

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Estados emocionales alterados y su relación con la
calidad de vida del personal de salud desde un
enfoque psiconeuroinmunológico de un hospital de
Majes**

Susan Begazo Barrera

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Arequipa, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



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

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Eliana Mori
Decano de la Facultad de Humanidades
DE : Freddy Toscano Rodríguez
Asesor de tesis
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis
FECHA : 21 de diciembre de 2023

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: "ESTADOS EMOCIONALES ALTERADOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE MAJES", perteneciente al/la/los/las estudiante(s) Susán Begazo Barrera, de la E.A.P. de 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 (informe adjunto) 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:) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

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

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Asesor de tesis

Cc.
Facultad
Oficina de Grados y Títulos
Interesado(a)

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Susan Begazo Barrera, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 74026941, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "Estados emocionales alterados y su relación con la calidad de vida del personal de salud desde un enfoque psiconeuroinmunológico de un hospital de Majes", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

21 de diciembre de 2023.



Susan Begazo Barrera

DNI. No. 74026941

Cc.
Facultad
Oficina de Grados y Títulos
Interesado(a)

ESTADOS EMOCIONALES ALTERADOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE MAJES

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	20%	5%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	idoc.pub Fuente de Internet	1%
4	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
8	docs.google.com Fuente de Internet	<1%

9	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1 %
12	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
13	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
15	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
16	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
17	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
18	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
19	1library.co Fuente de Internet	<1 %
20	rua.ua.es	

	Fuente de Internet	<1 %
21	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
22	www2.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
23	aprenderly.com Fuente de Internet	<1 %
24	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	psicologosenlinea.net Fuente de Internet	<1 %
27	observatorio.campus-virtual.org Fuente de Internet	<1 %
28	prezi.com Fuente de Internet	<1 %
29	www.scielo.br Fuente de Internet	<1 %
30	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
31	catarina.udlap.mx Fuente de Internet	<1 %

32	ninive.uaslp.mx Fuente de Internet	<1 %
33	es.qaz.wiki Fuente de Internet	<1 %
34	gredos.usal.es Fuente de Internet	<1 %
35	lookformedical.com Fuente de Internet	<1 %
36	kerwa.ucr.ac.cr Fuente de Internet	<1 %
37	qdoc.tips Fuente de Internet	<1 %
38	py.mazorhomes.com Fuente de Internet	<1 %
39	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
40	archive.org Fuente de Internet	<1 %
41	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
42	ww1.docero.mx Fuente de Internet	<1 %
43	e-spacio.uned.es Fuente de Internet	<1 %

44	Submitted to Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO Trabajo del estudiante	<1 %
45	www.webdehogar.com Fuente de Internet	<1 %
46	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
47	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	<1 %
48	www.news-medical.net Fuente de Internet	<1 %
49	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1 %
50	riuma.uma.es Fuente de Internet	<1 %
51	slidehtml5.com Fuente de Internet	<1 %
52	Submitted to Universidad de San Buenaventura Trabajo del estudiante	<1 %
53	gio.uniovi.es Fuente de Internet	<1 %
54	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %

55	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
56	nimh.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
57	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
58	cd.dgb.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
59	www.saludcapital.gov.co Fuente de Internet	<1 %
60	Guadalupe Cueva-Pila, Sandra Valenzuela Suazo, Ana Lucia Alvarado Alvarado, Juan Pablo Hidalgo Ortiz. "Revisión integrativa de la calidad de vida en el trabajo de enfermeras latinoamericanas", Enfermería: Cuidados Humanizados, 2022 Publicación	<1 %
61	anambarrios.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
62	informatica.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
63	institucional.us.es Fuente de Internet	<1 %
64	revistas.uned.ac.cr Fuente de Internet	<1 %

65	ri.iberomx:8080 Fuente de Internet	<1 %
66	www.aepc.es Fuente de Internet	<1 %
67	www.podologiarosa.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
68	Submitted to American Public University System Trabajo del estudiante	<1 %
69	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
70	dspace.espoch.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
71	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
72	www.educacion.gob.es Fuente de Internet	<1 %
73	www.wto.org Fuente de Internet	<1 %
74	"El alcance del apoyo social previo al parto : su efecto en la salud y calidad de vida postparto", Pontificia Universidad Catolica de Chile, 2019 Publicación	<1 %

Submitted to CONACYT

75	Trabajo del estudiante	<1 %
76	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Trabajo del estudiante	<1 %
77	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
78	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
79	dokumen.pub Fuente de Internet	<1 %
80	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
81	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
82	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	<1 %
83	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
84	repository.unab.edu.co Fuente de Internet	<1 %
85	www.fundacionmendoza.org.ve Fuente de Internet	<1 %
86	www.labdeurgencias.com.ar Fuente de Internet	

		<1 %
87	www.tdx.cat Fuente de Internet	<1 %
88	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
89	vsip.info Fuente de Internet	<1 %
90	worldcat.org Fuente de Internet	<1 %
91	www.qartuppi.com Fuente de Internet	<1 %
92	moam.info Fuente de Internet	<1 %
93	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
94	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
95	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	<1 %
96	www.lich.org Fuente de Internet	<1 %
97	www.mindfulness.net.au Fuente de Internet	<1 %

98	www.psycoweb.roche.com.ar Fuente de Internet	<1 %
99	www.tandfonline.com Fuente de Internet	<1 %
100	Submitted to UTEC Universidad de Ingenieria & Tecnologia Trabajo del estudiante	<1 %
101	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	<1 %
102	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %
103	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
104	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Trabajo del estudiante	<1 %
105	hmong.es Fuente de Internet	<1 %
106	publicaciones.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
107	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
108	Submitted to Caribbean University Trabajo del estudiante	<1 %

109	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
110	Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León Trabajo del estudiante	<1 %
111	pdfslide.tips Fuente de Internet	<1 %
112	repositorio.unam.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
113	www.coronavirusecuador.com Fuente de Internet	<1 %
114	www.creacionpositiva.net Fuente de Internet	<1 %
115	"Estudio del bienestar laboral en una clínica privada de la zona oriente de Santiago", Pontificia Universidad Catolica de Chile, 2022 Publicación	<1 %
116	Submitted to Escuela De Ingenieria De Antiquia - Columbia Trabajo del estudiante	<1 %
117	Submitted to Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Trabajo del estudiante	<1 %
118	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista	<1 %

Trabajo del estudiante

119	damkar.karangasembkab.go.id Fuente de Internet	<1 %
120	es.unionpedia.org Fuente de Internet	<1 %
121	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
122	onlinelibrary.wiley.com Fuente de Internet	<1 %
123	repositorio.ulasamericas.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
124	Submitted to unapiquitos Trabajo del estudiante	<1 %
125	www.cancerquest.org Fuente de Internet	<1 %
126	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1 %
127	www.wfh.org Fuente de Internet	<1 %
128	botica.xyz Fuente de Internet	<1 %
129	catalonica.bnc.cat Fuente de Internet	<1 %
130	digibug.ugr.es	

	Fuente de Internet	<1 %
131	docplayer.net Fuente de Internet	<1 %
132	doczz.com.br Fuente de Internet	<1 %
133	nacionfarma.com Fuente de Internet	<1 %
134	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
135	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
136	vdocumento.com Fuente de Internet	<1 %
137	Alejandra Maria Alvarado Garcia, Blanca Cecilia Venegas Bustos, Ángela María Salazar Maya. "Aplicación del Modelo de Adaptación de Roy en el contexto comunitario", Revista Cuidarte, 2023 Publicación	<1 %
138	Olivia Sheringham, Casper Laing Ebbensgaard, Alison Blunt. "Tales from other people's houses': home and dis/connection in an East London neighbourhood", Social & Cultural Geography, 2021 Publicación	<1 %

139	Ramiro Buitrago-Acuña, Néstor Romero-Ramos, Isabel Portillo-de-Condoré, José Núñez-González. "Psiconeuroinmunoendocrinología: el poder de la imaginación guiada con impacto en la recuperación física", IPSA Scientia, revista científica multidisciplinaria, 2021 Publicación	<1 %
140	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1 %
141	arvo.net Fuente de Internet	<1 %
142	bdigital.dgse.uaa.mx:8080 Fuente de Internet	<1 %
143	dehesa.unex.es Fuente de Internet	<1 %
144	dictionary.reverso.net Fuente de Internet	<1 %
145	eresmama.com Fuente de Internet	<1 %
146	es.first5la.org Fuente de Internet	<1 %
147	es.weforum.org Fuente de Internet	<1 %

148	fmi.arizona.edu Fuente de Internet	<1 %
149	gweh.port5.com Fuente de Internet	<1 %
150	laguajirahoy.com Fuente de Internet	<1 %
151	myslide.es Fuente de Internet	<1 %
152	repositorio.uas.edu.mx Fuente de Internet	<1 %
153	repository.usta.edu.co Fuente de Internet	<1 %
154	revistaselectronicas.ujaen.es Fuente de Internet	<1 %
155	scienceon.kisti.re.kr Fuente de Internet	<1 %
156	tesis.ipn.mx Fuente de Internet	<1 %
157	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
158	tsbkiplingirapuato.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
159	www.creces.cl Fuente de Internet	<1 %

160	www.diariosalud.com Fuente de Internet	<1 %
161	www.esdict.cn Fuente de Internet	<1 %
162	www.jourlib.org Fuente de Internet	<1 %
163	www.medigraphic.com Fuente de Internet	<1 %
164	www.msc.es Fuente de Internet	<1 %
165	www.ocvive.com Fuente de Internet	<1 %
166	www.ohchr.org Fuente de Internet	<1 %
167	www.qmayor.com Fuente de Internet	<1 %
168	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
169	www.u-noticias.cl Fuente de Internet	<1 %
170	www.ucundinamarca.edu.co Fuente de Internet	<1 %
171	Jessica Maricela Tapia Llamba, Gerardo Eugenio Campoverde Jimenez. "Calidad de	<1 %

vida en colaboradores del departamento
Gente, Cultura y Experiencia en entidad
bancaria del Ecuador", Pacha. Revista de
Estudios Contemporáneos del Sur Global,
2023

Publicación

172	Submitted to National University College - Online	<1 %
	Trabajo del estudiante	
<hr/>		
173	agenda.pucp.edu.pe	<1 %
	Fuente de Internet	
<hr/>		
174	agendadelasmujeres.com.ar	<1 %
	Fuente de Internet	
<hr/>		
175	bdigital.uncu.edu.ar	<1 %
	Fuente de Internet	
<hr/>		
176	buleria.unileon.es	<1 %
	Fuente de Internet	
<hr/>		
177	capacitalud.com	<1 %
	Fuente de Internet	
<hr/>		
178	clea.edu.mx	<1 %
	Fuente de Internet	
<hr/>		
179	es.bahiana.edu.br	<1 %
	Fuente de Internet	
<hr/>		
180	es.m.wikipedia.org	<1 %
	Fuente de Internet	

181	es.reuters.com Fuente de Internet	<1 %
182	espiritualidadycomunicacion.blogia.com Fuente de Internet	<1 %
183	fddf0ba6-dda4-4b29-8584-6142831cf6bb.usrfiles.com Fuente de Internet	<1 %
184	foundationcenter.org Fuente de Internet	<1 %
185	gerokomos.com Fuente de Internet	<1 %
186	inchem.org Fuente de Internet	<1 %
187	kupdf.net Fuente de Internet	<1 %
188	mamasybebesblog.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
189	mobbingopinion.bpweb.net Fuente de Internet	<1 %
190	patents.google.com Fuente de Internet	<1 %
191	postgradum.com Fuente de Internet	<1 %
192	recercat.cat	

	Fuente de Internet	<1 %
193	repositorio.cientifica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
194	repositorio.escuelamilitar.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
195	repositorio.espe.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
196	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
197	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
198	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
199	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
200	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
201	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
202	repository.unad.edu.co Fuente de Internet	<1 %
203	roa.ult.edu.cu Fuente de Internet	<1 %

204	rochesterlavo.com Fuente de Internet	<1 %
205	scielo.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
206	sdgdata.humanrights.dk Fuente de Internet	<1 %
207	sid.usal.es Fuente de Internet	<1 %
208	www.ararteko.net Fuente de Internet	<1 %
209	www.cienciadigital.org Fuente de Internet	<1 %
210	www.conindustria.org Fuente de Internet	<1 %
211	www.gestiopolis.com Fuente de Internet	<1 %
212	www.grin.com Fuente de Internet	<1 %
213	www.huffingtonpost.es Fuente de Internet	<1 %
214	www.iiss.es Fuente de Internet	<1 %
215	www.inmoclick.com.ar Fuente de Internet	<1 %

216	www.mineco.gob.gt Fuente de Internet	<1 %
217	www.oalib.com Fuente de Internet	<1 %
218	www.repositori.uji.es Fuente de Internet	<1 %
219	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	<1 %
220	www.science.gov Fuente de Internet	<1 %
221	www.sne.es Fuente de Internet	<1 %
222	www.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
223	www.universia.cl Fuente de Internet	<1 %
224	www.zenit.org Fuente de Internet	<1 %
225	Críticas e atuantes ciãncias sociais e humanas em saãde na Amã©rica Latina, 2012. Publicaci3n	<1 %
226	María José Arenilla Villalba, David Alarc3n Rubio, María Amapola Povedano DÍaz. "Meta-análisis multinivel de los programas escolares	<1 %

de intervención basados en mindfulness en
España", Revista de Psicodidáctica, 2022

Publicación

227	Silvia Susana Baldeón Loza. "Bienestar subjetivo y apoyo social percibido en personas adultas mayores que participan en el Programa 60 y Piquito en los barrios del sur del Distrito Metropolitano de Quito", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2022	<1 %
Publicación		
228	altillo.com Fuente de Internet	<1 %
229	archbronconeumol.org Fuente de Internet	<1 %
230	brookdalefoundation.org Fuente de Internet	<1 %
231	caritaspanama.org Fuente de Internet	<1 %
232	dev.observatoriorh.org Fuente de Internet	<1 %
233	digibuo.uniovi.es Fuente de Internet	<1 %
234	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %

235	documents.mx Fuente de Internet	<1 %
236	documents1.worldbank.org Fuente de Internet	<1 %
237	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
238	eco-index.org Fuente de Internet	<1 %
239	econferencias.uacj.mx Fuente de Internet	<1 %
240	fepsm.org Fuente de Internet	<1 %
241	foros.monografias.com Fuente de Internet	<1 %
242	http://213.190.4.46/resenas/?p=3_0019 Fuente de Internet	<1 %
243	naturopathiccurrents.com Fuente de Internet	<1 %
244	repositorio.uach.mx Fuente de Internet	<1 %
245	repositorio.uam.es Fuente de Internet	<1 %
246	repositorio.uasb.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

247	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
248	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
249	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
250	repositorio.upci.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
251	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
252	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
253	repository.poligran.edu.co Fuente de Internet	<1 %
254	revistasdigitales.uniboyaca.edu.co Fuente de Internet	<1 %
255	riuc.bc.uc.edu.ve Fuente de Internet	<1 %
256	roderic.uv.es Fuente de Internet	<1 %
257	scholarworks.waldenu.edu Fuente de Internet	<1 %
258	scielo.sa.cr Fuente de Internet	<1 %

259	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
260	tesisenxarxa.net Fuente de Internet	<1 %
261	tiposde.site Fuente de Internet	<1 %
262	www.amazon.com Fuente de Internet	<1 %
263	www.analitica.com Fuente de Internet	<1 %
264	www.antimilitaristas.org Fuente de Internet	<1 %
265	www.cgcom.es Fuente de Internet	<1 %
266	www.ciberisciii.es Fuente de Internet	<1 %
267	www.cinea.org.ar Fuente de Internet	<1 %
268	www.cochranelibrary.com Fuente de Internet	<1 %
269	www.cyes.org Fuente de Internet	<1 %
270	www.diocesismalaga.es Fuente de Internet	<1 %

271	www.docstoc.com Fuente de Internet	<1 %
272	www.eumed.net Fuente de Internet	<1 %
273	www.europarl.europa.eu Fuente de Internet	<1 %
274	www.fecies17.com Fuente de Internet	<1 %
275	www.gedo-formacion.com Fuente de Internet	<1 %
276	www.grain.org Fuente de Internet	<1 %
277	www.hospitaldeclinicas.intramed.net Fuente de Internet	<1 %
278	www.isp.gov.ve Fuente de Internet	<1 %
279	www.librosdepsicologia.com Fuente de Internet	<1 %
280	www.pinterest.com Fuente de Internet	<1 %
281	www.psicologiacientifica.com Fuente de Internet	<1 %
282	www.pulevasalud.com Fuente de Internet	<1 %

283	www.viviendaenred.com Fuente de Internet	<1 %
284	wwwadmin.ifrc.org Fuente de Internet	<1 %
285	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 32 (2016)", Brill, 2018 Publicación	<1 %
286	Sara Luna, Pilar Ramos, Francisco Rivera. "Coping strategies, stress and health of grandmothers caring for ascending and descending relatives / Afrontamiento, estrés y salud en abuelas cuidadoras de familiares ascendentes y descendentes", Estudios de Psicología, 2016 Publicación	<1 %
287	epdf.pub Fuente de Internet	<1 %
288	www.epicsciencesociety.com Fuente de Internet	<1 %
289	"25th Congress of the World Association for Sexual Health (WAS) and SASHA (South African Sexual Health Association)", International Journal of Sexual Health, 2022 Publicación	<1 %

290	"Evidencias Internacionales de Trabajo Social en Gerontología", Universidad Nacional Autónoma de México, 2022 Publicación	<1 %
291	Social Indicators Research Series, 2015. Publicación	<1 %
292	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
293	negociosybienestarsite.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias Apagado
 Excluir bibliografía Activo

DEDICATORIA

A mis padres, Santiago Begazo y Valentina Barrera, por confiar en mí, apoyarme y alentarme siempre.

A mi hija, Ariana Valentina, por ser mi motivación para ser mejor en cada ámbito de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me ha bendecido con salud, y me ha cuidado y acompañado en este largo recorrido.

A mi familia, Diego y Valentina, por su apoyo y comprensión. Este camino lo recorrimos juntos.

A mi asesor, Freddy Toscano, por su orientación para el desarrollo y culminación del presente estudio.

RESUMEN

La finalidad de este estudio consiste en explorar la conexión entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes, enfocándose en la perspectiva psiconeuroinmunológica. Este análisis contó con la participación de todo el equipo de salud del mencionado centro, con una muestra total de 132 profesionales. Se caracterizó por ser un estudio transversal, prospectivo y relacional, utilizando la prueba estadística de Rho de Spearman para establecer la correlación entre las variables, con un umbral de significancia del 5%. Para las mediciones, se emplearon dos herramientas: el Cuestionario de Síntomas en Salud Mental SRQ18 en su versión abreviada, y la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. Los hallazgos indican una relación inversa entre el estado emocional y la calidad de vida en los diferentes dominios evaluados, revelando que un incremento en la calidad de vida en estos dominios conlleva a una disminución en los casos de estado emocional negativo. Se concluye que hay una relación negativa e inversa significativa entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario, bajo un enfoque psiconeuroinmunológico. Esto se demuestra mediante un coeficiente de correlación de Spearman de $-0,391$ ($p = 0,000$), reafirmando la importancia de la psiconeuroinmunología en el bienestar del personal de salud y proporcionando una visión más amplia de la situación en el hospital de Majes.

Palabras clave: estados emocionales alterados, calidad de vida, personal sanitario, enfoque psiconeuroinmunológico, salud del personal, hospital de Majes.

ABSTRACT

The purpose of this study is to explore the connection between altered emotional states and the quality of life of health personnel in a hospital in Majes, focusing on the psychoneuroimmunological perspective. This analysis included the participation of the entire health team of the aforementioned center, with a total sample of 132 professionals. It was characterized as a cross-sectional, prospective and relational study, using Spearman's Rho statistical test to establish the correlation between the variables, with a significance threshold of 5%. For the measurements, two tools were used: the SRQ18 Mental Health Symptom Questionnaire in its abbreviated version, and the WHOQOL-BREF quality of life scale. The findings indicate an inverse relationship between emotional state and quality of life in the different domains evaluated, revealing that an increase in quality of life in these domains leads to a decrease in cases of negative emotional state. It is concluded that there is a significant negative and inverse relationship between altered emotional states and the quality of life of healthcare personnel, under a psychoneuroimmunological approach. This is demonstrated by a Spearman correlation coefficient of -0.391 ($p = 0.000$), reaffirming the importance of psychoneuroimmunology in the well-being of health personnel and providing a broader view of the situation at the Majes hospital.

Keywords: Altered emotional states, quality of life, health personnel, psychoneuroimmunological approach, personnel Health, Majes hospital

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	xxxii
AGRADECIMIENTOS.....	xxxiii
RESUMEN.....	xxxiv
ABSTRACT	xxxv
INTRODUCCIÓN.....	xl
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	43
1.1. Enunciación del problema.....	43
1.2. Planteamiento del Problema	43
1.3. Formulación del Problema.....	46
1.3.1. Pregunta general	46
1.3.2. Preguntas específicas	46
1.4. Objetivos.....	47
1.4.1. Objetivo general	47
1.4.2. Objetivos específicos	47
1.5. Justificación y Viabilidad	47
1.5.1. Justificación	47
1.5.2. Viabilidad	50
2. CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	51
2.1. Antecedentes del Problema.....	51
2.1.1. Internacionales.....	51
2.1.2. Nacionales	53
2.1.3. Locales.....	54
2.2. Bases Teóricas	55
2.2.1. Estados emocionales alterados	55
2.2.2. Calidad de vida	96

2.3.	Definición de Términos Básicos.....	109
2.4.	Definición operacional y conceptual de las variables.....	125
2.4.1.	Para la variable: estados emocionales alterados	125
2.4.2.	Variable: calidad de vida	126
2.5.	Hipótesis	127
2.5.1.	Hipótesis generales	127
2.5.2.	Hipótesis específica	127
2.6.	Variables, operacionalización.....	128
3.	CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	130
3.1.	Método, Tipo y Nivel de la Investigación	130
3.1.1.	Método de investigación.....	130
3.1.2.	Tipo de investigación	130
3.1.3.	Nivel de investigación	131
3.1.4.	Enfoque de la investigación.....	131
3.1.5.	Por el ámbito de recolección de datos	132
3.1.6.	Por el tipo de datos	132
3.2.	Diseño de la investigación	133
3.3.	Población y muestra.....	134
3.3.1.	Población	134
3.3.2.	Muestra censal	134
3.3.3.	Criterios de inclusión.....	134
3.3.4.	Criterios de exclusión	135
3.4.	Técnicas de Recolección de Datos.....	135
3.5.	Instrumentos.....	136
3.5.1.	Para la primera variable	136
3.5.2.	Para la segunda variable	139

3.6. Análisis de la Información	142
4. CAPÍTULO IV RESULTADOS	143
4.1. Análisis inferencial	151
4.2. Supuesto de continuidad	151
4.3. Supuesto de normalidad.....	152
4.4. Discusión	159
CONCLUSIONES.....	167
RECOMENDACIONES	168
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
ANEXO 1 ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	180
ANEXO 2 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	181
ANEXO 3 SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	182
ANEXO 4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	184
ANEXO 5 MATRIZ DE CONSISTENCIA	188
ANEXO 6 MATRIZ DE DATOS	190

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	128
Tabla 2 Estadísticas de fiabilidad.....	138
Tabla 3 Sexo del personal de salud del hospital de Majes	143
Tabla 4 Edad del personal de salud del hospital de Majes	143
Tabla 5 Estado civil del personal de salud del hospital de Majes	144
Tabla 6 Estados emocionales, casos detectados para la atención del personal de salud del hospital de Majes	145
Tabla 7 Dominio 1 de la variable calidad de vida: Salud física del personal de salud del hospital de Majes	146
Tabla 8 Dominio 2 de la variable calidad de vida: Salud psicológica del personal de salud del hospital de Majes	147
Tabla 9 Dominio 3 de la variable calidad de vida: Relaciones Sociales del personal de salud del hospital de Majes.....	148
Tabla 10 Dominio 4 de la variable calidad de vida: ambiental del personal de salud del hospital de Majes	149
Tabla 11 Calidad de vida del personal de salud del hospital de Majes	150
Tabla 12 Prueba de normalidad	152
Tabla 13 Relación entre el estado emocional y la salud física del personal de salud del hospital de Majes	154
Tabla 14 Relación entre el estado emocional y la Salud psicológica del personal de salud del hospital de Majes	155
Tabla 15 Relación entre el estado emocional y las relaciones sociales del personal de salud del hospital de Majes	156
Tabla 16 Relación entre el estado emocional y el ambiente del personal de salud del hospital de Majes	157
Tabla 17 Relación entre estados emocionales y calidad de vida del personal de salud del hospital de Majes	158

INTRODUCCIÓN

Nos referimos como estados emocionales alterados a aquellos en los que la persona manifiesta síntomas psicológicos que puedan estar referidos a estrés, depresión, ansiedad, angustia, entre otros. En el ámbito de la salud, esta sintomatología podría afectar a los trabajadores en su vida diaria profesional y personal.

Existen cifras altas en el sector sanitario de estrés: 28 % en Alemania, 31 % en Suecia e incluso 68 % en Noruega; en América Latina más del 60 % del personal médico argentino sufre de este trastorno (Mac Donald, 2015). Además, en el Perú, 4000 personas encuestadas sufrieron estrés laboral por lo menos una vez (Diario Perú 21, 2020)

No obstante, el estrés no solo afecta a las funciones corporales, también afecta la calidad de vida. Hay una conexión significativa entre el grado de estrés y la calidad de vida en el ámbito laboral (Sarabia et al., 2016).

En consecuencia, el presente estudio pretende determinar que sí existe relación entre los estados emocionales alterados, tales como los siguientes: estrés, angustia, ansiedad o depresión y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico, tal como demostró Lorenzo et al. (2020), quien señaló que las variables psicosociales tienen impacto en los problemas de salud. Por lo que es necesario que se puedan sugerir recomendaciones y afrontar esta problemática.

El estudio fue de corte transversal, debido a que los datos se recogieron una sola vez; prospectivo, ya que se obtuvieron los datos mediante los instrumentos; relacional, porque se puso una prueba estadística para poder relacionar los datos de las variables.

En el capítulo uno se presenta el planteamiento teórico y se encuentra estructurado por el problema de investigación, el cual se refiere a la cuestión fundamental que motiva el estudio y que se pretende responder mediante la investigación. Además de la formulación

del problema, donde se formula de manera clara y precisa el problema, lo que implica definir los términos y conceptos clave del estudio y establecer las relaciones entre ellos. Asimismo, se aprecian los objetivos, los cuales constituyen las metas a alcanzar y las actividades específicas que se llevarán a cabo para responder al problema de investigación planteado. También se muestra la justificación, la cual se enfoca en la importancia y relevancia del estudio para el campo de conocimiento en el que se inscribe y para la sociedad en general. Finalmente, se aborda la viabilidad de la investigación, que se refiere a los recursos necesarios para llevar a cabo el estudio, tanto en términos de recursos humanos como de materiales y financieros

El capítulo dos se encuentra conformado por el marco teórico, que es la base conceptual del estudio, y que está diseñado para brindar un contexto teórico que permita explicar y comprender los conceptos claves y las variables que se estudian en la investigación. El marco teórico está compuesto por diferentes enfoques y teorías que se relacionan con las variables del estudio y que tienen la finalidad de establecer una base sólida que permita analizar y entender la información recopilada.

En el capítulo tres de la presente investigación se aborda en detalle La metodología empleada en el estudio se detalla de manera sistemática. Inicialmente, se expone la naturaleza del tipo de investigación realizada, junto con su diseño específico. Posteriormente, se ofrece una descripción pormenorizada tanto de la población como de la muestra escogidas para el estudio, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión aplicados. De igual manera, se detalla el proceso de recolección de datos, haciendo énfasis en los instrumentos utilizados durante la investigación.

En el cuarto capítulo de la investigación, se exponen los resultados adquiridos tras la implementación de los instrumentos de recolección de datos en la población objeto de estudio. Además, se detallan los hallazgos obtenidos, empleando para ello tablas, gráficos y

análisis estadísticos que contribuyen a su mejor entendimiento y evaluación. También se incluye una discusión sobre las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. En cuanto a las limitaciones, se dispuso de recursos económicos y de tiempo adecuados, lo que permitió la viabilidad de la investigación.

Para el estudio se reclutó a 132 integrantes del personal sanitario con los que se contactó utilizando para ello el consentimiento informado. Este periodo de reclutamiento duró un máximo de 2 semanas. A cada voluntario del estudio se le pidió que rellene un cuestionario que permitió recolectar los datos

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Enunciación del problema

Estados emocionales alterados y su relación con la calidad de vida del personal de salud desde un enfoque psiconeuroinmunológico de un hospital de Majes.

1.2. Planteamiento del Problema

El concepto de calidad de vida se caracteriza por englobar múltiples dimensiones relacionado con el bienestar subjetivo que un individuo percibe en relación con diversos ámbitos de su existencia, abarcando la salud, la condición económica, las interacciones sociales y el entorno en el cual se desenvuelve.

En el contexto hospitalario, la calidad de vida puede verse afectada por una variedad de factores, entre los cuales se incluyen el estrés en el ámbito laboral, la excesiva carga de trabajo, la exposición a eventos traumáticos y los desafíos para delimitar efectivamente entre la vida profesional y personal. Según Hernández:

Los trabajadores de la salud se encuentran expuestos a los riesgos que favorecen La manifestación de trastornos mentales, como pueden ser: manifestaciones depresivas, irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, entre otros; así como alteraciones que comprometen la atención, el discernimiento en la toma de decisiones y la capacidad de comprensión, entre otras áreas (Hernández, 2020, p. 75).

Por otro lado, los estados emocionales alterados son aquellos que se caracterizan por una disfunción en la regulación emocional y que pueden manifestarse a través de síntomas como ansiedad, depresión, irritabilidad y agotamiento emocional. Estos estados emocionales alterados también pueden estar presentes en el personal hospitalario debido a las demandas

emocionales y el estrés laboral al que están sometidos. Por su parte, Aguado et al. afirma lo siguiente:

Diversas profesiones se encuentran sujetas a elevados niveles de tensión, destacando particularmente aquellas vinculadas al sector sanitario. Específicamente, el personal médico y de enfermería es identificado como uno de los grupos más propensos a experimentar altos grados de estrés, ya sea de manera ocasional o continuada en el tiempo (Aguado et al., 2013, p. 20).

En el ámbito del personal hospitalario, se plantea una posible correlación entre la calidad de vida y la alteración de los estados emocionales. Diversos estudios han evidenciado que los estados emocionales negativos pueden tener un impacto desfavorable en la calidad de vida de estos profesionales. Por otro lado, se teoriza que una calidad de vida óptima podría desempeñar un papel de factor protector a los estados emocionales alterados. Esto se debe a que una mejor calidad de vida puede proporcionar una mayor capacidad de resiliencia y adaptación en el personal hospitalario, permitiéndoles manejar de manera más efectiva las situaciones estresantes inherentes a su entorno laboral.

En este sentido, se busca instaurar la aparente conexión entre la calidad de vida y los estados emocionales alterados en el personal hospitalario, para lo cual se explorarán diferentes factores y características relacionadas con la calidad de vida y los estados emocionales alterados en este contexto, utilizando herramientas de evaluación estandarizadas y siguiendo un enfoque psiconeuroinmunológico que permita comprender las posibles implicaciones biopsicosociales de esta relación.

La susceptibilidad de los expertos de la salud ante riesgos que pueden propiciar la emergencia de trastornos mentales es un asunto de notable inquietud. Entre dichos trastornos, sobresalen manifestaciones como síntomas depresivos, irritabilidad, ansiedad e insomnio, los cuales tienen el potencial de deteriorar significativamente la calidad de vida

de estos especialistas. Es esencial resaltar que tales alteraciones pueden comprometer su habilidad para ofrecer una atención óptima a los pacientes, así como su competencia en la toma de decisiones y el entendimiento cabal de los casos clínicos. Se vuelve imperativo adoptar estrategias que salvaguarden la salud mental de estos profesionales, promoviendo acciones de autocuidado y estableciendo políticas y programas que impulsen su estabilidad emocional. De igual manera, es crucial subrayar el valor de la salud mental y colaborar colectivamente para aminorar el estigma vinculado con la solicitud de apoyo especializado ante complicaciones de índole psicológica (Hernández, 2020).

