los años sesenta que este concepto es retomado. Según la recopilación de Del Rio 2009, Hay autores trabajos que marcaron la historia de lo que hoy conocemos como **Resiliencia**. Ellos son:

1.- En los años 60, el estudio que inicia Emmy Werner, una **psicóloga estadounidense**, junto a **Ruth Smith**. psicóloga americana, quien siguió el desarrollo de los niños nacidos en familias con problemas en la Isla de Kauai (Hawai), constatando que contra toda

esperanza, **algunos niños terminen por ser adultos felices y constructivos**. También se encuentran otras investigaciones sobre resiliencia citadas por el **Dr. Friederich Lösel** quien elabora un inventario de las mismas, según su objeto de estudio y el tipo de problema que se aborda.

2- En los 70 el médico **Norman Garmezy, de la Universidad de Minnesota**, investiga los motivos por los cuales los hijos de padres esquizofrénicos, no sufrían enfermedades psicológicas, pese a crecer en hogares con muchos problemas. Sus estudios lo llevaron a escribir: **“cuando estudiemos las fuerzas que permiten a las personas sobrevivir y adaptarse, los beneficios para nuestra sociedad, sin duda, serán mayores que todo el esfuerzo por construir modelos de prevención primaria, cuya meta es limitar la incidencia de la vulnerabilidad”**

3- En los 80, Michael Rutter, un psiquiatra inglés, junto a un equipo, resalta la importancia de la combinación de factores (características del individuo y condiciones de su ambiente) que permiten a los seres humanos afrontar y superar los problemas y las adversidades. Sus resultados llevaron, al psiquiatra, a asegurar que, ante una adversidad, se podían identificar tres grupos de comportamientos y de resultados:

1. Las personas que no pueden salir adelante mostrando índices de “escasa salud mental”.
2. Las personas que reaccionan frente a la adversidad pero no los perjudica de forma especial, pudiendo continuar sus vidas sin mayores novedades.
3. Las personas que, aun siendo vulnerables frente a lo adverso, logran resistir y utilizan sus experiencias como base para construir nuevas estrategias personales que les ayudan para cumplir los objetivos.

Queda claro, según estos estudios que ante las adversidades (muy variadas ellas, por cierto, como así también los grupos estudiados), las respuestas del ser humano pueden ser distintas

y que no sólo no había un “determinismo”, para cada persona, que indefectiblemente significara un seguro daño psicológico sino que, muy por el contrario, las personas podían “resistir” al hecho traumático y, más aún, podían salir fortalecidas de ese trauma. Del Rio 2009 plasmó en un esquema los estudios anteriores:



Fuente: Del Rio 2009.

Otras investigaciones de **resiliencia** en: familias que han sufrido severos problemas económicos de Elder et al; en estudios longitudinales en Nueva York de Thomas y Chess y en Inglaterra por Osborn, Rutter et al; en familias con alto riesgo de delincuencia de Felsman y Vaillant; en niños de la calle en América del Sur de Felsman y en Instituciones de Bienestar Social en Europa de Lödel et al (Del Rio 2009).

El auge de la investigación en Resiliencia reúne una extensa variedad de publicaciones sobre todo en estas dos últimas décadas. **Las investigaciones realizadas hasta el momento, proporcionan una serie de hallazgos que se configuran como categorías de análisis en el tema de la resiliencia.**

Resiliencia definición

Existen diversas definiciones del término **resiliencia**, estas dependen de cada autor y su enfoque teórico:

Edith Grotberg, una de las más importantes especialistas en el tema, afirmó que la resiliencia es parte de la salud mental y de la calidad de vida; ésta se mide de acuerdo a la

definición básica que ella proporciona: **resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido y transformado por experiencias de adversidad** (Grotberg 2001).

La resiliencia es un proceso, no una simple respuesta frente a la adversidad; tampoco es una mera dotación constitucional o genética, es algo que se construye de acuerdo al desarrollo humano y supone la interacción positiva con las personas en los ambientes proximales con quienes se desarrollan las personas. Siendo un proceso inherente a la vida, teje al individuo del nacimiento a la muerte (Cyrułnik 2002).

La mayoría de los autores que han construido **mediciones de resiliencia** le dan importancia a las **dimensiones psicológicas y del desarrollo, enfrentamiento de estrés** o a las habilidades para la vida relacionadas con la autoestima, la empatía, la autonomía, el factor humor y la creatividad (Salgado 2005).

Otro concepto clave para la aplicación de la resiliencia y su medición en la práctica preventiva es el asunto de las percepciones. Sentirse o no apoyado por el medio proximal es fundamentalmente un asunto de percepciones subjetivas; es cierto que esta apreciación se construye por actitudes, sentimientos, **emociones** y pensamientos, y por la sensación final que me hace sentirme apoyada o no, esto es un asunto de percepción (Salgado 2005).

Otros conceptos, desde el punto de vista de la acción:

La resiliencia es ante todo un concepto de acción que **se le puede profundizar por los aportes de las ciencias**, de las experiencias concretas de base e incluso de las artes. La resiliencia es una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales. (Gardiner 1994).

La resiliencia es un fenómeno multifacético que abarca factores ambientales y personales. (Retter 1993).

Es la aptitud para resistir a la destrucción, es decir, preservar la integridad en circunstancias difíciles; la actitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades. (Vaniestendael 1994).

La resiliencia es la habilidad de crecer, madurar e incrementar la competencia de cara a circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos los recursos, tanto personales como ambientales (Gordon 1996).

Resiliencia significa las habilidades, destrezas, conocimientos, insight (introspección) que se acumula con el tiempo a como las personas luchan por levantarse de la adversidad y afrontar retos. Es un continuo y desarrollador donde de energía y destrezas que puede ser utilizado en las luchas actuales (Garmezy 1994).

Resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices. Es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello. (Wolin y Wolin 1993).

La resiliencia no es una característica o una dimensión estática. Es la articulación continua de capacidades y conocimientos derivados a través de la interacción de riesgos y protecciones en el mundo (Saleebey 1996).

El concepto de vulnerabilidad al estrés, parte del hecho reconocido de la **existencia** de factores sociales, familiares y personales que hacen más probable en un individuo, la presencia de determinadas **problemáticas de salud física y mental**. Según Pandinha (1996), en estos términos se encuentran incluidas todas aquellas características, variables de personalidad y situaciones ambientales que hacen más propenso a un individuo a desarrollar un problema específico con respecto al resto de la población, en este caso a desarrollar **síntomas asociados al estrés**.

En los últimos años, dentro de la psicología ha ganado terreno el estudio de la **resiliencia**, la cual anteriormente la definimos como: la habilidad que presentan algunos individuos de

resistir y rehacerse ante situaciones difíciles, para mantener no sólo sus niveles de funcionamiento intelectual y social, sino incluso lograr un crecimiento personal (Manciaux et al 2001).

Es importante señalar que tanto la **vulnerabilidad** como la **resiliencia** son estados que no se alcanzan de una vez para siempre, sino procesos que pueden variar en función de la relación de la relación del individuo con el medio (Alonso et al 2009).

La presencia de situaciones de **estrés** y las formas de afrontarlas, se relacionan con **la existencia** de problemas académicos, conductuales y **emocionales** (Suldo y Huebner, 2004) o bien, pueden transformarse en experiencias de crecimiento personal (Saikou, 2009).

En **1936, Hans Selye del Departamento de la Universidad de Montreal, Canada** definió el estrés como la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga. Y describe el Síndrome General de Adaptación. **Walter Cannon en 1934**, demuestra el aumento de la secreción de adrenalina en animales sometidos a estrés (Hayward 2005).

Desde entonces se han realizados innumerables estudios que establecen el mecanismo de estrés, de una forma muy breve seria:

Las glándulas suprarrenales son una extensión del sistema nervioso simpático. En respuesta al estrés estas glándulas liberan varios químicos diferentes en el torrente sanguíneo. Estos mensajeros proporcionan otro nivel de comunicación entre el sistema nervioso, el sistema hormonal, y otros sistemas internos para proporcionar orientación adicional respecto de cómo deben actuar en respuesta al estrés. No obstante, los efectos sostenidos a largo plazo de estos mensajeros implican un alto costo físico y mental para el organismo. (Sanchez et al 2008).

Un nuevo paradigma concibe a la **emoción** como un mecanismo de respuesta del organismo de **una manera adaptativa al estímulo** medioambiental más que un estado puramente subjetivo dan lugar a un área sumamente extensa de investigación científica (Greca 2007).

Es bien conocido que las **emociones negativas** pueden facilitar conductas de riesgo como consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, falta de adherencia a planes alimentarios saludables y actividad física, pero además hoy se sabe que son capaces de favorecer el desarrollo de enfermedad cardiovascular por medio de la activación **del sistema nervioso adrenérgico** y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenocortical, disregulación inmunológica y favorecimiento del proceso inflamatorio (Greca 2007).

Sujetos normotensos e hipertensos **con conflictos emocionales** revelaron cambios significativos en la sangre similares a los de esfuerzo muscular. Estos resultados sugieren que estas alteraciones son parte de un patrón de reacción de protección durante **cortos períodos transitorios de tensión y cuando las acciones ofensivas sean necesarias**. Este patrón de resultados es una protección contra la pérdida excesiva de sangre como en un combate mortal (tiempo de coagulación “reducido” aumento de la viscosidad y hematocrito). Este patrón, si fuera crónico sería perjudicial, sobre todo en el hipertenso ya que podría favorecer la trombosis intravascular y aumento en el trabajo del corazón (Schneider R and ZangarI 1951).

Se estudio los efectos **del estrés psicológico agudo** en los seres humanos con las **variables hematológicas** y su asociación cardiovascular. Los resultados indicaron un aumento significativo en la viscosidad del plasma y las proteínas plasmáticas totales y una disminución significativa en el volumen plasmático calculado. Estos resultados proveen evidencia directa de que el estrés psicológico agudo puede producir cambios significativos en Hemorreología, hemoconcentración y cardiovascular. **El mecanismo más probable para el efecto hemoconcentración inducida por el estrés es un cambio de líquido vascular a los espacios intersticiales a través de la presión creciente de la sangre** (Patterson et al 2008).

En el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la **Universidad de Miami, EE.UU.** Se determinó que en pacientes **Trastorno depresivo mayor de leve a moderado** aumentó considerablemente los valores hemorreológicos del estrés, es decir, **hemoconcentración y viscosidad de la sangre en** comparación con los controles, estas medidas se correlacionaron con la severidad de la depresión (Wong et al 2008).

Estudios que datan de la década de los 60 repetidamente han demostrado que la deficiencia del FVIII está ligada al tipo sanguíneo O, mientras que el tipo A y AB tienen grandes cantidades. Los de tipo B presentan cantidad intermedia. Como resultado la sangre tipo A y AB deberían coagular más rápidamente que los tipos O y B respectivamente (Wahlberg et al, 1984 y Orstavik, 1990).

Se ha investigado extensamente las asociaciones entre los sistemas ABO, coagulación, fibrinolítico y lípidos totales. Se ha concluido que los individuos del grupo sanguíneo O presentaron baja coagulabilidad (Hou et al, 1996).

Asociaciones y diferencias entre el fenotipo sanguíneo ABO se han descrito en varias patologías y las variaciones reológicas también han sido reportadas en: la elevada presión sanguínea (Dintenfass L 1970), estrés, diabetes (Dintenfass 1975 y Dintenfass L 1977), infarto al corazón, cáncer y enfermedad tiroidea ((Dintenfass L 1975), insuficiencia renal (Dintenfass L 1968) y melanoma maligno (Dintenfass L 1977). Se ha demostrado la elevada coagulabilidad en el grupo sanguíneo A respecto a otros grupos (Dintenfass L 1975).

Asociaciones y diferencias entre el fenotipo sanguíneo ABO se han descrito en la **depresión** (Dintenfass et al, 1976). Las alteraciones y enfermedades psiquiátricas también se han relacionado al tipo sanguíneo ABO.

Antecedentes ABO Enfermedades Psiquiátricas

Se ha reportado un incremento del grupo sanguíneo "A" en el trastorno maníaco depresivo y del grupo "O" en pacientes con esquizofrenia (Flemenbaum y Larson 1976) y una frecuencia elevada y significativa del grupo sanguíneo A para el trastorno bipolar (Weir et al 2002).

Se investigó la frecuencia de enfermedades psiquiátricas con los grupos sanguíneos en 500 pacientes ingresados en el **Hospital de Enfermedades Mentales Whittingham Preston, Lancashire**. Y no se encontró una correlación significativa entre el grupo sanguíneo ABO y los trastornos psiquiátricos (Masters 1967).

Un estudio realizado en Departamento de Psiquiatría de la Escuela de medicina de la **Universidad de Washington**, se determinó la frecuencia de grupos sanguíneos ABO de un grupo de 65 pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo primario se comparó con un grupo seleccionado de 65 controles. No hubo diferencias en la distribución de los tipos de sangre ABO y los trastorno afectivos en su conjunto (Vasantkumar I y winokur 1968).

Sin embargo, se han criticado las metodologías estadísticas de estudios previos que sostienen que no hay relación de los trastornos afectivos con los grupos sanguíneos ABO. **Se ha propuesto utilizar logaritmo de productos cruzados (lambda) en vez del tradicional chi – cuadrado** (Lavori et al 1984).

Se comparó la distribución del tipo de sanguíneo ABO de 246 pacientes maníaco-depresivos. Después de la subdivisión de los pacientes en subgrupos bipolar I (n = 151) y el trastorno bipolar II (n = 95) se encontraron diferencias significativas para la sangre tipo O y A entre los dos subgrupos, y entre los pacientes bipolares II y controles (Rihmer y Arató 1981).

Un estudio realizado en el Departamento de Psicología y Sociología de la **Universidad de San Angelo, EE.UU** en una muestra de 108 voluntarios sanos (agrupados en los tipos de sangre: O, A y B / AB) se les administró el Inventario de Depresión de Beck. **Los**

resultados sugieren que hay asociación entre la depresión y la sangre del tipo O (Singg y Lewis 2001).

Los grupos sanguíneos ABO se relacionaron en muestras de pacientes con distintas alteraciones: Los resultados proporcionaron evidencia de: (1) asociación positiva entre la neurosis obsesivo - compulsivo y el tipo de sangre A y una asociación negativa con la sangre O, (2) asociación positiva entre la neurosis fóbica, y (3) una asociación positiva entre el tipo de histeria y la sangre A y una asociación negativa con el tipo de sangre O. Por otra parte, el sexo no parece modificar la distribución del tipo sanguíneo ABO en nuestra pacientes con neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis fóbica o histeria. **Estos hallazgos podrían ser considerados como base para afirmar que los factores hereditarios en el individuo neurótico pueden influir en la forma clínica de la neurosis** (Rinieris et al 1983)

No obstante, un estudio no pudo demostrar una asociación entre los fenotipos ABO y la enfermedad obsesiva-neurosis compulsiva con rasgos de personalidad premórbida. Estos resultados se discuten a la luz de los anteriores resultados positivos y en el contexto de las críticas generales de los estudios de asociación de la enfermedad con los grupos sanguíneo (McKeon y McColl D 1982).

Se ha observado una asociación positiva entre la neurosis obsesivo-compulsivo y el tipo de sangre A y una asociación negativa con la sangre O; una asociación positiva entre la neurosis fóbica y la sangre de tipo O negativa y una asociación positiva entre la histeria y la sangre A y una asociación negativa con la sangre O. Por otra parte, el sexo no parece modificar la distribución del tipo sanguíneo ABO en nuestra pacientes con neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis fóbica o histeria (Rinieris et al, 1983).

Hemoglobina, eritrocitos, agregación, velocidad de sedimentación globular y volumen corpuscular medio y su relación con el estrés, ansiedad y depresión.

Hay evidencias que la reología de la sangre juega un rol muy importante en una variedad de estados crónicos de **ansiedad**. Cuando fueron comparados sujetos sanos, con **depresión** crónica (Dintenfass 1976) y pacientes esquizoides presentaron diferencias significativas en la reología de la sangre y en la habilidad de los **glóbulos rojos de agregarse** (Dintenfass 1975 y 1976).

En el Departamento de Medicina de la **Universidad de Cornell New York EEUU** se determinó que el estrés físico de un esfuerzo muscular acorta el tiempo de coagulación (30 por ciento), acorta el tiempo de protrombina diluido (16 por ciento), aumenta el hematocrito (2,2 por ciento), **disminuye la tasa de sedimentación (20 por ciento)** y aumenta la viscosidad de la sangre (8 por ciento) (Schneider R and ZangarI 1951).

Los efectos del estrés de los exámenes académicos sobre las variables hematológicas fueron determinadas en 41 estudiantes en tres condiciones, es decir, la situación de estrés (el día antes de un examen oral difícil) y dos condiciones de base, es decir, una semana antes y después. En las mismas ocasiones, los sujetos completaron la Escala de Estrés Percibido (PSS), la versión del estado de la **Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** y el Perfil de Estados de Ánimo (POMS) (Maesabc et al, 1998).

El estrés académico (examen) aumentó significativamente Hto, Hb, VCM, HCM y CHCM y disminuyó significativamente RDW (distribución de la amplitud eritrocitaria). **Habían relaciones significativas** entre los cambios inducidos por el estrés en el PSS, STAI y las puntuaciones del POMS y los de **Ht, Hb, VCM y HCM** (todos positivos) y RDW (negativo). Se concluye que el estrés de los exámenes académicos induce importantes cambios hematológicos indicativos de un aumento del número de glóbulos rojos **macrocíticos** y hemoglobinización aumentada, lo que no se puede explicar por los cambios productos del líquido que sale al espacio intravascular (Maesabc et al, 1998).

La mayoría de los estudios psicoimmunológicos se han centrado en los efectos del estrés a corto plazo. Un estudio fue diseñado para explorar los efectos de diferentes factores

psicológicos a corto y largo plazo sobre la inmunidad, tal como se refleja en el estado de adherencia de leucocitos / agregación (LAA) en la sangre periférica, el recuento de glóbulos blancos (WBCC) y los eritrocitos **velocidad de sedimentación globular (VSG)**. Los sujetos fueron 91 hombres y mujeres sanos, con edades entre 18-69 años (Kreitler et al, 1994).

Se les realizaron las pruebas para la LAA, WBCC y VSG, se les aplicaron la encuesta experiencias de vida de (Sarason et al.), el Cuestionario de Problemas personales (Kreitler y Kreitler), tres medidas de las emociones, las escalas de neuroticismo (Eysenck), la susceptibilidad al estrés (Tellegen), la fuerza de la excitación, la inhibición y la movilidad de los procesos nerviosos (Strelau), y la orientación cognitiva (CO) de la salud. Los resultados mostraron que el estado de **la LAA en la sangre periférica se correlacionó con el 21,3 por ciento de las variables psicológicas** y que en un análisis de regresión representaron el 38,2 por ciento de la variación en el LAA. **La WBCC y VSG estaban relacionados con factores psicológicos, en menor grado y otros principalmente emocional** (Kreitler et al, 1994).

Se estudio el efecto de una vigilia de 75 horas sobre la velocidad de sedimentación globular (VSG), en dos experimentos con 63 voluntarios masculinos sanos. **La VSG se incrementó al final de la vigilia en comparación con los valores de pre-exposición**. Este aumento no se correlacionó significativamente con cambios concomitantes en los triglicéridos en suero, ácidos grasos libres, colesterol o gammaglobulinas, a excepción de una correlación significativa y negativa con los cambios de colesterol en uno de los dos estudios (Palmbiad et al, 1979).

Aunque el mecanismo para el aumento de la VSG en respuesta a la exposición al factor estresante no está claro, se concluyó que cuando se utiliza la **velocidad de sedimentación globular** en la práctica clínica, debería tenerse en cuenta los factores situacionales del paciente, **como unos días de estrés y noches sin dormir** (Palmbiad et al, 1979).

El estrés de los exámenes académicos también afecta significativamente a las variables eritrón. Hay un aumento en el número de **glóbulos rojos macrocíticos**, con aumento de la hemoglobina, que no se puede explicar por los cambios de líquido fuera del espacio intravascular (Maesabc et al 1998). Por otra parte, se ha sugerido que el estrés induce la producción de citoquinas pro-inflamatorias que pueden estimular la proliferación de factores hemopoyéticos (Broxmeyer 1995).

Actualización del tema

Resiliencia

La relevancia clínica de la resiliencia ha recibido una atención considerable en los últimos años. Por lo que inclusive y debido a su importancia se han validado escala de resiliencia en 107 estudiantes universitarios de enfermería y psicología en Japón (Nishi et al 2010).

Recientemente en Australia se han realizados estudios relacionados a la resiliencia en diversos ámbitos, por ejemplo, en 92 estudiantes se determinó los factores de protección asociados a la resiliencia de fumar (Colgan et al 2010).

En los Estados Unidos se realizó un estudio prospectivo multi-institucional longitudinalmente (2006-2007), en un total de 1321 estudiantes de medicina. Las encuestas contenían instrumentos estandarizados para evaluar el agotamiento, la calidad de vida, la fatiga y el estrés. Adicionalmente fue explorado el apoyo social, clima de aprendizaje, eventos de la vida, situación laboral y la demografía estudiantes (Dyrbye et al 2010).

El agotamiento es frecuente entre los estudiantes de medicina y es un predictor de una seria consecuencia ulterior de la deserción de la escuela de medicina y la ideación suicida. La comprensión de los factores que protegen contra el desgaste es necesaria para orientar los programas de bienestar de los estudiantes (Dyrbye et al 2010).

En Noruega se investigó en 307 estudiantes adolescentes (edad media 16,4 años), las relaciones entre los síntomas psiquiátricos frecuentes y los factores de resistencia. **Resultando que las puntuaciones más altas de resistencia predijeron puntuaciones más bajas en los niveles de depresión, ansiedad, estrés y los síntomas obsesivo-compulsivos** (Hjemdal et al 2010).

En el Departamento de Psicología de la **Universidad de Houston, EE.UU** se analizó longitudinalmente a los factores que predicen la ansiedad durante la transición a la escuela media. Resultando una **disminución significativa en la ansiedad, particularmente la ansiedad social durante este período para los niños, pero no las niñas**. El examen de los predictores de los cambios en la ansiedad sugiere que, en general, la autoestima, la aceptación social y el género se asocian a la ansiedad general y social. Estos resultados se integran con la literatura existente sobre los cambios evolutivos relacionados con las transiciones de ansiedad y de la escuela (Grills-Taquechel 2010).

Actualización Factor VIII – Grupo sanguíneo ABO

En el Departamento Hematología del Hospital Universitario de **Frankfurt Alemania** se realizaron cuantificación de FVIII:C y FvW en 574 niños sanos de 1 a 210 meses. Se correlacionaron con los valores del tipo sanguíneo ABO (H). No se observaron diferencias significativas de niveles de FVIII:C y FvW: Ag entre el grupo sanguíneo O en relación a los no-O durante los primeros meses de vida. Los niveles del adultos y adolescentes, presentan diferencias fundamentales en los niveles de FvW en relación el primer año de vida, hallazgo que puede estar asociado con el desarrollo fisiológico de ABO (H) y del sistema grupo sanguíneo I. (Klarmann et al 2010).

Ventajas Biológicas

Tradicionalmente las enfermedades como infarto al miocardio, ulcera duodenal, tumor en las glándulas salivales han sido repetidamente asociadas con los grupos sanguíneos ABO. Por ejemplo, el infarto al miocardio ocurre más frecuentemente en los tipos sanguíneos A

que O tanto de mujeres como hombres. La úlcera duodenal es más frecuente en el tipo sanguíneo O. (Mourant et al, 1978; Rosenberg et al, 1983). No obstante cada grupo sanguíneo tiene ventajas biológicas.

Ventaja Hematológica del grupo sanguíneo O sobre el grupo sanguíneo A

Durante muchos años se ha asociado el grupo sanguíneo ABO y el riesgo de trombosis. El grupo sanguíneo de individuos no-O (A, B y AB) han sido reportados con **mayor incidencia con enfermedades tromboticas arteriales y venosas, en comparación con los individuos del grupo O**. Este aumento del riesgo es atribuible al hecho de que el grupo sanguíneo ABO influye en los niveles plasmáticos de la coagulación de una glicoproteína llamada factor von Willebrand (FvW). Los niveles de FvW son 25 por ciento mayor en las no-O en comparación con los individuos del grupo O. El mecanismo por el cual se determina el grupo ABO del plasma los niveles de FvW no se ha determinado (O'Donnell y Laffan 2001).

En el Departamento de Hematología del Instituto de medicina Molecular de Irlanda se ha trabajado sobre la expresión del antígeno de grupo sanguíneo ABO y la proteólisis y eliminación de FvW, concluyendo que esta relación puede tener efectos clínicamente significativos (Jenkins 2006; Nossent et al 2006). **Por otra parte se ha estudiado la relación del riesgo de ACV con las concentraciones de FvW** (van Schie et al 2010).

En Australia se evaluó la influencia del grupo sanguíneo ABO, el sexo y la edad sobre los niveles plasmáticos del factor von Willebrand (FvW) antígeno y el factor coagulante VIII (FVIII: C). El grupo sanguíneo ABO influye en los niveles plasmáticos de FvW y FVIII: C, de tal manera que los niveles de O grupo son significativamente menores que los niveles de grupo no-O. No se encontró asociación significativa con el sexo y el estado de Rh. Esto es de particular interés debido a los altos niveles de FvW y FVIII se asocian con el riesgo de trombosis. Por lo que es posible que los individuos del grupo O pueden tener un efecto protector para la trombosis (Favaloro et al 2006).

Ventaja Bioquímica del grupo sanguíneo O sobre el grupo sanguíneo A

Neumann et al, en 1992 en función a los reportes que asocian los tipos de grupos sanguíneos ABO y el estrés mental con el infarto al miocardio. Compararon el comportamiento de los grupos sanguíneos A respecto a O relacionándolos con los niveles del factor preventivo de la actividad toxica de la lipoproteína de muy baja densidad (TxPA) y el cortisol.

La exposición al estresor disminuyo significativamente TxPA e incremento el cortisol en la totalidad del grupo (25 hombres adultos en edades comprendidas entre 46 a 72 años). Sin embargo el patrón de respuesta fue diferente entre el grupo sanguíneo A respecto a O. Los 15 sujetos del grupo sanguíneo A presentaron niveles iniciales elevados de TxPA y cortisol, así como también, mayores tasas de recuperación respecto a los 10 sujetos O. Concluyeron que los grupos sanguíneos ABO puede ser una variable importante para evaluar el comportamiento hematológico y bioquímico en respuesta al estrés o de riesgo cardiovascular (Neumann et al, 1992).

Explicaciones fisiológicas del infarto al miocardio han sido asociadas al tipo de grupo sanguíneo A ya que presentan aumento de: FVIII (Mourant et al, 1971), colesterol sérico (Garrison et al, 1976), viscosidad sanguínea (Dintenfass 1985), y cortisol/ catecolaminas sericas (Locong y Roberge 1985) respecto al grupo sanguíneo O.

Aunque **el grupo sanguíneo A** los individuos responden al estrés por la liberación de una gran cantidad de adrenalina, también **se elimina muy rápidamente**. El grupo sanguíneo O parecen tener más dificultades con las catecolaminas, producen una considerable cantidad en respuesta al estrés, pero les lleva un tiempo para eliminarla por lo tanto sus efectos son más prolongados. Esto puede ser el resultado de los aspectos amorfo del genotipo O y su influencia a través de ligamiento de genes en las acciones de la dopamina beta-hidroxilasa, una enzima que comparte un lugar adyacente (Sherrington et al, 1994).

Se estudió la respuesta hormonal del cortisol, después de estrés fisiológico menor inducido por hemorragia en una clínica de donación de sangre en 134 personas con distintos grupos sanguíneos. Después de la venopunción, la concentración sérica de cortisol fue el más alta en el grupo sanguíneo A, seguido por el grupo B, AB y O. En 14 sujetos del grupo sanguíneo A, se compararon sujetos del grupo sanguíneo B, la media del nivel plasmático de adrenalina fue mayor en el grupo A que en el grupo B, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Las personas del Grupo sanguíneo A respondieron a una situación estresante con mayores niveles de cortisol, y posiblemente de la adrenalina. Estas observaciones tienden a apoyar los hallazgos de estudios anteriores que demuestran un alto riesgo de enfermedades relacionadas con el estrés (enfermedades coronarias y enfermedades gastrointestinales), en hombres con un grupo sanguíneo A (Locong AH, Roberge 1985).

Ventajas biológicas del grupo sanguíneo A respecto al grupo O asociados a la personalidad del sujeto

Los grupos sanguíneos y rasgos de la personalidad se han asociado a los tipos de grupo sanguíneo ABO (Cattell et al, 1984). Se estudio la correlación de las enfermedades infarto al miocardio y ulcera duodenal con el tipo de sangre ABO y la personalidad. Los sujetos de ambas enfermedades presentaron un patrón de conducta que diferían con el tipo de sangre ABO (Neumann et al, 1991 y Neumann et al, 1992). Pacientes con infarto al miocardio del grupo sanguíneo O presentaron valores significativamente mayores de **personalidad tipo A** respecto a los pacientes del grupo sanguíneo A (Neumann et al, 1991).

La hipótesis de Neumann et al indica que en pacientes adultos con índices de rasgos de ira, ansiedad, depresión y patrón de **conducta tipo A**, se correlacionan inversamente con el tipo de enfermedad relacionada al tipo de sangre ABO. Por lo tanto la puntuación alta del tipo conducta A o ira pudiera ser un poderoso factor de riesgo para el infarto al miocardio en el grupo sanguíneo tipo O respecto a los A (Neumann et al, 1991 y Neumann et al, 1992).

Se han encontrado correlaciones entre los estados disfuncionales físicos y los factores del grupo sanguíneo ABO. Algunos de estos trastornos tienen posibles componentes psicosomáticos (por ejemplo, úlcera duodenal, infarto de miocardio). Se ha estudiado la relación entre los tipos de sangre y de **patrones de comportamiento**. Los pacientes jóvenes que habían tenido un infarto de miocardio inicial con tipo de sangre O puntuaron significativamente más alto en las escalas de conducta tipo A y que los índices relacionados con el tipo de sangre que tiene A (Neumann et al, 1991).

Científicos del Reino Unido y EEUU investigaron los efectos bioquímicos del estrés psicológico agudo y crónico en ratas Sprague-Dawley, usando una combinación de análisis espectral de plasma y **análisis hematológicos convencionales**. Los efectos bioquímicos en función del tiempo de estrés psicológico en una serie de metabolitos endógenos fueron evidentes y se correlacionaron con la intensidad de la respuesta al estrés según los parámetros hematológicos y corticosterona. El estrés agudo **aumento de los niveles de glucosa** y cuerpos cetónicos. Presentaron correlaciones positivas entre los niveles plasmáticos de corticosterona, **glucosa** y glicerol (Teague et al 2007).

Es conocido que ciertas situaciones clínicas elevan falsamente el hematócrito. Se produce “hinchazón” del eritrocito en la hiperglucemia y en la hipernatremia, que eleva el volumen del eritrocito (VCM) y, por tanto, el hematócrito. El Hto difiere de acuerdo a la edad, sexo, localización geográfica de modo parecido a lo descrito para la hemoglobina y eritrocitos (McKenzie et al 2000).

La glucosa perfunde hacia el interior del glóbulo rojo arrastrando consigo una molécula de agua por cada molécula de este carbohidrato. Este fenómeno permite que la densidad del eritrocito aumente, formando macrocitos (McKenzie et al 2000). Es por ello que también es de esperar que la VSG se acelere en el paciente estresado.

Es conocido que la agregación eritrocitaria inducida por el aumento del fibrinógeno producto de la respuesta inflamatoria, es uno de los factores más importantes y determinante de la aceleración de la VSG. Los glóbulos rojos macrocíticos por poseer mayor peso respecto a los normocíticos sedimentan más rápidamente (McKenzie et al 2000 y Amilachwari et al 1990).

Como citamos anteriormente el paciente con **estrés psicológico agudo** presenta tendencia a la agregación eritrocitaria (aumento fisiológico del fibrinógeno) y glóbulos rojos macrocíticos, ambos acelerantes de la VSG. Por otra parte también es conocido que el estrés cursa con eritrocitosis e incremento de la hemoglobina, contradictoriamente factores retardantes de la VSG.

En los ensayos preliminares del DEA presentados en Octubre 2010, la VSG fue medida utilizando el método de Wintrobe en el estrés **psicológico agudo** la **VSG** resultó significativamente incrementada sobre la basal (sin estrés). La técnica Wintrobe se ha utilizado con mayor frecuencia en EEUU (Amilachwari et al 1990), pero el Comité Nacional de Estandarización en Laboratorio Clínico recomienda el método Westergren

Westergren es el método universal para la determinación de la VSG, por poseer: dos lecturas, mejores condiciones de confiabilidad (como la precisión) y fundamentalmente diluye más la muestra (Vives-Corróns y Jou 1982), es por ello que esta tesis empleamos en método Westergren para determinar la VSG en el paciente con estrés psicológico agudo.

En función de lo expuesto anteriormente, nos planteamos el problema, las hipótesis y los objetivos:

Propósito.

Sería útil ya que a las personas se le cuantificarían sus niveles de estrés a través de los cuestionarios, de presentar estrés, ansiedad o depresión se le indicarían pruebas hematológicas específicas, cuyos resultados permitirían tomar las medidas preventivas, profilácticas y de seguimiento evolutivo del tratamiento. Para prevenir futuros episodios trombóticos y/o hemorrágicos.-

Planteamiento del Problema

¿Habrá asociación de la resiliencia con el estrés psicológico agudo, la ansiedad, depresión y parámetros hematológicos en estudiantes universitarios?

¿Estará incrementada, normal o desalerada la VSG en el estrés psicológico agudo empleando el método universal de referencia Westergren?

¿Tendrán alguna asociación el grupo sanguíneo ABO y la resiliencia aportada por el estrés psicológico agudo?

Sistemas de Hipótesis.

Hipótesis Afirmativa.

Si hay asociaciones de la resiliencia con el estrés psicológico agudo, la ansiedad, depresión y parámetros hematológicos en estudiantes universitarios

La VSG empleando el método Westergren se incrementa en el estrés psicológico agudo

Existe asociación entre el grupo sanguíneo ABO y la resiliencia aportada por el estrés psicológico agudo

Hipótesis Nula

No hay asociaciones de la resiliencia con el estrés psicológico agudo y los parámetros hematológicos en estudiantes universitarios

No hay asociación entre grupo sanguíneo ABO y la resiliencia aportada por el estrés psicológico agudo

Hipótesis alternativa

Si existe asociación entre la resiliencia y algún fenotipo ABO asociado al sexo

Objetivos

Objetivo general

Determinar asociaciones de la resiliencia con el estrés psicológico agudo y los parámetros hematológicos en estudiantes universitarios

Objetivos específicos.

Aplicar los cuestionarios para cuantificar el estrés, sus efectos y resiliencia en al basal y el multiplicidad

Determinar parámetros hematológicos en al basal y en la multiplicidad

Asociar los cuestionarios anteriores con las pruebas hematológicas

Determinar otros parámetros hematológicos clásicos que reafirman la condición basal y el estrés: cuenta glóbulos blancos, recuento diferencial, cuenta de plaquetas.

Tabular los datos, aplicar las formulas estadística del programa SPSS 15 para determinar las posibles asociaciones y diferenciaciones.

Capítulo II

Marco metodológico

Metodología

Población

La población estudiada estaba constituida por 215 estudiantes de los tres últimos semestres de escolaridad (octavo semestre), cursantes de la asignatura Hematología, de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis de la Universidad de los Andes, Mérida – Venezuela.

Muestra (basal sin estrés)

Se realizó un estudio transversal con una muestra de 70 estudiantes universitarios (**sujetos**) formados por 35 mujeres y 35 hombres con edades comprendidas entre 20 y 30 años. Los participantes aceptaron voluntariamente bajo los principios de ética internacional ser muestreados para los fines consiguiente de este estudio. Dentro del semestre se obtuvieron las muestras basales para el estudio y se aplicaron los diversos cuestionarios en un momento sin exámenes

Muestra (Con estrés)

En los mismo sujetos 49 días después, se repitió el mismo procedimiento pero en un momento que presentaban 4 exámenes (uno teórico, uno teórico del practico, uno microscópico y finalmente el práctico), por lo que se le denomino multiplicidad de exámenes.

