

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Satisfacción con la vida y pensamientos automáticos
negativos en pacientes con dolor crónico en un hospital de
Jauja-2025**

Cyntia Patricia Chipana Saez
Claudia Janeth Hurtado Esteban

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Humanidades
DE : Sandro Alex Urco Caceres
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 02 de Mayo de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN UN HOSPITAL DE JAUJA - 2025

Autor:

Cynthia Patricia Chipana Saez – EAP. Psicología
Claudia Janeth Hurtado Esteban – EAP. Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 20 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (**en caso de elegir "SI"**): 13 SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

DEDICATORIA

A mis padres que, con su amor infinito, siempre confiaron en mí, me acompañaron y guiaron en todo el camino para lograr mis metas.

Cyntia.

A mis padres y a mi abuela Luzmila, quienes fueron mi soporte y apoyo incondicional en toda esta travesía para alcanzar parte de mis sueños.

Claudia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirnos y darnos la oportunidad de ver que somos capaces de lograr todo lo que nos propongamos, por bendecirnos y guiarnos hasta donde hemos llegado.

A nuestros padres, quienes estuvieron presentes a lo largo de nuestras vidas y construyeron la base que nos convirtieron en quienes somos hoy, al inculcarnos sus enseñanzas y valores.

A todos los docentes en general, quienes, con paciencia, dedicación y orientación, nos han enseñado y formado como profesionales a lo largo de estos años de universidad.

Cyntia y Claudia.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación de la investigación	17
1.4.1. Justificación teórica	17
1.4.2. Justificación práctica.....	18
1.4.3. Justificación metodológica.....	18
1.4.4. Importancia del estudio.....	19
1.4.5. Motivaciones del investigador	19
1.4.6. Limitaciones.....	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2. 1. Antecedentes del problema.....	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	20
2.1.2 Antecedentes Nacionales	24
2.1.3. Antecedentes Locales.....	26
2.2. Bases Teóricas	26
2.2.1. Satisfacción con la vida	26
2.2.2. Pensamientos Automáticos Negativos.....	31

2.2.3. Dolor crónico	37
2.3. Definición de términos básicos	40
CAPÍTULO III.....	42
HIPÓTESIS Y VARIABLES	42
3.1. Hipótesis	42
3.1.1 Hipótesis general.....	42
3.1.2 Hipótesis específicas	42
3.2. Variables (Identificación y Operacionalización)	43
CAPÍTULO IV.....	45
METODOLOGÍA.....	45
4.1. Tipo de investigación.....	45
4.2. Diseño de investigación	45
4.3. Nivel de la investigación.....	46
4.4. Población y muestra.....	46
4.4.1. Población.....	46
4.4.2. Muestra	46
4.5. Técnicas de recolección de datos y análisis de la información.....	47
4.5.1. Técnicas	47
4.5.2. Instrumentos.....	47
4.5.3. Etapa de recolección de datos	51
4.5.4. Etapa de procesamiento de datos	52
4.6. Aspectos éticos.....	53
CAPÍTULO V	55
RESULTADOS.....	55
5.1 Resultados descriptivos.....	55
5.1.1. Descripción de la muestra.....	55
5.1.2 Resultados según variable.....	57
5.2. Tablas cruzadas	61
5.3. Prueba de normalidad	62
5.4 Prueba de hipótesis	62
5.4.1 Prueba de hipótesis general.....	62
5.4.2 Prueba de hipótesis específicas de correlación	63
CAPÍTULO VI.....	66

DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS.....	72
ANEXOS	84
Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	84
Anexo 2: ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)	87
Anexo 3: CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	88
Anexo 4: AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	89
Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO	90
Anexo 6: INFORME DE TURNITIN.....	92
Anexo 7: INFORME DE COMITÉ DE ÉTICA	93
Anexo 8: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERT	94
Anexo 9: COEFICIENTE V DE AIKEN PARA LOS JUICIOS DE EXPERTOS.....	100
Anexo 10: BASE DE DATOS	102
Anexo 11: EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Variable: Satisfacción con la vida - Escala de satisfacción con la vida (SWLS).	43
Tabla 2 Variable: Pensamientos automáticos negativos - Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos “ATQ-30”.....	43
Tabla 3 Confiabilidad de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)	49
Tabla 4 Confiabilidad de la prueba piloto del Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30).....	51
Tabla 5 Características sociodemográficas de la muestra.....	56
Tabla 6 Niveles de la variable satisfacción con la vida en la muestra	57
Tabla 7 Niveles de PAN	58
Tabla 8 Niveles de la dimensión autoconcepto negativo.....	58
Tabla 9 Niveles de la dimensión indefensión	59
Tabla 10 Niveles de la dimensión mala adaptación.....	59
Tabla 11 Niveles de la dimensión autorreproche.....	60
Tabla 12 Tabla cruzada entre Satisfacción con la vida y PAN.....	61
Tabla 13 Resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov - Smirnov	62
Tabla 14 Correlación de Rho de Spearman entre satisfacción con la vida y PAN,.....	63
Tabla 15 Correlación de Spearman entre PAN: “Autoconcepto negativo” y satisfacción con la vida.....	63
Tabla 16 Correlación de Spearman entre PAN: “Indefensión” y satisfacción con la vida.....	64
Tabla 17 Correlación de Spearman entre PAN: “Mala adaptación” y satisfacción con la vida.	64
Tabla 18 Correlación de Spearman entre PAN: “Autorreproche” y satisfacción con la vida.	65

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo primordial determinar la relación entre satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja, 2025. La metodología fue de nivel descriptivo, diseño correlacional y tipo no experimental. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, conformado por 176 pacientes con dolor crónico. Se aplicó el Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30) y la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS). Se halló que existe relación negativa entre la satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos ($RhO = -0.245$), así mismo con sus dimensiones autoconcepto negativo ($RhO = -0.158$), indefensión ($RhO = -0.212$), mala adaptación ($RhO = -0.253$) y autorreproche ($RhO = -0.198$), concluyendo que, a mayor nivel de satisfacción con la vida, menores serán los niveles de pensamientos automáticos negativos. Se recomienda que los profesionales de la salud evalúen de manera periódica los pensamientos automáticos negativos de los pacientes con dolor crónico, este tipo de evaluación puede facilitar la detección temprana de patrones cognitivos disfuncionales, permitiendo intervenciones más efectivas en el tratamiento.

Palabras claves: Satisfacción con la vida, pensamientos automáticos negativos, pacientes con dolor crónico.

ABSTRACT

The primary objective of the study was to determine the relationship between life satisfaction and negative automatic thoughts in chronic pain patients from a hospital in Jauja, 2025. The methodology was descriptive in nature, with a correlational design and non-experimental type. The sampling was non-probabilistic, based on convenience, and consisted of 176 chronic pain patients. The Negative Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-30) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS) were applied. The study found a negative relationship between life satisfaction and negative automatic thoughts ($RhO = -0.245$), as well as in its dimensions of negative self-concept ($RhO = -0.158$), helplessness ($RhO = -0.212$), poor adaptation ($RhO = -0.253$), and self-blame ($RhO = -0.198$). It was concluded that higher levels of life satisfaction are associated with lower levels of negative automatic thoughts. Therefore, it is recommended that healthcare professionals periodically assess the negative automatic thoughts of chronic pain patients. This type of evaluation can facilitate the early detection of dysfunctional cognitive patterns, allowing for more effective interventions in treatment.

Keywords: Life satisfaction, negative automatic thoughts, chronic pain patients.

INTRODUCCIÓN

Los pensamientos automáticos negativos (PAN) son patrones de pensamiento que ocurren de manera rápida y, a menudo, no conscientes, caracterizados por una interpretación pesimista de la realidad. Estos pensamientos se asocian con diversas dificultades emocionales y psicológicas, y son particularmente relevantes en el contexto de personas que padecen dolor crónico, ya que suelen enfrentar un incremento en la frecuencia e intensidad de los PAN debido a la continua amenaza física y emocional que implica la condición. Los pensamientos negativos pueden generar una visión distorsionada de uno mismo y de la vida, lo que a menudo conduce a un aumento del estrés, la ansiedad y la desesperanza, afectando la capacidad de las personas para manejar las dificultades cotidianas, incluyendo el dolor crónico (Vallis & McGrath, 1996).

La satisfacción con la vida se refiere a la evaluación global de la vida de un individuo, influenciada por factores como la salud, las relaciones sociales, el trabajo y el bienestar emocional, y es un reflejo de cómo una persona valora su calidad de vida en general (Pavot & Cummins, 2000). Este concepto está profundamente relacionado con la percepción personal de la calidad de vida y con la habilidad de los individuos para adaptarse y gestionar las dificultades que se les presentan. En pacientes con dolencia crónica, la satisfacción con la vida suele verse reducida, ya que el dolor constante restringe las actividades diarias y tiene un impacto negativo en la calidad de vida, estos pacientes a menudo reportan un nivel de satisfacción más bajo en áreas clave, como el bienestar físico y emocional, lo que puede generar un ciclo de insatisfacción que refuerza su percepción negativa (Gómez & Mico, 2011).

El dolor crónico es una afección compleja que impacta a una gran proporción de la población mundial, se estima que aproximadamente un 20% de la población mundial vive con algún tipo de dolor crónico, lo que impacta tanto en la calidad de vida como en el bienestar emocional de los pacientes (OMS, 2020). Nacionalmente, Perú también enfrenta esta problemática, de acuerdo con un estudio realizado en 2019 por la Dirección General de

Epidemiología del Ministerio de Salud, cerca de un 15% de los peruanos padecen de dolor crónico, especialmente entre la población adulta (MINSa, 2019).

La relación entre los pensamientos automáticos negativos y la satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico es un área de gran relevancia en la investigación psicológica. Los estudios sugieren que los PAN contribuyen a la reducción de la satisfacción con la vida, ya que, al generar una visión distorsionada y pesimista de la realidad, estos pensamientos limitan la capacidad de los pacientes para experimentar sensaciones positivas y disfrutar de los aspectos placenteros de la vida.

Varios estudios han demostrado que la prevalencia de PAN está fuertemente vinculada con la presencia de dolor crónico y que la intervención en el ámbito psicológico puede jugar un papel crucial en el manejo de estos pensamientos, mejorando así la calidad de vida de los pacientes (Williams et al., 2013). Sin embargo, el manejo integral del dolor crónico debe considerar no solo el control físico del dolor, sino también los aspectos psicológicos que lo acompañan, dado que estos aspectos tienen una influencia significativa en la percepción subjetiva del dolor y en el bienestar general de los pacientes. Aunque estas variables han sido estudiadas en diversos contextos, a nivel regional (en Jauja y otras partes del Perú) se carece de investigaciones que aborden la interacción entre los PAN y la satisfacción con la vida en pacientes que sufren de dicha dolencia. Esta brecha en la literatura científica es el motor de este estudio, que busca llenar este vacío y contribuir al conocimiento en un ámbito donde la investigación es aún limitada.

El presente estudio se centra en la población de pacientes con dolor crónico en el Hospital de Jauja, con el objetivo de explorar cómo los PAN influyen en la satisfacción con la vida de los pacientes. Mediante esta investigación se espera contribuir al conocimiento sobre la importancia de integrar estrategias cognitivas en el tratamiento del dolor crónico, lo que

podría favorecer la calidad de vida de los pacientes y disminuir los pensamientos negativos asociados.

La estructura de la tesis se organiza en seis capítulos: el Capítulo I aborda el planteamiento del problema, estableciendo el contexto, la justificación y los objetivos de la investigación; el Capítulo II corresponde al marco teórico, el cual se divide en antecedentes y bases teóricas que sustentan el estudio; en el Capítulo III se formulan la hipótesis y las variables de la investigación; el Capítulo IV describe la metodología empleada, detallando las técnicas de recolección de datos y el procedimiento para el análisis de la información, el Capítulo V presenta los resultados obtenidos, y finalmente, el Capítulo VI expone la discusión, en la que se interpretan los hallazgos en relación con el marco teórico y los estudios previos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La satisfacción con la vida es un reflejo importante del bienestar psicológico y social de cada persona (Diener et al.,1999). Por lo tanto, al abordar el concepto de bienestar, se hace referencia también al grado de satisfacción con la vida, el cual ha sido conceptualizado de diversas maneras, incluyendo su comprensión como una evaluación personal de las vivencias asociadas a emociones positivas o de felicidad, es así que es entendida como un juicio global y cognitivo que hacemos sobre nuestras vidas (Alpi et al., 2019). En quienes padecen dolor crónico, esta satisfacción está profundamente influida, no sólo por la intensidad del dolor, sino también por cómo este afecta su capacidad para realizar actividades diarias, sus emociones y la calidad de las relaciones y apoyos que los rodean (Van-der et al., 2017).

Según investigaciones internacionales, específicamente en España, la calidad de vida de aquellos pacientes con dolor crónico no relacionado con el cáncer se ve significativamente afectada en sus aspectos físicos, sociales y emocionales, con un impacto mayor al de otras enfermedades crónicas (ITACA, 2001). Asimismo, en otros países europeos, se reporta que hasta un 75% de los pacientes que sufren alguna dolencia crónica experimentan dificultades en sus actividades laborales y sociales, lo que conlleva una disminución considerable de su satisfacción con la vida (Breivik et al., 2006).

A nivel nacional, un estudio realizado en Lima encontró un deterioro significativo en varias dimensiones de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico (Salas et al., 2012). Asimismo, otro estudio llevado a cabo en la misma ciudad reveló que el 17.5% de los pacientes percibía una calidad de vida muy mala, mientras que el 30% la consideraba mala (Velarde Ruiz, 2017). Por otro lado, no se cuenta con datos específicos a nivel regional y local.

Los PAN se enmarcan dentro de la conceptualización de Beck (1995) sobre los procesos cognitivos involuntarios y recurrentes de valencia negativa; estos corresponden a ideas o creencias disfuncionales que emergen de manera espontánea y se agrupan en tres categorías principales: aquellos que se centran en uno mismo, los que se enfocan en el mundo que nos rodea y los relacionados con el futuro. Asimismo, en su modelo cognitivo resalta la importancia de las creencias en el procesamiento cognitivo, explicando que los pensamientos automáticos al activar estas creencias pueden desencadenar respuestas emocionales y conductuales en las personas. Entre los factores psicológicos asociados al dolor crónico, los PAN ocupan un lugar central; estos son patrones de pensamiento recurrentes, involuntarios y desadaptativos que amplifican la percepción del dolor y su impacto emocional (Jiménez & Martínez, 2020).

Se ha demostrado en diversas investigaciones internacionales que los PAN desempeñan un papel crucial en cómo las personas perciben y manejan el dolor (Cano et al., 2003; Cano & Rodríguez, 2001). El 70% de los pacientes con dolencia crónica reportan niveles elevados de PAN, los cuales suelen estar relacionados con sentimientos de desesperanza, incapacidad para enfrentar el dolor y catastrofización (Jensen & Turk, 2014). La experiencia habitual del dolor está frecuentemente asociada con emociones como el miedo y la ansiedad, las cuales pueden amplificar la percepción dolorosa (Gatchel et al., 2007; Leeuw et al., 2007).

Por otro lado, la presencia de PAN se ha relacionado con el desarrollo de trastornos psicológicos, como la depresión y la ansiedad, los cuales afectan al 40% y 60% de los pacientes con dolor crónico, respectivamente (Gureje et al., 1998).

Según cifras mencionadas por la *American Society of Anesthesiologist (ASA)* el dolor crónico impacta a un mínimo de 60 millones de individuos a nivel global (Jackson et al., 2014). En un contexto más cercano, en América Latina el presidente de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el estudio del Dolor estima que alrededor de 190 millones de individuos en este contexto se ven afectados por el dolor crónico (FEDELAT, 2020).

En un contexto nacional la Asociación Peruana para el Estudio del Dolor (ASPED) comunicó que aproximadamente más de 3 millones de adultos en la capital padecen de dolor crónico (Leyva et al., 2023).

Estas cifras no solo revelan la magnitud del impacto de esta enfermedad en un gran número de personas, sino también evidencian la gravedad de esta problemática. A pesar de ser motivo de preocupación frecuente, el entendimiento e investigación sobre esta enfermedad es limitado. Esta falta de información, junto con la escasez de políticas públicas, dificulta que trabajadores y profesionales de la salud puedan abordar de manera más efectiva el manejo del dolor. Estas barreras contribuyen a retrasos en el diagnóstico preciso y afectan adversamente la calidad de vida de quienes padecen de esta condición.

Lo mencionado, se refleja en cifras que indican que más de un millón de personas con dolor crónico no están siendo atendidas con tratamiento (Diario Médico Perú, 2023). Además de que generalmente va acompañado con otros componentes, como la discapacidad, trastornos del sueño, reducción de la actividad física; causando así mayor inasistencia laboral y un gran impacto socioeconómico (Martínez et al., 2017).

