

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



CENTRUM PUCP
GRADUATE BUSINESS SCHOOL

La Felicidad en Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS
OTORGADO POR LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

PRESENTADA POR:

Jonathan Paul Morales Gonzales

Luis Pastor Ramírez

Pablo Roberto Vargas Marquina

Génesis Cyntia del Pilar Vásquez Pérez

Asesora: Beatrice Elcira Avolio Alecchi

Santiago de Surco, diciembre 2018

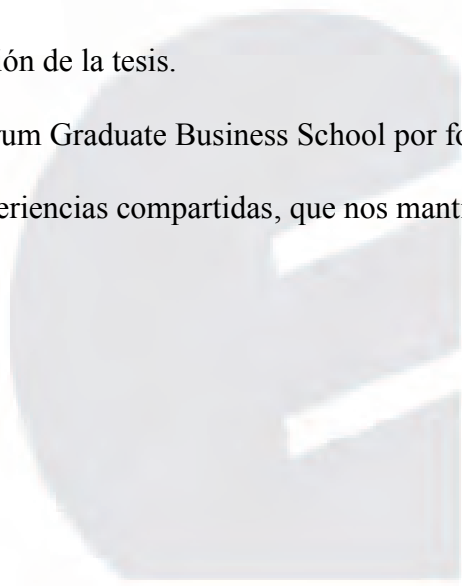
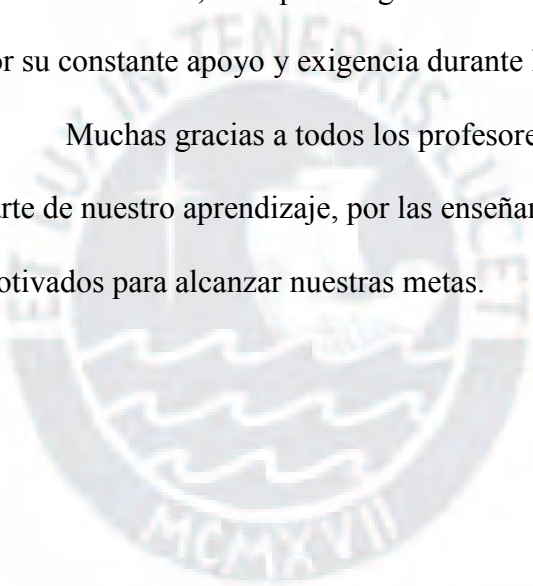
Agradecimientos

En esta última etapa de desarrollo de la Maestría Administración Estratégica de Empresas nos sentimos muy satisfechos y orgullosos de la etapa de aprendizaje vivida.

Expresamos nuestro agradecimiento a Centrum Graduate Business School por acogernos y brindarnos las facilidades de apoyo para el crecimiento y desarrollo profesional que nos encamina hacia el logro de nuestros objetivos personales.

Asimismo, un especial agradecimiento a nuestra asesora Dra. Beatrice Avolio Alecchi por su constante apoyo y exigencia durante la realización de la tesis.

Muchas gracias a todos los profesores de Centrum Graduate Business School por formar parte de nuestro aprendizaje, por las enseñanzas y experiencias compartidas, que nos mantienen motivados para alcanzar nuestras metas.



Dedicatoria

A nuestros padres, familiares y amigos que nos brindaron su apoyo durante todo este tiempo, por sus sabios consejos y por motivarnos para ser constantes y mantener el máximo esfuerzo en esta etapa.

Tesistas



Resumen Ejecutivo

En la actualidad, el sector salud es uno de los más demandados en atención de servicios y, a su vez, el más carente de recursos necesarios para cubrir esta demanda, siendo los médicos y enfermeras (os), los trabajadores quienes cubren esta necesidad, por ello es importante conocer los niveles de felicidad de estos, con la finalidad de establecer planes de acción de mejora. La presente investigación se enfoca en conocer los niveles de felicidad en los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana y el análisis de su relación con variables tales como: (a) la edad, (b) el sexo, (c) el estado civil, (d) el número de hijos, (e) la profesión, (f) los años de experiencia y (g) el rango salarial. La investigación es no experimental, descriptiva y de enfoque cuantitativo realizado en una muestra de 294 encuestados, tomados de una población total de 3,681 trabajadores. La recolección de la información se realiza mediante la aplicación de encuestas, en las cuales se incluyó aspectos sociodemográficos y la escala The Oxford Happiness Questionnaire Short-Form en español.