Los cuestionarios se aplicaron antes del examen práctico. La muestra fue tomada durante el examen práctico a cada estudiante, una parte de esta fue apartada para los análisis de esta tesis y la otra para que el estudiante continuara con su evaluación. Es de hacer notar que la venopunción, no es intencional, sino más bien parte de la enseñanza aprendizaje de esta materia (hematología), ya que en un futuro será parte de su oficio profesional.

Criterios de inclusión

Se utilizó la escala de Holme y Race para seleccionar sujetos con niveles de estrés entre 100 y 300, del grupo sanguíneo A y O (basales). Se seleccionaron sujetos aparentemente sanos.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron sujetos con antecedentes familiares de eventos trombóticos, hemorrágicos, hipertensión y de enfermedades cardiovasculares y hematológicas. Así como también los que presentaran cualquier enfermedad, fumadores, hipertensos, diabéticos, menstruación, enfermedades hematológicas y otras, medicamentos, grupo sanguíneo B o AB. Además se excluyeron todos aquellos que durante la basal presentaran alguna alteración en los parámetros hematológicos estudiados.

Consentimiento por escrito

Un consentimiento escrito fue obtenido de cada sujeto (estudiante), para la participación en el estudio garantizando la confidencialidad de los datos. El mismo se basó en el aplicado por él Dr. Peña José en su tesis Doctoral (Anexo).-

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Instrumentos para medir los efectos del estrés.

Índice de Reactividad al Estrés de 32 Ítems de González de Rivera (IRE-32). Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de Santed M, Sandín B, Chorot P. 1991. Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, 2003. Versión española de Menezes de Lucena V, Fernández B, Hernández L, Ramos F, Contador I. 2006. El instrumento que se utilizó para determinar la depresión, ansiedad y estrés fue la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), este es un inventario elaborado por el Dr. Peter Lovibond en Australia (1995) y valora las variable depresión, ansiedad y estrés de manera general en sus apartados, la encuesta de 21 ítems, de fácil comprensión lo cual garantiza su rápida y sencilla realización por el sujeto a evaluar (Henry Crawford 2005; Bados et al, 2005). La misma fue empleada en estudiantes universitarios en la Universidad de Carabobo en el 2004 (Lugo et al 2004). Validada al Español por Gurrola et al, 2006. Se selecciono este instrumento por haberse relacionado a estudios de la resiliencia en la psicofarmacología (Vaishnavi et al, 2007)

Toma de muestra sanguínea.-

En ayunas para la hematología completa (Hb, Htc, cuenta de leucocitos, cuenta de eritrocitos, VCM, HCM, cuenta de plaquetas se tomaron 3 mL con EDTA , se mezclaron correctamente y se procesaron electrónicamente. Para el TP TTP TT, D-Di, FVIII, Fg se tomaron 4,5 para 0,5 mL de citrato de sodio al 3,8% (0,109 M) (dilución 1:10). Se separo inmediatamente el plasma, el cual fue congelado para ser procesado gradualmente en las siguientes horas. Para VSG se utilizo citrato de sodio al 3,8 % (0,5 mL de anticoagulante para 2 mL de sangre), se colocó la sangre total en los soportes de Westergren debidamente nivelados. Los grupos sanguíneos fueron determinados en una práctica anterior. Para que el estudiante continuara su práctica se le suministro 1 mL de la muestra obtenida con el EDTA.

Las muestras fueron procesadas por triplicado, bajo los estándares internacionales de control de calidad y estandarización previa por la Cátedra Hematología.

Métodos para determinar las variables hematológicas

La tipificación ABO por el método universal (aglutinación en tubos).- Las cuentas de plaquetas y leucocitos se verificaron en un Contador Hematológico Abx- Micros y en un Coulter T-890. El tiempo de protrombina (TP) por el método de Quick, El tiempo de tromboplastina parcial activada por el método cefalina activada (TTPa) y el tiempo de trombina por el método TT (coagulométrico). La concentración de fibrinógeno (Fg) por el método de Clauss. El porcentaje de FVIII:C por el método STA ®. El Dímero D por el método D-Di test (in látex, método de aglutinación rápida que utiliza anticuerpos monoclonales para la determinación cualitativa y semi cuantitativa del D-Di en plasma), la lisis de las eoglobulinas (test de von Kaulla). Un plasma calibrador de las pruebas de coagulación de Diagnostica Stago. La eritrosedimentación globular (ESG) por el método Westergren (Protocolos y técnicas en anexo).

Métodos estadísticos

A todos los sujetos se le aplicaron las encuestas de forma individual y autoadministradas. Los cuestionarios fueron procesados según las especificaciones de cada uno. Los análisis estadísticos de los datos se procesaron por el paquete estadístico SPSS versión 15. Se aplicó la t-student para muestras menores de 30 para verificar si hay aumento o disminución significativa de una variable respecto al control o al sexo (PRUEBA T para comparar las medias). La correlación(r) de Pearson se aplicó entre los diversos cuestionario, (CED-44, IRE-32 (subescalas), DASS-21 (subescalas); Resiliencia CD-RISCH y VSG). Para ver como se relacionan todas las variables del estudio. La correlación nos dará la relación entre variables (alta, media o baja) y la dirección (incrementa si es positiva o disminuye si es negativa). Una vez obtenido el resultado de nuestro coeficiente de correlación(r), el cual tiene que estar entre -1 y 1, podemos determinar si existe correlación entre las variables y el

grado. Hay varias formas de clasificar el resultado por ejemplo: Si la correlación es menor a 0.20, podemos decir que es muy pequeña, prácticamente despreciable. Si el valor que obtenemos está entre 0.20 y 0.40, podemos decir que la correlación es baja. Entre 0.40 y 0.60 la correlación es moderada. Entre 0.60 y 0.80 la correlación es alta, marcada. Si la correlación es mayor que 0.80 la correlación es muy alta. Se calculó el coeficiente r^2 , para estimar el porcentaje de pacientes afectados por una variable.

Para diferencias y discriminar por sexo y grupo sanguíneo se empleo el **logaritmo de productos cruzados (lambda)**. Que es una Prueba de igualdad de las medias de los grupos (Lambda de Wilks - ANOVAs).

Capítulo III

Presentación y análisis de los resultados

CUADRO N°- 1

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1M	4	4	2	3	4	2	2	1	1	5	3	5	2	4	3	5	5	5	4	5	5	4
1M	5	3	1	1	3	1	1	2	3	2	1	4	2	3	5	2	3	4	3	3	2	3
3M	3	2	2	2	2	3	3	2	1	3	2	3	2	2	1	3	2	3	2	3	2	3
4M	3	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	3	3	2	3	1	2	2	1	1
5M	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2
6M	5	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	3	1	4	3	3	2	3	3	3	1	2
7M	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	1	2	1	1	2	3	2	1	3	1
8M	3	3	2	2	2	1	2	2	3	5	2	2	2	3	5	3	4	4	3	2	1	1
9M	4	1	1	1	3	1	4	4	1	2	1	5	1	2	3	3	2	3	2	3	2	3
10M	2	2	2	1	1	3	1	2	1	4	3	5	3	5	4	1	1	2	4	2	1	2
11M	4	3	1	3	1	2	3	1	3	5	2	1	1	1	2	3	3	4	3	4	4	3
12M	4	1	2	1	3	1	1	1	2	3	2	2	1	3	3	4	3	2	2	2	2	4
13M	3	1	1	1	3	1	1	2	4	2	3	4	1	2	1	3	1	4	3	1	3	2
14M	3	2	3	1	2	2	2	1	2	4	2	3	2	4	5	4	3	1	2	5	2	4
15M	4	1	1	2	5	1	1	2	1	4	1	2	1	2	4	3	3	2	3	2	5	3
16M	3	1	2	1	1	2	2	1	3	2	4	4	2	3	3	2	4	3	3	2	2	2
17M	4	2	1	3	2	1	1	2	1	3	3	4	1	2	2	3	4	4	2	1	4	3
18M	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	1	2	2	3	2	1	2	1
19M	2	1	1	4	5	3	2	3	2	3	3	3	2	3	4	1	1	2	3	5	1	4
20M	5	2	3	1	2	1	1	1	3	4	4	2	1	3	2	2	1	2	4	5	5	3
21M	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	5	2	1	4	1	3	2	1	3	3	3	3
22M	1	1	2	1	3	1	2	1	1	2	2	1	1	3	2	2	2	1	2	3	2	2
23M	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1	3	2	3	1	3	2	3	1	2
24M	3	3	2	2	5	1	1	1	2	2	3	2	2	4	4	5	4	5	3	5	1	4
25M	4	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	2	1	4	1	5	3	2	4	2	4	2
26M	2	2	5	2	2	3	1	1	1	4	3	4	1	3	2	4	2	1	4	2	3	1
27M	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	4	5	1	5	4	3	2	1	3	3	2	4
28M	4	1	1	1	3	1	1	2	3	4	3	3	1	3	1	3	4	3	3	2	3	1
29M	2	2	2	2	2	3	2	1	4	5	1	1	3	5	5	1	4	3	4	4	1	4
30M	4	1	1	2	4	1	1	1	2	2	3	2	1	4	3	4	1	2	3	3	3	5
31M	5	2	1	1	1	1	1	2	5	3	2	2	1	3	2	3	2	3	2	3	4	4
32M	3	5	2	2	2	2	2	1	1	4	3	3	2	4	1	2	4	4	2	4	2	3
33M	5	4	1	2	4	1	1	2	1	3	2	3	1	3	2	4	3	1	1	2	2	3
34M	5	1	2	1	5	1	2	1	2	2	3	4	1	4	5	1	1	4	4	2	1	2
35M	2	1	2	1	3	2	1	1	3	5	5	4	2	5	3	5	4	5	5	5	4	3

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a mujeres durante la multiplicidad de exámenes.

CONTINUACION CUADRO N°- 1

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items Paciente	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8	2 9	3 0	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	3 9	4 0	4 1	4 2	4 3	4 4
1M	1	3	1	2	1	3	2	1	2	2	1	5	4	2	2	1	5	2	3	3	2	1
1M	1	1	1	1	3	2	1	3	2	1	2	2	5	4	3	3	4	3	2	1	1	4
3M	1	2	1	3	1	3	1	2	1	1	3	3	2	2	3	1	3	1	1	2	3	2
4M	3	1	1	2	2	4	2	1	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1
5M	1	2	1	1	3	2	3	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
6M	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	4	5	3	3	3	1	3	1	2	2
7M	3	2	1	2	1	2	1	2	1	3	2	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2
8M	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	4	2	1	3	1	3	2	1	2	2	1
9M	2	2	1	1	1	4	2	1	1	1	3	1	1	1	4	1	2	1	1	3	1	1
10M	4	3	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2	3	2	1	1	3	1	1	1	2	2
11M	2	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	3	5	3	1	2	4	2	2	1	1	1
12M	2	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	4	2	3	1	3	3	3	2	1	1	2
13M	3	1	1	3	1	3	2	2	1	1	3	5	3	2	2	1	2	2	3	2	2	1
14M	1	2	1	1	1	3	2	3	1	2	1	3	1	2	3	1	1	1	1	3	3	1
15M	1	1	1	1	2	4	1	1	4	1	2	2	2	1	1	2	3	1	3	3	3	2
16M	2	2	1	1	3	1	2	2	1	3	3	1	5	1	1	2	2	2	1	2	2	1
17M	3	3	1	3	1	2	1	1	3	2	2	4	4	2	1	1	3	2	1	1	2	1
18M	2	1	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1
19M	1	3	1	1	2	2	3	1	2	1	1	2	3	3	1	2	1	3	2	3	1	2
20M	1	2	1	3	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	3	1	1	4	1	1
21M	1	1	1	1	2	4	2	2	1	1	2	3	5	2	2	1	2	1	3	5	2	3
22M	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1
23M	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	1	3	1
24M	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	2	2	3	1	2	5	1	2	3	2	2
25M	1	3	1	4	1	5	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	5	2	1	3	2	1
26M	1	1	1	2	1	4	3	1	2	3	2	1	4	2	1	3	3	1	3	1	1	3
27M	3	1	1	1	1	5	2	3	2	1	1	2	2	1	2	1	3	1	2	1	1	2
28M	2	3	1	2	2	4	3	2	1	1	2	3	5	1	3	1	2	2	1	2	2	1
29M	1	2	1	3	1	3	1	1	2	2	3	1	3	2	1	1	1	1	3	1	1	2
30M	1	1	1	1	1	5	2	2	1	1	1	4	3	1	1	2	4	2	1	3	1	1
31M	1	2	1	5	3	4	3	1	1	2	1	2	2	4	2	1	5	2	2	2	2	1
32M	1	1	1	2	1	5	1	3	1	1	2	1	4	2	2	1	3	1	1	1	1	2
33M	2	5	1	3	1	2	1	1	1	3	2	3	5	1	1	2	4	2	1	1	3	3
34M	4	1	1	2	3	5	2	2	3	1	3	4	3	1	1	2	4	3	2	1	1	4
35M	2	1	1	3	1	2	4	3	1	1	2	5	5	4	2	3	5	2	1	2	1	1

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a mujeres durante la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N°- 2

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Paciente																						
1M	2	5	1	2	1	3	1	2	1	3	1	2	1	1	4	5	5	3	3	4	5	5
1M	1	2	1	1	4	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
3M	1	1	3	2	1	1	1	3	1	1	4	1	1	1	3	2	3	1	1	4	3	4
4M	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	1	3	1	1
5M	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	3	1	2	1	1
6M	5	1	1	1	5	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	3	2	3
7M	2	1	2	3	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	3	1	2	2	2	1	1
8M	2	2	1	1	1	5	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1
9M	1	3	1	2	1	1	5	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	3	4
10M	3	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	1
11M	1	4	2	1	1	5	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	3	3	2	3	4
12M	1	1	1	1	5	1	2	1	1	3	1	1	1	2	4	3	4	2	1	1	1	2
13M	3	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1
14M	2	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	2	1	2	3	3	2	3	3	4	5
15M	2	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2
16M	2	2	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1	1	3	2	3	3	1	1	2	3	3
17M	1	2	1	1	2	2	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2
18M	1	1	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	2	2
19M	1	1	1	5	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	4	5	5
20M	4	1	1	1	5	1	1	1	1	5	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2
21M	1	1	3	1	1	5	1	1	2	1	5	1	2	1	3	2	3	1	1	3	2	2
22M	1	1	3	1	1	1	1	2	1	5	1	2	1	1	2	3	3	1	2	2	1	1
23M	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	3	2	3	2	1	4	3	4
24M	2	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	4	5	5	1	2	1	2	3
25M	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	1	1	4	5	5	1	2	1	2	3
26M	1	1	5	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	2	2	3	4	2	1	2	3	3
27M	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	2	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1
28M	3	1	1	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	3	2	2	1	3	1	2	2
29M	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1	1	2	1	2	2	3	1	1	3	1	2
30M	2	1	1	3	1	1	5	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2	3	1	2	2	3
31M	3	1	1	1	2	1	1	4	1	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	2	3	3
32M	1	5	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	4	3	2	2	2	1	4	4
33M	2	3	1	1	1	5	2	1	1	3	1	1	2	1	2	3	2	1	2	1	3	4
34M	5	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1
35M	1	1	5	1	3	1	1	1	4	1	4	1	1	2	5	5	5	5	4	5	5	5

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a mujeres sin la multiplicidad de exámenes.

CONTINUACION CUADRO N°- 2

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8	2 9	3 0	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	3 9	4 0	4 1	4 2	4 3	4 4	
Paciente																							
1M	1	2	1	3	1	4	1	3	1	1	1	5	1	4	3	2	3	1	2	2	1	3	
1M	1	1	1	1	5	1	1	1	2	1	2	1	5	3	2	2	1	2	1	1	1	1	
3M	1	2	1	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1	3	2	2	1	3	2	1	1	1	
4M	2	1	1	2	1	3	3	1	2	1	1	1	2	3	2	1	1	1	3	2	2	1	
5M	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	3	
6M	1	1	1	2	1	2	2	3	3	1	2	1	4	2	1	1	2	1	1	2	3	2	
7M	4	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	2	3	2	1	2	2	1	1	1	1	
8M	2	2	1	1	3	1	4	3	1	3	4	1	2	1	1	2	3	3	2	3	2	2	
9M	1	3	1	2	1	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	3	2	2	1	1	3	
10M	3	2	1	1	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	3	
11M	1	1	1	2	1	4	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2	2	3	
12M	3	2	1	1	3	1	2	2	1	2	3	1	4	3	2	3	1	1	1	1	1	2	
13M	5	1	1	2	1	4	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	3	1	2	
14M	1	2	1	3	1	4	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	
15M	1	2	1	3	1	3	3	1	5	2	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	2	1	
16M	1	1	1	1	4	2	1	2	1	1	1	3	3	2	1	3	1	1	3	2	1	2	
17M	2	2	1	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	
18M	3	3	1	2	1	3	2	1	3	1	2	1	1	3	1	1	3	2	1	2	1	2	
19M	1	4	1	1	3	2	1	4	1	1	2	3	2	4	3	1	3	1	2	1	1	2	
20M	1	1	1	2	1	4	3	1	1	1	2	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	
21M	1	2	1	1	2	3	1	1	1	3	1	2	4	2	1	2	5	3	1	1	2	2	
22M	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	
23M	2	2	1	1	3	2	3	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	
24M	1	1	1	2	1	4	1	1	1	1	2	1	1	4	2	2	1	2	2	1	2	2	
25M	1	2	1	3	1	4	2	1	2	4	1	2	1	4	2	2	2	1	1	1	2	2	
26M	2	1	1	1	1	3	1	5	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	
27M	4	2	1	2	1	5	4	1	1	1	2	1	1	3	4	5	2	2	1	2	1	1	
28M	3	2	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	3	1	3	
29M	1	1	1	2	1	4	2	1	1	1	3	1	1	4	3	1	2	2	3	1	2	3	
30M	1	3	1	3	1	5	3	3	1	2	1	3	1	5	4	2	1	2	1	1	2	1	
31M	1	1	1	4	1	3	4	2	2	1	2	1	2	1	1	1	3	3	1	1	2	1	
32M	2	2	1	1	4	5	1	2	1	1	1	3	3	2	1	3	3	1	2	3	1	2	
33M	1	4	1	2	1	3	2	1	1	1	2	2	1	3	2	1	2	2	2	1	2	3	
34M	5	1	1	1	5	4	1	4	1	2	1	3	1	2	3	1	1	2	1	1	2	3	
35M	1	2	1	2	1	3	5	1	1	3	1	4	5	1	4	3	1	1	1	2	1	2	

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a mujeres sin la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N°- 3

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Paciente																						
1H	5	5	1	2	1	2	3	2	2	3	2	4	3	3	4	4	5	5	5	4	2	2
2H	3	2	2	2	4	1	2	1	1	4	3	5	1	3	2	2	1	3	4	1	1	3
3H	3	1	1	1	2	2	1	3	1	2	5	3	2	4	5	1	3	4	2	2	3	4
4H	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	2	2	1	2	3	2	3	3	1	2	2	3
5H	2	1	1	1	3	1	1	1	4	3	1	4	1	2	4	3	1	3	3	1	2	1
6H	5	2	1	3	1	2	3	1	1	4	3	4	1	1	3	2	5	4	4	4	3	2
7H	2	1	4	1	1	4	2	2	1	1	2	3	2	3	2	1	4	3	5	4	1	2
8H	3	1	2	1	2	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	1
9H	1	1	2	1	3	1	2	1	3	2	2	5	1	2	5	4	3	4	3	2	1	1
10H	3	4	1	1	4	3	2	2	1	1	1	4	3	3	2	3	3	1	1	4	3	3
11H	4	1	1	2	2	1	2	3	2	2	3	3	2	4	5	1	2	4	4	1	1	1
12H	2	1	3	1	1	5	2	1	1	5	2	3	1	1	3	3	1	3	3	4	2	1
13H	1	1	1	3	3	1	1	2	3	2	2	2	1	3	2	4	1	4	3	2	2	3
14H	4	1	2	1	1	2	1	1	1	2	4	2	3	2	4	1	3	3	2	1	1	1
15H	3	3	1	2	1	3	2	1	1	4	3	5	1	4	3	3	1	1	3	4	3	1
16H	3	1	2	1	2	2	4	1	1	3	3	5	2	3	4	2	1	4	4	1	3	3
17H	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	3	2	1	2
18H	1	3	1	1	4	1	1	1	1	1	2	4	3	4	1	3	3	2	1	5	1	4
19H	5	1	1	1	3	1	2	2	1	2	2	3	1	3	4	4	2	5	5	5	4	5
20H	2	2	1	3	2	2	4	1	1	2	3	4	2	2	4	3	3	4	3	4	3	3
21H	1	1	1	4	1	3	1	1	2	5	3	4	1	2	3	5	1	2	4	3	2	1
22H	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	4	1	3	2	3	2	3	2	4	3	2
23H	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3
24H	2	2	3	1	1	1	1	1	1	4	1	2	2	5	1	2	4	3	2	1	2	1
25H	3	4	1	2	3	1	3	2	2	2	3	2	2	3	4	1	3	4	4	3	5	5
26H	1	1	1	1	1	3	2	1	1	3	1	1	2	2	2	3	4	3	5	5	2	2
27H	2	3	1	2	2	1	2	1	1	2	2	3	3	2	4	5	4	2	2	3	1	4
28H	3	2	5	1	3	2	1	1	1	2	1	4	1	4	3	2	2	3	5	5	3	5
29H	4	2	1	3	1	2	1	1	2	2	3	3	1	2	3	5	4	5	5	5	5	4
30H	1	2	2	1	2	1	3	2	1	4	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	1	3
31H	2	1	1	2	3	1	2	1	2	2	4	4	2	2	3	1	5	1	1	2	1	3
32H	1	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	1	3	2	1	2	3	2	3	3	2	3
33H	2	1	1	4	1	3	1	1	3	2	3	5	2	3	4	1	2	3	4	5	3	4
34H																						
35H																						

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a hombres durante la multiplicidad de exámenes.

CONTINUACIÓN CUADRO N°- 3

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8	2 9	3 0	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	3 9	4 0	4 1	4 2	4 3	4 4	
Paciente																							
1H	2	1	1	1	3	1	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	3	2	
2H	1	2	1	1	1	5	2	1	1	1	2	1	4	2	1	2	3	1	1	2	3	2	
3H	1	1	1	1	4	1	3	1	1	1	1	2	5	3	1	1	4	2	1	3	2	1	
4H	1	2	1	1	1	2	2	3	3	1	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	1	
5H	1	1	1	2	1	4	3	1	1	1	1	3	3	3	4	1	2	1	3	2	1	3	
6H	3	1	1	1	1	3	1	2	1	2	1	2	5	4	2	2	4	2	2	1	1	2	
7H	2	3	1	2	1	5	2	1	1	1	1	1	3	3	4	2	3	2	1	2	2	3	
8H	4	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	2	5	3	1	1	5	1	2	2	3	2	
9H	2	1	1	1	2	5	3	1	1	1	2	1	4	2	2	1	2	2	1	1	1	2	
10H	1	3	1	3	1	3	1	4	1	2	1	3	5	4	4	2	1	3	1	1	1	1	
11H	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	4	3	5	1	2	3	1	2	1	1	
12H	2	1	1	2	3	5	5	1	3	1	1	1	3	2	5	1	4	1	2	1	3	1	
13H	2	3	1	1	1	4	2	2	1	1	3	1	2	3	3	1	1	2	2	2	3	3	
14H	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	4	4	1	2	3	1	3	1	2	3	
15H	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	1	5	3	1	1	4	3	1	3	2	2	
16H	3	2	1	1	4	5	2	1	3	1	1	2	3	1	4	2	3	2	1	2	1	2	
17H	2	3	1	2	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	3	1	4	1	2	1	2	1	
18H	4	5	1	1	2	4	3	2	1	1	1	3	4	1	3	2	2	1	1	3	1	1	
19H	3	2	1	1	1	4	3	1	2	1	2	1	5	4	1	1	2	2	3	1	3	1	
20H	2	2	1	2	1	5	2	5	5	2	1	2	3	4	2	1	5	2	1	1	1	2	
21H	5	3	1	2	3	4	4	4	2	1	1	1	3	3	3	2	3	1	2	2	2	1	
22H	2	1	1	1	1	3	1	1	2	1	2	3	3	1	1	2	4	1	1	1	2	1	
23H	1	3	1	1	1	2	2	2	1	2	3	1	2	1	1	1	2	2	2	3	1	3	
24H	3	2	1	2	5	4	1	4	1	2	1	1	5	1	1	2	3	2	1	2	3	4	
25H	1	3	1	2	1	5	2	3	2	1	2	1	3	3	2	3	3	3	1	1	1	1	
26H	3	1	1	1	1	5	1	2	1	1	1	2	5	3	3	4	2	1	1	2	2	1	
27H	1	1	1	1	1	4	1	4	1	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	1	2	1	
28H	4	2	1	1	4	3	1	1	3	2	1	2	2	5	1	4	2	2	1	2	1	2	
29H	1	2	1	3	1	5	3	1	1	1	1	4	4	4	1	2	4	1	2	3	1	1	
30H	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	2	3	5	1	1	2	1	1	1	2	3	
31H	2	3	1	1	1	5	3	4	1	1	1	2	3	3	3	2	4	2	2	1	1	2	
32H	1	1	1	2	3	2	2	2	1	1	2	3	2	3	2	1	2	1	2	1	1	1	
33H	2	2	1	1	2	5	1	2	1	1	2	1	4	2	1	3	4	1	3	2	3	3	
34H	3	2	1	1	3	2	1	2	3	2	1	2	3	3	2	2	2	1	3	2	1	1	
35H	2	4	1	1	1	3	2	1	2	1	3	3	4	5	2	1	3	2	1	1	1	2	

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a hombres durante la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N°- 4

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Paciente																						
1HB	4	5	1	3	1	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	3	4	5	4	3	3	4
2HB	3	1	1	1	5	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	3
3HB	2	1	2	1	1	3	1	2	1	1	4	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2
4HB	2	4	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2	1	1	2
5HB	2	1	1	1	2	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	3	2	2	2
6HB	3	2	1	2	1	1	4	1	1	1	5	1	2	1	1	3	4	3	2	3	3	3
7HB	1	1	5	1	1	5	1	3	1	1	1	2	1	1	1	2	3	3	4	3	1	1
8HB	2	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	2	1	2	2	3	2	2	1	2	1	1
9HB	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	3	3	1	2	3
10HB	3	5	1	1	5	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	3
11HB	3	1	1	1	3	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	3	3	1	1	2
12HB	1	1	4	1	1	4	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	2	4	5	1	1
13HB	1	1	1	2	4	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	3	2	3	4	3	4	5
14HB	3	1	3	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	2
15HB	2	4	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	2
16HB	2	1	1	2	1	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3
17HB	1	1	1	3	1	3	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	3	2	3	1	1
18HB	1	2	1	1	5	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	4	2	2
19HB	5	2	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	3	3	4	5	4	3	4
20HB	1	1	1	5	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	3	4	4	4	5	3	4
21HB	1	1	1	4	1	2	1	1	1	5	1	1	2	1	2	3	2	3	3	2	1	2
22HB	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	3	2	3
23HB	2	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	3	4	1	3	3
24HB	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	4	3	3	3	2	3	2	1	1
25HB	2	5	1	1	4	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	3	3	4	5	5
26HB	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	3	1	1	2	3	4	5	5	3	2
27HB	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	3	2	1	2	3	4
28HB	2	2	1	1	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	3	2	1	1	1
29HB	2	4	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	4	3	4	1	3	2	3
30HB	1	1	4	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	3	4	3	2	3	4	3
31HB	3	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	5	5	5	4	4	4	4
32HB	1	2	1	1	3	1	2	1	1	3	1	2	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2
33HB	2	1	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	3	2	2	1	2
34HB	1	3	3	1	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	1	1
35HB	1	1	1	5	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	3	4	5	5	4	4	5

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a hombres sin la multiplicidad de exámenes.

CONTINUACION CUADRO N°- 4

Matriz general correspondiente al Cuestionario de Estrés Diario CED-44 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8	2 9	3 0	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	3 9	4 0	4 1	4 2	4 3	4 4	
Paciente																							
1HB	1	2	1	1	4	1	3	1	5	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
2HB	1	1	1	1	1	5	1	2	1	2	1	1	4	3	2	1	1	1	1	3	1	3	3
3HB	2	2	1	1	4	1	2	1	1	2	1	1	1	3	2	1	3	1	2	2	2	2	3
4HB	3	1	1	2	1	5	3	2	1	1	3	2	3	3	2	2	1	2	1	1	2	3	3
5HB	1	2	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	2	3	2	1	2	3	1	3	2	2
6HB	1	1	1	3	1	2	2	4	1	1	2	1	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1
7HB	2	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1	4	5	1	1	3	2	1	1	2	2
8HB	5	2	1	1	3	1	4	1	1	2	1	1	5	3	2	1	3	1	2	2	2	3	3
9HB	1	1	1	2	1	4	1	1	1	1	2	3	3	4	3	1	1	3	2	2	3	1	1
10HB	1	2	1	3	1	3	2	1	3	1	4	1	5	4	3	3	1	2	1	1	2	2	2
11HB	2	1	1	4	1	2	3	4	1	1	1	1	2	5	4	2	1	1	1	2	1	3	3
12HB	1	2	1	2	4	5	4	1	1	1	2	3	1	5	4	3	2	2	1	3	2	3	3
13HB	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	5	5	4	2	1	1	1	2	1	1	1
14HB	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	2	1	3	1	3	2	2	1	1
15HB	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	4	4
16HB	2	3	1	2	3	5	1	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2
17HB	3	1	1	3	1	2	3	1	1	2	1	2	2	4	5	2	2	2	1	1	1	1	1
18HB	2	2	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	1	3	1	2	1	1	1
19HB	2	1	1	1	1	4	2	2	3	1	3	1	4	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2
20HB	3	1	1	1	1	4	1	1	4	1	1	3	3	3	3	3	4	2	1	1	3	2	2
21HB	4	2	1	1	2	3	2	3	1	3	2	1	1	2	4	1	1	1	2	2	1	2	2
22HB	1	1	1	3	1	2	1	5	1	1	2	3	2	1	2	1	2	3	1	1	2	3	3
23HB	1	4	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	3
24HB	4	2	1	1	4	5	1	1	1	1	1	1	4	2	1	4	1	1	1	1	2	1	1
25HB	2	2	1	1	1	5	1	1	4	1	1	1	2	4	1	2	1	2	1	1	3	2	2
26HB	2	3	1	2	1	4	3	5	1	2	2	3	5	5	3	3	1	2	2	1	1	2	2
27HB	3	1	1	1	1	3	2	2	1	1	3	1	1	3	1	4	2	1	2	2	1	2	2
28HB	5	1	1	1	3	2	1	1	1	2	4	1	1	4	2	5	1	1	2	2	1	1	1
29HB	2	3	1	1	1	4	4	1	2	1	1	5	1	4	3	2	1	1	3	2	4	1	1
30HB	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	4	3	2	2	2	3	3	1	1	1	1
31HB	1	2	1	2	1	4	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	2	1	2	2	2
32HB	1	2	1	1	5	1	1	4	1	1	3	2	4	2	1	1	3	1	2	2	1	3	3
33HB	3	1	1	1	1	5	2	1	1	3	1	1	3	1	2	4	1	2	2	1	2	4	4
34HB	4	3	1	1	2	3	1	1	2	1	2	3	2	4	3	1	3	1	1	2	1	2	2
35HB	1	1	1	3	1	4	3	2	3	1	1	2	2	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CED – 44, a hombres sin la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N° - 5

Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
Paciente																																					
1M	4	1	3	4	3	4	3	2	2	3	2	0	3	2	3	3	4	0	2	4	4	3	4	4	0	4	1	4	2	2	4	4	2	4	4		
2M	0	0	4	4	3	4	4	2	2	1	1	1	2	0	1	3	4	2	2	4	4	2	3	3	0	3	2	3	4	2	4	2	4	2			
3M	1	4	2	3	1	1	3	0	2	1	3	4	1	0	2	2	3	1	0	2	2	3	1	1	0	2	2	1	1	1	2	1	2	1			
4M	1	3	2	4	3	1	2	3	0	4	1	1	3	4	2	0	1	2	3	4	3	2	0	4	0	0	4	2	0	4	1	2	3	2			
5M	2	3	2	4	3	1	3	1	2	3	2	3	2	0	1	3	0	4	3	3	1	2	1	3	1	1	1	0	1	2	3	2	3	2			
6M	2	0	3	4	3	4	4	1	2	1	0	2	4	4	2	4	3	1	1	3	3	1	2	2	0	2	0	3	3	1	3	4	3	4			
7M	1	4	0	2	3	1	2	1	2	2	1	2	0	2	3	1	1	2	2	3	3	1	0	0	2	2	1	1	0	3	1	2	2				
8M	3	0	4	3	4	4	3	2	1	2	2	1	4	2	3	1	4	2	1	3	4	4	4	2	0	1	4	2	4	0	4	0	4	0			
9M	4	0	4	2	2	4	4	2	2	4	2	0	4	3	2	4	4	3	1	2	4	3	4	1	0	1	2	1	4	2	3	2	3	2			
10M	4	0	3	4	1	4	4	2	1	4	2	2	4	4	2	1	3	0	1	4	3	2	3	2	1	2	3	2	4	2	3	1	2	1			
11M	2	3	4	3	4	2	3	1	2	4	4	3	3	2	1	2	3	1	0	2	3	4	2	3	2	3	1	2	2	1	4	3	2	3			
12M	2	1	4	2	3	4	3	2	1	3	3	3	3	2	3	2	4	1	3	1	4	3	1	1	0	4	0	3	1	0	2	3	2	3			
13M	3	2	2	4	2	3	2	1	2	2	3	1	3	4	1	3	4	2	1	1	3	4	4	0	0	1	1	2	2	2	4	4	4	4			
14M	3	1	1	3	1	4	4	2	2	3	2	1	2	3	1	4	3	4	2	2	4	3	4	0	0	2	0	1	0	1	3	4	2	4			
15M	1	3	2	3	0	1	2	4	2	2	1	1	1	2	2	0	4	3	2	1	0	3	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2			
16M	2	3	2	4	4	4	3	2	1	3	2	0	4	0	3	2	2	0	1	2	3	2	0	3	2	4	2	2	1	0	4	2	4	2			
17M	1	4	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	3	0	2	2	2	1	1	3	2	2	0	1	1	2	2	3	1	2	2	2			
18M	2	4	3	2	0	1	2	1	2	2	1	4	2	3	2	4	3	1	0	2	4	1	1	2	0	3	2	2	2	4	4	2	4	2			
19M	3	4	4	3	2	3	4	2	2	4	3	0	4	1	2	3	4	2	2	3	3	4	2	1	0	2	3	1	1	2	3	1	2	3			
20M	3	2	4	3	4	4	3	2	1	3	1	0	3	4	3	3	4	4	3	2	3	4	4	1	2	4	0	0	2	3	3	4	4	0			
21M	3	1	3	4	3	4	4	4	3	1	2	2	4	2	1	3	3	3	3	3	4	3	3	0	1	1	4	1	2	2	4	0	4	0			
22M	2	0	2	1	3	4	4	3	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3	2	0	1	1	1	2	3	1	1	1			
23M	1	3	1	3	1	1	3	1	2	1	3	1	3	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	0	4	2	0	2	1	3	2	2	2			
24M	4	3	2	4	4	2	4	1	1	1	1	3	0	4	3	3	3	0	2	4	4	4	3	4	0	3	2	2	2	0	4	2	4	2			
25M	3	1	2	4	4	4	3	2	2	2	2	0	4	0	2	4	4	0	3	3	3	4	2	1	4	1	1	1	3	0	3	4	4	4			
26M	2	0	3	3	3	4	4	2	2	2	3	0	3	0	2	2	4	2	4	2	4	3	3	4	1	4	0	4	1	1	2	2	2	4			
27M	3	1	4	4	3	4	3	2	3	4	2	2	4	2	1	2	2	1	4	4	4	3	0	2	0	4	2	2	2	2	0	3	2	0			
28M	4	2	4	3	4	3	4	1	2	4	1	1	3	3	2	3	2	1	2	3	2	2	4	3	1	3	0	3	3	4	4	4	4	4			
29M	4	2	3	2	2	3	4	3	2	1	4	2	3	4	3	4	4	4	3	2	3	1	4	2	2	3	0	2	2	0	1	4	2	4			
30M	2	2	2	3	2	2	4	3	2	1	4	1	4	1	1	2	4	3	2	4	4	4	3	2	0	4	2	2	0	1	3	2	3	2			
31M	3	0	3	4	4	4	3	2	1	2	1	0	4	1	3	3	2	2	2	3	4	2	4	1	0	4	1	4	0	2	3	3	3	3			
32M	4	0	4	3	3	4	3	0	2	3	2	4	3	2	2	4	2	1	2	4	2	4	2	0	4	3	0	4	4	1	4	4	4	4			
33M	3	0	4	3	2	4	4	1	1	3	3	3	4	4	3	2	3	0	3	3	4	1	3	4	0	0	0	1	1	2	3	4	4	3			
34M	2	0	3	4	2	4	4	1	2	3	2	0	2	4	1	3	4	3	2	3	3	4	4	2	2	0	2	0	3	1	4	3	4	3			
35M	3	2	4	4	4	3	2	1	2	4	1	4	4	3	1	4	3	4	2	4	4	0	3	1	1	2	2	1	2	0	4	3	2	4	3		