Es innegable que diversas profesiones enfrentan elevados niveles de tensión, y dentro de esta categoría se hallan las vinculadas al sector sanitario, tales como el personal médico y de enfermería. Se estima que dichos profesionales están entre los más expuestos a intensos grados de estrés, ya sea de forma ocasional o sostenida a lo largo del tiempo. Las razones que originan este estrés en el contexto sanitario son variadas; pueden incluir la sobrecarga laboral, extensas horas de trabajo, la necesidad de tomar decisiones cruciales de manera ágil, la gran responsabilidad de velar por la salud y la vida de los pacientes, y la confrontación con escenarios traumáticos o angustiantes. Esta tensión puede repercutir desfavorablemente en la salud física y psicológica de estos especialistas, y, en última instancia, puede comprometer la excelencia en la atención ofrecida a los pacientes. En consecuencia, resulta esencial implementar acciones dirigidas a la minoración del estrés en el sector sanitario, promoviendo, entre otras cosas, prácticas de autocuidado, el apoyo emocional y psicológico a los profesionales, la implementación de programas de reducción de estrés en el lugar de trabajo, y el reconocimiento y valoración del trabajo realizado por estos profesionales. (Aguado et al., 2013).

Lo anteriormente mencionado trae como consecuencias una reducción de la calidad de vida, lo que representa un bajo grado de bienestar emocional, social, físico y ambiental del trabajador de la salud.

A partir de los datos previamente recopilados, se concluye la relevancia de llevar a cabo un estudio que busca comprender la influencia de estados emocionales perturbadores, tales como la depresión, la ansiedad, la angustia y el estrés, en la calidad de vida del personal sanitario. Este análisis se realiza desde una óptica psiconeuroinmunológica, lo que implica una aproximación multidisciplinar que interrelaciona aspectos psicológicos, neurobiológicos e inmunológicos. El objetivo principal es desarrollar recomendaciones que fortalezcan la salud mental del personal sanitario. Al hacerlo, se espera contribuir significativamente a la mejora de su calidad de vida, considerando que esta población está frecuentemente expuesta a situaciones de alto estrés y demanda emocional en su entorno laboral.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Pregunta general

¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico?

1.3.2. Preguntas específicas

- ¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y la salud física del personal sanitario en un hospital de Majes?
- ¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y la Salud psicológica del personal sanitario en un hospital de Majes?
- ¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y las Relaciones Sociales del personal sanitario en un hospital de Majes?

- ¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y el Ambiente del personal sanitario en un hospital de Majes?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el tipo de relación existente entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el tipo de relación existente entre los estados emocionales alterados y la salud física del personal sanitario en un hospital de Majes.
- Determinar el tipo de relación existente entre los estados emocionales alterados y la Salud psicológica del personal sanitario en un hospital de Majes.
- Determinar el tipo de relación existente entre los estados emocionales alterados y las Relaciones Sociales del personal sanitario en un hospital de Majes.
- Determinar el tipo de relación existente entre los estados emocionales alterados y el Ambiente del personal sanitario en un hospital de Majes.

1.5. Justificación y Viabilidad

1.5.1. Justificación

1.5.1.1. Justificación teórica

Esta investigación se fundamenta teóricamente, centrandó su enfoque en examinar la conexión existente entre los estados emocionales perturbados y la calidad de vida del

personal sanitario, utilizando para ello una perspectiva psiconeuroinmunológica. Dicha perspectiva teórica se caracteriza por la integración de conceptos fundamentales de la psicología, neurología e inmunología, con el fin de comprender más profundamente cómo los estados emocionales inciden en la salud. Al adoptar este enfoque multidisciplinario, el estudio aporta significativamente al desarrollo y Ampliación y profundización en la esfera del saber psiconeuroinmunología, abriendo nuevos caminos para investigaciones futuras y ofreciendo una comprensión más holística y compleja de las interacciones entre los procesos psicológicos, neurológicos e inmunológicos y su impacto en la salud del personal médico.

1.5.1.2. Justificación metodológica

El estudio se fundamenta metodológicamente en el empleo de herramientas validadas y de reconocida fiabilidad para evaluar los estados emocionales y la calidad de vida de los profesionales de la salud en un centro hospitalario. Se realizará un análisis de tipo transversal y prospectivo que facilitará la detección de la correlación entre las variables y la recolección de información relevante. Esto asegurará la validez interna y externa del trabajo investigativo.

1.5.1.3. Relevancia

La investigación es relevante porque se enfoca en el personal sanitario de un centro hospitalario constituye un grupo susceptible ante las demandas y la tensión derivadas del entorno laboral. El bienestar vital de estos profesionales es central para asegurar un nivel óptimo en la asistencia prestada a los pacientes. Por consiguiente, se postula que la investigación desempeña un rol crucial en la promoción del bienestar de los trabajadores de la salud y en el incremento del estándar de cuidado dentro del establecimiento hospitalario.

1.5.1.4. Conveniencia

La investigación es conveniente porque se desarrollará en un hospital donde se cuenta con la colaboración del personal de salud, lo que permitirá obtener información valiosa y relevante para el estudio. Además, la investigación se realizará en un momento en que el personal de salud ha sido especialmente exigido debido a la pandemia por COVID-19, por lo que es importante conocer cómo se relacionan los estados emocionales con la calidad de vida en esta población.

1.5.1.5. Implicaciones prácticas

El presente estudio tiene implicaciones prácticas significativas en la gestión de recursos humanos dentro del sector hospitalario. Proporciona una herramienta para identificar con exactitud las necesidades del personal de salud, lo que a su vez facilita el desarrollo y la implementación de intervenciones dirigidas a mejorar su calidad de vida. Los descubrimientos y métodos utilizados en esta investigación resultan valiosos para otros hospitales y organizaciones sanitarias que enfrentan retos similares respecto al bienestar de su personal. La utilidad de estos hallazgos se extiende a distintos entornos de salud, ofreciendo un marco de conocimientos y estrategias para tratar eficazmente los asuntos vinculados al bienestar emocional y físico del personal médico y de enfermería.

La investigación inició debido a la necesidad de explorar en el hospital de Majes la correlación entre los estados emocionales del personal sanitario y su calidad de vida. Se partió del supuesto de que los profesionales de la salud, dada su responsabilidad directa sobre la vida humana, están constantemente expuestos a diversas emociones debido a su conocimiento profundo sobre el diagnóstico y tratamiento de cada paciente. Este aspecto subraya la importancia de comprender cómo estas experiencias emocionales afectan su bienestar general, tanto en el ámbito personal como profesional. (Macaya, P. y Aranda, F, 2020, p. 3), lo que puede reducir sus defensas inmunológicas (Lorenzo et al, 2020, p. 11).

La presente investigación cobra importancia, ya que permite indagar la relación entre las variables, debido a que en el entorno sanitario se presentan diversos casos de estados emocionales alterados, tales como “síntomas depresivos, enojo, ansiedad, insomnio, etcétera” (Arias Gallegos & Muñoz del Carpio Toia, 2016, pág. 65) lo que conlleva a cambios en la psiconeuroinmunología, alterando la salud del personal; lo que desencadena enfermedades; y en un deterioro de su calidad de vida.

Tiene trascendencia para el personal de salud y la sociedad, ya que los datos de esta investigación permiten ampliar el conocimiento y reducir las brechas que ayuden a solucionar problemas en el entorno sanitario, implementando programas que mejoren el bienestar del personal sanitario. Asimismo, con este proyecto se busca llenar un vacío de conocimiento en un hospital de Majes y ser pilar fundamental para investigaciones futuras.

1.5.2. Viabilidad

Respecto a las limitaciones se demostró la factibilidad del estudio se evaluó según los criterios detallados a continuación: en cuanto a los recursos económicos, estos fueron sufragados por la investigadora principal, quien aseguró contar con las herramientas financieras necesarias para llevar a cabo el estudio.

En relación con los medios temporales, se hace referencia al periodo específico en que se pudieron obtener los resultados, y se logró una eficiente coordinación con los participantes para la óptima recopilación de información. Por último, en lo que concierne a los recursos logísticos, que abarcan tanto los medios materiales como humanos disponibles, se dispuso de todos los instrumentos materiales necesarios y se tuvo el respaldo del personal y las autoridades pertinentes de la institución. En conclusión, con lo mencionado esta investigación, que se presentó, fue viable

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Problema

2.1.1. Internacionales

En su investigación doctoral, Quintana realizó un análisis exhaustivo sobre la calidad de vida laboral del personal de enfermería en la Secretaría de Salud Pública de Hermosillo, abarcando los tres niveles de atención. Esta investigación no solo se centró en examinar las condiciones de trabajo, sino que también profundizó en la identificación de las características sociodemográficas y los factores laborales que influyen en el bienestar de estos profesionales. Para el desarrollo de este estudio, se tomaron como referencia teórica los conceptos adaptados de calidad de vida en el trabajo. Este enfoque permitió una comprensión más amplia de las dinámicas laborales y sus efectos en el personal de enfermería, proporcionando así una visión integral que abarca desde las condiciones físicas y ambientales del lugar de trabajo hasta los aspectos psicosociales y de desarrollo profesional que contribuyen al bienestar general de estos trabajadores. La investigación de Quintana se destaca por su contribución significativa al conocimiento de la realidad laboral del personal de enfermería en Hermosillo, ofreciendo perspectivas valiosas para futuras políticas y prácticas en el sector de la salud. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó como referencia los conceptos de calidad de vida en el trabajo adaptado por González, Hidalgo, Salazar y Preciado (Quintana, 2014).

Por su parte, Zavala, Klinj & Carrillo, en su artículo científico, analizó la calidad de vida laboral del personal de enfermería adscrito a entidades públicas en Hermosillo, Sonora, México. Para ello, se implementó una metodología cuantitativa, correlacional, transversal y de comparación. Los hallazgos revelaron que la calidad de vida laboral es notablemente superior en individuos con contratación de carácter indefinido y aquellos que no desempeñan

otra actividad con retribución económica. Adicionalmente, se detectaron discrepancias significativas en la calidad de vida laboral en función de la institución en la que se desempeñaban. En síntesis, el colectivo de enfermería percibió una calidad de vida laboral de nivel medio, y esta percepción fue influenciada de manera destacada por variables como el tipo de contrato, la realización de actividades remuneradas adicionales y la entidad en la cual se laboraba. El método aplicado fue el cuantitativo, correlacional, transversal y comparativo. De acuerdo con la modalidad de contratación, la calidad de vida laboral fue más elevada en aquellos con contrato permanente ($p=0.007$) y que no ejercen otra actividad remunerada ($p=0.046$), identificándose diferencias en función de la institución en la que prestan servicios ($p=0.001$). En resumen, el personal de enfermería se autoevalúa con una calidad de vida laboral intermedia, siendo esta influenciada de manera significativa por el contrato, la ejecución de otras labores remuneradas y la entidad donde se encuentran adscritos (Zavala y otros, 2016).

A su vez, en el estudio conducido por Sarsosa-Prowesk y Charria-Ortiz, buscó determinar el grado de estrés laboral en profesionales asistenciales de cuatro centros de salud de tercer nivel en Cali, Colombia. Se empleó un diseño descriptivo transversal, utilizando para la recolección de datos el cuestionario de evaluación del estrés en su tercera versión, proporcionado por el Ministerio de la Protección Social, a un conjunto de 595 individuos. Los hallazgos revelaron que el personal asistencial de dichas instituciones manifiesta un grado elevado de estrés laboral, destacando en particular los síntomas fisiológicos, cognitivos y laborales. Se dedujo que la incidencia del estrés laboral en estos profesionales podría estar vinculada a aspectos intrínsecos del rol desempeñado, las condiciones del entorno laboral y la constante exposición a patologías contagiosas, características del ámbito sanitario (Sarsosa y Charria, 2018)

Mientras que Herrera, Martínez y Navarrete, en su investigación evaluó una táctica de intervención con el propósito de potenciar la calidad de vida en la población de adultos mayores. Para ello, se empleó un enfoque prospectivo longitudinal, combinando técnicas cualitativas con investigación-acción, con el objetivo de valorar los resultados obtenidos de un subconjunto de 20 adultos mayores, seleccionados de un total de 36 participantes que concurrieron al Taller de Transformación Integral en Alamar, ubicado en el Municipio Habana del Este, durante el periodo de septiembre de 2009 hasta enero de 2010. Las evidencias recabadas apuntaron que gran parte de los adultos mayores analizados manifestaron una mejora en su calidad de vida, además de observarse alteraciones notables y benéficas en términos de autovaloración y en comportamientos vinculados a la salud. Como cierre, se pudo corroborar la efectividad del programa de intervención y su aplicabilidad (Herrera et al., 2015).

2.1.2. Nacionales

Abregú, se justificó en el limitado conocimiento existente sobre la calidad de vida en el Trabajo (CVT) en el colectivo de profesionales de enfermería que desempeñan funciones en el primer nivel de atención. La finalidad primordial de esta investigación consistió en describir y caracterizar la calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería adscritos a dichos centros (Abregú, 2018).

Por su parte, Gil-Monte (2005), destacó la importancia de estudiar los riesgos psicosociales en el ámbito laboral. En este sentido, denota la significación y la predominancia de los riesgos psicosociales en el colectivo sanitario, que se acentúa debido a las especificidades laborales de este ámbito y a la continua confrontación con escenarios tensionantes que pueden comprometer su bienestar mental y físico. El estudio desarrollado por Gil-Monte resalta la imperiosa necesidad de atender dichos riesgos y de implementar

estrategias preventivas orientadas a potenciar la calidad de vida laboral y la salud integral de los profesionales del sector sanitario (Gil-Monte, 2012).

2.1.3. Locales

La investigación realizada por Cárdenas, determinó el vínculo entre el clima organizacional y la calidad de vida laboral en las enfermeras pertenecientes al área de hospitalización del Hospital III Goyeneche durante octubre y noviembre de 2017. La finalidad primordial de esta investigación radica en suministrar datos pertinentes acerca de cómo las enfermeras perciben el clima organizacional y su calidad de vida en el trabajo. Esta información puede ser de utilidad para optimizar la administración de recursos humanos y elevar la excelencia en la atención proporcionada al paciente (Cárdenas, 2018).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Estados emocionales alterados

“Los estados emocionales surgen de la combinación de emocionales primarias y su reconocimiento requiere de una elaboración cognitiva del contexto social” (Lewinsohn, 1974). Para la presente investigación se denominarán estados emocionales alterados a aquellos trastornos emocionales identificados mediante el instrumento aplicado y que califiquen para ello, como los siguientes: depresivos, ansiosos, de estrés y angustia.

2.2.1.1. Trastorno depresivo

El trastorno depresivo se define como una condición psicológica caracterizada por una disminución significativa del estado de ánimo y una marcada aversión hacia actividades, impactando profundamente en los sentimientos, pensamientos, comportamiento y la autoestima del individuo. Es importante destacar que un estado de ánimo depresivo puede manifestarse como una respuesta emocional temporal y normal ante ciertos eventos vitales, tal como la pérdida de un ser querido. Además, este estado puede ser un indicativo de diversas condiciones médicas o un efecto secundario de algunos medicamentos y tratamientos. Las personas que experimentan un ánimo decaído o melancólico suelen reportar sentimientos de tristeza, desesperanza, sensación de desamparo, inutilidad y abatimiento, lo que demuestra el profundo impacto emocional y psicológico de esta condición.

2.2.1.1.1. Historias sobre la depresión

Las manifestaciones de la melancolía fueron descritas en la antigüedad. Hipócrates acuñó los términos manía y depresión. Al respecto Beato comenta lo siguiente:

A finales del siglo XIX, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, fundador de la escuela de Kraepelin, describió por primera vez la psicosis maniaco-depresiva. Posteriormente, se

empezó a diferenciar entre las modalidades unipolares y bipolares del trastorno depresivo. En la terminología contemporánea, la psicosis maniaco-depresiva se reconoce como trastorno bipolar. Además, es posible aludir a la llamada depresión neurótica, que puede manifestarse en individuos que, sin padecer una patología mental establecida, exhiben problemáticas psicológicas que los predisponen a la depresión. La psicosis maniaco-depresiva ha sido caracterizada durante extensos periodos, pero actualmente, dicho concepto es visto como anticuado. En la era actual, prevalece el uso de la denominación “trastorno bipolar” en el diagnóstico de un episodio depresivo, que puede tener diversos grados de gravedad (Beato, 1993)

2.2.1.1.2. Causas de la enfermedad

La depresión se define como una afección psicológica prevalente, caracterizada por una tristeza sostenida y una disminución del interés en actividades que usualmente resultan placenteras, llevando a una incapacidad para llevar a cabo tareas cotidianas acompañada de culpa, disminución de la autoestima durante 14 o más días (Dugui, 2017, p. 56).

Signos de depresión. Sensación de indecisión, problemas de concentración, retraso psicomotor o agitación, trastornos del sueño, cambios en el apetito y el peso.

En psicología, la depresión (del latín *depressio* “supresión”) se define como un estado afectivo caracterizado por un trasfondo emocional negativo, un cambio en la esfera motivacional, representaciones cognitivas (asociadas con la cognición) y pasividad general del comportamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Asimismo, es importante distinguir la depresión como una enfermedad clínicamente significativa de una reacción depresiva a una situación psicológicamente comprensible, cuando cada uno de nosotros experimenta un estado de ánimo bajo durante varios minutos u

horas en relación con un evento subjetivamente significativo. Alrededor del 16 % de las personas han experimentado depresión al menos una vez en la vida (Medmol, 2007).

Además, se ha observado que las mujeres tienen una probabilidad significativamente mayor de ser diagnosticadas con depresión, lo que probablemente se deba a que las mujeres están sujetas a mayores cambios neuroendocrinos. Esto se debe a una serie de características fisiológicas del cuerpo femenino: el ciclo menstrual, el posparto o la menopausia, durante el cual el estado psicoemocional puede variar desde la normalidad hasta la depresión definida clínicamente. Además, la depresión se detecta con mayor frecuencia en las mujeres debido a sus características de género, sociales y psicológicas; por ejemplo, es más fácil para las mujeres hablar sobre su estado emocional.

Los hombres suelen ser menos propensos a buscar ayuda de un psiquiatra o psicoterapeuta, ya que se ven obstaculizados por los estereotipos sociales: los hombres deben ser racionales, fuertes, “los hombres de verdad no lloran”, mientras que los estados depresivos en los hombres están directamente relacionados con comportamientos adictivos (alcoholismo, adicción a las drogas, juegos de azar, deportes extremos).

Por tanto, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo en los siguientes casos:

- En la vejez por la pérdida del sentido de la vida (jubilación).
- Cuando los hijos adultos crecen y dejan a sus padres en una familia centrada en el niño (el síndrome del “nido vacío”).
- Ante la pérdida de un ser querido.

En la actualidad, se reconoce, generalmente, el modelo biopsicosocial del desarrollo de la depresión, según el cual las causas de la depresión son factores desencadenantes sociales, psicológicos y biológicos.

A continuación, los factores sociales que conducen a la depresión:

- Estrés agudo y crónico (pérdida, traición, divorcio, diversas formas de violencia doméstica).
- Pérdida o cambio de trabajo.
- Alto estrés psicoemocional en las actividades profesionales.
- Jubilación.
- Crisis económicas
- Inestabilidad política en el país (OPS, 2017).

Causas psicológicas de la depresión

- La tendencia a atascarse en experiencias sobre eventos adversos como una propiedad del temperamento.
- Estrategias de afrontamiento no adaptativas en la superación de situaciones estresantes.

Causas biológicas de la depresión

- Neurobiológico.
- Inmune.
- Cambios endocrinológicos en el cuerpo (embarazo, posparto, menopausia, hipo o hipertiroidismo).
- Astenia del cuerpo como resultado de enfermedades infecciosas graves (OPS, 2017).

2.2.1.1.3. Síntomas de la depresión

¿Cómo se siente un individuo cuando está deprimido?

- i. Hay un estado de ánimo deprimido, abatimiento, melancolía, un sentimiento de desesperanza, estado de ánimo bajo durante un largo período.
- ii. El cansancio y la fatiga aumentan como consecuencia de cargas habituales o pequeñas.
- iii. Disminución del interés y la capacidad para disfrutar de las cosas que solían traer satisfacción.

Además, los signos de depresión incluyen lo siguiente:

- Disminución de la capacidad de concentración.
- Baja autoestima y dudas.
- Sentimientos de culpa y tendencia a la autodegradación.
- Una visión sombría y pesimista del futuro.
- Retraso psicomotor o agitación.
- Trastornos del sueño.
- Cambios en el apetito y el peso.

Además, hay ideas persistentes sobre la muerte y el suicidio, los actos de intento de suicidio son un síntoma peligroso de depresión. Asimismo, el pensamiento de una persona que sufre depresión se caracteriza por la presencia de ideas irracionales, errores cognitivos:

- i. Autocrítica excesiva o culpa irrazonable: pensamientos sobre su propia inutilidad, pérdida de confianza en sí mismo, baja autoestima, tendencia a culparse a sí mismo.
- ii. Una visión negativa del presente es un sentimiento de falta de sentido de la existencia, la hostilidad del mundo y las personas circundantes.

- iii. Una visión negativa del futuro es la expectativa de problemas, nuevos sobresaltos, fracasos y sufrimiento (OPS, 2017).

2.2.1.1.4. La patogénesis de la depresión.

Sobre la base de los estudios disponibles, se ha evidenciado que las modificaciones en la actividad de los neurotransmisores en las neuronas del sistema límbico cerebral desempeñan una función esencial en la aparición de la depresión: la liberación e interacción con los receptores de la brecha postsináptica de mediadores como serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina, histamina, etc. (American psiquiátrico Association, 2014).

2.2.1.1.5. Lo que sucede en el cuerpo durante la depresión

La falta de serotonina se manifiesta en un aumento de la irritabilidad, agresividad, trastornos del sueño, apetito, actividad sexual, disminución del umbral de sensibilidad al dolor. Asimismo, una disminución en la concentración de norepinefrina en las neuronas del cerebro conduce a una sensación de mayor fatiga, deterioro de la atención, apatía y disminución de la iniciativa.

Además, la deficiencia de dopamina se manifiesta en una violación de la actividad motora y mental, una disminución en la satisfacción de las actividades (comida, sexo, descanso, comunicación), pérdida de interés en la cognición, el aprendizaje.

Por tanto, abordaje farmacéutico en la terapia de la depresión consiste en prescribir antidepresivos que regulan la liberación e interacción de los neurotransmisores con los receptores de las neuronas del sistema límbico (OPS, 2017).

2.2.1.1.6. Clasificación y etapas de desarrollo de la depresión.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10.^a revisión (CIE-10), la depresión se clasifica según la gravedad y el tipo de curso.

A. Tipos de depresión por gravedad

- Fácil
- Moderado.
- Depresión severa sin/con síntomas psicóticos.

Con depresión leve a moderada, una persona, por regla general, sigue siendo capaz de trabajar, aunque la calidad de vida disminuye. Mientras que la depresión de gravedad avanzada se distingue por manifestar síntomas característicos de esta afección, tales como un estado anímico decaído y una reducción en el interés y disfrute de las actividades habituales, aumento de la fatiga, deterioro de la capacidad para trabajar, puede haber tendencias suicidas.

B. Por tipo de flujo

- Episodio depresivo.
- Trastorno depresivo recurrente (recurrente).
- Trastorno crónico del estado de ánimo.

Hasta el 30-35 % de los pacientes tienen una forma crónica de depresión, con una duración del trastorno depresivo de dos o más años.

También en psiquiatría, se acostumbra a distinguir entre depresión por origen:

- *Endógeno* (psicosis maniaco-depresiva): implica un inicio irrazonable, una predisposición hereditaria al desarrollo de la enfermedad, alternancia de estados depresivos y maníacos;
- *Exógeno*: se desarrolla bajo la influencia de factores de estrés agudo o crónico;

- *Somatogénico*: asociado con somático, incluida la patología orgánica (infarto de miocardio , accidente cerebrovascular , lesión cerebral traumática, enfermedades oncológicas, etc.) (APA, 2014).

La clasificación estadounidense DSM-5 tiene en cuenta las características fenomenológicas del trastorno depresivo.

Estos incluyen síntomas depresivos:

- Con angustia de ansiedad.
- Con rasgos melancólicos.
- Con rasgos atípicos.
- Con rasgos psicóticos.
- Con rasgos mixtos.
- Estado de ánimo congruente e incongruente.
- Con catatonía (trastornos del movimiento).
- Con patrones estacionales (solo se aplica a episodios recurrentes).

2.2.1.1.7. Complicaciones de la depresión

La depresión puede tener una variedad de complicaciones que afectan la calidad de vida y la salud de las personas. Según Oquendo y Mann (2014), La depresión se vincula estrechamente con un incremento en el riesgo de cometer suicidio, constituyendo uno de los elementos de riesgo más relevantes para esta acción. Además, esta condición psicológica puede agravar otras enfermedades de salud, incluyendo patologías cardiovasculares y la diabetes, exacerbando su severidad y complicando su manejo y tratamiento.

Por otro lado, un estudio realizado por Mitchell y Subramaniam (2005), encontró lo siguiente:

La depresión también puede aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas, debido a una disminución en la función inmunológica. Asimismo, la depresión puede incrementar la probabilidad de incapacidades y la ausencia en el entorno laboral, lo que puede repercutir de manera notable en la economía y en el bienestar de los individuos. En síntesis, las consecuencias asociadas a la depresión son multifacéticas y tienen el potencial de comprometer tanto la salud física como psicológica, el bienestar general, la capacidad funcional y productiva en el ámbito laboral e incluso, en situaciones extremas, amenazar la existencia de las personas afectadas. Es por ello por lo que es fundamental abordar de manera adecuada y efectiva la depresión, tanto en el ámbito personal como en el colectivo (p. 23).

La Organización Mundial de la Salud en el 2020 señaló que, en todo el mundo, los costos económicos provenientes de la inhabilidad y el tratamiento de los individuos que padecen depresión son elevados. Además, la presencia de la depresión junto con enfermedades somáticas como la hipertensión arterial, enfermedades coronarias, asma bronquial, enfermedades gastrointestinales, oncología y trastornos autoinmunes, agravan el curso de estas enfermedades. Esto puede incrementar la gravedad del síndrome de dolor,

generar trastornos somáticos crónicos y aumentar la mortalidad por enfermedades principales (OPS, 2017)

2.2.1.1.8. ¿Por qué es peligrosa la depresión?

La depresión es reconocida como un factor de riesgo significativo debido a sus efectos negativos tanto en la salud física como mental de los individuos, impactando de manera sustancial en su bienestar integral. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés), esta afección puede llevar a condiciones de discapacidad, reducir de forma notable la calidad de vida, aumentar el aislamiento social y incrementar la vulnerabilidad al suicidio. Esta patología se distingue por una interacción compleja de elementos biológicos y psicológicos, y sociales que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento. Además, la depresión no solo afecta al individuo, sino que también tiene repercusiones en su entorno, incluyendo el ámbito familiar, laboral y social. El tratamiento y manejo adecuado de la depresión son cruciales, no solo para mejorar la calidad de vida del individuo afectado, sino también para reducir el impacto en la sociedad. Investigaciones adicionales sugieren que la intervención temprana y estrategias de prevención pueden ser clave en la mitigación de sus efectos a largo plazo. (National Institute of Mental Health, 2020, p. 47)

Adicionalmente, se ha observado que la depresión puede ejercer un efecto adverso en el sistema inmunológico, elevando así el riesgo de padecer enfermedades crónicas, entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

(Baune et al., 2017). “También puede afectar la función cognitiva, incluyendo la memoria y la toma de decisiones” (MacQueen & Memedovich, 2017).

Uno de los problemas más graves es la alta probabilidad de suicidio en la depresión (8 %). Al mismo tiempo, hasta el 60 % del número total de suicidios son personas que sufren

de depresión. Por ello, es tan importante el diagnóstico oportuno y la prestación de asistencia médica adecuada a las personas que padecen depresión (Lewinsohn et al., 1969).

2.2.1.1.9. Diagnóstico de depresión

Según Kupfer et al. (2012), los parámetros para diagnosticar la depresión contemplan un estado anímico desalentado o la disminución del interés o deleite en la mayoría de las actividades. Estos deben coexistir con, al menos, cuatro de los síntomas subsecuentes por un período no menor a dos semanas: variaciones notables en el peso, perturbaciones en el patrón de sueño, inquietud o retardo psicomotor, cansancio o declinación energética, sensaciones de valía reducida o culpa desmedida, problemas en la concentración o en la toma de resoluciones, y reflexiones reiteradas sobre la muerte o consideraciones suicidas. Es esencial que estos síntomas generen una afectación considerable en aspectos sociales, laborales o en otras dimensiones relevantes de la existencia del individuo.

En Estados Unidos, donde el número de psiquiatras es bastante elevado, el 50 % de Los individuos que experimentan síntomas depresivos buscan ayuda de los profesionales en atención primaria, mientras que solo el 20 % acude a los psiquiatras. En el Reino Unido, los médicos generales tratan a una gran proporción de pacientes con depresión, y solo el 10 % acude a psiquiatras” (Gil-Monte, 2012).

2.2.1.1.10. Examen para la depresión

El examen para la depresión se basa en la evaluación de los síntomas del paciente y en su historia clínica. Generalmente, se utilizan cuestionarios específicos para la depresión, como el cuestionario de Beck o el Inventario de Depresión de Hamilton, que se centran en la gravedad de los síntomas y su duración. También, se pueden utilizar otros exámenes, como pruebas de laboratorio y evaluaciones psicológicas. Cabe subrayar que la evaluación dirigida a identificar la depresión debería ser llevada a cabo por un experto formado en salud mental,

tal como un psiquiatra o un psicólogo clínico. Estos profesionales están capacitados para realizar una evaluación exhaustiva del paciente y determinar el mejor tratamiento para su condición (NIMH, 2020).

Desafortunadamente, todavía no existen pruebas de laboratorio y estudios precisos que puedan mostrar qué desequilibrio del mediador condujo al desarrollo de la depresión en un paciente en particular (OPS, 2017).

2.2.1.1.11. Diagnóstico diferencial de la depresión

El proceso de diagnóstico diferencial de la depresión resulta esencial para excluir otras afecciones que pueden manifestar síntomas análogos a los de la depresión. Entre estas patologías se incluyen el trastorno bipolar, Alteraciones de ansiedad, alteraciones de la personalidad y trastornos vinculados al uso de sustancias y enfermedades médicas con potencial impacto en el estado anímico, como la enfermedad de Parkinson o el hipotiroidismo.

Kupfer y Regier (2011) mencionan lo siguiente:

El diagnóstico diferencial de la depresión debe basarse en la evaluación cuidadosa de los síntomas, la historia clínica del paciente, su historia familiar, así como en pruebas médicas y de laboratorio. Los autores enfatizan la importancia de distinguir la depresión de otras patologías, ya que el tratamiento para cada una de ellas puede variar significativamente (p. 46).

Por otro lado, Zimmerman et al. (2013) sostienen lo siguiente:

Destacan que el diagnóstico diferencial de la depresión también debe Los autores recomiendan tomar en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y culturales del paciente. Sugieren que la evaluación abarque cuestiones relacionadas con la historia vital del

individuo, así como su ambiente familiar y social. así como sus creencias y valores culturales (p. 13).

2.2.1.1.12. Tratamiento para la depresión

El tratamiento para la depresión puede variar dependiendo del paciente y la gravedad de su caso. En general, se utilizan terapias psicológicas y farmacológicas.

En cuanto a terapias psicológicas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser efectiva para tratar la depresión. Según un estudio realizado por Jacobson y colaboradores (1996), la TCC fue igualmente efectiva que los antidepresivos para tratar la depresión moderada a severa.

Por otro lado, en cuanto a tratamientos farmacológicos, existen diversos tipos de antidepresivos. En un estudio de comparación de antidepresivos, realizado por Cipriani y colaboradores (2018), se encontró lo siguiente: “La mayoría de los antidepresivos son efectivos para tratar la depresión. Sin embargo, algunos antidepresivos pueden ser más efectivos que otros dependiendo del caso particular del paciente” (p. 23).

2.2.1.1.13. Atención de apoyo para la depresión

El tratamiento de soporte dirigido a la depresión puede abarcar diversas estrategias, tales como la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia orientada a la resolución de problemas. Estos abordajes terapéuticos tienen como finalidad asistir a los pacientes en la identificación y modificación de patrones cognitivos adversos y conductas perjudiciales, además de potenciar habilidades para gestionar el estrés y emociones desfavorables. Además, los pacientes pueden recibir apoyo farmacológico mediante antidepresivos, que pueden mejorar el estado de ánimo y la motivación (Cuijpers et al., 2008).