Considerando el limitado conocimiento y comprensión del dolor crónico y sus consecuencias tanto físicas como psicológicas, así como la ausencia de datos estadísticos específicos a nivel regional y local sobre su relación con los PAN y la calidad de vida, se resalta la importancia de desarrollar investigaciones en pacientes con esta condición. Dichos estudios permitirán evaluar el grado de satisfacción con la vida y la influencia de los PAN derivados de esta afección, proporcionando una base para intervenciones más efectivas.

Asimismo, esta investigación exploró la conexión PAN y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico en un centro hospitalario de Jauja. El propósito fue comprender la relación entre estas variables y, basándose en los hallazgos obtenidos, proponer programas preventivos e intervenciones para mejorar el bienestar de esta colectividad.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo autoconcepto negativo en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo indefensión en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo mala adaptación en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo autorreproche en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo autoconcepto negativo en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.
- Identificar la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo indefensión en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.
- Identificar la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo mala adaptación en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.
- Identificar la relación entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo autorreproche en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La investigación contribuyó al fortalecimiento de teorías previamente establecidas por autores como Beck (2008) y Diener (1984), además este estudio aporta a la literatura actual, brindando nuevas perspectivas y comprensiones que enriquecen el campo de la psicología clínica y del desarrollo, permitiendo que esta información sea utilizada en investigación futuras según las variables específicas, ya que la limitada disponibilidad de antecedentes, tanto nacional como internacionalmente en esta población, ha restringido el desarrollo de estudios similares, lo que resalta la relevancia de este trabajo.

1.4.2. Justificación práctica

Este estudio tuvo su origen en la observación recurrente de un elevado número de individuos que acudían al área de rehabilitación física, principalmente debido a la presencia de dolores crónicos que experimentaban. Consecuentemente, la relevancia práctica de este proyecto radica en el aporte estadístico que se brinda a futuras investigaciones para el estudio de estas variables, ya que este campo, a pesar de su importancia, la conexión entre PAN y la satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico ha sido poco explorada en los estudios realizados en hospitales u otros centros de atención médica.

De modo que, los resultados que se obtuvieron benefician tanto a la institución como a la población en lo que respecta al bienestar psicológico, ya que se contribuirá al hospital con el desarrollo de un protocolo o programa de intervención psicológica diseñado específicamente con el fin de atender a esta población, mediante talleres, charlas informativas u otros, y realizar un acompañamiento psicológico durante su tratamiento, al mismo tiempo que se prepara para afrontar futuros episodios similares, considerando la diversidad de respuestas emocionales que presentaron los pacientes.

1.4.3. Justificación metodológica

Para alcanzar los objetivos establecidos, se emplearon técnicas e instrumentos psicológicos válidos y actualizados para medir las variables. La satisfacción con la vida se evaluó mediante la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), y los PAN midieron con el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30), adaptado por Cano y Rodríguez (2002). Además, se llevó a cabo un proceso de validación y confiabilidad de ambos instrumentos, con el propósito de obtener resultados más precisos y asegurar su aplicabilidad en investigaciones futuras. De esta manera, los resultados obtenidos se basaron en técnicas de investigación válidas, generando conocimientos confiables que podrán enriquecer futuras

investigaciones, a la vez que se obtuvo una visión más profunda y enriquecedora de la experiencia subjetiva de los participantes.

1.4.4. Importancia del estudio

La investigación fue fundamental para comprender cómo lo emocional y cognitivo afectan el bienestar general de estas personas. Los PAN podían amplificar la percepción del dolor y contribuir a estados de ansiedad y depresión, lo que afectaba directamente la calidad de vida. Este tipo de investigación permite diseñar intervenciones personalizadas, como la terapia cognitivo conductual, y promover un enfoque integral que abordara tanto el dolor físico como el bienestar emocional. Además, ayuda a diseñar estrategias preventivas y programas educativos que mejoren las capacidades de adaptación y el apoyo social.

1.4.5. Motivaciones del investigador

El estudio se llevó a cabo con el propósito de optimizar la calidad de vida de los pacientes que sufren de esta afección, ampliar el conocimiento científico y generar un impacto en la práctica clínica. Además, estuvo motivado por la oportunidad de innovar en el tratamiento del dolor crónico, contribuir al bienestar social y fortalecer la carrera profesional del investigador, generando evidencia que respaldara enfoques más integrales y humanizados en el manejo del dolor.

1.4.6. Limitaciones

La investigación tuvo limitaciones relacionadas con la burocracia y la lentitud en los trámites administrativos necesarios para obtener el permiso adecuado para la aplicación de los instrumentos y el acceso a las instalaciones hospitalarias fueron obstáculos significativos en este estudio, lo que repercutió directamente en la planificación y ejecución de las actividades de investigación. En contraste, no se encontraron antecedentes locales ni nacionales de ambas variables relacionadas a la población objetiva.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. 1. Antecedentes del problema.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Anagnostopoulos et al. (2023) investigaron en la ciudad de Atenas, Grecia, la relación existente entre PAN, la intensidad del dolor, la calidad de vida y la inteligencia emocional en pacientes con cáncer con dolor crónico, para ello emplearon una metodología transversal, correlacional, empleando como instrumentos el Cuestionario de dolor de McGill SF-MPQ; el QLQ-C30 (Versión 3.0), la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) y la Escala de Inteligencia Emocional de los autores Wong y Law del 2002, estos instrumentos se aplicaron a 89 pacientes oncológicos con dolor crónico de dicha ciudad. Tomando las variables de PAN y la calidad de vida, se concluyó que existe relación significativa negativa ($B = - 0,391$, $p = 0,004$), lo cual hace referencia que cuanto mayor sea la puntuación catastrófica del dolor, peor será la calidad vital. La información que proporciona esta investigación es relevante, ya que a raíz de ello se ha descubierto que la catastrofización del dolor responde a intervenciones de tratamiento psicosocial, como la terapia cognitivo conductual, las intervenciones basadas en la atención plena o la terapia de aceptación y compromiso, diseñando así programas de intervención destinadas a minimizar el pensamiento catastrófico, para el cual se debe de incorporar estrategias que ayuden a la persona a desviar su atención en los síntomas del dolor. Según la investigación efectuada en Croacia, por Hnatesen et al. (2022) quienes se propusieron examinar la conexión entre la intensidad del dolor, los niveles de calidad de vida vinculada a la salud y angustia mental, bajo un método correlacional transversal; se emplearon el Cuestionario de estado de salud SF-36, el cuestionario CORE-OM en relación a la angustia mental y la Escala Visual Analógica de dolor (EVA), dichos instrumentos fueron aplicados a 148 pacientes que sufrían de dolor crónico en la región baja de la espalda (lumbalgia). Se

encontró que el total de CORE-OM tuvo una correlación significativa negativa débil con las subescalas del Cuestionario de estado de salud SF-36, asimismo, hallaron dicha correlación entre la intensidad del dolor y el funcionamiento físico del SF-36 ($r = -0,28$), entre la EVA y las limitaciones físicas del SF-36 ($r = -0,19$) y entre el promedio de la EVA y el SF-36. Es entonces que, estos resultados confirman los conocimientos previos sobre el fenómeno del dolor crónico como un diagnóstico que afecta todos los aspectos de la vida del paciente independientemente del desarrollo económico, de un territorio o cultura en el que se desenvuelva, por lo cual es necesario aplicar guías clínicas más modernas para pacientes con dolor crónico e introducir un enfoque multidisciplinario y multimodal para su tratamiento de modo que reciban un apoyo máximo continuo para superar su dolencia.

Cano et al. (2021) investigaron cómo el nivel de catastrofización influye en la relación entre los PAN y la percepción de la intensidad del dolor. Emplearon un diseño de estudio transversal ex post facto y utilizaron tres pruebas para medir los pensamientos negativos: el Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ), el Inventory of Negative Thoughts in Response to Pain (INTRP), y el Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). La magnitud del dolor actual fue evaluada utilizando una escala numérica que abarcaba once puntos; estos instrumentos fueron aplicados a una muestra conformada por 228 pacientes que sufrían de dolor crónico y recibían atención en tres instituciones públicas ubicadas en la provincia de Sevilla. Los resultados mostraron que la catastrofización actuó como mediador en la asociación entre las variedades de PAN y la severidad del dolor crónico, presentando un efecto indirecto de importancia estadística ($p < 0,001$). No obstante, se determinó que solo un tipo de pensamiento negativo, específicamente los relacionados con la sensación de falta de control, generaron un impacto directo estadísticamente significativo en la magnitud del dolor ($p < 0,001$), sugiriendo que esta categoría particular de pensamientos negativos influyó directamente en la percepción del dolor crónico. Este estudio ofrece un enfoque tanto práctico

como teórico que puede constituir una base para el diseño y la justificación de futuras intervenciones clínicas.

Sandoval et al. (2020) analizaron la conexión entre el receptor 5HT1a, el estrés y los pensamientos negativos en mujeres que padecen dolor crónico, específicamente fibromialgia. Para este propósito, emplearon un diseño no experimental transversal. Los instrumentos que se utilizaron en el estudio fueron el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30) y la Escala de Estrés Percibido (PSS). En lo que concierne a la evaluación de la expresión génica del 5HT1a, se llevó a cabo a través de la técnica de PCR en tiempo real utilizando muestras de sangre periférica obtenidas de un conjunto de 49 mujeres que han recibido el diagnóstico de fibromialgia y atendidas en el servicio de Reumatología del Hospital General de México "Eduardo Liceaga". Las edades de estas mujeres oscilaban entre los 18 y 62 años. Los resultados en relación a la variable de pensamientos demostraron que existe correlación negativa entre la dimensión PAN autorreproche y expresión de 5HT1a ($f=-0.357$, $p<0.05$), esto indica que a medida que aumenta el nivel de autorreproche en estos pensamientos, la expresión del receptor 5HT1a tiende a disminuir. Asimismo, se identificó que la dimensión relacionada con el autoconcepto negativo e indefensión actúa como un modelo predictivo para este receptor, con un $r=0.58$, $R^2= 0.34$ y $p=0.009$, lo cual sugiere que este patrón de pensamiento podría ser una causa de la disminución en la expresión del receptor 5HT1a. A partir de este estudio, es necesario investigar la depresión en relación con las variables psicológicas y biológicas, ya que los estudios existentes han tratado la conexión entre los pensamientos, el estrés y la depresión, pero no de forma conjunta con el receptor de serotonina 5HT1a.

En su estudio, Morales (2020) buscó establecer la relación entre los patrones de pensamientos automáticos y los niveles de calidad de vida en adultos mayores que formaban parte del programa "Universidad del Adulto Mayor" en la Universidad Central del Ecuador; fue un estudio de tipo correlacional, de naturaleza no experimental diseño transversal, con un

enfoque cuantitativo. Para evaluar las variables, se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján y la escala FUMAT de calidad de vida, en una muestra compuesta por 57 adultos mayores asistentes al programa de dicha universidad. Los resultados demostraron una relación estadísticamente significativa ($p = 0.035$) entre las variables, del mismo modo se halló que existe correlación negativa baja $R = -0.280$, indicando que a medida que aumentan las puntuaciones en pensamientos automáticos, tiende a disminuir la calidad de vida en los adultos mayores. Es fundamental entender la influencia negativa de estos pensamientos en la vida de la población estudiada. Por ello, surge la necesidad urgente de desarrollar un programa que fomente el pensamiento positivo en los adultos mayores, como herramienta para mejorar su calidad de vida.

En España, Maestre et al. (2019) investigaron la relación entre los niveles de fuerza de presión en la mano y el bienestar, para ello trabajaron bajo una metodología correlacional transversal, para medir el afecto positivo y negativo se empleó el cuestionario Positive and Negative Affect (PANAS), y para la satisfacción con la vida la escala Satisfaction with Life Scale (SWLS), estos fueron aplicados a 465 mujeres adultas diagnosticadas con fibromialgia pertenecientes a la Federación Andaluza de Fibromialgia. Según los resultados se observa una correlación positiva significativa entre los niveles de fuerza y la satisfacción con la vida, evidenciando una significancia de $p < 0,05$ y $R = 0,06$, es decir, cuantos más niveles de fuerza tenga una persona, tendrá puntuaciones mejores en el bienestar subjetivo que engloba el nivel de satisfacción con la vida. En consecuencia, se sugiere la implementación de programas de ejercicio físico enfocados en aumentar los niveles de fuerza, dado que los resultados indican que estos podrían brindar beneficios tanto físicos como psicológicos, como una mejora en el bienestar subjetivo, especialmente en mujeres con fibromialgia.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Mamani (2023) llevó a cabo una investigación en Cusco para determinar si existe conexión entre la práctica de actividad física y la calidad vital en individuos diagnosticados con fibromialgia (FM), este estudio fue de tipo transversal y tuvo un enfoque correlacional. Se emplearon el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) y el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) en una muestra compuesta por 90 pacientes diagnosticados con fibromialgia y tratados en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Los resultados revelaron una correlación inversa con $Rho = -0.7419$, con un nivel de significancia de $p = 0.0001$, lo que sugiere que una disminución en la práctica de ejercicio está vinculada a un impacto más significativo en la calidad de vida. Fomentar charlas informativas sobre la importancia de la actividad física por parte del personal de salud es fundamental debido a que la educación y la concienciación juegan un papel clave en el cambio de hábitos y comportamientos, no solo proporcionan conocimiento, sino que también pueden motivar a las personas a incorporar el ejercicio físico en su vida diaria, mejorando así su bienestar físico y mental.

Por su parte, Quevedo (2023) llevó a cabo un estudio en Lima para hallar la relación entre la calidad de vida y el dolor crónico oncológico; este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, siendo de diseño no experimental y de naturaleza correlacional; trabajó con el cuestionario “WHOQOL-BREF” y el cuestionario “LATTINEN” en una muestra de 148 pacientes oncológicos del HNERM, obteniendo como resultados que, se observa una relación adversa entre el dolor crónico y la calidad de vida, con un valor $Rho = -,256$, evidenciando una relación significativa con el valor $p = 0,000$, es decir que el dolor crónico dificulta la ejecución de actividades fundamentales en aquellos que lo experimentan, llegando a impactar su calidad vital. Teniendo en cuenta este estudio, sería fundamental llevar a cabo investigaciones de naturaleza cualitativa con el fin de descubrir nuevos elementos que influyan en la calidad de

vida y en la experiencia del dolor crónico en los pacientes que acuden a las consultas de la unidad especializada en dolor y cuidados paliativos. La investigación cualitativa permite profundizar en las vivencias, percepciones y necesidades de los pacientes, lo cual ofrece información clave sobre aspectos emocionales, sociales y psicológicos que a menudo no se abordan en estudios cuantitativos. Esta comprensión más detallada ayudaría a los profesionales de la salud a desarrollar intervenciones más adaptadas y eficaces para mejorar tanto la gestión del dolor como la calidad de vida de los pacientes.

En Lima-Metropolitana, Barrantes (2020) realizó un estudio para establecer la conexión entre los niveles de bienestar psicológico y estilos de afrontamiento; es una investigación de tipo correlacional, para ello empleó la Escala BIEPS A (Adultos) y el Cuestionario de afrontamiento (COPE). El grupo de estudio consistió en 80 mujeres pacientes que fueron diagnosticadas con dolor crónico: fibromialgia (FM) que pertenecían a un Hospital de Lima metropolitana. Por lo tanto, se concluye que hay una relación moderadamente fuerte entre las variables, con un valor (r) de 0.521, es decir, esto implica que cualquier cambio en los métodos de afrontamiento de los pacientes podría estar vinculado a cambios específicos en su bienestar psicológico. Sería relevante llevar a cabo más investigaciones sobre la fibromialgia que incluyan tanto a pacientes hombres como mujeres, con el fin de determinar si el sexo tiene algún impacto en la enfermedad y si genera diferencias en su manifestación o evolución.

En Tarapoto, Segura (2023) efectuó una investigación con el objetivo de determinar el impacto del dolor crónico: fibromialgia en la calidad de vida en personas que acudieron al Hospital II-2 de Tarapoto en el año 2022, siendo un estudio de tipo cuantitativa básica, con un nivel descriptivo transversal, empleando en forma de encuesta la ficha de recolección de datos y el cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), los cuales fueron aplicados a una muestra de 30 pacientes. Se determinó que el 93.34% de estos pacientes presentan un impacto moderado a severo con respecto al nivel de calidad de vida que perciben. El autor recomienda más

estudios sobre la calidad de vida en estos pacientes, incluyendo aspectos sociales y familiares, y el uso de diferentes herramientas de evaluación para síntomas crónicos.