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del IRE - 32, a mujeres durante la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N°- 6

Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
Paciente																																				
1M	3	0	0	3	2	2	1	1	1	2	1	0	2	1	1	2	2	0	2	2	1	1	2	2	0	2	0	2	0	2	2	1	2	1	2	1
2M	0	0	0	2	1	2	2	1	1	0	0	0	1	0	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	0	1	1	2	2	1	3	1				
3M	0	2	2	1	0	0	2	0	1	0	2	2	0	0	1	1	2	0	0	1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1				
4M	0	2	2	3	2	0	1	2	0	3	0	1	2	3	1	0	0	1	2	3	2	1	0	3	0	0	3	1	0	3	0	1				
5M	1	2	2	3	2	0	2	0	1	2	1	3	1	0	0	2	0	3	2	2	0	2	0	2	1	0	0	1	0	1	1	2	1			
6M	2	0	0	3	2	3	1	0	1	0	0	1	3	3	1	3	2	0	1	2	2	0	1	1	0	1	0	2	1	0	2	2				
7M	1	3	3	2	2	0	1	0	1	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	2	3	0	0	0	1	2	1	0	0	2	0	1				
8M	2	0	0	1	2	2	1	0	1	2	2	0	3	1	1	0	2	1	0	2	4	2	2	1	0	0	2	1	0	3	2	0				
9M	3	0	0	1	1	3	3	1	1	3	1	0	3	2	1	3	4	2	0	1	3	2	3	0	0	1	1	0	3	1	3	1				
10M	3	0	0	2	0	2	3	1	0	3	3	1	1	3	3	2	1	2	0	0	3	2	1	2	1	0	1	2	1	1	2	0				
11M	2	1	1	2	1	2	3	1	1	3	3	2	3	1	0	2	3	0	0	1	3	3	1	2	1	2	0	1	1	0	3	2				
12M	1	0	0	1	2	3	1	2	0	2	1	1	2	1	2	2	3	0	2	1	3	2	0	1	0	3	0	2	0	0	1	2				
13M	2	1	1	3	2	2	1	0	1	1	2	1	2	4	1	2	3	1	0	1	2	3	3	0	0	0	1	1	1	2	3	2				
14M	2	0	0	2	0	3	4	1	1	2	1	0	1	1	2	0	3	2	1	1	2	3	2	2	0	0	1	0	1	0	1	2	3			
15M	0	2	2	2	0	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	0	2	1	0	2	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0			
16M	1	2	2	2	2	1	2	1	0	2	1	0	3	0	2	1	1	0	0	1	2	1	0	2	1	3	1	1	0	0	3	0				
17M	0	3	3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	2	0	1	2	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	2	2	0	1				
18M	1	2	2	1	0	1	1	1	1	2	0	3	1	2	2	3	2	1	0	1	3	1	1	1	0	2	1	1	1	3	4	1				
19M	2	4	4	2	1	1	2	1	1	3	2	0	3	1	2	2	3	1	1	2	1	2	1	1	0	1	2	0	1	2	1	0				
20M	3	1	1	2	1	3	2	1	0	2	0	0	2	3	2	2	3	3	2	1	2	2	3	0	1	3	0	0	1	2	2	3				
21M	2	0	0	3	2	3	2	1	2	0	1	1	2	1	0	2	2	2	3	1	3	1	0	0	0	1	3	0	1	2	2	0				
22M	1	0	0	0	3	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	0	2	3	1	2	0	1	2	1	0	1	0	1	1	2	0	1				
23M	0	2	2	1	0	1	2	1	1	0	2	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	3	1	0	1	0	2	2				
24M	3	1	1	3	2	1	3	0	0	1	1	2	0	3	1	1	2	2	1	3	2	1	2	2	0	2	1	1	1	0	3	1				
25M	2	0	0	3	2	3	2	1	1	2	1	0	3	0	1	3	3	0	2	2	3	3	1	0	3	0	1	0	2	0	2	3				
26M	1	0	0	1	3	3	2	1	1	1	2	0	2	0	1	1	3	1	3	2	1	3	0	3	0	3	0	0	1	2	0	3				
27M	2	0	0	3	2	2	1	2	2	2	1	1	3	1	0	1	2	0	3	2	3	2	0	1	0	3	1	1	0	2	0	1				
28M	3	1	1	1	2	1	2	0	1	2	1	0	2	1	1	2	1	0	1	2	1	1	2	1	0	1	0	2	3	2	3	1				
29M	2	1	1	1	1	2	3	2	1	0	3	1	3	2	1	3	3	2	1	1	2	0	3	1	2	2	2	1	1	0	1	4				
30M	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	3	0	3	1	0	1	3	1	1	3	2	3	1	1	0	3	1	1	0	1	2	1				
31M	2	0	0	2	3	3	1	0	2	0	0	3	1	2	1	0	1	2	1	3	1	3	1	3	1	0	3	0	2	0	1	2	2			
32M	3	0	0	1	2	3	2	0	1	2	1	3	2	1	2	3	1	0	2	3	1	3	1	0	3	2	0	3	2	1	3	2				
33M	2	0	0	1	1	3	2	0	1	2	1	2	3	2	2	1	2	0	2	1	3	0	2	3	0	0	0	1	0	1	2	3				
34M	1	0	0	3	1	3	2	1	1	3	2	0	1	1	0	3	3	2	1	2	1	3	2	1	1	0	1	0	2	0	2	2				
35M	2	1	1	2	3	2	1	0	0	2	0	2	2	2	1	2	1	1	0	2	3	0	1	1	0	1	2	0	1	0	1					

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del IRE - 32, a mujeres sin la multiplicidad de exámenes (basal)

CUADRO N° - 7

Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
Paciente																																	
1H	4	4	2	3	3	3	0	2	1	4	3	2	3	3	1	3	1	2	4	3	4	2	3	2	0	3	1	2	3	2	3	3	
2H	3	3	0	3	3	3	1	2	2	2	3	2	3	3	0	2	3	2	4	2	4	1	2	1	0	3	2	1	3	2	3	3	
3H	2	0	3	0	1	2	4	4	4	3	2	3	2	3	4	1	4	4	3	4	2	3	2	4	0	4	4	0	3	4	1	0	
4H	1	0	1	2	0	0	1	2	2	3	0	0	2	2	2	1	1	0	2	0	0	1	1	0	2	2	1	2	1	2	1	0	
5H	4	2	2	3	4	0	2	0	3	4	2	4	4	0	3	2	0	4	1	4	3	2	4	3	0	2	4	4	4	3	2	0	
6H	3	1	0	2	3	0	3	4	1	4	3	1	3	4	4	0	0	2	3	2	2	3	2	1	1	0	1	4	2	4	2	4	
7H	1	4	4	0	2	2	0	2	4	2	4	2	4	3	1	4	3	3	2	1	2	2	3	4	0	3	3	1	3	3	2	2	
8H	1	4	2	1	4	3	0	2	4	3	2	3	4	2	1	4	2	2	3	2	4	1	3	4	0	2	3	3	2	1	3	2	
9H	3	0	3	4	2	3	3	4	2	4	2	1	0	3	2	2	4	3	2	1	4	1	0	3	1	2	4	0	1	3	2	0	
10H	2	1	2	4	4	0	3	4	4	0	2	3	1	4	1	4	0	4	2	3	2	0	1	2	2	4	4	4	2	3	3	1	
11H	4	3	4	2	3	3	1	3	1	4	3	4	4	2	2	3	0	1	3	2	3	4	3	3	0	4	4	4	1	2	0	0	
12H	2	4	3	1	2	0	0	3	0	3	4	4	1	3	4	1	4	2	2	4	4	1	2	1	1	2	1	0	2	1	4	3	
13H	2	1	0	0	2	0	0	1	3	0	2	2	0	2	1	2	2	0	1	2	4	2	1	3	0	1	2	3	0	2	0	1	
14H	1	4	4	4	3	0	1	2	1	3	3	3	3	0	3	2	3	4	2	2	2	4	0	3	0	2	4	1	3	2	1	0	
15H	0	4	3	2	0	2	1	1	0	4	4	2	2	4	4	0	3	2	3	1	3	4	1	2	0	4	1	2	2	3	4	4	
16H	4	3	1	3	4	0	2	3	2	4	2	4	2	1	2	3	4	1	4	3	2	0	4	4	0	4	4	0	2	4	1	0	
17H	1	2	0	2	2	0	3	0	2	2	2	3	0	3	2	2	2	0	2	2	2	3	2	2	1	0	3	2	1	3	2	2	
18H	2	4	1	4	3	3	0	4	4	1	3	1	4	4	1	2	0	0	1	2	3	3	2	3	2	2	4	4	2	2	4	0	
19H	3	0	2	3	2	3	4	1	4	2	3	2	1	2	0	4	0	4	2	2	4	4	2	4	0	2	1	4	1	3	2	2	
20H	3	0	4	4	1	2	4	1	4	4	3	1	2	2	0	4	0	2	3	2	2	2	0	1	0	3	3	4	2	2	4	0	
21H	4	0	3	2	3	0	4	1	1	3	2	4	3	1	4	3	4	0	4	1	3	4	3	2	0	4	2	1	0	4	3	3	
22H	2	3	3	0	1	2	2	0	0	1	1	2	2	0	0	2	2	1	2	2	3	1	2	3	0	3	0	0	0	3	4	1	
23H	0	1	4	0	1	0	1	2	1	2	3	2	2	1	2	0	1	2	4	2	2	1	2	0	0	1	2	1	0	1	2	1	
24H	4	1	4	2	2	3	3	2	2	4	4	3	3	3	3	2	0	4	2	3	3	3	4	1	3	1	3	4	1	4	4	1	
25H	2	0	3	4	4	3	4	1	4	1	2	4	2	4	1	1	1	4	2	2	3	4	1	2	0	2	3	3	2	3	4	1	
26H	4	2	2	4	3	4	2	3	3	4	4	3	4	4	2	4	1	4	1	0	4	3	2	4	4	3	2	2	2	2	1	2	
27H	3	0	1	2	1	0	2	2	2	3	2	2	0	0	1	1	1	2	2	1	0	2	0	1	0	0	1	2	1	0	4	1	
28H	4	4	4	4	2	2	0	4	1	3	4	4	3	2	3	0	4	3	2	3	4	1	4	0	0	4	3	0	1	4	4	0	
29H	3	0	0	4	3	3	4	1	2	2	2	2	2	4	4	2	4	3	4	2	3	4	1	2	0	1	2	0	2	1	4	2	
30H	3	3	0	2	1	0	2	0	3	2	4	4	2	3	2	2	3	2	1	3	2	3	4	1	0	2	1	1	2	2	3	3	
31H	4	4	1	0	4	2	1	4	3	3	4	3	0	2	2	1	3	2	2	0	3	2	3	2	1	3	3	2	3	4	2	0	
32H	4	1	1	1	3	0	2	2	1	2	1	0	0	3	0	4	0	1	2	3	0	0	1	2	0	2	0	0	1	2	4	1	
33H	4	0	2	3	2	4	4	1	1	4	3	2	2	1	3	2	1	4	4	2	4	1	4	3	0	4	3	1	1	2	3	4	
34H	2	2	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	0	0	2	4	2	2	1	0	2	1	0	2	0	1	0	1	2	1	4	0	
35H	4	0	0	1	2	3	4	3	0	4	1	3	4	2	4	1	0	3	4	2	2	4	2	3	0	3	4	3	3	2	4	0	

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del IRE - 32, a hombres durante la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N° - 8

Matriz general correspondiente al Índice de Reactividad al Estrés IRE - 32 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Paciente																																
HB1	3	2	1	2	2	1	0	0	1	3	2	1	2	2	1	2	1	1	3	2	3	2	3	1	0	2	1	2	2	0	3	2
HB2	2	1	0	2	1	2	0	1	1	1	2	1	2	1	0	1	2	1	3	1	3	0	1	1	0	2	2	1	2	2	2	2
HB3	0	0	1	1	0	0	0	1	2	3	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
HB4	3	1	2	2	3	0	1	0	2	4	1	2	3	0	2	1	0	3	0	3	2	1	3	2	0	1	3	3	2	2	1	0
HB5	1	0	2	0	0	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	0	2	3	1	2	2	1	2	2	0	1	2	0	2	2	0	0
HB6	2	0	0	1	2	0	2	2	0	3	2	0	2	2	3	0	0	1	1	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	2	1	2
HB7	0	3	2	0	1	1	0	1	3	1	2	1	1	1	0	2	2	2	0	1	1	1	2	2	0	2	2	0	2	1	1	1
HB8	0	2	1	0	2	2	0	1	2	1	1	3	2	1	0	3	0	1	1	2	3	0	2	3	0	1	3	2	1	0	2	1
HB9	2	0	2	3	1	2	1	2	1	3	1	1	0	2	1	1	2	2	1	0	3	0	1	1	1	2	2	0	0	2	1	0
HB10	2	0	1	3	3	0	2	3	3	0	2	2	0	3	0	3	0	3	1	2	2	0	1	1	1	3	3	4	1	2	3	0
HB11	3	2	3	1	2	2	0	2	0	3	2	3	3	1	2	2	0	0	2	1	2	3	2	2	0	3	4	3	0	0	1	0
HB12	1	3	2	0	1	0	0	2	0	2	3	2	1	2	3	0	2	1	1	3	3	0	1	1	0	1	0	0	1	1	3	2
HB13	2	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	3	1	0	2	0	0	1	2	0	0	0	0
HB14	0	3	3	3	2	0	1	1	1	3	2	2	2	0	2	1	2	3	1	1	1	3	0	2	0	1	3	0	2	1	0	2
HB15	0	3	2	1	0	1	1	0	0	4	4	1	1	2	3	0	2	1	2	3	1	1	0	3	1	1	0	3	1	1	2	3
HB16	3	2	0	2	2	0	1	3	1	3	2	3	2	0	1	2	3	1	3	1	2	0	3	2	0	3	2	0	1	3	0	0
HB17	1	1	0	1	1	0	3	0	1	1	1	2	0	2	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1	0	0	1	1	0	2	1	1
HB18	1	3	0	3	2	2	0	3	3	0	2	0	3	3	0	1	0	0	1	1	2	2	1	3	1	1	3	3	1	1	3	0
HB19	2	0	1	2	1	2	3	0	3	1	2	1	0	1	1	3	0	3	2	1	3	3	2	2	0	1	0	3	3	2	1	2
HB20	2	0	4	3	1	1	3	1	3	3	2	1	1	2	0	3	0	1	2	1	1	0	0	0	2	1	4	1	1	3	0	0
HB21	3	0	2	1	2	0	3	1	0	2	1	3	2	0	3	2	3	0	1	0	2	3	2	1	0	3	0	1	0	3	2	2
HB22	1	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	2	0	0	2	1	1	0	1	2	0	1	2	0	2	0	0	0	2	3	0
HB23	0	1	3	0	1	0	1	2	1	1	2	1	2	1	1	0	1	2	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0
HB24	3	0	3	1	1	2	2	1	1	3	2	1	3	2	2	1	0	3	2	1	2	2	1	2	1	0	2	0	1	2	0	2
HB25	1	0	2	3	4	2	3	0	3	0	1	0	2	3	1	0	1	3	2	1	1	3	0	0	0	1	1	1	1	2	2	1
HB26	3	1	1	3	2	3	1	3	2	3	3	2	3	3	1	3	0	3	0	0	3	2	1	3	3	2	1	2	1	1	1	1
HB27	2	0	1	2	0	0	1	2	1	2	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	3	1
HB28	3	3	3	3	1	1	0	3	1	2	3	3	2	2	2	0	3	2	1	2	3	0	3	0	0	3	2	0	0	3	3	0
HB29	2	0	0	3	2	2	3	0	1	1	1	1	1	3	3	1	3	2	3	1	2	2	1	1	0	1	1	0	1	1	3	1
HB30	2	2	0	1	0	0	2	0	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	0	2	2	3	3	0	0	2	1	0	1	2	2	2
HB31	3	3	1	0	3	1	1	3	3	2	2	1	1	2	1	0	3	1	1	0	2	1	2	1	1	2	2	1	2	4	1	0
HB32	3	1	1	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	2	0	3	0	1	2	2	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	3	0
HB33	3	0	1	2	1	3	3	0	0	3	2	1	1	0	2	1	1	3	4	1	3	0	3	3	0	3	2	1	1	0	2	3
HB34	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	3	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	3	0
HB35	3	0	0	1	1	2	3	2	0	3	0	2	3	1	3	1	0	2	4	1	1	3	1	3	0	2	3	2	2	1	3	0

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del IRE - 32, a hombres sin la multiplicidad de exámenes (basal)

CUADRO N°-9

Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Paciente																									
1M	4	1	3	1	3	4	0	2	2	3	2	4	2	1	2	1	2	1	0	2	0	0	2	0	1
2M	1	2	1	0	2	1	1	1	1	4	2	2	0	2	1	0	1	1	2	4	0	1	1	1	1
3M	3	3	1	2	2	3	1	1	1	3	3	1	4	2	4	1	0	3	2	3	1	2	2	4	1
4M	1	2	1	4	1	2	3	3	3	2	2	3	1	4	3	3	2	2	0	4	2	3	2	2	1
5M	2	1	2	2	3	2	3	2	2	3	1	2	3	1	2	2	1	3	2	3	3	2	0	4	2
6M	1	0	2	2	2	1	2	0	1	0	3	0	1	2	1	2	3	2	2	3	1	3	2	1	3
7M	4	3	2	1	3	2	3	4	4	2	1	4	3	2	1	1	3	4	2	2	1	3	1	2	3
8M	2	2	3	2	4	1	3	0	2	1	0	1	2	1	4	2	4	3	2	3	2	3	4	2	1
9M	2	3	1	2	0	3	0	1	4	1	1	3	2	2	0	3	3	2	3	0	1	3	1	1	2
10M	1	3	1	1	1	3	2	1	1	1	2	3	1	2	2	1	1	0	4	1	1	3	2	1	0
11M	2	0	1	1	1	1	2	0	2	2	1	1	1	4	3	4	4	2	0	4	2	3	1	3	1
12M	1	2	2	3	2	0	3	0	1	0	3	2	3	0	2	0	1	1	2	1	3	3	1	1	2
13M	3	3	2	3	4	1	2	4	2	2	1	2	3	2	2	1	1	3	2	3	4	3	0	1	2
14M	0	2	3	4	1	3	2	0	3	1	3	1	2	3	1	0	2	0	2	2	3	3	2	4	4
15M	3	4	2	0	4	3	3	1	2	2	2	1	1	3	1	2	1	4	3	2	1	3	3	1	3
16M	1	4	0	1	2	1	1	2	1	3	3	2	2	0	2	1	3	2	3	1	3	2	3	3	1
17M	2	3	2	1	3	3	2	3	3	1	2	3	2	4	2	3	2	3	2	3	4	3	2	4	2
18M	3	0	2	1	2	1	2	1	2	3	2	2	3	1	1	1	3	0	2	1	2	0	4	1	2
19M	3	1	2	2	2	3	1	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	1	4	3	2	1	2	3
20M	2	2	4	0	0	1	3	1	3	3	4	0	0	3	1	0	2	0	2	1	2	1	3	4	1
21M	2	2	3	0	1	2	2	2	1	2	1	4	2	1	1	1	1	4	3	3	1	2	1	2	3
22M	3	2	1	3	2	1	1	3	0	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	3	2	1	0	2	3
23M	2	1	1	2	3	2	3	1	2	3	0	3	1	3	0	2	1	2	4	0	3	2	2	3	1
24M	2	2	3	2	1	3	4	2	3	4	1	3	2	1	3	4	3	3	2	3	4	3	4	1	3
25M	3	0	3	2	1	1	3	1	0	2	0	0	2	3	2	1	4	0	3	1	2	2	2	3	2
26M	3	2	4	1	3	3	1	2	2	3	4	3	1	3	2	3	2	4	2	4	3	1	4	1	3
27M	1	3	1	0	4	2	3	3	4	2	2	4	3	4	1	2	1	1	4	3	0	2	1	2	2
27M	2	0	0	4	3	1	3	1	3	3	1	3	2	1	4	2	1	4	1	4	3	2	3	2	1
29M	0	3	2	2	3	1	2	1	2	2	3	1	0	0	1	2	2	0	1	1	3	3	1	3	3
30M	2	1	2	2	2	0	4	2	2	3	3	3	1	4	1	3	4	1	1	3	2	4	2	3	2
31M	2	4	3	0	3	2	2	2	1	1	2	1	0	2	2	2	3	0	1	2	1	2	2	4	4
32M	4	2	3	3	2	1	1	0	1	2	1	1	2	1	4	2	1	4	3	1	2	3	4	1	1
33M	1	1	1	2	3	0	0	3	3	1	1	4	2	2	2	1	3	3	2	1	3	2	3	2	3
34M	0	2	1	1	1	3	2	4	4	2	1	2	1	1	2	0	3	2	1	2	2	3	4	3	2
35M	1	2	1	0	3	2	1	1	2	2	2	0	3	3	1	2	2	2	1	4	3	0	2	1	1

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CD –RISC, a mujeres durante la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N°- 10

Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Paciente																									
1MB	4	2	3	2	2	4	1	2	3	4	2	3	1	2	4	2	1	2	3	4	1	0	3	4	2
2MB	2	3	2	2	3	2	1	2	0	3	1	2	3	2	4	1	3	2	3	2	0	2	2	1	3
3MB	3	4	3	2	3	4	3	2	3	2	3	4	2	4	3	2	4	3	4	4	3	2	3	2	3
4MB	4	3	2	4	2	3	2	4	2	3	4	3	3	2	4	4	3	2	3	2	4	2	4	3	4
5MB	3	2	4	3	4	3	4	4	4	3	4	2	2	3	2	3	2	4	3	4	2	4	3	2	3
6MB	2	4	2	3	3	2	3	1	2	0	2	4	2	3	2	0	4	3	2	2	1	2	1	0	4
7MB	4	3	3	2	3	4	3	2	4	3	2	3	4	4	3	4	2	1	4	3	2	3	2	2	4
8MB	3	2	4	3	4	3	2	1	3	2	3	4	3	2	2	3	3	4	3	2	2	4	2	1	4
9MB	2	3	1	2	0	2	0	2	1	2	4	2	3	3	0	4	3	2	3	4	1	3	4	2	3
10MB	2	4	2	4	4	3	3	0	4	2	3	4	2	3	4	3	2	0	2	2	1	2	3	1	2
11MB	3	0	4	2	3	4	2	4	2	2	1	3	1	4	2	1	2	3	1	4	3	1	2	4	3
12MB	2	2	3	3	2	3	3	2	3	0	2	3	2	0	3	3	0	2	3	0	4	2	4	3	2
13MB	4	3	2	4	4	1	2	3	1	2	3	2	2	3	1	4	2	0	3	4	2	1	3	4	2
14MB	4	2	3	1	2	3	1	2	3	2	1	4	1	3	2	4	2	1	4	3	2	0	3	4	4
15MB	4	3	2	1	4	4	3	2	3	1	2	3	2	2	3	2	1	3	2	2	3	4	4	3	2
16MB	2	4	3	2	1	3	2	2	4	2	2	4	3	1	2	4	0	2	1	2	3	3	3	2	1
17MB	3	2	3	4	3	2	3	4	3	2	3	2	3	2	3	4	2	1	4	3	2	3	4	3	4
18MB	4	3	2	2	2	4	3	2	2	4	2	3	4	3	4	2	3	4	1	2	3	4	3	2	3
19MB	3	2	3	2	4	3	2	1	3	2	3	2	4	2	2	1	2	3	2	3	2	2	4	2	3
20MB	2	3	4	3	2	4	3	4	2	3	4	3	2	3	2	2	2	4	3	1	2	4	3	1	2
21MB	4	2	2	4	3	3	1	2	1	2	3	2	3	2	1	3	4	2	1	4	3	2	4	3	2
22MB	2	4	3	4	3	4	2	4	4	3	2	3	2	4	3	2	3	3	2	4	3	2	3	2	4
23MB	3	2	2	3	2	4	3	2	4	3	2	4	1	2	4	3	2	2	3	1	4	3	4	3	2
24MB	2	2	3	2	1	3	1	3	2	3	4	2	4	3	3	2	3	4	2	3	2	1	3	1	3
25MB	4	3	2	3	2	4	3	2	4	1	3	2	3	1	2	4	2	3	3	1	4	2	3	4	2
26MB	3	2	3	4	2	2	4	2	3	4	1	2	3	4	2	3	0	3	2	3	4	2	1	3	4
27MB	2	3	4	1	3	4	2	3	2	3	3	2	1	4	0	2	4	2	3	2	3	2	3	4	3
28MB	2	1	2	4	3	1	3	2	4	3	4	2	3	2	4	1	2	4	0	1	4	3	4	3	4
29MB	4	4	0	3	4	2	3	2	3	2	2	3	4	3	0	2	3	1	3	2	3	4	2	2	3
30MB	2	2	3	2	2	0	4	2	3	0	4	2	1	4	2	4	2	4	2	0	2	3	4	4	2
31MB	3	4	2	1	3	3	2	3	4	2	2	3	1	0	3	3	2	0	3	1	4	2	3	4	4
32MB	4	3	1	3	2	2	4	0	2	4	3	1	3	2	4	2	3	1	4	4	3	2	4	3	2
33MB	2	4	3	3	2	4	2	3	4	3	3	1	2	3	2	4	0	2	2	3	4	3	0	3	2
34MB	4	2	4	2	1	3	3	4	3	2	4	1	4	2	3	4	2	3	2	2	3	3	4	2	3
35MB	2	3	2	4	3	4	0	2	3	2	1	4	3	4	2	1	3	3	4	3	2	0	2	3	4

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CD –RISC, a mujeres sin la multiplicidad de exámenes (basal)

CUADRO N°- 11

Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Paciente																									
1H	2	3	1	2	1	3	1	1	2	2	2	1	2	2	4	2	0	2	3	2	1	3	2	1	2
2H	3	0	1	0	0	1	2	0	3	1	4	0	1	3	1	2	3	1	2	2	4	2	3	1	3
3H	1	2	3	2	3	2	1	2	2	3	3	2	3	0	3	1	2	3	4	1	3	1	0	2	3
4H	3	4	2	2	2	3	2	3	0	2	2	3	2	2	1	2	3	2	1	2	3	3	2	4	2
5H	2	2	3	1	2	1	4	2	1	1	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	1	2	3	3
6H	0	3	1	0	1	2	2	0	2	2	1	1	2	1	2	1	3	2	1	0	1	1	2	0	1
7H	0	2	1	1	4	3	1	1	3	0	3	3	0	2	2	0	1	2	2	4	2	0	3	1	1
8H	2	0	3	2	1	0	4	3	1	2	2	2	2	3	2	4	1	2	3	1	3	3	1	2	0
9H	1	1	2	2	0	2	2	1	1	4	0	1	1	3	1	1	1	0	1	2	1	3	1	2	0
10H	3	3	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1	2	4	0	2	0	2	1	3	2	2	4	1	2
11H	0	2	2	1	3	1	1	0	1	1	3	2	3	1	2	2	1	2	0	1	1	0	1	3	1
12H	1	1	0	2	2	1	2	1	2	2	2	0	1	2	3	1	2	2	3	1	2	3	0	2	1
13H	3	2	3	3	2	2	3	1	2	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	4	3	2
14H	2	1	1	0	3	2	1	0	1	2	1	1	0	3	1	1	2	3	2	0	3	1	2	3	0
15H	3	2	1	2	1	0	3	2	1	2	1	2	2	1	2	3	0	2	4	2	4	1	3	0	2
16H	2	0	3	1	2	2	1	3	1	0	1	2	0	2	0	3	3	2	3	0	3	2	1	3	0
17H	2	1	2	3	4	3	2	2	2	1	3	2	4	3	4	2	3	2	3	1	4	2	2	3	3
18H	1	2	0	3	4	2	3	0	4	0	1	3	0	2	1	1	1	0	1	2	1	0	3	1	1
19H	0	3	3	0	2	0	2	2	2	1	3	2	3	2	1	0	4	2	0	4	3	4	3	0	3
20H	1	2	1	3	2	1	3	0	1	2	1	0	3	1	3	2	0	3	1	2	0	1	2	1	2
21H	2	0	2	0	1	1	0	3	1	1	0	3	2	4	0	3	2	1	1	0	0	1	0	1	0
22H	1	3	4	2	1	4	2	1	3	1	4	1	3	1	3	1	2	3	1	3	3	1	3	3	2
23H	3	2	3	4	2	1	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	4	2	1	4	2	2	3	1
24H	0	1	2	3	2	2	0	1	0	1	3	0	2	1	2	1	0	2	2	2	1	0	2	1	4
25H	3	1	0	2	1	3	2	1	0	2	4	2	3	2	0	2	4	0	0	4	3	2	4	3	1
26H	2	2	3	1	2	0	3	4	2	3	0	1	2	3	4	1	0	2	1	1	0	3	1	2	0
27H	1	2	3	3	3	1	2	4	1	3	3	1	3	2	2	4	2	2	1	2	3	2	1	3	1
28H	1	1	2	1	0	3	2	1	0	1	1	2	1	3	4	1	2	0	2	1	1	0	3	1	0
29H	2	0	3	2	2	1	3	2	1	2	3	0	2	1	3	1	2	1	3	2	2	3	0	2	3
30H	3	4	1	3	1	0	4	2	1	2	4	3	1	1	0	2	1	3	0	0	1	2	1	2	1
31H	1	2	1	0	2	1	2	1	0	3	1	1	2	1	4	3	2	1	4	1	1	2	1	1	0
32H	3	2	2	1	2	3	2	4	1	1	2	3	1	2	3	2	4	2	1	2	3	2	1	3	4
33H	4	3	3	4	0	1	3	2	3	0	1	2	3	1	4	3	1	3	2	1	3	2	0	2	3
34H	1	2	3	1	2	3	4	1	2	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	4	3	1	3	1
35H	1	0	3	2	1	0	2	2	1	4	0	2	3	1	0	2	3	2	1	1	0	2	1	0	2

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CD –RISC, a hombres durante la multiplicidad de exámenes

CUADRO N°- 12

Matriz general correspondiente a la Resiliencia CD –RISC de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Paciente																									
HB1	2	0	2	4	3	1	0	2	1	3	4	1	3	2	0	1	4	2	1	4	3	2	2	1	4
HB2	3	2	1	2	2	3	2	1	0	2	1	3	2	1	2	4	0	3	2	2	1	1	0	4	3
HB3	3	3	1	4	3	3	4	2	2	2	4	3	3	2	4	3	4	2	4	2	4	3	3	4	4
HB4	4	4	3	3	2	4	3	4	1	3	3	4	2	3	2	2	3	2	3	4	3	4	4	4	3
HB5	2	3	2	3	4	2	4	3	2	4	2	3	4	2	4	2	4	3	4	3	2	3	2	3	4
HB6	4	2	3	2	3	1	4	2	3	4	4	2	3	4	2	3	2	3	3	2	3	4	3	4	3
HB7	4	3	2	4	3	4	3	2	3	2	4	3	4	3	3	4	3	4	2	2	4	2	1	2	4
HB8	1	2	2	3	2	3	4	1	2	2	3	1	3	2	1	2	2	3	1	2	1	2	3	1	3
HB9	4	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	4	2	2	2	3	4	2	3	4	2	3	4	3	4
HB10	3	4	2	2	3	4	2	3	4	2	4	3	4	3	4	2	3	4	2	4	3	4	3	2	3
HB11	4	2	4	2	1	2	3	2	4	3	2	3	3	1	2	3	3	2	1	4	2	3	4	0	1
HB12	3	2	3	4	0	2	1	3	3	2	4	2	3	1	4	0	2	3	2	3	1	2	3	1	2
HB13	4	3	2	4	2	3	4	2	3	4	3	3	2	4	3	3	4	2	4	2	4	3	4	4	3
HB14	0	4	1	3	4	2	1	4	1	3	1	2	1	3	2	1	3	1	3	2	1	3	2	1	2
HB15	3	1	3	2	0	3	2	1	0	3	2	1	2	3	1	1	2	4	2	0	0	2	1	3	1
HB16	2	2	4	3	2	2	3	2	3	3	4	3	2	3	3	2	3	4	2	4	3	2	4	3	2
HB17	4	3	2	3	4	4	3	4	3	2	4	2	4	3	4	2	4	2	3	2	4	3	3	3	4
HB18	3	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	4	3	3	2	1	4	3	3	4	4
HB19	4	3	2	0	4	3	2	2	3	3	2	4	2	3	1	1	3	4	4	2	1	2	0	4	3
HB20	2	1	1	3	2	4	2	3	1	4	0	3	2	1	2	3	2	3	0	3	2	1	3	2	2
HB21	1	0	3	2	3	1	2	3	2	3	4	3	2	1	2	3	4	3	0	1	3	3	2	1	2
HB22	2	4	4	3	2	4	3	2	4	1	4	2	4	2	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	3
HB23	4	3	3	4	3	2	4	4	3	2	3	3	4	3	4	3	3	4	3	1	4	4	3	4	2
HB24	3	2	3	1	2	4	0	3	2	1	1	3	3	1	2	1	1	2	3	3	2	1	4	0	2
HB25	2	3	1	3	3	1	3	2	1	3	2	4	1	4	1	3	4	2	3	1	2	4	2	3	1
HB26	4	1	2	1	2	4	2	1	0	2	3	2	3	1	2	4	0	3	2	1	3	2	1	4	0
HB27	3	2	3	4	3	2	3	4	2	4	4	2	4	2	3	4	2	3	3	2	4	3	2	3	2
HB28	1	1	3	1	3	2	2	1	2	4	2	3	4	3	1	2	3	1	2	4	4	2	1	4	3
HB29	2	0	2	3	0	1	4	2	3	2	0	1	2	1	3	2	2	3	1	3	2	4	3	1	2
HB30	4	1	4	2	4	2	3	4	3	3	4	3	4	4	3	2	4	3	2	3	2	2	4	2	4
HB31	3	3	2	1	4	3	2	4	1	4	1	2	0	3	3	0	2	1	4	1	3	4	0	3	2
HB32	4	2	3	4	3	4	3	4	2	2	3	4	2	3	4	3	4	3	2	2	3	4	3	4	4
HB33	4	1	4	3	2	1	2	3	2	0	4	1	3	2	3	2	1	2	0	4	2	1	4	2	0
HB34	3	2	3	2	3	4	4	2	3	3	2	3	2	4	2	4	3	3	4	3	4	3	2	4	3
HB35	2	0	1	4	2	1	3	1	4	3	0	2	4	3	4	1	4	2	3	4	0	3	4	2	1

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del CD –RISC, a hombres sin la multiplicidad de exámenes (basal).