En relación con los resultados se tiene un nivel de felicidad moderado en los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. Las características sociodemográficas de la muestra son variadas y no representan en su conjunto un patrón característico. Las variables edad, sexo, estado civil y cantidad de hijos no representan alguna característica determinante en el nivel de felicidad. Por el contrario, con relación a la profesión, los médicos presentan un mayor nivel de felicidad que las (os) enfermeras (os). Respecto a la variable años de experiencia laboral, los trabajadores con menos de 10 años de experiencia tienen una percepción mayor de felicidad. Asimismo, los profesionales con nivel salarial más elevados presentan un nivel de felicidad mayor. Finalmente, ante los resultados, se establecen recomendaciones a los Hospitales del Minsa.

Abstract

Currently, the health sector is one of the most demanded in services and, at the same time, it deprives the necessary resources to above mentioned the demand, being the doctors and nurses, the workers who meet this need; this it is important to be aware of the levels of happiness of these persons in order to establish action plans for its improvement. The present research focuses on knowing the levels of happiness of the doctors and nurses working at the Minsa's hospital in Metropolitan Lima and it analyses their relationship with some variables such as: (a) age, (b) sex, (c) marital status, (d) number of children, (e) profession, (f) years of experience and (g) salary range. The research is non-experimental, descriptive and quantitative in a sample of 294 respondents, taken from a total population of 3,681 workers. The collection of information is done through the application of surveys, which included sociodemographic aspects and the scale The Oxford Happiness Questionnaire Short-Form in Spanish.

In relation to the results, there is a moderate level of happiness in the doctors and nurses who work at the Minsa's hospital in Metropolitan Lima. The sociodemographic characteristics of said sample vary and do not represent a pattern. The variables such as age, sex, marital status and the number of children does not represent any specific feature in the level of happiness. To the contrary, in relation to the profession, doctors have a higher level of happiness than nurses. Regarding the variable, years of experience, workers with less than 10 years of experience have a greater perception of happiness. Likewise, professionals with a higher salary level have a higher level of happiness. Finally, before the results recommendations to Minsa's hospital are established.

Tabla de Contenidos

Lista de Tablas	vi
Lista de Figuras.....	viii
Capítulo 1: Introducción	1
1.1 Antecedentes de la Investigación	1
1.2 Definición del Problema	6
1.3 Propósito de la Investigación	6
1.4 Importancia de la investigación	6
1.5 Naturaleza de la Investigación	7
1.6 Preguntas de la investigación.....	8
1.7 Marco Teórico.....	9
1.8 Definiciones de Términos	11
1.9 Supuestos	12
1.10 Limitaciones.....	12
1.11 Delimitaciones.....	12
1.12 Resumen.....	13
Capítulo 2: Revisión de la Literatura.....	14
2.1 Mapa de la Literatura	14
2.2 Definiciones de Felicidad.....	15
2.3 Dimensiones de Felicidad	20
2.4 Principales Autores y Evolución de la Literatura	22
2.5 Instrumentos para Medir la Felicidad	31
2.6 Felicidad y Otras Variables	35

2.7 Resumen	39
2.8 Conclusiones	40
Capítulo 3: Método	41
3.1 Diseño de la Investigación	41
3.2 Población y Selección de la Muestra	42
3.3 Instrumento de Investigación	44
3.3.1 Estructura de instrumento	45
3.3.2 Características del cuestionario	45
3.3.3 Calificación	45
3.4 Recolección de Datos	46
3.5 Análisis e Interpretación de los Datos	46
3.6 Validez y Confiabilidad	47
3.7 Resumen	48
Capítulo 4: Análisis de Datos	50
4. 1 Presentación y Análisis de Resultados	50
4. 2 Análisis de Validez y Confiabilidad	50
4. 3 Análisis de Estadística Descriptiva y Estimación de Parámetros	51
4.3.1 Perfil general de los encuestados	51
4.3.2 Perfil general de los encuestados por condición de profesión de salud y rangos de edad	54
4.3.3 Análisis sobre las opiniones vinculadas a la felicidad	57
4. 4 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana	58