Es importante que la atención de apoyo sea proporcionada por profesionales capacitados y experimentados en la terapia para la depresión. Asimismo, se aconseja que los pacientes reciban atención regular para asegurar la continuidad del tratamiento y el seguimiento de su progreso (Hollon & Ponniah, 2010).

2.2.1.1.14. Terapia médica para la depresión

En la depresión moderada y severa, el uso de una combinación de psicofarmacoterapia (antidepresivos) y psicoterapia es más efectivo.

Hoy en día, los antidepresivos serotoninérgicos y los llamados antidepresivos de doble acción (que afectan el intercambio de serotonina y norepinefrina) son ampliamente utilizados y se usan durante tres meses o más (la duración promedio de la terapia es de 6 a 12 meses). Asimismo, los antidepresivos deben tomarse bajo la supervisión de un médico y, a pesar del uso a largo plazo, generalmente no generan dependencia y son bien tolerados.

Si la depresión no es tratable, se ha vuelto crónica, es propensa a la recurrencia, la terapia antidepresiva puede complementarse con otros medicamentos psicotrópicos: tranquilizantes, antipsicóticos, anticonvulsivos. Además del tratamiento ambulatorio de la depresión leve y moderada, la depresión grave está sujeta a tratamiento y observación en un entorno hospitalario (OPS, 2017).

2.2.1.1.15. Psicoterapia en el tratamiento de la depresión

En la psicoterapia de la depresión, se ha argumentado que la psicoterapia cognitivo-conductual es competente y de acción rápida, dirigida a cambiar las creencias irracionales y los patrones depresivos de comportamiento de los pacientes, y la psicoterapia psicodinámica (psicoanalítica, psicoterapia existencial, psicoterapia Gestalt), centrada en trabajar a través de sentimientos profundos y experiencias tempranas traumáticas, es ampliamente utilizado paciente, la formación de funcionamiento adaptativo en el presente (OPS, 2017).

2.2.1.1.16. Terapia de electroshock para la depresión

La terapia de electroshock (TEC), debido a la presencia de una amplia lista de contraindicaciones, reacciones adversas y complicaciones, tiene un uso limitado. Pero en casos de trastorno depresivo severo y resistencia a los medicamentos, la TEC puede usarse y está demostrando ser efectiva (OPS, 2017).

2.2.1.1.17. Fototerapia para la depresión

La fototerapia se utiliza en el tratamiento del trastorno afectivo estacional en clínicas que se especializan en dicha terapia. En este caso, se utilizan potentes fuentes de luz artificial con un régimen de exposición de 10 000 lux durante 30 minutos dos veces, por la mañana y por la noche (William, 2018).

2.2.1.1.18. Pronóstico. Prevención

El desenlace clínico de la depresión se halla influenciado por factores como la intensidad y persistencia de los síntomas, la edad del afectado, la coexistencia de otras afecciones, tanto físicas como psicológicas, el grado de respaldo social y la terapia administrada. De manera general, se reconoce que la depresión es susceptible de tratamiento y que la gran mayoría de los pacientes refleja una evolución positiva notable con el tratamiento adecuado (Cuijpers et al., 2008).

En este sentido, Moyer menciona lo siguiente:

En cuanto a la prevención, se ha demostrado que ciertas estrategias pueden reducir el riesgo de desarrollar depresión, como el ejercicio físico regular, una dieta saludable, un buen sueño, la minoración de la ingesta de alcohol y sustancias estupefacientes, el manejo del estrés y la mejora del apoyo social. La terapia cognitivo-conductual y otros tipos de terapia psicológica también pueden ser efectivos para prevenir la depresión en personas con antecedentes de trastornos del estado de ánimo (Moyer, 2013, p. 9).

2.2.1.2. Trastorno ansioso

“Los trastornos de ansiedad (TA) constituyen un conjunto de afecciones psicológicas definidas por la presencia de sensaciones agudamente intensas de ansiedad y temor. Mientras que la ansiedad se asocia a inquietudes respecto a situaciones venideras, el temor se relaciona con una respuesta ante circunstancias que acontecen en el instante actual. Estas emociones pueden desencadenar manifestaciones físicas, tales como palpitaciones e inestabilidad.”. (Abramets & Komissarov, 1982, pág. 122)

La ansiedad es una característica psicológica individual de una persona, que se manifiesta en su tendencia a preocuparse a menudo por razones relativamente pequeñas. “Los trastornos de ansiedad son causados por una combinación de factores genéticos y ambientales” (Avedisova y otros, 1995, p. 125). Los síntomas generalmente se pueden diagnosticar si han estado presentes durante al menos seis meses y conducen a una disminución del funcionamiento de la persona. Los problemas que pueden provocar estos síntomas son el hipertiroidismo (enfermedad tiroidea endocrina), enfermedades cardíacas, uso de cafeína, alcohol, etc.

“Sin tratamiento, los trastornos de ansiedad persisten en la mayoría de los casos”. (Abramets & Komissarov, 1982, pág. 95). Aproximadamente el 12 % en individuos que padecen un trastorno de ansiedad y entre el 5 y el 30 % de las personas se preocupan por la ansiedad solo en algún momento de sus vidas.

CIE-10 Código F41.9 para el trastorno ansioso

F41.9 es un código de diagnóstico facturable utilizado para especificar un diagnóstico médico de trastorno de ansiedad, sin especificar.

F41.9 también podría usarse para especificar condiciones o términos como ansiedad, ansiedad sobre el comportamiento o el rendimiento, ansiedad por reanudar las relaciones sexuales, trastorno de ansiedad, trastorno de ansiedad en la madre que complica el parto, ansiedad debido a la demencia, etc.

Los códigos de diagnóstico no especificados como F41.9 son aceptables cuando la información clínica es desconocida o no está disponible sobre una condición en particular. Aunque es preferible un código más específico, se deben usar códigos no especificados cuando dichos códigos reflejen con mayor precisión lo que se sabe sobre la condición de un paciente. No se deben usar códigos de diagnóstico específicos si no están respaldados por el registro médico del paciente (APA, 2014).

2.2.1.2.1. Qué es la ansiedad

La ansiedad es una característica psicológica individual de una persona, que se manifiesta en su tendencia a preocuparse a menudo por cosas relativamente pequeñas.

Las alteraciones relacionadas con la ansiedad incluyen lo siguiente:

- trastorno de ansiedad generalizada;
- trastornos fóbicos;
- trastorno de pánico;
- agorafobia (miedo al espacio abierto);
- desorden de ansiedad social;
- Trastorno de estrés postraumático;

- trastornos emocionales, cuyo inicio es específico de la infancia;
- ansiedad situacional;
- desorden obsesivo compulsivo;
- mutismo selectivo (pérdida de la capacidad de hablar en determinadas situaciones) (Abramets & Komissarov, 1982).

De esta manera, Abramets & Komissarov mencionan lo siguiente:

Por norma general, se puede establecer un diagnóstico si los síntomas perduran durante un período mínimo de seis meses y resultan en un declive en la operatividad del individuo. Las afecciones que podrían originar estos síntomas abarcan el hipertiroidismo (patología endocrina relacionada con la tiroides), afecciones cardíacas, ingesta de cafeína, alcohol o cannabis, y la supresión del consumo de determinadas sustancias (Abramets & Komissarov, 1982, p. 18).

“Sin tratamiento, En la mayoría de las situaciones, los trastornos de ansiedad tienden a mantenerse. La gestión de la afección podría contemplar modificaciones en el modo de vida, orientación (mediante terapia cognitivo-conductual) y la administración de fármacos. Específicamente, medicamentos tales como los antidepresivos, las benzodiazepinas y los bloqueadores beta pueden favorecer la mejora del estado del paciente” (Akzhigitov, 1998, p. 54)

La ansiedad para Avedisova et al, se representa lo siguiente:

“Aproximadamente el 12 % de los individuos padecen un trastorno de ansiedad, y entre el 5 % y el 30 % de la población experimenta trastornos de ansiedad en algún periodo de sus existencias. Esta afección se presenta con una frecuencia duplicada en mujeres en comparación con hombres y suele manifestarse antes de alcanzar los 25 años”. (Avedisova et al., 1995, p. 17)

2.2.1.3. Causas de la enfermedad

Abuso de estupefacientes y sustancias psicoactivas (sustancias)

La ingesta de cafeína puede causar o exacerbar la RA, incluido el trastorno de pánico se encuentra categorizado, en diversas clasificaciones internacionales, como una forma de trastorno de ansiedad inducido por la cafeína se considera un trastorno inducido por sustancias/drogas. Sin embargo, este subtipo no debe clasificarse como un trastorno por sustancias adictivas. El consumo de cannabis (cáñamo) está asociado con los trastornos de ansiedad, pero esta relación aún necesita una sólida base de evidencia (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996).

Enfermedades endocrinas

A veces un desorden de ansiedad puede surgir como una consecuencia secundaria de una enfermedad endocrina subyacente que provoca una sobreactividad del sistema nervioso. Estas enfermedades incluyen la feocromocitoma (tumor hormonalmente activo de la médula) y el hipertiroidismo (hipertiroidismo) (Charney et al., 1996).

Desajuste evolutivo

Se ha sugerido en la comunidad científica que los elevados grados de ansiedad pueden ser una respuesta a las transformaciones desde la época paleolítica, el contexto social ha experimentado cambios significativos. Por ejemplo, en la Edad de Piedra, se observaba una mayor interacción física y comunicativa entre las madres y sus hijos, lo que contribuía a la reducción de la ansiedad. En contraste, en la actualidad, las interacciones frecuentes con extraños difieren sustancialmente de las que se daban en pequeñas tribus estrechamente unidas. Los estudiosos proponen que la falta de interacción social continua, especialmente en los años de desarrollo, representa una de las causas primordiales del aumento en las tasas de ansiedad. Muchas de estas reacciones podrían derivarse de un desajuste evolutivo,

reflejando la emergencia de rasgos necesarios para adaptarse a un ambiente en constante cambio. Aunque la ansiedad tiene la función de alertar ante situaciones potencialmente amenazantes para la vida, en ciertas ocasiones, eventos menos graves como escuchar malas noticias pueden desencadenar reacciones intensas, especialmente en individuos altamente sensibles y en contextos culturales occidentales. (Charney et al., 1996, p. 15).

2.2.1.3.1. Síntomas de un trastorno de ansiedad

Todos los trastornos de ansiedad comparten algunos síntomas comunes:

- Pánico, miedo y ansiedad.
- Alteración del sueño.
- Incapacidad para permanecer calmado y quieto.
- Escalofríos, sudoración, hormigueo en las manos o los pies.
- Disnea.
- Cardiopalmo.
- Boca seca
- Náuseas.
- Músculos tensos.
- Mareo.

2.2.1.3.2. Complicaciones de un trastorno de ansiedad

Complicaciones sociopsicológicas

Sin el tratamiento adecuado, los trastornos de ansiedad pueden provocar baja autoestima, aislamiento, insomnio, deterioro cognitivo y una sensación general de agotamiento y desesperanza. Debido a la falta de energía y los problemas emocionales

abrumadores, las personas con ansiedad crónica a menudo no pueden mantenerse al día con las demandas de su vida diaria. Asimismo, la pérdida del trabajo, los problemas financieros y el final de las relaciones son posibles consecuencias que pueden exacerbar la sensación general de desesperanza y provocación. Como era de esperarLa ansiedad se identifica como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de la depresión. Investigaciones subsecuentes han revelado que la combinación de ansiedad y depresión incrementa la probabilidad de experimentar pensamientos e intentos suicidas.

La adicción a las drogas, el alcohol o la nicotina es bastante común entre las personas que luchan contra la ansiedad durante un largo período de tiempo. Al igual que la depresión, las conductas adictivas (el deseo de escapar del mundo real) pueden ser un factor de riesgo y una complicación de los trastornos de ansiedad (Cia, 2013, p. 10).

Complicaciones físicas

La ansiedad a menudo causa complicaciones en los órganos, como el síndrome del intestino irritable, acidez estomacal, diarrea o estreñimiento. Las fluctuaciones de peso, la pérdida de interés en la vida sexual, los problemas para dormir, los dolores de cabeza, la tensión muscular y el dolor crónico son otros problemas físicos comunes asociados con la ansiedad.

Asimismo, el estrés y la ansiedad también reducen la actividad del sistema inmunológico y la cantidad de glóbulos blancos. Además, los investigadores han descubierto que el estrés juega un papel importante en el desarrollo de alergias y enfermedades autoinmunes. Debido a que estas enfermedades en sí mismas pueden causar estrés y ansiedad significativos, tanto las condiciones mentales como las físicas pueden reforzarse entre sí en un ciclo viscoso.

A nivel celular, las hormonas del estrés aumentan el estrés oxidativo en las células y conducen a la acumulación de radicales libres que causan daño celular. Los radicales libres pueden dañar todos los componentes de una célula, incluidos los telómeros, que son secuencias de ADN específicas al final de los cromosomas. Los telómeros están diseñados para proteger a los cromosomas de la degradación y evitar que se fusionen entre sí. Los científicos han descubierto que las células de las personas que sufren estrés crónico tienen telómeros significativamente más cortos, lo que significa que estas personas tienen un mayor riesgo de envejecimiento acelerado, cáncer, enfermedades autoinmunes y del corazón.

De esta manera, la ansiedad puede tener consecuencias graves y a largo plazo para la salud mental y física de una persona. Si una persona experimenta sentimientos crónicos de ansiedad, inquietud o inseguridad, debe tomar estos síntomas en serio y consultar a un médico. La ansiedad es uno de los problemas de salud más comunes. Sin embargo, existen muchas opciones de tratamiento eficaces que pueden ayudar a superar este desafío emocional y restaurar la fuerza (Cia, 2013).

2.2.1.3.3. Diagnosticar un trastorno de ansiedad

“La identificación de los trastornos de ansiedad presenta complejidad, dado que no se disponen de biomarcadores objetivos. El diagnóstico se fundamenta en los síntomas, los cuales, en general, deberían manifestarse por un período no menor a seis meses o exceder la duración anticipada en un contexto específico y ocasionar una disminución En el contexto de la evaluación de la funcionalidad social del individuo, se ha prestado especial atención al diagnóstico de síntomas ansiosos mediante la aplicación de una variedad de cuestionarios. En el campo de la valoración psicológica, se han elaborado y validado numerosas escalas destinadas a medir la ansiedad, entre las cuales destacan la Escala de Ansiedad de Beck, la Escala Autoevaluada de Ansiedad de Tsung y la Escala de Ansiedad de Taylor. Asimismo, existen herramientas diseñadas para evaluar concurrentemente tanto la ansiedad como la

depresión, tales como la Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

La implementación de estas herramientas constituye un pilar esencial tanto en la investigación como en el diagnóstico clínico, dado que facilitan una cuantificación y análisis más detallados y precisos de estos trastornos. El empleo de estas escalas aporta una comprensión más profunda sobre la naturaleza y la magnitud de la ansiedad y la depresión, lo cual es clave para el desarrollo e implementación de tratamientos más eficaces. Además, la utilización de estas herramientas en diversos contextos permite realizar comparaciones entre los niveles de ansiedad y depresión en distintas poblaciones, ampliando así la capacidad de los expertos de la salud mental para identificar y manejar estas afecciones en una variedad de entornos. (HADS) y la evaluación de la salud del paciente (PHQ)”. (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 5).

2.2.1.3.4. Tratamiento del trastorno de ansiedad

El propósito del tratamiento es mitigar los síntomas de ansiedad y potenciar la calidad de vida del paciente.

Elección del tratamiento

Las alternativas terapéuticas abarcan modificaciones en el modo de vida, intervenciones terapéuticas y administración de medicamentos. A la fecha, no se cuenta con pruebas concluyentes acerca de cuál modalidad de tratamiento es superior en eficacia. De este modo, la selección del enfoque terapéutico recae en la decisión del paciente. En la mayoría de las situaciones, los individuos con trastornos de ansiedad optan inicialmente por abordajes terapéuticos.

Cambios en el estilo de vida

Las transformaciones en el estilo de vida, tales como incrementar la actividad física, optimizar la calidad del sueño, disminuir la ingesta de cafeína y cesar el hábito de fumar, son fundamentales en el tratamiento de la ansiedad. En particular, la cesación del tabaquismo se ha demostrado que ofrece beneficios superiores en la gestión de la ansiedad en comparación con la medicación. Estos cambios en el estilo de vida no solo contribuyen a la reducción directa de los síntomas ansiosos, sino que también promueven una mejora general en la salud física y mental del individuo. Además, la implementación de estas estrategias puede potenciar la efectividad de otras formas de tratamiento, como la terapia psicológica y el uso de fármacos. La combinación de estos enfoques ofrece un marco integral para el manejo de la ansiedad, enfocándose tanto en los aspectos conductuales y psicológicos como en los fisiológicos.

Terapia de conducta cognitiva

La terapia cognitiva conductual es eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad y es la primera línea de tratamiento. Tiene igualmente un efecto positivo tanto en una sesión de terapia directa con un paciente (en persona) como en una terapia a distancia (a través de Internet) (OMS, 1992)

2.2.1.4. Angustia

Se define como un sentimiento complejo y desagradable, difuso en su naturaleza, que se manifiesta a través de una serie de síntomas variados que limitan la capacidad de reacción del individuo, su voluntariedad de actuación y puedan llegar a inmovilizarlo. Los factores que intervienen son de tipo psicológico, biológico y social (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003).

- *Criterios clínicos*

y“El diagnóstico del trastorno de pánico se establece una vez que se han excluido afecciones físicas que puedan emular síntomas de ansiedad y cuando los signos clínicos

satisfacen los criterios diagnosticados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5). Los afectados deben experimentar episodios de pánico recurrentes (sin especificar la periodicidad) en los cuales, al menos un episodio, es acompañado por uno o ambos de los síntomas que se detallarán a continuación, por un lapso no inferior a un mes” (American psiquiátrico Association, 2014, pág. 45)

- “Inquietud sostenida ante la posibilidad de experimentar futuros episodios de pánico o inquietud respecto a sus efectos colaterales (por ejemplo, la pérdida de autocontrol o descompensación mental).
- Reacción conductual desajustada frente a los episodios de pánico (por ejemplo, esquivar acciones rutinarias, como actividades físicas o interacciones sociales, con el objetivo de eludir crisis subsecuentes).” (APA, 2014)

2.2.1.5. Estrés

La definición de estrés puede variar según el autor y el enfoque teórico utilizado. Seguidamente, se ofrecen varias interpretaciones del término estrés proporcionadas por diferentes expertos en la materia:

Lazarus y Folkman lo definen de la siguiente manera:

El estrés es un proceso de evaluación que implica a visión de una situación como intimidante o excesiva para los recursos disponibles de la persona. Este proceso de evaluación puede ser influenciado por factores cognitivos, emocionales y situacionales, y puede variar de una persona a otra. El estrés puede tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales, y puede ser modulado por estrategias de afrontamiento y apoyo social (Lazarus & Folkman, 1984, p. 7).

Para Selye, el estrés representa una reacción inespecífica del organismo que puede ser desencadenada por cualquier requerimiento impuesto, independientemente de si es de

naturaleza positiva o negativa. Dicha reacción comprende un conjunto de modificaciones fisiológicas que capacitan al cuerpo para responder a dicho requerimiento y puede generar consecuencias que pueden oscilar entre ser favorables o adversas para la salud. (Selye, 1950)

Por su parte, para Vallejo-Nájera, el estrés es una respuesta de adaptación del organismo a un estresor que se percibe como un peligro o amenaza para su integridad o supervivencia. Esta respuesta puede ser activada por factores internos y externos, y puede incluir cambios fisiológicos, psicológicos y conductuales. La intensidad y duración de la respuesta de estrés pueden variar, y pueden tener consecuencias tanto positivas como negativas para la salud (Vallejo, 1988).

Según la Organización Mundial de la Salud, el 65 % de todas las enfermedades están relacionadas causalmente con el estrés, y algunos expertos creen que en realidad esta cifra es algo superior. Muchas enfermedades del sistema nervioso, cardiovascular, órganos digestivos, neoplasias malignas y otras se reconocen como psicósomáticas (OMS, 1992).

2.2.1.5.1. Teorías psicológicas del estrés.

Existen varias teorías psicológicas del estrés que tratan de explicar cómo las personas experimentan y responden al estrés. Algunas de estas teorías son las siguientes:

Teoría de la reacción al estrés de Cannon. Esta propuesta teórica postula que el estrés se manifiesta como una respuesta fisiológica del organismo ante una circunstancia tensa, involucrando la estimulación del sistema nervioso simpático y la liberación de hormonas relacionadas con el estrés (Cannon, 1915).

Teoría de la evaluación cognitiva de Lazarus. Dicha teoría propone que el estrés surge como consecuencia de una valoración cognitiva de una circunstancia tensionante, abarcando la percepción de la situación como potencialmente amenazadora y la estimación de los recursos individuales disponibles para confrontarla (Lazarus & Folkman, 1984).

Teoría de la tensión-apoyo de Pearlin. Esta teoría sostiene que el estrés es el resultado de una tensión ambiental, como el cambio de roles o la falta de recursos, y que la capacidad de la persona para hacer frente al estrés está influenciada por el apoyo social disponible (Pearlin, 1989).

Teoría de la demanda-control de Karasek. Esta teoría sostiene que el estrés es el resultado de una la relación entre las exigencias laborales y la gestión o manejo de estas que tiene el trabajador sobre su trabajo. (Karasek, 1979)

Teoría del afrontamiento de Folkman y Lazarus. La propuesta teórica postula que el estrés emerge de una interacción entre la valoración cognitiva de una circunstancia tensionante y las tácticas de afrontamiento empleadas para gestionar dicha situación. Estas concepciones, junto con otras teorías psicológicas sobre el estrés, han sido examinadas en múltiples investigaciones con el objetivo de comprender de manera más profunda cómo los individuos perciben y reaccionan ante el estrés (Folkman & Lazarus, 1988).

Por primera vez en 1915, el psicofisiólogo estadounidense Walter Bradford Cannon habló del estado ahora asociado con el concepto de estrés, y llamó a esta reacción “lucha o huida” (“*light or flight*”). E incluso describió este fenómeno en el libro *Cambios corporales en el dolor, el hambre, el miedo y la ira*. Se puede considerar el comienzo del enfoque europeo, americano de este tema en 1915 (Cannon, 1915).

Sin embargo, en Rusia se encontraron en el mismo tema en los mismos años, y en la Academia Médica Militar de San Petersburgo, el profesor Korenchevsky, en 1913, ya describió el síndrome de adaptación y expuso que no era una respuesta patológica, sino fisiológica a la célula. daño, tejidos, daño a algún ambiente externo.

A su vez, el médico austriaco Hans Selye se graduó en la Universidad de Medicina de Praga. Después de mudarse a Canadá, estudió el efecto de los secretos de las glándulas

hormonales, que recibió triturando órganos aislados de animales e inyectándolos en ratones (entonces todavía no las hormonas, porque no estaban aisladas en su forma pura) (Selye, 1973).

Se dio cuenta de algo muy interesante: sin importar qué extracto hormonal inyectara a los ratones, la reacción era muy similar. Existe la leyenda de que una vez que hizo algún tipo de descuido tecnológico y se olvidó de desatar sus ratones experimentales, los dejó para la noche. Y aquellos ratones a los que se les inyectó sustancias el día anterior y a los que no se les inyectó dieron la misma reacción en forma de ulceración de la mucosa gástrica. Al día siguiente, algunos de los sujetos de prueba incluso murieron. Y ahí fue cuando empezó a hablar del Síndrome General de Adaptación. En realidad, este fue el comienzo de la historia del estrés.

2.2.1.5.2. Causas del estrés

El estrés tiene múltiples causas y factores que lo pueden desencadenar. Algunas de las causas del estrés, según distintos autores, son las siguientes:

Eventos vitales estresantes: son situaciones como la pérdida de un ser amado, una separación, la pérdida del trabajo o un cambio de residencia, que pueden ser percibidos como amenazas o desafíos significativos y que pueden causar una respuesta de estrés en el individuo (Holmes & Rahe, 1967)..

Demandas laborales: el exceso de tareas laborales, la escasez de independencia en la toma de decisiones en el trabajo y el conflicto con compañeros o superiores pueden ser factores que contribuyen al estrés laboral (Karasek & Theorell, 1990)

Conflictos interpersonales: las relaciones interpersonales problemáticas, como los conflictos familiares o de pareja, pueden ser una fuente importante de estrés (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001).

Factores ambientales: la contaminación acústica, la sobrepoblación, la falta de espacio y la inseguridad en la comunidad pueden ser factores ambientales que contribuyen al estrés (Evans & Cohen, 1987).

Estrés postraumático: las experiencias traumáticas, como la violencia, el abuso o la guerra, pueden causar trastornos de estrés postraumático.

Factores de personalidad: la ansiedad, la baja autoestima y la tendencia a preocuparse excesivamente son factores de personalidad que pueden aumentar la vulnerabilidad al estrés (Sarason et al., 1978).

Estas son solo algunas de las causas del estrés que han sido identificadas por distintos autores y que pueden tener un impacto significativo en la salud mental y física de las personas.

El problema del estrés, de hecho, es muy antiguo, pero la conciencia científica sobre él se produjo solo a inicios de los años 80 del siglo pasado, lo que se reflejó tanto en el desarrollo de la ciencia humana moderna como en el deseo de satisfacer las necesidades urgentes de la sociedad (Sandín, 1995, p. 87).

El fundador de la doctrina del estrés es el científico canadiense Hans Selye. En 1936, en la revista *Nature*, en la sección Cartas al editor, se publicó un breve informe de un fisiólogo entonces desconocido bajo el título “Un síndrome causado por varios agentes nocivos”. Cuando aún era estudiante de segundo año de medicina en la Universidad de Praga, llamó la atención sobre el hecho obvio de que varias enfermedades infecciosas parecen tener una serie de síntomas comunes. Estos incluyen malestar general, pérdida de apetito, fiebre, escalofríos, debilidad muscular, dolores y molestias en las articulaciones, presión arterial alta, pérdida de motivación para lograr logros. Los experimentos del joven científico confirmaron que no solo las infecciones, sino también otros efectos nocivos

(escalofríos, quemaduras, heridas, envenenamiento, etc.) junto con las consecuencias propias de cada uno de ellos, provocan un complejo del mismo tipo de reacciones bioquímicas, fisiológicas y comportamentales. Selye sugirió que existe una reacción general no específica del cuerpo a cualquier “nocividad” destinada a movilizar las defensas del cuerpo. Llamó a esta reacción estrés. En la interpretación moderna, la definición de estrés es la siguiente: “Una reacción no específica del cuerpo a cualquier requisito del exterior” (Selye, 1950, pág. 67) ¿Por qué inespecífico? Los diferentes efectos en el cuerpo generalmente provocan reacciones diferentes, por ejemplo, el frío provoca escalofríos y el calor provoca sudoración. Como puede ver, las reacciones son diferentes (específicas), pero, en cualquier caso, debe adaptarse a la situación. Esta necesidad de reestructuración requiere, según Selye, una “energía adaptativa” no específica como esa (Cannon, 1929).

2.2.1.5.3. Etapas del estrés

G. Selye identificó tres etapas en el desarrollo del estrés:

1. Etapa de alarma

En esta etapa, el cuerpo detecta una amenaza y se prepara para hacer frente a ella, liberando hormonas de estrés como el cortisol y la adrenalina. Se experimenta una sensación de alerta y se activa la respuesta de lucha o huida.

2. Etapa de resistencia

Si la amenaza persiste, el cuerpo continúa liberando hormonas de estrés para mantener la respuesta de lucha o huida. En esta etapa, la persona puede experimentar síntomas de estrés prolongados, como tensión muscular, fatiga y problemas de sueño.

3. Etapa de agotamiento

Para el investigador Selye, la etapa de agotamiento consiste en lo siguiente:

Si la amenaza persiste durante demasiado tiempo, el cuerpo puede agotar sus recursos y ya no puede mantener la respuesta de lucha o huida. En esta etapa, la persona puede experimentar agotamiento físico y mental, depresión y otros problemas de salud relacionados con el estrés. Más tarde, Selye propuso distinguir entre estrés y angustia (angustia inglesa-agotamiento, desgracia). En sí mismo, comenzó a considerar el estrés como un factor positivo asociado a experiencias positivas, como fuente de mayor actividad, alegría por el esfuerzo y superación exitosa. La angustia, en cambio, se produce con tensiones muy frecuentes y prolongadas asociadas a experiencias negativas, con tales combinaciones de factores adversos, cuando no llega la alegría de la superación, sino un sentimiento de impotencia, de desesperanza, una conciencia de exceso, de superación y de indeseabilidad, injusticia ofensiva de los esfuerzos requeridos (Selye, 1973).

Entre las reacciones de estrés provocadas por estresores positivos o negativos, existen ciertas diferencias biológicamente aún poco estudiadas. Pero tanto el estrés positivo como el negativo van acompañados de un aumento en la “tasa de desgaste del cuerpo” (Selye, 1973)

2.2.1.5.4. Clasificación de tensión

La clasificación de tensión o estrés puede variar dependiendo de la fuente consultada, pero aquí presentamos algunas de las clasificaciones más comunes:

A. Según su duración

- **Agudo:** se presenta en respuesta a una situación puntual y es de corta duración.
- **Crónico:** se presenta durante un periodo prolongado de tiempo, como resultado de una situación persistente o recurrente.

B. Según su origen

- Físico: se debe a un agente físico estresante, como una lesión o una enfermedad.

- Psicológico: se debe a factores psicológicos, como situaciones laborales o personales estresantes.

C. Según su intensidad

- Leve: se presenta en respuesta a situaciones cotidianas y no tiene un gran impacto en la vida diaria del individuo.

- Moderado: puede afectar el bienestar del individuo y limitar su capacidad para realizar actividades.

- Grave: puede tener un impacto significativo en la salud física y mental del individuo y requerir atención médica.

D. Según su dirección

- Eustrés: se refiere a situaciones de estrés positivo, que pueden ser motivadoras y desafiantes.

- Distress: alude a circunstancias de estrés adverso, que pueden repercutir de forma negativa en la salud y el bienestar del individuo.

Es importante tener en cuenta que estas clasificaciones no son exhaustivas y que el estrés es un fenómeno complejo que puede manifestarse de diversas formas y tener distintas consecuencias (Selye, 1973).

2.2.1.5.5. Síntomas típicos del estrés

Los síntomas típicos del estrés pueden variar de persona a persona, pero algunos de los más comunes incluyen lo siguiente:

- *Síntomas físicos*: dolor de cabeza, fatiga, insomnio, tensión muscular, dolor de estómago, sudoración, palpitaciones, entre otros
- *Síntomas psicológicos*: ansiedad, irritabilidad, falta de concentración, miedo, tristeza, entre otros.
- *Síntomas conductuales*: aumento de la ingesta de alcohol, tabaco o drogas, aislamiento social, problemas en el trabajo o en las relaciones interpersonales (Lazarus & Folkman, 1984, pág. 23)

2.2.1.5.6. Maneras de prevenir y manejar el estrés

El estrés puede ejercer una influencia considerable en la salud física y psicológica de un individuo por lo que es importante conocer las diversas maneras de prevenir y manejar el estrés. Una de las formas más efectivas es el ejercicio físico regular, que ha demostrado reducir los síntomas del estrés. Salmon (2001) sostiene que el ejercicio físico incrementa la generación de endorfinas, neurotransmisores que disminuyen la percepción del dolor y elevan el estado de ánimo.

Las prácticas de relajación, incluyendo la meditación, la respiración profunda y la relajación muscular progresiva, se han evidenciado igualmente eficaces para disminuir el estrés. Kabat-Zinn (1982), sostiene que la meditación mindfulness puede mejorar la atención, la concentración y la sensación de bienestar emocional.

El apoyo social también puede ser un factor protector contra el estrés. Cohen y Wills (1985) afirman que el apoyo emocional y la ayuda práctica de amigos, familiares o grupos de apoyo pueden reducir la percepción del estrés como amenaza y aumentar la percepción de tener dominio sobre la circunstancia estresante.