CUADRO N°- 13

Matriz general correspondiente a las respuestas de Depresión Ansiedad y Estrés DAS - 21 de las mujeres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Paciente																					
1M	1	0	1	1	1	2	0	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1
2M	3	0	1	2	1	0	3	2	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1
3M	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0
4M	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
5M	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0
6M	2	1	1	0	1	2	1	0	1	0	1	2	1	0	0	1	1	1	2	0	1
7M	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
8M	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	0	1	0	2	1	0	1
9M	1	0	2	0	1	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1
10M	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
11M	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
12M	2	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1
13M	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	1	2	1	2	0
14M	3	0	1	1	2	3	0	2	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	0
15M	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
16M	3	2	3	3	2	1	2	3	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	2	3
17M	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
18M	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
19M	1	0	1	0	1	1	2	0	1	2	0	1	1	2	0	2	1	1	2	0	1
20M	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	1	3	3	3	2	1	3	2
21M	1	1	2	1	2	0	1	0	1	3	2	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1
22M	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1
23M	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
24M	3	0	0	2	1	2	1	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1
25M	3	1	2	2	1	3	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	1	2	1
26M	2	2	0	1	3	2	0	0	0	2	2	2	0	1	2	1	0	1	1	0	2
27M	2	2	0	1	0	0	2	1	0	0	0	2	1	2	2	0	1	2	0	0	0
28M	0	0	0	0	1	3	0	2	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	0	0	1
29M	2	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
30M	2	1	2	3	1	3	2	1	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0
31M	2	0	1	0	1	1	1	2	0	2	0	1	2	1	1	1	0	1	0	0	1
32M	3	3	2	3	2	2	1	1	2	3	1	1	3	2	3	1	1	1	2	1	2
33M	2	1	2	0	1	1	0	2	1	1	1	2	1	1	0	2	1	2	1	1	1
34M	1	1	0	2	1	1	3	2	1	1	2	0	0	2	2	2	0	1	0	0	2
35M	3	0	2	0	0	1	2	1	1	1	2	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del DAS, a mujeres durante la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N°- 14

Matriz general correspondiente a las respuestas de Depresión Ansiedad y Estrés DAS - 21 de las mujeres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Paciente																					
1M	2	0	2	1	2	2	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
2M	2	1	0	0	1	2	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	1	0	2	1	1
3M	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
4M	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
5M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6M	1	1	0	2	1	2	0	2	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3
7M	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
8M	0	0	1	0	1	2	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	0	2	0	1	1
9M	1	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
10M	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
11M	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	1	0	2	0
12M	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
13M	1	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1
14M	2	2	0	1	2	2	0	2	0	2	0	1	2	3	1	2	0	0	1	0	0
15M	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
16M	1	1	2	0	2	3	1	2	1	3	1	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2
17M	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0
18M	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0
19M	2	0	1	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	2	0	1	2	0
20M	3	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	3
21M	1	2	2	1	1	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2
22M	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
23M	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
24M	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0
25M	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	3	2	1	1	2	2	1	1	2
26M	2	1	1	0	0	2	2	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	2	0	1	0
27M	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
28M	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0
29M	2	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
30M	1	2	0	0	0	2	2	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	2	1	2	1
31M	0	0	1	0	1	0	0	1	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
32M	1	2	0	1	1	2	2	3	0	2	1	3	3	0	1	1	0	0	2	1	2
33M	1	0	2	1	2	1	1	2	0	0	3	2	2	0	1	0	0	1	0	0	1
34M	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
35M	1	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del DAS, a mujeres sin la multiplicidad de exámenes (basal).

CUADRO N°-15

Matriz general correspondiente a las respuestas de Depresión, Ansiedad y Estrés DAS - 21 de los hombres durante el estrés psicológico (Multiplicidad).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Paciente																					
1H	1	0	0	2	1	1	0	0	2	0	1	1	1	2	0	0	0	2	0	1	1
2H	2	1	0	0	1	2	2	1	0	0	1	2	2	2	1	1	0	1	2	2	0
3H	3	0	0	1	2	2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	2	0	1	1
4H	1	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
5H	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
6H	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
7H	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0
8H	2	2	2	1	0	0	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	0	1	1	1
9H	1	1	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1
10H	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
11H	2	0	1	2	1	2	0	2	0	1	2	0	1	1	0	2	1	1	1	0	1
12H	2	2	0	2	0	2	1	2	2	0	2	3	2	1	2	0	0	2	2	1	0
13H	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
14H	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	0	1	1	1	1	0
15H	1	1	0	0	1	1	1	0	2	0	0	2	0	2	1	1	2	2	1	0	2
16H	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
17H	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
18H	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0
19H	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
20H	2	2	0	1	1	3	0	2	0	3	2	2	1	2	1	1	1	2	0	0	0
21H	2	0	0	1	1	2	0	2	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1
22H	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
23H	2	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1
24H	2	0	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	0	0	1
25H	2	1	2	0	1	2	0	2	1	1	1	1	1	2	1	1	0	2	2	0	1
26H	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	2	3	2	1	2	1	2	2	3	2	1
27H	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
28H	1	2	1	1	1	1	1	1	2	0	1	2	3	1	1	1	0	2	0	1	0
29H	2	0	1	1	2	3	0	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1
30H	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	2	1	2	1	0	0	1	1	0	0
31H	1	0	0	1	1	1	2	0	1	1	2	0	0	2	1	2	2	0	1	1	0
32H	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
33H	3	2	1	3	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	1	3	3	1	2	2	3
34H	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
35H	2	1	3	0	1	2	0	2	0	2	1	1	1	2	1	0	1	0	1	1	0

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del DAS, a hombres durante la multiplicidad de exámenes.

CUADRO N°- 16

Matriz general correspondiente a las respuestas de la Depresión Ansiedad y Estrés DAS - 21 de los hombres sin multiplicidad de exámenes (basal).

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Paciente																					
HB1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0
HB2	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	1	0
HB3	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	1	0	1
HB4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HB5	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
HB6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
HB7	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
HB8	2	0	1	2	2	0	1	1	1	2	2	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0
HB9	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
HB10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
HB11	2	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	0	0	1
HB12	2	1	0	0	0	3	2	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	1	0
HB13	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
HB14	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	2	0	1	0
HB15	1	0	1	2	2	2	0	2	1	3	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0
HB16	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
HB17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HB18	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
HB19	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
HB20	2	0	1	0	0	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	0	1	3	0	1	0
HB21	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0
HB22	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HB23	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
HB24	1	0	2	0	0	2	2	1	1	0	0	1	1	1	0	2	0	2	1	0	0
HB25	2	1	2	2	2	1	0	0	0	1	1	2	0	2	1	0	0	1	1	0	2
HB26	2	1	2	1	1	1	2	2	1	0	2	2	1	1	1	2	2	3	0	1	0
HB27	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
HB28	2	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	2	0	1	2	0	1	0
HB29	1	0	2	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	2	1	1	1	2	1	0	1
HB30	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0
HB31	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1
HB32	1	0	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HB33	1	1	2	0	0	2	1	1	1	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	2
HB34	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
HB35	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	2	0	0	2

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del DAS, a hombres sin la multiplicidad de exámenes (basal)

CUADRO N°- 17

Matriz general correspondiente a los valores de Depresión, Ansiedad y Estrés del DAS - 21 en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal

Items		MD	MD	MA	MA	ME	ME	HD	HD	HA	HA	HE	HE
		T	B	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B
Paciente													
M	H												
1	1	16	14	12	4	16	12	6	2	10	6	16	10
2	2	12	10	14	8	14	14	8	4	16	8	22	16
3	3	20	4	14	0	24	2	10	8	18	6	16	14
4	4	18	0	12	6	28	4	4	0	4	0	12	2
5	5	12	0	18	0	20	0	4	2	0	0	8	4
6	6	12	10	10	8	18	14	8	4	8	2	10	6
7	7	20	2	12	0	28	2	4	0	8	4	10	2
8	8	12	10	16	2	16	14	16	10	18	10	16	14
9	9	14	12	12	0	30	6	12	6	6	2	10	4
10	10	2	2	16	8	16	8	6	2	8	0	8	2
11	11	20	2	12	8	18	10	16	10	6	2	20	16
12	12	26	4	2	0	16	14	4	0	24	14	28	18
13	13	20	4	16	14	16	4	6	4	4	2	8	2
14	14	16	16	10	10	14	18	8	2	12	8	16	14
15	15	18	0	14	4	26	2	12	12	12	10	16	14
16	16	38	28	32	20	18	24	0	0	6	2	16	14
17	17	20	4	18	6	28	6	2	0	2	0	6	2
18	18	16	2	14	6	24	4	4	2	8	4	8	4
19	19	18	14	10	10	26	6	12	12	6	2	10	2
20	20	32	22	34	18	16	26	14	8	8	4	30	20
21	21	24	18	20	14	18	6	8	2	8	2	20	16
22	22	22	2	10	2	24	2	2	0	4	2	4	0
23	23	20	0	14	2	24	2	8	4	6	4	12	10
24	24	18	0	12	8	20	14	16	10	12	8	26	16
25	25	30	22	24	16	14	24	14	10	10	10	24	18
26	26	16	14	12	10	16	18	24	14	34	14	34	26
27	27	10	4	14	8	18	12	8	6	6	2	10	2
28	28	20	2	12	0	24	18	12	8	16	6	18	16
29	29	10	2	14	2	16	14	18	14	12	8	20	18
30	30	20	4	20	16	20	14	2	0	8	6	16	14
31	31	16	12	14	2	10	8	12	10	14	8	12	8
32	32	28	18	30	18	18	18	2	2	4	2	8	2
33	33	18	14	18	6	12	18	28	10	30	12	22	18
34	34	12	0	18	8	14	0	4	4	6	4	8	6
35	35	8	2	16	2	18	14	16	10	8	4	20	16

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del DAS. M =Mujer
H= Hombre D = Depresión A = Ansiedad E = Estrés T = Multiplicidad B= Basal

CUADRO N°- 18

Matriz general correspondiente a los valores Emocional, Conductual, Cognitivo y Vegetativo del IRE - 32 en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items	Sujetos		M	M	M	M	M	M	M	H	H	H	H	H	H	H	H	
	M	H	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B
			E	E	Cn	Cn	Cg	Cg	Ve	Ve	E	E	Cn	Cn	Cg	Cg	Ve	Ve
1	1		3	2	3	2	2	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2
2	2		3	2	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	1	3	1
3	3		2	1	2	1	2	1	2	1	2	0	2	1	2	0	1	1
4	4		2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2
5	5		3	1	3	1	3	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1
6	6		3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1
7	7		4	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1
8	8		3	1	2	1	2	1	3	2	2	2	2	1	2	1	3	1
9	9		3	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1
10	10		3	2	2	1	2	2	3	2	1	1	3	2	3	2	2	2
11	11		2	1	2	1	3	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2
12	12		2	1	2	1	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	3	2
13	13		3	1	2	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	0	1	1
14	14		3	1	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	2	2
15	15		3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	3	2	3	2
16	16		3	1	2	1	2	1	3	2	2	1	3	3	2	1	2	2
17	17		3	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
18	18		3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	1	3	2
19	19		2	1	2	1	3	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2
20	20		2	1	3	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2
21	21		2	1	3	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2
22	22		2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1
23	23		3	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	1	2	2	2	1
24	24		3	2	2	1	1	1	3	2	1	1	2	1	2	2	2	2
25	25		2	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	1	3	2	3	2
26	26		3	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
27	27		3	1	2	2	2	1	3	2	1	0	1	1	1	1	2	1
28	28		3	2	3	2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
29	29		3	1	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	2	1	3	2
30	30		3	1	2	1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2
31	31		2	1	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	2	1	3	2
32	32		3	2	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	1	0	1	1
33	33		3	2	2	1	2	1	3	2	3	2	3	1	3	2	2	2
34	34		3	2	2	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
35	35		2	1	2	1	3	1	3	1	3	2	2	1	2	1	3	2

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del IRE - 32. M = Mujer H= Hombre E = Emocional Cn = Conductual Cg = Cognitivo V= Vegetativo T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 19

Matriz general correspondiente a los valores globales de los Cuestionarios (CED-44, IRE-32, CD-RISC Y DASS-21) en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items	Sujetos		M	M	H	H	M	M	H	H	M	M	H	H	M	M	H	H
	M	H	T CED	B CED	T CED	B CED	T IR	B IR	T IR	B IR	T R	B R	T R	B R	T DAS	B DAS	T DAS	B DAS
1	1		34	30	32	18	11	6	6	6	47	61	47	52	127	106	114	92
2	2		40	30	46	28	10	5	9	5	50	51	43	48	107	76	91	77
3	3		58	6	34	28	9	3	6	2	70	75	52	76	93	80	96	76
4	4		58	10	20	2	8	5	4	7	60	76	56	78	81	69	77	81
5	5		40	0	12	6	10	5	7	6	69	73	55	69	67	68	88	75
6	6		40	32	26	12	9	5	8	4	48	54	32	75	91	79	103	85
7	7		60	4	22	6	9	3	7	6	52	74	42	75	73	73	98	82
8	8		44	26	50	34	10	5	10	6	65	69	49	52	87	86	79	83
9	9		56	18	28	12	10	7	9	5	53	56	34	77	89	79	89	78
10	10		34	18	22	4	10	6	9	7	49	62	45	77	93	72	100	93
11	11		50	20	42	28	10	6	6	7	60	61	35	60	98	80	88	82
12	12		44	18	56	32	9	5	9	6	48	56	39	57	91	80	98	93
13	13		52	22	18	8	11	6	5	3	60	62	64	79	93	71	91	84
14	14		40	44	36	24	10	5	9	6	49	61	36	51	96	77	80	73
15	15		58	6	40	36	9	4	9	6	63	65	46	43	96	72	99	69
16	16		88	72	22	16	8	4	9	6	48	58	40	70	95	79	102	75
17	17		66	16	10	2	8	4	6	3	70	72	63	79	97	67	81	80
18	18		54	12	20	10	10	5	9	6	54	71	37	78	70	71	96	84
19	19		54	30	28	18	10	6	6	7	60	62	49	62	100	88	97	89
20	20		82	66	52	32	11	7	9	6	49	68	38	50	92	72	109	97
21	21		62	38	36	20	10	6	9	6	47	63	29	54	99	84	94	83
22	22		56	6	10	2	8	5	6	3	73	75	56	74	67	65	83	70
23	23		58	8	26	18	9	4	6	4	67	68	63	80	80	73	77	74
24	24		50	22	54	34	10	6	7	6	52	62	35	50	106	79	89	77
25	25		68	62	48	38	9	6	9	5	49	65	49	59	82	86	112	91
26	26		38	42	92	54	10	6	7	7	64	66	43	50	97	78	96	99
27	27		42	24	24	10	10	6	5	3	63	65	54	73	92	81	78	76
28	28		46	20	46	30	11	5	7	7	64	63	34	59	104	75	99	79
29	29		40	18	50	40	11	7	9	5	47	64	46	49	98	75	94	92
30	30		60	34	26	20	11	6	8	6	59	60	43	76	93	88	97	81
31	31		30	22	38	26	9	5	9	6	60	62	38	56	104	76	102	86
32	32		76	54	14	6	10	7	6	4	49	66	56	79	96	93	88	78
33	33		34	38	80	40	10	6	11	7	61	64	54	53	98	82	93	76
34	34		38	6	18	14	10	6	5	3	65	69	53	75	108	80	86	80
35	35		30	18	38	30	10	5	9	6	38	64	36	58	125	109	104	91

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación de los cuestionario CED – 44 = Cuestionario de Estrés Diario, IRE-32 (IR) = Índice de Reactividad al Estrés , CD-RISC (R) = Escala de Resiliencia, DASS – 21. M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 20

Matriz general correspondiente a los valores de Hb, Htc y Número de eritrocitos en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items	Sujetos		M	M	H	H	M	M	H	H	M	M	H	H
	M	H	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B
			Hb	Hb	Hb	Hb	Htc	Htc	Htc	Htc	Roj	Roj	Roj	Roj
1	1		16	14	18	17	47	41	55	51	4,90	4,70	5,90	5,40
2	2		15	13	17	16	46	38	50	47	5,00	4,80	6,00	5,90
3	3		15	14	17	14	45	42	51	43	4,50	4,20	5,80	5,70
4	4		15	13	16	15	46	39	49	45	5,10	4,90	4,70	4,60
5	5		16	15	18	16	48	44	53	48	4,70	4,30	5,80	5,80
6	6		14	13	16	14	43	38	48	41	5,00	4,90	5,00	4,90
7	7		14	14	16	16	41	40	50	47	4,60	4,50	6,00	5,90
8	8		15	15	16	14	47	45	49	43	4,30	4,20	6,20	6,10
9	9		16	14	17	16	48	43	51	48	5,40	5,10	4,70	4,60
10	10		15	13	16	16	45	38	48	49	4,70	4,30	5,90	5,80
11	11		16	13	18	16	47	40	54	50	4,80	4,40	5,00	4,80
12	12		16	15	17	17	49	45	52	48	4,90	4,70	5,30	5,00
13	13		16	14	17	16	47	43	50	46	4,50	4,20	5,70	5,30
14	14		17	15	15	13	51	47	46	40	4,90	4,80	5,30	5,00
15	15		16	14	17	16	48	43	53	49	5,30	5,10	5,60	5,50
16	16		17	16	17	16	52	47	51	47	4,60	4,30	5,20	4,80
17	17		16	14	15	15	47	41	47	43	4,30	4,20	5,40	5,10
18	18		15	13	16	15	45	39	50	44	5,00	4,90	5,00	4,70
19	19		16	14	16	13	49	40	48	41	5,70	5,40	5,60	5,40
20	20		16	14	17	16	47	42	52	48	4,40	4,30	4,90	4,70
21	21		14	12	17	15	43	37	51	43	5,30	5,10	4,80	4,60
22	22		16	14	18	15	48	41	53	47	4,40	4,30	5,30	4,80
23	23		13	13	17	15	41	38	49	44	4,80	4,70	4,90	4,50
24	24		16	13	18	17	47	40	53	50	4,70	4,20	5,00	4,80
25	25		16	14	18	18	49	43	55	54	5,00	4,90	5,40	5,10
26	26		15	14	16	15	47	41	48	45	4,80	4,70	5,20	4,90
27	27		15	13	16	16	43	40	50	48	5,20	5,10	5,10	5,00
28	28		16	13	17	16	48	39	53	49	4,40	4,30	4,90	4,60
29	29		15	13	18	16	45	41	52	47	4,60	4,50	5,70	5,30
30	30		15	14	16	14	47	42	48	43	4,30	4,20	4,80	4,60
31	31		16	13	16	16	45	39	50	48	4,90	4,80	5,60	5,10
32	32		16	14	16	14	49	42	49	43	4,50	4,00	5,40	5,10
33	33		15	13	18	16	44	39	54	47	4,80	4,70	5,00	4,90
34	34		16	13	17	17	49	41	53	50	4,40	4,20	5,80	5,70
35	35		15	13	17	16	45	37	51	48	4,70	4,60	5,50	5,30

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación de métodos automatizados.
 Hb = Hemoglobina, Htc = Hematocrito, Roj = Número de eritrocitos X 10¹² L, M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 21

Matriz general correspondiente a los valores de HCM, VCM y CHCM en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items	Sujetos		M	M	H	H	M	M	H	H	M	M	H	H
	M	H	T CH	B CH	T CH	B CH	T VC	B VC	T VC	B VC	T CHC	B CHC	T CHC	B CHC
1	1		31	29	30	31	96	87	93	94	32	24	32	33
2	2		30	26	27	26	92	79	83	79	33	33	33	33
3	3		33	33	29	25	100	100	87	75	33	33	33	33
4	4		29	26	34	32	90	79	104	97	33	33	33	33
5	5		34	34	30	27	102	102	91	82	33	33	33	33
6	6		28	25	31	28	86	77	96	83	32	32	33	34
7	7		29	30	27	26	89	88	83	79	33	33	32	32
8	8		35	36	25	23	109	107	79	70	32	33	32	32
9	9		29	27	36	35	88	84	108	104	33	33	33	33
10	10		32	29	26	27	95	88	81	84	34	33	33	33
11	11		32	29	35	34	97	90	108	104	33	32	32	32
12	12		32	31	32	33	100	95	98	96	32	32	32	34
13	13		34	33	29	29	104	102	87	86	33	32	33	34
14	14		35	31	28	26	104	97	86	80	33	32	32	33
15	15		30	27	30	29	90	84	94	89	33	32	32	32
16	16		36	36	32	32	113	109	98	97	32	33	33	33
17	17		36	32	28	28	109	97	87	84	33	32	32	34
18	18		30	26	32	31	90	79	100	93	33	33	32	33
19	19		28	25	28	24	85	74	85	75	33	33	33	32
20	20		35	32	34	34	106	97	106	102	32	33	32	33
21	21		26	23	36	32	81	72	106	93	32	32	34	34
22	22		36	32	33	32	109	95	100	97	33	33	33	32
23	23		27	26	34	33	85	79	100	97	31	33	34	34
24	24		33	31	35	34	100	95	106	104	33	33	33	33
25	25		32	38	33	35	98	87	101	105	32	32	32	33
26	26		32	29	30	30	97	87	92	91	32	33	33	33
27	27		28	25	31	31	82	78	98	96	34	32	32	32
28	28		36	29	34	35	109	90	108	106	33	32	32	33
29	29		32	29	30	29	97	91	91	88	33	32	33	33
30	30		34	32	34	30	109	100	100	93	31	32	34	32
31	31		32	26	28	31	91	81	89	94	34	33	32	33
32	32		35	35	30	27	108	105	90	84	32	34	33	32
33	33		30	28	35	32	91	82	108	95	33	34	32	34
34	34		37	31	29	29	111	97	91	87	33	32	32	33
35	35		35	30	29	28	95	80	92	90	34	34	33	33

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación de métodos automatizados.
 HCM = Hemoglobina Corpuscular Media (HC), VCM (VC) = Volumen Corpuscular Medio, CHCM (CHC)= Concentración de hemoglobina Corpuscular Media, M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 22

Matriz general correspondiente a los valores totales o globales de Leucocitos, Plaquetas y Fg en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items		M T Lec	M B Lec	H T Lec	H B Lec	M T PLa	M B Pla	H T Pla	H B Pla	M T FG	M B FG	M T FG	H B FG
Sujetos													
M	H												
1	1	11	10	11	10	415	380	401	380	387	354	301	289
2	2	12	10	12	8	450	360	324	250	402	387	389	301
3	3	9	6	11	8	318	214	219	210	315	234	352	294
4	4	9	8	7	5	270	253	379	315	362	315	280	215
5	5	8	5	6	7	299	199	298	283	295	201	217	198
6	6	11	9	7	6	403	370	307	271	387	324	299	251
7	7	9	6	8	7	324	284	326	214	281	253	325	336
8	8	10	7	12	9	398	311	407	378	375	298	400	350
9	9	10	6	9	7	381	272	216	201	298	251	361	324
10	10	10	6	8	6	324	230	317	299	301	283	298	213
11	11	10	6	10	9	358	314	354	319	253	205	307	257
12	12	10	7	12	10	267	231	411	378	381	317	393	314
13	13	12	8	6	5	484	255	217	201	399	352	238	197
14	14	12	9	10	8	497	387	317	297	405	387	379	224
15	15	10	5	11	10	327	231	388	357	379	302	258	247
16	16	12	10	10	7	487	358	291	261	398	371	371	360
17	17	9	8	6	6	399	281	254	213	281	237	299	205
18	18	8	8	8	6	231	229	387	259	263	198	213	200
19	19	10	10	9	8	354	289	298	213	290	214	347	238
20	20	12	10	12	8	483	384	375	357	400	378	403	395
21	21	11	9	10	9	463	313	291	253	392	352	329	285
22	22	7	7	7	6	290	225	211	209	254	200	199	180
23	23	9	8	8	5	328	287	314	297	289	225	248	221
24	24	8	6	12	9	397	354	417	391	377	354	383	299
25	25	12	10	10	9	481	392	421	378	408	389	391	300
26	26	11	10	12	10	397	387	402	387	361	350	408	387
27	27	10	9	8	6	283	271	315	291	299	207	201	197
28	28	10	7	11	9	250	239	291	237	298	202	357	348
29	29	10	8	10	10	315	261	413	391	312	258	380	297
30	30	11	9	9	8	487	394	291	243	297	254	239	203
31	31	11	8	11	9	381	292	317	211	319	286	275	216
32	32	12	9	7	5	479	399	216	214	375	361	216	205
33	33	12	8	12	9	468	373	400	394	397	370	387	281
34	34	12	10	9	8	454	284	321	290	380	325	251	201
35	35	10	8	12	9	231	214	298	213	296	213	399	354

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación de métodos automatizados.
 Lec = Leucocitos, Pla = Plaquetas, Fg = Fibrinógeno M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 23

Matriz general correspondiente a los valores totales o globales de TT, TP y TTPa en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items	M		M		H		H		M		M		H		H		
	T		B		T		B		T		B		T		B		
	TT	TT	TT	TT	TP	TP	TP	TP	TTP	TTP	TTP	TTP	TTP	TTP	TTP	TTP	
Sujetos																	
M	H																
1	1	11	14	11	13	10	11	10	11	26	30	28	33				
2	2	9	11	10	10	9	11	10	11	27	29	25	30				
3	3	14	16	12	14	11	12	10	13	33	34	27	35				
4	4	14	16	14	14	11	13	12	13	31	35	35	35				
5	5	13	14	14	15	11	13	13	13	30	30	30	31				
6	6	10	13	12	13	9	11	13	14	27	30	30	33				
7	7	15	16	12	12	10	13	12	12	34	33	27	34				
8	8	13	15	10	10	11	11	10	11	33	30	26	27				
9	9	13	15	12	15	11	12	11	13	31	30	26	31				
10	10	14	16	12	15	11	12	12	13	32	33	28	34				
11	11	13	14	12	15	11	12	12	13	31	34	32	34				
12	12	12	13	10	11	11	13	9	11	29	29	26	28				
13	13	9	14	15	14	9	11	13	13	28	30	36	35				
14	14	9	11	13	14	9	11	12	12	26	28	27	28				
15	15	14	15	13	14	11	13	11	12	35	35	28	30				
16	16	9	10	14	16	10	11	13	13	26	28	32	33				
17	17	12	16	15	15	11	13	13	13	33	34	35	36				
18	18	15	14	13	13	12	12	12	13	31	33	33	35				
19	19	12	13	14	14	10	11	12	13	28	28	31	30				
20	20	9	10	8	10	9	9	9	12	26	28	27	29				
21	21	11	12	13	13	9	11	11	12	27	29	30	31				
22	22	12	14	14	17	12	13	13	13	34	33	34	36				
23	23	14	16	14	15	13	13	12	13	35	33	32	33				
24	24	11	12	11	13	12	11	10	11	26	27	26	28				
25	25	10	11	11	12	10	11	11	11	28	28	28	30				
26	26	8	10	11	12	10	11	10	11	29	30	26	26				
27	27	12	15	15	15	11	12	13	13	28	32	35	34				
28	28	12	15	10	11	12	13	9	11	34	35	24	32				
29	29	14	13	11	12	13	13	11	12	32	33	28	26				
30	30	14	14	12	12	9	10	12	12	28	32	34	35				
31	31	12	11	10	11	11	13	12	13	30	31	32	33				
32	32	10	11	15	17	10	10	13	13	26	25	34	33				
33	33	10	10	10	13	10	11	11	11	28	28	33	26				
34	34	9	11	14	15	10	13	13	13	26	30	27	34				
35	35	13	14	11	12	11	11	10	10	33	32	28	30				

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación de métodos automatizados.
 TT = Tiempo de Trombina, TP = Tiempo de Protrombina, TTPa = Tiempo de Tromboplastina parcial Activada M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 24

Matriz general correspondiente a los valores totales o globales de FVIII:C, D-Di y Lisis de las Eoglobulinas en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items	Sujetos		M	M	H	H	M	M	H	H	M	M	H	H
	M	H	T VIII	B VIII	T VIII	B VIII	T DD	B DD	T DD	B DD	T LIS	B LIS	T LIS	B LIS
1	1		81	65	149	128	,25	,25	,25	,25	4	5	2	3
2	2		94	83	117	104	,50	,25	,25	,00	2	5	4	6
3	3		148	134	99	62	,25	,00	,25	,25	2	3	4	5
4	4		79	68	132	119	,25	,00	,50	,50	4	6	2	3
5	5		137	115	128	112	,50	,25	,50	,00	3	3	2	4
6	6		97	81	83	61	,50	,25	,50	,25	4	5	4	4
7	7		85	75	131	120	,25	,25	,50	,50	4	5	4	5
8	8		144	129	114	103	,50	,25	,50	,50	3	4	4	2
9	9		99	73	129	99	,50	,25	,25	,00	2	5	3	3
10	10		115	60	84	69	,50	,25	,25	,00	2	4	2	4
11	11		138	117	117	92	,50	,50	,50	,25	3	5	2	4
12	12		75	65	154	131	,25	,00	,50	,25	4	6	3	4
13	13		150	125	97	68	,50	,50	,50	,25	3	3	3	5
14	14		138	112	138	115	,50	,25	,50	,50	2	5	3	3
15	15		139	118	141	127	,50	,00	,50	,25	3	4	4	5
16	16		124	138	89	68	,50	,50	,25	,00	2	3	3	5
17	17		141	127	127	109	,50	,50	,50	,00	3	4	3	4
18	18		63	58	63	58	,25	,00	,50	,50	4	6	3	6
19	19		133	119	133	117	,50	,00	,50	,25	2	3	3	4
20	20		129	117	149	138	,50	,25	,50	,00	3	5	4	5
21	21		137	104	125	93	,50	,25	,50	,25	3	5	3	5
22	22		128	103	138	118	,25	,00	,50	,25	2	4	2	3
23	23		149	137	69	60	,50	,50	,50	,00	2	5	4	5
24	24		141	93	151	138	,50	,25	,50	,25	3	4	3	4
25	25		147	124	124	99	,50	,50	,25	,25	2	3	3	6
26	26		154	139	150	141	,50	,25	,50	,00	2	5	4	5
27	27		148	124	81	63	,25	,00	,25	,25	2	3	4	5
28	28		136	122	131	128	,50	,50	,25	,25	3	4	3	3
29	29		84	61	148	132	,25	,00	,50	,25	4	6	2	4
30	30		148	131	141	118	,50	,00	,50	,25	3	3	2	5
31	31		139	108	89	75	,50	,25	,25	,25	2	4	3	6
32	32		107	133	142	128	,50	,50	,25	,25	2	3	2	3
33	33		153	141	138	115	,50	,50	,50	,25	3	3	2	3
34	34		143	132	129	117	,25	,00	,50	,50	3	4	3	4
35	35		70	71	131	127	,25	,00	,25	,00	4	6	2	3

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación de métodos automatizados.
 FVIII:C = Factor VIII:C, D-Di = Dímero D, Lis = , TTPa = Lisis de las Eoglobulinas M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 25

Matriz general correspondiente a los valores totales de VSG durante la primera y segunda lectura e Índice de Katz en mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal

Items	M		M		M		H		H		H		H	
	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B	T	B
Sujetos	L1	L1	L2	L2	K	K	L1	L1	L2	L2	K	K	L1	L1
M	H													
1	1	8	3	16	13	8	4,8	6	4	14	6	6,5	3,5	
2	2	7	6	14	17	7	7,3	4	4	17	7	6,3	3,8	
3	3	7	5	18	12	8	5,5	7	5	16	15	7,5	6,3	
4	4	9	7	15	14	8	7,0	8	3	15	9	7,8	3,8	
5	5	10	6	21	18	10	7,5	6	4	17	8	7,3	4,0	
6	6	7	3	14	15	7	5,3	5	2	13	15	5,8	4,8	
7	7	11	4	20	12	11	5,0	6	7	14	7	6,5	5,3	
8	8	7	5	13	17	7	6,8	7	3	16	10	7,5	4,0	
9	9	8	5	24	14	10	6,0	5	5	15	15	6,3	6,3	
10	10	10	4	19	16	10	6,0	6	4	14	8	6,5	4,0	
11	11	12	8	21	15	11	7,8	7	5	17	9	7,8	4,8	
12	12	11	5	18	13	10	5,8	5	3	14	10	6,0	4,0	
13	13	7	4	15	19	7	6,8	5	5	15	11	6,3	5,3	
14	14	7	3	13	17	7	5,8	6	4	20	7	8,0	3,8	
15	15	9	7	25	15	11	7,3	4	5	17	12	6,3	5,5	
16	16	11	8	13	20	9	9,0	6	3	14	15	6,5	5,3	
17	17	10	5	18	12	10	5,5	7	4	16	9	7,5	4,3	
18	18	7	3	20	15	9	5,3	5	5	17	13	6,8	5,8	
19	19	6	5	17	18	7	7,0	7	4	15	8	7,3	4,0	
20	20	7	4	19	11	8	4,8	6	3	17	7	7,3	7,3	
21	21	11	7	21	13	11	6,8	5	5	16	14	6,5	6,0	
22	22	9	5	18	15	9	6,3	7	3	18	15	8,0	5,3	
23	23	8	3	21	18	9	6,0	5	4	12	9	5,5	4,3	
24	24	8	5	19	14	9	6,0	4	5	16	8	6,0	4,5	
25	25	9	6	17	17	9	7,3	6	4	19	11	7,8	4,8	
26	26	11	5	22	14	11	6,0	7	5	16	7	7,5	4,3	
27	27	7	3	20	18	9	6,0	7	6	14	13	7,0	6,3	
28	28	10	4	18	13	10	5,3	4	3	15	15	5,8	5,3	
29	29	11	7	17	17	10	7,8	6	2	17	9	7,3	3,3	
30	30	12	8	19	15	11	7,8	5	5	14	8	6,0	4,5	
31	31	7	3	23	18	9	6,0	7	4	18	15	8,0	5,8	
32	32	5	4	15	10	6	4,5	8	6	15	7	7,8	4,8	
33	33	7	3	18	13	8	4,8	8	3	17	10	8,3	4,0	
34	34	8	5	21	12	9	5,5	7	4	14	16	7,0	6,0	
35	35	10	4	16	17	9	6,3	6	3	18	9	7,5	3,8	

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del Método Westergren. VSG = Velocidad de Sedimentación Globular, L1 = Lectura 1, L2 = Lectura 2, K = Índice de Katz M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal.

CUADRO N°- 26

Matriz general correspondiente a los grupos sanguíneo A y O mujeres y hombres con multiplicidad de exámenes y basal.

Items Sujeto Mujer	Grupo sanguíneo	Sujeto Hombre	Grupo sanguíneo
1M	Grupo O	1H	Grupo A
2M	Grupo O	2H	Grupo O
3M	Grupo A	3H	Grupo O
4M	Grupo O	4H	Grupo A
5M	Grupo A	5H	Grupo A
6M	Grupo O	6H	Grupo O
7M	Grupo O	7H	Grupo A
8M	Grupo A	8H	Grupo O
9M	Grupo O	9H	Grupo A
10M	Grupo O	10H	Grupo O
11M	Grupo A	11H	Grupo O
12M	Grupo O	12H	Grupo A
13M	Grupo A	13H	Grupo O
14M	Grupo O	14H	Grupo A
15M	Grupo A	15H	Grupo O
16M	Grupo O	16H	Grupo O
17M	Grupo A	17H	Grupo A
18M	Grupo O	18H	Grupo O
19M	Grupo A	19H	Grupo A
20M	Grupo O	20H	Grupo A
21M	Grupo O	21H	Grupo O
22M	Grupo A	22H	Grupo A
23M	Grupo A	23H	Grupo O
24M	Grupo O	24H	Grupo A
25M	Grupo O	25H	Grupo O
26M	Grupo A	26H	Grupo A
27M	Grupo A	27H	Grupo O
28M	Grupo A	28H	Grupo O
29M	Grupo O	29H	Grupo A
30M	Grupo A	30H	Grupo A
31M	Grupo A	31H	Grupo O
32M	Grupo O	32H	Grupo A
33M	Grupo A	33H	Grupo O
34M	Grupo A	34H	Grupo A
35M	Grupo O	35H	Grupo O

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del Método para la Tipificación ABO en aglutinación en Tubos. M = Mujer H= Hombre.