2.1.3. Antecedentes Locales

No se encontraron investigaciones en las bases de datos de las universidades.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Satisfacción con la vida

2.2.1.1. Definición.

La satisfacción con la vida se conceptualiza como la valoración global que un sujeto realiza sobre su vida, contrastando sus logros personales con sus expectativas y metas previas (Carrión et al., 2000). Es el nivel de valoración que realiza una persona acerca de su vida a partir de aspectos específicos (Schmidt et al., 2015). Dichas propuestas, dan paso a elaborar una definición particular de la satisfacción con la vida, entendiendo como la evaluación que realiza un sujeto concerniente con su vida, que implicaría sus relaciones sociales, eventos y circunstancias con el fin de comprenderlo desde un aspecto cognitivo y global.

2.2.1.2. Determinantes de la satisfacción con la vida.

Distintas investigaciones muestran que mayormente los adultos mayores son quienes presentan niveles superiores de satisfacción con la vida y experimentan una mayor felicidad (Diener & Diener, 1996). Además, tienden a experimentar con más regularidad emociones positivas en comparación con los adultos más jóvenes (Carstensen et al., 2000). Es así que, la satisfacción en la vida se verá influenciada tanto por la etapa del ciclo de vida en la que se encuentren, como por el nivel socioeconómico en el que se desarrollen.

Según datos empíricos propuestos, la pérdida de empleo está vinculada con una disminución de la satisfacción con la vida, mientras que factores como un aumento en los ingresos

y el matrimonio favorecen un incremento en dicha satisfacción (Ambrey y Fleming (2014). De manera similar, un estudio realizado en ciudades fronterizas de México con los Estados Unidos mostró que, en el norte del país, los ingresos laborales más altos contribuyen a un aumento en la satisfacción con la vida, a diferencia de otras ciudades donde, además de los ingresos, el nivel educativo también tiene un impacto importante (González, 2016).

Según lo expuesto se presenta un orden cronológico y secuencial especificado en estadios que se identifican como factores determinantes de la satisfacción con la vida, pero este patrón no será necesariamente secuencial en todas las personas, incluyendo:

I. Oportunidades vitales.

Hace referencia a los eventos que brindan oportunidades de crecimiento y progreso personal, los cuales están ligados a las condiciones y habilidades dentro del entorno social en el que uno se encuentra. Estos eventos, ya sean positivos o negativos, no son exclusivamente atribuibles a la persona, sino que también dependen del contexto en el que se desarrollan (Veenhoven, 1994). Las oportunidades vitales son consideradas como:

Calidad de la sociedad. Por lo general, la sensación de satisfacción con la vida suele ser más elevada en países con mayor prosperidad económica, así como en aquellos que presentan menor disparidad social y que promueven el respeto a los derechos humanos y las libertades básicas. Por ende, existe una mayor posibilidad de experimentar esta satisfacción cuando las personas tienen acceso a o forman parte de tales naciones (Veenhoven, 1994).

Posición social individual. Hace referencia de que hay elementos como la edad y el género que generan disparidades en el grado de satisfacción con la vida, sin embargo, aún no se han establecido las diferencias contextuales, por ejemplo, en algunas sociedades prósperas se presentan correlaciones negativas entre la satisfacción con la vida en vista del grado de instrucción y a causa de ello hay presencia de dificultades de conseguir el trabajo; por otro lado, aquellos que reciben una compensación económica sólida tienden a experimentar niveles más altos de satisfacción con

la vida en comparación con quienes se dedican principalmente a realizar labores de voluntariado. En última instancia, la percepción de satisfacción con la vida se encuentra estrechamente ligada a la existencia y la calidad de relaciones cercanas y significativas (Veenhoven, 1994).

Habilidades personales. En este punto se habla de la correlación positiva existente entre un nivel superior de satisfacción con la vida y aquellos individuos con buenas condiciones física, mental, energía y resistencia, sin embargo, no se encuentra relacionada con la inteligencia. Por lo general, un alto nivel de satisfacción está estrechamente vinculado a una capacidad social asertiva y a cualidades empáticas destacadas, además de la capacidad de controlar el propio entorno (Veenhoven, 1994).

II. Curso de acontecimientos vitales.

Los eventos que ocurren en la vida cotidiana impactan significativamente en la satisfacción con la vida, es así como la relación entre eventos positivos y negativos en un año pueden predecir el nivel de satisfacción en el futuro. En ese sentido, los sucesos que sean favorables usualmente ocurren a individuos extrovertidos y con un buen nivel educativo, mientras que los acontecimientos adversos les ocurren a aquellas personas neuróticas, sin embargo, a pesar de ello, tanto los eventos buenos como los malos pueden sucederle a cualquiera, al margen de sus rasgos psicológicos (Veenhoven, 1994).

III. Flujo de experiencia.

La experiencia hedónica aún no se comprende completamente, ya que, aunque los sentimientos de placer y disgusto son claramente perceptibles, aún no se comprende completamente cómo se originan ni por qué (Veenhoven, 1994). Así tenemos:

Rol de la experiencia hedónica. Ciertas ocurrencias esenciales posiblemente recuperan momentos satisfactorios, por el contrario, otras generan sentimientos desagradables. La experiencia hedónica representa la satisfacción de las necesidades fundamentales, aunque no se tiene una comprensión clara acerca de cuáles son estas necesidades. Entonces las teorías cognitivas

sugieren que las sensaciones placenteras pueden también derivar la percepción del rendimiento y el logro de metas (Veenhoven, 1994).

Hechos agradables y desagradables. Las reacciones de los hechos adversos pueden variar de acuerdo a sucesos anteriores. La diversidad de características personales que dan forma a las reacciones experienciales a estos hechos vitales corresponde a las “oportunidades vitales”; es así que generalmente nos sentimos mejor acompañados de personas que se asemejan a nuestro sentir (Veenhoven, 1994).

Evocación interna de los sentimientos. Antes se desconocía el rol cerebral para recordar sucesos y por consiguiente las experiencias; al contrario, en la actualidad se ha descubierto que los eventos emocionales, ya sean positivos o negativos, tienen un impacto significativo en la formación de la memoria en contraste con los sucesos sin carga emocional (Veenhoven, 1994).

Capacidad de disfrute. La habilidad humana para experimentar placer es amplia, ya que las regiones de recompensa en nuestro cerebro parecen ser más extensas que las áreas que producen sensaciones desagradables, además la mayoría de individuos suelen experimentar sensaciones positivas o sentirse bien casi todo el tiempo (Bless y Schwarz, 1984).

IV. Proceso interno de evaluación.

Se evalúa primeramente las áreas de vida, como el empleo y el matrimonio, mediante la comparación con estándares establecidos. Sin embargo, cada individuo tiene un enfoque único en su proceso de autoevaluación, lo que resulta en que la evaluación global se convierta en la medida para la evaluación general. Esto se basa en cómo se siente la persona en general, implicando así una tarea más compleja (Veenhoven, 1994)

2.2.1.3 Modelos.

A. Modelo de Carol Ryff

Según este modelo, la satisfacción con la vida se percibe como un constructo compuesto por múltiples aspectos o dimensiones interrelacionadas entre sí. Mediante la aplicación de este

modelo se comprobó la presencia de variables significativas en la percepción del bienestar del individuo, tales como la edad, el género y las influencias culturales (Ryff, 1995).

Por consiguiente, es plausible que estos elementos se relacionan de manera positiva, dado que, varias cualidades o características podrían influir en cómo las vivencias previas en distintos entornos afectan nuestra sensación de felicidad o de satisfacción con la vida; asimismo, los individuos con un alto nivel de inteligencia emocional gestionan los eventos de manera eficaz, lo que se relaciona con una mayor probabilidad de experimentar satisfacción vital (Pérez-Escoda, 2013).

B. Modelo de Diener

Diversos autores dirigieron sus esfuerzos a investigar para elaborar modelos teóricos que permitan explicar esta variable como un componente subjetivo del bienestar. De entre la variedad que existen nos centraremos en los dos modelos básicos expuestos por Diener (1984):

- **Modelo (abajo-arriba)**

Este modelo afirma que la causa por la que las personas experimentan satisfacción con su vida se relacionan con los momentos o situaciones placenteras que experimentan, asimismo se conoce que los individuos que pasan por situaciones positivas continuamente tienen una sensación de felicidad, de modo que realizan una valoración de los hechos por los cuales experimentaron este sentimiento de felicidad, y es por esta razón que se describe como un enfoque de “arriba hacia abajo”, este modelo se concibe de manera aditiva, es decir que sería la combinación de eventos y vivencias agradables y desagradables, de manera que una persona solo se sentiría satisfecha al experimentar numerosos momentos gratificantes y satisfactorios (Pérez-Escoda, 2013).

El modelo jerárquico de bienestar en forma de pirámide en el que las necesidades se van satisfaciendo en función de su progreso menciona que cuando se logra satisfacer una necesidad primaria, se generan nuevas necesidades que se sitúan arriba de la jerarquía, acrecentando los niveles de bienestar (Maslow, 1968). En contraste, se concibe las necesidades como impulsos que

organizan la comprensión de la percepción, el entorno y la conducta, con el propósito de transformar una situación insatisfactoria en una satisfactoria, lo que en teoría aumentaría su satisfacción vital (Murray, 1955).

- **Modelo (arriba-abajo)**

Este modelo sostiene que, según sus rasgos de personalidad las personas tienen una predisposición a interpretar los sucesos de manera positiva o, en cambio de manera negativa; la forma en que se interpretan esta situación determina cómo el individuo interactúa con su entorno; en este contexto, la satisfacción de la vida se verá favorecida o perjudicial dependiendo de las características personales que posee. Además, un factor que posiblemente contribuya a la satisfacción con la vida es lo que llamamos inteligencia, que abarca la capacidad de comprender y procesar información emocional (Pérez-Escoda, 2013).

2.2.2. Pensamientos Automáticos Negativos

2.2.2.1. Definición.

Los pensamientos automáticos son percepciones que fluyen deliberadamente ante diversos eventos que se suscitan en la vida diaria, dirigiendo así nuestra forma de actuar de acorde a la previa interpretación que hacemos de dicha situación, y que por lo general el pensamiento que se presenta tiende a ser negativo viéndose reflejado en el comportamiento que emitimos (Beck, 1967). Asimismo, se menciona que dichos pensamientos son aceptados como única verdad, y ante ellos no se produce ningún análisis o reflexión (Beck, 2011). Dicho de otra manera, son creencias desfiguradas que aparecen inmediatamente de manera consciente en el sujeto, previo a un suceso esporádico y consecutivamente provoca una respuesta concisa, lo cual se va convirtiendo en una experiencia muy común desarrollando patrones de comportamiento entre los sujetos.

Por otro lado, los pensamientos automáticos son realmente diálogos internos o según la categorización mental es también llamado autodiálogo, como pensamientos o situaciones, los

cuales se relacionan con un estado emocional intenso, consecutivamente las personas forman “interpretaciones” propias de dichas situaciones y que en la mayoría de las veces terminan siendo falsas ya que no se evidencia un análisis de por medio (Suárez, 2018). De acuerdo con la terapia cognitivo conductual estas formas erróneas de pensar reciben el nombre de distorsiones cognitivas; sin embargo, también son llamadas creencias irracionales (Ellis, 1977).

2.2.2.2. Modelos

A. Modelo del instrumento de Hollon y Kendall

Hollon y Kendall(1980) hablaron sobre el contenido cognitivo, refiriéndose al lenguaje interno en curso, trabajaron en la aplicación y desarrollo de enfoques terapéuticos dentro del marco de la terapia cognitiva conductual, analizaron mediciones sobre depresión y ansiedad relacionadas con los pensamientos automáticos, encontrando similitudes en las evaluaciones promedio entre varones y mujeres, sin embargo los pensamientos automáticos son un concepto más específicamente asociado con el trabajo de Aaron Beck y su enfoque en la terapia cognitiva conductual, por esa razón Hollon y Kendall (1980) diseñaron la escala de Pensamientos Automáticos (Automatic Thoughts Questionnaire - ATQ), que fue en respuesta a la hipótesis planteada por Aaron T. Beck quien postulo que los pensamiento en las personas con depresión tiende a ser negativo. Dentro del modelo de Hollon y Kendall (1980) se establecieron cuatro factores:

Desajuste personal. Evalúa pensamientos relacionados con la baja autoestima, la crítica hacia uno mismo y sentimientos de inutilidad.

Autoconcepto y expectativas negativas. Evalúa pensamientos relacionados con la visión negativa del futuro, la falta de esperanza y la expectativa de resultados negativos.

Baja autoestima. Evalúa pensamientos que suelen manifestarse como creencias o ideas negativas sobre uno mismo, donde la persona tiende a menospreciarse, criticarse y sentirse poco valiosa o incompetente.

Desamparo. Evalúa pensamientos relacionados con una sensación de impotencia, falta de control o una creencia de que las situaciones son inevitables y no se puede hacer nada para cambiarlas.

B. Modelo de Beck

De acuerdo con Beck (2008), los PAN son evaluaciones mentales rápidas y breves que surgen de manera espontánea, sin mediar deliberación o razonamiento consciente.

• Triada Cognitiva

La tríada cognitiva es un modelo propuesto por Aaron T. Beck en el contexto de su teoría cognitiva de la depresión, según este enfoque, las personas que presentan sintomatología depresiva tienden a interpretar su realidad a través de tres esquemas cognitivos negativos interrelacionados: una visión negativa de sí mismas, del mundo y del futuro (Beck, 1976).

El primer componente de esta tríada es la percepción negativa del yo, en la que el individuo se considera inadecuado, poco valioso o incluso culpable por sus dificultades, esta autovaloración distorsionada influye directamente en la autoestima y en la manera de afrontar los problemas.

En segundo lugar, se encuentra la visión negativa del entorno o del mundo, donde la persona interpreta sus experiencias y relaciones desde una perspectiva pesimista, percibiendo el entorno como lleno de obstáculos, injusticias o amenazas, esta percepción refuerza la sensación de impotencia frente a las demandas cotidianas.

Finalmente, el tercer componente es la expectativa negativa hacia el futuro, que se manifiesta en una falta de esperanza y la creencia de que las circunstancias personales no mejorarán, esto genera un estado de desesperanza que es característico en los trastornos depresivos.

Estos tres componentes no operan de forma aislada, sino que se alimentan entre sí, configurando un patrón de PAN que mantienen y agravan el estado depresivo (Beck et al.,1979).

- **Distorsiones Cognitivas**

Beck (según Matute, 2016) inicialmente identificó y describió en su trabajo siete distorsiones cognitivas fundamentales: (a) inferencia arbitraria, que consiste en llegar a conclusiones sin evidencia suficiente; (b) dicotomía, que se refiere a la tendencia de ver las cosas en términos absolutos, sin matices; (c) personalización, en la que una persona se siente responsable de eventos negativos fuera de su control; (d) abstracción selectiva, que implica enfocarse exclusivamente en un aspecto negativo de una situación, ignorando el panorama completo; (e) maximización/minimización, que consiste en exagerar la importancia de los problemas o minimizar los logros; (f) inferencia arbitraria, que también se refiere a interpretar situaciones de manera negativa sin pruebas claras; y (g) generalización, que es la tendencia a hacer conclusiones amplias basadas en eventos aislados. Sin embargo, con el tiempo, Beck amplió esta lista de distorsiones, incorporando nuevas categorías y modificando los nombres de algunas de las anteriores para reflejar con mayor precisión los patrones de pensamiento disfuncionales que afectan a las personas, lo que permitió un mayor entendimiento de cómo estas distorsiones contribuyen al desarrollo de síntomas ansiosos o depresivos, los cuales pueden evolucionar en trastornos del estado de ánimo.

También, autores como Álvarez (1997) desarrollaron una clasificación de las diversas tipologías de distorsiones cognitivas basadas en la propuesta de Beck, por ejemplo: la visión catastrófica, es cuando el sujeto tiende a esperar siempre lo peor, presenta verbalizaciones como “y si”, ¿y si salgo al parque y me roban?; el razonamiento emocional, este error implica en asumir que, nuestros sentimientos especialmente los negativos reflejan quienes somos realmente, aceptando los sentimientos como una hecho verídico; falacia de control, ocurre cuando el sujeto se cree muy capacitado, o bien en el otro extremo, se considera impotente, este tipo de pensamiento

lleva a la persona a considerar que los eventos o circunstancias que ocurren en su vida son el resultado de factores externos y no están bajo su control directo.; y otra distorsión identificada por este autor es la "falacia de la recompensa divina", en esta situación la persona evita tomar medidas activas a sus problemas; en cambio, supone que la situación se resolverá por sí sola con el tiempo o que eventualmente obtendrá algún beneficio si no interviene.

C. Modelo de Ellis

Las creencias irracionales, según Albert Ellis (1962), son pensamientos rígidos, absolutistas y poco realistas que las personas adoptan y que suelen generar emociones negativas intensas y conductas autodestructivas.