4. 5 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Profesión.....	59
4. 6 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Sexo	61
4. 7 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Edad.....	62
4. 8 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Estado Civil	63
4. 9 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Existencia de Hijo (s)	65
4. 10 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Años de Experiencia.....	67
4. 11 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Nivel Salarial.....	70
Capítulo 5: Plan de Acción.....	72
5.1 Conformación del Comité de la Felicidad	72
5.1.1 Apoyo externo	73
5.1.2 Apoyo interno.....	73
5.2 Descripción del Plan de Acción	74
Capítulo 6: Conclusiones y Recomendaciones	83
6.1 Conclusiones	83
6.2 Contribuciones sobre las Variables de Investigación.....	85
6.2.1 Contribuciones teóricas	85

6.2.2 Contribuciones prácticas	85
6.3 Limitaciones	86
6.4 Recomendaciones.....	86
6.4.1 Recomendaciones prácticas.....	86
6.4.2 Propuestas para futuras investigaciones	87
6.5 Resumen	88
Referencias.....	89
Apéndice A: Carta de Presentación	100
Apéndice B: Cuestionario.....	101
Apéndice C: Autorización de Uso del Instrumento OHQ-SF en Español	102
Apéndice D: The Oxford Happiness Questionnaire	103

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Definiciones de Felicidad</i>	16
Tabla 2. <i>Dimensiones de la Felicidad</i>	21
Tabla 3. <i>Instrumentos de Medición de Felicidad</i>	33
Tabla 4. <i>Lista de Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana por Cantidad de Trabajadores</i> ..	43
Tabla 5. <i>Valores de Recodificación del Instrumento OHQ-SF en español</i>	48
Tabla 6. <i>Coeficiente Alfa Cronbach</i>	51
Tabla 7. <i>Participación de Profesionales de la Salud por Médicos y Enfermeras (os)</i>	52
Tabla 8. <i>Participación de Médicos y Enfermeras (os) por Sexo</i>	52
Tabla 9. <i>Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Rango de Edad</i>	52
Tabla 10. <i>Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Estado Civil</i>	53
Tabla 11. <i>Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Existencia de Hijo (s)</i>	53
Tabla 12. <i>Participación de Médicos y Enfermeras (os) por Años de Experiencia</i>	53
Tabla 13. <i>Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Nivel Salarial</i>	54
Tabla 14. <i>Participación por Estado Civil en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad</i>	55
Tabla 15. <i>Participación por Existencia de Hijo (s) en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad</i>	55
Tabla 16. <i>Participación por Años de Experiencia en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad</i>	56
Tabla 17. <i>Participación por Nivel Salarial en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad</i>	56
Tabla 18. <i>Percepciones Vinculadas a la Felicidad</i>	57

Tabla 19. <i>Prueba de Kolmogórov-Smirnov para Determinar Distribución Normal</i>	58
Tabla 20. <i>Resultados del Nivel de Felicidad</i>	59
Tabla 21. <i>Estadística de Grupo por Condición de Profesión</i>	59
Tabla 22. <i>Prueba de Hipótesis para Muestras Independientes por Condición de Profesión</i>	60
Tabla 23. <i>Estadística de Grupo por Condición de Sexo</i>	61
Tabla 24. <i>Prueba de Hipótesis para Muestras Independientes por Condición de Sexo</i>	62
Tabla 25. <i>Prueba de Correlación de Spearman por Condición de Edad</i>	63
Tabla 26. <i>Estadística de Grupo por Condición de Estado Civil</i>	64
Tabla 27. <i>Prueba de Hipótesis para más de dos Muestras Independientes por Condición de Estado Civil</i>	65
Tabla 28. <i>Estadística de Grupo por Condición de Existencia de Hijo (s)</i>	65
Tabla 29. <i>Prueba de Hipótesis para Muestras Independientes por Condición de Existencia de Hijo (s)</i>	66
Tabla 30. <i>Estadística de Grupo Condición de Años de Experiencia</i>	67
Tabla 31. <i>Prueba de Hipótesis para más de dos Muestras Independientes Condición de Años de Experiencia</i>	68
Tabla 32. <i>Estadística de Grupo por Menos de 10 Años de Experiencia y Entre 11 años a 20 Años Experiencia</i>	69
Tabla 33. <i>Prueba de Hipótesis para dos Muestras Independientes: Menos de 10 Años de Experiencia y Entre 11 Años a 20 Años de Experiencia</i>	70
Tabla 34. <i>Prueba de Correlación de Spearman Condición de Remuneración Salarial</i>	71
Tabla 35. <i>Estructura Detallada del Plan de Acción</i>	81
Tabla 36. <i>Gantt del Plan de Acción</i>	823