CUADRO N°-27

Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones del IRE – 32 en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.

	Mujeres N=35		Hombres N=35		Total N=70	
	Multiplic	Basal	Multiplic	Basal	Multiplic	Basal
	Media D t	Media D t.	Media D t.	Media D t.	Media D t.	Media D t.
G	9,67±,86	5,34±,91	7,57±1,75	5,36±1,40	8,71±1,28	5,35±1,13
E	2,71±,44 * (j)	1,33±,35 *	1,66±,54 * (j)	1,15±0,49 *	2,16±0,45 *	1,27±,40 *
Cn	2,21±,43 * (j)	1,24±,36 *	1,98±,57 * (j)	1,41±0,51 *	2,05±,53 *	1,31±,44 *
Cg	2,71±,41 * (j)	1,22±,34 *	1,87±,61 * (j)	1,32±,51 *	2,00±,49 *	1,26±,41 *
Ve	2,58±,34 * (j)	1,52±,29 *	2,05±,56 * (j)	1,47±,43 *	2,29±,43 *	1,48±,37 *

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal. G= global E= Emocional Cn= Conductual Cg= Cognitivo Ve= Vegetativo D t = Desviación típica t = PRUEBA T Sig = significancia, Multiplicidad – Basal de Mujer u Hombre = (*) p<0,05, Multiplicidad en relación al sexo = (j) p<0,05. (+) p>0,05

CUADRO N°-28

Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH y DASS – 21 en mujeres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).

		RESILMT	CEDMT	IREMT	DASMT	DASMDV	DASMAV	DASMBEV
RESILMT	Correlación Pearson	1	-,390(*)	-,255	-,008	-,061	-,178	-,507(**)
	Sig. (bilateral)		,020	,139	,964	,728	,307	,002
	N	35	35	35	35	35	35	35
CEDMT	Correlación Pearson	-,390(*)	1	,355(*)	-,346(*)	-,174	,007	,313
	Sig. (bilateral)	,020		,036	,042	,317	,968	,068
	N	35	35	35	35	35	35	35
IREMT	Correlación Pearson	-,255	,355(*)	1	-,281	-,272	,125	,224
	Sig. (bilateral)	,139	,036		,102	,114	,474	,195
	N	35	35	35	35	35	35	35
DASMT	Correlación Pearson	-,008	-,346(*)	-,281	1	,820(**)	,635(**)	,179
	Sig. (bilateral)	,964	,042	,102		,000	,000	,304
	N	35	35	35	35	35	35	35
DASMDV	Correlación Pearson	-,061	-,174	-,272	,820(**)	1	,514(**)	,385(*)
	Sig. (bilateral)	,728	,317	,114	,000		,002	,022
	N	35	35	35	35	35	35	35
DASMAV	Correlación Pearson	-,178	,007	,125	,635(**)	,514(**)	1	,435(**)
	Sig. (bilateral)	,307	,968	,474	,000	,002		,009
	N	35	35	35	35	35	35	35
DASMBEV	Correlación Pearson	-,507(**)	,313	,224	,179	,385(*)	,435(**)	1
	Sig. (bilateral)	,002	,068	,195	,304	,022	,009	
	N	35	35	35	35	35	35	35

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. T = Multiplicidad, M = Mujer, Resil = Resiliencia (CD-RESC), CED = Cuestionario Estrés Diario (CED- 44), IRE = Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32), DAS = Cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS- 21), DASMD = Depresión (DASS-21), DASMA = Ansiedad (DASS-21), DASME = Estrés (DASS-21). Sig = significancia. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CUADRO N°-29

Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH y DASS – 21 en hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).

		RESILHT	CEDHT	IREHT	DASHT	DASHDV	DASHAV	DASHEV
<i>RESILHT</i>	Correlación Pearson	1	-,443(**)	-,539(**)	-,331	-,213	-,210	-,431(**)
	Sig. (bilateral)		,008	,001	,052	,220	,225	,010
	N	35	35	35	35	35	35	35
<i>CEDHT</i>	Correlación Pearson	-,443(**)	1	,425(*)	,260	,150	,188	,372(*)
	Sig. (bilateral)	,008		,011	,131	,390	,280	,028
	N	35	35	35	35	35	35	35
<i>IREHT</i>	Correlación Pearson	-,539(**)	,425(*)	1	,463(**)	,385(*)	,417(*)	,396(*)
	Sig. (bilateral)	,001	,011		,005	,022	,013	,018
	N	35	35	35	35	35	35	35
<i>DASHT</i>	Correlación Pearson	-,331	,260	,463(**)	1	,848(**)	,887(**)	,881(**)
	Sig. (bilateral)	,052	,131	,005		,000	,000	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35
<i>DASHDV</i>	Correlación Pearson	-,213	,150	,385(*)	,848(**)	1	,655(**)	,623(**)
	Sig. (bilateral)	,220	,390	,022	,000		,000	,000
	N	35	35	35	35	35	35	35
<i>DASHAV</i>	Correlación Pearson	-,210	,188	,417(*)	,887(**)	,655(**)	1	,685(**)
	Sig. (bilateral)	,225	,280	,013	,000	,000		,000
	N	35	35	35	35	35	35	35
<i>DASHEV</i>	Correlación Pearson	-,431(**)	,372(*)	,396(*)	,881(**)	,623(**)	,685(**)	1
	Sig. (bilateral)	,010	,028	,018	,000	,000	,000	
	N	35	35	35	35	35	35	35

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. T = Multiplicidad, H = Hombre, Resil = Resiliencia (CD-RESC), CED = Cuestionario Estrés Diario (CED– 44), IRE = Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32), DAS = Cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS– 21), DASMD = Depresión (DASS-21), DASMA = Ansiedad (DASS-21), DASME = Estrés (DASS-21). Sig = significancia. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CUADRO N°-30

Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones de Resiliencia (CD-RISC) y la Escala del Cuestionario de Estrés diario (CED – 44 total y subescalas) en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.

	Multiplicidad		Basal		95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	Sig.
	Media	D t.	Media	D t.	Inferior	Superior		
Mujer Resi	56,62 _j	8,65	64,65	6,07	-10,55	-5,503	-6,46	,000
Hombre Resi	45,45 _j	9,49	64,37	12,07	-22,94	-14,88	-9,53	,000
Mujer CED	93,8 ₊	13,26	79,11	9,53	11,33	18,15	8,78	,000
Hombre CED	93,3 ₊	9,66	82,31	7,59	8,23	13,88	7,95	,000
Mujer OI	84,00	19,89	63,625	6,022	5,4276	35,502	3,18	,015
Hombre OI	87,37	25,30	71,500	17,65	1,2749	30,475	2,57	,037
Mujer Tr	67,85	23,71	56,000	21,27	,51218	23,202	2,55	,043
Hombre Tr	66,42	28,08	56,714	24,70	2,0744	17,354	3,11	,020
Mujer AS	80,00	19,06	58,714	8,459	1,6035	40,967	2,64	,038
Hombre AS	84,71	25,66	61,142	15,97	1,2607	45,882	2,58	,041
Mujer PH	87,60	18,03	73,200	11,45	-9,0375	37,837	1,70	,163
Hombre PH	78,00	9,974	73,000	12,02	-7,5401	17,540	1,1	,330
Mujer TA	111,0	1,414	39,000	2,828	59,293	84,706	72,0	,009
Hombre TA	107,0	8,485	37,000	2,828	19,175	120,82	17,5	,036
Mujer AE	69,77	18,88	65,000	13,95	-5,396	14,951	1,08	,310
Hombre AE	72,55	19,18	70,888	16,47	-2,1380	5,4713	1,01	3,42
Mujer MA	60,00	4,195	59,166	8,232	-7,2252	8,8919	,266	,801
Hombre MA	61,33	9,479	61,500	10,29	-5,3256	4,9923	-,08	,937

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. Escala CD-RISC y del Cuestionario de Estrés Diario – 44 y las subescalas. M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal. Resi = Resiliencia CED-44 = Cuestionario estrés diario subescalas: OI = Ocio e Intimidad (ítems 40+19+41+39+35+29+34+20), Tr = Trabajo (ítems 7+9+8+13+11+28+25), AS = Aspectos Sociales e intelectuales (ítems 31+36+26+33+10+37+12) PH = Pareja y Hogar (ítems 5+1+22+21+24), TA = Tareas (ítems 15+14), AE = Aspectos Económicos y Familiares (16+17+18+2+4+27+6+3+38), MA = Aspectos Medio Ambientales (ítems 44+42+30+43+32+23). Significancia estadística: Multiplicidad – Basal de Mujer u Hombre = (*) p<0,05 Multiplicidad en relación al sexo = (j) p<0,05. (+) p>0,05. D t = Desviación típica.

CUADRO N°-31

Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones del DAS – 21 en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.

	Multiplicidad N 35		Basal N 35		95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	Sig
	Media	D t.	Media	D t.	Inferior	Superior		
Mujer D	18,05 _j	7,14	8,05	7,68	7,61	12,38	8,52	,00
Hombre D	9,42 _j	6,44	5,48	4,53	2,79	5,09	6,97	,00
Mujer A	15,6 _j	6,37	7,02	5,86	6,94	10,2	10,69	,00
Hombre A	10,3 _j	7,38	5,08	3,95	2,79	5,09	7,07	,00
Mujer E	19,3 _j	5,12	10,62	7,25	5,02	12,45	4,78	,00
Hombre E	15,4 _j	7,30	10,45	7,01	4,05	5,88	11,00	,00
Mujer DAS	50,8 _j	14,26	25,48	17,89	19,401	31,341	8,63	,00
Hombre DAS	34,7 _j	18,42	21,08	13,25	10,88	16,427	10,0	,00

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal. D= Depresión A = Ansiedad E= Estrés, D t = Desviación típica t = PRUEBA T Sig = significancia (Multiplicidad – Basal de Mujer u Hombre) = $p < 0,05$, Multiplicidad en relación al sexo = (_j) $p < 0,05$.

CUADRO N°-32

Estadísticos de Pruebas de regresión a través de la estimación curvilínea del cuestionario de la resiliencia CD-RISH y CED.

ANOVA						
Mujer		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	RESIL	387,401	1	387,401	5,927	,020
Residual	CEDMT	2156,770	33	65,357		
Total		2544,171	34			
.Hombre		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	RESIL	601,771	1	601,771	8,056	,008
Residual	CEDHT	2464,915	33	74,694		
Total		3066,686	34			

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico ANOVA. T = Multiplicidad, M = Mujer, H = Hombre, Resil = Resiliencia (CD-RESC), CED = Cuestionario Estrés Diario (CED- 44). Sig = significancia. La correlación es significativa al nivel $< 0,05$.

CUADRO N°-33

Estadísticos descriptivos en las dos aplicaciones de la Resiliencia, Dímero - D, Factor VIII:C y lisis de las Eoglobulinas en función al Grupo sanguíneo A y O en el grupo de mujeres y hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.

Variables		Multiplicidad		Basal		95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	Sig
		N O18 ; A17	D t.	N O18 ; A17	D t.	Inferior	Superior		
Mujer Resi	O	49,38 _i	4,29	62,82	6,84	-16,67	-10,32	-8,9	,00
Mujer Resi	A	64,29 _i	4,23	66,52	4,92	-2,97	-1,49	-6,4	,00
Hombre Resi	O	44,4 ₊	10,26	63,88	12,01	-25,96	-12,91	-6,2	,00
Hombre Resi	A	46,5 ₊	8,79	64,88	12,47	-23,72	-12,98	-7,2	,00
Mujer D-Di	O	,402 ₊	,1254	,2222	,1693	,12326	,23785	6,64	,00
Mujer D-Di	A	,441 ₊	,109	,2206	,2143	,13104	,31013	5,22	,00
Hombre D-Di	O	,375 ₊	,1286	,2083	,1545	,09281	,24052	4,76	,00
Hombre D-Di	A	,455 ₊	,0982	,2353	,1868	,12017	,32100	4,65	,00
Mujer VIII:C	O	103 _j	26,98	87,83	26,73	6,171	25,383	3,46	,00
Mujer VIII:C	A	142 _j	7,299	124,7	10,64	15,069	21,048	12,8	,00
Hombre VIII:C	O	105 _j	24,30	87,33	25,49	12,936	22,618	7,74	,00
Hombre VIII:C	A	139 _j	9,347	122,3	11,36	14,102	19,897	12,4	,00
Mujer Lisis E	O	3,05 ₊	,9376	4,833	1,043	-2,1418	-1,413	-10,3	,00
Mujer Lisis E	A	2,58 ₊	,5073	3,764	,7224	-1,665	-,6875	-5,10	,00
Hombre Lisis E	O	3,16 ₊	,7859	4,555	1,199	-2,007	-,7706	-4,74	,00
Hombre Lisis E	A	2,82 ₊	,7276	3,882	,7812	-1,397	-,7201	-6,62	,00

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. D t M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal. Resi = Resiliencia D-Di = Dímero – D VIII:C= Factor VIII:C, Lisis E = Lisis de las Eoglobulinas. D t = Desviación típica t = PRUEBA T Sig = significancia (Multiplicidad – Basal de Mujer u Hombre) = $p < 0,05$, Multiplicidad en relación al sexo = (j) $p < 0,05$. (+) $p > 0,05$

CUADRO N°-34

Estadísticos de Pruebas de igualdad de las medias de los grupos (Lambda de Wilks - ANOVAs) para la diferenciación de los cuestionarios DASS-21, IRE-21, RC-RISC, FVIII:C, Di-D, FVIII:C, Lisis de las Eoglobulinas y CED-44 respecto a los grupos sanguíneos A y O en mujeres durante el estrés psicológico agudo.

ANOVAs

Mujer	Función					
Grupo O	-2,905	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
Grupo A	3,076					
DASMT		,973	,924	1	33	,343
DASMDV		,987	,441	1	33	,511
DASMAV		,981	,643	1	33	,428
DASMEV		,994	,190	1	33	,666
IREMVEG		,945	1,916	1	33	,176
IREMCOG		,964	1,229	1	33	,276
IREMCON		1,000	,015	1	33	,903
IREME		,992	,255	1	33	,617
IREMT		,999	,044	1	33	,835
RESILMT		,237	106,5	1	33	,000
FVIIIIMT		,496	33,52	1	33	,000
LISISMT		,909	3,305	1	33	,078
D-DiMT		,973	,928	1	33	,342
CEDMT		,991	,296	1	33	,590

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. T = Multiplicidad, M = Mujer, DAS = Cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS- 21), DASMD = Depresión (DASS-21), DASMA = Ansiedad (DASS-21), DASME = Estrés (DASS-21). IRE = Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32), IREMVEG = Vegetativo IRE-32, IREMCOG = Cognitivo IRE-32, IREMCON = Conductual IRE-32, IREME = Emocional IRE-32, IRE = índice de Reactividad al Estrés (IRE-32), Resil = Resiliencia (CD-RESC), FVIII = FVIII:C, Lisis = Lisis de las Eoglobulinas, D-Di = Dímero D, CED = Cuestionario Estrés Diario (CED-44). Sig = significancia. La correlación es significativa al nivel < 0,05.

CONTINUACIÓN DE CUADRO N°-34 (Estadísticos de grupo sanguíneo).

Mujer		Media	Desv. típ.	No ponderado	Ponderado	
Grupo O	DASMT	53,1111	17,15291	18	18,000	
	DASMDV	18,8889	9,23477	18	18,000	
	DASMAV	16,4444	8,44513	18	18,000	
	DASMEV	19,0000	5,05266	18	18,000	
	IREMVEG	2,6600	,30119	18	18,000	
	IREMCOG	2,1000	,46653	18	18,000	
	IREMCON	2,2267	,50171	18	18,000	
	IREME	2,7556	,48776	18	18,000	
	IREMT	9,7011	,94482	18	18,000	
	RESILMT	49,3889	4,29964	18	18,000	
	FVIIIIMT	103,6111	26,98832	18	18,000	
	LISISMT	3,0556	,93760	18	18,000	
	DDiMT	,4028	,12541	18	18,000	
	CEDMT	95,0556	14,89363	18	18,000	
	Grupo A	DASMT	48,4706	10,38098	17	17,000
		DASMDV	17,2941	3,67023	17	17,000
DASMAV		14,7059	2,99509	17	17,000	
DASMEV		19,7647	5,33303	17	17,000	
IREMVEG		2,4988	,38482	17	17,000	
IREMCOG		2,2535	,33832	17	17,000	
IREMCON		2,2082	,37487	17	17,000	
IREME		2,6782	,41177	17	17,000	
IREMT		9,6388	,80051	17	17,000	
RESILMT		64,2941	4,23917	17	17,000	
FVIIIIMT		142,8235	7,29927	17	17,000	
LISISMT		2,5882	,50730	17	17,000	
DDiMT		,4412	,10931	17	17,000	
CEDMT		92,5882	11,62464	17	17,000	
Total		DASMT	50,8571	14,26048	35	35,000
		DASMDV	18,1143	7,04511	35	35,000
	DASMAV	15,6000	6,37643	35	35,000	
	DASMEV	19,3714	5,12827	35	35,000	
	IREMVEG	2,5817	,34889	35	35,000	
	IREMCOG	2,1746	,41079	35	35,000	
	IREMCON	2,2177	,43827	35	35,000	
	IREME	2,7180	,44753	35	35,000	
	IREMT	9,6709	,86539	35	35,000	
	RESILMT	56,6286	8,65035	35	35,000	
	FVIIIIMT	122,6571	28,01149	35	35,000	
	LISISMT	2,8286	,78537	35	35,000	
	DDiMT	,4214	,11775	35	35,000	
	CEDMT	93,8571	13,26903	35	35,000	

CUADRO N°-35

Estadísticos de Pruebas de igualdad de las medias de los grupos (Lambda de Wilks - ANOVAs) para la diferenciación de los cuestionarios DASS-21, IRE-21, RC-RISC, FVIII:C, Di-D, FVIII:C, Lisis de las Eoglobulinas y CED-44 respecto a los grupos sanguíneos A y O en hombres durante el estrés psicológico agudo.

ANOVAs

Función		Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
Hombre	1					
Grupo O	1,530					
Grupo A	-1,620					
DASHT		,991	,310	1	33	,582
DASHDV		,960	1,383	1	33	,248
DASHAV		,985	,519	1	33	,476
DASHEV		1,000	,000	1	33	,990
IREHVEG		,887	4,220	1	33	,048
IREHCOG		,954	1,592	1	33	,216
IREHCON		,881	4,468	1	33	,042
IREHE		,985	,517	1	33	,477
IREHT		,888	4,165	1	33	,049
RESILHT		,988	,414	1	33	,524
FVIIIHT		,527	29,576	1	33	,000
LISISHT		,933	2,383	1	33	,132
DDiHT		,884	4,332	1	33	,045
CEDHT		,980	,658	1	33	,423

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. T = Multiplicidad, M = Mujer, DAS = Cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS- 21), DASMD = Depresión (DASS-21), DASMA = Ansiedad (DASS-21), DASME = Estrés (DASS-21). IRE = Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32), IREHVEG = Vegetativo IRE-32, IREHCOG = Cognitivo IRE-32, IREHCON = Conductual IRE-32, IREHE = Emocional IRE-32, IRE = índice de Reactividad al Estrés (IRE-32), Resil = Resiliencia (CD-RESC), FVIII = FVIII:C, Lisis = Lisis de las Eoglobulinas, D-Di = Dímero D, CED = Cuestionario Estrés Diario (CED-44). Sig = significancia. La correlación es significativa al nivel < 0,05.

CONTINUACIÓN DE CUADRO N°-35 (Estadísticos de grupo sanguíneo).

Hombre	Media	D t.	N válido (según lista)			
			No ponderados	Ponderados		
Grupo O	DASHT	36,4444	15,05372	18	18,000	
	DASHDV	10,6667	6,13572	18	18,000	
	DASHAV	11,2222	6,47671	18	18,000	
	DASHEV	15,4444	5,30507	18	18,000	
	IREHVEG	2,2394	,53105	18	18,000	
	IREHCOG	2,0000	,53578	18	18,000	
	IREHCON	2,1772	,69263	18	18,000	
	IREHE	1,7333	,61739	18	18,000	
	IREHT	8,1356	1,77214	18	18,000	
	RESILHT	44,4444	10,26830	18	18,000	
	FVIIIHT	105,1111	24,30175	18	18,000	
	LISISHT	3,1667	,78591	18	18,000	
	DDiHT	,3750	,12862	18	18,000	
	CEDHT	94,6667	9,53014	18	18,000	
	Grupo A	DASHT	32,9412	21,77289	17	17,000
		DASHDV	8,1176	6,68844	17	17,000
		DASHAV	9,4118	8,32961	17	17,000
DASHEV		15,4118	9,13139	17	17,000	
IREHVEG		1,8612	,55830	17	17,000	
IREHCOG		1,7412	,67366	17	17,000	
IREHCON		1,7824	,34575	17	17,000	
IREHE		1,6000	,46368	17	17,000	
IREHT		6,9800	1,56366	17	17,000	
RESILHT		46,5294	8,79003	17	17,000	
FVIIIHT		139,3529	9,34707	17	17,000	
LISISHT		2,7647	,75245	17	17,000	
DDiHT		,4559	,09824	17	17,000	
CEDHT		92,0000	9,91211	17	17,000	
Total		DASHT	34,7429	18,42687	35	35,000
		DASHDV	9,4286	6,44564	35	35,000
		DASHAV	10,3429	7,38019	35	35,000
	DASHEV	15,4286	7,30143	35	35,000	
	IREHVEG	2,0557	,56964	35	35,000	
	IREHCOG	1,8743	,61182	35	35,000	
	IREHCON	1,9854	,57984	35	35,000	
	IREHE	1,6686	,54437	35	35,000	
	IREHT	7,5743	1,75049	35	35,000	
	RESILHT	45,4571	9,49719	35	35,000	
	FVIIIHT	121,7429	25,25673	35	35,000	
	LISISHT	2,9714	,78537	35	35,000	
	DDiHT	,4143	,12040	35	35,000	
	CEDHT	93,3714	9,66828	35	35,000	

CUADRO N°- 36

Estadísticos descriptivos de los de variables de la hemostasia durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.

Variables	Multiplicidad Mujer N=35 Hombre N=35		Basal Mujer N=35 Hombre N=35		95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	Sig
	Media	D t	Media	D t	Inferior	Superior		
Mujer D-Di	,4214	,1177	,2286	,19527	,14147	,24424	7,62	,00
Hombre D-Di	,4143	,1204	,2214	,16903	,13363	0,2520	6,61	,00
Mujer Lisis	2,828	,7853	4,3143	1,0508	-1,790	-1,181	-9,9	,00
Hombre Lisis	2,971	,7853	4,2286	1,0595	-1,604	-,9101	-7,3	,00
Mujer Fg	340,1	51,56	291,62	66,683	39,87	57,21	11,3	,00
Hombre Fg	316,9	68,47	268,05	62,56	36,00	61,76	7,71	,00
Mujer TT	11,72	2,045	13,24	2,064	-1,929	-1,11	-7,5	,00
Hombre TT	12,19	1,786	13,30	1,856	-1,444	-,772	-6,7	,00
Mujer TP	10,57	1,085	11,70	1,0517	-1,389	-,872	-8,8	,00
Hombre TP	11,39	1,262	12,15	,9315	-1,051	-,474	-5,3	,00
Mujer TTPa	29,78	3,019	30,80	2,6444	-1,662	-,377	-3,2	,00
Hombre TTPa	29,74	3,345	31,68	3,0045	-2,965	-,897	-3,7	,00
Mujer Plaqueta	376,3	83,46	300,48	63,868	58,80	92,9	9,02	,00
Hombre Plaquet	325,8	64,89	287,28	67,933	27,64	49,4	7,18	,00
Mujer FVIII:C	122,6	28,01	105,77	27,59	11,98	21,7	6,99	,00
Hombre FVIII:C	121,7	25,25	104,34	26,47	14,68	20,1	13,0	,00

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal. D-Di = Dímero D, Lisis = Lisis de las Eoglobulinas, Fg = Fibrinógeno, TT= Tiempo de trombina, TP = Tiempo de protrombina, TTPa = Tiempo de tromboplastina parcial activada, Plaqueta x 10⁹L. D t = Desviación típica t = PRUEBA T Sig = significancia.

CUADRO N°-37

Estadísticos descriptivos de los de variables del eritron y leucocitos durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.

	Multiplicidad Mujer N=35 Hombre N=35		Basal Mujer N=35 Hombre N=35		95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	Sig.
	Media	D t	Media	D t	Inferior	Superior		
Mujer Hb	15,47	,8579	13,59	,8695	1,614	2,1400	14,5	,000
Hombre Hb	16,75	,7437	15,49	1,040	1,000	1,5080	10,0	,000
Mujer Htc	46,51	2,501	41,00	2,578	4,8616	6,1669	17,1	,000
Hombre Htc	50,74	2,318	46,40	3,173	3,6766	5,0090	13,2	,000
Mujer Eritrocito	4,782	,3399	4,585	,3532	,15427	,24002	9,34	,000
Hombre Eritroc	5,354	,4210	5,122	,4492	,18447	,27839	10,0	,000
Mujer VCM	97,37	9,088	89,54	9,936	6,284	9,3726	10,3	,000
Hombre VCM	95,02	8,624	90,65	9,383	2,8192	5,9235	5,72	,000
Mujer HCM	32,08	2,974	29,74	3,616	1,522	3,1631	5,80	,000
Hombre HCM	30,97	2,994	29,94	3,280	,4307	1,6263	3,49	,001
Mujer CHCM	32,71	,7503	32,42	1,595	-,2705	,8419	1,04	,304
Hombre CHCM	32,62	,6456	32,94	,6835	-,6120	-,0165	-2,14	,039
Mujer Leucocito	10,30	1,374	8,061	1,401	1,8925	2,5971	12,9	,000
Hombre Leucocit	9,558	1,951	7,817	1,643	1,4047	2,0775	10,5	,000

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal. Hb = Hemoglobina, Htc = Hematocrito, Eritrocito X 10^{12} L, VCM= Volumen Corpuscular medio, HCM = Hemoglobina Corpuscular Media, CHCM = Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media, Leucocito X 10^9 L. D t = Desviación típica t = PRUEBA T Sig = significancia.

CUADRO N°-38

Estadísticos descriptivos de los de variables Velocidad de Sedimentación globular y Índice de Katz durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo sin distinción de grupo sanguíneo.

	Multiplicidad Mujer N=35 Hombre N=35		Basal Mujer N=35 Hombre N=35		95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	Sig.
	Media	D t.	Media	D t.	Inferior	Superior		
Mujer VSGL1	8,6857	1,859	4,9143	1,578	3,24394	4,298	14,5	,000
Mujer VSGL2	18,2286	3,116	15,057	2,496	1,67761	4,665	4,31	,000
Hombre VSGL1	6.0000	1,163	4,1143	1,131	1,32206	2,449	6,79	,000
Hombre VSGL2	15,7714	1,767	10,485	3,156	4,00427	6,567	8,38	,000
Mujer Katz	8,9000	1,352	6,2214	1,053	2,17498	3,182	10,8	,000
Hombre Katz	6,9429	,7695	4,7929	,9691	1,70757	2,592	9,87	,000

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. M = Mujer H= Hombre T = Multiplicidad B= Basal. VSG = Velocidad de Sedimentación Globular. L1: Lectura 1 L2: Lectura 2, D t = Desviación típica t = PRUEBA T Sig = significancia

CUADRO N°-39

Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH, y la VSG DASS – 21 en mujeres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).

		VSG1 1MT	VSG2 MT	CEDMT	IREMT	DASMT	DASMD	DASMA	DASME	RESILM T
VSG1 MT	r	1	,246	-,051	-,123	,039	,079	-,085	,121	-,066
	Sig		,154	,772	,481	,823	,651	,626	,490	,706
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
VSG2 MT	r	,246	1	-,144	-,012	-,072	-,124	-,137	,252	,325
	Sig	,154		,408	,946	,681	,476	,431	,144	,057
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
CEDMT	r	-,051	-,144	1	,355(*)	-,346(*)	-,174	,007	-,385(*)	-,390(*)
	Sig	,772	,408		,036	,042	,317	,968	,022	,020
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
IREMT	r	-,123	-,012	,355(*)	1	-,281	-,272	,125	-,356(*)	-,255
	Sig	,481	,946	,036		,102	,114	,474	,036	,139
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASMT	r	,039	-,072	-,346(*)	-,281	1	,820(**)	,635(**)	,392(*)	-,008
	Sig	,823	,681	,042	,102		,000	,000	,020	,964
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASMD	r	,079	-,124	-,174	-,272	,820(**)	1	,514(**)	,057	-,061
	Sig	,651	,476	,317	,114	,000		,002	,743	,728
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASMA	C	-,085	-,137	,007	,125	,635(**)	,514(**)	1	-,213	-,178
	Sig	,626	,431	,968	,474	,000	,002		,219	,307
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASME	r	,121	,252	-,385(*)	-,356(*)	,392(*)	,057	-,213	1	,327
	Sig	,490	,144	,022	,036	,020	,743	,219		,055
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
RESILM T	r	-,066	,325	-,390(*)	-,255	-,008	-,061	-,178	,327	1
	Sig	,706	,057	,020	,139	,964	,728	,307	,055	
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. T = Multiplicidad, M=Mujer, Resil = Resiliencia (CD-RESC), CED = Cuestionario Estrés Diario (CED– 44), IRE = Índice de Reactividad al Éstres (IRE-32), DAS = Cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS– 21), DASMD = Depresión (DASS-21), DASMA =Ansiedad (DASS-21), DASME = Estrés (DASS-21). VSG L1 y L2= Velocidad de sedimentación globular Lectura 1 y Lectura 2. Sig = significancia. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). r = Correlación de Pearson

CUADRO N°-40

Correlación de Pearson entre los diversos cuestionarios (CED – 44, IRE – 32, CD-RICH, y la VSG DASS – 21 en hombres durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad).

		VSGL1 HT	VSGL 2HT	CEDHT	IREHT	DASHT	DASHD	DASHA	DASHE	RESILH T
VSGL1 HT	r	1	,114	-,259	-,268	-,047	,102	,021	-,194	,445(**)
	Sig		,513	,133	,119	,790	,560	,907	,264	,007
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
VSGL2 HT	r	,114	1	,060	,396(*)	,271	,365(*)	,146	,249	-,172
	Sig	,513		,731	,019	,115	,031	,403	,148	,322
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
CEDHT	r	-,259	,060	1	,425(*)	,260	,150	,188	,372(*)	-,443(**)
	Sig	,133	,731		,011	,131	,390	,280	,028	,008
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
IREHT	r	-,268	,396(*)	,425(*)	1	,463(**)	,385(*)	,417(*)	,396(*)	-,539(**)
	Sig	,119	,019	,011		,005	,022	,013	,018	,001
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASHT	r	-,047	,271	,260	,463(**)	1	,848(**)	,887(**)	,881(**)	-,331
	Sig	,790	,115	,131	,005		,000	,000	,000	,052
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASHD	r	,102	,365(*)	,150	,385(*)	,848(**)	1	,655(**)	,623(**)	-,213
	Sig	,560	,031	,390	,022	,000		,000	,000	,220
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASHA	r	,021	,146	,188	,417(*)	,887(**)	,655(**)	1	,685(**)	-,210
	Sig	,907	,403	,280	,013	,000	,000		,000	,225
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
DASHE	r	-,194	,249	,372(*)	,396(*)	,881(**)	,623(**)	,685(**)	1	-,431(**)
	Sig	,264	,148	,028	,018	,000	,000	,000		,010
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
RESILH T	R	,445(**)	-,172	-,443(**)	-,539(**)	-,331	-,213	-,210	-,431(**)	1
	Sig	,007	,322	,008	,001	,052	,220	,225	,010	
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35

Fuente: Datos procesados por el autor mediante la aplicación de métodos estadístico apropiados y específicos para cada variable. T = Multiplicidad, H=Hombre, Resil = Resiliencia (CD-RESC), CED = Cuestionario Estrés Diario (CED– 44), IRE = Índice de Reactividad al Éstres (IRE-32), DAS = Cuestionario Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS– 21), DASMD = Depresión (DASS-21), DASMA =Ansiedad (DASS-21), DASME = Estrés (DASS-21). VSG L1 y L2= Velocidad de sedimentación globular Lectura 1 y Lectura 2. Sig = significancia. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). r = Correlación de Pearson

Gráfico 1. Representa la estimación curvilínea de regresión de la Resiliencia (CD-RISC) durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) en mujeres sin distinción de grupos sanguíneos A y O.

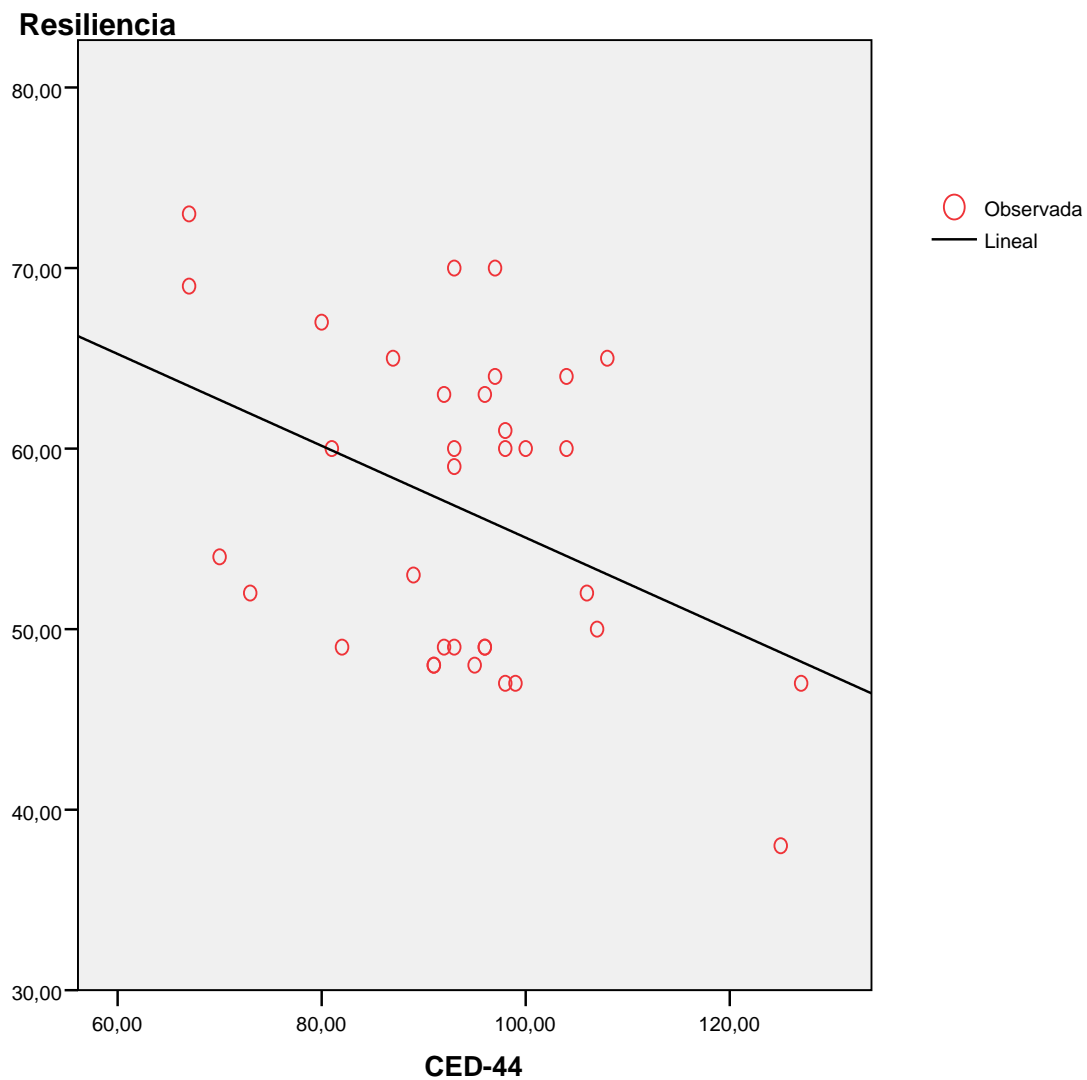


Gráfico 2 . Representa la estimación curvilínea de regresión de la Resiliencia (CD-RISC) durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) en hombres sin distinción de grupos sanguíneos A y O.