El manejo del tiempo es otra forma efectiva de prevenir y manejar el estrés. La organización y planificación del tiempo pueden ayudar a reducir la sensación de estar

abrumado y a aumentar la sensación de control (Lupien, McEwen, Gunnar y Heim, 2009) sostienen que la falta de control es una de las principales fuentes de estrés, por lo que el manejo del tiempo puede ser una herramienta poderosa para reducir los síntomas del estrés.

Finalmente, la terapia cognitivo-conductual podría representar un medio eficaz para prevenir y gestionar el estrés. Dicho enfoque terapéutico se orienta hacia la detección y modificación de patrones cognitivos y conductuales que potencian el estrés. Beck (1976) sostiene que esta modalidad terapéutica puede asistir a los individuos en el reconocimiento y ajuste de sus esquemas de pensamiento adversos y a aprender habilidades de afrontamiento más efectivas.

2.2.1.5.7. Consecuencias de estrés

Macaya y Aranda han señalado una amplia variedad de consecuencias del estrés, las cuales pueden variar según el nivel de crisis en el individuo.

- Desde una perspectiva cognitiva, el impacto del estrés puede traducirse en la superación de los mecanismos adaptativos y las capacidades de solucionar disputas, lo cual puede reflejarse en síntomas como confusión, obstrucción del pensamiento, ideación catastrofista, pensamiento binario, rigidez mental, entre otros aspectos.

- En el ámbito emocional, el estrés puede expresarse a través de sentimientos de incredulidad, preocupación, melancolía, desesperación, aprehensión, estado de shock, exaltación, pavor, entre otros.

- En términos fisiológicos, el estrés puede desencadenar manifestaciones generales del mismo, tales como variaciones en el apetito y/o patrones de sueño, transpiración excesiva, malestar físico, ritmo cardíaco acelerado, entre otras respuestas.

Resulta esencial subrayar que estos efectos pueden influir de manera considerable en el bienestar mental y físico de un individuo, además de en su calidad de vida y en su habilidad

para desenvolverse eficientemente en su cotidianidad. De este modo, se hace imprescindible implementar acciones con el fin de atenuar y gestionar el estrés. de manera efectiva, incluyendo la promoción de prácticas de autocuidado, la búsqueda de ayuda profesional y la implementación de estrategias de manejo del estrés en el lugar de trabajo y en la vida personal (Macaya y Aranda, 2020, p. 15).

Asimismo, Lorenzo, Díaz y Zaldívar detectaron variadas manifestaciones psicológicas asociadas a traumas derivados de circunstancias tensionantes en el personal sanitario. De acuerdo con la investigación, los profesionales de la salud mostraron síntomas tales como agitación, incertidumbre, desasosiego y preocupación, que llegó a evidenciarse en estados de ansiedad generalizada, episodios depresivos, sensaciones de desesperanza y melancolía. Adicionalmente, se identificaron alteraciones conductuales como trastornos del sueño, disminución del apetito, pesadillas, variaciones en las rutinas de higiene y modificaciones en la conducta sexual. Entre las manifestaciones emocionales, prevalecieron la ansiedad, la desorganización, el miedo, la frustración, la sensación de encierro y el enojo.

También es crucial resaltar que estas expresiones pueden afectar de manera importante tanto la salud mental y física de los profesionales de la salud, como su calidad de vida y su habilidad para ofrecer cuidados adecuados a los pacientes. Por lo tanto, es fundamental tomar medidas para reducir y manejar el estrés de manera efectiva, incluyendo la promoción de prácticas de autocuidado, la búsqueda de ayuda profesional y la implementación de estrategias de manejo del estrés en el lugar de trabajo y en la vida personal (Lorenzo et al, 2020).

Por su parte, Díaz (2011) apreció las consecuencias nocivas del estrés psicosocial en Se identificaron tres componentes esenciales: la salud del empleado y su conducta y su eficacia en el entorno laboral. De acuerdo con el estudio, el estrés de origen psicosocial puede deteriorar la salud del trabajador, desencadenando trastornos como la depresión, el

infarto de miocardio o el síndrome del intestino irritable, entre otros. Además, se enfatizó que los individuos pueden tener reacciones distintas ante situaciones interpretadas como estresantes y que, en ciertas circunstancias, esto puede iniciar mecanismos fisiopatológicos.

De manera similar, Mingote indicó que el estrés laboral se considera el segundo asunto de mayor relevancia en la Unión Europea se vincula directamente con afecciones de salud mental. Esta situación subraya la necesidad de enfocarse en el estrés laboral y de implementar acciones para atenuarlo, con el propósito de evitar repercusiones adversas tanto para los empleados como para la entidad en sí (Mingote, 2011).

2.2.1.6. Enfoque psiconeuroinmunológico

2.2.1.6.1. psiconeuroinmunología

Durante muchas décadas, una parte importante de los psicólogos creyó haber logrado resolver la cuestión de la relación entre la mente y el cuerpo al aceptar que todos los “fenómenos mentales” podían reducirse a “eventos físicos” que ocurrían en el cerebro. Fue una reacción a filosofías anteriores especulación, según la cual un conjunto de leyes gobierna lo mental. Fenómenos, y el otro físico. Sin embargo, no hace mucho tiempo, los psicólogos comenzaron a comprender que tanto la separación del alma y el cuerpo, como la reducción de lo mental a lo corporal, eran solo sociales construcciones que gradualmente están cayendo en desuso a medida que los logros de la neurociencia dieron cada vez más argumentos de peso en apoyo de modelos que ilustran la identidad del alma y el cuerpo o al menos la estrecha interacción de lo psíquico y física en procesos.

Uno de los desarrollos más importantes en la reformulación de las ideas tradicionales sobre el alma y el cuerpo fue el desarrollo de la psiconeuroinmunología, un campo de investigación, cuyo nombre fue propuesto por Ader (1975).

Ader es uno de los fundadores de la psiconeuroinmunología moderna. En un estudio pionero en la década de 1970, demostró que el sistema inmunológico podía ser condicionado por estímulos psicológicos. Junto con Nicholas Cohen, desarrolló el concepto de “psicoimmunología”. Ader también investigó el papel del estrés en la respuesta inmunológica y argumentó que el estrés crónico y prolongado podía tener efectos negativos en la respuesta inmunológica. La contribución de Ader ha sido fundamental para el desarrollo de la psiconeuroinmunología y su trabajo continúa siendo relevante e influyente. (Ader & Cohen, 1975)

Otro de los autores más influyentes en la psiconeuroinmunología es George F. Solomon, quien junto con sus colegas desarrolló la teoría del estrés y la respuesta inmunológica.

Según esta teoría, el estrés crónico y prolongado puede tener efectos negativos en la respuesta inmunológica, lo que aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades. En palabras de Solomon y sus colegas:

La psiconeuroinmunología se enfoca en la interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, así como la forma en que pueden interactuar entre sí. Se reconoce al estrés como un factor crítico capaz de afectar adversamente la respuesta inmunológica, a través de la activación del sistema nervioso simpático y la liberación de hormonas del estrés, como el cortisol. Los estudios en el campo de la psiconeuroinmunología han revelado que las vivencias psicológicas y sociales pueden ejercer efectos significativos sobre la función inmunológica, lo cual puede tener consecuencias relevantes en la salud y la enfermedad (Solomon et al., 1987, p. 15).

Esta área abarca la investigación sobre los efectos del estrés en la función del sistema inmunitario, las propiedades de los factores estresantes como variables experimentales y la capacidad para afrontar el estrés, además de estudios de la psiconeuroinmunología

interacción del sistema nervioso central (en sus aspectos neurológicos y psicológicos) y el sistema inmunitario (p. ej. el papel del Sistema Nervioso en la regulación de las funciones del sistema inmunitario, los mecanismos de estrés y angustia en los sistemas nervioso e inmunitario). El sistema endocrino también se incluye a menudo en el tema de investigación, dando el comienzo de la palabra más larga del idioma inglés, que tiene que llamarse este campo interdisciplinario: psiconeuroendocrinoinmunología (González & Izquierdo, 2009).

Asimismo, el sistema inmunológico es esencial para la protección del cuerpo contra amenazas externas como bacterias, hongos, virus y toxinas extrañas. Además, evita que las células del cuerpo se muten y se conviertan en tumores cancerosos. Para entender cómo funciona, se divide en dos secciones con tareas específicas y agentes activos característicos. El subsistema humoral, también conocido como mediado por anticuerpos, regula y controla la circulación sanguínea a través de anticuerpos producidos por células B en la médula ósea. Cuando se activan, las células B producen uno de los cinco tipos conocidos de anticuerpos o inmunoglobulinas, que pueden ser responsables de reacciones alérgicas y combate a las sustancias invasoras. En resumen, el sistema inmunológico actúa como una infraestructura reguladora y de control del cuerpo para mantener la homeostasis (Villarreal & Casal, 1999).

Las células B en el subsistema mediado por anticuerpos son influenciadas por las células T producidas por el timo y los macrófagos fagocitos. Estos últimos pertenecen al subsistema celular mediado por células y producen sustancias mensajeras, como citocinas, linfocinas y monocinas, que afectan a otras células inmunitarias. Los macrófagos pueden atacar la célula tumoral después de que haya sido recubierta con anticuerpos o pueden eliminarla directamente. Las células T citotóxicas, conocidas como células T “asesinas”, también pueden atacar las células tumorales. Las células T “auxiliares” y las células supresoras aumentan o suprimen las funciones de las células T asesinas y las células B (González & Izquierdo, 2009).

El sistema inmunitario y el SNC tienen la capacidad de recordar, así como la capacidad de adaptarse, proteger, comunicarse de forma remota (es decir, tráfico celular) y utilizar moléculas mensajeras; quizás estas similitudes faciliten la comunicación entre los dos sistemas. En el centro de la memoria células del sistema inmunológico radica en el cambio en su composición específica y correspondientes productos específicos de antígeno. Sin embargo, las células “asesinas” naturales, la primera línea de defensa contra las células tumorales y las células infectadas por virus, son “asesinas” naturales en el sentido de que no necesitan en la enseñanza (a través de la exposición previa) o la programación para hacer su trabajo (González & Izquierdo, 2009).

Los subsistemas mediados por anticuerpos y células interactúan entre sí y con los sistemas nervioso y endocrino, formando un “sistema de transferencia de información”. El subsistema mediado por anticuerpos responde a las proteínas extrañas, virales y bacterianas, y es responsable de las reacciones transfusionales a tipos de sangre incompatibles. El subsistema mediado por células combate las células infectadas por virus y las células extrañas o anormales, y es responsable de la respuesta inmunitaria en casos de reacciones de trasplante. La inmunidad celular también causa tipos tardíos de alergia o hipersensibilidad, como en el caso de una persona sensible a la tuberculina que desarrolla un foco de enrojecimiento en la piel alrededor de un día después del contacto con la infección. (Linares y otros, 2008).

El sistema inmunológico se relaciona con otros sistemas del cuerpo, como el sistema nervioso central y el sistema endocrino, en lo que se conoce como el macrosistema psiconeuroinmunológico y el macrosistema psiconeuroendocrino. Se sabe que la ansiedad y la depresión pueden suprimir la actividad del sistema inmunológico, y que ciertos procedimientos de condicionamiento clásico pueden reducir la inmunocompetencia. Además, existen vías inhibitorias descendentes del dolor que pueden activar mecanismos

asociados con neuropéptidos similares a la morfina y no similares a la morfina, que pueden ser activados por neuropéptidos endógenos y probablemente por estimulación eléctrica. La regulación del sistema inmunológico se debe en parte a la actividad de los neuropéptidos, y la deficiencia o la hiperfunción del sistema inmunológico pueden estar asociadas a la acción de factores estresantes psicosociales y al exceso o la hiperactividad del sistema inmunitario, así como a la falta de ciertas hormonas (Casal & Vera-Villaruel, 1999).

Antecedentes históricos

Gracias al trabajo del psicólogo Robert Ader y el inmunólogo Nicholas Cohen, se acuñó el término “psiconeuroinmunología”:

Con base en investigaciones que evidencian que una señal adversa cursando por el Se ha establecido que el sistema nervioso puede activar respuestas en el sistema inmunológico y se reconoce una relación frecuente entre los elementos inmunológicos y los componentes endocrinológicos. Esta interconexión ha llevado al uso del término "inmunología psiconeuroendocrina". Durante las décadas recientes, se han alcanzado progresos notables en el campo de la psiconeuroinmunología, especialmente en el entendimiento de los trastornos mentales. Este progreso se ha trasladado desde el análisis de los aspectos etiopatológicos hacia enfoques terapéuticos más avanzados. Uno de los logros está relacionado con el descubrimiento de marcadores autoinmunes, que ayudaron en el diagnóstico de algunos de los síntomas de la encefalitis, para los cuales, hasta hace poco, no había un diagnóstico exacto (Ader & Hahn, 1963, p. 12).

2.2.1.7.Observaciones sobre la psiconeuroinmunología y el estrés en el personal de salud

En su estudio, Fernández-López (2003) analizó la relación entre Los atributos psicosociales del empleo y el bienestar de los colaboradores han sido analizados, determinando que dichos factores desempeñan una influencia considerable en la salud de los empleados.

Por otro lado, Lorenzo Ruiz, Díaz Arcaño y Zaldívar Pérez (2020) enfatizan la importancia de la psicología aplicada a los problemas de salud humana en vista de las limitaciones del sistema sanitario actual. En línea con lo anterior, Fernández-López (2003) asimismo descubrió que los empleados con niveles elevados de estrés tuvieron una mayor

incidencia de enfermedades en contraste con aquellos con menores niveles de estrés, estableciendo así una conexión causal entre el estrés y la enfermedad. Este hallazgo subraya aún más la importancia de atender los aspectos psicosociales del trabajo y su influencia en la salud de los trabajadores.

2.2.1.8. Antecedentes del enfoque psiconeuroinmunológico

En primer lugar, se destaca que el sistema inmunológico tiene como objetivo proteger al cuerpo de agresiones, ya sean externas o internas, y restaurar la homeostasis. El sistema inmunológico innato es la primera línea de defensa, compuesto por barreras físicas y elementos como los fagocitos. Por otro lado, la inmunidad adquirida es más compleja y tiene un inicio de acción retardado, siendo responsable del reconocimiento y destrucción de antígenos, con la ayuda de los linfocitos como unidades básicas y desarrollando la memoria inmune. Además, se destaca que la inmunidad adquirida incluye la inmunidad humoral, producida por los linfocitos B y el sistema del complemento, y la inmunidad celular, mediada por los linfocitos T y sus subpoblaciones (González & García, 2013).

2.2.2. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como un concepto que abarca las percepciones subjetivas de un individuo respecto a su existencia, situándolas dentro del marco cultural y los valores predominantes en su entorno. Esta percepción se encuentra íntimamente ligada a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones personales. Según la OMS, esta conceptualización, establecida en 1992, enfatiza que la calidad de vida no solo es una medición objetiva de las condiciones de vida, sino que también incluye una dimensión subjetiva profundamente arraigada en el contexto sociocultural y las experiencias individuales.

Este enfoque holístico de la calidad de vida implica que las evaluaciones de bienestar no pueden desvincularse de las circunstancias culturales, sociales y personales que configuran la percepción de cada individuo. De esta manera, la calidad de vida se convierte en un concepto multifacético que refleja no solo el bienestar físico y material de las personas, sino también su estado psicológico, sus relaciones sociales y su nivel de integración o adaptación a su entorno. Este entendimiento amplio de la calidad de vida permite a los profesionales de la salud, los responsables de políticas públicas y los investigadores considerar una gama más amplia de factores al evaluar y buscar mejorar el bienestar general de las personas.

Además, este concepto destaca la importancia de las aspiraciones personales y las expectativas individuales, reconociendo que lo que constituye una vida de calidad puede variar significativamente de una persona a otra, dependiendo de su contexto cultural, sus valores, sus experiencias de vida y sus metas personales. Así, la calidad de vida, según la OMS, se convierte en un indicador integral y personalizado del bienestar humano, esencial para comprender las necesidades y prioridades de las personas en diferentes contextos y para el desarrollo de estrategias efectivas para promover la salud y el bienestar en un sentido amplio.

El concepto de "calidad de vida" engloba una valoración subjetiva del bienestar general y la satisfacción personal de un individuo, desempeñando un rol significativo en sus decisiones económicas. Los factores que determinan la calidad de vida son diversos y dependen de cada persona, incluyendo elementos como la estabilidad financiera, la gratificación en el ámbito laboral, la calidad de las relaciones familiares, el estado de salud y la seguridad personal. Es crucial distinguir entre la calidad de vida y el nivel de vida; mientras que este último se centra en los ingresos y posesiones materiales de una persona, la

calidad de vida se refiere a una gama más amplia de aspectos que abarcan el bienestar emocional y social, además de los económicos.

En este sentido, la calidad de vida se presenta como un indicador integral que va más allá de las métricas económicas, incorporando dimensiones psicológicas, sociales y de salud que influyen en la percepción de satisfacción y plenitud de un individuo. Por lo tanto, al considerar las decisiones financieras, es esencial tener en cuenta la calidad de vida, ya que proporciona una perspectiva más holística y completa de las necesidades y deseos individuales. Esto implica que las decisiones económicas deben alinearse no solo con las metas materiales, sino también con los objetivos personales y emocionales, buscando un equilibrio que contribuya a una vida plena y satisfactoria.

La consideración de la calidad de vida en la toma de decisiones financieras implica un enfoque más humano y personalizado de la economía, donde el éxito financiero se mide no solo en términos de riqueza y recursos, sino también en cómo estos contribuyen al bienestar general del individuo. Así, la calidad de vida se convierte en un eje central en la planificación financiera, promoviendo un enfoque que integra la salud mental, la felicidad, la seguridad y la satisfacción personal como elementos clave para una vida equilibrada y gratificante (Gonzales & Escobar, 2003).

2.2.2.1.1. Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida

En 1976, los investigadores Campbell (1976), Converse y Rogers publicaron un libro titulado *The Quality of American Life*, el cual ha servido como punto de referencia para estudios subsiguientes sobre calidad de vida. Por otro lado, Diener (1984)

Se desarrolló una definición de calidad de vida que la identifica como una evaluación subjetiva del grado de felicidad que una persona experimenta, vinculada íntimamente con su sensación de bienestar o malestar. Sin embargo, es crucial reconocer que esta percepción

subjetiva puede estar influenciada por elementos objetivos, que incluyen elementos biológicos, psicológicos, de comportamiento y sociales. Es decir, la forma en que una persona percibe su calidad de vida puede estar influenciada por factores concretos y mensurables, como su condición de salud física y mental, el bienestar emocional, las conductas personales y las dinámicas de interacción social. Esto subraya la complejidad y la naturaleza multidimensional de la calidad de vida como concepto.

Esta visión amplia de la calidad de vida implica que su evaluación y análisis deben abarcar tanto dimensiones subjetivas, como las percepciones y sentimientos personales, como dimensiones objetivas, como indicadores medibles de salud y bienestar. Por lo tanto, la calidad de vida no se limita únicamente a la felicidad interna o el contentamiento personal, sino que también considera factores externos y concretos que pueden influir en la experiencia vital de una persona.

Esta comprensión integradora de la calidad de vida es fundamental para abordarla desde una perspectiva holística, permitiendo que las intervenciones y políticas orientadas a mejorarla consideren un espectro más amplio de variables. Al reconocer la interconexión entre los aspectos emocionales, físicos, conductuales y sociales en la calidad de vida, se puede diseñar estrategias más efectivas y personalizadas para incrementar el bienestar general de las personas, considerando su contexto y circunstancias específicas. En última instancia, esta concepción de la calidad de vida como un constructo multifacético es clave para comprender las necesidades humanas en su totalidad y para trabajar hacia una sociedad más saludable y equitativa.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, Calman (1987) sostiene que la calidad de vida de una persona se define por la brecha existente entre sus aspiraciones y sus logros reales. Este enfoque destaca la importancia de las expectativas personales y su relación con la satisfacción vital. Por otro lado, Torrance (1987) describe la calidad de vida como un concepto multidimensional que comprende los diversos factores que inciden en la vida de un individuo. Este entendimiento subraya que la calidad de vida no solo se mide por aspectos tangibles o logros concretos, sino también por elementos intangibles como la percepción personal, las emociones y las relaciones sociales.

En conjunto, estas perspectivas revelan que la calidad de vida es un constructo complejo y diverso, que incorpora tanto componentes subjetivos como objetivos. Los aspectos subjetivos incluyen sentimientos personales, satisfacción con la vida, felicidad, bienestar emocional y psicológico, mientras que los aspectos objetivos abarcan elementos medibles como el estado de salud, las condiciones económicas, el nivel educativo y el entorno social.

La calidad de vida, por lo tanto, se configura a partir de una amplia gama de factores que interactúan y se influyen mutuamente, lo que ha llevado a su profundo examen y análisis por parte de múltiples expertos en distintas disciplinas. Esta comprensión integral de la calidad de vida es fundamental para abordar de manera efectiva las necesidades y desafíos humanos, y para desarrollar políticas y estrategias que promuevan un bienestar genuino y sostenible en la sociedad. Al considerar tanto los deseos y aspiraciones personales como las condiciones de vida reales, se puede obtener una imagen más precisa y completa de lo que significa vivir una vida plena y satisfactoria.

2.2.2.1.2. Factores de calidad de vida

La localización geográfica del lugar de trabajo y las características del entorno laboral son factores determinantes en la calidad de vida de las personas. Residir en un lugar

alejado del trabajo puede implicar un ahorro en los costos de vivienda; sin embargo, esta ventaja económica suele ir acompañada de un incremento en el tiempo dedicado al transporte, ya sea en tráfico vehicular o en transporte público. Esta situación conlleva una reducción en el tiempo disponible para la familia, el descanso o las actividades de ocio. Por otro lado, según Muchotrigo (2010), ciertos entornos laborales pueden representar un riesgo para la salud de los empleados, debido a las condiciones de trabajo, la exposición a factores de estrés o ambientes insalubres.

Además, los trabajos con salarios más altos a menudo exigen una mayor dedicación en términos de horas laborales, viajes de negocios frecuentes o jornadas prolongadas, lo que puede limitar significativamente el tiempo personal y de ocio del trabajador. Estos aspectos pueden repercutir no solo en el bienestar emocional y mental de los empleados, sino también en su vida familiar y social.

Asimismo, las condiciones laborales tienen una influencia directa en la salud física y el bienestar integral de los empleados. Factores como la disponibilidad de servicios médicos de alta calidad, un hogar seguro y apropiado, una dieta equilibrada y un sueldo equitativo son esenciales para elevar la calidad de vida. Estos factores contribuyen no solo al bienestar físico, sino también al emocional y social de los individuos, permitiéndoles vivir de manera más equilibrada y satisfactoria.

En resumen, la calidad de vida está intrínsecamente ligada a múltiples aspectos del entorno laboral y las condiciones de trabajo. Por lo tanto, es esencial que empleadores y responsables de políticas públicas reconozcan y aborden estos factores para promover un

ambiente laboral saludable y equitativo, que contribuya positivamente al bienestar general de los empleados (Muchotrigo, 2010).

2.2.2.1.3. Países con mejor calidad de vida

El informe anual elaborado por US News and World Report, en colaboración con BAV Group y Wharton School de la Universidad de Pensilvania, identificó a Canadá, Dinamarca, Suecia, Australia, Suiza y Noruega como los seis principales países en 2021 donde los residentes gozan de la más alta calidad de vida en el mundo. Las razones detrás de este reconocimiento son variadas y significativas. Estos países se destacan por su estabilidad económica, la cual proporciona a sus ciudadanos un entorno seguro y predecible para la planificación a largo plazo en aspectos vitales como la inversión y el ahorro.

Además, un sistema de educación pública fuerte y bien desarrollado en estos países asegura la igualdad de oportunidades para todos los residentes, contribuyendo a la creación de una sociedad bien informada y capacitada. La igualdad de ingresos es otra característica prominente en estos países, donde las políticas gubernamentales están diseñadas para reducir las disparidades económicas y promover una distribución más equitativa de la riqueza.

Otra razón importante es la existencia de políticas y leyes que apoyan la vida familiar, como licencias de maternidad y paternidad, y sistemas de cuidado infantil accesibles, lo que permite un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal. La estabilidad política, un aspecto crucial para el desarrollo y mantenimiento de un entorno seguro y predecible, también es una característica común en estos países. Finalmente, un sistema de salud pública accesible y completo garantiza que todos los habitantes dispongan de acceso a servicios sanitarios de excelente calidad, lo cual es crucial para sostener un alto nivel de calidad de vida.

Este conjunto de factores contribuye a crear entornos donde los ciudadanos no solo pueden satisfacer sus necesidades básicas, sino también prosperar y desarrollarse en un sentido más amplio, disfrutando de una vida equilibrada y plena en términos de bienestar físico, mental y social. Por tanto, estos países se convierten en modelos a seguir en términos de políticas y prácticas que fomentan un nivel de vida de gran calidad para sus habitantes. (Wu, 2008).

2.2.2.1.4. Como mejorar la calidad de vida

La calidad de vida es una noción subjetiva que difiere según las preferencias y circunstancias individuales de cada persona. Sin embargo, existen ciertos factores universales que generalmente contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas, independientemente de sus preferencias personales. Wu propone varios de estos factores, que incluyen el acceso a una atención médica de calidad, la presencia de relaciones familiares y amorosas sólidas, la participación en un trabajo significativo o actividades de voluntariado, dedicar tiempo a actividades que generen placer y satisfacción, obtener un descanso adecuado, mantener una dieta saludable y realizar ejercicios que sean disfrutables y beneficiosos.

Además, estudios han demostrado que la incorporación de prácticas como expresar gratitud, practicar la meditación y buscar tratamiento para trastornos mentales puede tener un impacto significativo en la mejora de la calidad de vida. Es crucial también garantizar un sueño reparador, idealmente con un mínimo de siete horas por noche, para mejorar el bienestar general y optimizar el manejo de las emociones y los niveles de energía.

En este sentido, una estrategia inicial para aumentar la calidad de vida podría comenzar con una reflexión sobre lo que constituye una vida óptima desde el punto de vista personal, considerando estos marcadores universales que tienen un efecto positivo. Al identificar y trabajar en estos aspectos, las personas pueden dar pasos significativos hacia la

mejora de su bienestar general, abarcando tanto la salud física como la mental. Así, la calidad de vida se convierte en un objetivo alcanzable, basado en la comprensión de que aunque es un concepto subjetivo, ciertos elementos fundamentales son comunes a la mayoría de las personas en su búsqueda de una vida plena y satisfactoria. (Wu, 2008, p. 17).

2.2.2.2.Salud física

La salud física representa un estado de bienestar físico integral, no limitándose únicamente a la ausencia de enfermedades o discapacidades. Los elementos que pueden perjudicar la salud se clasifican en objetivos y subjetivos. Entre los factores objetivos se encuentran una ecología deficiente, la genética, el estrés, el nivel de avance de la medicina y el estado socioeconómico de un país. Por otro lado, los factores subjetivos incluyen prácticas como hábitos nocivos, un estilo de vida sedentario, una dieta poco saludable, un modo de vida irracional y el estrés.

Desafortunadamente, muchas personas no adhieren a las normas científicas básicas para mantener un estilo de vida saludable. Algunos sufren de hipodinamia (falta de actividad física), envejecimiento prematuro, obesidad, esclerosis vascular y diabetes mellitus, entre otras condiciones. Otros no saben cómo gestionar el estrés y relajarse, manteniéndose en un estado constante de inquietud y nerviosismo, lo que conduce a problemas de insomnio y, en consecuencia, a una variedad de enfermedades. Además, hay quienes, debido a adicciones como el tabaco y el alcohol, acortan significativamente sus vidas.

Es esencial reconocer que la salud física es un equilibrio entre evitar factores de riesgo y promover prácticas saludables. Incluye la adopción de una dieta equilibrada, la realización constante de actividad física, la gestión eficaz del estrés y la evitación de comportamientos nocivos como fumar y el abuso de alcohol. También es crucial la educación y concienciación sobre cómo llevar una vida más saludable y el acceso a servicios de salud de calidad que permitan la prevención y tratamiento oportuno de enfermedades.

En resumen, la salud física abarca un espectro amplio que va más allá de la mera ausencia de enfermedad, incluyendo aspectos de bienestar general y prevención. Implica una combinación de factores tanto externos como internos, y requiere un enfoque holístico y proactivo para mantener y mejorar el bienestar físico de cada individuo. (Konstantinovna, 2010).

2.2.2.2.1. Dolor e incomodidad

En este aspecto, se investiga la manera en que un individuo experimenta sensaciones físicas desagradables y el efecto que estas tienen en su calidad de vida. Se analiza en qué medida estas sensaciones causan angustia y hasta qué punto la persona es capaz de gestionar y mitigar el dolor. Cuando el alivio del dolor es accesible y efectivo, se presume que el temor asociado al dolor es menor y, por tanto, su impacto en la calidad de vida se reduce. Por otro lado, la constante preocupación por la posibilidad de sufrir dolor, incluso en ausencia de un dolor real y presente, puede tener un efecto negativo significativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) reconoce que el dolor puede tener una influencia considerable en la calidad de vida de una persona. Asimismo, se entiende que las respuestas individuales al dolor varían ampliamente. Cómo una persona tolera y afronta el dolor puede determinar en gran medida el grado en que este afecta su calidad de vida. Esta comprensión implica que el manejo del dolor es un aspecto crucial de la atención médica y del bienestar general, y debe ser abordado de manera personalizada.

Es esencial considerar tanto los tratamientos médicos para el alivio del dolor como las técnicas de afrontamiento psicológico y emocional. El impacto del dolor en la calidad de vida no solo incluye el aspecto físico, sino también cómo este afecta emocional, social y psicológicamente al individuo. La gestión efectiva del dolor implica un enfoque holístico que considere todos estos aspectos, buscando no solo aliviar el dolor físico, sino también

mejorar la capacidad de la persona para manejar el impacto emocional y psicológico del dolor.

En resumen, la relación entre el dolor y la calidad de vida es compleja y multifacética. El abordaje adecuado del dolor no solo mejora el bienestar físico, sino que también puede influir positivamente en la salud mental y emocional, permitiendo a las personas mantener o mejorar su calidad de vida a pesar de las condiciones de dolor crónico o recurrente.

2.2.2.2.2. Energía y fatiga

Esta dimensión se centra en examinar la vitalidad, el entusiasmo y la energía que una persona tiene para realizar las actividades esenciales de su vida diaria, así como otras tareas de su elección, como las actividades de ocio. El alcance de esta área puede variar desde experimentar una fatiga extrema hasta alcanzar niveles óptimos de energía, que incluso pueden traducirse en una sensación de vitalidad plena y completa. La fatiga puede tener múltiples orígenes, incluyendo trastornos como la depresión o una sobreexigencia física o mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) reconoce que la energía y la vitalidad son componentes clave de la calidad de vida, ya que afectan la capacidad de una persona para funcionar y disfrutar de la vida. La falta de energía puede limitar significativamente la participación en actividades cotidianas y de ocio, lo que a su vez puede tener un impacto negativo en el bienestar emocional y social.

El nivel de energía de una persona no solo está influenciado por su salud física, sino también por su estado mental y emocional. Factores como el estrés, la ansiedad, el estilo de vida, la alimentación y el sueño juegan un papel crucial en determinar la vitalidad de un individuo. Por lo tanto, un enfoque integral para mejorar la vitalidad incluiría no solo el

tratamiento de condiciones médicas subyacentes, sino también estrategias para manejar el estrés, mejorar la dieta y el sueño, y fomentar un estilo de vida activo y equilibrado.

En resumen, esta dimensión aborda la importancia de la vitalidad y energía en la vida de las personas, destacando que un nivel adecuado de energía es esencial para llevar a cabo las actividades diarias y disfrutar de una vida plena y satisfactoria. La gestión efectiva de la fatiga y el fomento de una energía saludable son aspectos fundamentales para mejorar la calidad de vida general de un individuo.

2.2.2.2.3. Dormir y descansar

Esta dimensión aborda el impacto que la duración y calidad del sueño nocturno, así como las dificultades relacionadas con el sueño, tienen en el bienestar general de una persona. Los problemas relacionados con el sueño pueden incluir dificultades para conciliar el sueño, interrupciones durante la noche, despertares tempranos y la incapacidad para retomar el sueño, así como la sensación de no haber tenido un sueño reparador. Este aspecto se enfoca en identificar si existen alteraciones en el patrón de sueño, que pueden ser causadas por una variedad de factores, tanto personales como ambientales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), las problemáticas del sueño son un área importante de estudio, ya que un sueño de mala calidad o insuficiente puede provocar efectos adversos en la salud física y psicológica, la productividad, la capacidad cognitiva y el estado de ánimo general de un individuo. Sin embargo, esta área no se adentra en detalles específicos del proceso del sueño, como el despertar temprano en la mañana o el uso de medicamentos para dormir. La dependencia de sustancias, como pastillas para dormir, para conciliar el sueño se considera en una dimensión separada.