Lista de Figuras

Figura 1. Mapa de la literatura 19

Figura 2. Estructura de la formación de los equipos de trabajo en los hospitales del Minsa.....74



Capítulo 1: Introducción

En el Perú, la salud es una necesidad que cada vez se acrecienta más, existe una gran proporción de la población que no accede a una atención médica. Esto debido en muchos casos a la carencia de recursos, falta de programas y planificación para aumentar la cobertura nacional, mejoras que aún no se han ejecutado para cubrir esta necesidad (Ministerio de Economía y Finanzas [MEF], 2017). Siendo los hospitales públicos del Ministerio de Salud, los centros donde se concentra la atención médica de la mayor parte de la población (Ministerio de Salud, 2013).

La presente investigación utiliza un enfoque cuantitativo para medir y analizar el nivel de felicidad que poseen los trabajadores de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. Asimismo, establecer la relación de las variables sociodemográficas, con la finalidad de elaborar un plan de acción que permita mejorar el nivel de felicidad. Además, evaluar los factores que contribuyen en el índice de la felicidad.

En este primer capítulo se exponen los antecedentes de la investigación, el problema que se planteó en la investigación, así como el propósito, la importancia, la naturaleza, las preguntas de investigación, el marco teórico, la definición de términos, los supuestos, las limitaciones y delimitaciones del estudio. Se incluyen las primeras consideraciones del estudio e información bibliográfica en relación con la felicidad. El objetivo es delimitar la investigación respecto de la población, espacio y tiempo determinado.

1.1 Antecedentes de la Investigación

Desde el inicio de los tiempos, la felicidad llegó a ser parte del interés del hombre en tratar de satisfacer su vida; derivado de tal interés, la ciencia de la filosofía complementa dichos conceptos. El escritor Abbagnano (1974) mencionó a Platón como el filósofo que afirmó que la

felicidad es la virtud y no el placer, es decir, la capacidad del alma para cumplir el deber de uno mismo (Abbagnano, 1974). Echegoyen (2004) indicó que el filósofo Aristóteles dirigió la investigación de la felicidad en relación con el estilo de vida del hombre al cual pertenece y concluyó que el bien consiste en el desarrollo de las facultades intelectuales del ser humano de acuerdo con su propia virtud y una conducta recta (Echegoyen, 2004).

Con el transcurso del tiempo, los estudios de la felicidad fueron tomando fuerza por grandes investigadores, Wilson (1967) mencionó que la felicidad estaba relacionada con la persona joven, saludable, con buena educación, bien remunerada, extrovertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con alta autoestima, una gran moral del trabajo, aspiraciones modestas, pertenecientes a cualquier sexo y con una inteligencia de alto alcance (Wilson, 1967). Por otro lado, Lazarus y Folkman (1991) indicaron que el bienestar subjetivo de la felicidad estaba relacionado con mejorar las demandas específicas internas y/o externas que fueron desarrolladas a partir de los constantes cambios de esfuerzos cognitivos y conductuales, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1991). Los autores, Laborin y Vera (2000) mencionaron que la felicidad fue enlazada con el bienestar subjetivo, donde la felicidad es correlacionada con las características de la personalidad, como el afecto del individuo al interactuar con el entorno (Laborin & Vera, 2000).