Ellis, el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), propuso que muchas de nuestras emociones negativas no provienen directamente de los hechos, sino de la interpretación que hacemos de ellos. Esas interpretaciones, cuando son irracionales, pueden generar ansiedad, culpa, ira, depresión, entre otras (Ellis, 1962).

Él describe 11 creencias irracionales que según su perspectiva, hacen que las personas desarrollen y mantengan sus alteraciones emocionales, del mismo modo, señala que muchas de estas creencias ilógicas se transmiten de una cultura a otra, dependiendo del contexto en el que una persona se desarrolle (Navas, 1981). Además, señala que, aunque se logre "superar" estas creencias, persiste una tendencia a retornar a estos patrones de comportamiento disfuncional. Estas pláticas internas que involucran dichos pensamientos irracionales reflejan las vivencias familiares y creencias o estereotipos de la sociedad, y generalmente el contenido de estos diálogos suelen ser dramáticos y dependen del carácter que tenga el sujeto (Ponce y Ruiz, 2016).

Las 11 creencias que podrían afectar psicológicamente a las personas según Ellis (1977) son:

- Para las personas adultas, es una necesidad muy real ser amados y reconocidos por casi todas las personas importantes de la sociedad.

- Debemos ser competentes en todas las facetas de la vida, considerándolo como un requisito para ser considerados seres humanos dignos y valiosos.
- Cierta tipo de personas son viles, malvadas y notorias, y se les debe responsabilizar seriamente y castigar por su maldad.
- Es muy aterrador y devastador cuando las cosas no salen como uno quiere.
- La infelicidad humana surge de causas externas, y las personas tienen poca o ninguna capacidad para controlar sus preocupaciones y ansiedades.
- Cualquier situación que suponga una amenaza o que pueda causarnos gran preocupación o conflicto debe evitarse a toda costa.
- Es menos complicado eludir ciertas responsabilidades y desafíos en la vida que confrontarlos.
- Es mejor depender siempre de alguien en quien puedas confiar más.
- Nuestras experiencias y acontecimientos pasados determinan nuestras acciones actuales. Nunca podremos liberarnos de la influencia del pasado, y algo que te impacta una vez te impactará para siempre.
- Es importante que las personas muestren una consideración genuina hacia las dificultades y preocupaciones de los demás.
- Los problemas humanos siempre pueden resolverse mediante soluciones precisas y perfectas, y cuando no se encuentra esa solución perfecta, ocurre el desastre.

La gente tiende a aprender estas creencias irracionales fácilmente y también a aferrarse a ellas obstinadamente, probablemente esto se deba a que estas personas nacen con una fuerte tendencia al pensamiento irracional o ilógico, (Ellis y Griegier, 1990, p. 29). Sin embargo, estos autores proponen diversas opciones racionales para aquellas ideas ilógicas que puedan estar afectando al individuo.

2.2.1.4. Dimensiones

El cuestionario de Hollon y Kendall (con la adaptación de Cano y Rodríguez en 2002) consta de cuatro dimensiones o factores que agrupan distintos tipos de pensamientos negativos. Estas dimensiones son:

- a. **Autoconcepto negativo:** Evalúa los pensamientos relacionados con una visión negativa de uno mismo, como sentimiento de inutilidad o incapacidad personal (Cano y Rodríguez 2002).
- b. **Indefensión.** Aborda pensamientos relacionados con la percepción de falta de control o incapacidad para enfrentar situaciones adversas (Cano y Rodríguez 2002).
- c. **Mala adaptación.** Incluye pensamientos sobre dificultades para adaptarse o ajustarse a las circunstancias de la vida (Cano y Rodríguez 2002).
- d. **Autoreproches.** Mide pensamientos sobre dificultades para ajustarse o adaptarse a las circunstancias de la vida (Cano y Rodríguez 2002).

2.2.3. Dolor crónico

El dolor crónico se describe como una vivencia molesta que involucra tanto la percepción sensorial; estas experiencias están vinculadas a un daño tisular real o potencial, en el cual los factores psicológicos, biológicos y sociales influyen en la aparición de los síndromes de dolor, los cuales persisten o se repiten durante más de tres meses (CIE-11, 2019).

2.2.3.1. Brotes del dolor en el paciente.

Los brotes de dolor podrían ser definidos como cualquier aumento significativo y sostenido del dolor por encima del nivel de dolor habitual del paciente, tal como, en el caso del dolor lumbar, los pacientes suelen experimentar cierto grado de dolor en todo momento, con brotes intermitentes en los que el dolor puede volverse bastante intenso, o en trastornos como la anemia de células falciformes o la artritis reumatoide, los pacientes normalmente experimentan periodos de tiempo

sin dolores seguidos de ataques de dolor, los cuales pueden durar desde varias horas hasta semanas (Gil et al., 1990).

Las respuestas cognitivas a los brotes en parte pueden influir significativamente en la adaptación del paciente (Turk et al., 1983). Aquellos pacientes que ven el brote de forma negativa, por ejemplo, como un acontecimiento desastroso, fuera de su control o como un reflejo de un fracaso personal, pueden volverse inactivos, retirarse de sus relaciones familiares y sociales, experimentando un aumento en los grados de ansiedad, depresión, nerviosismo y manifestaciones físicas.

Estas reacciones pueden potencialmente provocar niveles más altos de dolor, un mayor uso de analgésicos y una mayor dependencia de los servicios de salud (Gil et al., 1988). Los pensamientos negativos también pueden socavar significativamente la motivación de una persona para controlar su dolor (Turk et al., 1983). Por lo tanto, los brotes pueden conceptualizarse como situaciones de alto riesgo en las que los pacientes pueden no afrontar de forma adaptativa el dolor mediante métodos como la distracción y la relajación, y por lo tanto aumentar la probabilidad de recaída en patrones de conducta desadaptativos previos (Gil et al., 1988)

2.2.3.2 Clasificación del dolor crónico.

El dolor crónico puede clasificarse por origen, ubicación anatómica, causa o sistema. La CIE-11 (2019) realiza la división del dolor crónico en 7 grupos, los cuales son:

I. Dolor crónico primario

Este tipo de dolor se encuentra presente en una o más partes del cuerpo, tiene como característica principal la angustia emocional significativa, las interferencias en los movimientos diarios y la poca participación en las cuestiones sociales. Éste se da por diversos factores como: biológicos, psicológicos y sociales que ayudan al desarrollo del síndrome de dolor (CIE-11, 2019)

II. Dolor crónico por cáncer

Este dolor se encuentra relacionado con el cáncer, consta de larga duración cuyo origen es el cáncer o su propagación hacia todo el cuerpo (metástasis) (CIE-11, 2019).

III. Dolor crónico postquirúrgico

Hace referencia al dolor que acrecienta su intensidad posterior a un procedimiento quirúrgico o cualquier trauma (lesión tisular), que continúa aún después del proceso de curación, aproximadamente 3 meses después. Este se encuentra en el campo de la cirugía o el área de la lesión (CIE-11, 2019).

IV. Dolor crónico neuropático

Este tipo de dolor es persistente y surge a raíz de una enfermedad o lesión en el sistema nervioso somatosensitivo, pudiendo ser espontáneo o desencadenado, y constituye una respuesta dolorosa ante un estímulo que generalmente no es dolorosa o también puede generar una reacción excesiva del estímulo doloroso (CIE-11, 2019).

V. Dolor orofacial y cefalea

Este tipo de dolor abarca todas las condiciones de dolor de cabeza y dolor orofacial que tienen su origen en una región específica del cuerpo y se manifiestan en un mínimo de la mitad de los días a lo largo de un lapso de al menos tres meses (CIE-11, 2019).

VI. Dolor visceral crónico

Se trata de un dolor recurrente originado en los órganos internos ubicados en la cabeza o el cuello, de la parte costal, esternón diafragma (cavidad torácica), la cavidad abdominal y pélvica (CIE-11, 2019).

VII. Dolor musculoesquelético

Este dolor proviene de la percepción de dolor constante en los huesos, articulaciones, columna vertebral, músculos, tendones o tejidos blando, cuyo motivo puede estar relacionado con lesiones somáticas profundas o también con orígenes locales y sistémicos (CIE-11, 2019).

2.3. Definición de términos básicos

Autoconcepto negativo

Surge de las percepciones desfavorables que una persona tiene de sí misma, influenciadas además por cómo cree que los demás la perciben (Consuegra, 2010).

Autorreproches

Se manifiestan como una forma de autocrítica ante las limitaciones generadas por una enfermedad, expresando frustración por las carencias percibidas (Consuegra, 2010).

Dolor crónico

Es aquel dolor que se extiende o vuelve después de un lapso que excede los tres meses. Además, persiste por más de un mes tras la curación de una lesión tisular aguda o se vincula con una lesión que no ha completado su proceso de cicatrización (Watson, 2022).

Indefensión

Se refiere a la creencia de que los resultados están fuera del control personal y no dependen de las acciones o esfuerzos propios (Consuegra, 2010).

Mala adaptación

Consiste en una respuesta inadecuada o desajustada frente a las exigencias del entorno, lo que evidencia dificultades para interactuar eficazmente con la realidad (Consuegra, 2010).

Pacientes.

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE) en 2001, un paciente es aquella persona que sufre tanto física como corporalmente, y que por lo general se encuentra bajo atención médica.

Pensamientos automáticos negativos

Estos pensamientos son la resultante de las distorsiones cognitivas, que a su vez se encuentran unidas en los esquemas cognitivos ocultos, los cuales se forman durante la infancia de las personas (Beck et al., 1979).

Satisfacción con la vida

Está relacionada con la sensación de bienestar, alegría o felicidad de un individuo. Se trata, por tanto, de una visión personal de la propia situación vital, delineada por las metas, aspiraciones, valores y objetivos personales, influenciados por el entorno cultural (Pérez, 2013).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1 *Hipótesis general*

Existe relación significativa entre satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.

3.1.2 *Hipótesis específicas*

Existe relación significativa entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo autoconcepto negativo en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.

Existe relación significativa entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo indefensión en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.

Existe relación significativa entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo mala adaptación en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.

Existe relación significativa entre satisfacción con la vida y la dimensión de pensamientos automáticos negativos de tipo autorreproche en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025.

3.2. Variables (Identificación y Operacionalización)

Tabla 1

Variable: Satisfacción con la vida - Escala de satisfacción con la vida (SWLS).

Conceptos	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Definición conceptual La satisfacción con la vida se describe como una percepción cognitiva que implica una evaluación general y en parte duradera a lo largo del tiempo (Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth, 2011)	Unidimensional	– Idealización de la vida	01	Ordinal
		– Condiciones de vida	02	
		– Satisfacción con la vida	03	
		– Importancia de la vida	04	
		– Vivir de nuevo	05	
<hr/> Definición operacional La satisfacción con la vida se medirá con la versión en español de la Escala SWLS, adaptada por Atienza et al. (2000).				

Nota: Elaboración propia.

Tabla 2

Variable: Pensamientos automáticos negativos - Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos "ATQ-30".

Conceptos	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Los PAN son evaluaciones negativas rápidas y breves que surgen de forma espontánea, sin necesidad de reflexión o análisis deliberado (Beck, 2008)	Autoconcepto negativo	– Aislamiento emocional	11; 13; 15;	Ordinal
		– Baja autoestima	17; 19; 21;	
		– Pesimismo	22; 23; 29	
		– Inseguridad		
<hr/> Definición operacional Se evaluará con el ATQ-30, adaptado por Cano-García y Rodríguez-Franco (2003).				
	Indefensión	– Pensamiento derrotista	3; 6; 8; 9; 12;	
		– Pasividad	16; 18; 24;	
		– Autoevaluación negativa	25; 28; 30	
		– Rumiación		

Mala adaptación	- Aislamiento social	
	- Comportamientos de riesgo	
	- Sentimiento de desesperanza	14; 20; 26; 27
<hr/>		
Autorreproches	- Culpabilidad	
	- Autocrítica excesiva	1; 2; 4; 5; 7;
	- Comparaciones negativas	10

Nota: Elaboración propia.

CAPÍTULO IV

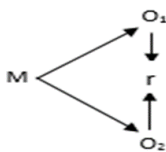
METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

Según Ñaupas et al. (2023), la investigación no experimental se distingue por observar los fenómenos en su entorno natural sin intervenir en ellos, lo que permite analizar su comportamiento tal como ocurre en la realidad. En este contexto, el presente estudio se enmarca en un enfoque no experimental, ya que los datos fueron recopilados sin modificar las condiciones de los participantes. Además, la investigación adopta un enfoque cuantitativo, lo que facilita la medición y el análisis estadístico de las variables en estudio.

4.2. Diseño de investigación

La investigación sigue un diseño correlacional. Según Ñaupas et al. (2023), este diseño es aquel que busca determinar la relación entre dos o más variables sin manipularlas, analizando su grado de asociación dentro de un mismo grupo de estudio. En este sentido, la investigación adoptó un diseño correlacional:



En donde:

r = Relación

M = Pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.

O1 = Pensamientos automáticos negativos

O2 = Satisfacción con la vida

4.3. Nivel de la investigación

El nivel de la investigación es descriptivo. Según Ñaupas et al. (2023), una investigación descriptiva, que tiene como propósito recopilar datos e información para contrastar hipótesis o responder preguntas sobre la situación actual de los sujetos de estudio, identificando y comunicando sus características y formas de comportamiento.

4.4. Población y muestra

4.4.1. Población

La población se define como el grupo completo de individuos o elementos que comparten características similares y que son analizados en un estudio (Ñaupas et al, 2023).

Teniendo en cuenta ello, para este estudio se abordó una población compuesta por todos los pacientes que asistieron al área de rehabilitación física en un hospital de Jauja, lo cual representó una cantidad de 324 pacientes, de acuerdo con los datos otorgados por los informes de la institución prestadora de salud (Red de Salud Jauja, 2025).

4.4.2. Muestra

La muestra es un grupo representativo extraído de la población total, elegido seleccionado para formar parte de un estudio de investigación, cuyo propósito es facilitar el proceso investigativo, permitiendo obtener conclusiones sobre la población general sin necesidad de examinar a todos sus integrantes (Ñaupas et al, 2023).

En este estudio, se empleó un muestreo no probabilístico circunstancial, el cual se basa en la selección de elementos de la población donde la probabilidad de inclusión no es conocida ni equitativa para todos (Ñaupas et al., 2023). Este método fue utilizado debido a limitaciones de tiempo y dificultades en el acceso a la población completa; de este modo, se trabajó con una muestra de 176 pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja, seleccionados mediante un proceso basado en criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión

- Pacientes que reciben atención en el servicio de rehabilitación.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con los siguientes diagnósticos: fibromialgia, osteoartritis, lumbalgia, artritis reumatoide, endometriosis, cistitis intersticial, dolor relacionado con neoplasias, hernias, hidrocefalia, escoliosis, etc (enfermedades que causan dolor crónico).
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 76 años.

Criterio de exclusión

- Pacientes hospitalizadas en estado preoperatorio que podrían presentar dificultades para participar o responder adecuadamente al estudio.
- Pacientes que acudan al área de rehabilitación con otras enfermedades.

4.5. Técnicas de recolección de datos y análisis de la información**4.5.1. Técnicas**

La recolección de datos es un proceso fundamental en la investigación que consiste en la obtención sistemática de información relevante para responder a los objetivos y preguntas del estudio; para ello, se deben seleccionar técnicas e instrumentos adecuados que garanticen la validez y confiabilidad de los datos recopilados (Ñaupas et al., 2023).

En la presente investigación, se empleó la técnica del cuestionario, un método ampliamente utilizado que permite obtener información estructurada de los participantes a través de un conjunto de preguntas previamente diseñadas (Ñaupas, 2020)

4.5.2. Instrumentos

Los recursos utilizados para la recopilación de datos en esta investigación incluyeron la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Esta escala se empleó para evaluar el grado de

satisfacción de los individuos con diferentes aspectos de su vida (Diener et al., 1985). Además, se utilizó el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30), cuya versión en español fue adaptada por Cano y Rodríguez en 2002.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Para evaluar esta variable se utilizó la SWLS, una herramienta desarrollada con el propósito de determinar la percepción que las personas tenían acerca de su satisfacción con la vida en términos generales (Diener et al., 1985). Para el presente trabajo se usó la versión española (Atienza et al., 2000).

Es una escala bajo un modelo unidimensional que estuvo compuesta por 5 ítems. Su aplicación se dio de manera individual o colectiva en personas mayores de 11 años, en un tiempo aproximado de 4 a 6 minutos. La calificación se realizó mediante una escala Likert de 0 a 5, donde las puntuaciones iban de "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo". El puntaje asignado se ubicó en una tabla de baremos para determinar la categoría del sujeto.

Validez. Diener et al. (1985) llevaron a cabo un análisis factorial de este instrumento y descubrieron un único factor que explicó el 66% de la variabilidad.