El sueño es un componente crucial de la salud y el bienestar, y su importancia va más allá de la simple cantidad de horas dormidas. La calidad del sueño, que incluye la

profundidad y la continuidad del mismo, es igualmente significativa. Factores como el estrés, la ansiedad, las condiciones de vida, el estilo de vida y la salud física pueden influir en la calidad del sueño. Por lo tanto, para mejorar el bienestar general, es esencial abordar los problemas de sueño de manera integral, considerando tanto las prácticas de higiene del sueño como las posibles causas subyacentes de las dificultades para dormir.

En resumen, la calidad y cantidad del sueño son fundamentales para mantener un estado de bienestar óptimo, y las dificultades relacionadas con el sueño deben abordarse de manera integral para mejorar la calidad de vida general del individuo.

2.2.2.3. Salud psicológica

El término "salud psicológica" fue introducido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979. Según la OMS, la salud psicológica se conceptualiza como un estado de bienestar mental, caracterizado por la ausencia de trastornos o fenómenos mentales dolorosos. Este concepto, aunque relativamente reciente en la literatura psicológica, se ha ido posicionando como un aspecto crucial del bienestar humano.

En diversas publicaciones, la salud psicológica se ha asociado con la experiencia del bienestar o malestar psicológicos. Implica una dimensión humana esencial, como la resistencia al estrés, es decir, la competencia de un individuo para enfrentar y prevalecer ante circunstancias de estrés. En consecuencia, la salud mental puede conceptualizarse como una amalgama dinámica de atributos psíquicos que propician la conciliación y consonancia entre las exigencias personales y los requerimientos del entorno social.

Además de la resistencia al estrés, la salud psicológica abarca otros componentes como la autoestima, la autopercepción positiva, la competencia para formar y sostener vínculos interpersonales provechosos y la aptitud para adaptarse a alteraciones y retos. Este enfoque abarca igualmente la habilidad del individuo para deleitarse en las experiencias

vitales, mantener un equilibrio entre las actividades laborales y personales, y la habilidad para manejar sus emociones de manera efectiva.

La salud psicológica, por lo tanto, no se limita a la mera ausencia de trastornos mentales; es un estado más amplio de bienestar emocional y cognitivo. Su promoción y mantenimiento son fundamentales para el crecimiento completo de las personas y su habilidad de aportar de manera positiva a la sociedad. De este modo, la salud mental se transforma en una meta significativa tanto para los expertos en salud mental como para las estrategias de políticas públicas, orientadas a realzar la calidad de vida de los ciudadanos. Entender la salud mental como un conjunto dinámico y multifacético de características mentales abre un campo amplio para la investigación y la intervención en salud mental (OMS, 1992, p. 78).

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1.1.1. Sentimientos positivos

Esta dimensión se enfoca en evaluar hasta qué punto un individuo experimenta sensaciones de placer y apreciación por los aspectos positivos de la vida, incluyendo sentimientos como el contentamiento, la estabilidad emocional, la serenidad, el regocijo y el optimismo. Además, considera la actitud y los sentimientos de la persona hacia el futuro, reconociéndolos como componentes esenciales de esta dimensión. Para muchos de los encuestados, esta dimensión puede ser vista como un reflejo significativo de su calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), esta dimensión no se centra en las emociones negativas, ya que estas se examinan en otros aspectos de la evaluación. En cambio, pone énfasis en la capacidad de disfrutar la vida, sentir satisfacción y mantener una perspectiva positiva. La habilidad para experimentar y valorar los momentos

agradables y encontrar significado y alegría en las experiencias cotidianas es crucial para esta dimensión.

La importancia de esta dimensión radica en su enfoque en el bienestar emocional y psicológico positivo, reconociendo que la calidad de vida no solo está determinada por la ausencia de problemas o dificultades, sino también por la presencia de emociones y experiencias positivas. Esta perspectiva subraya la importancia del bienestar emocional y la salud mental en la evaluación general de la calidad de vida de una persona.

Asimismo, esta dimensión destaca la relevancia de una actitud positiva hacia el futuro, considerando que la esperanza y el optimismo pueden influir significativamente en cómo una persona percibe su vida y afronta los desafíos. En resumen, la valoración de los aspectos positivos de la vida, junto con una visión optimista del futuro, son factores clave para entender y mejorar la calidad de vida general de un individuo.

2.3.1.1.2. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

En esta etapa, el estudio se enfoca en la autopercepción del individuo sobre su capacidad cognitiva, abarcando aspectos como el aprendizaje, la memoria, la concentración y la habilidad para tomar decisiones. Dentro de estos factores, se consideran elementos como la agilidad y claridad en el pensamiento. No obstante, es crucial resaltar que el cuestionario utilizado en el estudio no mide directamente si el individuo se encuentra en un estado de alerta, consciente o despierto, aunque estos estados tienen una influencia directa sobre el pensamiento, la memoria y la concentración.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992, p. 79) señala que algunos individuos con dificultades cognitivas pueden no ser plenamente conscientes de sus limitaciones. En tales casos, las evaluaciones objetivas se vuelven cruciales para complementar la autoevaluación del sujeto y proporcionar una perspectiva más completa.

De manera similar, hay situaciones en las que ciertos participantes pueden ser reticentes a admitir deficiencias en su capacidad cognitiva.

La capacidad cognitiva es un componente esencial del funcionamiento diario y tiene un impacto significativo en la calidad de vida de una persona. La habilidad para procesar información, recordar, concentrarse y tomar decisiones afecta todas las áreas de la vida, desde las actividades cotidianas hasta las relaciones interpersonales y el desempeño laboral. Por tanto, es fundamental reconocer y abordar cualquier desafío cognitivo para mejorar la calidad de vida general.

Además, el reconocimiento y la aceptación de las limitaciones cognitivas son pasos importantes para buscar ayuda y adaptarse a estas condiciones. Esto podría implicar estrategias de compensación, uso de tecnologías de apoyo o intervenciones terapéuticas. En este contexto, la evaluación objetiva y la autoevaluación son herramientas complementarias que proporcionan una visión integral de la capacidad cognitiva de un individuo, permitiendo así intervenciones más efectivas y personalizadas.

2.3.1.1.3. Autoestima

Esta faceta del estudio se centra en la autoestima y el sentido de valoración personal de los individuos. Las preguntas planteadas buscan explorar áreas como las relaciones interpersonales, la educación, la capacidad para adaptarse y cambiar, la evaluación de comportamientos específicos, las dinámicas familiares, así como el sentido de dignidad y autoaceptación de cada persona. La autoestima, un componente crucial del bienestar psicológico, puede estar influenciada por varios factores, incluyendo el rendimiento en el trabajo, las responsabilidades domésticas, y especialmente, cómo los individuos perciben que son vistos y tratados por otros.

La autoestima no solo afecta cómo una persona se siente acerca de sí misma, sino que también tiene un impacto significativo en su comportamiento y decisiones. Una autoestima saludable está asociada con una mayor resiliencia frente a los desafíos de la vida, una mejor capacidad para establecer y mantener relaciones satisfactorias, y una mayor probabilidad de perseguir y alcanzar metas personales y profesionales. Por otro lado, una baja autoestima puede conducir a problemas como la depresión, la ansiedad, las relaciones interpersonales problemáticas y una menor calidad de vida en general.

Es importante reconocer que la autoestima se construye y cambia a lo largo del tiempo, influenciada por experiencias de vida, logros, fracasos, y el feedback recibido de otros. Por lo tanto, las preguntas relacionadas con la autoestima en el estudio buscan ofrecer una comprensión profunda de cómo los individuos se ven a sí mismos en diferentes contextos y situaciones.

Además, esta faceta del estudio subraya la importancia de abordar la autoestima en el contexto de la salud mental y el bienestar general. La promoción de una autoestima saludable puede incluir intervenciones psicológicas, apoyo educativo y social, y estrategias para mejorar las relaciones interpersonales y familiares. Asimismo, es crucial fomentar entornos que propicien el respeto, la aceptación y el reconocimiento de las capacidades y logros de cada individuo, lo que puede fortalecer su sentido de valor y autoestima.

Las preguntas de este estudio se diseñan para ser relevantes y significativas en relación con la situación cotidiana del encuestado, aunque deliberadamente no abordan temas específicos como la imagen corporal y las relaciones sociales. Se entiende que hablar sobre la autoestima puede ser difícil para algunas personas, y por ello, las preguntas se formulan teniendo en cuenta esta sensibilidad. Además, se reconoce que en algunas culturas, la autoestima puede estar más arraigada en el contexto familiar que en la percepción individual. Este enfoque también incluye aspectos de la autoestima relacionados con la

sensación de autoeficacia de una persona, la satisfacción personal y el sentido de control sobre su vida.

La autoestima, como se describe en la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), es un aspecto multifacético de la salud mental y el bienestar emocional. La evaluación de la autoestima en diferentes culturas y contextos requiere un enfoque sensible y adaptado que tenga en cuenta las variaciones en la percepción y expresión de la autoestima. Por ejemplo, mientras que en algunas culturas la autovaloración puede estar muy ligada a logros individuales y reconocimiento externo, en otras puede estar más relacionada con el rol y la contribución de una persona dentro de su familia o comunidad.

La autoestima influye en cómo una persona interactúa con su entorno, toma decisiones y enfrenta desafíos. Una autoestima saludable se asocia con una mayor capacidad para manejar el estrés, una mayor resiliencia ante las adversidades y una mejor salud mental en general. Por otro lado, una baja autoestima puede llevar a problemas como la inseguridad, el aislamiento social y dificultades en la toma de decisiones.

En resumen, la autoestima es un componente clave del bienestar psicológico, y su evaluación debe hacerse de manera integral, considerando no solo la satisfacción personal y la autoeficacia, sino también el contexto cultural y familiar del individuo. Esto permite una comprensión más profunda de cómo la autoestima afecta la vida diaria de las personas y ofrece pistas para intervenciones efectivas en la promoción de la salud mental.

2.3.1.1.4. Imagen corporal y apariencia

Es razonable considerar que las reacciones de otras personas hacia la apariencia física de un individuo pueden tener un impacto considerable en cómo esa persona percibe su propia imagen corporal. En este sentido, las preguntas del estudio están diseñadas para animar a los participantes a expresar sus sentimientos auténticos sobre su imagen corporal, en lugar de

cómo creen que deberían sentirse. Además, las preguntas están formuladas de manera inclusiva, de modo que puedan ser respondidas tanto por personas que estén satisfechas con su apariencia física como por aquellas que tengan una discapacidad física significativa, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992, p. 79).

La percepción de la imagen corporal es un aspecto importante del bienestar psicológico y emocional, y puede verse afectada por una variedad de factores, incluyendo la cultura, los medios de comunicación y las interacciones sociales. La autoimagen de una persona no solo se relaciona con su apariencia física, sino también con cómo se siente en su cuerpo y cómo cree que los demás la perciben.

Además, es fundamental reconocer que la imagen corporal puede ser un área sensible y compleja para muchas personas. Las influencias externas, como los comentarios y actitudes de otras personas, pueden reforzar o socavar la autoestima y la autoaceptación. Por lo tanto, al formular preguntas sobre la imagen corporal, es importante hacerlo de una manera que fomente la honestidad y la reflexión personal, y que sea respetuosa y considerada con las diversas experiencias y perspectivas de los encuestados.

En este contexto, el estudio busca comprender la imagen corporal desde una perspectiva amplia y diversa, incluyendo cómo las personas con discapacidades físicas perciben y experimentan su cuerpo. Al hacerlo, se puede obtener una percepción más detallada y exhaustiva del vínculo entre la imagen corporal y el bienestar general, así como identificar áreas en las que se puedan desarrollar intervenciones para mejorar la autoestima y el bienestar relacionados con la imagen corporal.

2.3.1.1.5. Sentimientos negativos

Este aspecto del estudio se enfoca en la intensidad con la que una persona experimenta emociones negativas, como el desánimo, la culpa, la melancolía, la tendencia

al llanto, la desesperanza, la inquietud, la ansiedad y la falta de alegría en la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), el cuestionario no incluye aspectos relacionados con la dificultad de concentración ni la relación entre el afecto negativo y las interacciones sociales del individuo, ya que estos temas se tratan en otras secciones del estudio. Además, las preguntas no están diseñadas para proporcionar una evaluación detallada de la severidad de estas emociones adversas.

El propósito de esta sección es entender cómo las emociones negativas afectan la calidad de vida del individuo en general, sin entrar en detalles específicos de cada emoción o en la interacción de estas emociones con otras facetas de la existencia del sujeto. Sentimientos adversos, tales como la inquietud y la tristeza, pueden ejercer una influencia considerable en el bienestar integral del individuo y en su habilidad para operar eficazmente en el ámbito diario.

Es importante reconocer que estas emociones constituyen un componente habitual del espectro emocional humano, sin embargo, cuando estas se manifiestan con intensidad o persistencia, podrían señalar la existencia de trastornos psicológicos que demandan intervención. La investigación pretende detectar la presencia y la repercusión global de estas emociones en la vida de los individuos, lo que puede ser un primer paso para buscar ayuda profesional o apoyo adicional.

En resumen, este aspecto del estudio reconoce la importancia de las emociones negativas en la evaluación de la calidad de vida y busca entender cómo estas emociones afectan la experiencia general de vida del individuo, sin enfocarse en detalles específicos o en la interacción de estas emociones con otros aspectos de su vida. Este enfoque permite una comprensión amplia de cómo las emociones negativas influyen en la calidad de vida, lo que es crucial para el desarrollo de estrategias de intervención efectivas en la promoción del bienestar emocional.

2.3.1.2. Relaciones sociales

Las relaciones sociales son fenómenos complejos y a menudo indirectos, que rara vez se presentan en una forma pura o directa. Estas relaciones suelen surgir entre personas que no mantienen contacto directo entre sí e incluso pueden desconocer la existencia de los demás. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), las interacciones sociales a menudo se establecen a través de instituciones y organizaciones, y no necesariamente por un sentido subjetivo de deber o la intención deliberada de mantener dichas relaciones.

En el tejido social, las relaciones se manifiestan como un sistema de interdependencias estables que emergen entre individuos, grupos, organizaciones y comunidades. Estas interdependencias se desarrollan en el contexto de diversas actividades culturales, políticas, espirituales y económicas, así como a través del estatus y el rol social de los participantes.

Esto implica que las relaciones sociales son estructuras multifacéticas y dinámicas, que se construyen y reconstruyen constantemente en el marco de la vida social. Estas relaciones pueden influir y ser influenciadas por una variedad de factores, incluyendo las normas culturales, las estructuras de poder, los sistemas económicos y las políticas. Además, las relaciones sociales no son estáticas; cambian y evolucionan con el tiempo y pueden ser afectadas por cambios en el entorno social, político y económico.

En este sentido, comprender las relaciones sociales requiere un enfoque holístico que tenga en cuenta tanto las interacciones directas como las indirectas, y cómo estas interactúan con y dentro de las estructuras más amplias de la sociedad. Este enfoque integral es crucial para entender cómo las relaciones sociales afectan y son afectadas por los individuos y los grupos dentro de la sociedad, y cómo contribuyen al bienestar general y al funcionamiento de las comunidades.

2.3.1.2.1. Relaciones personales

Esta faceta del estudio se enfoca en evaluar el grado de satisfacción y apoyo que las personas reciben en sus relaciones íntimas, abarcando aspectos como la capacidad para amar y ser amado, así como la intimidad emocional y física. Además, se tiene en cuenta la disposición y la responsabilidad de asistir y proveer apoyo a otras personas. Aunque esta faceta incluye aspectos físicos de la intimidad, como el contacto físico y los abrazos, se reconoce que existe una superposición con la faceta de Actividad Sexual, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

Las relaciones amorosas de toda índole son exploradas en este estudio, incluyendo amistades cercanas, matrimonios y parejas, tanto heterosexuales como homosexuales. Se mide el grado de felicidad y estrés asociado con estas relaciones, reconociendo que las relaciones íntimas pueden ser una fuente significativa de bienestar emocional, así como de tensión y conflicto.

La importancia de las relaciones íntimas en la vida de las personas es ampliamente reconocida. Estas relaciones pueden ofrecer un sentido de pertenencia, apoyo emocional y físico, y una plataforma para compartir experiencias y crecer personalmente. Sin embargo, también pueden ser complicadas y desafiantes, y su impacto en la calidad de vida de una persona puede ser profundo.

En este sentido, la evaluación de la satisfacción en las relaciones íntimas implica un análisis de cómo estas relaciones contribuyen al bienestar general de un individuo, incluyendo la satisfacción emocional, el apoyo mutuo, la comunicación y la resolución de conflictos. Asimismo, se considera cómo las relaciones íntimas influyen en otros aspectos de la vida, como la salud mental y física, la autoestima y la capacidad de interactuar en otros contextos sociales.

En resumen, esta faceta del estudio ofrece una comprensión integral de la importancia de las relaciones íntimas en la vida de las personas y su impacto en la calidad de vida general. Aborda tanto los aspectos positivos como los desafíos asociados con estas relaciones, proporcionando así una perspectiva equilibrada y completa.

2.3.1.2.2. Apoyo social

Esta dimensión del estudio se centra en evaluar en qué medida una persona siente que tiene el apoyo, el compromiso y la disposición de recibir ayuda práctica de parte de sus familiares y amigos cercanos. Las preguntas planteadas buscan explorar hasta qué punto los familiares y amigos comparten responsabilidades y colaboran en la resolución de problemas personales y familiares, según lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

Este aspecto es crucial porque el apoyo social de familiares y amigos es un componente fundamental del bienestar emocional y psicológico. La percepción de tener una red de apoyo confiable puede influir significativamente en cómo una persona maneja el estrés, enfrenta desafíos y supera obstáculos. El apoyo de seres queridos no solo proporciona una sensación de seguridad y pertenencia, sino que también es esencial para el desarrollo de una autoestima saludable y la construcción de la resiliencia.

En esta dimensión, se reconoce que el apoyo social no se limita al soporte emocional, sino que también incluye la ayuda práctica y tangible, como asistencia en tareas cotidianas o apoyo en momentos de crisis. Además, la colaboración en la solución de problemas refleja la fortaleza de los vínculos y la disposición de los familiares y amigos para involucrarse activamente en la vida del individuo.

Además, se considera la calidad de las relaciones interpersonales y cómo estas influyen la capacidad de una persona para sentirse comprendida y apoyada. El estudio

busca entender no solo la disponibilidad del apoyo, sino también su efectividad y la satisfacción que brinda a la persona que lo recibe.

En resumen, esta dimensión del estudio enfatiza la importancia de las relaciones familiares y de amistad en la vida de una persona, especialmente en términos de apoyo práctico y colaboración en la solución de problemas. Al evaluar este aspecto, se obtiene una visión más completa de cómo el entorno social y relacional contribuye al bienestar general y a la calidad de vida de los individuos.

2.3.1.2.3. Actividad sexual

Este aspecto del estudio se enfoca en el deseo y la orientación sexual de una persona, así como en su capacidad para expresar y disfrutar su sexualidad de manera satisfactoria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992, p. 81), para muchos individuos, la actividad sexual y la intimidad están profundamente entrelazadas. Sin embargo, en este caso, las preguntas se centran específicamente en el ámbito del deseo sexual, la expresión y la realización sexuales, mientras que otras formas de intimidad física se abordan en otras secciones del estudio.

La sexualidad es una parte integral del bienestar humano y abarca más que la mera actividad física; implica también aspectos emocionales, psicológicos y sociales. La capacidad de una persona para experimentar y disfrutar su sexualidad puede influir significativamente en su autoestima, su bienestar emocional y sus relaciones interpersonales. Además, la sexualidad puede verse afectada por una variedad de factores, incluyendo la salud física y mental, las experiencias pasadas, las creencias culturales y religiosas, y las dinámicas de la relación.

En este contexto, el estudio busca comprender no solo la frecuencia de la actividad sexual, sino también la calidad de las experiencias sexuales y la satisfacción general con la

vida sexual del individuo. Este enfoque permite identificar posibles problemas o preocupaciones en el ámbito sexual y ofrece una base para desarrollar intervenciones que mejoren la salud sexual y el bienestar general.

Es importante reconocer que la expresión sexual y el deseo varían ampliamente entre individuos, y lo que es satisfactorio para una persona puede no serlo para otra. En consecuencia, la evaluación de la actividad sexual y la intimidad debe ser sensible y respetar la diversidad de experiencias y preferencias sexuales.

En resumen, este aspecto del estudio resalta la importancia de la sexualidad como un componente clave del bienestar humano, centrándose en el deseo, la expresión y la realización sexuales. Al abordar estos temas, se obtiene una comprensión más profunda de cómo la sexualidad influye en la calidad de vida y el bienestar emocional y psicológico de los individuos.

2.3.1.3. Ambiente

El entorno ambiental constituye un sistema integrado por componentes tanto naturales como artificiales que están en constante interacción y son susceptibles a las alteraciones provocadas por la acción humana. El modo de existencia de la sociedad se encuentra condicionada por el entorno incluyendo valores culturales, naturales y sociales que se encuentran en un determinado momento y lugar” (Responsabilidad Social y Sustentabilidad, 2015, pág. 1).

2.3.1.3.1. Seguridad física

Este aspecto del estudio se enfoca en cómo las personas perciben su seguridad y protección contra posibles daños físicos. Las amenazas a esta seguridad pueden provenir de múltiples fuentes, incluyendo actitudes racistas, acciones de terceros, o presión política. Es razonable considerar que este aspecto está íntimamente ligado con el sentido de libertad

personal del individuo. Por lo tanto, las preguntas están diseñadas para obtener respuestas que van desde individuos que viven sin restricciones hasta aquellos que se encuentran en entornos opresivos y sienten una gran vulnerabilidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992, p. 82), estas preguntas buscan evaluar en qué medida las personas creen que existen medidas o recursos disponibles que puedan proteger o potencialmente mejorar su sensación de seguridad. Este tema es particularmente relevante para ciertos grupos, como víctimas de desastres, personas sin hogar, individuos que trabajan en ocupaciones de alto riesgo, familiares de delincuentes y víctimas de abuso.

La percepción de seguridad y protección es un aspecto fundamental de la salud integral y el nivel de vida. Un sentimiento de desasosiego puede repercutir de forma adversa en el bienestar psíquico y físico, y puede restringir la competencia del individuo para operar y florecer en su cotidianidad. Factores como el entorno residencial, la exposición a la violencia o el crimen, y las experiencias de discriminación o marginación pueden influir en cómo una persona percibe su seguridad personal.

Además, este aspecto del estudio destaca la importancia de considerar no solo la presencia de amenazas físicas, sino también el acceso a recursos y apoyos que pueden mitigar estas amenazas y mejorar el sentido de seguridad. La evaluación de la seguridad y la protección personal debe incluir una comprensión de cómo las estructuras sociales, políticas y comunitarias pueden afectar la percepción de seguridad de los individuos y ofrecer o limitar los medios para protegerse.

2.3.1.3.2. Medio Ambiente

Este aspecto del estudio examina el impacto del espacio principal en el que una persona vive (donde normalmente duerme y guarda la mayoría de sus pertenencias) y cómo

este ambiente afecta su vida diaria. Se evalúa la calidad de la vivienda en términos de comodidad y la seguridad que proporciona como un espacio habitable. Factores clave considerados incluyen: el nivel de congestión del espacio, la cantidad de área disponible, el nivel de higiene, las posibilidades de privacidad, la disponibilidad de servicios básicos como electricidad, instalaciones sanitarias y suministro de agua, y la integridad estructural del inmueble, incluyendo la presencia de problemas como filtraciones o humedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992, p. 83) reconoce que no siempre es posible formular preguntas que generen respuestas significativas de personas sin un hogar estable. La vivienda y el entorno habitacional desempeñan un papel esencial en el bienestar de un individuo, influenciando elementos como la salud física y mental, la seguridad, la interacción social y la habilidad para realizar actividades cotidianas.

Un alojamiento adecuado debe ser no solo un lugar seguro y estructuralmente sólido, sino también un espacio que permita el desarrollo personal y familiar. La calidad de la vivienda puede influir en la sensación de pertenencia y en la identidad del individuo. Además, la disponibilidad de servicios básicos y la privacidad son fundamentales para la dignidad humana y el bienestar.

Es importante considerar que la vivienda no es solo un espacio físico, sino también un entorno social y emocional. Las relaciones con vecinos, la sensación de comunidad y la conexión con el entorno local son aspectos relevantes del espacio habitacional. Estos factores pueden influir en cómo una persona se siente acerca de su hogar y en su calidad de vida general.

2.3.1.3.3. Recursos financieros

Esta área de estudio de la investigación se enfoca en entender cómo una persona percibe y valora los recursos económicos y otros activos que pueden ser intercambiados, que posee. El objetivo es analizar hasta qué punto estos recursos contribuyen a cumplir con las necesidades de un estilo de vida que sea no solo saludable, sino también placentero y satisfactorio. El interés principal de esta dimensión radica en explorar qué tan capaz es una persona de costear distintos aspectos de su vida y cómo esto influye en su bienestar general.

Se investiga, por ejemplo, hasta qué grado una persona se siente satisfecha o insatisfecha con lo que sus ingresos le permiten adquirir. En este contexto, se plantean preguntas para entender mejor la relación entre el nivel de ingresos de un individuo y su capacidad para satisfacer sus necesidades y deseos. Se busca comprender si la persona se siente complacida con su capacidad de compra o si, por el contrario, experimenta una sensación de carencia o insuficiencia.

Además, este enfoque abarca la idea de hasta qué punto los recursos financieros y otros activos intercambiables que una persona tiene le confieren un nivel de autonomía o independencia. Se evalúa si los individuos se sienten en control de su situación económica o si se perciben dependientes de factores externos, como la ayuda económica de otros o la necesidad de incurrir en deudas.

La percepción de tener suficiencia económica es un aspecto crucial en esta dimensión de la investigación. Se busca entender si los individuos consideran que sus recursos son adecuados para mantener un nivel de vida que consideren aceptable y si esto se traduce en una sensación de seguridad y estabilidad financiera. La idea es que no solo se mide la capacidad económica en términos objetivos, sino también cómo esta es vivida y percibida por la persona.

2.3.1.3.4. Asistencia sanitaria y social: disponibilidad y calidad

Esta dimensión analiza la percepción del individuo respecto a los servicios de salud y sociales en su entorno cercano. Aquí, la proximidad se define en términos del tiempo necesario para acceder a la ayuda. Las interrogantes abordan cómo el sujeto visualiza la accesibilidad de los servicios de salud y sociales, así como la calidad y rigor de la atención que obtiene o anticipa obtener en caso de necesitar dichos servicios (OMS, 1992, p. 83).

2.3.1.3.5. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades

La dimensión estudiada aborda la disposición y el interés del individuo por adquirir nuevas destrezas, asimilar conocimientos inéditos y mantenerse informado acerca de los acontecimientos actuales. Dicha inclinación puede manifestarse mediante la participación en programas educativos formales, inscripciones en cursos para adultos o en actividades lúdicas, ya sea de forma colectiva o individual, como podría ser la lectura. Esta dimensión también engloba la necesidad de estar al tanto de eventos actuales, lo cual, para algunos, se extiende a sucesos globales, mientras que para otros se circunscribe a informaciones más locales, como rumores comunitarios (OMS, 1992, p. 84).

2.3.1.3.6. Participación y oportunidades para la recreación y el ocio

Este aspecto analiza la habilidad, las posibilidades y la predisposición del individuo para involucrarse en actividades de ocio, hobbies y momentos de descanso. Se consideran diversas modalidades de recreación y relajación, que pueden abarcar desde encuentros sociales, práctica deportiva, lectura, visualización de programas televisivos o compartir en familia, hasta períodos de inactividad. Las indagaciones se orientan hacia tres ejes principales: la competencia del sujeto, las oportunidades disponibles y el placer derivado de las actividades recreativas y de descanso (OMS, 1992).

2.3.1.3.7. Transporte

Esta área analiza la percepción del individuo respecto a la accesibilidad y facilidad para hallar y emplear los servicios de transporte con el propósito de desplazarse. Se consideran diversas modalidades de transporte a las cuales el sujeto podría tener acceso (tales como bicicletas, vehículos particulares, autobuses, entre otros). El enfoque recae sobre cómo el transporte al alcance facilita al individuo la ejecución de las actividades fundamentales de su cotidianidad, así como la autonomía para llevar a cabo actividades de su elección. Las indagaciones no se concentran en la modalidad específica de transporte ni en los medios usados para desplazamientos intradomiciliarios. Adicionalmente, la movilidad personal del sujeto no se aborda en este contexto, dado que es tratada en otra sección (movilidad) (OMS, 1992, p. 84).

2.4. Definición operacional y conceptual de las variables

2.4.1. Para la variable: estados emocionales alterados

2.4.1.1. Definición conceptual

Los estados emocionales alterados hacen referencia a las variaciones prolongadas y significativas en los patrones normales de la experiencia emocional. Dichas alteraciones pueden manifestarse como intensificaciones, atenuaciones o fluctuaciones en las emociones y son generalmente desencadenadas por factores tales como estrés, trastornos de salud mental, situaciones adversas de la vida y condiciones laborales desafiantes (Díaz, 2011).

2.4.1.2. Definición operacional

Para el propósito de este estudio, los estados emocionales alterados serán medidos a través del Cuestionario de Auto Reporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ) abreviado. Este instrumento consta de varios ítems que evalúan una variedad de síntomas relacionados con la salud mental, incluyendo ansiedad, depresión, pensamiento obsesivo, conductas

compulsivas, y más. Los participantes indicarán la frecuencia con la que han experimentado cada síntoma en un período de tiempo específico. Un puntaje elevado en este cuestionario indicará una mayor presencia de estados emocionales alterados (Díaz, 2011).

2.4.2. Variable: calidad de vida

2.4.2.1. Definición conceptual

El bienestar vital se define como una estructura multidimensional que incluye la salud física, psicológica, emocional y social del individuo. Hace referencia a la visión personal del sujeto acerca de su contexto vital, teniendo en cuenta el entorno cultural y los sistemas de valores en los que se encuentra integrado, así como en relación con sus metas, aspiraciones, estándares y inquietudes. Representa una valoración tanto subjetiva como objetiva de los elementos adversos y favorables de la existencia (World Health Organization, 1997).

2.4.2.2. Definición operacional

Dentro del marco de la presente investigación, se procederá a evaluar la calidad de vida utilizando el Cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF). Dicho instrumento comprende cuatro ámbitos: los aspectos a considerar en la evaluación de la calidad de vida abarcan áreas físicas, psicológicas, relaciones sociales y el entorno. Cada uno de estos dominios se examina mediante una serie de preguntas cuyas respuestas se combinan para formar una puntuación total que refleja la percepción de calidad de vida del individuo. Una puntuación alta indica una categoría de calidad de vida más elevada. Este enfoque integral permite evaluar de manera exhaustiva cómo un individuo percibe su bienestar en diferentes aspectos de su vida, proporcionando una visión completa de su calidad de vida en su conjunto. (World Health Organization, 1997).

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis generales

Existe relación negativa e inversa entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico.

2.5.2. Hipótesis específica

- Existe relación negativa e inversa entre los estados emocionales alterados y la salud física del personal sanitario en un hospital de Majes.
- Existe relación negativa e inversa entre los estados emocionales alterados y la Salud psicológica del personal sanitario en un hospital de Majes.
- Existe relación negativa e inversa entre los estados emocionales alterados y las Relaciones Sociales del personal sanitario en un hospital de Majes.
- Existe relación negativa e inversa entre los estados emocionales alterados y el Ambiente del personal sanitario en un hospital de Majes.