En la línea de la investigación de la felicidad, se sumaron Bagheri, Akbariza y Hatami (2011) quienes relacionaron, con suma importancia, la felicidad con la salud. Establecieron que dicha relación tiene que ver con la satisfacción completa y estable con la vida y, se considera como un todo. El mantener vivo el sentimiento de perfeccionismo del ser humano tiene que ver con la necesidad de la esperanza y felicidad en las diferentes etapas de la vida (Bagheri, Akbariza, & Hatami, 2011). La felicidad como uno de los sentimientos fundamentales tiene un

papel positivo en el cumplimiento de la salud en el individuo y, en última instancia, en la sociedad de una manera que conduce a la satisfacción, el optimismo, la esperanza y la confianza (Zarandi, Taherkhani, & Shafiee, 2015). Siegrist (2003) indicó que la felicidad ha sido considerada como la satisfacción y el juicio que los individuos tienen sobre su condición. Estos juicios están en relación con el estado de ánimo estable de los individuos (placer) y la evaluación de sí mismos (por ejemplo, satisfacción con aspectos físicos, mentales y de salud relacionados con el rendimiento) y, en relación con el entorno físico, mental y social (como satisfacción con la vida y el trabajo), por lo tanto, la felicidad consiste en aspectos emocionales y cognitivos (Siegrist, 2003).

Los niveles promedio de felicidad son diferentes en las regiones y países (Helliwell, Layard, & Sachs, 2018). De acuerdo con el último informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los niveles de felicidad fueron más altos en Finlandia, Noruega, Dinamarca, Islandia, Suiza, Holanda, Canadá, Nueva Zelanda, Suecia y Australia, respectivamente, y más bajos en Burundi, Siria, Togo, Afganistán y Benín, respectivamente (Helliwell et al., 2018). Perú ocupa el lugar 64 entre 156 países. La asociación de factores como la edad, el nivel de educación, los ingresos, el estado de empleo, la religión y el sexo con la felicidad se han demostrado en algunos estudios (Bookwalter & Dalenberg, 2004). Esto significa que la felicidad está relacionada con el nivel de ingresos y la clase social en cierta medida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que la felicidad es un componente de salud (Siegrist, 2003). De acuerdo con Mir, Ahmadi, y Bahrami (2012) comentaron que la felicidad es una combinación de emoción positiva, satisfacción con la vida y la ausencia de emociones negativas como la depresión y la ansiedad. Las personas felices piensan positivamente y obtienen un puntaje alto en los criterios de felicidad, la vida es valiosa en su opinión y, en contraste, las

personas con un bajo puntaje de felicidad son pesimistas, tristes y sin esperanza. La sensación de alegría, satisfacción con la vida y, en general, una mejor calidad de vida es más común en las personas felices (Mir, Ahmadi, & Bahrami, 2012).

Scott (2011) afirmó que sentirse feliz en el ambiente de trabajo es un elemento básico en la satisfacción con la vida. La felicidad en el lugar de trabajo y la satisfacción con la fuerza de trabajo se encuentran entre los factores involucrados en el éxito organizacional y la satisfacción del consumidor. La razón de esto es que la creatividad es más significativa en personas felices, estas personas pierden el tiempo con menos frecuencia en el día, se quedan más en el lugar de trabajo, ganan su valor entre el personal y tienen más éxito en la competencia laboral (Scott, 2011).

Estudios realizados en hospitales mostraron que la felicidad está relacionada con el amor al trabajo, la satisfacción con la vida y el nivel de alfabetización, explicado en el hecho que, las personas que prestan servicios se encuentran comprometidas con la sociedad por alcanzar la salud y el bienestar de los pacientes, influenciados también por la buena relación con los diferentes grupos de colegas de salud que mantienen (Kermanshah citado por Rajabi, Ghasemi, Reshadat, & Zangeneh, 2015). Así, se ha identificado en otros estudios que el alto grado de felicidad en estudiantes de preparatoria se debe a factores relacionados con el sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir (Toribio, Gonzales, Valdez, & Van, 2012). También, Hernández, Lumbreras, Méndez, Rojas, y Cervantes (2017) indicaron que la gente feliz presenta mayor productividad en las empresas. Asimismo, un ambiente positivo hace que los trabajadores tengan relaciones personales positivas, control y autonomía, desarrollen su creatividad, cumplan con objetivos, y por tanto exista equilibrio entre la vida personal y la laboral. En relación con la felicidad subjetiva Vera, Celis y Córdova (2011)