Según la adaptación española realizada por Atienza et al. (2000), los resultados obtenidos de esta escala muestran un nivel satisfactorio de $p < .001$.

En relación con Perú se realizó una investigación en la que se evaluó a 314 personas con el objetivo de analizar las evidencias psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS); como resultado, obtuvieron una varianza total del 70% para dicho instrumento, lo que permitió confirmar la validez de este constructo (Chiroque. et al., 2021).

Además, la validación se llevó a cabo mediante el criterio de jueces, contando con la evaluación de tres expertos. Los resultados de la V de Aiken reflejan una validez aceptable (0.84). En cuanto a los criterios evaluados, la suficiencia y la relevancia presentan valores

adecuados (0.80 y 0.82, respectivamente), mientras que la coherencia alcanza un nivel alto (0.89), evidenciando una estructura bien organizada en los ítems. Por su parte, la claridad obtuvo un valor de 0.87, lo que indica una formulación precisa y comprensible.

Confiabilidad. En cuanto a la confiabilidad, en un estudio se halló un coeficiente de Cronbach de .87 para la escala SWLS, lo que demuestra que esta escala posee propiedades psicométricas adecuadas y confiables (Diener et al., 1985).

De acuerdo con una investigación realizada, la escala muestra una consistencia interna muy robusta, evidenciada por un valor de $\alpha = .84$ (Atienza et al., 2000).

Si nos referimos al territorio nacional, Chiroque et al. (2021), en su trabajo realizado hallaron un coeficiente ($\alpha = .79$ y $\omega = .80$) demostrando así la confiabilidad para la aplicación de este instrumento.

Por lo tanto, para este estudio, a fin de comprobar los datos anteriores, la confiabilidad se evaluó mediante la prueba Omega de McDonald, utilizando una muestra piloto compuesta por 20 pacientes. El resultado de la prueba de confiabilidad fue de 0.709, lo cual indica que la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) es confiable.

Tabla 3

Confiabilidad de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)

<i>Variable</i>	<i>Omega de McDonald</i>
Satisfacción con la vida	0.709

Nota: Elaboración propia.

Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30). El nombre original del instrumento fue desarrollado por Hollon y Kendall en el año 1980, cuyo propósito fue evaluar la frecuencia de estos pensamientos. Este cuestionario constaba de la aparición de

autoafirmaciones negativas (pensamientos negativos automáticos). Este inventario consta de 30 ítems distribuidos en 4 factores (autoconcepto negativo, indefensión, mala adaptación y autoreproche). Para el presente estudio se usó la versión española adaptada por Cano y Rodríguez (2002). Se estimó un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para su realización; podía ser administrado de forma individual pero también en grupo. Los ítems se calificaron utilizando una escala tipo Likert con cinco niveles de puntuación: "0 = En absoluto", "1 = Un poco", "2 = Bastante", "3 = Mucho", "4 = Totalmente", respondiendo a la pregunta general que se aplicó a todos los ítems: la frecuencia con la que la persona pensaba en ello cuando experimentaba dolor.

Validez. La validez del instrumento original, según Hollon y Kendall (1980), fue confirmada al encontrar correlaciones estadísticamente significativas con la depresión y otros trastornos del estado de ánimo, evidenciando su relación con la existencia y severidad de dichas condiciones.

Además, en la adaptación española todas las asociaciones son positivas entre la sintomatología depresiva y los pensamientos negativos (Cano y Rodríguez, 2002).

También se realizó la validación mediante el criterio de jueces con tres expertos. Los resultados de la V de Aiken en el cuestionario reflejan una validez de contenido aceptable (0.81). Los criterios de suficiencia y relevancia presentan valores sólidos (0.82 y 0.83), al igual que la coherencia (0.85), lo que indica que los ítems son adecuados y mantienen una estructura lógica. Sin embargo, la claridad obtuvo el puntaje más bajo (0.76), por lo que se realizaron ajustes en la redacción para mejorar su comprensión. En cuanto a las dimensiones evaluadas, los valores obtenidos varían entre 0.78 y 0.84. La puntuación más alta corresponde a autorreproches (0.84), seguido de autoconcepto negativo (0.82) e indefensión (0.80), mientras

que la más baja se registró en mala adaptación (0.78). Estos resultados sugieren una validez moderada en todas las subescalas del instrumento.

Confiabilidad. Con respecto a la confiabilidad, el instrumento original Hollon y Kendall (1980) presentó un alfa de Cronbach de 0,96 para todos los factores.

En relación con la versión adaptada, Cano y Rodríguez (2002) encontraron una consistencia interna medida con el alfa de Cronbach, que osciló entre 0.85 y 0.94 para los 4 factores, lo que demuestra que todos fueron significativos.

Para corroborar estos datos, para esta investigación, se evaluó la confiabilidad mediante la prueba de “Alfa de Cronbach”. Para ello, se utilizó una muestra piloto conformada por 20 pacientes, obteniendo de forma general un valor de 0.955, indicando la confiabilidad del instrumento.

Tabla 4

Confiabilidad de la prueba piloto del Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30)

<i>Variable</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Pensamientos automáticos negativos	0,955

Nota: Elaboración propia.

4.5.3. Etapa de recolección de datos

Primero, se gestionó la autorización mediante la mesa de partes del hospital para llevar a cabo la aplicación de la prueba a los pacientes que acudían al área de rehabilitación. Esta solicitud estuvo dirigida a la directora del hospital, quien otorgó la autorización y comunicó la aprobación a la jefa del área de rehabilitación.

Una vez que se obtuvo la autorización correspondiente, se entregó el documento de conformidad al área de rehabilitación para notificar sobre la aprobación de la aplicación de las

pruebas. A continuación, se dio inicio al proceso de evaluación, visitando el área de rehabilitación durante un período de tres semanas. Durante este lapso, la evaluación se llevó a cabo con los pacientes que cumplían los criterios de inclusión definidos previamente. Cada evaluación tuvo una duración aproximada de 15 minutos, y se realizó un seguimiento constante para asegurar que el proceso se desarrollara de forma ordenada y eficiente. Se garantizó que todos los pacientes seleccionados fueran evaluados en función de su disponibilidad y estado de salud.

Finalmente, una vez aplicado el instrumento a una muestra, se procedió a organizar y estructurar la información recopilada en una hoja de cálculo utilizando el programa Excel; este paso permitió clasificar y sistematizar los datos de manera ordenada, facilitando su posterior análisis estadístico y garantizando la precisión y accesibilidad de la información para su interpretación y elaboración de los resultados del estudio.

4.5.4. Etapa de procesamiento de datos

Se efectuó la validación de contenido con el fin de analizar la consistencia interna de los ítems en ambos instrumentos. Este proceso consistió en examinar el contenido utilizando la técnica de juicio de expertos, con el objetivo de verificar si los instrumentos evaluaban de manera precisa la variable en estudio y si existía una adecuada coherencia entre las dimensiones y sus respectivos indicadores, para lo cual se utilizó la fórmula del V de Aiken.

Una vez validado el instrumento, se continuó corrigiendo las observaciones y recomendaciones hechas por los expertos. Posteriormente, se llevó a cabo una prueba piloto con un grupo de individuos que presentaban características equivalentes a las de la población definida (Méndez, 2001).

La confiabilidad de un instrumento se define como la capacidad de una herramienta de medición para generar resultados consistentes y estables en distintas condiciones y a lo largo del tiempo (Ñaupas, 2020). En consecuencia, para establecer la confiabilidad de ambos

instrumentos, se ejecutó la prueba piloto previamente detallada. El propósito fue determinar en qué medida los instrumentos serían capaces de medir de manera confiable las variables relacionadas con el fenómeno estudiado.

A continuación, los datos que se obtuvieron fueron procesados de forma automatizada, trasladando las respuestas dentro del programa estadístico SPSS en una matriz de dos entradas; posteriormente se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach y los resultados se interpretaron clasificando la confiabilidad de un instrumento en cinco niveles: muy alta, alta, moderada, baja y muy baja, con rangos que iban de 0,01 a 1,00 (Ruiz, 2002; Palella y Martins, 2003).

Por otro lado, la información recolectada en este estudio fue analizada utilizando el software IBM SPSS Statistics V.25. El propósito fue realizar el análisis estadístico pertinente para determinar la relación entre las variables propuestas y corroborar cada una de las hipótesis planteadas.

Se empleó el estadístico de Kolmogorov-Smirnov para realizar el análisis inferencial, debido a que el tamaño de la población superó los 50 individuos. Este procedimiento permitió evaluar si la distribución de la muestra seguía una distribución paramétrica o si, por el contrario, se ajustaba a una distribución no paramétrica. La aplicación del estadístico aseguró que los supuestos de normalidad fueran correctamente evaluados, permitiendo realizar conclusiones más robustas y válidas.

4.6. Aspectos éticos

La investigación garantizó la protección de los derechos intelectuales de los autores, teorías y conocimientos, asegurando el uso correcto de citas y referencias de acuerdo con las normas establecidas por la Asociación Psicológica Americana (APA), 7ª edición. De igual manera, el proceso de investigación cumplió con los principios éticos establecidos en el Código Deontológico del Psicólogo Peruano (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017).

Se garantizó que se proporcionara a los participantes información precisa y completa sobre los objetivos del estudio y el propósito específico para el cual se utilizarían los datos recopilados; esta información fue proporcionada a través de un consentimiento informado, el cual destacó de manera explícita que su participación fue completamente voluntaria; además, el documento incluyó una sección en la que se detallaron los derechos de los participantes, asegurando que tuvieran la libertad de retirarse en cualquier momento sin enfrentar repercusiones negativas; asimismo, la participación estuvo sujeta a la aceptación y firma del consentimiento por parte de cada participante, garantizando su comprensión y aprobación del proceso. Se aseguró de manera estricta la confidencialidad, el anonimato y la protección de la privacidad de los datos personales e identidad de todos los participantes involucrados en el estudio; asimismo, se garantizó que en ninguna etapa del estudio se divulgaran datos que permitieran identificar a los participantes, respetando plenamente los principios éticos y legales de la investigación científica.

Además, se gestionó el consentimiento oficial de la autoridad superior del Hospital Domingo Olavegoya (Ver anexo 4), garantizando que el estudio se llevará a cabo con pleno conocimiento y aprobación institucional; este paso fue fundamental para asegurar la colaboración y el acceso a los recursos necesarios en el marco de la investigación. Finalmente, el Comité de Ética de la Universidad Continental realizó un análisis exhaustivo y detallado del plan de tesis, evaluando tanto su originalidad como su rigor metodológico con el fin de garantizar que el estudio cumpliera con los principios éticos de la investigación científica, protegiendo los derechos, la dignidad y el bienestar de los participantes involucrados y se obtuvo la autorización (ver Anexo 7).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Para este estudio, se emplearon dos instrumentos, uno para cada variable, la escala de satisfacción con la vida (SWLS) y el Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30). Estos instrumentos fueron aplicados a pacientes con dolor crónico que asisten al área de rehabilitación de un hospital de Jauja durante el año 2025, siguiendo criterios de inclusión y exclusión específicos. Tras la evaluación de los resultados obtenidos mediante estos instrumentos, se procedió a analizar la información recopilada utilizando en programa estadístico Excel y SPSS (versión 25).

5.1.1. Descripción de la muestra

Tabla 5
Características sociodemográficas de la muestra

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	112	63.6%
	Masculino	64	36.4%
Grado de instrucción	Prim. Incompleta	23	13.1%
	Prim. Completa	11	6.3%
	Sec. Incompleta	21	11.9%
	Sec. Completa	59	33.5%
	Sup. Incompleta	22	12.5%
	Sup. Completa	40	22.7%
Estado civil	Soltero/a	68	38.6%
	Conviviente-Casado/a	88	50.0%
	Viudo/a	18	10.2%
	Separado/a-Divorciado/a	2	1.1%
Ocupación	Ama de casa	50	28.4%
	Agricultor	10	5.7%
	Estudiante	14	8.0%
	Independiente	36	20.5%
	Otros	26	14.8%
	Ninguna	40	22.7%
Tipo de dolor crónico	Musculoesquelético	136	77.3%
	Neuropático	10	5.7%
	Primario	2	1.1%
	Postquirúrgico	8	4.5%
	Visceral crónico	20	11.4%
Tipo de enfermedad	3 a 24 meses	142	80.7%
	25 a 48 meses	14	8.0%
	49 meses a más	20	11.4%

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 5 presenta la distribución de frecuencias y porcentajes de diversas características sociodemográficas de la muestra. Predominan las mujeres (63.6%), con educación secundaria completa (33.5%) o superior completa (22.7%). La mayoría está casada o en convivencia (50.0%), y las ocupaciones más frecuentes son ama de casa (28.4%) e independiente (20.5%), aunque un 22.7% no tiene ocupación. El tipo de dolor más común es el musculoesquelético (77.3%), seguido del visceral crónico (11.4%) y neuropático (5.7%). En cuanto a la duración de la enfermedad, el 80.7% ha experimentado dolor entre 3 a 24 meses, mientras que un 11.4% lo ha sufrido por más de 49 meses. Estos datos sugieren que el dolor crónico afecta principalmente a mujeres, con un perfil educativo medio-alto, y que el dolor musculoesquelético es el más prevalente, con una duración variable, pero mayormente en sus primeras etapas.

5.1.2 Resultados según variable

A. Satisfacción con la vida

Tabla 6

Niveles de la variable satisfacción con la vida en la muestra

Satisfacción con la vida	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecha	35	19.9%
Ligeramente insatisfecha	76	43.2%
Media	55	31.3%
Extremadamente satisfecha	10	5.7%
Total	176	100%

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 6 se muestran los resultados de la variable satisfacción con la vida de los participantes del estudio. Se halló que en su mayoría se encuentran ligeramente insatisfechos,

siendo este el 43.2% del total; el 31.3% en un nivel medio; el 19.9% se encuentran insatisfechos y solo 10 participantes refieren estar extremadamente satisfechos, siendo así el 5.7%.

B. PAN

Tabla 7

Niveles de PAN

Pensamientos Automáticos Negativos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	149	84.7%
Promedio	23	13.1%
Alto	4	2.3%
Total	176	100%

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 7 se muestra que gran cantidad de los participantes se ubican en un nivel bajo en lo que respecta la presencia de PAN, siendo esto el 84.7%; el 13.1% en el nivel promedio y solo el 2.3% refieren estar en un nivel alto.

C. Dimensión autoconcepto negativo

Tabla 8

Niveles de la dimensión autoconcepto negativo

Autoconcepto negativo	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	154	87.5%
Promedio	16	9.1%
Alto	6	3.4%
Total	176	100%

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 8 se muestran los niveles de la dimensión autoconcepto negativo de los participantes del estudio. Se encontró que el 87.5% se ubicaron en el nivel bajo; 9.1% en el nivel promedio y el 3.4% en el nivel alto.

D. Dimensión indefensión

Tabla 9

Niveles de la dimensión indefensión

Indefensión	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	140	79.5%
Promedio	30	17%
Alto	6	3.4%
Total	176	100%

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 9 se muestran los niveles de la dimensión indefensión de los participantes del estudio. Se encontró que el 79.5% se ubicaron en el nivel bajo; el 17% en el nivel promedio y el 3.4% en el nivel alto.

E. Dimensión mala adaptación

Tabla 10

Niveles de la dimensión mala adaptación

Mala adaptación	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	136	77.3%
Promedio	33	18.8%
Alto	7	4%
Total	176	100%

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 10 se muestran los niveles de la dimensión mala adaptación los participantes del estudio. Se encontró que el 77.3% se ubicaron en el nivel bajo; 18.8% en el nivel promedio y el 4% en el nivel alto.

F. Dimensión autorreproche

Tabla 11

Niveles de la dimensión autorreproche

Autorreproche	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	146	83.0%
Promedio	28	15.9%
Alto	2	1.1%
Total	176	100%

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 11 se muestran los niveles de la dimensión autorreproche de los participantes del estudio. Se encontró que el 83% de los participantes presentan un nivel bajo de pensamientos; el 15.9% un nivel promedio y solo 2 participantes siendo el 1.1% se encuentran en un nivel alto.

5.2. Tablas cruzadas

Tabla 12

Tabla cruzada entre Satisfacción con la vida y PAN

		Pensamientos automáticos negativos			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Satisfa cción con la vida	Insatisfecha	Recuento	21	13	1	35
		% dentro de	60,0%	37,1%	2,9%	100,0%
		SWLS				
Ligeramente insatisfecha		Recuento	68	6	2	76
		% dentro de	89,5%	7,9%	2,6%	100,0%
		SWLS				
Media		Recuento	53	2	0	55
		% dentro de	96,4%	3,6%	0,0%	100,0%
		SWLS				
Extremada- mente satisfecha		Recuento	7	2	1	10
		% dentro de	70,0%	20,0%	10,0 %	100,0%
		SWLS				
Total		Recuento	149	23	4	176
		% dentro de	84,7%	13,1%	2,3%	100,0%
		SWLS				

Nota: Elaboración propia.