2.6. Variables, operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de variables

	15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1 Muy insatisfecho
	16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	2 Poco
	17 ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	3 Lo normal
	18 ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	4 Bastante Satisfecho
		5 Muy satisfecho
Salud		1 Nada
Psicológica	5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	2 Un poco
	6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	3 Lo normal
	7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	4 Bastante
	11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	5 Totalmente
	19 ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1 Muy insatisfecho.
		2 Poco.
		3 Lo normal
		4 Bastante Satisfecho.
		5 Muy satisfecho
	26 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1 Nunca.
		2 Raramente.
		3 Moderadamente.
		4 Frecuentemente.
		5 Siempre
Relaciones		1 Muy insatisfecho
Sociales	20 ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	2 Poco.
	21 ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	3 Lo normal
	22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	4 Bastante Satisfecho
		5 Muy satisfecho
	8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1 Nada
	9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	2 Un poco
	12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	3 Lo normal
Ambiente	13 ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	4 Bastante
	14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	5 Totalmente
	23 ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1 Muy insatisfecho
	24 ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	2 Poco.
		3 Lo normal
	25 ¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	4 Bastante Satisfecho
		5 Muy satisfecho

	15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1 Muy insatisfecho
	16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	2 Poco
	17 ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	3 Lo normal
	18 ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	4 Bastante Satisfecho
		5 Muy satisfecho
Salud		1 Nada
Psicológica	5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	2 Un poco
	6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	3 Lo normal
	7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	4 Bastante
	11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	5 Totalmente
	19 ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1 Muy insatisfecho.
		2 Poco.
		3 Lo normal
		4 Bastante Satisfecho.
		5 Muy satisfecho
	26 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1 Nunca.
		2 Raramente.
		3 Moderadamente.
		4 Frecuentemente.
		5 Siempre
Relaciones		1 Muy insatisfecho
Sociales	20 ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	2 Poco.
	21 ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	3 Lo normal
	22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	4 Bastante Satisfecho
		5 Muy satisfecho
	8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1 Nada
	9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	2 Un poco
	12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	3 Lo normal
	13 ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	4 Bastante
	14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	5 Totalmente
Ambiente	23 ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1 Muy insatisfecho
	24 ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	2 Poco.
		3 Lo normal
	25 ¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	4 Bastante Satisfecho
		5 Muy satisfecho

Nota: Elaboración propia.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Método, Tipo y Nivel de la Investigación

3.1.1. Método de investigación

El método que se usó para la presente investigación fue el método cuantitativo. Este es un enfoque de investigación que utiliza procedimientos y técnicas estadísticas para medir y analizar datos numéricos, según Hernández Sampieri y otros, (2018)

Este enfoque metodológico se caracteriza por la recolección sistemática y rigurosa de información mediante herramientas estandarizadas, incluyendo cuestionarios, escalas y evaluaciones. Estos instrumentos están diseñados para cuantificar los fenómenos de estudio y facilitar la comparación objetiva de los datos obtenidos. En el marco de este método, se formulan hipótesis específicas que se someten a verificación a través del análisis de datos numéricos. Estos datos son posteriormente examinados mediante sofisticadas técnicas estadísticas. Tal proceso analítico es crucial para detectar patrones, correlaciones y variaciones entre las variables en cuestión. De esta manera, se proporciona un fundamento sólido para confirmar o refutar las hipótesis iniciales, lo cual es esencial para la validación de la investigación y la contribución al conocimiento en el campo respectivo (Hernández Sampieri y otros, 2018)

3.1.2. Tipo de investigación

Según Hernández Sampieri y otros, (2018), la investigación básica es un tipo de investigación científica lo siguiente: tiene como objetivo principal generar conocimiento nuevo y ampliar la comprensión teórica en una determinada área de estudio, sin tener en cuenta su aplicabilidad inmediata en situaciones prácticas. La investigación básica se enfoca en la exploración de conceptos, teorías y leyes fundamentales que rigen el funcionamiento

de fenómenos naturales o sociales, y se realiza con el fin de establecer explicaciones causales y predictivas en el campo del conocimiento, la investigación básica busca responder preguntas sobre el “por qué” y el “cómo” de los fenómenos estudiados, y no se enfoca en el manejo y superación de obstáculos concretos la metodología de investigación aplicada en esta tesis es la investigación básica.

3.1.3. Nivel de investigación

El estudio relacional, según Hernández Sampieri y otros, (2018), La investigación relacional se caracteriza por su objetivo de analizar las interacciones entre dos o más variables, con el fin de determinar si existe una correlación o asociación entre ellas. Su enfoque se dirige a establecer la magnitud y dirección de estas relaciones, adoptando metodologías cuantitativas o cualitativas según el enfoque del estudio. Este tipo de investigación conlleva la recolección de datos mediante instrumentos estandarizados, como cuestionarios, entrevistas o escalas, seguida de análisis estadísticos o de contenido para elucidar las conexiones entre las variables. Es una metodología frecuentemente empleada en las ciencias sociales y de la salud para investigar fenómenos complejos que engloban múltiples factores o variables.

3.1.4. Enfoque de la investigación

El enfoque cuantitativo se emplea ampliamente en disciplinas como la psicología, sociología, economía y educación. En psicología, se utiliza para medir variables como inteligencia, personalidad y trastornos mentales. En sociología, se emplea para estudiar la estratificación social, movilidad social y desigualdad. En economía, se usa para analizar el crecimiento económico, la inflación y el desempleo, y en educación se emplea para evaluar programas, políticas educativas y medir el rendimiento académico (Delgado de Smith, 2020). Whyte empleó técnicas de observación participante y encuestas para estudiar la vida de los jóvenes en la calle (Whyte, 1943). Asimismo, Lazarsfeld aplicó métodos estadísticos

y técnicas de análisis de redes sociales para estudiar la opinión pública y la influencia de los medios de comunicación, y Pearson fue uno de los pioneros de la estadística moderna, desarrollando el coeficiente de correlación y la distribución de chi-cuadrado. (Lazarsfeld, 1944)

3.1.5. Por el ámbito de recolección de datos

Para la recolección de datos en esta investigación, se optó por utilizar una metodología virtual. Se diseñó un cuestionario utilizando la herramienta Google Forms y se distribuyó el enlace a través de WhatsApp, lo que permitió que los participantes pudieran acceder y responder las preguntas desde cualquier dispositivo con acceso a internet. La ventaja de utilizar una encuesta virtual es que se puede llegar a una gran cantidad de personas en diferentes lugares geográficos, sin la necesidad de reunirlos en un mismo lugar físico. Además, la recolección de datos en línea permite una mayor precisión en la recopilación de información, ya que se puede configurar el formulario para validar las respuestas y evitar errores de ingreso de datos. El uso de una encuesta virtual para la recolección de datos fue una opción eficiente y práctica en esta investigación, ya que permitió llegar a un gran número de participantes y obtener respuestas precisas y confiables de manera cómoda y accesible para ellos.

3.1.6. Por el tipo de datos

Los datos se refieren a cualquier información que puede ser recopilada, registrada y analizada en el contexto de una investigación o estudio. Según Hernández Sampieri y otros, (2018), existen diferentes tipos de datos que pueden ser utilizados en una investigación, y estos se clasifican en dos categorías principales: datos cuantitativos y datos cualitativos.

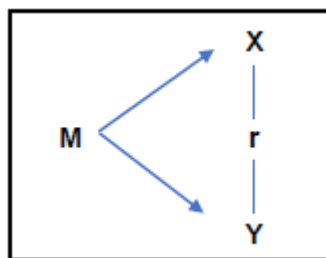
Los datos cuantitativos se refieren a información numérica que puede ser medida y analizada mediante técnicas estadísticas. Estos datos se obtienen a través de instrumentos de

medición estandarizados, como cuestionarios, escalas o pruebas, y se expresan en términos de frecuencia, porcentaje o puntajes numéricos. Hernández Sampieri y otros, (2018) señalan que los datos cuantitativos son ideales para estudiar variables que pueden ser cuantificadas, como la edad, el género, el nivel de ingresos, entre otras.

Por otro lado, los datos cualitativos se refieren a información no numérica que puede ser recopilada a través de métodos como la observación, la realización de entrevistas o el examen de documentos. Estos datos se expresan en términos de categorías, temas o patrones, y se analizan mediante técnicas de análisis de contenido o interpretación. Según Hernández Sampieri y otros, (2018), los datos cualitativos son ideales para explorar conceptos o fenómenos complejos que no pueden ser cuantificados de manera precisa.

3.2. Diseño de la investigación

La estructura de esta investigación se categoriza como no experimental, ya que no hubo alteración de las variables, sino que se observaron en su entorno natural. Además, se caracteriza como un estudio transversal, donde la recolección de datos se efectuó en un solo punto en el tiempo, sin contemplar seguimientos futuros de las mismas unidades de estudio. Este diseño investigativo posibilita la obtención de información acerca de las variables en un punto específico en el tiempo, pero no habilita la determinación de relaciones causales entre ellas.(Hernández et al., 2014).



Nota: Hernández et al. (2014).

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

En este estudio, se consideró como población al personal sanitario que trabaja en un hospital ubicado en la zona de Majes. La población total es de 132 participantes.

3.3.2. Muestra censal

En este caso no hay muestreo, ya que es una muestra censal donde se trabajará con toda la población, por ello, la muestra corresponde al total de la población, que equivale a 132 participantes.

Censal: en donde la muestra es toda la población (Hayes, 1999).

3.3.3. Criterios de inclusión

- Ser parte del personal sanitario que trabaja actualmente en el hospital de la zona de Majes.
- Estar dispuesto a participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- Tener al menos 6 meses de experiencia laboral en el hospital.

3.3.4. Criterios de exclusión

- Personal sanitario que esté de baja laboral o en permiso de ausencia durante el periodo del estudio.
- Personal sanitario que esté pasando por un evento traumático o duelo reciente, ya que esto podría alterar su estado emocional más allá de las condiciones normales de trabajo.
- Personal sanitario que no desee participar o que no pueda proporcionar su consentimiento informado.
- Personal sanitario diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica preexistente, ya que estos diagnósticos pueden sesgar los resultados relacionados con los estados emocionales alterados.

3.4. Técnicas de Recolección de Datos

En la investigación actual, se empleó el cuestionario como método para la recopilación de datos, aprovechando su capacidad de facilitar este proceso mediante una serie de preguntas estructuradas y dirigidas específicamente a la población de interés.

Para el proceso de para la obtención de datos se tramitó el permiso para emplear los instrumentos en el hospital donde se realizó el estudio. Asimismo, para la recopilación de datos se implementó un cuestionario. virtual, a cada miembro del personal de salud, se le compartió el *link* del cuestionario: <https://forms.gle/TyFidDTYSSYezSB98>

En primera instancia el personal de salud encontró el consentimiento informado, en el que se declara el anonimato y el uso de los datos exclusivamente para la investigación, de la misma manera, se les indicó que la administración de los instrumentos es voluntaria.

En segunda instancia, encontraron dos instrumentos (SRQ 18 y Escala de calidad de vida WHOQOL- BREF), para que puedan llenar todas las preguntas. Una vez recogidos los datos de los instrumentos que miden las variables, se procedió a estructurar la matriz de datos para poder analizarlos.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Para la primera variable

Cuestionario de Síntomas en Salud Mental SRQ18 abreviado (Ministerio de Salud, 2018). Este cuestionario evidencia los trastornos depresivos, ansiosos, de estrés y angustia. La escala del Cuestionario de Síntomas en Salud Mental SRQ18 abreviado está compuesta por 13 ítems.

Criterios de evaluación:

Trastorno depresivo: ítems del 1-13

Alta probabilidad: 5-13 puntos.

Baja probabilidad: 1-5 puntos (Ministerio de Salud, 2018).

3.5.1.1. Validación y confiabilidad

3.5.1.1.1. Validación del instrumento

El Cuestionario de Síntomas en Salud Mental SRQ18 es una herramienta empleada en la detección precoz de problemas de salud mental en la población, validado y normado por el Ministerio de Salud. Este instrumento, compuesto por 18 ítems, facilita la evaluación de síntomas frecuentes en trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y otros desórdenes emocionales. Además, funciona como un instrumento de cribado aplicable en diversos entornos, con el objetivo de identificar individuos que requieran una evaluación más exhaustiva y un tratamiento adecuado. Su uso está integrado en la Estrategia Nacional

de Salud Mental y Cultura de Paz demuestra la importancia que se le otorga a la promoción y prevención de la salud mental en el país, y su uso puede contribuir a mejorar la atención y el tratamiento de los problemas de salud mental en la población (Cruz, 2013).

El estudio de validez de juicio de expertos del Cuestionario de Síntomas en Salud Mental SRQ18 fue realizado en Perú por los investigadores Gómez-Salgado, Jiménez, Hernández, Sánchez y López en el 2017. El propósito central de esta investigación fue evaluar la efectividad y precisión del Cuestionario de Síntomas en Salud Mental SRQ18, específicamente en su aplicación dentro del contexto de la población peruana. Para ello, se convocó a un grupo de 11 especialistas en el ámbito de la salud mental. Estos expertos realizaron una evaluación exhaustiva del cuestionario, centrándose en aspectos críticos como la relevancia, claridad y adecuación de cada una de las 18 preguntas que lo componen.

Los hallazgos de este análisis revelaron que el SRQ18 es una herramienta altamente eficaz y fiable para la detección de síntomas de trastornos mentales en Perú. Los expertos concluyeron que el cuestionario no solo es claro y comprensible, sino que también es completamente pertinente para identificar de manera efectiva los diversos síntomas asociados con problemas de salud mental en esta población específica.

La importancia de este estudio radica en su contribución a validar el SRQ18 como un instrumento confiable y adaptado a las necesidades y características de la población peruana. Este logro es significativo para el campo de la salud mental en Perú, ya que proporciona una herramienta validada para el diagnóstico temprano y la intervención adecuada en problemas de salud mental. Asimismo, estos resultados apoyan la implementación y uso del SRQ18 en prácticas clínicas y de investigación en Perú, fomentando así un enfoque más eficiente y efectivo en el tratamiento de trastornos mentales y en la promoción de la salud mental en general dentro del país. (Gómez-Salgado et al., 2017).

3.5.1.1.2. Confiabilidad del instrumento

Para la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto en la cual se encuestaron a 30 miembros del personal de salud y se tabuló los datos en Microsoft Excel para ser analizados a través del *software* SPSS con la prueba estadística Alfa de Cronbach, como se muestra a continuación:

Tabla 2

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Estadísticas de fiabilidad	
	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
.771	.776	12

Nota: Elaboración propia, sobre la base de los datos recogidos

De esta forma se puede apreciar la confiabilidad a través del índice de confiabilidad de la prueba estadística de fiabilidad: Alfa de Cronbach, que indica un índice de 0.771 lo cual nos muestra que existe una confiabilidad aceptable, según la interpretación de George y Mallery:

"Análisis y comprensión del significado del coeficiente de fiabilidad de consistencia interna, conocido como alfa de Cronbach. Para una evaluación precisa de los valores obtenidos mediante este coeficiente, George y Mallery proporcionaron una serie de recomendaciones detalladas. Estas sugerencias son esenciales para interpretar adecuadamente los resultados obtenidos en estudios que utilizan alfa de Cronbach como medida de fiabilidad" (George & Mallery, 2003, p. 59).

- Coeficiente alfa $>.9$ a $.95$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable

- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre –

3.5.2. Para la segunda variable

Se usó la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Servicio Andaluz de Salud, 2010): el instrumento en cuestión, elaborado meticulosamente por la prestigiosa Organización Mundial de la Salud, se destaca por su amplia adaptabilidad lingüística, estando estructurado en más de cuarenta idiomas. Diseñado específicamente para adentrarse en los aspectos cruciales que determinan la calidad de vida de la población adulta, el cuestionario se compone de un total de 26 preguntas. Estas consultas, formuladas en un formato de respuesta tipo Likert, se distribuyen a lo largo de cuatro dimensiones específicas.

La primera dimensión, denominada "física", abarca un conjunto de 7 ítems específicos identificados con los números 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18. Cada uno de estos ítems se califica en una escala de puntuación que abarca desde 6 a 14 puntos para una percepción de calidad de vida baja, de 15 a 25 puntos para una percepción moderada, y de 26 a 35 puntos para una percepción de alta calidad de vida. Esta dimensión se centra en aspectos relacionados con la salud física y el bienestar del individuo, lo que permite una evaluación detallada de cómo percibe su calidad de vida en este aspecto particular.

En el contexto de la dimensión psicológica, se pueden distinguir 6 elementos específicos identificados mediante los números 5, 6, 7, 11, 19 y 26. Los puntajes asignados con el propósito de evaluar la calidad de vida en esta dimensión se dividen en tres categorías: una puntuación que oscila de 6 a 14 señala una calidad de vida percibida como baja, de 15 a 23 refleja una calidad de vida considerada moderada, y de 24 a 30 sugiere una calidad de vida percibida como alta. Esta dimensión se centra en aspectos relacionados con el bienestar psicológico del individuo, lo que posibilita una evaluación minuciosa de su calidad de vida en este ámbito específico.

En cuanto a la tercera dimensión, la dimensión social, se presenta de manera más concisa e involucra 3 elementos específicos identificados con los números 20, 21 y 22. Los criterios de puntuación aplicados en esta sección se dividen en tres rangos: 3-6 puntos indican una percepción de calidad de vida baja, 7-10 puntos reflejan una percepción moderada y 11-15 puntos sugieren una percepción de alta calidad de vida. Esta dimensión se enfoca en aspectos vinculados a las interacciones sociales y la vida en comunidad del individuo, lo que facilita una evaluación detallada de su calidad de vida en esta esfera específica.

En conclusión la dimensión relacionada con el entorno, que abarca un total de 8 elementos específicos identificados con los números 8, 9, 12, 13, 14, 20, 24 y 25, se caracteriza por una gama de puntuaciones que oscila entre 8 y 18 puntos para aquellos que perciben una calidad de vida baja, de 19 a 28 puntos para quienes tienen una percepción moderada y, finalmente, de 29 a 40 puntos para aquellos que gozan de una elevada calidad de vida en términos de su entorno. Esta faceta se enfoca en examinar elementos vinculados con el ambiente y la situación en la que la persona actúa, facilitando así una valoración minuciosa de su calidad de vida en esta esfera específica.

Este instrumento no solamente se posiciona como una herramienta fundamental para llevar a cabo la evaluación de la calidad de vida desde múltiples dimensiones, sino que también demuestra el compromiso y la dedicación de la Organización Mundial de la Salud en su empeño por comprender y potenciar el bienestar de las poblaciones en una escala global.

3.5.2.1. Validación y confiabilidad

3.5.2.1.1. Validación del instrumento

Uno de los primeros estudios de validación de la escala se realizó en Brasil en el 2000. Este estudio encontró que la escala tenía una buena fiabilidad y validez en la población brasileña, y demostró que la WHOQOL-BREF era capaz de medir la calidad de vida de manera efectiva en diferentes grupos de edad y en personas con diferentes niveles de educación (Fleck et al., 2000).

En Colombia, se llevó a cabo un estudio de adaptación y validación de la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF en el año 2012. Los resultados de este estudio indicaron que la escala tenía una buena fiabilidad y validez en la población colombiana, y que era capaz de medir la calidad de vida de manera efectiva en diferentes grupos de edad y en personas con diferentes niveles de educación (Hernández et al., 2012).

Además, en Estados Unidos se realizó un estudio en el 2008 para evaluar la validez y fiabilidad de la WHOQOL-BREF en la población de habla hispana. Los resultados de este estudio indicaron que la escala tenía una buena fiabilidad y validez en esta población, lo que sugiere que la WHOQOL-BREF es una herramienta útil para evaluar la calidad de vida en diferentes grupos étnicos y culturales (González et al., 2008).

En resumen, la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF ha sido validada en diferentes poblaciones y culturas alrededor del mundo, lo que demuestra su utilidad como instrumento para medir la calidad de vida en diferentes contextos y poblaciones.

3.5.2.1.2. Confiabilidad del instrumento

Pajares Rocha, el cual estableció el "nivel de validez y fiabilidad. Se evaluaron las características psicométricas", mostrando el coeficiente de fiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.88" (Pajares, 2019).

3.6. Análisis de la Información

Para analizar los datos se utilizó el *software* estadístico SPSS versión 26 y el *software* Microsoft Excel, en el sistema operativo Windows 11 Pro. Se estructuraron tablas y gráficos que mostraron los efectos del análisis estadístico descriptivo y se estructuraron tablas de contingencia para poder para realizar un análisis estadístico inferencial detallado, se empleó la prueba estadística Rho de Spearman. Esta prueba se utilizó para determinar la correlación entre las variables, estableciendo un nivel de significancia del 5% ($p=0.05$), lo cual facilitó la verificación y evaluación tanto de la hipótesis general como de las hipótesis específicas

El grado de correlación se evaluó a través de la siguiente escala;

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Nota: Fernández, Baptista, Hernández, (2014)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente apartado se pueden apreciar los resultados provenientes de la recolección de datos a través de los instrumentos, tales resultados se encuentran estructurados en tablas y gráficas, tanto descriptivas como inferenciales, de esta forma se responde a los objetivos planteados.

Tabla 3

Sexo del personal de salud del hospital de Majes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	80	60,6
Masculino	52	39,4
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

En la tabla 2 y la figura adjunta se muestra la distribución de género en un grupo de 132 expertos de la salud. Los resultados indican que el 60,6 % de los participantes son mujeres, con un total de 80 individuos del sexo femenino en el grupo. Por otro lado, el 39,4 % de los participantes son hombres, con un total de 52 individuos del sexo masculino en el grupo.

En resumen, se puede inferir que la presencia de mujeres en el grupo de profesionales de la salud es mayor que la de los hombres. Los porcentajes de la tabla permiten visualizar de manera más clara y concisa esta distribución de género en el grupo de estudio.

Tabla 4

Edad del personal de salud del hospital de Majes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
De 20 a 30 años	52	39,4
De 30 a 40 años	60	45,5

De 40 a 50 años	14	10,6
De 50 a 60 años	6	4,5
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

La Tabla 3 presenta la distribución por edades de un conjunto de 132 profesionales del sector sanitario. Los datos revelan que la mayoría de estos profesionales, específicamente 60 individuos que constituyen el 45,5% del grupo analizado, se sitúan en el rango de edad de 30 a 40 años. Adicionalmente, 52 de los participantes, representando el 39,4%, pertenecen al grupo etario de 20 a 30 años. Por otro lado, un total de 14 participantes, que corresponden al 10,6%, se encuentran en la categoría de edad de 40 a 50 años. Finalmente, el segmento de 50 a 60 años está representado por 6 profesionales, lo que equivale al 4,5% del total. Estos resultados ofrecen una visión detallada de la distribución por edades dentro del colectivo de profesionales de la salud estudiado, evidenciando una concentración significativa en las edades medias de la vida laboral.

En resumen, la mayoría de los expertos de la salud en el grupo estudiado tienen entre 30 y 40 años, seguidos por aquellos en la franja de edad de 20 a 30 años.

Tabla 5

Estado civil del personal de salud del hospital de Majes

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casado	39	29,5
Soltero	55	41,7
Separado	10	7,6
Divorciado	5	3,8
En pareja	23	17,4
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

La tabla 4 muestra la distribución del estado civil de un grupo de 132 profesionales de la salud. Los resultados indican que la mayoría de los participantes en el grupo son

solteros, con un total de 55 individuos que representan el 41,7 % del grupo estudiado. Además, 39 participantes (29,5 %) están casados, mientras que 23 participantes (17,4 %) están en pareja. Por otro lado, 10 participantes (7,6 %) están separados y solo 5 participantes (3,8 %) están divorciados. Estos resultados sugieren que la mayoría de los profesionales de la salud en el grupo estudiado son solteros o están en pareja, mientras que una proporción relativamente baja están casados, separados o divorciados.

En resumen, la tabla 4 muestra que el estado civil más común en el grupo de profesionales de la salud estudiado es el estado de soltero, mientras que el estado de casado es el segundo más común.

Tabla 6

Estados emocionales, casos detectados para la atención del personal de salud del hospital de Majes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si es caso detectado para la atención	88	66,7
No es caso detectado para la atención	44	33,3
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

La tabla 5 muestra la distribución de casos detectados y no detectados para la atención médica en un grupo de 132 expertos de la salud, sobre la base de una herramienta de evaluación conocida como SQR 18. Los resultados indican que, de los 132 participantes estudiados, 88 de ellos (66,7 %) fueron identificados como casos detectados para la atención médica, mientras que 44 participantes (33,3 %) no fueron identificados como casos y, por lo tanto, no fueron detectados para recibir atención médica.

Estos resultados sugieren que una proporción considerable de profesionales de la salud en el grupo estudiado fueron identificados como casos que requieren atención médica,

lo que destaca la importancia de realizar evaluaciones regulares de salud y de detectar a tiempo posibles condiciones médicas.

Tabla 7

Dominio 1 de la variable calidad de vida: Salud física del personal de salud del hospital de Majes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Calidad de vida baja	12	9,1
Calidad de vida moderada	59	44,7
Calidad de vida relativamente alta	61	46,2
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

La Tabla 6 ilustra la distribución detallada de la calidad de vida física entre los profesionales sanitarios del hospital de Majes, utilizando como referencia la escala WHOQOL-BREF para la calidad de vida. En el estudio, se evaluó a un total de 132 profesionales del ámbito sanitario. De ellos, un 9,1% (equivalente a 12 individuos) indicaron percibir una calidad de vida física baja. Por otro lado, un porcentaje significativamente mayor, el 44,7% (59 personas), clasificó su calidad de vida física en un nivel moderado. Además, un 46,2% (61 personas) de los participantes evaluados reportaron experimentar una alta calidad de vida física.

Estos resultados proporcionan una visión integral sobre el estado actual de la calidad de vida física entre los trabajadores de salud en dicho hospital. Los datos reflejan una diversidad en los grados de bienestar físico, mostrando que, mientras una proporción considerable de los empleados experimenta un nivel alto de bienestar físico, existe también un segmento no despreciable de profesionales que perciben su calidad de vida física como moderada o incluso baja. Esta variabilidad en los niveles de calidad de vida física podría ser indicativa de diferentes factores laborales, personales y ambientales que influyen en el

bienestar de los trabajadores sanitarios. Este análisis detallado es crucial para diseñar estrategias de intervención y mejorar las condiciones laborales y de salud de los profesionales en el sector de la salud.

En conclusión, la tabla 6 muestra que la mayoría de los expertos de la salud en el grupo estudiado informaron tener una calidad de vida física moderada a alta, lo que sugiere que, en general, estos profesionales gozan de un buen nivel de bienestar físico.

Tabla 8

Dominio 2 de la variable calidad de vida: Salud psicológica del personal de salud del hospital de Majes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Calidad de vida baja	11	8,3
Calidad de vida moderada	45	34,1
Calidad de vida relativamente alta	76	57,6
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

La Tabla 7 fue elaborada a partir de datos recientes recopilados del personal médico del hospital de Majes, enfocándose en la calidad de vida psicológica evaluada mediante la escala WHOQOL-BREF. En este estudio, que contó con la participación de 132 profesionales de la salud, se encontró que un 8,3% (11 individuos) percibían su calidad de vida psicológica como baja. En contraste, un 34,1% (45 personas) la consideraron moderada, y una mayoría significativa, el 57,6% (76 personas), reportaron una alta calidad de vida psicológica.

Estos hallazgos ofrecen una visión exhaustiva y actualizada sobre el estado de la calidad de vida psicológica entre el personal sanitario del mencionado hospital. La diversidad en los niveles de bienestar psicológico observada en este estudio es indicativa de las variadas experiencias y percepciones individuales entre los profesionales de la salud. La

relevancia de este análisis radica en su potencial para ofrecer una comprensión profunda sobre el estado emocional y mental de estos trabajadores, aspectos que son fundamentales dado su posible impacto en el rendimiento laboral y la satisfacción general en su entorno de trabajo. En resumen, a partir de los datos presentados en la Tabla 7, se puede observar que la gran mayoría de los profesionales de la salud en el grupo de estudio reportaron una calidad de vida psicológica que se sitúa en el rango de moderada a alta. Estos resultados indican que, en líneas generales, estos profesionales experimentan un nivel significativo de bienestar emocional, lo que sugiere un estado de salud mental positivo en este grupo

Tabla 9

Dominio 3 de la variable calidad de vida: Relaciones Sociales del personal de salud del hospital de Majes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Calidad de vida baja	26	19,7
Calidad de vida moderada	51	38,6
Calidad de vida relativamente alta	55	41,7
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

La Tabla 8 presenta los datos recogidos en relación con el tercer dominio evaluado por la Escala WHOQOL-BREF, que se centra en la calidad de las relaciones sociales del personal del hospital de Majes. De acuerdo con los resultados, un 19,7 % del personal reportó que su calidad de vida en términos de relaciones sociales es baja. Por otra parte, un 38,6 % calificó esta calidad como moderada, y un 41,7 % la percibió como alta.

Estos resultados aportan una visión detallada y específica sobre la dinámica de las relaciones sociales entre estos profesionales de la salud, resaltando la existencia de variadas percepciones en lo que respecta a su bienestar social. Se observa que, si bien una proporción significativa del personal sanitario del hospital de Majes considera que su calidad de vida es

satisfactoria en lo que respecta a las relaciones sociales, hay un segmento considerable que percibe su calidad de vida como moderada o incluso insuficiente en este aspecto.

Para abordar esta situación, se pueden implementar intervenciones orientadas a mejorar la calidad de las relaciones sociales en el entorno laboral, como actividades de integración o programas de formación en habilidades sociales y comunicación efectiva. También, es importante prestar atención a las posibles causas subyacentes de la percepción de baja calidad de vida en este dominio, y buscar soluciones que promuevan un ambiente laboral saludable y sostenible para el personal de salud.

Tabla 10

Dominio 4 de la variable calidad de vida: ambiental del personal de salud del hospital de Majes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Calidad de vida baja	20	15,2
Calidad de vida moderada	81	61,4
Calidad de vida relativamente alta	31	23,5
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

La Tabla 9 presenta información detallada sobre el dominio ambiental evaluado mediante la escala WHOQOL-BREF, enfocándose en el personal sanitario del hospital de Majes. Los datos revelan que una significativa mayoría, el 61.4% de los participantes, percibe su calidad de vida en el ámbito ambiental como moderada. Por otra parte, un 23.5% de los encuestados califica su calidad de vida ambiental como alta, mientras que un 15.2% la considera baja.

Estos hallazgos reflejan las diferentes percepciones del personal de salud respecto a su bienestar en relación con el ambiente laboral. Estas variaciones en la percepción de la calidad de vida ambiental podrían estar influenciadas por diversos factores, como las

condiciones físicas del lugar de trabajo, el acceso a recursos necesarios, la gestión de espacios, y la interacción con el entorno laboral.

Asimismo, el dominio ambiental de la escala WHOQOL-BREF se refiere al ambiente en el que vive el individuo y su satisfacción con el mismo, incluyendo aspectos como la seguridad física, el acceso a recursos y servicios, el ruido y la contaminación. Estos resultados sugieren que el personal de salud del hospital de Majes en general está satisfecho con su ambiente de trabajo y la calidad de vida que ofrece.

No obstante, cabe destacar que un 15.2 % de los participantes en la encuesta indicó experimentar una calidad de vida ambiental baja, lo cual señala la existencia de áreas en el entorno laboral que requieren mejoras para asegurar una mayor calidad de vida del personal sanitario. Es crucial identificar estos elementos y adoptar acciones concretas para su optimización, dado que un ambiente laboral adecuado y seguro juega un papel fundamental en el bienestar y la calidad de vida del personal de salud, y consecuentemente, en la calidad del servicio prestado a los pacientes.

Tabla 11

Calidad de vida del personal de salud del hospital de Majes

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Calidad de vida baja	11	8,3
Calidad de vida moderada	71	53,8
Calidad de vida relativamente alta	50	37,9
Total	132	100,0

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

De acuerdo con la información recogida en la Tabla 10, relacionada con la calidad de vida general del personal sanitario del hospital de Majes, se observa que un 8,3% de los encuestados calificaron su calidad de vida como baja. Por otro lado, un 53,8% de ellos señaló que su calidad de vida es de nivel moderado, mientras que un 37,9% reportó tener una calidad

de vida que consideran relativamente alta. Estos datos indican que la mayoría del personal de salud en este hospital percibe su calidad de vida en un rango que va de moderado a relativamente alto.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que los resultados de esta encuesta pueden estar influenciados por una serie de factores, como el estado de ánimo del encuestado en el momento de la encuesta o la forma en que se interpretan las preguntas de la encuesta.