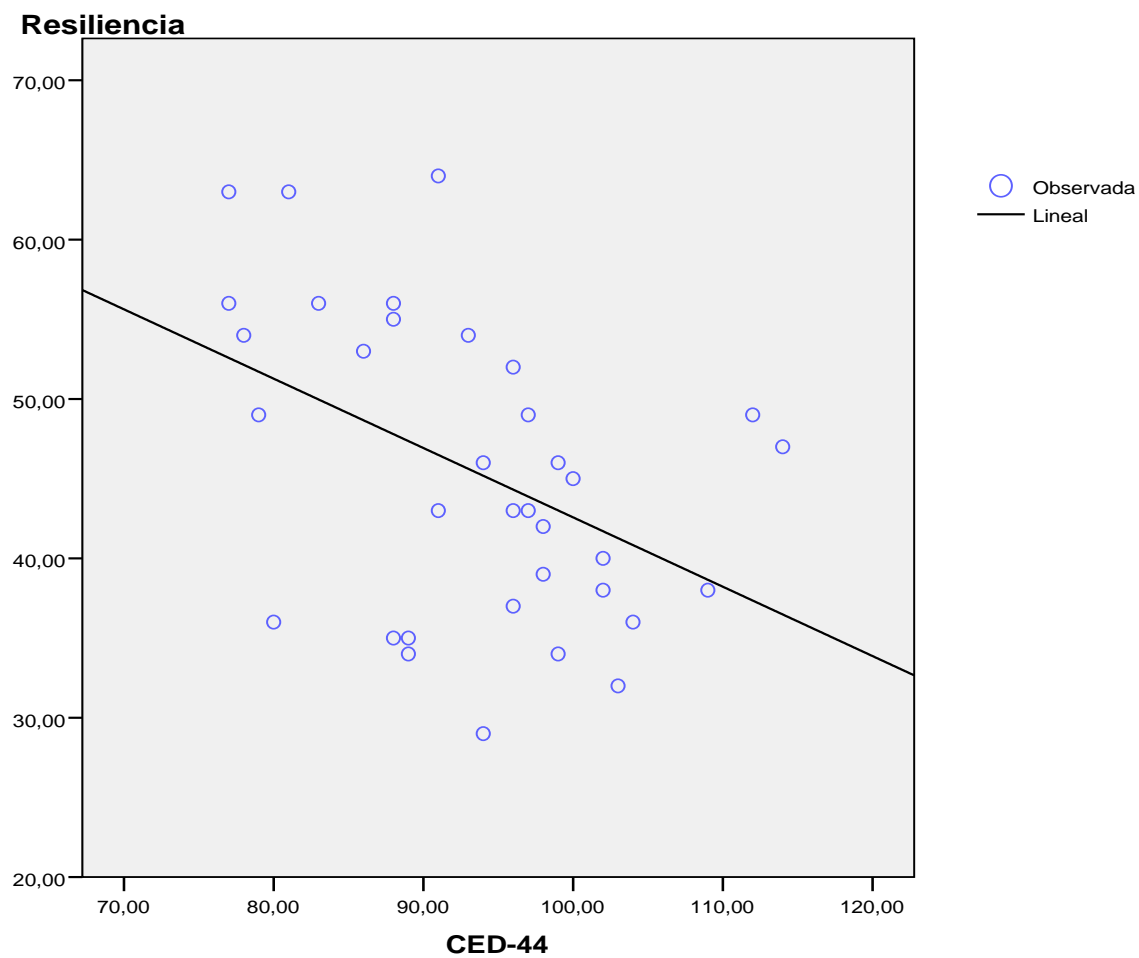


Gráfico 3 . Representa los valores promedios de la resiliencia durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.

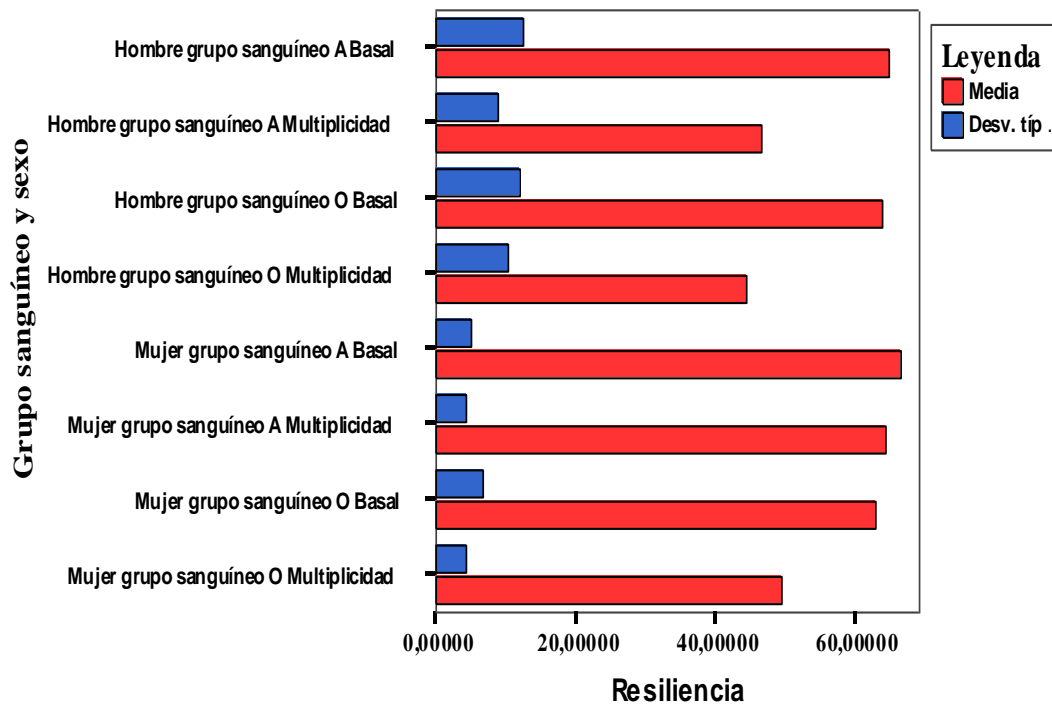


Gráfico 4. Representa los valores promedios de la concentración del Dimero - D durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.

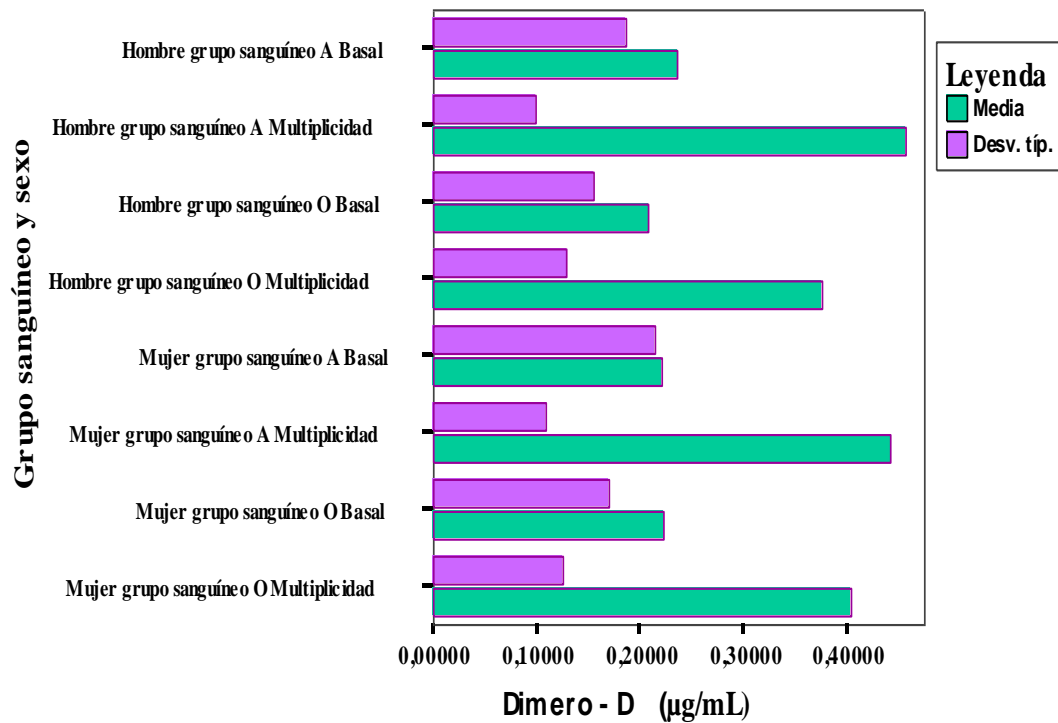


Gráfico 5. Representa los valores promedios del tiempo de lisis de Eoglobulinas durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relacion al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.

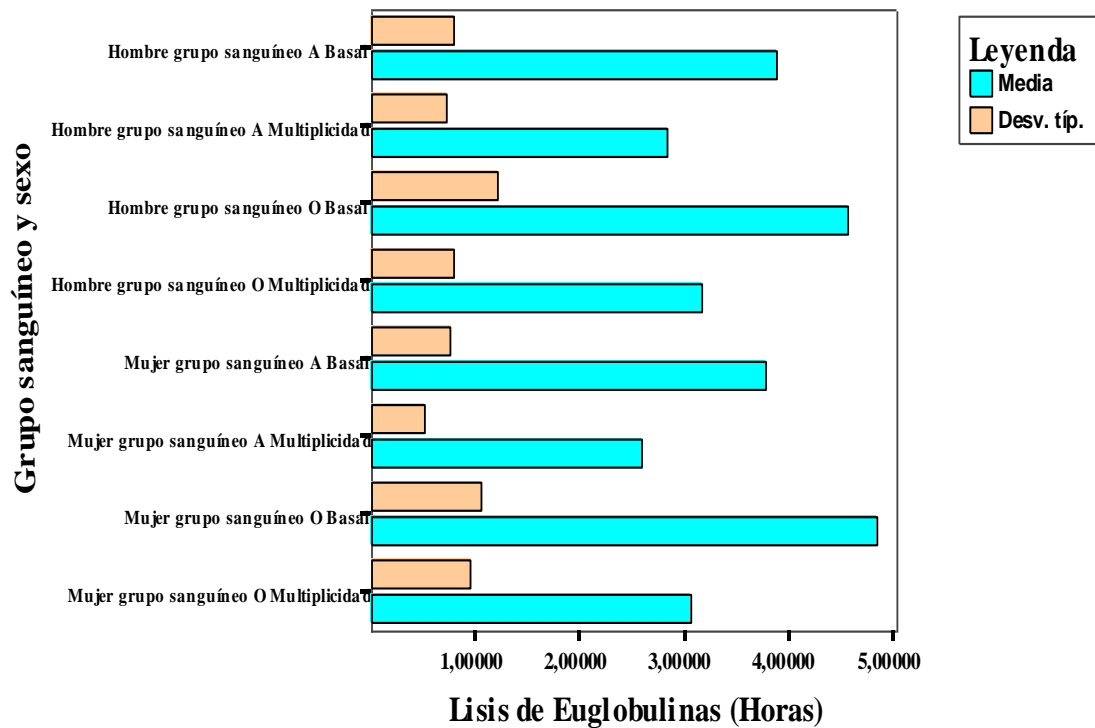
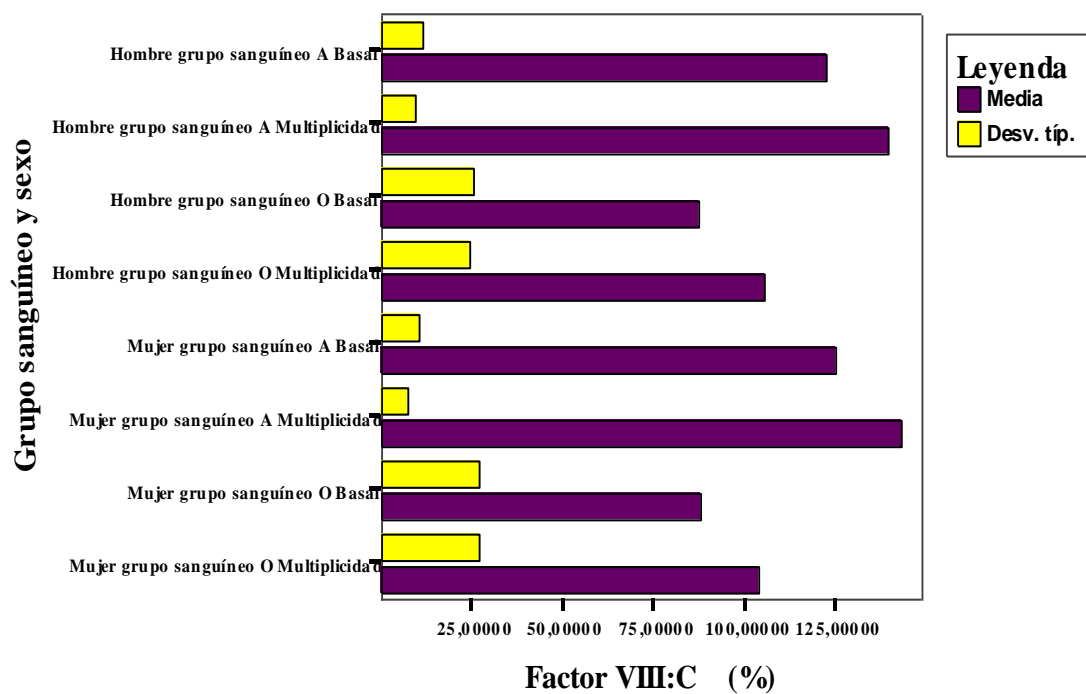


Gráfico 6. Representa los valores promedios del FVIII:C durante el estrés psicológico agudo (Multiplicidad) respecto a la basal (sin estrés) en relación al sexo y a los grupos sanguíneos A y O.



Discusión

La media del grupo muestral total (N=70) fue de $8,71\pm 1,28$ en la multiplicidad, difiriendo con el IRE obtenido en estudiantes de medicina (N=193) cuya media fue $10,44\pm 3,7$ (González – Pinto et al, 1994). Las sub – escalas resultaron 2,16; 2,05; 2,00; y 2,29 en la emocional, conductual, cognitivo y vegetativo respectivamente (Cuadro 27). González – Pinto et al, 1994 reportaron para esta 1,91; 2,67; 1,97 y 3,9 por lo que en las tres primeras sub escalas hay parecido pero difieren en el vegetativo, en el cual se observa que la multiplicidad fue menor.

El emocional, conductual, cognitivo y vegetativo fueron mayores en las mujeres respecto a los hombres $p<0,05$, (Cuadro 27). Relacionándose a lo reportado por González-Pinto et al, 1994.

Monterrey et al en 1991, en estudiantes (N=29) obtuvo en el IRE-32 previo a un examen oral eliminatorio (estado de estrés) un valor de $9,59\pm 3,36$ respecto a la basal sin examen $6,74\pm 2,61$. Por lo que los resultados obtenidos para la multiplicidad ($8,71\pm 1,28$) y basal ($5,35 \pm 1,13$) se asemejan a estos (Cuadro 27). El IRE en la multiplicidad en mujeres (N=35) resultó en $9,67\pm 0,86$ siendo elevada significativamente $p<0,05$ respecto a los hombres (N=35): $7,57 \pm 1,75$ (Cuadro 27). Estos valores son similares a lo reportado por Monterrey et al en 1991 en mujeres y hombres los cuales fueron de: $10,42\pm 3,48$ y $7,62\pm 2,13$ respectivamente. El IRE mas alto en mujeres respecto a los hombres se correlaciona a lo reportado por González – Pinto et al, 1994 y Monterrey et al en 1991.

El empleo del IRE por González de Rivera en 1989, en un grupo de controles sanos (N=108) reportó una media de $7,4\pm 2,9$ distinta a la obtenida en este trabajo para la basal

(5,35±1,13) (Cuadro 27). Mientras que en el contexto hospitalario sujetos ingresados en servicios de medicina general, obtiene un promedio de 10,4±3,8. El mismo González de rivera et al, en 1994 reportaron en pacientes con patología psiquiátrica puntuaciones que oscilan entre 12,10±4,3 (en psicosis) hasta 14,75±3,59 (en personas diagnosticadas con trastornos de personalidad). Aunque esta consideración parece ser relativa, ya que, pacientes asmáticos presentaron valores de IRE de 14,15±9,47 en la totalidad de los sujetos, en las mujeres 14,52±5,35 y en los varones 12,12±4,70 (Henry et al, 1991).

Morera et al, 1990, establecieron que un IRE-32 de 12 o más puntos es de alta reactividad y puntuaciones menores a 7 son indicativas de baja reactividad. Por lo que la multiplicidad de este trabajo resulto de “reactividad intermedia” (8,71±1,28) en el total como de mujeres y hombres (Cuadro 27). La basal de este trabajo posee para la escala de Holmes y Rahe valores en mujeres y hombres de: 212±38 y 245±29, respectivamente, esta escala al parecer no fue considerada por estos autores anteriores para la basal.

La correlación de pearson resultó variable dependiendo al sexo y al cuestionario, por ejemplo, las mujeres en la resiliencia solo presentaron correlación negativa baja significativa (-,390 p<0,01) respecto al CED-44 (Cuadro 28), no obstante, los hombres además de resultar con correlación moderada significativa negativa respecto al CED-44 (-,443 p<0,01) la subescala de estrés del cuestionario DASS-21 (-,434). Este resultado reafirma la respuesta negativamente marcada del hombre frente al estrés psicológico respecto a las mujeres, es decir las mujeres pudieran tener una protección biológica frente al estrés (Cuadro 29).

Los valores medios de resiliencia obtenidos por Connor y Davidson 2003 fue para diversos grupos: Población general (enfermeras, estudiantes y bomberos), cuidados primario, alteraciones psiquiátricas y desordenes de ansiedad fueron: 80,4±12,8; 71,8±18,4; 68,0±15,3 y 62,4±10,7 respectivamente. Los resultados obtenidos en este trabajo la media

de la resiliencia para mujeres y hombres durante la basal (sin estrés) fue: $64 \pm 6,0$; $64,37$ y $56,62 \pm 8,6$; $45,45$ (Cuadro 30). Es lógico la diferencia ya que los valores de la población general provienen de una tripartita, también es probable que el grado de estrés de la población general fuera menor a la de la multiplicidad de exámenes.

La correlación de pearson del IRE-32 en los hombres respecto a los cuestionarios CED-44, DASS-21, Depresión (DASHDV), Ansiedad (DASHAV) y Estrés (DASHEV) se correlacionaron significativamente positivos (Cuadro 29). Mientras que en las mujeres la correlación de pearson solo fue significativamente positivo respecto al CED-44 (Cuadro 28). Esta correlación positiva de depresión, ansiedad y estrés significativas en hombres y no en las mujeres, a pesar de que los valores de la comparación de medias de la multiplicidad respecto a la basal y al sexo es más alta en las mujeres (Cuadro 27), relacionándose a lo reportado por Lugo et al, 2004. Así como también, en la global y subescalas: emocional, conductual, cognitivo y vegetativo del IRE-32, pudieran hacernos presumir que las mujeres exaltan más sus emociones, pero son los hombres los que presentan efectos emocionales más acentuados y contundentes al estar correlacionados significativamente con el estrés (Cuadro 29).

La resiliencia es un factor protector contra la depresión, ansiedad y otros trastornos psiquiátricos, (Ruterr 1987), y está fuertemente asociada con el afecto positivo, que a su vez se relaciona positivamente con la autoestima

Un trabajo en estudiantes universitarios que empleo el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28), reportó que tras controlar el efecto del estrés las mujeres tenían mayor ansiedad que los hombres, pero que no había diferencia significativa depresiva (Matud et al, 2003). Este resultado es semejante al obtenido en este trabajo cuando se comparan las medias de la ansiedad de mujeres respecto a los hombres pero difieren en la depresión (Cuadro 31).

Al comparar las medias respecto a las basales del IRE-32 (Cuadro 27), y el DASS-21 (Cuadro 31), coinciden significativamente aumentadas durante el estrés, las emociones están allí y que se manifiestan en menor o mayor grado dependiendo al estímulo, si es estrés psicológico agudo como resultó en este trabajo se exacerban. El Dr. José Poveda, 1981 cito a Cruz Hernández: “La ansiedad aparece en las relaciones del sujeto con lo que él considera sus límites. Se presenta como una emoción, como un estado. Puede estar ligada a una situación de estímulo, a la suscitación, o como algo característico de la personalidad del sujeto que acompaña y caracteriza su existencia.”

El ambiente, constantemente cambiante en el sujeto genera respuestas neuroinmunoendócrinas que van a estar condicionadas por las diferencias individuales dadas por nuestro patrimonio genético, nuestras experiencias tempranas durante el desarrollo y los patrones de respuesta conductuales que instalemos posteriormente por vía del aprendizaje. Estas respuestas fisiológicas son las que van a preparar al organismo para producir la homeostasis a efectos de conducirnos a la adaptación. ” . No obstante el proceso de homeostasis puede conducir a la adaptación o a la patología. (McEwen , Sapolsky 2006; Bonet J).

Las medias del CED-44 tanto de mujeres y hombres respecto a la basal presentaron diferencias estadísticas $p < 0,05$ (Cuadro 30). Sin embargo, no presentó diferencias estadísticas significativas $p < 0,05$ entre las mujeres y los hombres (Cuadro 30). En el análisis las subescalas del CED-44 durante la multiplicidad respecto a la basal de mujeres y hombres respectivamente, se obtuvo que no hay diferencias significativas $p > 0,05$ en las siguientes: pareja y hogar, aspectos económicos y familiares y aspectos medio ambientales (Cuadro 30). Contrariamente, resultaron diferencias estadísticamente significativamente $p < 0,05$ en las siguientes subescalas: Ocio e intimidad, trabajo, aspectos sociales e intelectuales y tareas (Cuadro 30).

Este resultado es importante ya que el CED-44, puede constituir un punto de referencia de igualdad respecto al sexo para compararlo con otros cuestionarios. Es conocido por diversas investigaciones sobre los efectos económicos y familiares sobre la resiliencia (Feldman et al, 2008; Páucar 2009) que puede significar que esta variable interviniente no afectó el modelo experimental. No obstante, los aspectos sociales e intelectuales pudieran afectar este sistema.

Diversos estudios han demostrado que la resiliencia varía por multitudinarias causas, entre la que citamos: Contexto, tiempo, edad, género y origen cultural (Connor y Davidson 2003)

Como citamos anteriormente, la correlación (r) en la Escala de Resiliencia (CD-RISC) en relación al CED-44 resultó negativa tanto en mujeres como en los hombres (Cuadro 28 y 29). La Resiliencia disminuye a medida que el estrés aumenta. No obstante, las mujeres presentaron Resiliencia significativamente incrementada en respecto a los hombres (Cuadro 30). Dentro de este panorama las mujeres pudieran superponerse a las dificultades y consecuencias del estrés más eficientemente respecto a los hombres.

Un estudio demostró que el estrés psicosocial y la baja resiliencia proporcionan un alto riesgo en el desarrollo de la hipertensión arterial (Costa et al, 2010)

Al correlacionar la Resiliencia (CD-RISC) y CED-44 por ANOVA aplicando la estimación curvilínea en mujeres (Cuadro 32- Gráfico 1), se obtuvo una regresión residual estadísticamente significativa $F=5,927$ $p<0,05$. Este comportamiento fue similar en los hombres $F=8,056$ $p<0,05$. (Cuadro 32 – Gráfico 2). Demostrando que a medida que aumenta el estrés disminuye la resiliencia.

Tafet en el 2008 cito: “La respuesta adaptativa a una situación de estrés agudo sólo puede resultar eficaz en el corto plazo si es seguida por los cambios homeostáticos necesarios para completar y concluir la respuesta requerida por esa situación de demanda aguda. Cuando dichos cambios no se producen, comienzan a surgir los efectos nocivos propios de una

respuesta excesiva e incontrolada, lo que se traduce en cierta carga alostática. Este proceso puede variar de manera considerable entre diferentes individuos. Por eso es que, en presencia de una misma situación de estrés, ciertas personas pueden responder de modo potencialmente resiliente, y otras de modo francamente vulnerable. En el tratamiento de diversos trastornos que son consecuencia del estrés crónico, la posibilidad de identificar perfiles psiconeurobiológicos acordes con un modo de respuesta resiliente. En contraste con modos vulnerables-puede proporcionar importantes estrategias para la búsqueda de abordajes terapéuticos más eficaces”.

Las medias de la resiliencia resultaron estadísticamente disminuida en la multiplicidad respecto a sus basales, tanto de mujeres como en hombres del grupo sanguíneo A y O respectivamente (Cuadro 33).

No obstante las medias de la resiliencia de las mujeres del grupo sanguíneo O respecto a la A, resultaron disminuidas y estadísticamente diferentes $p < 0,05$. Presentado valores de resiliencia más bajos en las O respecto a las A (Cuadro 33). En los hombres del grupo sanguíneo O respecto a los A, las medias de la resiliencia no presentaron diferencias estadísticas $p > 0,05$ (Cuadro 33, Grafico 3).

En la prueba estadística discriminante ANOVA aplicando Lambda de Wilks resultó en diferencias estadísticas significativas entre las medias de la resiliencia $p < 0,05$, de los grupo sanguíneo O del A en las mujeres (Cuadro 34). En los hombres este análisis discriminante entre las medias de la resiliencia de hombres del grupo sanguíneo O del A no presentaron diferencias estadísticas (Cuadro 35). Las medias del FVIII:C tanto de hombres como mujeres presentaron diferencias estadísticas aumentadas del grupo sanguíneo A respecto al O (Cuadro 34, 35 y 36).

Es conocido que los niveles plasmáticos del FVIII:C son aproximadamente un 25%, mayores en las personas del grupo sanguíneo A respecto a los O (O'Donnell y Laffan 2001).

Este resultado corrobora la veracidad del test estadístico sobre la diferenciación de la resiliencia de las mujeres O respecto a las del grupo sanguíneo A. En las Gráficas 4, 5 y 6 se observa el comportamiento del D-Di, lisis de las eoglobulinas y FVIII: C en relación a la resiliencia y el grupo sanguíneo y sexo.

Realmente el incremento de la resiliencia puede ser asociado con el mejoramiento de la salud física y mental. Además también ha sido posible correlacionar la resiliencia con el gen de la dopamina DRD4 con la disminución de la resiliencia, así como también a un polimorfismo del gen transportador de la serotonina (Vaishnavi et al, 2007). Por lo que la resiliencia pudiera estar también asociada a nuestros genes (Baek et al, 2010).

Los cuestionarios DASS-21 y sus componentes: depresión, ansiedad y estrés, CED-44, IRE-32 global y las subescalas vegetativo, cognitivo, conductual y emocional, así como también la lisis de las eoglobulinas y D-Di, no presentaron significancia estadística discriminante $p > 0,05$ (Lambda de Wilks) respecto a los grupos sanguíneos A y O, de las mujeres (Cuadro 34). En los hombres hubo diferencia discriminante $p < 0,05$ (Cuadro 35) en IRE-32 global, vegetativo, conductual y D-Di. Indicando que el IRE-32 y el D-Di pudieran variar en los hombres dependiendo al grupo sanguíneo A y O, por lo que se recomienda realizar más investigaciones para explorar esta condición.

La Hb, el Htc, el VCM, HCM resultaron significativamente $p < 0,05$ incrementados en la multiplicidad respecto a la basal (Cuadro 37). Tal como ha sido reportado por diversos autores (Maesabc et al, 1998; Patterson et al 2008), esto corrobora el estado del estrés durante la multiplicidad.

La multiplicidad presentó leucocitosis en las mujeres y una tendencia hacia el límite superior de lo normal en los hombres. Presentando cuentas leucocitarias significativas elevadas respecto a sus basales $P < 0,05$ (Cuadro 36). Esta leucocitosis es clásicamente reportada en el estrés emocional por la literatura hematológica (Lichtman et al, 2003).

Las cuentas plaquetarias y el Fg en las mujeres y hombres se incrementaron significativamente ($p < 0,05$) en la multiplicidad respecto a las basales (Cuadro 37). Los resultados para TP, TTPa y TT (Cuadro 36), en la multiplicidad se “acortaron” (dentro de

los valores de referencia) significativamente $p < 0,05$ respecto a sus basales estos resultados son semejantes a los reportados por von Känel et al, 2009. Los resultados anteriores demuestran claramente la tendencia trombótica del estrés. Se ha reportado en ACV trombótico agudo Trombocitosis y leucocitosis (Turaj et al, 2001). Además de niveles de Fg de 430 ± 120 mg/dL, a estas concentraciones se ha postulado el posible efecto agregatorio del Fg sobre los leucocitos y con la consecuente liberación de radicales libres, como efecto negativo del Fg en desarrollo de ACV (Belch et al, 1998).

En la multiplicidad se incremento significativamente la VSG tanto en mujeres como en hombres $p < 0,05$ (Cuadro 38). En el ictus isquémico aumenta la viscosidad del plasma, que es un factor retardante de la VSG (Lip et al, 2002). Efectivamente no ha encontrado diferencia significativas en la VSG entre los controles y el ACV isquémico agudo (Turaj et al, 2001). En pacientes menores y mayores de 45 años con ictus isquémicos, se obtuvo correlación significativa entre las concentraciones elevadas D-Di y los valores de VSG en ambos grupos de pacientes, siendo mas evidente en los pacientes menores de 45 años (Swartz et al, 2005).

La VSG es una prueba inespecifica con cierto grado de sensibilidad. La VSG es influenciada por mucho factores, pero entre los principales estan el aumento del Fg (Cuadro 37 y 38) y la interleucina 6, este último y el Fg son reactantes de la fase aguda. Según la literatura en el estrés se eleva la Il-6 (Sanchez et al, 2008).

A pesar que la VSG esta significativamente incrementada durante el estrés psicológico, al correlacionar la VSG tanto en la lectura 1 y 2 aplicando pearson tanto en mujeres como en hombres no se obtuvo correlación significativa $p < 0,05$ (Cuadro 39 y 40), respecto a los cuestionarios CED-44, IRE-32, DASS-21 y sus componentes depresión, ansiedad y estrés, por lo que indicamos que no sería un marcador biológico del estrés.

La multiplicidad evidenció aumento significativo de: Fg, D-Di y FVIII:C (dentro de los valores de referencia) tanto en mujeres como en hombres (Cuadro 36), además

acompañados de aumentos significativos de la multiplicidad respecto al estrés en la depresión, ansiedad y estrés (Cuadro 31). Entonces pudiéramos elucubrar que estamos en presencia de un estado emocional y de un micro estado de hipercoagulabilidad con tendencia hacia el ACV (Stott et al, 2001; Antovic et al, 2002; Gustafsson et al, 1990). Un estudio demostró el efecto significativo de la edad y el estrés sobre el aumento del Fg, FVIII:C y D-Di, sugiriendo que el estrés agudo puede aumentar la vulnerabilidad de las personas mayores por la hipercoagulabilidad y posteriores enfermedades asociadas con las alteraciones de la hemostasia, como el ACV (Wirtz et al, 2008).

La lisis resultó significativamente disminuida dentro de los valores de referencia $p < 0,05$ en la multiplicidad de mujeres y hombres respecto a la basal (Cuadro 36). La lisis se prolonga si la concentración de Fg aumenta. Por lo que en este estudio era de esperar lisis cronológicamente más alargadas en la multiplicidad. Por otra parte, el tiempo de lisis de las eoglobulinas es inversamente proporcional a la actividad fibrinolítica plasmática. Un tiempo disminuido puede indicar la presencia de plásmine (Gaudens 1984). Esta actividad fibrinolítica denotada por la disminución del tiempo de la lisis del coagulo pudiera explicar el aumento del D-Di en la multiplicidad (Cuadro 33). Esto nos hace pensar que el Fg está siendo transformado en fibrina sobre la cual actúa la plásmine generando D-Di. Es probable que el mecanismo protector de la multiplicidad sea la eficiente acción del sistema fibrinolítico para disolver el coagulo. No obstante un sujeto sometido a estrés mental psicológico agudo y aun más si esta en edad avanzada estaría a las puertas de un ACV condicionado por la depresión, ansiedad y estrés y al micro estado de hipercoagulabilidad en el que se encuentran producto del estrés, la edad, el sexo y el grupo sanguíneo.

En pacientes en edades comprendidas entre 60 ± 8 años con ictus isquémico se demostró que existen diferencias significativas importantes en las características del sistema fibrinolítico en comparación a la población sana. Entre las principales diferencias está la prolongada (lenta) lisis en pacientes con ictus isquémico (Vucković et al, 2010). En el estrés psicológico su aplicación por si solo tendría poco valor ya que se incrementa dentro

de los valores de referencia. No obstante una disminución después de haber diagnosticado estrés psicológico agudo pudiera indicar la ausencia de estrés o mejoría del sujeto.

Estudios han demostrado como después de un año un ACV leve afrontaron su nuevo estilo de vida. 18 personas recuperadas físicamente presentaron como síntomas comunes: fatiga mental, la memoria y dificultades de concentración, aumento de la sensibilidad de estrés, la irritabilidad, la emotividad, la falta de iniciativa y la sensibilidad a las luces y sonidos. En este trabajo los autores para las encuestas aplicaron el método de la teoría fundamentada. Concluyendo, que a pesar de ser un ACV leve, después de un año encontraron en la vida cotidiana una lucha de la incertidumbre, esfuerzos de afrontamiento y la concurrencia de sentimientos positivos y negativos en hacer frente y actividades de ocio servido como una importante fuente de supervivencia (Carlsson et al, 2009).

Una visión desde la psiquiatría y la hematología a la antropología de la nueva raza indio americana africana española

El indígena autóctono de Venezuela es exclusivo del grupo sanguíneo O, dentro del aporte génico español está el gen A, es decir, el grupo sanguíneo A. (Rodríguez et al, 2001). Los resultados de este trabajo indican que la mujer venezolana ha sido favorecida por el aporte génico mencionado, al hacerse más resilientes, aunque la frecuencia es menor que las del grupo O, es muy importante en esta sociedad tan matriarcal.

Conclusiones

- 1) Los retos existenciales que se atraviesan a lo largo de la vida puede mostrarse como desadaptativos o patológicos en determinadas circunstancias. Para su emergencia se requieren situaciones como el estrés psicológico agudo. La depresión, ansiedad son emociones que se exacerban durante el estrés psicológico agudo.
- 2) Las emociones estudiadas (depresión y ansiedad) y el estrés son más altas en las mujeres respecto a los hombres no obstante estos pudieran sufrir efectos potenciales y hasta perjudiciales con estas emociones al correlacionarse efectivamente con el estrés.
- 3) Tanto en hombres como mujeres, la resiliencia disminuye durante el estrés psicológico agudo. Las mujeres presentan mayor resiliencia respecto a los hombres, es decir, las mujeres afrontan y se sobreponen más eficientemente a los efectos del estrés.
- 4) Las mujeres del grupo sanguíneo A mas resiliencia que las del grupo sanguíneo O. Entre los hombres no hubo diferencias de la resiliencia respecto a los grupos sanguíneos.
- 5) Se confirma que la VSG se acelera durante el estrés psicológico agudo, pero no es un buen marcador biológico del mismo.
- 6) El estrés psicológico agudo expone al sujeto al borde del límite de la trombosis, por ello se recomienda

-a los especialistas considerar, evaluar e intervenir en estas crisis existenciales para aportar una abordaje integral y humanizado acorde con el nivel de las nuevas tecnologías.