En la Tabla 12 se observa que el 84.7% presenta niveles bajos de PAN, el 13.1% niveles medios y solo el 2.3% niveles altos. Las personas insatisfechas con la vida presentan mayor dispersión en los niveles de PAN, siendo predominantes los niveles bajos (60%), aunque un 37.1% muestra niveles medios y un 2.9% niveles altos. En contraste, quienes reportan una satisfacción media presentan el porcentaje más alto de niveles bajos (96.4%), sin ningún caso de pensamientos negativos altos. En el grupo extremadamente satisfecho, aunque la muestra

es pequeña, el 70% tiene niveles bajos, el 20% niveles medios y el 10% niveles altos, lo que representa la mayor proporción de pensamientos altos entre las categorías.

5.3. Prueba de normalidad

Tabla 13

Resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov - Smirnov

	<i>Kolmogorov – Smirnov</i>		
	Estadístico	Gl	Sig.
Satisfacción con la vida	0.083	176	0.005
Pensamientos automáticos negativos	0.169	176	0.000
Autoconcepto negativo	0.212	176	0.000
Indefensión	0.178	176	0.000
Mala adaptación	0.166	176	0.000
Autorreproches	0.119	176	0.000

Nota: Elaboración propia.

La tabla 13 presenta los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, indicando que la variable "Satisfacción con la vida" ($P = 0.005$) y "PAN" junto con sus dimensiones ($P = 0.000$) no siguen una distribución normal. Ante esta desviación, se optó por emplear la prueba no paramétrica de Spearman.

5.4 Prueba de hipótesis

5.4.1 Prueba de hipótesis general

Ho: No existe una relación significativa entre la satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos.

Ha: Existe una relación significativa entre la satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos.

Tabla 14

Correlación de Rho de Spearman entre satisfacción con la vida y PAN,

		Satisfacción con la vida	
Rho de Spearman	Pensamientos Automáticos Negativos	Coefficiente de correlación	-.245
		Sig. (bilateral)	.001
		N	176

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 14 presenta los resultados del coeficiente de correlación de Spearman entre las variables satisfacción con la vida y PAN. Se observa una correlación negativa de magnitud baja y significativa a nivel inferencial, con un valor de -0,245 y una significancia bilateral de 0,001.

5.4.2 Prueba de hipótesis específicas de correlación

Ho: No existe una relación significativa entre las dimensiones de los pensamientos automáticos negativos y la satisfacción con la vida.

Ha: Existe una relación significativa entre las dimensiones de los pensamientos automáticos negativos y la satisfacción con la vida.

Tabla 15

Correlación de Spearman entre PAN: "Autoconcepto negativo" y satisfacción con la vida.

		Satisfacción con la vida	
Rho de Spearman	Autoconcepto Negativo	Coefficiente de correlación	-,158
		Sig. (bilateral)	,037
		N	176

Nota: Elaboración propia.

Los resultados presentados en la Tabla 15 muestran una correlación negativa de magnitud muy baja ($r = -0.158$) entre la satisfacción con la vida y la dimensión de PAN, específicamente el Autoconcepto Negativo, con un nivel de significancia bilateral de 0.037. Esto permite rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_a).

Tabla 16

Correlación de Spearman entre PAN: “Indefensión” y satisfacción con la vida.

			Satisfacción con la vida
Rho de Spearman	Indefensión	Coefficiente de correlación	-,212
		Sig. (bilateral)	,005
		N	176

Nota: Elaboración propia.

Los resultados presentados en la Tabla 16 muestran una correlación negativa de magnitud baja ($r = -0.212$) entre la satisfacción con la vida y la dimensión de PAN, específicamente la Indefensión, con un nivel de significancia bilateral de 0.005. Esto permite rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_a).

Tabla 17

Correlación de Spearman entre PAN: “Mala adaptación” y satisfacción con la vida.

			Satisfacción con la vida
Rho de Spearman	Mala adaptación	Coefficiente de correlación	-,253
		Sig. (bilateral)	,001
		N	176

Nota: Elaboración propia.

Los resultados presentados en la Tabla 17 muestran una correlación negativa de magnitud baja ($r = -0.253$) entre la satisfacción con la vida y la dimensión de PAN, específicamente la Indefensión, con un nivel de significancia bilateral de 0.001. Esto permite rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_a).

Tabla 18

Correlación de Spearman entre PAN: "Autorreproche" y satisfacción con la vida.

			Satisfacción con la vida
Rho de Spearman	Autorreproche	Coefficiente de correlación	-,198
		Sig. (bilateral)	,008
		N	176

Nota: Elaboración propia

Los resultados presentados en la Tabla 18 muestran una correlación negativa de magnitud muy baja ($r = -0.198$) entre la satisfacción con la vida y la dimensión de PAN, específicamente el Autorreproche, con un nivel de significancia bilateral de 0.008. Esto permite rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_a).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

De acuerdo con el estudio con respecto a la variable de satisfacción con la vida, se halló que el 43.2% de los participantes se ubicaron en un nivel ligeramente debajo de la media, el 31.3% en un nivel normal y el 19.9% en un nivel bajo (insatisfecho). Resultado similar fue reportado por Mamani (2023) en Cusco, quien, en su estudio realizado a pacientes diagnosticados con fibromialgia, encontró que el 52,2% ejercen una afectación moderada en su calidad de vida, seguido de un impacto severo el 32.2% y un impacto leve el 15.6% calidad de vida.

Según las dimensiones de PAN de la presente investigación se encontró que el 83.0% de los pacientes se ubican en un nivel bajo, el 15.9% en nivel medio y el 1.1% en un nivel alto con respecto al autorreproche, mientras que para el autoconcepto negativo se halló en un nivel bajo al 87.5%; en el nivel medio a un 9.1% y en un nivel alto al 3.4% de pacientes, si bien es cierto estas cifras no son elevadas, pero sí significativas, esto se debe a la excesiva autoexigencia de los pacientes y sus expectativas sobre los demás, además de la percepción que tienen de su enfermedad, la cual puede influir en su identidad (Duschek, Reyes, 2019; Werner et al., 2019). Como indican estudios recientes realizados por Cano et al., en 2021, la rumiación, la catastrofización y los sesgos atencionales hacia sensaciones dolorosas pueden hacer que los pacientes experimenten una mayor carga emocional, perpetuando así un ciclo de malestar físico y psicológico. Asimismo, se refleja en lo señalado por Anagnostopoulos et al. en 2023, cuyo estudio identificó una fuerte relación entre la catastrofización del dolor y la intensidad del dolor crónico.

La investigación evidenció una relación negativa entre los PAN y la satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico, con una correlación de $Rho = -0.245$, indicando que, a

mayor presencia de estos pensamientos, menor es la percepción de satisfacción con la vida. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado por Hnatesen et al. en 2022 en Croacia con pacientes que sufrían dolor lumbar crónico durante al menos tres meses, evidenció una correlación negativa débil ($r = -0.51^*$) entre la calidad de vida vinculada a la salud y la angustia mental. De manera similar, Morales en 2020 en su investigación realizada con adultos mayores asistentes a un programa de salud en Ecuador, encontró una correlación negativa baja ($Rho = -0.280$) entre los diferentes tipos de pensamientos automáticos y la calidad de vida. Tal como lo señala Beck et al. (1979), los PAN caracterizados por ser distorsionados, recurrentes y autodescalificadores pueden influir significativamente en la percepción de bienestar, estos pensamientos suelen activar patrones emocionales disfuncionales, tales como ansiedad, depresión y desesperanza, lo cual impacta negativamente tanto en la salud mental como en la calidad de vida.

Asimismo, estos resultados guardan relación con la investigación llevada a cabo en Atenas, Grecia, por Anagnostopoulos et al. (2023), en una muestra de pacientes oncológicos con dolor crónico. Este estudio concluyó que existe una relación significativa negativa ($B = -0.391$, $p = 0.004$) entre las puntuaciones catastróficas del dolor y los niveles de calidad de vida, lo cual implica que cuanto más intensas y frecuentes son las interpretaciones catastróficas sobre el dolor, peor es la percepción de la calidad de vida en estos pacientes. Estos hallazgos refuerzan lo expuesto por Diener en 1984 en su modelo arriba-abajo, que sugiere que las personas con tendencias cognitivas negativas perciben su entorno de manera desfavorable, lo que impacta su satisfacción con la vida.

Con respecto a las hipótesis específicas planteadas en el estudio, se encontró una relación significativa y de magnitud muy baja entre la satisfacción con la vida y el autoconcepto negativo ($P = 0.037$; $Rho = -0.158$), la indefensión ($P = 0.005$; $Rho = -0.212$), la mala adaptación ($P = 0.001$; $Rho = -0.253$) y el autorreproche ($P = 0.008$; $Rho = -0.198$), indicando

que, a mayor presencia de PAN en estas dimensiones, la percepción de satisfacción con la vida disminuye, resaltando su impacto en el bienestar emocional de los pacientes. Esto se relaciona con el trabajo realizado por Sandoval et al. en 2020, quienes demostraron que existe correlación negativa entre las dimensiones de PAN de: autorreproche, autoconcepto negativo e indefensión con la variable expresión del receptor de serotonina (5HT1a), lo cual indica que a medida que aumenta el nivel en estos pensamientos, la expresión del receptor 5HT1a tiende a disminuir. Esta relación se explica según la adaptación realizada por Cano y Rodríguez (2002), que señalan que la dimensión de PAN de autorreproche surge como una reacción frente a las restricciones ocasionadas por la enfermedad, reflejando la autocrítica ante las deficiencias resultantes, mientras que el autoconcepto negativo, resulta de las percepciones desfavorables que se originan en la persona y se ven influenciadas por la percepción que los demás tienen de ella (Consuegra, 2010).

Frente al análisis de la dimensión de PAN de mala adaptación, la cual implica una respuesta inapropiada o desajustada a las demandas del entorno, así como una conexión defectuosa o incapacidad del individuo para operar efectivamente en la realidad (Consuegra, 2010), es importante considerar a la par los estilos de afrontamiento que una persona maneja para adaptarse a diferentes situaciones que suscitan en su día a día, tal como se refleja en los estudios realizados por Barrantes (2020) en la ciudad de Lima - Metropolitana, al hallar una relación moderadamente fuerte ($r= 0.521$) entre estilos de afrontamiento y los niveles de bienestar psicológico en 80 mujeres pacientes quienes fueron diagnosticadas con dolor crónico: fibromialgia (FM), esto quiere decir que cualquier cambio en los métodos de afrontamiento o adaptación de los pacientes podría estar relacionada a cambios específicos en su bienestar psicológico, pues se ha evidenciado en numerosas investigaciones que estos pensamientos tienen un papel clave en la manera en que las personas perciben y manejan el dolor (Cano et al., 2003; Rodríguez y Cano, 2001).

CONCLUSIONES

Existe relación significativa ($P = 0.008$) de tipo inverso y magnitud baja ($Rho = -.245$) entre satisfacción con la vida y PAN en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.

Existe relación significativa ($P = 0.037$) de tipo inverso y magnitud muy baja ($Rho = -0.158$) entre satisfacción con la vida y la dimensión de PAN de tipo autoconcepto negativo en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.

Existe relación significativa ($P = 0.005$) de tipo inverso y magnitud baja ($Rho = -0.212$) entre satisfacción con la vida y la dimensión de PAN de tipo indefensión en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.

Existe relación significativa ($P = 0.001$) de tipo inverso y magnitud baja ($Rho = -0.253$) entre satisfacción con la vida y la dimensión de PAN de tipo mala adaptación en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.

Existe relación significativa ($P = 0.008$) de tipo inverso y magnitud muy baja ($Rho = -0.198$) entre satisfacción con la vida y la dimensión de PAN de tipo autorreproche en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades del hospital; desarrollar normativas internas que incluyan la evaluación periódica de los aspectos psicológicos, como los PAN, dentro del tratamiento del dolor crónico. Estas normativas deberían garantizar la integración de un enfoque biopsicosocial en el manejo del dolor, considerando tanto las intervenciones médicas como psicológicas. Además, se sugiere organizar campañas educativas y talleres dirigidos a pacientes y personal de salud, con el fin de sensibilizar sobre la importancia de la salud mental en el tratamiento del dolor crónico. Es crucial también capacitar al personal médico y psicológico en la identificación temprana de factores emocionales y psicológicos que puedan estar influyendo en los pacientes con dolor crónico.
- Al área de rehabilitación física; incluir un proceso de tamizaje para la detección temprana de los PAN y otros factores emocionales que puedan estar impactando el avance en la rehabilitación. Este tamizaje podría llevarse a cabo a través de cuestionarios estandarizados que evalúen la presencia de pensamientos negativos, estrés o síntomas depresivos, lo que permitiría identificar a los pacientes que necesiten apoyo psicológico adicional durante su tratamiento físico. Así, se promovería una colaboración más efectiva entre fisioterapeutas, psicólogos y médicos en el proceso de rehabilitación.
- Al área de psicología; desarrollar estrategias de intervención psicológica personalizadas según las necesidades específicas de los pacientes con dolor crónico, incorporando enfoques terapéuticos como la Terapia Cognitiva (TC), la Terapia cognitivo-Conductual (TCC), y técnicas contextuales para ayudar a los pacientes a identificar y modificar los PAN, así como a gestionar la ansiedad y la depresión asociadas al dolor.
- A los pacientes; Participar en sesiones informativas o talleres que proporcionen una comprensión integral del dolor crónico, su interacción con factores emocionales y cómo

aspectos psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión pueden intensificar la experiencia del dolor. Al adquirir esta comprensión, los pacientes podrán modificar su enfoque hacia el dolor, viéndolo desde una perspectiva más manejable y controlable.

- A la comunidad científica; llevar a cabo investigaciones en diferentes poblaciones y explorar la efectividad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del dolor crónico. Dado el impacto que el bienestar psicológico tiene en la percepción y manejo del dolor, se recomienda realizar estudios longitudinales y transversales que profundicen en cómo la satisfacción con la vida influye en la salud mental de los pacientes con dolor crónico. Estos estudios contribuirán a desarrollar intervenciones más efectivas y completas, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

- Alpi, S. V., Parada, N., Quiceno, J. M., Munévar, F. R., & Maldonado, L. A. V. (2019). *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): análisis de validez, confiabilidad y baremos para estudiantes universitarios de Bogotá. Psicogente, 22(42), 1-20.*
<https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3468>
- Álvarez, R. (1997). *Para Salir del Laberinto*. España: Sal Terrae.
- Ambrey, C. y C. Fleming (2014). The causal effect of income on life satisfaction and the implications for valuing non-market goods. *Economic Letters*, vol. 123, N° 2, mayo.
- Anagnostopoulos, F., Paraponiari, A. & Kafetsios, K. (2023). The Role of Pain Catastrophizing, Emotional Intelligence, and Pain Intensity in the Quality of Life of Cancer Patients with Chronic Pain. *J Clin. Psychol Med Settings*, 30, 501–519.
<https://doi.org/10.1007/s10880-022-09921-5>
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Barrantes, S. (2020). *Estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en mujeres con fibromialgia de un hospital nacional de Lima Metropolitana*. [Tesis para optar el título profesional, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8957/Estilos_BarrantesSalcedo_Alejandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva para la depresión*. New York: Guilford.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond*. (pp. 1849-1850) New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bless H., & Schwarz, N. (1984). *IST schlechte Stimmung die Ausnahme? Eine Metaanalyse von Stimmungsuntersuchungen* [Is bad mood the exception? A meta-analysis of mood studies]. Paper presented at the 26th Tagung experimentell arbeitender Psychologen, Nürnberg.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). *Chronic pain in Australia: A prevalence study*. *Pain*, 89(2-3), 127-134. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00355-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00355-9)
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Cano García, F.J. y Rodríguez Franco, L. (2003). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, 24 (3), 35-43.