Según los datos presentados en la Tabla 10, que se refiere a la calidad de vida general del personal de salud del hospital de Majes, se resalta que un 8,3% de los encuestados evaluaron su calidad de vida como baja. Además, un 53,8% indicó que posee una calidad de vida de nivel moderado, y un 37,9% informó que experimenta una calidad de vida relativamente alta. Estos resultados sugieren que la mayoría de los trabajadores de la salud en este hospital perciben su calidad de vida en niveles moderados o relativamente altos.

4.1. Análisis inferencial

En el análisis inferencial de la relación entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida, se implementaron los supuestos de continuidad y normalidad. Al respecto Kerlinger y Lee (2002) señalan que los presupuestos de continuidad y normalidad son los que definen la aplicación de datos estadísticos paramétricos y no paramétricos.

4.2. Supuesto de continuidad

Los datos recopilados para la variable que evalúa los estados emocionales alterados y su relación con la calidad de vida son de naturaleza cuantitativa. En este caso, se decidió utilizar métodos estadísticos no paramétricos debido a que los datos no cumplían con el supuesto de normalidad, lo que significa que no seguían una distribución normal.

4.3. Supuesto de normalidad

La evaluación de la normalidad de los datos se efectuó utilizando el método de Kolmogorov-Smirnov, adecuado para casos en los que se cuenta con un volumen extenso de datos, según Arriaza (2013). Esta verificación se realizó al ingresar los datos correspondientes a cada variable en el programa estadístico SPSS 26.0, definiendo un nivel de confianza del 95% y bajo determinadas condiciones específicas.

Si:

-Sig. <0.05 Adopta una distribución no normal

-Sig. \geq 0.05 Adopta una distribución normal

Donde:

-Sig. P-valor o nivel crítico del contrato

Los resultados de la prueba de normalidad fueron los siguientes:

Tabla 12

Prueba de normalidad

Variable	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	N.	Sig.
Estados emocionales alterados	0.306	132	0.000
Calidad de vida	0.426	132	0.000

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

Regla de decisión:

Si:

-Sig. <0.05 Adopta una distribución no normal

-Sig. \geq 0.05 Adopta una distribución normal

La Tabla 11 presenta los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov aplicada a dos variables, estados emocionales alterados y calidad de vida, en un grupo compuesto por 132 individuos. Según la regla de decisión previamente establecida, se determina si la distribución es normal o no en función del valor de significancia (Sig.). Si el valor de Sig. es menor a 0.05, se considera que la distribución no es normal. En cambio, si el valor de Sig. es igual o mayor a 0.05, se asume que la distribución es normal.

En el caso de la variable “estados emocionales alterados”, el valor de Sig. es 0.000, lo que indica que la distribución no es normal. En cuanto a la variable "calidad de vida", el valor de Significancia es también de 0.000, sugiriendo que su distribución no es normal. Así, se concluye que ninguna de las dos variables presenta una distribución normal. en la muestra analizada.

El coeficiente de correlación de Spearman, también conocido como Rho de Spearman, representa un método estadístico no paramétrico que se utiliza ampliamente para investigar la naturaleza de la relación entre dos variables continuas. Este método es particularmente relevante en situaciones donde las variables en cuestión no mantienen necesariamente una relación lineal. A diferencia del coeficiente de correlación de Pearson, el Rho de Spearman no opera bajo la premisa de que las variables involucradas deban seguir una distribución normal. Además, este coeficiente es útil para analizar la correlación existente entre variables de tipo ordinal. La prueba de Spearman se emplea específicamente para determinar la presencia de una relación monótona entre dos variables. En este contexto, una relación monótona se refiere a una situación en la que el aumento o disminución de una variable está consistentemente asociado con cambios similares en la otra variable.

En términos generales, la prueba de Rho de Spearman se utiliza para analizar datos en los que las variables no tienen una distribución normal o cuando las variables son de tipo

ordinal en lugar de ser numéricas continuas. Esta prueba es especialmente útil para analizar datos de encuestas, escalas de opinión y otras mediciones similares.

La prueba de Rho de Spearman es extensamente empleada en variados campos de estudio, incluyendo la psicología, la sociología, la medicina y la biología, entre otras. Esta prueba proporciona información valiosa sobre la relación entre dos variables, lo que permite a los investigadores comprender mejor cómo se relacionan diferentes factores y cómo pueden influir en los resultados de un estudio (Clayton, 2020).

Tabla 13

Relación entre el estado emocional y la salud física del personal de salud del hospital de Majes

Dominio 1 Salud física	CASO O NO CASO				Total	
	No		Sí			
	F	%	F	%	F	%
Calidad de vida baja	1	0,8 %	11	8,3 %	12	9,1 %
Calidad de vida moderada	35	26,5 %	24	18,2 %	59	44,7 %
Calidad de vida relativamente alta	52	39,4 %	9	6,8 %	61	46,2 %
Total	88	66,7 %	44	33,3 %	132	100,0 %

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

$$\text{Rho de Spearman} = -0,435 \quad p < 0,05 \quad p = 0,000$$

La Tabla 12 del estudio ofrece una ilustración gráfica de la correlación existente entre el bienestar emocional y la condición física del personal sanitario en el hospital de Majes. A partir del análisis de una muestra compuesta por 132 profesionales de la salud, se detecta que aproximadamente un tercio (33,3%) de ellos manifiesta un estado emocional adverso. De manera simultánea, un 9,1% de los encuestados reporta una calidad de vida disminuida en relación con su estado físico. El estudio en cuestión revela una tendencia significativa: se

observa que, a medida que se incrementa la calidad de vida física de estos profesionales, se produce una reducción en la fracción de sujetos que padecen de un estado emocional negativo. Este resultado pone de relieve la relación intrínseca y notable entre la salud emocional y la salud física del personal sanitario, insinuando que mejoras en una de estas dimensiones podrían repercutir favorablemente en la otra.

El coeficiente Rho de Spearman, establecido en -0,435, refleja una correlación negativa de grado moderado entre el estado emocional y la condición física de los profesionales de la salud. Adicionalmente, se constata un valor de p inferior a 0,05, lo cual confiere significancia estadística a esta relación. En consecuencia, se deduce que hay una relación inversamente proporcional entre el estado anímico y la salud física del personal sanitario del hospital de Majes, lo que permite postular que un aumento en la calidad de vida y, en particular, en su faceta de salud física, se asocia con una disminución en la incidencia de trastornos emocionales.

Tabla 14

Relación entre el estado emocional y la Salud psicológica del personal de salud del hospital de Majes

Dominio 2 Salud psicológica	CASO O NO CASO				Total	
	No		Si			
	F	%	F	%	F	%
Calidad de vida baja	2	1,5 %	9	6,8 %	11	8,3 %
Calidad de vida moderada	22	16,7 %	23	17,4 %	45	34,1 %
Calidad de vida relativamente alta	64	48,5 %	12	9,1 %	76	57,6 %
Total	88	66,7 %	44	33,3 %	132	100,0 %

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

Rho de spearman= -0,460 p < 0,05 p = 0,000

La Tabla 13 expone la relación entre el estado emocional y la salud psicológica del personal de salud en el hospital de Majes. Los resultados indican que la mayoría de los participantes presenta una calidad de vida de nivel moderado (34,1%) y una calidad de vida relativamente alta (57,6%), en tanto que solamente un 8,3% reporta una calidad de vida baja. Se observa también una interacción entre el estado emocional y la salud psicológica de los profesionales. se observa que hay una correlación negativa significativa (Rho de Spearman = -0,460, $p < 0,05$, $p = 0,000$). Es decir, a medida que el estado emocional de los participantes empeora, su salud psicológica también se ve afectada. Además, se observa que el mayor porcentaje de casos de baja salud psicológica se encuentra en el grupo de calidad de vida baja (6,8 %), mientras que el mayor porcentaje de no casos se encuentra en el grupo de calidad de vida relativamente alta (48,5 %). Estos resultados sugieren que la salud psicológica del personal de salud puede estar influenciada por su estado emocional y que aquellos con una calidad de vida baja pueden estar en mayor riesgo de tener problemas de salud psicológica.

Tabla 15

Relación entre el estado emocional y las relaciones sociales del personal de salud del hospital de Majes

Dominio 3 Relaciones sociales	CASO O NO CASO				Total	
	No		Sí			
	F	%	F	%	F	%
Calidad de vida baja	8	6,1 %	18	13,6 %	26	19,7 %
Calidad de vida moderada	33	25,0 %	18	13,6 %	51	38,6 %
Calidad de vida relativamente alta	47	35,6 %	8	6,1 %	55	41,7 %
Total	88	66,7 %	44	33,3 %	132	100,0 %

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

Rho de spearman= -0,412 p < 0,05 p = 0,000

La Tabla 14 muestra la relación entre el estado emocional y las relaciones sociales de los profesionales de la salud en el hospital de Majes. De los 132 sujetos evaluados, el 66,7% no manifiesta estados emocionales adversos, mientras que el 33,3% sí los experimenta. En cuanto a la calidad de vida, se observa que el 19,7% de los individuos con baja calidad de vida presenta estados emocionales negativos, comparado con el 13,6% y el 6,1% en los niveles de calidad de vida moderada y relativamente alta, respectivamente. Además, se reporta un coeficiente Rho de Spearman de -0,412, indicando una correlación negativa de magnitud moderada entre el estado emocional y las relaciones sociales, con un valor de p menor a 0,05, lo que sugiere una significancia estadística. Por lo tanto, se infiere que, a pesar de la correlación negativa moderada, las relaciones sociales podrían desempeñar un papel en la mitigación del riesgo de alteraciones emocionales.

Tabla16

Relación entre el estado emocional y el ambiente del personal de salud del hospital de Majes

Dominio 4 Ambiente	CASO O NO CASO				Total	
	No		Sí			
	F	%	F	%	F	%
Calidad de vida baja	9	6,8 %	11	8,3 %	20	15,2 %
Calidad de vida moderada	56	42,4 %	25	18,9 %	81	61,4 %
Calidad de vida relativamente alta	23	17,4 %	8	6,1 %	31	23,5 %
Total	88	66,7 %	44	33,3 %	132	100,0 %

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

Rho de spearman= -0,170 p < 0,05 p = 0,051

En la tabla 15 Se expone la conexión entre el estado anímico y el cuarto dominio de la calidad de vida, correspondiente al ambiente, en los trabajadores de la salud del hospital de Majes. A partir de un conjunto de 132 individuos participantes, se percibe que un 15,2 %

reveló una calidad de vida baja en este ámbito; un 61,4 % mostró una calidad de vida moderada; y un 23,5 % disfrutó de una calidad de vida relativamente elevada.

Respecto al vínculo entre el estado emocional y el ambiente, se determinó que el coeficiente de correlación Rho de Spearman es de -0,170 con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Esto denota una correlación negativa leve entre ambas variables. No obstante, se recomienda cautela al interpretar estos hallazgos debido al grado de significancia próximo al umbral fijado y a la potencial influencia de otros factores en la relación estudiada.

Tabla 17

Relación entre estados emocionales y calidad de vida del personal de salud del hospital de Majes

Calidad de vida	CASO O NO CASO				Total	
	No		Sí			
	F	%	F	%	F	%
Calidad de vida baja	3	2,3 %	8	6,1 %	11	8,3 %
Calidad de vida moderada	41	31,1 %	30	22,7 %	71	53,8 %
Calidad de vida relativamente alta	44	33,3 %	6	4,5 %	50	37,9 %
Total	88	66,7 %	44	33,3 %	132	100,0 %

Nota: La tabla fue realizada con la información recogida hoy del personal médico de salud.

Rho de spearman= -0,391 $p < 0,05$ $p = 0,000$

En la tabla 16 se detalla la correlación entre los estados emocionales y la calidad de vida de los profesionales sanitarios del hospital de Majes. La información se expone en términos de frecuencia absoluta y porcentual para cada combinación de ambos factores. De acuerdo con los datos, un 8,3 % de los empleados sanitarios evidencia una calidad de vida reducida, y de este porcentaje, el 6,1 % manifiesta problemas emocionales. Respecto a aquellos con una calidad de vida media, el 31,1 % de los profesionales se encuentra en esta situación, y de ellos, el 22,7 % reporta trastornos emocionales. Por último, un 33,3 % de los

trabajadores ostenta una calidad de vida notablemente elevada, y de este grupo, únicamente el 4,5 % presenta inconvenientes emocionales.

En el ámbito estadístico, el coeficiente de correlación de Spearman se sitúa en -0,391, evidenciando así una correlación negativa de magnitud moderada entre los estados anímicos y el bienestar vital de los empleados del sector salud. Adicionalmente, se registra un valor de p inferior a 0,05, lo que confiere significación estadística a la correlación mencionada. Esto implica que aquellos profesionales que afrontan dificultades emocionales tienden a presentar una calidad de vida reducida.

4.4. Discusión

En el marco de la investigación realizada, se llevó a cabo un análisis detallado sobre cómo los cambios en los estados emocionales afectan la calidad de vida del personal sanitario en un establecimiento hospitalario en Majes. Esta investigación se abordó desde una óptica psiconeuroinmunológica, lo que implicó la integración de componentes psicológicos, neurobiológicos e inmunológicos para obtener una comprensión holística de la influencia de estos factores en el bienestar de los profesionales de la salud.

Para brindar una perspectiva más amplia y enriquecer la comprensión del tema, se realizó una revisión minuciosa de literatura y estudios previos, tanto a nivel internacional como nacional y local. Este proceso de revisión abarcó una variedad de temas relevantes, incluyendo la calidad de vida laboral de personal como enfermeros y otros trabajadores asistenciales, evaluando cómo el estrés en el entorno de trabajo incide en su salud mental y física. Asimismo, se examinaron las diferentes intervenciones comunitarias diseñadas para mejorar la calidad de vida, particularmente en poblaciones de adultos mayores, y cómo estas estrategias podrían ser aplicables o adaptadas para el personal sanitario.

Este enfoque integral y multidisciplinario permitió obtener una comprensión más profunda de los retos y necesidades del personal de salud, especialmente en un contexto

como el actual, donde factores como la pandemia de COVID-19 han incrementado significativamente los niveles de estrés y exigencia en estos profesionales. La investigación aporta valiosos insights para el desarrollo de estrategias y políticas en salud laboral que atiendan eficazmente a estos trabajadores, no solo en términos de salud física sino también mental y emocional. Estos hallazgos son fundamentales para promover un ambiente de trabajo saludable y mejorar el bienestar general del personal sanitario, lo cual, a su vez, tiene un impacto directo en la calidad de la atención que brindan a los pacientes. Además, los resultados del estudio enfatizan la importancia de abordar la salud mental y emocional de los profesionales de la salud de manera integral, considerando la interacción entre diversos factores psicológicos, neurobiológicos e inmunológicos en su bienestar general.

Este enfoque holístico permitió no solo entender la situación específica del personal sanitario del hospital de Majes, sino también situar estos hallazgos dentro de un marco más amplio de conocimientos y prácticas en el campo de la salud ocupacional. La integración de diferentes antecedentes y estudios relacionados proporcionó una base sólida para el análisis de cómo los estados emocionales alterados, producto del estrés laboral y otros factores, pueden influir significativamente en la calidad de vida de los trabajadores de la salud. Además, los resultados de este estudio pueden servir como punto de partida para el diseño e implementación de estrategias y programas orientados a mejorar la calidad de vida laboral del personal sanitario, así como para promover prácticas saludables y preventivas en el ámbito laboral.

Los resultados obtenidos en esta investigación indican que el 66,7 % del personal de salud evaluado, a través del reporte de síntomas psiquiátricos (SQR 18), son casos detectados para la atención en salud mental. Esto se debe a que experimentan situaciones de decaimiento anímico o se sienten amenazados ante un peligro externo o interno, lo que afecta su estado emocional. Además, se encontró que la mayoría del personal evaluado es de sexo femenino

(66.6 %) y tiene una edad comprendida entre los 30 y 40 años (45.5 %). También, se evidenció que el estado civil predominante en el personal de salud evaluado es el de soltero (41.7 %).

Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en estudios previos, como el de Quintana (2014) y Zavala, Klinj, & Carrillo (2016), que destacan la importancia de evaluar la calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería y la relación con factores laborales como el tipo de contrato y la institución donde laboran. Además, el estudio de Sarsosa-Prowesk y Charria-Ortiz (2018) se subraya la alta incidencia de estrés laboral en el personal asistencial, y se analiza cómo dicho estrés puede asociarse con las condiciones laborales y la exposición constante a enfermedades contagiosas.

Por otra parte, el estudio de Herrera, Martínez y Navarrete (2015) resalta la importancia de la intervención comunitaria para mejorar los niveles de calidad de vida en adultos mayores. Asimismo, la investigación de Cárdenas Huaricallo (2018) destaca la importancia de evaluar el clima organizacional y la calidad de vida laboral en enfermeras y cómo esta información puede ser utilizada para mejorar la gestión de recursos humanos y la calidad de atención al paciente.

El estudio presente subraya la importancia de examinar la conexión entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes, utilizando un enfoque psiconeuroinmunológico. Además, se enfatizó la importancia de incluir en el estudio factores tales como la calidad de vida laboral de los enfermeros y otros trabajadores asistenciales, el impacto del estrés laboral y la eficacia de las intervenciones comunitarias dirigidas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, reconociéndolos como aspectos fundamentales en la investigación dentro del ámbito de la salud.

En cuanto a los resultados de los promedios de las dimensiones del instrumento escala de calidad de vida WHOQOL- BREF, se puede decir que el personal de salud tiene

una calidad de vida relativamente alta en su mayoría. En lo que respecta a la salud física, el 46,2 % presenta una calidad de vida relativamente alta, seguida por el 44,7 % que posee una calidad de vida moderada y finalmente, el 9,1 % presenta una calidad de vida baja. Estos resultados concuerdan con lo manifestado por Quintana Zavala (2014) en su estudio sobre la calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería, en el que señala que la calidad de vida en el trabajo fue significativamente mayor para aquellos con contrato indefinido.

Desde otra perspectiva, en el contexto de la salud psicológica, el 57,6 % del colectivo sanitario muestra una una calidad de vida considerablemente alta, mientras que el 34,1% posee una calidad de vida catalogada de nivel medio y, finalmente, el 8,3% tiene una calidad de vida clasificada como baja. En lo que respecta a las relaciones sociales, el 41,7% del personal experimenta una calidad de vida alta, en comparación con el 38,6 % que mantiene una calidad de vida de grado moderado y, por último, el 19,7 % que experimenta una calidad de vida baja.

En relación con el aspecto ambiental, se constató que el 23,5% del personal sanitario reporta una calidad de vida ambiental considerablemente alta. Esto se compara con el 61,4% que presenta una calidad de vida ambiental de nivel moderado y el 15,2% que manifiesta una calidad de vida ambiental baja. A partir de estos datos, se infiere que en la dimensión ambiental predomina la categoría de calidad de vida moderada. Este fenómeno podría explicarse por la capacidad de adaptación del personal de salud a su entorno laboral y a las condiciones específicas de su ejercicio profesional.

En definitiva, se puede concluir que, si bien el personal de salud presenta casos de estados emocionales alterados, la mayoría posee una calidad de vida considerablemente alta, lo que implica que la calidad de vida en el contexto laboral puede tener una repercusión significativa en su bienestar emocional y físico. Así lo destaca Gil-Monte (2012) en su tesis doctoral sobre los riesgos psicosociales en el trabajo y la salud ocupacional, en la que

enfatisa la necesidad de abordar estos riesgos y establecer medidas preventivas que permitan mejorar la calidad de vida laboral y la salud de los trabajadores del sector sanitario.

La información presentada en las tablas y figuras muestra la relación entre el estado emocional y la salud física, salud psicológica y relaciones sociales del personal de salud del hospital de Majes. En general, se puede observar que a medida que la calidad de vida en cada uno de estos dominios aumenta, disminuye el número de casos con estado emocional negativo. Estos resultados se asemejan a lo mencionado por Aguado, Cano y Quintana (2013), quienes señalan que el estrés y la calidad de vida son factores que se encuentran relacionados en el personal de salud.

Específicamente, en la tabla 12 se observa que el 33,3 % de los participantes presentó un estado emocional negativo y el 9,1 % presentó baja calidad de vida en el dominio de salud física. Estos resultados contrastan con lo mencionado por García-Vargas, Campos y Vera-Cala (2020), quienes encontraron que La calidad de vida en el ámbito físico guarda relación con el bienestar emocional en el personal sanitario. A su vez, la correlación entre el estado emocional y la salud psicológica es significativa y de carácter negativo, lo que implica que individuos con una calidad de vida reducida podrían presentar un riesgo elevado de experimentar trastornos psicológicos. Estos resultados coinciden con lo mencionado por Aguilera et al (2016), quienes encontraron que la calidad de vida psicológica se encuentra relacionada con la presencia de síntomas psicológicos en el personal de salud.

En la tabla 14 se evidencia que la proporción más alta de casos con dificultades en las relaciones sociales está presente en el grupo con baja calidad de vida (13,6 %), en contraste con el porcentaje más elevado de no casos que se observa en el grupo con una calidad de vida relativamente alta (35,6 %). Esto sugiere una relación entre la calidad de vida en el ámbito social y el estado emocional del personal sanitario. Estos hallazgos son similares

a los encontrados anteriormente por Herrera, Martínez y Navarrete (2015), quienes indican que la calidad de vida social se relaciona con el estrés laboral en el personal de salud.

En resumen, Los hallazgos de la investigación indican la presencia de una correlación inversa entre el estado emocional y la calidad de vida en los distintos dominios evaluados. Esto implica que el mejoramiento de la calidad de vida del personal sanitario podría influir de manera positiva en su estado emocional, repercutiendo beneficiosamente en su rendimiento laboral y, por ende, en la calidad de la atención médica que proporcionan. Estos resultados son fundamentales para el desarrollo y la implementación de estrategias de intervención orientadas a fomentar la calidad de vida en los trabajadores del sector salud, tal como lo sugieren Canga-Armayor, Malo-Cerrato y Gómez-Urquiza (2016), quienes señalan la necesidad de implementar programas de intervención para mejorar la calidad de vida de los trabajadores de la salud.

Los datos recabados en el estudio acerca de la vinculación entre los estados anímicos y el nivel de calidad de vida de los trabajadores sanitarios en el hospital de Majes sugieren una asociación negativa de intensidad moderada entre estas dos variables. Dicho vínculo sugiere que un incremento en la calidad de vida correspondiente a cada uno de los dominios examinados conlleva una disminución en la prevalencia de estados emocionales adversos. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Aguado, Cano y Quintana (2013), quienes manifiestan que los expertos de la salud están expuestos a niveles altos de estrés, lo que puede afectar su estado emocional y su calidad de vida.

Por otro lado, la correlación negativa moderada observada entre los estados emocionales y la calidad de vida del personal de salud también sugiere que aquellos con una calidad de vida baja pueden estar en mayor riesgo de tener problemas de salud psicológica. Este hallazgo se relaciona con lo reportado por Herrera, Martínez y Navarrete (2015), quienes señalan que la calidad de vida está relacionada con la satisfacción, la felicidad y el

bienestar del ser humano. Por lo tanto, se puede concluir que mejorar la calidad de vida del personal de salud no solo puede tener un impacto positivo en su estado emocional, sino también en su salud psicológica y bienestar en general.

En relación con los valores de p obtenidos en la investigación, se puede inferir que los autores Quintana, Zavala, Klinj & Carrillo podrían estar relacionados con este estudio, ya que ambos investigaron la calidad de vida del personal de enfermería. El valor de $p < 0.05$ obtenido sugiere una fuerte correlación entre los estados emocionales y la calidad de vida, lo que puede tener implicaciones importantes para la salud del personal de enfermería. Sin embargo, es importante tener en cuenta que Fernández-López (2003) La investigación identificó una interacción entre el organismo y el entorno laboral, a la que se refirió como reacción al estrés. Se descubrió que, en efecto, el ámbito laboral influye en el sistema nervioso central a través de las emociones. Esto implica que otros aspectos relacionados con el trabajo podrían afectar también la calidad de vida y la condición emocional de los profesionales de la salud.

Los resultados obtenidos en la investigación acerca de la interrelación entre los estados emocionales y la calidad de vida de los empleados sanitarios en el hospital de Majes revelan una correlación negativa de intensidad moderada entre dichas variables. Este hallazgo conduce a la hipótesis de que la mejora en la calidad de vida del personal de salud puede influir beneficiosamente en su estado emocional, además de tener repercusiones positivas en su salud psicológica y bienestar general.

Por tanto, es importante destacar que, A pesar de que el presente estudio ha logrado resultados significativos, es importante reconocer la existencia de factores externos que podrían influir en la calidad de vida y el estado emocional del personal de salud, los cuales no fueron contemplados en esta investigación. Por lo tanto, se hace necesario continuar con

investigaciones futuras que permitan identificar y abordar dichos factores, con el objetivo de promover una salud y bienestar óptimos para el personal sanitario.

En última instancia, el presente estudio ha establecido una correlación entre los estados anímicos y la calidad de vida de los trabajadores de la salud en el hospital de Majes. La optimización de la calidad de vida de estos profesionales podría repercutir favorablemente en su bienestar emocional y, consecuentemente, en su rendimiento laboral, así como en la excelencia del cuidado médico proporcionado. Se subraya la importancia de proseguir con las investigaciones y de impulsar políticas y prácticas que promuevan condiciones de trabajo óptimas para el personal sanitario.

CONCLUSIONES

1. Se logró determinar que existe relación negativa e inversa entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico, debido al valor del coeficiente de correlación de Spearman es de $-0,391$, $p = 0,000$ que indica la correlación estadísticamente significativa, considerando que la psiconeuroinmunología juega un rol esencial en el bienestar del personal sanitario, lo que nos permite tener un mejor contexto de la realidad del hospital de Majes.
2. El coeficiente de correlación Rho de Spearman es de $-0,435$, lo que indica una correlación negativa moderada entre el estado emocional y la salud física del personal de salud.
3. En cuanto a la correlación entre el estado emocional y la salud psicológica, se observa que hay una correlación negativa significativa (Rho de Spearman = $-0,460$, $p < 0,05$, $p = 0,000$).
4. El coeficiente Rho de Spearman es de $-0,412$, lo que indica una correlación negativa moderada entre el estado emocional y las relaciones sociales.
5. Finalmente, en cuanto a la relación entre el estado emocional y el ambiente, se encontró que el coeficiente de correlación de Rho de Spearman es de $-0,170$, esto sugiere una correlación negativa débil entre estas dos variables.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal que presentó estados emociones alteradas que puedan tratar dicho diagnóstico con un profesional especializado y con una visión multidisciplinaria.
2. Se recomienda a las autoridades del hospital, que implemente estrategias de prevención y promoción de la salud física, además de desarrollar pausas activas y saludables.
3. Se recomienda a las autoridades del hospital, designar recursos humanos y económicos para formar dentro de un enfoque psiconeuroinmunológico multidisciplinario a cada integrante del sistema: médicos, psicólogos, personal de enfermería, técnicos, etc.
4. Se recomienda a las autoridades del hospital, que se ejecuten dinámicas, programas y talleres: a fin de mejorar las relaciones sociales del personal de salud.
5. Se recomienda a las autoridades del hospital, que se mejoren las condiciones ambientales del personal sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramets, I., & Komissarov, I. (1982). *Bul. Experto. Biol*, 10, 58-68.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic medicine*, 37(4), 333-340. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1162023/>
- Ader, R., & Hahn, E. (1963). Effects of social environment on mortality to whole-body X-irradiation in the rat. *Psychological Reports*, 13, 211-215.
- Aguado, Cano, A., & Quintana, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231). <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>
- Akzhigitov, R. (1998). *Uso complejo de tranquilizantes, betabloqueantes y psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad en pacientes con trastornos mentales límite*. Pearson.
- American psiquiátrico Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington: Pearson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Arias Gallegos, W. L., & Muñoz del Carpio Toia, A. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42, 559-575.
- Avedisova, A., Panyushkin, S., Kogan, B., & Darovskaya, N. (1995). A la cuestión de la fundamentación patogenética de la psicofarmacoterapia diferenciada de los estados de ansiedad. *Psiquiatría Social y Clínica*, 27-29.
- Baumeister, Roy F; Leary, Mark R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497. Retrieved from 497
- Baune, B. T., Eyre, H. A., & Lavretsky, H. (2017). Major depressive disorder and immunity: Pathophysiology and treatment implications. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 85-96. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0761-0>
- Beato, M. S. (1993). Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivis. *Revista de Historia de la Psicología*, 385(12), 3, 4.
- Beck. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders. International*. Universities Press.
- Brawman-Mintzer, O., & Lydiard, R. (1996). Generalized Anxiety Disorder: issues in epidemiology. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 3-8.

- Calman, K. (1987). *Definitions and dimensions of quality of life*. New York: Raven Press.
- Campbell, A. C. (1976). *The Quality of American Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Cannon. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Appleton and Company.
- Cannon. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Nueva York: Appleton 2a ed.
- Cárdenas, N. (2018). *Clima organizacional y calidad de vida laboral en enfermeras del área de hospitalización del Hospital III Goyeneche. Arequipa 2017*. Arequipa: Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Tesis para optar el título profesional de enfermería.
- Casal, G. B., & Vera-Villarreal, P. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 31(2), 271-290. Retrieved 2 26, 2023, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834680>
- Charney, D., Nagy, L., Bremner, J., & al, e. (1996). Neurobiological mechanisms of human anxiety. *Biological Basis of Psychiatric Treatment*, 257-86.
- Cia, P. A. (2013). *Ansiedad y depression, consulta de enfermería de atención primaria*. España.
- Cipriani, A., Furukawa, T., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L., Ogawa, Y., & Geddes, J. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet: Infectious Diseases*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Clasificación internacional de enfermedades CIE10. (2020). *Trastorno de estrés agudo 308.3 (F43.0)*. Retrieved from https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=ESTRES&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1665530024162&indiceAlfabetico=estres&listaTabular=F43.9&expand=0&clasificacion=&version=
- Clayton, M. (2020). *Nonparametric statistical methods: Practical research applications*. Chapman and Hall.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.

- Cruz, A. (2013). *Factores de riesgo y su relación con la salud mental de las estudiantes del quinto grado de educación secundaria de la IE María Ugarteche de Mac-Lean Tacna 2012*. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann -Tacna. Tesis para optar el título profesional de Psicólogo.
- Cuijpers, P., Straten, V., & Warmerdam, L. (2008). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 28(3), 308-316.
- Diario Perú 21. (2020, Agosto 8). *El 78% de trabajadores peruanos sufrió de estrés laboral en algún momento*. Retrieved from Diario Perú 21: <http://peru21.pe/noticia/382356/estres-laboral-78-trabajadorespe>
- Díaz, N. (2011). Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 80-84.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-75.
- Dugui, P. (2017). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención*. Retrieved from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820> MS-
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Evans, G. W., & Cohen, S. (1987). The interaction of stressful life events and chronic strains on community mental health. *American Journal of Community Psychology*, 15(1), 23-24.
- Fernández-López. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. *Atención primaria*, 31(8), 1-10.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicación de la versión en portugués del instrumento abreviado de evaluación de la calidad de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, 26(3), 309-317.
- Frumkin, Howard. (2005). *Environmental Health: From Global to Local*. Jossey-Bass.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *Reliability analysis. SPSS for Windows, step by step: a simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon: 14th edn.
- Gil-Monte. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública*, 29(2), 237-241.

- Gonzales, B., & Escobar, A. (2003). Psiconeuroinmunología: Condicionamiento de la respuesta inmune. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 4(2), 83-90. Retrieved from <http://previous.revmexneurociencia.com/articulo/psiconeuroinmunologia-condicionamiento-de-la-respuesta-inmune/>
- González, B. G., & Izquierdo, A. E. (2009). La psiconeuroinmunología: bases de la relación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *Revista de la Facultad de Medicina*, 45(001), 22-26. Retrieved 26, 2023, from <http://ejournal.unam.mx/rfm/no45-1/rfm45107.pdf>
- González, M. A., & García, C. (2013). *Patología inmunológica del tejido conectivo*. Elsevier.
- González, P., Núñez, A., Merz, E., Brintz, C., Weitzman, O., Navas Elorza, E. P., & Torres, M. (2008). Validation of the WHOQOL-BREF Spanish version in a sample of Puerto Rican mental health patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 297-302.
- Group, WHOQOL. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159.
- Hayes, B. (1999). *Diseño de encuestas, usos y métodos de análisis estadístico*. México: Edit Oxford.
- Hernández. (2020). Recomendaciones para el cuidado de la salud mental del personal sanitario cubano ante la COVID-19. *Información para directivos de la Salud*, 32, e_799. Retrieved from https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/download/799/1200&hl=es&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=1215905706436063211&ei=BwiiX8G9B--Qy9YPjdqs0AY&scisig=AAGBfm1Kl-v6pVB16_kK8aKxh90HCGf0AA
- Hernández, J., Chávez, S., & Carreazo, N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 680-688.
- Hernández, M. A., Campillo, C., Rodríguez, F., & Durán, A. (2012). Adaptación y validación de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF en una muestra de adultos colombianos. *Universitas Psychologica*, 11(1), 197-208.