-a los sujetos involucrados en ser conscientes de la necesidad de evaluar el nivel de estrés a través de estos cuestionarios y verificar la evolución del tratamiento con estas pruebas hematológicas.-

Referencias Bibliográficas

Action for Stroke Prevention..Expertos advierten de "crisis" de infartos cerebrales en Europa. Por REUTERS, actualizado: 10/12/2009. <http://tinyurl.com/49wtp1g>
[#">http://globedia.com #](http://globedia.com)

Amilachwari M, Barra V, Soriano G, Barra M, Regalado M. Aspectos teóricos – prácticos de la velocidad de sedimentación globular. Bol med hosp infant mex 1990; 47 (5):1-6

Allen M y Patterson S. Hemoconcentration and stress: a review of physiological mechanisms and relevance for cardiovascular disease risk. Biol Psychol 1995;41(1):1-27.

Alonso E, Valdés A, Cabral F, Galván L. 2009. Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del instituto tecnológico superior de Cajeme (ITESCA). INED 2009; 11.

Ángeles, R. y Morales, J. (1995). Resiliencia y desarrollo humano aportes para una discusión. Solum Donas Burak. San José, Costa Rica. OMS, OPS. En red [www. binass. sa.cr/adolescencia/RESILENCIA.htm](http://www.binass.sa.cr/adolescencia/RESILENCIA.htm).

Antovic J, Bakic M, Zivkovic M, Ilic A, Blombäck M. Blood coagulation and fibrinolysis in acute ischaemic and haemorrhagic (intracerebral and subarachnoid haemorrhage) stroke: does decreased plasmin inhibitor indicate increased fibrinolysis in subarachnoid haemorrhage compared to other types of stroke?. Scand J Clin Lab Invest 2002;62(3):195-199.

Bados A, Solanas A, Andres R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) Psicothema 2005; 17 (4): 679-683

Baek H, Lee K, Joo E, Lee M, and Choi K. Reliability and Validity of the Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale

Psychiatry Investig 2010; 7(2): 109–115.

Belch J, McLaren M, Hanslip J, Hill A; Davidson D. The white blood cell and plasma fibrinogen in thrombotic stroke. A significant correlation. *Int Angiol* 1998; 17(2): 120- 124.

Bonet J. El estrés como factor de vulnerabilidad: de la molécula al síndrome. Disponible en URL: www.gador.com.ar/iyd/ansi_est/estres.htm -

Broxmeyer H. Role of cytokines in hemotopoiesis. In: Agarwal B (ed). *Human cytokines: their role in disease and therapy*. 1995. En Faiyaz Qureshi, Jane Alam, Masood Ahmad Khan and Ghazala Sheraz. Effect of examination stress on blood cell parameters of students in a pakistani medical college. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2002; 14(1): 20-22

Burke H, Davis MC, Otte C. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta – analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 846-856.

Carlsson G, Möler A, Blomstrand C. Managing an everyday life of uncertainty study of coping in persons with mild stroke. *Disabil Rehabil* 2009; 31(10): 773-82.

Chambers B, Bladin P, McGrath K, Goble AJ. Stroke syndromes in young people. *Clin Exp Neurol* 1981; 18: 132-144.

Cattell R, Boutourline Y, Hundleby J. Blood Groups and Personality Traits. *AMERICAN Journal of Humaan Genetics* 1984; 16, (4): 1-9

Colgan Y, Turnbull DA, Mikocka-Walus AA, Delfabbro P. Determinants of resilience to cigarette smoking among young Australians at risk: an exploratory study. *Tob Induc Dis*. 2010; 8: 8:7.

Costa S, Barontini M, Forcada P, Carrizo , Almada L Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. *Revista Argentina de Cardiología* 2010; 78 (5):1-8

Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2):76-82.

Croce N, Fernández B, Chuky E, Fragachán F, Macías N, Marcano A, Márquez M, Macías A, Martínez J, Molinet A, Monsalve L, Melone S, Martinez M, Meza A y Mendoza H. Prevalencia de presión arterial elevada y otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores de cafetines de la Universidad Central De Venezuela (Ciudad Universitaria). RFM 2004; 27 (2) 1-8.

Cyrułnik B. Los patitos feos, 2002. En: Castro M, Llanes J y Carreño A. Una escala de percepción de resiliencia en el medio ambiente proximal: validez factorial y consistencia interna. Su relación con el riesgo psicosocial acumulado en bases de datos de estudiantes mexicanos de educación básica, media superior y superior. 2009. iberAddictus.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo...

Del Rio. ¿Qué es la resiliencia?. Medicina y cultura 2009; 25(3): 1-3

Dimsdale J. Psychological stress and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol 2008; 51(13):1237-46.

Dintenfass L: Blood Viscosity, Hyperviscosity and Hyperviscosaemia 1985. En Neumann J, Bradley W, Chi D, Arbogast L. En Effects of Stress and Blood Type on Cortisol and VLDL Toxicity Preventing Activity. Psychosomatic Medicine 54:612-619 (1992)

Dintenfass L, et al. Blood rheology in patients with depressive and schizoid anxiety. Biorheology 1976;13(1):33-6.

Dintenfass L, et al. Dynamic blood coagulation and viscosity and degradation of artificial thrombi in patients with hypertension. Cardiovasc Res 1970;4(1):50-60

Dintenfass L, et al. Effect of stress and anxiety on thrombus formation and blood viscosity factors. Bibl Haematol 1975;(41):133-9.

Dintenfass L, et al. Genetic and ethnic influences on blood viscosity and capillaries in diabetes mellitus. Microvasc Res. 1977;14(2):161-72.

Dintenfass L, et al . Formation, consistency and degradation of artificial thrombi in severe renal failure. Effect of ABO blood groups. *Thromb Diath Haemorrh* 1968; 20(1):267-84.

Dintenfass L. Some aspects of haemorrheology of metastasis in malignant melanoma. *Haematologia*. Budap 1977;11(3-4):301-7.

Dintenfass L, et al Effect of fibrinogen on aggregation of red cells and on apparent viscosity of artificial thrombi in haemophilia, myocardial infarction, thyroid disease, cancer and control systems: effect of ABO blood groups. *Microvasc Res* 1975; 9(1):107-18

Dyrbye L, Power D, Massie F, Eacker A, Harper W, Thomas M, Szydlo D, Sloan J , Shanafelt T. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ* 2010; 44 (10):1016-26.

Dintenfass L, et al. Blood rheology in patients with depressive and schizoid anxiety. *Biorheology*. 1976; 13(1):33-6.

Dintenfass L, et al. Effect of stress and anxiety on thrombus formation and blood viscosity factors. *Bibl Haematol* 1975;(41):133-9

Favaloro E, Soltani S, McDonald J, Grezchnik E, Easton L, Favaloro J. Reassessment of ABO blood group, sex, and age on laboratory parameters used to diagnose von Willebrand disorder: potential influence on the diagnosis vs the potential association with risk of thrombosis. *Am J Clin Pathol* 2006; 125(5):796.

Feldman, L, Goncalves L, Chacón , Grace P; Z, Pablo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychol* 2008.; 7(3):739-751

Flemenbaum A, Larson JW. ABO-RH blood groups and psychiatric diagnosis: a critical review. *Dis Nerv Syst* 1976; 37(10): 581-583.

Hans Selye. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents . *Nature* 1936; 138, (4):. 32.

Gardiner, M. El icono dañado: una imagen para nuestro tiempo. 1994. En: Badilla H . Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Garmezy, N. Rflections and commentary on risk, resilience, and development. 1994. En Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Garrison RJ, Havlik RJ, Harris RB, et al: ABO blood group and cardiovascular disease: The Framingham study. *Atherosclerosis* 1976; 25:311-318,

Gaudens, L. Manual de Hemostasia y Coagulación Sanguínea 1984. 1^{era} edición. Ediciones de la biblioteca de la Universidad central de Venezuela. Caracas. Pp 241-245.

Geiser F, Meier C, Wegener I, Imbierowicz K, Conrad R, Liedtke R, Oldenburg J, Harbrecht U. Association between anxiety and factors of coagulation and fibrinolysis. *Psychother Psychosom* 2008; 77(6):377-83.

González de Rivera J, De las Cuevas C, Monterrey A. Factores internos de estrés y esquizofrenia: un estudio con el índice de reactividad al estrés en esquizofrénicos ambulatorios en remisión. *Arch Neurobiolog* 1994; 6: 275-281.

González de Rivera J, Morera A, Monterrey A. El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición a patología médica. *Psiquis* 1989; 10: 20-27.

González de Rivera J, Morera A, Monterrey A, Rodríguez – Pulido F, Gracia R. Stress Reactivity in the general population. *European Journal of psychiatry* 1993; 7: 5-11.

González-Pinto A, Ylla L, Bulbena A, González de Rivera J, Zupiría X, Iturriaga I. Factores de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios. *Anales de Psiquiatría* 1994; 10: 270-283.

Gordon, Kimberly. A. Resilient Hispanic Youthsí Self- concept and Motivational Patterns 1996. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Greca A. Fisiología de la emoción. Artículos Especiales. Publicación digita. 2007: 1-4. www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option...

Grills-Taquechel A, Norton P, Ollendick T. A longitudinal examination of factors predicting anxiety during the transition to middle school. *Anxiety Stress Coping* 2010; 23(5):493-513.

Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. 2001 En: Castro M, Llanes J y Carreño A. Una escala de percepción de resiliencia en el medio ambiente proximal: validez factorial y consistencia interna.Su relación con el riesgo psicosocial acumulado en bases de datos de estudiantes mexicanos de educación básica, media superior y superior. 2009. LiberAddictus. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo...

Gurrola M, Balcázar P, Bonilla M, Virseda H. Estructura factorial y consistencia interna de la escuela de depresion ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y ciencia social* 2006; 8 (002):1-5

Gustafsson C, Blomback M, Britton M, Hamstem A, Svensson J. Coagulation factors and the increased risk of stroke in nonvalvular atrial fibrillation. *Stroke* 1990; 21(1):47-51.

Hayward R. Historical Keywords. Stress. 2005. En Peña J. Enfoque Integral de la Enfermedad Coronaria en el Hombre. Tesis Doctoral 2008. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento Psiquiatría.

Hjemdal O, Vogel P, Solem S, Hagen K, Stiles T. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clin Psychol Psychother.* 2010.

Holling B. What's Resiliency? Research for governance social-ecological systems. Sweden: Stockholm Resiliency Centre, 2008. En: Castro M, Llanes J y Carreño A. Una escala de percepción de resiliencia en el medio ambiente proximal: validez factorial y consistencia interna. Su relación con el riesgo psicosocial acumulado en bases de datos de estudiantes mexicanos de educación básica, media superior y superior. 2009. *LiberAddictus*. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo...

Hou M, Stockelberg D, Rydberg L, Kutti J, Wadenvik H Blood group A antigen expression in platelets is prominently associated with glycoprotein Ib and IIb. Evidence for an A1/A2 difference. *Transfus Med* 1996 Mar;6(1):51-9

Huraux C, Ankri A A, Eyraud D, Sevin O, Menegaux F, Coriat P, Samama CM. Hemostatic Changes in Patients Receiving Hydroxyethyl Starch: The Influence of ABO Blood Group. *Anesth Analg.* 2001;92(6):1396-1401

Henry M, González de Rivera J, De las Cuevas C, González I, Gracia R, Abreu J, Rupérez F, Garzón E. El índice de reactividad al estrés en pacientes asmáticos crónicos. *Psiquez* 1991; 12: 249-254.

Henry J, Crawford J The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005 ;44(P2):227-39.

Jenkins P, O'Donnell J. ABO blood group determines plasma von Willebrand factor levels: a biologic function after all?. *Transfusion.* 2006;46(10):1836-44.

Katiukhin LN, Maslova MN. [Dynamics of changes in red blood in rats during acute immobilization]. *Kosm Biol Aviakosm Med.* 1984; 18(3):43-7.

Klarmann D, Eggert C, Geisen C, Becker S, Seifried E, Klingebiel T, Kreuz W. Association of ABO(H) and I blood group system development with von Willebrand factor and Factor VIII plasma levels in children and adolescents. *Transfusion.* 2010; 50(7):1571-80.

Kreitler S, Berliner S, Aronson M, Arber N, Kreitler H. Psychological correlates of immunological indices. *Stress Medicine* 1994; 10 (2): 81–91.

Kubzansky LD. Sick at heart: The pathophysiology of negative emotions. *Clev Clin J Med* 2007; 74 (Suppl 1): S67-S72. En Greca A. Fisiología de la emoción.

Artículos Especiales. Publicación digita. 2007: 1-4.
www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option...

Landero R, González M. Síntomas psicósomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de psicología social* 2006; 2 (21): 141-152.

Lavori P, Keller M, Roth S. Affective disorders and ABO blood groups: new data and a reanalysis of the literature using the logistic transformation of proportions. *J Psychiatr Res* 1984;18(2):119-29.

Lemyre L; Lalande – Markon M. Psychological stress measure (PSM-9): integration of an evidence-based approach to assessment, monitoring, and evaluation of stress in physical therapy practice. *Physiother theory pract* 2009; 25(5-6): 453-62.

Lichtman M, Beutler E, Kipps T, Williams J. *Manual of Hematology* 2003. 6th edition, McGraw-Hill, New York. Pp 184-271.

Locong AH, Roberge AG. Cortisol and catecholamines response to venisection by humans with different blood groups. *Clin Biochem* 1985;18 (1):67-69

Lip G, Blann A, Farooqi I, Zanfis J, Sagar G, Beevers D. Sequential alterations in haemorheology, endothelial dysfunction, platelet activation and thrombogenesis in relation to prognosis following acute stroke: The West Birmingham Stroke Project. *Blood coagul fibrinolysis* 2002; 13(4):339-47.

Lugo M, González J, Granadillo D. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina del área básica y clínica, su relación con el índice de lateralización hemisférica cerebral y el rendimiento académico. Universidad de Carabobo año 1999-2000. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y neurología* 2004; 50 (103):1-6

Matud M, Díaz F, Rodríguez V, Matud J. Diferencia de género en ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *Psicopatología clínica legal y forense* 2003; 3(1): 5-15.

McEwen B, Sapolsky R. El estrés y su salud .*The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2006; 91 (2).

McKenzie S, Burns C, Nan C, Gulley M, Hansen K, Larson L, Metz J. *Hematología Clínica*. 2000. Editorial el manual moderno, México DF. P 116

Maesabc M, Der Plankend M, Van Gastela A, Bruylandef K, Van Hunsela F, Neelse H, Hendriksf D, Wauterse A, Demedtse P, Jancag A, Scharpéf S. Influence of academic examination stress on hematological measurements in subjectively healthy volunteers.. *Psychiatry Res* 1998; 21;80(3):201-12

Manciaux, M., Vanistendael, S. Leconte, J y Cyrulnik, B. 2001. La resiliencia: estado de la cuestión. En Alonso E, Valdés A, Cabral F, Galván L. 2009. Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del instituto tecnológico superior de Cajeme (ITESCA). INED NO 11. 2009.

Masters A. The Distribution of Blood Groups in Psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry* (1967) 113: 1309-1315. doi: 10.1192/bjp.113.504.1309

McKeon J, McColl D. ABO blood groups in obsessional illness--state and trait. *Acta Psychiatr Scand* 1982;65(1):74-8.

Monterrey AL, González de Rivera JL, de las Cuevas C, Rodríguez-Pulido F. El índice de Reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado?. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1991; 18 (1): 23-27.

Morelli V, de Visser M, van Tilburg N, Vos H, Eikenboom J, Rosendaal F, Bertina R. ABO blood group genotypes, plasma von Willebrand factor levels and loading of von Willebrand factor with A and B antigens. *Thromb Haemost* 2007;97(4):534-41

Mourant AE, Kopec AC, Domaniewska-Sobczak K: Blood-groups and blood-clotting. *Lancet* 1971 (1):223-227,

Mourant AE, Kopec AC, Domaniewska-Sobczak K: Blood Groups and Diseases. 1978. En NEUMANN J, BRADLEY W, CHI D, ARBOGAST L. En *Effects of Stress and Blood Type on Cortisol and VLDL Toxicity Preventing Activity*. *Psychosomatic Medicine* 1992; 54:612-619

Morera A, Fernandez L, Valenciano R, Sánchez A, Henry M, Bello G. Reactividad al estrés y personalidad. *Rev Psiquiatria Fac Med Barna* 1990; 17(4): 155-158.

Narushima K, Robinson R. Stroke-related depression 2002. *Current Atherosclerosis Reports*; 4 (4): 296-303.

Neumann JK, Chi DS, Arbogast BW, et al: Relationship between blood groups and behavior patterns in men who have had myocardial infarction. *South Med J* 1991; 84:214-218,

Neumann J, Bradley W, CHI D, Arbogast L. En Effects of Stress and Blood Type on Cortisol and VLDL Toxicity Preventing Activity. *Psychosomatic Medicine* 1992; 54:612-619

Neumann JK, Chi DS, Arbogast BW, Kostrzewa RM, Harvill LM. Relationship between blood groups and behavior patterns in men who have had myocardial infarction. *South Med J* 1991; 84(2):214-218

Neumann J, Chic D, Fleming R. Hematological and immunological acute mental stress responses of people who are severely and profoundly mentally retarded. *Res Dev Disabil.* 2000 ;21(5):347-53

Nishi D, Uehara R, Kondo M, Matsuoka Y. Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Res Notes* 2010; 17(3): 310.

Nitesh P, Pratap S, Surendra M. Relación de la ira y los ataques de ira con la depresión. *RET Revista de Toxicomanías* 2005; 45.

Nossent A, Van V, Van N, Rosendaal F, Bertina RM, VAN J, Eikenboom H. von Willebrand factor and its propeptide: the influence of secretion and clearance on protein levels and the risk of venous thrombosis. *J Thromb Haemost* 2006;4(12):2556-62.

O'Donnell J, Laffan M. The relationship between ABO histo-blood group, factor VIII and von Willebrand factor. *Transfus Med* 2001;11(4):343-51.

O'Malley P, Jones D, Feuerstein I, Taylor A. Lack of correlation between psychological factors and subclinical coronary artery disease. *N Engl J Med* 2000; 343: 1298-304.

Orstavik KH. Genetics of plasma concentration of von Willebrand factor. *Folia Haematol Int Mag Klin Morphol Blutforsch* 1990;117(4):527-31

Palmblad J, Karlsson C , Levi L, Lidberg L. The erythrocyte sedimentation rate and stress. *Acta Med Scand* 1979 ;205(6):517-20.

Pandinha R. 1996. Risk and protective factor model in adolescent drug use putting them to work for prevention. www.nida.nid.gov. En Alonso E, Valdés A, Cabral F, Galván L. 2009. Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del instituto tecnológico superior de Cajeme (ITESCA). INED NO 11. 2009.

Paterniti S, Zureik M, Ducimetiere PJT et al. Sustained anxiety and 4-year progression of carotid atherosclerosis. En Greca A. *Fisiología de la emoción. Artículos Especiales. Publicación digita.* 2001: 1-4. www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option...

Patterson S, Marsland A, Manuck S, Kameneva M and Matthew F. Muldoon Acute hemoconcentration during psychological stress: Assessment of hemorheologic factors. *Int J Behav Med.* 1998; 5(3):204-12

Patterson S, VanderKaay M, Shanholtzer B, Patterson C. Influence of acute fluid loading on stress-induced hemoconcentration and cardiovascular reactivity. *J Behav Med* 2008; 31(4):319-30.

Páucar M. Factores de resiliencia asociados al rendimiento académico en estudiantes de contextos de alta vulnerabilidad social. *Revista de Pedagogía* 2009; 31 (88):1-7

Poveda J. *Locura y Creatividad. Introducción a la Psicopatología* 1981. 1^{era} edición. Editorial Alhambra, España. Pp 85-90.

Retter, Michael. La “Resiliencia”: Consideraciones Conceptuales 1993. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Rihmer Z, Arató M. ABO blood groups in manic-depressive patients. *J Affect Disord.* 1981; 3(1):1-7.

Rinieris P, Rabavilas A, Lykouras E, Stefanis C. Neuroses and ABO blood types. *Neuropsychobiology* 1983;9(1):16-18

Rinieris P, Rabavilas A, Lykouras E, Stefanis C. Neuroses and ABO blood types. *Neuropsychobiology*. 1983;9 (1):16-8.

Rinieris P, Stefanis C, Lykouras E, Varsou E. Affective disorders and ABO blood types. *Acta Psychiatr Scand*. 1979 ;60(3):272-8.

Rochette A, Gaulin P, Tellier M. Could stroke trigger be prevented by healthy family relationships?. *Inter J Re Res* 2009; 32 (2): 173-177.

Rodríguez Á, Castro D, González M, Morales J, Frecuencia génica y porcentaje de mezcla en diferentes áreas geográficas de Venezuela, de acuerdo a los grupos Rh y ABO. *Interciencia* 2001; 26 (001): 8-12.

Rosenberg L, Miller DR, Kaufman DW, et al: Myocardial infarction in women under 50 years of age. *JAMA* 1983; 250:2801-2806,

Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. *Am J Prev Med* 2003; 23: 51-61. En Greca A. Fisiología de la emoción. Artículos Especiales. Publicación digital. 2007: 1-4. www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option...

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57:316–331

Saikeu, K. intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. (2 da. Ed. Mexico. Manual Moderno. En Alonso E, Valdés A, Cabral F, Galván L. 2009. Vulnerabilidad al estrés en estudiantes del instituto tecnológico superior de Cajeme (ITESCA). INED NO 11. 2009.

Salebeey, Dennis. *The Strengths Perspective in Social Work Practice* 1996.

En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Salgado L. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana, 2005: Lima (Perú). En: Castro M, Llanes J y Carreño A. Una escala de percepción de resiliencia en el medio ambiente proximal: validez factorial y consistencia interna. Su relación con el riesgo psicosocial acumulado en bases de datos de estudiantes mexicanos de educación básica, media superior y superior. 2009. LiberAddictus. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo...

Salobir B, Sabovic M, Peternel P, Stegnar M. Vascular bed specific alterations in coagulation and fibrinolytic parameters in young women following myocardial infarction, lacunar cerebral infarction and deep vein thrombosis. *Pathophysiol Haemost Thromb* 2003; 33(2):96-101.

Sánchez P; Sirera R; Peiró G; Palmero F. Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (Reme)* 2008; XI: 28.

Schneider R, Zangari V. Variations in clotting time, relative viscosity, and other physiochemical properties of the blood accompanying physical and emotional stress in the normotensive and hypertensive subject. *Psychosom Med.* 1951;13(5):289-303.

Sherrington R, Curtis D, Brynjolfsson J, Moloney E, Rifkin L, Petursson H, Gurling H. A linkage study of affective disorder with DNA markers for the ABO-AK1-ORM linkage group near the dopamine beta hydroxylase gene. *Biol Psychiatry* 1994; 1;36(7):434-442

Sirera R; Sánchez P; Capms C. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología* 2006; 3: 35-48.

Singg S, Lewis J. Depression and blood types. *Psychol Rep.* 2001 Jun;88(3 Pt 1):725-6.

Smith J, Telford R, Kolbuch-Braddon M, Weidemann M. Lactate/H⁺ uptake by red blood cells during exercise alters their physical properties 1997; En Faiyaz Qureshi, Jane Alam, Masood Ahmad Khan and Ghazala Sheraz. Effect of examination stress on blood cell

parameters of students in a pakistani medical college. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2002; 14(1): 20-22

Suldo, S. y Huebner, S. 2004. Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence?. *School psychology quarterly*, 19 (3), 93-105

Stott D, Spilg E, Campbell A, Rumley A, Mansoor M, Lowe G. Haemostasis in ischaemic stroke and vascular dementia. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2001;12(8):651-7.

Swartz J, Jacobson B, Connor M, Bernstein P, Fritz V. Erythrocyte sedimentation rate as a marker of inflammation and ongoing coagulation in stroke and transient ischaemic attack. *S Afr Med J*; 2005;95(8):607-12.

Tafet E. Psiconeurobiología de la Resiliencia. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 2008; 54(2): 000-000.

Teague C, Dhabhar F, Barton R, Beckwith-Hall B, Powell J, Cobain M, Bruce B. J McEwen. J Lindon, Nicholson J and Holmes E. Metabonomic Studies on the Physiological Effects of Acute and Chronic Psychological Stress in Sprague–Dawley Rats. *J. Proteome Res* 2007; 6 (6): 2080–2093

Thralla G, Lanea D, Carrolla Dand . Lip G. A systematic review of the effects of acute psychological stress and physical activity on haemorheology, coagulation, fibrinolysis and platelet reactivity: Implications for the pathogenesis of acute coronary syndromes. *Thrombosis Research* 2007; 120 (6): 819-847

Thurston R, Kubzansky LD, Kawachi I, et al. Do depression and anxiety mediate the link between educational attainment and coronary heart disease? *Psychosom Med* 2006; 68: 25-32. En Greca A. Fisiología de la emoción. Artículos Especiales. Publicación digita. 2007: 1-4. www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option...

Turaj W; Slowk A; Szczudlik A. Mechanisms determining the occurrence of microalbuminuria in patients with acute ischemic stroke. *Przegl Lek* 2001; 58(10): 889-93.

Uchivama S; Yamazaki M; maruyama S; handa M; Ikeda Y; Fukuyama M, Itagaki I. Shear –induce platelet aggregation in cerebral ischemia. *Stroke* 1994; 25(8): 1547-1551.

Valdés M, Rodríguez J, Arroyo M, Lanzarote M. Reactividad al estrés en funcionarios de la administración pública: estudio sobre la estabilidad de respuesta. *Psiquis* 2003; 24(2): 70-79.

van Schie M, de Maat M, de Groot P, Hyseni A, Dippel D, Lenting P, Leebeek F, Hollestelle M. Active von Willebrand factor and the risk of stroke. *Atherosclerosis* 2010; 208(2):322-3.

Vanistendael, S. La Resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. 1994. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Vaishnavi S, Connor K, Davidson J. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res* 2007; 152(2-3): 293–297.

Vasantkumar L y Winokur G. A Study of Association and Linkage of ABO Blood Types and Primary Affective Disorder. *El British Journal of Psychiatry* (1968) 114: 1175-1181. doi: 10.1192/bjp.114.514.1175

Vives-Corróns J y Jou J. Método recomendado por ICSH para la determinación de la velocidad de sedimentación globular (VSG). *Sangre* 1982; 27: 573-578.

von Känel R, Kudielka B, Haeberli A, Stutz M, Fischer J, Patterson S: Prothrombotic changes with acute psychological stress: combined effect of hemoconcentration and genuine coagulation activation. *Thromb Res* 2009; 123(4):622-30.

von Känel R, Mills P, Fainman C, Dimsdale J. Effects of psychological stress and psychiatric disorders on blood coagulation and fibrinolysis: a biobehavioral pathway to coronary artery disease? . *Psychosom Med* 2001;63(4):531-44.

von Beckerath N, Koch W, Mehilli J, Gorchakova O, Braun S, Schömig A, Kastrati A. ABO locus O1 allele and risk of myocardial infarction. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2004; 15(1):61-7.

Vucković B, Djerić M, Ilić T, Canak V, Kojić-Damjanov Slj, Zarkov M, Cabarkapa V. Fibrinolytic parameters, lipid status and lipoprotein(a) in ischemic stroke patients. *Srp Arh Celok Lek* 2010; 138 Suppl 1:12-7.

Wahlberg TB, Blomback M, Magnusson D. Influence of sex, blood group, secretor character, smoking habits, acetylsalicylic acid, oral contraceptives, fasting and general health state on blood coagulation variables in randomly selected young adults. *Haemostasis* 1984;14(4):312-9

Wiggins K, Smith N, Glazer N, Rosendaal F, Heckbert S, Psaty B, Rice K, Lumley T. ABO genotype and risk of thrombotic events and hemorrhagic stroke. *J Thromb Haemost* 2009; 7(2):263-9.

Wirtz P, Redwine L, Baertschi C, Spillmann M, Ehlert U, von Känel R. Coagulation activity before and after acute psychosocial stress increases with age. *Psychosom Med.* 2008; 70(4):476-81.

Weir J, Zuleta Z, Zavala M, Meléndez L, Nucette Ey Brito A. Antígenos de eritrocitos y su relación con el trastorno bipolar. *Estudio preliminar. Invest Clín* 2002;43 (1) .

Wiggins K, Smith N, Glazer N, Rosendaal F, Heckbert S, Psaty B, Rice K, Lumley T. ABO genotype and risk of thrombotic events and hemorrhagic stroke. *J Thromb Haemost* 2009; 7(2):263-9.

Wolin, S.j. & Wolin S. *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard. 1993. En: Badilla H. Para comprender el concepto de Resiliencia. www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf

Wong M, Dong C, Esposito K, Thakur S, Liu W, Elashoff R, Licinio J
Elevated stress-hemoconcentration in major depression is normalized by antidepressant treatment: secondary analysis from a randomized, double-blind clinical trial and relevance to cardiovascular disease risk. *PLoS One*. 2008; 3(7):e2350..

Anexos

Por REUTERS, REUTERS, actualizado: 10/12/2009

Expertos advierten de "crisis" de infartos cerebrales en Europa

LONDRES (Reuters) - Expertos en salud advirtieron sobre una crisis de infartos cerebrales en Europa, lo que ya le está costando a la economía regional unos 38.000 millones de euros (56.000 millones de dólares) por año.

LONDRES (Reuters) - Expertos en salud advirtieron sobre una crisis de infartos cerebrales en Europa, lo que ya le está costando a la economía regional unos 38.000 millones de euros (56.000 millones de dólares) por año.

Esa situación empeorará aún más con el envejecimiento poblacional, según un informe para el Parlamento Europeo realizado por un panel de médicos y el grupo de la campaña Action for Stroke Prevention, divulgado el miércoles.

La fibrilación atrial (FA), que es la alteración más común del ritmo cardíaco, afecta a más de seis millones de personas en Europa y quintuplica el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV), destacó el informe.

El impacto económico y en la salud del ACV aumentará porque para el 2050 crecerá 2,5 veces la cantidad de personas con FA por el envejecimiento poblacional, agregó.

La carga económica que producen los pacientes con ACV es de entre el 2 y el 3 por ciento del gasto total de salud en la Unión Europea y la FA causa el 15-20 por ciento de todos los ACV isquémicos (por coágulos sanguíneos), explicó.

"Esa carga aumentará en los próximos años por el aumento de la supervivencia de pacientes con problemas como el infarto y el envejecimiento poblacional en Europa", señaló el informe.

Gregory Lip, profesor de medicina cardiovascular de University of Birmingham, dijo que la mayoría de esos ACV se pueden prevenir.

Pero, el subdiagnóstico y la mala atención de los pacientes con FA, así como también la subutilización de los medicamentos y los efectos adversos de fármacos, hacen que el ACV cree "una carga innecesaria y pesada" para los pacientes, los cuidadores y el sistema de salud.

La FA hace que las dos cámaras superiores del corazón tiemblen en lugar de contraerse adecuadamente, lo que reduce el flujo sanguíneo y puede formar coágulos causantes de un ACV. Los pacientes toman anticoagulantes, que "adelgazan" la sangre, para prevenir los coágulos.

El ACV es el problema cardiovascular más común después de la enfermedad cardíaca y causa la muerte de 5,7 millones de personas en el mundo por año. La tendencia indica que la cantidad de ACV en Europa pasará de 1,1 millones por año en el 2000 a 1,5 millones por año en el 2025.

Action for Stroke Prevention, una alianza de cardiólogos, neurólogos, médicos de familia y grupos de pacientes, instó a los legisladores de la UE a mejorar el diagnóstico del ACV y de la FA antes de que la frecuencia de los ACV se transforme en "una gran crisis de salud pública".

ESCALA DEPRESION ANSIEDAD Y ESTRÉS - DASS 21

Nombre:

Fecha:

Por favor, lea cada frase y circule el número 0, 1, 2 o 3, que indica hasta qué punto se aplica a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas.

No pasar demasiado tiempo en ninguna declaración.

La escala de calificación es el siguiente:

- 0 No me aplicó en absoluto
 1 Me aplicó hasta cierto punto, o una parte del tiempo
 2 Me aplicó en gran medida, o una buena parte del tiempo
 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1	Encontré difícil terminar las cosas	0 1 2 3
2	Estuve consciente de la resequedad de mi boca	0 1 2 3
3	Al parecer no experimenté ningún pensamiento positivo	0 1 2 3
4	Experimenté dificultades al respirar (por ejemplo, respiración excesivamente rápida, quedarme sin aliento en ausencia de esfuerzo físico)	0 1 2 3
5	Encontré difícil tener la iniciativa para hacer las cosas	0 1 2 3
6	Tendí a reaccionar exageradamente ante las situaciones	0 1 2 3
7	Experimenté temblores (por ejemplo, en las manos)	0 1 2 3
8	sentí que estaba usando mucha energía nerviosa	0 1 2 3
9	Estuve preocupado acerca de las situaciones ante las cuales me asusto y hago el ridículo	0 1 2 3
10	Sentí que no tenía nada que esperar	0 1 2 3
11	me encontré a mi mismo poniéndome nervioso	0 1 2 3
12	Encontré difícil relajarme	0 1 2 3
13	Me sentí desanimado y triste	0 1 2 3
14	Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de la que estaba haciendo	0 1 2 3
15	Sentí que estaba a punto de entrar en pánico	0 1 2 3
16	Me sentí incapaz de sentirme entusiasmado acerca de nada	0 1 2 3
17	Sentí que no valía nada la vida	0 1 2 3
18	Sentí que estaba más bien susceptible	0 1 2 3
19	Estuve consciente de la acción de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (Por ejemplo, el sentir incremento de la frecuencia cardíaca, el corazón perdiendo un latido)	0 1 2 3
20	Sentí miedo, sin ninguna buena razón	0 1 2 3
21	Sentí que la vida no tenía sentido	0 1 2 3

Firma _____

Índice de Reactividad al Estrés IRE-32Nombre N° :
.....Sexo: Edad: Fecha:
.....Procedencia: Entrevistador:
.....

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue.

Por favor, marque las respuestas que le parecen más próximas a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa. Puede modificar o añadir algo si lo desea.

Gracias por participar en este estudio.

Reacciones habituales en situaciones de estrés o tensión nerviosa:

1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo ____
2. Pérdida de apetito ____
3. Desentenderse del problema y pensar en otra cosa ____
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo ____
5. Palpitaciones, taquicardia ____
6. Sentimientos de depresión y tristeza ____
7. Mayor necesidad de comer, aumento de apetito ____
8. Temblores, tics o calambres musculares ____
9. Aumento de actividad ____
10. Náuseas, mareos, inestabilidad ____
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma ____
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc ____
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc ____
14. Dolores de cabeza ____
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación ____
16. Disminución de actividad ____
17. Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales ____
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo ____
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir ____
20. Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo ____
21. Agotamiento o excesiva fatiga ____
22. Urinación frecuente ____
23. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc ____
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad ____
25. Diarrea ____
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.) ____
27. Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste ____
28. Aumento de apetito sexual ____

29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc ____
 30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden ____
 31. Mayor dificultad en dormir ____
 32. Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado ____

CED-44 Cuestionario de Estrés Diario

M.A. Santed, B. Sandín y P. Chorot, 1991

Nombre..... Edad..... Sexo.....