- Cano, A., & Chaves, J. F. (2003). La relación entre dolor crónico y pensamientos automáticos negativos. *Revista de Psicología de la Salud*, 15(2), 105-112.
- Cano, F., Rodríguez, L., Blanco, A., Sánchez, J. y Cobos, R. (2021). Pensamientos automáticos negativos e intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico: el papel mediador de la catastrofización. *Multidisciplinary Pain Journal: Revista de la sociedad española multidisciplinar del dolor*, 1, 101-111. [10.20986/mpj.2021.1006/2021](https://doi.org/10.20986/mpj.2021.1006/2021)
- Cano-García, F. J., & Rodríguez-Franco, L. (2002). *Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30): Adaptación española. En Evaluación psicológica en contextos clínicos y de salud* (pp. 451-465). Madrid: Pirámide.
- Carrión, A.C., Molero, R., & Gonzales, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología*, 16(2), 189-198. https://www.um.es/analesps/v16/v16_2/08-16_2.pdf
- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U., y Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 644-655. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.644>
- Chiroque, J., Gonzales, S., Maldonado, C. y Vilchez, A. (2021). Evidencias psicométricas de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) en población adulta de Lima Metropolitana, 2020. *PsiqueMag*, 10(1), 65–75. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v10i1.2645>
- CIE-11 para Estadísticas de mortalidad y morbilidad. (2019). <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1581976053>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética del psicólogo peruano*. Colegio de Psicólogos del Perú. <https://www.cpsp.pe>

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (2.a ed.). Ecoe Ediciones.
<https://silo.tips/download/natalia-consuegra-anaya>

Diario Médico Perú. (2023, 28 febrero). En Lima, Más De 1 Millón De Pacientes Con Dolor Crónico No Reciben Tratamiento – *Diario Médico Perú*.
<https://www.diariomedico.pe/en-lima-mas-de-1-millon-de-pacientes-con-dolor-cronico-no-reciben-tratamiento/>

Diener, E. (1984) Subjective Well Being [Bienestar subjetivo] *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale [La escala de satisfacción con la vida]. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

Diener, E., y Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7(3), 181-185.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00354.x>

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

Ellis, A. (1977). *Rational emotive therapy: A new approach to cognitive behavior therapy*. New York: New American Library.

Ellis, A. (2001). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. Impact Publishers.

Ellis, A., y Griegier, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. (Vol. 4). Editorial Desclée de Brouwer.

FEDELAT, Red Mexicana de Periodistas de Ciencia y Grünenthal (octubre, 2020). *Guía del dolor crónico para periodistas* P.16

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

Gil, K., Williams, D., Keefe, F. y Beckham, C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21(3), 349- 362.

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties, validity, and population-based norms. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127–132. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000058>

Gonzales, G. (2016). Determinantes de la satisfacción de vida de las personas en las ciudades de la frontera norte de México. Realidad, Datos y Espacio. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 7(1), 59-75. https://rde.inegi.org.mx/rde_17/doctos/rde_17_art4.pdf

Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280(2), 147–151. <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>

Hnatesen, D., Pavić, R., Radoš, I., Dimitrijević, I., Budrovac, D., Čebohin, M. & Gusar, I. (2022). Quality of Life and Mental Distress in Patients with Chronic Low Back Pain: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17):10657. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710657>

- Ibáñez, C. & Manzanera, R. (2014). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 40(1), 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.020>
- ITACA. (2001). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. *En Scielo España*. Recuperado de <https://scielo.isciii.es>
- Jackson, T., Wang, Y., & Fan, H. (2014). *Associations between Pain Appraisals and Pain Outcomes: Meta-Analyses of Laboratory Pain and Chronic Pain Literatures*. *American Pain Society*, <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.499>
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). *Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists*. *American Psychologist*, 69(2), 105–118. <https://doi.org/10.1037/a0035641>
- Jiménez, M. A., & Martínez, P. R. (2020). Pensamientos automáticos negativos y su relación con la percepción del dolor crónico: Un enfoque cognitivo-conductual. *Revista de Psicología Clínica*, 35(2), 123-135. <https://www.revistapsicologiaclinica.org>
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (1980). *Cognitive-behavioral interventions: An overview*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 681-692. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.48.6.681>
- Leeuw, M., Goossens, M. E., van Breukelen, G. J., & Linton, S. J. (2007). The role of fear of movement/ (re)injury in the development of chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 11(1), 1-17. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2007.00167.x>
- Leyva, E. O., Falvy-Bockos, I., Barba, C. L. V., Aldazabal, D. A., Vitorino, C. E., García-Mostajo, J. A., Atauje, H. V., Cama, L. F. R., & Soto-Becerra, P. (2023). Pain prevalence

- and chronicity in a developing country in Latin America: a population-based survey in Lima, Peru. *Pain management*, 13(1), 45-59. <https://doi.org/10.2217/pmt-2022-0061>
- Maestre, C., Girela, M., Sánchez-Gallo, D. P., Acosta-Manzano, P., Gavilán-Carrera, B., García-Rodríguez, I., Rojo-González, J. J., & Aparicio, V. A. (2019). Asociación entre fuerza de prensión manual y bienestar en mujeres con fibromialgia. [Association of Handgrip Strength and Well-being in Women with Fibromyalgia]. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 15(58), 307-322. <https://doi.org/10.5232/ricyde2019.05801>
- Mamani, J. (2023). *Asociación de la actividad física con la calidad de vida en pacientes con fibromialgia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud Cusco, 2022*. [Trabajo de Titulación, Universidad Andina del Cusco]. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/5677>
- Martínez-Calderón, J., López-Martínez, A. E., & Ramírez-Maestre, C. (2017). Disability and physical activity in fibromyalgia patients: The role of pain, depression, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 21(7), 1165–1175. <https://doi.org/10.1002/ejp.1048>
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. Nueva York: Van Nostrand.
- Matute, A. (2016). *Distorsiones cognitivas presentes en las usuarias del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano atendidas por intento suicida* [Tesis de maestría, Universidad de Guayaquil, Ecuador]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/13168/>
- Méndez, C. (2001). *El protocolo de investigación* (3.a ed.). Rodrigo Vélez Bedoya. pp 196
- Ministerio de Salud del Perú. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2019*. Dirección General de Epidemiología. <https://www.dge.gob.pe/>

- Morales, M. (2020). *Pensamientos automáticos y su relación con la calidad de vida en adultos mayores que asisten al programa “Universidad del adulto mayor” de la Universidad Central del Ecuador*. [Tesis de Titulación, Universidad Central del Ecuador]. <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f9c74e86-90ba-43e9-abcc-412e3e79fbc5/content>
- Murray, H. A. (1955). *American Icarus*. En A. Burton y R. E. Harris (Eds.), *Clinical Studies of Personality*, 2, 615-641. Nueva York.: Harper
- Navas, J. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 75-83.
- Ñaupas Paitán, H., Mejía Mejía, E., Trujillo Román, I. R., Romero Delgado, H. E., Medina Bárcena, W., & Novoa Ramírez, E. (2023). *Metodología de la investigación total: Cuantitativa – Cualitativa y redacción de tesis* (6.^a ed.). Ediciones de la U
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Pain management in chronic conditions*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-pain>
- Parella, S. y Martins, F. (2003). *Metodología de la Investigación cuantitativa*. Caracas: Fedupe/
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Revisión de la escala de satisfacción con la vida. *Revista Evaluación Psicológica*, 5(2), 164-172. 61
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.5.2.164>
- Pérez-Escoda, N. (4-6 de septiembre del 2013). *Variables Predictivas de la Satisfacción con la vida en estudiantes universitarios*. [Presentación de paper] Comunicación presentada al XVI Congreso Nacional / II Internacional Modelos de Investigación.

- Pincus, T., & Morley, S. (2001). *Cognitive-behavioral therapy for chronic pain: An overview. Pain*, 85(3), 307-314. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00303-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00303-1)
- Ponce, J. y Ruiz, D. (2016). *Pensamientos automáticos y calidad de vida de los pacientes con pie diabético del hospital provincial general docente de Riobamba periodo junio - noviembre 2016*. [Trabajo de grado para Licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3269/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2016-0028.pdf>
- Quevedo, K. (2023). *Dolor crónico oncológico y calidad de vida en pacientes atendidos en el consultorio de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del HNERM - 2021*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19256/Quevedo_pk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2004). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 8(3), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2003.08.005>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. <https://www.rae.es/drae2001/paciente>
- Red de Salud Jauja. (2025). Población Asegurada SIS. *USPP - Red de Salud Jauja - Data SIS*. <https://redjauja.blogspot.com/2025/01/poblacion-asegurada-sis-red-jauja-al.html>
- Rodríguez Franco, L. y Cano García, F.J. (2001). *Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Actualizaciones en Dolor*, 2 (4), 279-288.
- Ruiz Bolívar, C. (2002). *Instrumentos de Investigación Educativa*. Venezuela: Fedupel.

- Ryff, C. D. (1995). *Psychological well-being in adult life. Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Salas La Torre, G. G. (2012). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/items/8139acda-ed7d-4ef5-b81b-4d525f73bac5>(<https://tesis.pucp.edu.pe/items/8139acda-ed7d-4ef5-b81b-4d525f73bac5>)
- Sanabria, J. & Estrada, M. (2018). Implicações da dor crônica na qualidade de vida das mulheres com fibromialgia, *Psicologia Em Estudo*, 23, 81-91.
- Sanchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanista*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Sandoval, A., Pérez, N., Miliar, A., Gómez, M., García, C., y Aguilera, V. (2020). Pensamientos Negativos y Estrés asociados al Receptor de Serotonina 5HT1a en Mujeres con Fibromialgia. *Acta de investigación psicológica*, 10(3), 93-101. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.361>
- Schmidt, M., Raimundi, M., y Molina, M. (2015). Satisfacción vital en dominios específicos: adaptación de una escala para su evaluación. *Liberabit*, 21(2), 299-312. http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_21_2_satisfaccion-vital-endominios-especificos-adaptacion-de-una-escala-para-su-evaluacion.pdf
- Suárez, J. (2018). *Los pensamientos automáticos y el rendimiento académico de los estudiantes de Enfermería de una Universidad de la Ciudad de Trujillo-2017*. [Trabajo de Maestría, Universidad César Vallejo].

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29497/suarez_pj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Turk, D., Melchenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine*, New York: Guilford Press.

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.678>

Van-der Hofstadt Román, C. J., Leal-Costa, C., Alonso-Gascón, M. R., & Rodríguez-Marín, J. (2017). Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: Efectos de un programa de intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 16(3), xx-xx. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.cven>

Vara, A. (2012). *Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa. Un método efectivo para las ciencias empresariales*. Lima: Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos de Universidad de San Martín de Porres.

Velarde Ruiz, N. A. (2017). *Actividad física en la calidad de vida de pacientes con fibromialgia de un Hospital de Lima-2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio Institucional UAP. <https://hdl.handle.net/20.500.12990/3082>

Beethoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervention Psicosocial*, 3, 87-16 <https://repub.eur.nl/pub/16195/>

Watson, J. (2022). MD, *Mayo Clinic College of Medicine and Science*.

<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico>

Williams, A., Eccleston, C., & Morley, S. (2013). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>

ANEXOS

Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
Pensamientos automáticos negativos y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.	<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre pensamientos automáticos negativos y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja?</p>	<p>Hipótesis General: Existe relación significativa negativa entre pensamientos automáticos negativos y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre pensamientos automáticos negativos y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>V1: Pensamientos automáticos negativos</p> <hr/> <p>V2: Satisfacción con la vida</p>	<p>Autoconcepto negativo</p> <p>Indefensión</p> <p>Mala adaptación</p> <p>Autorreproches</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Alcance: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental de corte transversal</p>
	<p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre la dimensión pensamientos negativos (general) y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja? ¿Cuál es la relación entre la dimensión de pensamientos sociales negativos y satisfacción 	<p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa negativa entre la dimensión pensamientos negativos (general) y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja. Existe relación significativa negativa entre la dimensión de 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre la dimensión pensamientos negativos (general) y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja Determinar la relación entre la dimensión de 		<p>Unidimensional</p>	<p>Método: Hipotético-deductivo</p> <p>En donde: M = Pacientes con dolor crónico del Hospital Domingo Olavegoya. O1 =</p>

<p>con la vida en pacientes con dolor crónico del Hospital Domingo Olavegoya?</p>	<p>pensamientos sociales negativos y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>pensamientos sociales negativos y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de jauja.</p>	<p>Pensamientos automáticos negativos O2 = Satisfacción con la vida r = Relación</p>
<p>▪ ¿Cuál es la relación entre la dimensión de pensamientos de discapacidad y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico del Hospital Domingo Olavegoya?</p>	<p>▪ Existe relación significativa negativa entre la dimensión de pensamientos de discapacidad y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja</p>	<p>▪ Determinar la relación entre la dimensión de pensamientos de discapacidad y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>Muestra: La muestra estará conformada por pacientes con dolor crónico del Hospital Domingo Olavegoya.</p>
<p>▪ ¿Cuál es la relación entre la dimensión de pensamientos de falta de control y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico del Hospital Domingo Olavegoya?</p>	<p>▪ Existe relación significativa negativa entre la dimensión de pensamientos de falta de control y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>▪ Determinar la relación entre la dimensión de pensamientos de falta de control y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionarios V1= Cuestionario de Pensamientos automatico (ATQ-30) V2= Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)</p>
<p>▪ ¿Cuál es la relación entre la dimensión de</p>	<p>dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.</p>	<p>Métodos de análisis de investigación: - Análisis</p>

pensamientos de autoinculpación y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja?

- Existe relación significativa negativa entre la dimensión de pensamientos de autoinculpación y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja.

- Determinar la relación entre la dimensión de pensamientos de autoinculpación y satisfacción con la vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja

descriptivo
- Análisis inferencial

Anexo 2: ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

Anexo 3: CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ)
(Hollon y Kendall, 1980. Adaptación por Cano y Rodríguez, 2002)

A continuación encontrará una lista de pensamientos e ideas que, de forma inesperada pueden asaltarnos a cualquiera de nosotros. Por favor, léalos detenidamente e indique la frecuencia con que cada uno de ellos le viene a la cabeza cuando tiene dolor. Para ello rodee con un círculo uno de los números en la fila correspondiente a la pregunta según la escala siguiente:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Note que las respuestas van de menor a mayor frecuencia. Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **rodea sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted pensó en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Creo que tengo problemas con el mundo	0 1 2 3 4
2	No soy bueno	0 1 2 3 4
3	¿Por qué no puede salirme nunca nada bien?	0 1 2 3 4
4	Nadie me comprende	0 1 2 3 4
5	He defraudado a la gente	0 1 2 3 4
6	No sé por dónde tirar	0 1 2 3 4
7	Me gustaría ser mejor	0 1 2 3 4
8	¡Soy tan débil!	0 1 2 3 4
9	Mi vida no funciona como yo quisiera	0 1 2 3 4
10	¡Soy tan decepcionante hasta para mí mismo!	0 1 2 3 4
11	Ya nada me parece bien	0 1 2 3 4
12	No puedo más	0 1 2 3 4
13	Me siento incapaz de comenzar de nuevo	0 1 2 3 4
14	¿Qué es lo que funciona mal en mí?	0 1 2 3 4
15	Quisiera estar lejos de aquí, en otro sitio	0 1 2 3 4
16	No consigo poner en orden mis cosas	0 1 2 3 4
17	Me odio	0 1 2 3 4
18	Soy un inútil, no valgo para nada	0 1 2 3 4
19	¡Cuánto me gustaría poder desaparecer!	0 1 2 3 4
20	¿Cuál es mi problema? ¿Qué me pasa?	0 1 2 3 4
21	Soy un perdedor	0 1 2 3 4
22	Mi vida es un desastre	0 1 2 3 4
23	Soy un fracasado	0 1 2 3 4
24	Nunca lo conseguiré	0 1 2 3 4
25	Me siento tan impotente, tan desamparado	0 1 2 3 4
26	Algo tiene que cambiar	0 1 2 3 4
27	Tiene que haber algo en mí que no funciona bien	0 1 2 3 4
28	Mi futuro es un desierto	0 1 2 3 4
29	Ya no vale la pena	0 1 2 3 4
30	No consigo terminar nada de lo que empiezo	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	CON	IND	ADA	REP	TOT
PD					
PC					
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>					

Anexo 4: AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

MEMORANDUM N° 179- 2024-GRJ-DRSJ-RSJA /UADEI

A : Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
 ASUNTO : Autoriza acceso a entrevista o encuesta a pacientes de terapia física.
 REF : EXP. 05666417
 FECHA : Jauja 23 octubre 2024

Por intermedio del presente le hago llegar saludos y en atención al expediente de la referencia y dando cumplimiento a los dispositivos legales vigentes del Ministerio de Salud. Esta Dirección, AUTORIZA permiso para realizar el trabajo de investigación titulado:

**"SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y PENSAMIENTOS AUTOMATICOS NEGATIVOS
EN PÁCIENTES CON DOLOR CRONICO DE UN HOSPITAL DE JAUJA-2024"**

CYNTIA PATRICIA CHIPANA SAEZ
 CLAUDIA JANETH HURTADO ESTEBAN

De la Carrera de Psicología de la Universidad Continental.

Así mismo, agradeceré brindar las facilidades del caso, para el logro de sus objetivos profesionales.