- Herrera, Martínez, & Navarrete. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4), 326-345. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005
- Herrera, P., Martínez, N., & Navarrete, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4).
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety*, 27(10), 891-932.
- Holmes, & Rahe. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*(11), 213-218.
- Jacobson et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- Kabat-Zinn. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Karasek. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic books.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503.
- Konstantinovna, d. (2010). *Salud física*. Retrieved from Infourok: <https://infourok.ru/fizicheskoe-zdorove-4773652.html#:~:text=%D0%A4%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D0%B5%20%2D%20%D1%8D%D1%82%D0%BE%20%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BD%D0%BE%D0%B5,%D0%BA%D0%B0%D0%>
- Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2011). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). *American Psychiatric Association*.

- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet: Infectious Diseases*, 379(9820), 1045-1055. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60602-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60602-8)
- Lazarsfeld, P. (1944). *The people's choice: How the voter makes up his mind in a presidential campaign*. Columbia University Press.
- Lazarus, R. (1990). *Stress, coping and illness*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, Nueva York .
- Lewinsohn, P., Weinstein, M., & Shaw, D. (1969). *Depression a clinical research*. Academic Press.
- Linares, V. R., Burón, R. R., Rodríguez, J. A., López, L. J., & Guadalupe, L. A. (2008). PSICONEUROINMUNOLOGÍA: CONEXIONES ENTRE SISTEMA NERVIOSO Y SISTEMA INMUNE. *Suma Psicológica*, 15(1), 115-142. Retrieved 2 26, 2023, from <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/19>
- Lorenzo et al. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 839 849. Retrieved from https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/download/839/856&hl=es&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=143756886061249819&ei=RbecX8_VDdzLsQLW6ZfwDA&scisig=AAGBfm25H3bsNCIkW9XZk7BxXMCHxxfqA
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445.
- Mac Donald, A. (2015). *El estrés laboral en los países europeos y en américa latina*. Buenos Aires: *Mercosur abc*; Retrieved from <http://www.mercosurabc.com.ar/nota.asp?IdNota=2069&IdSeccion=14>
- Macaya, P. y Aranda, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Revista Chilena de Anestesia*, 49, 356-362. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.014>
- MacQueen, G. M., & Memedovich, K. A. (2017). Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: Assessment and treatment options. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(1), 18-27. <https://doi.org/10.1111/pcn.12477>

- Medmol. (2007). *Medicina Molecular*. Retrieved from Medmol: <http://medmol.es/glosario/73/>
- Mingote. (2011). El estrés del médico. *Frontera dermatológica*, 7(59), 23-36.
- Ministerio de Salud. (2018). *Cuestionario de síntomas S.R.Q 18 abreviado. Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID – 19*. Retrieved from <https://www.slideshare.net/bartolomesanchezespi/cuestionario-de-sintomas-srq-18-2018>
- Mitchell, A. J., & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 729-734.
- Moyer. (2013). Prevention of depressive disorders: A selective review and future directions for research. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(3), 195-203.
- Muchotrigo, M. P. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 17-38. Retrieved 26, 2023, from <http://redalyc.org/html/801/80115648003>
- Muñoz Sánchez, A. I., & Rubiano Mesa, Y. L. (2011). Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). *Index de Enfermería*, 20(4), 229-232.
- National Institute of Mental Health. (2018). *Depression*. National Institute of Mental Health.
- National Institute of Mental Health. (2020). *Depression*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Nolen. (2014). *Abnormal psychology (6th ed.)*. McGraw-Hill.
- Oquendo, M., & Mann, J. (2014). Identifying and managing suicide risk in mood disorders. *Current Psychiatry Reports*, 16(12), 31-34.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *La Clasificación ICD-10 de Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Retrieved from Who: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=37D7492BB8547101F4296B454367D7F1?sequence=
- Organización Mundial de la salud. (2015). *Salud psicológica*. Retrieved from Who: https://www.who.int/topics/mental_health/es/

- Organización Mundial de la salud. (2018). *Depresión*. Retrieved from Who: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression/>
- Organización mundial de la salud. (2020). *En tiempos de estrés, haz lo que importa: Una guía ilustrada*. Retrieved from Who: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/sh-2020-spa-3-web.pdf?sfvrsn=34159a66_2
- Organización mundial de la salud. (2020). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Retrieved from Who: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/#>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. Retrieved from Who: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión. Guía de Diagnóstico y Manejo*. Retrieved from <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia08.pdf>
- Pajares Rocha. (2019). *Calidad de vida y apoyo social percibido en los adultos mayores del programa centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Provincial de San Martín-Tarapoto 2019*. Morales: Tesis para optar el grado de Psicología.
- Pearlin. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 30(3), 241-256.
- Pérez, Gina C. (2018). Del dualismo cartesiano a la psiconeuroinmunología. *Revista de Psicología*, 20, 181-193. Retrieved from http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322018000200011&script=sci_arttext&tlng=en
- Quintana, M. (2014). *Calidad de vida en el trabajo, personal de enfermería*. Secretaría de Salud Pública, Hermosillo-México. México: Universidad De Concepción.
- Reig, A. (2000). La Calidad de Vida en Gerontología como Constructo Psicológico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35(2), 5-16.
- Reig, A. (2002). *Estrés laboral asistencial y calidad de vida personal en la atención oncológica*. Lisboa:Climepsi.

- Responsabilidad Social y Sustentabilidad. (2015). *Medio ambiente: qué es, definición, características, cuidado y carteles*. Retrieved from <https://www.responsabilidadsocial.net/medio-ambiente-que-es-definicion-caracteristicas-cuidado-y-carteles/#:~:text=El%20medio%20ambiente%20es%20un,un%20lugar%20y%20momento%20determinado>.
- Salmon. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
- Sánchez, D., y Robles, M. (2018). Psiconeuroinmunología: hacia la transdisciplinariedad en la salud. *Educación Médica*, 19(2), 171-178. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300846>
- Sandín. (1995). *El estrés*. McGraw-Hill.
- Santiago Abregú, S. (2018). *Calidad de vida laboral de las enfermeras del primer nivel de atención de los Centros de Salud de la Red Asistencial Lima Ciudad en el 2015*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud.
- Santrock, J. W. (2007). *A Topical Approach to Life-Span Development*. McGraw-Hill.
- Sarabia-Cobo, C. M., Díez Saiz, Z., San Millán Sierra, S., Salado Morales, L., & Clemente Campo, V. (2016). Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriátrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 27(2), 48-52.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 932-946.
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Science*, 61, 692-699.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF*. Retrieved from http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigonoticia=176
- Sierra, Ortega, Zubeidat. (2003). Angustia. *Revista mal-estar e subjetividad*, 3(1), 10 - 59.

- Solomon, G. F., Moos, R. H., & B., A. I. (1987). Psychoneuroimmunology: a mind-body model. *Health Psychology, 6*(3), 249-267.
- Starfield, Barbara. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.
- Tam, J., Vera, G., & Oliveros. (2008). Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. *Pensamiento y acción, 5*(1), 1-10.
- Torrance, G. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of. *Journal of Chronic Diseases, 40*(6), 593-603.
- Vallejo. (1988). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Alhambra.
- Villaruel, P. E., & Casal, G. B. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana De Psicología, 31*(2), 271-289. Retrieved 26, 2023, from <http://redalyc.org/html/805/80531204/index.html>
- Wale. (2016, Septiembre 13). *Niveles de investigación*. Retrieved from Taller investigación: <http://tallerdeinvestigaci1.blogspot.com/2016/09/niveles-de-investigacion.html>
- Whyte, W. (1943). *Street corner society: The social structure of an Italian slum*. University of Chicago Press.
- William, C. (2018). *Депрессивные расстройства*. MSD.
- World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Working Together for Health: The World Health Report 2006*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Programa de salud mental whoqol Manual de usuario*. División de salud mental y prevención del uso indebido de sustancias.
- World Health Organization. (2022). *WHOQOL: Medición de la calidad de vida*. Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Wu, C. (2008). The role of perceived discrepancy in satisfaction evaluation. *Social Indicators Research, 88*, 423-36.
- Zavala, M. O., Klinj, T. P., & Carrillo, K. L. (2016). Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24*, 98-108.

Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2013). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics*, 36(2), 215-222. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.02.005>

ANEXOS

ANEXO 1

ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Huancayo, 07 de diciembre del 2021

OFICIO N° 096-2021-CE-FH-UC

Señor(a):

SUSAN BEGAZO BARRERA

Presente-

EXP. 096-2021

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: "**ESTADOS EMOCIONALES ALTERADOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE MAJES**" ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

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

Atte,



 **Claudia Ríos Cataño**
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Humanidades
Presidenta
Universidad Continental

ANEXO 2

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Arequipa.....de..... del 2021

A través del presente documento se invita a participar en una evaluación que se realizará a todo el personal sanitario del Hospital Central de Majes “Ing. Ángel Gabriel Chura Gallegos”. La información será recolectada por Susan Begazo Barrera; estudiante de la Facultad de Humanidades de la Universidad Continental. El Trabajo se titula: **“ESTADOS EMOCIONALES ALTERADOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE MAJES”**. Cuyo objetivo es determinar si existe relación entre los factores que afectan la psiconeuroinmunología y el proceso salud enfermedad del personal sanitario en un hospital de Majes del año 2022. Para lo cual necesitamos su colaboración permitiéndonos realizar un formulario simple, el procedimiento será realizado en las instalaciones del Hospital Central de Majes “Ing. Ángel Gabriel Chura Gallegos”.

El procedimiento no causará ningún efecto adverso ni ira en contra de su integridad. La información obtenida será de gran utilidad y guardada de manera confidencial.

Yo, _____ declaro haber sido informado detalladamente sobre el estudio, habiéndome aclarado todas mis dudas, autorizo a la Srta.

Susan Begazo Barrera a realizarme el formulario.

ANEXO 3
SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**Solicito: Autorización para desarrollo
de investigación de tesis.**

Dr. Jesús Rivera Jove
Director del Hospital Central de Majes "Ing. Ángel Grabiél Chura Gallegos"

Susan Begazo Barrera, identificada con **DNI 74026941**, estudiante de Psicología de la Universidad Continental e interna del área de Psicología ante usted me presento y expongo:

Que con motivo de la elaboración de mi tesis profesional para optar el título profesional de Psicóloga requiero desarrollar una investigación dentro del hospital, por lo que solicito la autorización para coordinar con los responsables y obtener información que permita el desarrollo de tal fin. Cuyo tema de investigación es **ESTADOS EMOCIONALES ALTERADOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE MAJES.**

Por lo tanto: Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser un aporte investigativo al conocimiento de la salud de los trabajadores.

Majes, 23 de diciembre de 2020

Atentamente,

Susan Begazo Barrera
DNI:74026941



Universidad Continental
uzcontinental.edu.pe

Lima
Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Arequipa
Calle Alfonso Ugarte 607 - Yanahuara
(54) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(54) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado B-13
(84) 480 070

Doc: 3385241
Exp: 22 30009



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

HOSPITAL CENTRAL DE MAJES

Majes, 28 de diciembre del 2020

OFICIO N° 664 2020-GRA/GRS/GR-HCM-D

Señorita.

SUSAN BEGAZO BARREDA

ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CONTINENTAL

Presente.-

ASUNTO : Autorización para el proyecto de investigación (tesis) titulado "ESTADOS EMOCIONALES ALTERADOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE MAJES" .

REFERENCIA : Solicitud S/N con expediente 3385241

De mi especial consideración:

Me dirijo a usted, para saludarlo cordialmente a nombre del Hospital Central de Majes "Ing. Ángel Gabriel Chura Gallegos", y a la vez, en atención al documento de la referencia, con fecha 23 de diciembre del 2020, solicitando permiso para ejecutar proyecto de investigación en el Hospital Central de Majes, se autoriza a usted la ejecución del proyecto de investigación (tesis) titulado "ESTADOS EMOCIONALES ALTERADOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICONEUROINMUNOLÓGICO DE UN HOSPITAL DE MAJES".

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES
Dr. **ALBERTO RIVERA JOYA**
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M. 02000 RNA 03472

JARJ
Con copia CC : Archivo

SISGEDO Reg. Documento : 2020- 340326
SISGEDO Reg. Expediente : 2020- 2230009

ANEXO 4

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO PARA LA PRIMERA VARIABLE PSICONEUROINMUNOLOGÍA

Cuestionario de auto reporte de síntomas psiquiátricos (SRQ 18) abreviado para el tamizaje de problemas de salud mental²²

Ítem	Pregunta	SI	NO
01	¿Ha tenido o tiene dolores de cabeza?		
02	¿Ha aumentado o disminuido su apetito?		
03	¿Ha dormido o duerme mucho o duerme muy poco?		
04	¿Se ha sentido o siente nervioso/a o tenso/a?		
05	¿Ha tenido tantas preocupaciones que se le hace difícil pensar con claridad?		
06	¿Se ha sentido muy triste?		
07	¿Ha llorado frecuentemente?		
08	¿Le cuesta disfrutar de sus actividades diarias?		
09	¿Ha disminuido su rendimiento en el trabajo, estudios o sus quehaceres en la casa?		
10	¿Ha perdido interés en las cosas que realiza?		
11	¿Se siente cansado/a, agotado/a con frecuencia?		
12	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
13	¿Ha sentido usted que una o varias personas han tratado de hacerle daño?		

Se considera **CASO PROBABLE** si presenta al menos 5 Ítems positivos.

Fuente: Ministerio de salud. (2018).

Link del cuestionario: <https://forms.gle/TyFidDTYSSYezSB98>

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

2

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

3

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

4

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

5

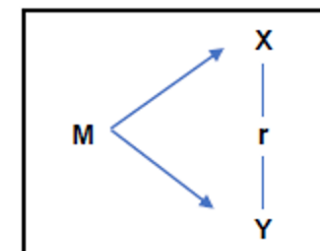
Fuente: Servicio Andaluz de Salud, (2010).

Link del cuestionario: <https://forms.gle/TyFidDTYSSYezSB98>

ANEXO 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema Principal:</p> <p>¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico?</p>	<p>Objetivo Principal:</p> <p>Determinar la relación existente entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico.</p> <p>Objetivos Específicos:</p>	<p>Hipótesis Principal:</p> <p>Existe relación entre los estados emocionales alterados y la calidad de vida del personal sanitario en un hospital de Majes desde un enfoque psiconeuroinmunológico.</p>	<p>Estados emocionales alterados</p>	<p>Trastorno Depresivo Del 1 -18 ítems</p>	<p>Alta Probabilidad: 9- 18 puntos</p> <p>Baja Probabilidad: 1 – 8 puntos</p>	<p>Tipo y Método de investigación</p> <p>La investigación es básica porque obtendremos nuevos conocimientos. El método científico corresponde a un enfoque cuantitativo – deductivo, teniendo como eje central las hipótesis.</p> <p>Diseño de la Investigación</p> <p>El diseño es no experimental puesto que no se manipuló ninguna variable, sino que estas fueron medidas en su contexto natural. Por otro, es de corte transversal ya que los datos fueron recolectados en un tiempo determinado (Hernández Sampieri, R, 2014).</p>
<p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y la salud física del personal sanitario en un hospital de Majes?</p> <p>¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y la Salud psicológica del personal sanitario en un hospital de Majes?</p> <p>¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y las Relaciones Sociales del personal sanitario en un hospital de Majes?</p> <p>¿Qué relación existe entre los estados emocionales alterados y el Ambiente del personal sanitario en un hospital de Majes?</p>	<p>Determinar la relación existente entre los estados emocionales alterados y la salud física del personal sanitario en un hospital de Majes.</p> <p>Determinar la relación existente entre los estados emocionales alterados y la Salud psicológica del personal sanitario en un hospital de Majes.</p> <p>Determinar la relación existente entre los estados emocionales alterados y las Relaciones Sociales del personal sanitario en un hospital de Majes.</p> <p>Determinar la relación existente entre los estados emocionales alterados y el Ambiente del personal sanitario en un hospital de Majes.</p>	<p>Hipótesis Específica</p> <p>Existe relación entre los estados emocionales alterados y la salud física del personal sanitario en un hospital de Majes.</p> <p>Existe relación entre los estados emocionales alterados y la Salud psicológica del personal sanitario en un hospital de Majes.</p> <p>Existe relación entre los estados emocionales alterados y las Relaciones Sociales del personal sanitario en un hospital de Majes.</p> <p>Existe relación entre los estados emocionales alterados y el Ambiente del personal sanitario en un hospital de Majes.</p>	<p>Segunda variable:</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Salud física</p> <p>Salud psicológica</p> <p>Relaciones Sociales</p>	<p>Salud física Dolor Dependencia de medicinas** Energía para la vida diaria* Movilidad Sueño y descanso Actividades de la vida diaria* Capacidad de trabajo Sentimientos positivos* Espiritualidad, religión, creencias personales Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración Imagen corporal Autoestima* Sentimientos negativos Relaciones</p>	



Población

La población corresponde al personal sanitario en un hospital de Majes, los cuales equivalen a 130 participantes.

hospital-de-Majes?

hospital-de-Majes

□

Ambiente

personales
Actividad sexual**
Apoyo social

¶

Muestra:

Se usa el muestreo no probabilístico, en el cual la totalidad de la población corresponderá a la muestra.

□

□

Técnica

La técnica empleada en este estudio fue la encuesta, ya que nos permite obtener información mediante un conjunto de preguntas sistemáticamente formuladas y dirigidas a la población determinada.

□

¶

Instrumentos

Para primera variable

1. → Cuestionario de Síntomas en Salud Mental SRQ18 (Ministerio de Salud, 2018).

Para segunda variable

1. → Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Análisis de información

Para el análisis de la información entre las variables efectuará una prueba de correlación de Pearson en la cual se hallará si es que existe una correlación positiva entre las variables o una correlación negativa

ANEXO 6
MATRIZ DE DATOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Marca temporal	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Sexo	Edad	Estado Civil
11/12/2021 16:19:35	Aceptó formar parte de esta investigación	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
11/12/2021 22:25:20	Aceptó formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	En pareja
1/20/2022 11:43:19	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
1/20/2022 20:13:56	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
1/20/2022 20:42:56	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
2/7/2022 21:49:44	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
2/8/2022 15:25:31	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
2/8/2022 15:34:22	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
2/8/2022 15:38:25	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
2/8/2022 20:12:49	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
2/8/2022 20:16:56	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 40 a 50 años	Casado
2/8/2022 20:22:09	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Soltero
2/8/2022 21:01:46	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Soltero
2/8/2022 21:13:55	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
2/9/2022 0:46:59	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
2/9/2022 5:42:10	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
2/9/2022 7:40:38	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Casado
2/9/2022 10:15:01	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	En pareja
2/9/2022 12:25:58	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Casado
2/9/2022 15:09:24	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
2/9/2022 20:07:57	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Casado
2/10/2022 8:39:20	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
2/15/2022 16:07:36	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
2/15/2022 16:51:04	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Separado
2/15/2022 17:06:37	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	En pareja
2/15/2022 17:13:12	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
2/15/2022 18:55:53	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Separado
2/15/2022 20:49:09	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Casado
2/15/2022 22:10:37	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
2/16/2022 6:29:29	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Separado
2/16/2022 14:31:04	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
2/17/2022 7:52:30	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 50 a 60 años	Soltero

2/17/2022 20:09:05	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
2/22/2022 17:59:05	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Soltero
2/23/2022 22:49:26	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/10/2022 19:24:05	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
3/10/2022 19:24:09	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Separado
3/10/2022 19:29:18	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Divorciado
3/10/2022 19:30:33	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 40 a 50 años	Casado
3/10/2022 19:39:49	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 50 a 60 años	Separado
3/10/2022 19:42:41	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 40 a 50 años	Casado
3/10/2022 19:52:15	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
3/11/2022 10:53:01	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 40 a 50 años	Casado
3/11/2022 11:04:48	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
3/13/2022 14:12:21	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
3/13/2022 14:17:18	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
3/13/2022 14:23:54	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
3/13/2022 14:29:46	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/13/2022 14:46:59	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	En pareja
3/27/2022 15:35:11	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 50 a 60 años	Casado
3/27/2022 15:59:21	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Soltero
3/27/2022 16:10:18	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 50 a 60 años	Casado
3/27/2022 17:22:30	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Soltero
3/28/2022 12:36:27	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Soltero
3/28/2022 12:44:37	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 12:45:23	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 12:45:40	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 12:46:38	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 12:54:23	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 12:56:31	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 12:57:05	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
3/28/2022 17:25:53	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 19:30:37	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
3/28/2022 20:14:58	No acepto, Gracias. Más adelante formaré parte de alguna investigación.			
4/7/2022 16:50:05	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
4/7/2022 17:02:12	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
4/10/2022 14:43:38	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
4/10/2022 14:48:29	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Separado
4/10/2022 14:52:36	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
4/10/2022 14:56:29	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
4/10/2022 15:02:17	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	En pareja
4/10/2022 17:13:59	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
4/10/2022 17:22:21	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	En pareja

4/10/2022 17:26:46	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
4/10/2022 17:37:01	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
4/10/2022 17:41:37	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
4/10/2022 17:47:20	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Separado
4/10/2022 17:55:21	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
4/10/2022 18:07:01	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
4/10/2022 18:09:55	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	En pareja
4/18/2022 0:17:04	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
4/18/2022 0:22:15	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
4/18/2022 0:29:58	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
4/18/2022 0:42:40	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Soltero
4/24/2022 18:29:40	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
4/24/2022 18:38:47	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
4/24/2022 18:43:28	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
4/24/2022 18:54:26	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	En pareja
4/24/2022 19:00:21	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
4/24/2022 19:11:31	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
4/24/2022 19:55:02	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Divorciado
4/24/2022 20:00:19	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
4/24/2022 20:16:09	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
4/24/2022 20:18:22	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
4/24/2022 20:21:17	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
4/24/2022 21:41:42	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	En pareja
4/24/2022 21:44:33	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
4/24/2022 21:50:10	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
4/24/2022 22:37:48	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
4/24/2022 22:51:43	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
5/1/2022 18:57:48	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	En pareja
5/1/2022 19:02:40	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	En pareja
5/1/2022 19:16:15	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
5/1/2022 19:21:37	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
5/1/2022 19:29:28	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
5/1/2022 19:42:48	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
5/1/2022 19:57:37	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
5/1/2022 20:09:57	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Divorciado
5/1/2022 21:23:59	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
5/1/2022 21:25:13	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 50 a 60 años	Divorciado
5/1/2022 21:25:47	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
5/1/2022 21:28:06	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 40 a 50 años	Separado
5/1/2022 21:30:23	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 50 a 60 años	Casado
5/1/2022 21:43:39	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado

5/1/2022 21:51:32	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 40 a 50 años	Separado
5/1/2022 22:14:39	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Soltero
5/1/2022 22:17:40	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Casado
5/1/2022 22:29:58	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 40 a 50 años	Casado
5/1/2022 22:33:40	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
5/1/2022 22:40:21	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	En pareja
5/1/2022 22:44:12	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Soltero
5/1/2022 22:54:41	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
5/1/2022 22:58:05	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
5/1/2022 23:01:45	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Divorciado
5/1/2022 23:04:03	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	Soltero
5/1/2022 23:07:26	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 30 a 40 años	Casado
5/1/2022 23:12:09	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Casado
5/1/2022 23:14:22	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
5/1/2022 23:18:14	Acepto formar parte de esta investigación.	Masculino	De 30 a 40 años	Separado
5/1/2022 23:20:30	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	Soltero
4/24/2022 19:00:21	Aceptó formar parte de esta investigación	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja
4/24/2022 19:00:21	Aceptó formar parte de esta investigación.	Masculino	De 20 a 30 años	En pareja
4/24/2022 19:00:21	Acepto formar parte de esta investigación.	Femenino	De 20 a 30 años	En pareja

SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI
SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO
SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO
NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO
SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI
SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI
NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO
NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO

NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI
NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO
SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO
SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO

SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

DATOS PERTENECIENTES A LA SEGUNDA VARIABLE

1. ¿En la actualidad está enfermo?	2. ¿Se encuentra usted satisfecho con su salud?	3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?
SI	Poco	Un poco	Bastante	Bastante	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Lo normal	Totalmente
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
SI	Poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Un poco	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Totalmente	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Lo normal	Nada	Bastante	Bastante	Un poco	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Nada	Bastante	Bastante	Un poco	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Extremadamente	Extremadamente	Extremadamente	Extremadamente	Extremadamente	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente
SI	Bastante satisfecho	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Extremadamente	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante
SI	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante
SI	Poco	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Lo normal	Un poco	Un poco	Un poco
SI	Muy insatisfecho	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente
NO	Lo normal	Nada	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Nada	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Bastante
NO	Lo normal	Un poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Un poco	Un poco
NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Bastante	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Lo normal	Un poco	Extremadamente	Extremadamente	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Extremadamente	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Lo normal	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Bastante
NO	Poco	Lo normal	Lo normal	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal

NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Extremadamente	Extremadamente	Bastante	Extremadamente	Bastante	Totalmente	Totalmente	Bastante	Totalmente
NO	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Totalmente	Un poco	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante	Un poco	Lo normal	Totalmente	Un poco	Totalmente
SI	Bastante satisfecho	Un poco	Un poco	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Un poco	Un poco	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Totalmente	Lo normal	Bastante
SI	Lo normal	Lo normal	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Bastante	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Nada	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante
NO	Lo normal	Un poco	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
SI	Poco	Lo normal	Un poco	Bastante	Extremadamente	Extremadamente	Extremadamente	Extremadamente	Totalmente	Totalmente	Lo normal	Lo normal
SI	Poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Un poco	Lo normal
NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Nada	Nada	Lo normal	Un poco	Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal
SI	Poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
SI	Poco	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco	Lo normal	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Extremadamente	Extremadamente	Bastante	Bastante	Bastante	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente
NO	Lo normal	Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Lo normal	Bastante	Un poco	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Bastante
NO	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Extremadamente	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Totalmente	Totalmente	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Un poco	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Lo normal	Lo normal	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Un poco	Extremadamente	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Totalmente	Lo normal	Lo normal
SI	Lo normal	Un poco	Un poco	Extremadamente	Extremadamente	Extremadamente	Extremadamente	Bastante	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Totalmente
NO	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Totalmente	Lo normal	Lo normal
SI	Poco	Lo normal	Lo normal	Un poco	Un poco	Nada	Un poco	Lo normal	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco

NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Nada
SI	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Un poco	Un poco	Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Nada	Un poco	Un poco
SI	Poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Bastante	Lo normal	Un poco
NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Nada	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal
SI	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Un poco	Lo normal	Un poco	Un poco	Un poco	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Un poco
NO	Bastante satisfecho	Un poco	Un poco	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Nada	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
SI	Poco	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Bastante
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Totalmente	Lo normal	Bastante
NO	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Extremadamente	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Totalmente	Totalmente
SI	Poco	Extremadamente	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Lo normal	Bastante
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Bastante
NO	Lo normal	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Lo normal	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Extremadamente	Bastante	Bastante	Totalmente	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Totalmente	Totalmente	Bastante
NO	Lo normal	Bastante	Nada	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Extremadamente	Lo normal	Bastante	Bastante	Totalmente	Totalmente	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Bastante	Lo normal	Bastante
SI	Poco	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Totalmente	Bastante	Lo normal

SI	Poco	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Totalmente	Lo normal	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Totalmente	Bastante	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Lo normal	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Un poco	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Lo normal	Nada	Extremadamente	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Un poco	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante
SI	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Totalmente	Un poco	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Bastante
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante
NO	Muy satisfecho	Lo normal	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Totalmente	Bastante	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Un poco	Lo normal	Totalmente	Totalmente	Totalmente
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Totalmente	Lo normal	Lo normal
SI	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal
SI	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Totalmente	Bastante	Bastante
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Un poco	Bastante	Totalmente	Bastante	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Bastante	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Un poco	Bastante	Totalmente	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Un poco	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Bastante	Bastante
NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Un poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Lo normal	Nada	Lo normal	Un poco	Un poco	Lo normal	Extremadamente	Lo normal	Un poco	Bastante	Totalmente
NO	Lo normal	Lo normal	Un poco	Bastante	Lo normal	Un poco	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Un poco	Lo normal
NO	Lo normal	Un poco	Lo normal	Un poco	Un poco	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Bastante

NO	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal	Bastante	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Extremadamente	Lo normal	Extremadamente	Bastante	Un poco	Totalmente	Bastante	Bastante
NO	Lo normal	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal	Totalmente	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Bastante	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Bastante	Totalmente	Bastante	Lo normal
SI	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante	Extremadamente	Bastante	Bastante	Nada	Bastante	Totalmente	Bastante	Bastante
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Lo normal	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Un poco	Un poco	Bastante	Bastante	Bastante
SI	Lo normal	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Lo normal	Totalmente	Bastante	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Extremadamente	Un poco	Un poco	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Nada	Un poco	Bastante	Lo normal	Lo normal
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Totalmente	Totalmente	Lo normal	Lo normal
NO	Lo normal	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Un poco	Un poco	Lo normal	Un poco	Totalmente
NO	Bastante satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Totalmente	Lo normal	Lo normal
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Extremadamente	Un poco	Bastante	Totalmente	Bastante	Bastante
NO	Lo normal	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Un poco	Un poco	Bastante	Lo normal	Bastante
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Bastante	Bastante	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Totalmente	Bastante	Bastante
SI	Poco	Un poco	Bastante	Bastante	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Totalmente	Lo normal	Totalmente
NO	Muy satisfecho	Nada	Nada	Lo normal	Bastante	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante	Lo normal	Bastante
SI	Poco	Lo normal	Bastante	Lo normal	Extremadamente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	16. ¿Cómo de satisfecho está con su sueño?	17. ¿Cómo de satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades diarias?	18. ¿Cómo de satisfecho está con su capacidad de trabajo?	19. ¿Cómo de satisfecho está de sí mismo?	20. ¿Cómo de satisfecho está con sus relaciones personales?	21. ¿Cómo de satisfecho está con su vida sexual?	22. ¿Cómo de satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	23. ¿Cómo de satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	24. ¿Cómo de satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	25. ¿Cómo de satisfecho está con los servicios de transporte de su zona?	26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?
Lo normal	Totalmente	Poco	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Lo normal	Moderadamente
Bastante	Bastante	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Lo normal	Raramente
Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante satisfecho	Lo normal	Poco	Lo normal	Lo normal	Moderadamente
Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Lo normal	Poco	Raramente
Bastante	Bastante	Muy satisfecho	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Lo normal	Raramente
Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Raramente
Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Raramente
Totalmente	Totalmente	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy insatisfecho	Nunca
Bastante	Un poco	Lo normal	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Raramente
Un poco	Bastante	Poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Poco	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Raramente
Lo normal	Lo normal	Poco	Poco	Bastante satisfecho	Poco	Muy insatisfecho	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Muy insatisfecho	Raramente
Lo normal	Bastante	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Poco	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Moderadamente
Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante satisfecho	Poco	Lo normal	Poco	Nunca
Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Nunca
Un poco	Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Poco	Frecuentemente
Lo normal	Totalmente	Lo normal	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Siempre
Un poco	Bastante	Poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Poco	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Poco	Moderadamente
Un poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante satisfecho	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Muy insatisfecho	Raramente
Lo normal	Totalmente	Bastante satisfecho	Lo normal	Lo normal	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Poco	Raramente
Lo normal	Lo normal	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Raramente
Un poco	Bastante	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Moderadamente
Un poco	Totalmente	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Raramente
Bastante	Bastante	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Lo normal	Muy satisfecho	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Moderadamente
Lo normal	Totalmente	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Bastante satisfecho	Raramente
Lo normal	Un poco	Lo normal	Lo normal	Poco	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Poco	Poco	Frecuentemente
Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Lo normal	Poco	Nunca