Instrucciones: En esta escala se señalan varias situaciones o sucesos de la vida diaria de las personas, aunque la frecuencia con que aparecen varía de unos a otros. También observará que ciertos sucesos o situaciones tienen un efecto ligero sobre usted, mientras que otros tienen un fuerte efecto. Asumimos que una situación o acontecimiento es valorado de forma negativa cuando la persona se siente irritada, fastidiada o molesta ante ello. Por favor, lea cada uno de los ítems del cuestionario y señale el número del 1 a 5 que indique en qué medida fue negativo ese acontecimiento o situación para usted en los últimos 30 días. El criterio es:

1	2	3	4	5
<i>Nada negativo</i>	<i>Un poco negativo</i>	<i>Medianamente negativo</i>	<i>Bastante negativo</i>	<i>Muy negativo</i>

-
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Relaciones con su pareja..... | 1 2 3 4 5 |
| 2. Relaciones con sus padres..... | 1 2 3 4 5 |
| 3. Relaciones con otros parientes..... | 1 2 3 4 5 |
| 4. Tiempo empleado con la familia..... | 1 2 3 4 5 |
| 5. Sexo..... | 1 2 3 4 5 |
| 6. Asuntos que incumben a algún familiar o amigo (p.ej., salud, trabajo, estudios, etc.)..... | 1 2 3 4 5 |
| . | |
| 7. Relaciones con sus superiores..... | 1 2 3 4 5 |
| 8. Relaciones con sus compañeros..... | 1 2 3 4 5 |
| 9. Tipo de trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 10. Tipo de estudios..... | 1 2 3 4 5 |
| 11. Cantidad de trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 12. Cantidad de estudio..... | 1 2 3 4 5 |
| 13. Su seguridad en el trabajo..... | 1 2 3 4 5 |
| 14. Comenzar tareas..... | 1 2 3 4 5 |
| 15. Terminar tareas..... | 1 2 3 4 5 |
| 16. Dinero para necesidades (p.ej., alimentación, ropa, etc.)..... | 1 2 3 4 5 |
| 17. Dinero para extras (p.ej., diversión, regalos, etc.)..... | 1 2 3 4 5 |
| 18. Ahorro..... | 1 2 3 4 5 |
| 19. Ejercicio físico..... | 1 2 3 4 5 |

20. Apariencia física.....	1	2	3	4	5
21. Quehaceres domésticos (p.ej., comprar, cocinar, limpiar, etc.).	1	2	3	4	5
22. Funcionamiento y mantenimiento de la casa (p.ej., gas, electricidad, agua, calefacción, ascensor, etc.).....	1	2	3	4	5
23. Plantas y animales domésticos.....	1	2	3	4	5
24. Cantidad y distribución del espacio de la casa.....	1	2	3	4	5
25. Funcionamiento y mantenimiento del coche.....	1	2	3	4	5
26. Papeleo no laboral.....	1	2	3	4	5
27. Comer en casa.....	1	2	3	4	5
28. Comer fuera.....	1	2	3	4	5
29. Relaciones con amigos o conocidos.....	1	2	3	4	5
30. Relaciones con sus vecinos.....	1	2	3	4	5
31. Actos u obligaciones sociales.....	1	2	3	4	5
32. Comportamientos de personas no conocidas en encuentros ocasionales (p.ej., en el autobús, en la calle, en el ascensor, etc.).....	1	2	3	4	5
33. Relaciones con instituciones o personal de atención al público	1	2	3	4	5
34. Estar solo ocasionalmente.....	1	2	3	4	5
35. Intimidad.....	1	2	3	4	5
36. Acontecimientos políticos y sociales.....	1	2	3	4	5
37. Noticias.....	1	2	3	4	5
38. Organización personal	1	2	3	4	5
39. Cantidad de tiempo libre	1	2	3	4	5
40. Ocio en el hogar	1	2	3	4	5
41. Ocio fuera de casa (p.ej., deporte, pasear, etc.)	1	2	3	4	5
42. El tiempo climatológico.....	1	2	3	4	5
43. Su medio ambiente (p.ej., polución, ruido, etc.)	1	2	3	4	5
44. Transporte	1	2	3	4	5

Corrección de la prueba

Se pueden obtener las siguientes puntuaciones:

- 1) Número total de contrariedades.
- 2) Intensidad de las contrariedades (sumando los valores marcados en cada ítem).
- 3) Intensidad de las contrariedades según las siguientes subescalas:

<i>Ocio e Intimidad:</i>	40, 19, 41, 39, 35, 29, 34, 20.
<i>Trabajo:</i>	7, 9, 8, 13, 11, 28, 25.
<i>Aspectos Sociales e Intelectuales:</i>	31, 36, 26, 33, 10, 37, 12.
<i>Pareja y Hogar:</i>	5, 1, 22, 21, 24.
<i>Tareas:</i>	15, 14.
<i>Aspectos Económicos y Familiares:</i>	16, 17, 18, 2, 4, 27, 6, 3, 38.
<i>Aspectos Medioambientales:</i>	44, 42, 30, 43, 32, 23.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS PARA LA TESIS DOCTORAL:

RESILIENCIA, ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL GRUPO SANGUÍNEO ABO Y LA ERITROSEDIMENTACIÓN GLOBULAR.

Propósito de la investigación en la que se empleará la muestra de sangre:

En la presente investigación se tratará de determinar la relación de factores de riesgo no tradicionales como serían los fenómenos psicológicos del individuo tales como estrés, ansiedad y depresión y resiliencia y su asociación con los grupos sanguíneos A y O. Se estudiará la Resiliencia en hombres y mujeres durante el estrés psicológico agudo comparado con una muestra basal sin estrés, en estudiantes universitarios.

Riesgos:

Para obtener el material a analizar es necesario obtener una muestra de sangre (12 mL) que será Extraída por personal debidamente autorizado (Bioanalista o profesores) de la Cátedra Hematología. Una primera muestra basal sin exámenes y luego de 49 días otra muestra pero durante la multiplicidad de exámenes.

La muestra será procesada y no se utilizará con propósitos diferentes a los señalados.

Cuestionarios: serán aplicados simultáneamente en ambas tomas de muestras.

Confidencialidad:

Los datos personales de los pacientes o donantes sanos serán almacenados separadamente de la Muestra procesada y los datos clínicos, hematológicos y bioquímicos. De esta manera se asegura que los resultados que deriven de este estudio solo se compararán con datos clínicos y bioquímicos de sus basales. En ningún caso se vincularán con la identidad y se mantendrán en absoluto anonimato.

CONSENTIMIENTO

Yo.....C.I.:.....declaro conocer

Las normas de esta investigación así como los procedimientos del estudio y doy mi Consentimiento para que mi muestra de sangre sea utilizada con los propósitos señalados.

Firma del (la) Paciente

Firma del testigo

Firma del Investigador

Nombre:_____

Lic. Juan Carlos Yépez

C.I.:_____

C.I.: 10955691

Protocolo técnico para cuantificar la VSG por Westergren

En este método se utiliza el tubo de Westergren que es una pipeta de 300mm de longitud, de diámetro interno uniforme 3,3mm, graduada de 0 a 200mm correspondiendo el 200 al extremo inferior del tubo, que contiene 1 mL de sangre.

Los tubos se colocan nivelados en un sedimentador especial de Westergren y se hacen dos lecturas: a la primera y segunda hora.

Técnica

- 1.- Se utiliza como anticoagulante citrato de sodio al 3,8%, en la proporción 0,2 de anticoagulante para 0,8 de sangre.
- 2.- Mezcle muy bien la muestra de sangre, enrase el tubo de Westergren
- 3.- Seque bien la sangre adherida al exterior de la pipeta
- 4.- coloque la pipeta en posición perfecta vertical
- 5.- Haga las lecturas a la hora y las dos horas
- 6.- El resultado se expresa en mm descendidos por hora respectiva

$$\text{Índice de Katz} = \frac{\text{Lectura 1} + \text{Lectura 2}}{2}$$

Tipificación ABO

El Método de aglutinación en tubos, es el método universal de elección para la determinación del grupo sanguíneo, por ser más sensible y exacto. Es una prueba doble que determina el grupo celular directo (aglutinógeno) y el inverso (aglutininas).

Procedimiento:

- 1.- Separe dos gotas del paquete rojo y hágale un lavado previo, luego prepare una suspensión al 5%, con estos eritrocitos y solución salina al 0,85% de NaCl
2. Rotule los tubos de 12 x 75mm con las letra A, B, AB, C (Control), Rh, Anti A y Anti B.
3. Agregue a cada tubo una gota de la suspensión
4. Agregue en el orden respectivo una gota de los reactivos (antisueros): Anti-A, Anti B, Anti-AB, Albumina, anti Rh, glóbulos rojos testigos A y B.
5. Mezcle bien centrifugue a 3400rpm por 15 segundos.
6. Proceda a leer en la lámpara de lectura.-
7. Interprete los resultados
8. No debe existir discrepancia entre el grupo directo y el inverso.-

Lisis de euglobulinas (test de von Kaulla)

Protocolo

1. En un tubo cónico de vidrio agregar: 9 ml de agua destilada, 0,5 ml de plasma citratado 3,8% y 0,1 ml de ácido acético 1%. Dejar 30 minutos a 4 °C.
2. Centrifugar a 3000 rpm durante 5 minutos. Descartar el sobrenadante y dejar el tubo invertido sobre papel de filtro durante 2 minutos.
3. Agregar 0,5 ml de buffer borato (NaCl 0,15 M, borato de sodio 2,6 μM, pH 9), y disolver el precipitado a 37°C ayudándose con una varilla de vidrio.
4. Agregar 0,5 ml de cloruro de calcio 0,025 M (o 5 Unidades de trombina) y poner en marcha un cronómetro.
5. Investigar la lisis del coágulo formado a intervalos de 10 minutos. En el momento de su lisis completa detener el cronómetro, tomar la lectura correspondiente y asignar como tiempo de lisis de euglobulinas.

FIBR-PREST[®] 2
Quantitative Determination of Fibrinogen

— 12 x 2.5 cm Vials of Fibrinogen (REF 00281)
 — 2 x 50-ml Vials of Reagent 2 (Reagent)

See also
 Reagent 202

Fig. 7

1/ INTENDED USE

Quantitative determination of fibrinogen levels in plasma by the colorimetric method (1).

2/ SUMMARY AND EXPLANATION

Fibrinogen is a glycoprotein of a molecular weight of approximately 340,000 daltons present in plasma at a concentration in the range of 2 to 4 g (200-400 mg/dl) (1). It is synthesized in the liver (1, 2, 5) (poly (4) gene which codes for the β chain synthesis (5)). Due to the existence of a genetic polymorphism for the gene, the plasma level of fibrinogen varies according to the individual (5). The half-life of fibrinogen is about 5-6 days (4). Fibrinogen is composed of six chains: 2 α_1 , 2 β and 2 γ (5). Thrombin (fibrin) breaks the fibrinogen molecule to yield 2 fibrinopeptides A (fibrin) and 2 fibrinopeptides B (fibrin). The fibrin monomer that are produced from these reactions then aggregate to form fibrin (6), which is subsequently stabilized by factor XIII. The first step of this stabilization being a the origin of D-dimer, the degradation product that is specific of fibrin (6). Fibrinogen can be degraded by plasmin (5).

An increase of fibrinogen may be found in cases of diabetes, inflammatory diseases, infectious diseases, liver diseases, acute and chronic renal insufficiency, DIC, thrombolytic (5). The decrease of fibrinogen level is observed in Fibrinemia, thrombosis seems to be involved in the pathogenicity of thrombotic cardiovascular events (7, 8).

3/ TEST PRINCIPLE

In the presence of an amount of fibrinolytic, the clotting time of a diluted plasma has a direct bearing on the level of plasma fibrinogen (6, 8).

4/ KIT REAGENTS

• **Reagent 1:** lyophilized diluted calcium thrombin containing a specific inhibitor to allow the assay of fibrinogen in hypofibrinogen plasma.

• **Reagent 2:** multi-factor Chromo-Kofler buffer, pH approx. 7.55.

The reagent contains materials of human source (e.g., bovine thrombin plasma) prepared for the manufacture of Fibrinogen (1, 2, 5) and for the manufacture of the substrate for Fibrinogen (1, 2, 5) and for the manufacture of the substrate for Fibrinogen (1, 2, 5). The reagent contains materials of human source (e.g., bovine thrombin plasma) prepared for the manufacture of Fibrinogen (1, 2, 5) and for the manufacture of the substrate for Fibrinogen (1, 2, 5). The reagent contains materials of human source (e.g., bovine thrombin plasma) prepared for the manufacture of Fibrinogen (1, 2, 5) and for the manufacture of the substrate for Fibrinogen (1, 2, 5).

5/ CAUTION

Store at 2-8 °C. For in vitro diagnostic use only. These reagents are to be used by the manufacturer from the same kit or from the same lot. The discard of water reagents must be carried out according to current local regulations. Exercise great care in the handling of these reagents and of patient samples.

6/ SPECIMEN COLLECTION AND TREATMENT

- Serum collection must be in conformity with the recommendations for Hemostasis tests.
- Blood (8 vol.) is collected in a Citrate 3.2 % (8.2 % sodium citrate 100 mg/ml) (9) (in the USA follow CLSI guidelines HC45 and HC46).
- Centrifugation 15 minutes at 2000-2500 g.
- Plasma storage 8 hours at 20 ± 5 °C.

7/ REAGENT PREPARATION AND STORAGE

The reagents in plastic vials include until the expiration date indicated on the box label, when stored at 2-8 °C.

• **Reagent 1:** Reconstitute each vial with 2 ml of distilled water. Allow the reconstituted reagent to stand at room temperature (18-25 °C) for 30 minutes. Then, once reconstituted, it remains stable for 4 hours at 37 °C.

• **Reagent 2:** This reagent can be added to glass, therefore, keep the reconstituted reagent in its original vial or in a plastic tube. 24 hours at 2-8 °C.

• **Reagent 3:** Once reconstituted, it remains stable at 2-8 °C in its original capped vial, when the level of contamination, until the expiration date indicated on the vial. In case of storage at 2-8 °C, allow the reagent to stand at room temperature (18-25 °C) for 30 minutes before use.

8/ REAGENTS AND EQUIPMENT REQUIRED BUT NOT PROVIDED

- Coag Control III + B (REF 00281) or System Control III + B (REF 00017) control plasma, normal and abnormal levels.
- Common clinical laboratory equipment and materials (centrifuge, distilled water, ...).

9/ PROCEDURE

• Perform the assay on a plasma diluted in citrate, see below with Reagent 2. At the dilution of 1:10 (1 vol. plasma + 9 vol. buffer) the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds)).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

• The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds). The observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds (the observed clotting time is usually between 8 and 25 seconds).

11/ EXPECTED VALUES

When fibrinogen is measured in the adult population, it usually varies between 2 and 4 g (200-400 mg/dl) (5). However, the normal range varies according to the patient's clinical and biological status. The result is to be interpreted according to the patient's clinical and biological status.

During pregnancy there is an increase in fibrinogen level (9).

12/ PERFORMANCE CHARACTERISTICS

Different samples were used for the intrasay and inter-assay reproducibility studies. Results obtained are shown below:

Sample	Sample 1	Sample 2	Sample 3	Sample 4
n	21	21	10	10
X (mg/dl)	282	100	283	98
SD (mg/dl)	5	2	6	3
CV (%)	1.8	1.9	2.2	3.1

REFERENCES


1. CAUSSA A.: "Fibrinogen: Hemostatic and Pathological Significance", in: "Fibrinogen and Thrombolysis", Ed. H. H. Borch-Johnsen, 1977.
2. DREYFUS F., DUCHEAUX A., FERRENDI B., PORTIER A.: "Dosage de fibrinogen par la microchimie de coagulation de von Willebrand", *Revue de Médecine Interne*, 1980, 5, 187-190.
3. OLSEN J., LARSEN K., SKJELVÅG H.: "Fibrinogen: A review of its clinical significance", *Scandinavian Journal of Clinical Laboratory Investigation*, 1975, 35, 1-10.
4. HANTGAN R., FRANCOIS C.W., SCHERAGA H.A., MARGER V.L.: "Fibrinogen structure and physiology", in: "Thrombosis and Thrombolysis", Ed. S. M. Marder, J.B. Prins, 1987, 2, 287-306.
5. SKJELVÅG H., COVINO J., HOEFLI D.H., LECOMTE T.: "Fibrinogen and its degradation products", *Thrombosis and Haemostasis*, Paris, 1981, 35, 153-155.
6. COLLETTE P., SORHA L., MERSMANN H., HIRSCH H., DAGONNE F., CHATELAIN J., SORHA L.: "Fibrinogen: A review of its clinical significance", *Scandinavian Journal of Clinical Laboratory Investigation*, 1975, 35, 1-10.
7. FERNBERG E., RESCH K.L.: "Fibrinogen as a cardiovascular risk factor: a meta-analysis and review of the literature", *Ann. Intern. Med.*, 198, 12, 86-93, 1988.
8. FERNBERG E., RESCH K.L., JONAS M., MOSENFELDER J.: "Fibrinogen as a cardiovascular risk factor: a meta-analysis and review of the literature", *Ann. Intern. Med.*, 198, 12, 86-93, 1988.
9. COVINO J.: "Fibrinogen and its degradation products", *Thrombosis and Haemostasis*, Paris, 1981, 35, 153-155.

Significant changes are indicated by shaded boxes in this legend.

LABORATORY COAGULOX S.A.
 10000, rue de la Vallée, 10000, rue de la Vallée
 10000, rue de la Vallée, 10000, rue de la Vallée
 10000, rue de la Vallée, 10000, rue de la Vallée

SIBISO
 10000, rue de la Vallée, 10000, rue de la Vallée
 10000, rue de la Vallée, 10000, rue de la Vallée
 10000, rue de la Vallée, 10000, rue de la Vallée

FIBRI-PREST® ② (REF 00608)
LOT 104919

 2011-06

Temps de coagulation Coagulation Time (sec.)	Taux de fibrinogène (g/l) Fibrinogen Level (g/l)	
	Crochet Hook	Bain-marie électromagnétique Electromagnetic Water-Bath
5.0	11.31	11.15
5.5	9.52	9.72
6.0	8.19	8.59
6.5	7.17	7.68
7.0	6.37	6.94
7.5	5.72	6.32
8.0	5.19	5.80
8.5	4.75	5.36
9.0	4.38	4.98
9.5	4.07	4.65
10.0	3.79	4.36
10.5	3.56	4.10
11.0	3.35	3.87
11.5	3.16	3.67
12.0	3.00	3.49
12.5	2.85	3.32
13.0	2.72	3.17
13.5	2.60	3.04
14.0	2.49	2.91
14.5	2.39	2.80
15.0	2.30	2.69
15.5	2.21	2.60
16.0	2.14	2.51
16.5	2.06	2.42
17.0	2.00	2.34
17.5	1.94	2.27
18.0	1.88	2.20
18.5	1.82	2.14
19.0	1.77	2.08
19.5	1.72	2.03
20.0	1.68	1.97
21.0	1.59	1.88
22.0	1.52	1.79
23.0	1.45	1.71
24.0	1.39	1.64
25.0	1.33	1.58
26.0	1.28	1.52
27.0	1.24	1.47
28.0	1.19	1.42
29.0	1.15	1.37
30.0	1.11	1.33
31.0	1.08	1.29
32.0	1.05	1.25
33.0	1.01	1.22
34.0	0.98	1.19
35.0	0.96	1.16

PRINCIPIO COULTER

Método electrónico para contar y medir partículas de cualquier tipo, en hematología es utilizado para contar y medir eritrocitos, plaquetas, leucocitos, así como la unión de la conductividad y dispersión.

El método cuenta y mide los cambios en la resistencia eléctrica a medida que las células, suspendidas en un líquido conductivo, pasan a través de una abertura y al hacerlo actúan como aisladores eléctricos.

PERIODOS DE CUENTAS

Cuando las células pasan a través del baño, son detectadas y contadas por tres veces separadas (4 segundos), se acumulan los datos suficientes para garantizar las curvas de distribución ,por tamaño y refleja las poblaciones verdadera de las células.

UMBRAL

Limite tamaño electrónico establecido por la células y excluye a partículas no deseadas.

Umbral superior inferior:

Las partículas encontradas aquí solo serán contadas

CORRECCION POR COINCIDENCIA

Si las celulas se encuentran dentro de los limites de detección de apertura, es contado el pulso , que da como resultado una cuenta inferior a la real.

RECHAZO RECUEENTOS.:

3 periodos se verifican dentro de la escala estadística, estos son promediados y reportados. Si no hay concordancia en recuento son rechazados

Fuente: www.scribd.com/doc/8579424/Principio-Coulter

STA[®] - DEFICIENT VIII


REF 00725



A1105377007251011A




A211233377A

LOT	105377
Code Réactif Reagent Code	12333
	2011-10

UNICALIBRATOR

Lot No.	104800	
TP/PT		
Néoplastine® CI	95	%
Néoplastine® CI Plus	90	%
Taux de fibrinogène	3.25	g/l
Fibrinogen Level	325	mg/dl
(Méthode de Clauss/Clauss' Method)		
Facteur II Factor II	100	%
Facteur V Factor V	95	%
Facteur VII Factor VII	105	%
Facteur X Factor X	105	%
Facteur VIII Factor VIII	95	%
Facteur IX Factor IX	120	%
Facteur XI Factor XI	90	%
Facteur XII Factor XII	95	%
AT III		
(Liates® AT III)	110	%
	325	µg/ml
Protein(e) C		
(STA® - Staclof® Protein C)	130	%
Protein(e) S		
(STA® - Staclof® Protein S)	95	%



Pacific Hemostasis

ESPAÑOL

840148
Rev. 04/2005

Thromboplastin-D

I. Uso previsto
 El Thromboplastin-D de Pacific Hemostasis se utiliza para pruebas de tiempo de protrombina de una sola etapa y para la valoración de factores basados en TP.

II. Resumen y fundamento
 El tiempo de protrombina se utiliza como prueba cualitativa y como prueba cuantitativa para determinar los factores de coagulación en la etiología del síndrome de los factores I (fibrinógeno), II (Protrombina), V, VII y X. El tiempo de protrombina también se utiliza para controlar los tratamientos con anticoagulante por vía oral*. Los anticoagulantes administrados por vía oral reducen la actividad de los factores de coagulación vitamina K dependientes (II, VII, IX, X, Protrombina y Protena S), dando como resultado la prolongación del tiempo de protrombina.
 El proceso de medición del tiempo de protrombina en una etapa única mide el tiempo de coagulación del plasma después de la adición del factor tisular (Thromboplastin-D) y del calcio. La reconstitución del plasma en presencia del factor tisular genera el factor Xa activado. A su vez, el factor Xa activa el paso de la protrombina a trombina que convierte al fibrinógeno en un coágulo de fibrina medible.

III. Reactivo
 Para uso diagnóstico in vitro.
Composición: 10,9 % de tejido de cerebro de conejo, azida sódica al 0,08 %, soluciones tampón al 2 %, sales y estabilizadores.
 Conservar los frascos sin abrir a 2-8 °C. Reconstituir con agua desionizada/desionizada sin conservantes, conforme a las instrucciones indicadas en la etiqueta del frasco de Thromboplastin-D, girar lentamente y dejarlo reposar el vial durante 15 minutos a temperatura ambiente. No mover el frasco ni agitarlo vigorosamente. Puede utilizarse líquido de reconstitución, que está disponible, si se duda de la calidad del agua. Tras la reconstitución, el reactivo puede conservarse bien tapado durante 7 días a una temperatura entre 2 y 8 °C, y durante 6 horas a 37 °C. Almacénalo a 2-8 °C cuando no se use. No congelar*.
 Mezclar con cuidado antes de usar el reactivo. Utilizar un dispositivo, como un agitador magnético, para mantener una suspensión adecuada durante el uso. La ausencia de vacío en los frascos, resultados erróneos, valores de control de calidad fuera de los intervalos estadísticos, o variaciones del color del producto son indicadores del deterioro del mismo. Sin embargo, un funcionamiento deficiente también puede deberse a otros factores de la prueba.
Advertencia: La Thromboplastin-D contiene azida sódica. En un medio ácido, la azida sódica produce ácido hidrazoico, un compuesto muy tóxico. Los compuestos de azida deben diluirse con agua corriente antes de desecharlos. Después de desecharlos debe verse gran cantidad de agua. Se recomienda seguir estas precauciones a fin de evitar la acumulación de residuos en las tuberías de metal, que pueden generar condiciones explosivas.

IV. Recipiente de muestra
 Para las pruebas de coagulación se recomienda utilizar como anticoagulante, citrato de trisódico al 3,2 % (0,105 M) para las pruebas de coagulación. Evitar la hemólisis y la contaminación por los fluidos tisulares. Rechazar las muestras con volumen de llenado inferior al 90% del volumen esperado. Centrifugar la sangre durante 15 minutos a 1500 x g. Realizar la prueba antes de las 2 horas si las muestras han sido conservadas a 22-24 °C. Si las pruebas no se realizan antes de las 24 horas, congelar el plasma a -20 °C durante un máximo de 2 semanas, o a -70 °C durante un máximo de 6 meses. Para más detalles sobre la recolección y conservación de muestras consulte el documento H21-A4 del NCCLS*.
 • No reusar la mezcla de la sangre con el anticoagulante.
 • Evitar la formación de espuma en la muestra.
 • Utilizar únicamente recipientes de plástico o de vidrio silicificado.
 • Las muestras turbias, clínicas, lipémicas o hemolizadas pueden generar resultados erróneos.
 • La coagulación y posterior descoagulación de plasma con células residuales puede romper las membranas de las células, afectando adversamente a los resultados.
 • Las reacciones inflamatorias agudas pueden acortar los resultados del tiempo de protrombina debido a la elevada tasa de fibrinógeno.
 • Las muestras de plasma con hematocrito fuera del intervalo de 20-55 % pueden no resultar correctamente anticoaguladas y el anticoagulante debe ser ajustado adecuadamente.

V. Procedimiento de la prueba
Materiales suministrados: Thromboplastin-D Reagent, 10 x 4 mL, 10 x 10 mL, 10 x 20 mL o 10 x 2 mL.
Materiales necesarios pero no suministrados:
 Agua desionizada o desionizada, o Pacific Hemostasis Reconstitution Fluid Cromómetro
 Pípetas de precisión 0,1 y 0,2 mL
 Controles normales y anormales tales como Pacific Hemostasis Coagulation Control Plasmas, Level 1, 2 y 3
 Thromboplastin-D puede utilizarse con métodos de detección de coágulos, manuales, mecánicos, fotográficos, telemétricos y otros. Siga las instrucciones del fabricante sobre el uso correcto del instrumento. Para pruebas manuales:
 A. Cambiar Thromboplastin-D a 37 °C.
 B. Poner 0,1 mL de plasma de prueba en la cubeta y precalentar a 37 °C.
 C. Añadir con fuerza 0,2 mL de Thromboplastin-D al plasma de prueba y cronometrar hasta la formación del coágulo.

VI. Control de calidad
 Plasmas normales y anormales tales como los plasmas de Pacific Hemostasis Coagulation Control, Level 1, 2 y 3, deben ser analizados junto con el plasma de los pacientes. El Level 1 es plasma normal liofilizado. Los Levels 2 y 3 han sido ajustados para simular plasmas moderadamente y seriamente deficientes, respectivamente. Deben realizarse controles de plasma normal y anormal cada día al inicio de la prueba y al menos una vez en cada turno, o con cada grupo de ensayos. Asimismo, los controles deben ser analizados con cada cambio de reactivo o cada vez que se haga un ajuste importante del instrumento. Cada laboratorio debe establecer un intervalo de control que represente la variación diaria permisible para cada control.

VII. Resultados
 Informar, para cada plasma, de los tiempos de coagulación de cada plasma a la décima de segundo más próxima. También puede indicarse el intervalo de referencia normal para comparación. No informar de los valores de los controles relacionados con los tiempos de coagulación del plasma de control comercial. Dichos controles solo se utilizan como garantía de calidad del sistema de prueba.
Determinación del cociente internacional normalizado (INR)
 Una consecuencia no deseada del tratamiento con anticoagulantes orales, puede ser la tendencia a hemorragias. Para maximizar los efectos terapéuticos deseados y minimizar la hemorragia, la OMS ha recomendado un procedimiento para normalizar las pruebas y el tratamiento. Este procedimiento se basa en el cociente internacional normalizado (INR)*.
 El INR se calcula relacionando el tiempo de protrombina del paciente con la media de un intervalo de referencia normal (INR_{med}), con la siguiente fórmula matemática:

$$INR = \left(\frac{TP \text{ del paciente}}{INR_{med}} \right)^{ISI}$$
 Por ejemplo, con un valor de ISI de 1,95 y una media normal de 11,9 segundos, el INR de un tiempo de protrombina de 20,0 se calcula de la siguiente forma:

$$INR = \left(\frac{20,0}{11,9} \right)^{1,95} = (1,68)^{1,95} = 2,7$$
 El índice internacional de sensibilidad (ISI) es una medida de la respuesta de trombotromboplastina/sensibilidad del instrumento a los factores de coagulación. Los valores de ISI se asignan mediante comparación a un material de referencia primario. Los reactivos de alta sensibilidad tienen bajos valores ISI. Según las recomendaciones de la OMS, los valores de INR superiores a 5,5 exponen al paciente a riesgos innecesarios debido a complicaciones hemorrágicas. Generalmente se aconseja que los pacientes con un tratamiento con anticoagulante oral establecido sean mantenidos a un INR de 2,0 - 3,5, según las indicaciones clínicas. El valor de ISI específico a cada lote de Thromboplastin-D está indicado en la etiqueta de la caja. (Póngase en contacto con Fisher Diagnostics al número de teléfono ISI adicionales de los instrumentos.)

VIII. Limitaciones
 El promedio biológico de la coagulación implica una serie de reacciones que están influenciadas por múltiples factores (ver tabla en la página 132). Es necesario controlar estos variables si se desea obtener resultados reproducibles*.
Técnica
 • El pH del plasma subirá si está en contacto con el aire. Conservar las muestras en recipientes cerrados de plástico o de vidrio silicificado.
 • El plasma que se conserva a 4-8 °C puede sufrir una activación por el frío, provocando un reducción significativa del tiempo de protrombina*.
 • La Thromboplastin-D está diseñada para ser utilizada a 37 °C ± 0,5 °C. Comparar frecuentemente la temperatura de todos los elementos calafateados.
 • Todo el material de laboratorio debe estar limpio y libre de restos de detergentes.
 • Siga cuidadosamente las instrucciones del fabricante sobre el mantenimiento correcto del instrumento.
Sustancias interferentes
 • Oxalato de sodio, EDTA y heparina no son anticoagulantes adecuados.
 • El uso de sustancias como contraceptivos orales, corticosteroides, EDTA, espasmodicos, cafeína, eritromicina, etanol, hemozucina y anticoagulantes como heparina y warfarina pueden no prolongar el tiempo de protrombina, reducir el tiempo de protrombina*.
 • Siga cuidadosamente las instrucciones del fabricante sobre el mantenimiento correcto del instrumento.
IX. Valores previos
 En estudios multicéntricos, se utilizó Thromboplastin-D para estudiar una población normal, obteniéndose los siguientes resultados*

Instrumento	TP medio (seg.)	Intervalo (H-2DE)	N
Slago STA	11,3	10,4-12,2	129
Amelung KC 4A [®]	11,6	9,8-13,7	30
MLA [®] Electra 1000C [™]	12,2	10,4-14,1	30

NOTA: El intervalo normal de STA se estableció utilizando muestras frescas, con todos los demás instrumentos se utilizaron muestras congeladas. Estos valores solo deben servir de guía. Cada laboratorio debe establecer su propio intervalo normal de referencia, empleando los instrumentos, métodos de recogida de sangre y las técnicas de análisis utilizados habitualmente. El intervalo normal de referencia debe establecerse, o al menos referencia debe establecerse cada vez que se cambie el reactivo, el instrumento, las técnicas de recogida de sangre, o el anticoagulante.
 El tiempo de coagulación de los plasmas anormales dependerá del ISI del reactivo utilizado.

X. Características de funcionamiento
Precisión: La precisión de los resultados de Prothrombin Time depende de muchos factores, tales como el instrumento, la técnica y el reactivo utilizados. La precisión de los Thromboplastin-D fue evaluada mediante pruebas con plasma normal y anormal en diferentes instrumentos. Los resultados se indican en la siguiente tabla.
Resumen de estudios de precisión intra-seria, %CV (N = 20)

Muestra	BioMérieux MDA [®]	MLA Electra 1000C	Amelung KC 4A
Normal	0,8 %	0,6 %	2,0 %
Anormal	0,9 %	1,8 %	2,1 %

Sensibilidad: La Thromboplastin-D detecta deficiencias en la vía extrínseca, según determina la prueba del tiempo de protrombina. La prueba de sensibilidad a los factores se realizó diluyendo plasma normal con plasmas con deficiencia de factor, de tal forma que la concentración del factor final sea de 0 a 100%. Se utilizó un instrumento MLA-1000C para realizar la prueba de TP en las muestras*.
Prueba de sensibilidad a los factores

% Factor	Prothrombin Time (seg.)			
	Factor II	Factor V	Factor VII	Factor X
100	10,9	11,3	11,2	11,4
50	10,5	12,6	12,2	13,0
40	10,5	13,1	12,8	13,3
30	10,9	13,8	13,5	14,5
20	11,4	15,2	14,3	15,0
10	13,4	17,6	16,0	19,5
0	34,0	55,9	25,9	108,8

Correlación: Se utilizó el MLA-1000C para realizar estudios de correlación frente al reactivo de trombotromboplastina de cerebro de conejo, de un competidor*.

Thromboplastin D vs. Reactivo A, N = 101	Correlación de TP	Correlación de INR
	R = 0,97 y = 0,740x + 2,945	R = 0,96 y = 0,9795x + 0,0029

Información para pedidos

Nº de ref.	Descripción	Cantidad
100356	Thromboplastin-D	10 x 4 mL
100357	Thromboplastin-D	10 x 10 mL
100360	Thromboplastin-D	10 x 20 mL
100352	Thromboplastin-D	10 x 2 mL
100244	Reconstitution Fluid	10 x 10 mL

GARANTÍA LIMITADA DE FISHER DIAGNOSTICS®
 Fisher Diagnostics (FD) garantiza al comprador que solo los productos de Fisher Diagnostics funcionan tal y como se describe en sus etiquetas y documentación. El comprador debe determinar si los productos de Fisher Diagnostics son adecuados para sus aplicaciones específicas. La única obligación de Fisher Diagnostics será, a su elección, la sustitución de un producto defectuoso o que no cumple con las especificaciones, o bien la devolución del precio de compra. FD RECHAZA CUALQUIER OTRA GARANTÍA, SEA EXPRESA O IMPLÍCITA, INCLUYENDO LAS GARANTÍAS DE COMERCIABILIDAD E IDONEIDAD PARA UN PROPOSITO INDIVIDUAL. Ni FD ni sus afiliados podrán ser considerados responsables, en ningún caso, por las pérdidas o daños incidentales o consecuentes.
 Pacific Hemostasis® es una marca registrada de Fisher Scientific Company LLC.
 Fisher Diagnostics® es una marca registrada de Fisher Scientific Company LLC.
 Amelung KC 4A[®] es una marca registrada de Tinty Biotech.
 MLA[®] Electra 1000C[™] es una marca registrada de Instrumentation Laboratory.


XI. Bibliografía

- Erichsen, A.M., Hubban, A., Ansell, J. Management of Oral Anticoagulant Therapy: Experience with an Anticoagulation Clinic. Arch Intern Med. 144:1986-88, 1984.
- Heib, J., Dain, J.E., Deyn, D., Fisher, L. Oral Anticoagulants: Mechanisms of Action, Clinical Effectiveness, and Optimal Therapeutic Range. Chest 102(Suppl): 312S-316S, 1992.
- NCCLS. Collection, Transport, and Processing of Blood Specimens for Coagulation Testing and General Performance of Coagulation Assays. Approved Guideline. NCCLS document H21-A4. NCCLS, Wayne, PA, 2003.
- Palmer, R.N., Grassick, H.R. Inhibition of the Cold Activation of Factor VII and the Prothrombin Time. Am J Clin Path. 61: 614-622, 1974.
- Young, D.S., Thomas, O.W., Friedman, R.B. et al. Effect of Drugs on Clinical Laboratory Tests. Clin Chem 18:1041, 1972.
- Dain, J.E., Hirsh, J. American College of Chest Physicians and the National Heart, Lung, and Blood Institute National Conference on Antithrombotic Therapy. Arch Intern Med. 146:462-472, 1986.
- Pillitteri, G., Cocchi, S., Progi, M., et al. Oral Anticoagulant Therapy Control: Evidence that the INR Expression Improves the Interlaboratory Comparability of Results. The Bologna Oral Anticoagulant Control Exercise. Thromb Haemostas 58:905-910, 1987.

6-11. Información procedente de un estudio de 810(N).

EC REP

MDCI Ltd
 Arundel House
 1 Liverpool Gardens
 Worthing, West Sussex BN11 1SL
 U.K.



Fisher Diagnostics®
 3305 Valley Pike
 Middlebury, VT 05754-0307,
 EE.UU.
 1-800-825-0494 sólo en EE.UU.