Atentamente;



NLBI / NDEM / nem
 C.c. – Archivo

Doc.	08385495
Exp.	05666417

Anexo 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: "Satisfacción con la Vida y Pensamientos Automáticos Negativos en Pacientes con Dolor Crónico en un Hospital de Jauja - 2025"

Investigador: CYNTHIA PATRICIA SAEZ CHIPANA Y CLAUDIA JANETH HURTADO ESTEBAN

Institución: Universidad Continental

Declaración del investigador

Se le invita a participar en un estudio que busca determinar la relación entre satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja. Este es un estudio desarrollado para poder obtener nuestro grado de licenciadas y solo es con fines académicos.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se aplicará la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), que tiene como objetivo determinar la percepción de las personas acerca de su satisfacción con la vida en términos generales, asimismo, se aplicará el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30), con el fin de evaluar la frecuencia de estos pensamientos y una ficha sociodemográfica.
2. La evaluación se realizará a través de una prueba psicológica presencial, en donde se le solicitará a usted responder con la mayor honestidad posible.

Riesgos

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios

Se beneficiará de una evaluación clínica. Los resultados que se obtengan de la prueba resultada serán de una forma anónima y confidencial. Los costos y el análisis de ésta serán cubiertas por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad

Se le garantiza que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona tendrá acceso, excepto las investigadoras, que manejarán la información obtenida para la calificación de los cuestionarios y su posterior interpretación.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuáles se responderá gustosamente. Si después de haber decidido participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Derechos del participante

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor llame a CYNTHIA PATRICIA CHIIPANA SAEZ, al celular 964521138 o a CLAUDIA JANETH HURTADO ESTEBAN, al celular 966655519.

Declaración y/o consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades que realizaré si decido participar en el estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos:

Firma del participante

Anexo 6: INFORME DE TURNITIN

Satisfacción con la Vida y Pensamientos Automáticos Negativos en Pacientes con Dolor Crónico en un Hospital de Jauja - 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	pdffox.com Fuente de Internet	1%
7	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
8	idoc.pub Fuente de Internet	<1%

Anexo 7: INFORME DE COMITÉ DE ÉTICA



Huancayo, 07 de diciembre del 2024

OFICIO N°1076-2024-CIEI-UC

Investigadores:

CYNTIA PATRICIA CHIPANA SAEZ
CLAUDIA JANETH HURTADO ESTEBAN

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN UN HOSPITAL DE JAUJA - 2025.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,



 Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 8: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombres y Apellidos del Juez : Yasilú Lindo Gutarra
 Formación académica : Psicóloga
 Áreas de experiencia laboral : Área Clínica
 Cargo actual : Psicología Clínica
 Institución : Consultorio privado

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento de evaluación denominado Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-30), que forma parte de la investigación titulada: "Satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025".

Después de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta)				✓
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido)				✓
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo)			✓	
Claridad de los ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica son adecuadas)		✓		

CRITERIO DE VALORACIÓN DE JUEZ	Procede su aplicación	
	No procede su aplicación	


 Yasilú Lindo Gutarra
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 41383

Sello y Firma del Experto

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombres y Apellidos del Juez : Yasilú Lindo Gutarra
 Formación académica : Psicología
 Áreas de experiencia laboral : Área clínica
 Cargo actual : Psicóloga clínica
 Institución : Consultorio privado

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento de evaluación denominado la Escala de satisfacción con la vida (SWLS); que forma parte de la investigación titulada: "Satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025". Después de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta)				✓
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido)				✓
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo)			✓	
Claridad de los ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica son adecuadas)			✓	

CRITERIO DE VALORACIÓN DE JUEZ	Procede su aplicación	
	No procede su aplicación	


 Yasilú Lindo Gutarra
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 41383

Sello y Firma del Experto

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombres y Apellidos del Juez : Jhann Jhersy Cairo Ramos
 Formación académica : Psicólogo
 Áreas de experiencia laboral : Clínica - Comunitaria
 Cargo actual : Psicólogo asistencial
 Institución : Hospital D. Oburgoya

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento de evaluación denominado la Escala de satisfacción con la vida (SWLS); que forma parte de la investigación titulada: "Satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025".
 Después de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta)				X
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido)				X
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo)				X
Claridad de los ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica son adecuadas)				X

CRITERIO DE VALORACIÓN DE JUEZ	Procede su aplicación	X
	No procede su aplicación	


 Jhann Jhersy Cairo Ramos
 PSICÓLOGO
 C.Ps. 20387
 Sello y Firma del Experto

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombres y Apellidos del Juez
Formación académica
Áreas de experiencia laboral
Cargo actual
Institución

Jhann Jhersy Cairo Ramos
: Psicólogo
: Clínica - Comunitaria
: Psicólogo asistencial
: Hospital. D. Olavegoya

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento de evaluación denominado Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-30), que forma parte de la investigación titulada: "Satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025".

Después de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta)				X
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido)				X
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo)			X	
Claridad de los ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica son adecuadas)			X	

CRITERIO DE VALORACIÓN DE JUEZ	Procede su aplicación	X
	No procede su aplicación	

Jhann Jhersy Cairo Ramos
PSICÓLOGO
C.P.S.P. 26387

Sello y Firma del Experto

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombres y Apellidos del Juez : *CAJTEL ROSALEA SALVATIERRA COLUNA*
 Formación académica : *Psicóloga*
 Áreas de experiencia laboral : *Psicología Clínica*
 Cargo actual : *Psicóloga Asesora*
 Institución : *Hospital Domingo Ochoa*

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento de evaluación denominado Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-30), que forma parte de la investigación titulada: "Satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025".

Después de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta)				/
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido)				/
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo)			/	
Claridad de los ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica son adecuadas)		/		

CRITERIO DE VALORACIÓN DE JUEZ	Procede su aplicación	
	No procede su aplicación	

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
 RED DE SALUD JAUJA

 Cristiana Salvatierra Coluna
 PSICOLOGA
 C P s N° 17406

Sello y Firma del Experto

INFORME DE VALIDACIÓN

Nombres y Apellidos del Juez : *CRISTEL ROSARIO SALVATIERRA CALCINA*
 Formación académica : *Psicóloga*
 Áreas de experiencia laboral : *Psicología Clínica*
 Cargo actual : *Psicóloga Asistencial*
 Institución : *Hospital Domingo Olaycoyo*

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento de evaluación denominado la Escala de satisfacción con la vida (SWLS); que forma parte de la investigación titulada: "Satisfacción con la vida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con dolor crónico de un hospital de Jauja - 2025". Después de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta)				/
Relevancia (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido)				/
Coherencia (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo)				/
Claridad de los ítems (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica son adecuadas)			/	

CRITERIO DE VALORACIÓN DE JUEZ	Procede su aplicación	/
	No procede su aplicación	

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
 RED DE SALUD JAUJA

Cristel R. Salvatierra Calcina
 PSICÓLOGA
 C.P.S. N° 17456

Sello y Firma del Experto

Anexo 9: COEFICIENTE V DE AIKEN PARA LOS JUICIOS DE EXPERTOS

Coeficiente V Aiken para el Cuestionario de pensamientos automáticos negativos (ATQ-30)					
	Suficiencia	Relevancia	Coherencia	Claridad	Total
Ítem 1	0,78	0,89	0,78	0,89	
Ítem 2	1,00	1,00	0,89	0,89	
Ítem 3	1,00	0,89	0,89	0,44	
Ítem 4	0,89	0,78	0,78	0,78	
Ítem 5	0,78	0,78	0,89	0,78	
Ítem 6	0,78	0,78	0,89	0,44	
Ítem 7	0,78	0,78	0,89	0,78	
Ítem 8	0,78	0,78	0,78	0,78	
Ítem 9	0,89	1,00	1,00	0,78	
Ítem 10	0,89	0,78	0,89	0,89	
Ítem 11	1,00	0,78	1,00	0,67	
Ítem 12	0,78	0,78	0,78	0,78	
Ítem 13	0,67	0,78	0,89	0,78	
Ítem 14	0,78	0,78	0,78	0,67	
Ítem 15	0,78	0,78	0,78	0,89	0,81
Ítem 16	0,78	0,78	0,89	0,89	
Ítem 17	1,00	0,89	0,89	0,78	
Ítem 18	0,78	0,78	0,78	0,89	
Ítem 19	0,78	0,78	0,78	0,78	
Ítem 20	0,78	0,78	0,78	0,56	
Ítem 21	0,89	0,78	0,78	0,89	
Ítem 22	0,78	0,78	0,89	0,89	
Ítem 23	0,89	0,78	0,89	0,78	
Ítem 24	0,89	0,78	0,78	0,67	
Ítem 25	0,89	0,89	1,00	0,78	
Ítem 26	0,78	1,00	0,78	0,67	
Ítem 27	0,78	0,89	0,89	0,89	
Ítem 28	0,78	0,78	0,89	0,56	
Ítem 29	0,89	0,78	0,89	0,67	
Ítem 30	0,78	0,78	0,78	0,78	

Versión original	Versión modificada
3. ¿Por qué no puede salirme nunca nada bien?	3. ¿Por qué no puede salirme nada bien?
6. No sé por dónde tirar	6. Siento que no puedo seguir
11. Ya nada me parece bien	11. Siento que ya nada está bien en mi vida
14. ¿Qué es lo que funciona mal en mí?	14. ¿Qué es lo que está mal en mí?
20. ¿Cuál es mi problema? ¿Qué me pasa?	20. ¿Algo malo sucede conmigo?
24. Nunca lo conseguiré	24. Nunca podre lograrlo
26. Algo tiene que cambiar	26. Algo tiene que cambiar en mi para mejorar.
28. Mi futuro es un desierto	28. Mi futuro es un incierto
29. Ya no vale la pena	29. Esta vida no vale la pena

Coeficiente V Aiken para la escala de satisfacción con la vida (SWLS)

	Suficiencia	Relevancia	Coherencia	Claridad	Total
Ítem 1	0,78	0,78	0,89	1,00	
Ítem 2	0,78	0,78	0,89	0,89	
Ítem 3	0,78	0,89	1,00	0,78	0,84
Ítem 4	0,89	0,89	0,89	0,78	
Ítem 5	0,78	0,78	0,78	0,89	

Anexo 10: BASE DE DATOS

*Sin título2 [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 38 de 38 variables

	EDAD	SEXO	G.INSTRUCIÓN	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	DX.MEDICO	TIEMPO DE ENFERMEDAD	ITEM01	ITEM02	ITEM03	ITEM04	ITEM05	ITEM06	ITEM07	ITEM08	ITEM09	ITEM10	ITEM11
1	36-50	Masculino	Sup. Inco.	Soltero	Estudiante	Musculos.	.3 a 24 mes.	2	2	3	2	2	1	3	2	1	1	1
2	36-50	Masculino	Sec. inco.	Casado	Agricultor	Primario	.3 a 24 mes.	1	1	2	3	3	1	2	1	2	1	1
3	36-50	Femenino	Sup. Comp.	Soltero	Ama de casa	Viseral cro.	.3 a 24 mes.	3	2	3	3	2	2	3	1	1	2	2
4	36-50	Masculino	Sec. inco.	Casado	Agricultor	Musculos.	.3 a 24 mes.	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2
5	36-50	Masculino	Prim. Inco.	Viudo	Ama de casa	Musculos.	.49 meses	2	3	2	3	3	3	3	1	3	1	1
6	36-50	Masculino	Sup. Comp.	Casado	otros	Musculos.	.3 a 24 mes.	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1
7	36-50	Masculino	Sup. Comp.	Casado	Ama de casa	Musculos.	.3 a 24 mes.	3	2	2	2	3	2	3	4	3	2	2
8	36-50	Masculino	Prim. Inco.	Viudo	Ninguna	Musculos.	.3 a 24 mes.	2	3	2	2	1	2	3	2	1	2	1
9	36-50	Femenino	Sec. comp.	Casado	Independie.	Musculos.	.3 a 24 mes.	2	2	1	2	1	2	3	2	2	1	1
10	18-35	Femenino	Prim. com.	Casado	Ninguna	Musculos.	.3 a 24 mes.	1	3	1	4	1	2	2	1	1	3	3
11	36-50	Femenino	Sup. Comp.	Soltero	Independie.	Musculos.	.25 a 48 me	1	3	3	3	2	3	4	4	3	1	1
12	36-50	Femenino	Sup. Comp.	Casado	Ninguna	Postquirur.	.49 meses	3	4	3	3	2	3	4	2	2	2	2
13	36-50	Femenino	Prim. Inco.	Casado	Ama de casa	Musculos.	.3 a 24 mes.	4	1	4	4	2	4	4	4	2	4	4
14	36-50	Masculino	Sec. comp.	Casado	Ninguna	Musculos.	.3 a 24 mes.	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2
15	36-50	Femenino	Sup. Inco.	Casado	Ninguna	Musculos.	.3 a 24 mes.	3	2	2	3	2	1	2	3	2	2	2
16	36-50	Femenino	Sec. comp.	Soltero	Independie.	Musculos.	.3 a 24 mes.	3	2	3	3	3	2	4	3	3	3	3
17	36-50	Masculino	Sec. comp.	Viudo	Ninguna	Musculos.	.3 a 24 mes.	1	2	2	3	2	3	2	2	1	1	1
18	18-35	Masculino	Sec. comp.	Casado	Ama de casa	Musculos.	.3 a 24 mes.	1	1	3	1	1	3	4	1	2	3	3
19	36-50	Femenino	Sup. Inco.	Soltero	Ama de casa	Musculos.	.49 meses	1	2	2	2	2	1	2	3	2	1	1
20	18-35	Femenino	Sec. inco.	Casado	Independie.	Viseral cro.	.3 a 24 mes.	1	1	2	3	3	4	5	3	4	3	3
21	36-50	Masculino	Sec. comp.	Casado	Ninguna	Musculos.	.3 a 24 mes.	2	3	3	3	2	5	4	4	4	3	3
22	36-50	Femenino	Sec. inco.	Viudo	Agricultor	Musculos.	.49 meses	2	3	4	2	2	3	4	3	4	4	4
23	36-50	Masculino	Sec. inco.	Soltero	Independie.	Musculos.	.3 a 24 mes.	1	1	4	2	1	2	4	4	2	2	2
24	18-35	Femenino	Sec. comp.	Casado	Independie.	Musculos.	.3 a 24 mes.	3	1	2	2	4	1	4	5	2	2	1
25	18-35	Masculino	Sec. comp.	Soltero	Independie.	Musculos.	.49 meses	2	2	2	2	3	2	4	2	2	2	2

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicoide ON

*Sin título2 [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	SUJETO	Cadena	4	0		Ninguno	Ninguno	4	Izquierda	Nominal	Entrada
2	EDAD	Numérico	8	0		{1, 18 - 35}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	SEXO	Numérico	8	0	{1, Masculino}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada	
4	G.INSTRUC.	Numérico	8	0	{1, Prim. Incompleta}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada	
5	ESTADOCIV	Numérico	8	0	{1, Soltero}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada	
6	OCUPACIÓN	Numérico	8	0	{1, Ninguna}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada	
7	DX.MEDICO	Numérico	8	0	{1, Musculoskeletal}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada	
8	TIEMPO DE ENFERMEDAD	Numérico	8	0	{1, 3 a 24 meses}	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada	
9	ITEM01	Numérico	8	0	Creo que tengo problemas con el mundo	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
10	ITEM02	Numérico	8	0	No soy buen	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
11	ITEM03	Numérico	8	0	¿Por qué no puede salirme nada bien?	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
12	ITEM04	Numérico	8	0	Nadie me comprende	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
13	ITEM05	Numérico	8	0	He defraudado a la gente	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
14	ITEM06	Numérico	8	0	Siento que no puedo seguir	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
15	ITEM07	Numérico	8	0	Me gustaría ser mejor	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
16	ITEM08	Numérico	8	0	¡Soy tan débil!	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
17	ITEM09	Numérico	8	0	Mi vida no funciona como yo quisiera	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
18	ITEM10	Numérico	8	0	¡Soy tan decepcionante hasta para mí!	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
19	ITEM11	Numérico	8	0	Siento que ya nada está bien en mi vida.	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
20	ITEM12	Numérico	8	0	No puedo más	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
21	ITEM13	Numérico	8	0	Me siento incapaz de comenzar de nuevo	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
22	ITEM14	Numérico	8	0	¿Qué es lo que está mal en mí?	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
23	ITEM15	Numérico	8	0	Quisiera estar lejos de aquí, en otro sitio	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
24	ITEM16	Numérico	8	0	No consigo poner en orden mis cosas	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
25	ITEM17	Numérico	8	0	Me odio	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
26	ITEM18	Numérico	8	0	Soy un inútil, no valgo para nada	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
27	ITEM19	Numérico	8	0	¿Cuánto me gustaría poder desaparecer	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	
28	ITEM20	Numérico	8	0	¿Algo malo sucede conmigo?	Ninguno	8	Derecha	Desconocido	Entrada	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicoide ON

Anexo 11: EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