demonstraron que la felicidad está enfocada en los estados emocionales positivos y negativos, y cogniciones relacionadas con el fenómeno, es una medida general de felicidad subjetiva, evaluando una categoría molar de bienestar como fenómeno psicológico global.

En un estudio, Rodríguez (2013) demostró que el 58% de los participantes opinó que las personas mayores de 31 años son los más felices, de éstos el 19% en su trabajo y, el 42% de los menores de 30 son quienes mayor gusto tienen por sus labores. La investigación concluyó que las personas empiezan a trabajar satisfechos, pero paulatinamente pierden entusiasmo y solamente en la edad madura vuelven a recuperar ese gusto. De acuerdo con el estudio, la edad de mayor felicidad laboral son los 37,4 años y la menor está en los 34,4 años. Con relación a la satisfacción en el trabajo por género, el estudio revela que no existe una diferencia significativa, debido a que solo hay un margen de 0,3% de las mujeres (Rodríguez, 2013).

En el Perú, en relación con el tema de investigación, el Minsa (2013) definió al Sistema Nacional de Salud peruano como un sistema integrado por dos sectores, el sector público y el sector privado. El sector público comprende el régimen subsidiario (Minsa) y el contributivo directo integrado por la seguridad social (EsSalud). El Minsa (2013) señaló que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud consideran que el Perú no presenta el mínimo de profesionales de salud indispensables para una adecuada cobertura de la atención de salud en la población peruana, con una densidad de recursos humanos aproximada de 25 médicos y enfermeras (os) por 10,000 habitantes. Del total de recursos humanos en el sector salud que existe en el Perú, el Minsa concentra el mayor porcentaje (68%). Lima comprende alrededor del 45% del personal médico y el 36.6% de enfermeras (os) que existe en el país, motivo por el cual este sector y población de estudio han sido seleccionados para determinar el nivel de felicidad, dada la coyuntura presente.

1.2 Definición del Problema

Los médicos y enfermeras (os) mantienen contacto directo con los pacientes de los hospitales del Minsa, por lo cual tienen una importante labor en la atención de los servicios de salud; sin embargo, existe una escasa cobertura de la prestación de estos servicios, debido al aumento de la demanda y carencia de recursos, tanto materiales y humanos. Esta condición generaría que los profesionales de la salud se enfrenten a situaciones estresantes y de alta presión para cumplir con sus labores, motivo por el cual monitorizar la felicidad de los médicos y enfermeras (os) se convierte en un punto fundamental para conocer y mejorar los niveles de felicidad, así como, proponer planes de acción para implementar en los hospitales, dado el desconocimiento del nivel de felicidad en profesionales de este sector y las escasas investigaciones en el tema.

1.3 Propósito de la Investigación

El propósito general de la investigación es determinar el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana y establecer propuestas de mejora en base a los resultados obtenidos, que permitan mejorar el nivel de felicidad. Los propósitos específicos son: (a) evaluar la relación de la felicidad y las características sociodemográficas de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana y; (b) evaluar los factores que contribuyen al índice de la felicidad de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana.

1.4 Importancia de la investigación

En primer lugar, es indispensable determinar el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa debido a que cumplen un papel relevante

en la prestación de los servicios de salud pública. Son quienes cubren la atención en los servicios de salud y comprenden el mayor porcentaje del personal en atención a nivel nacional (Minsa, 2013). En segundo lugar, el recurso humano es el recurso más importante para lograr los objetivos propuestos de una organización, por lo mismo, monitorizar la felicidad que experimentan se convierte en un punto importante, ya que las personas con mayores niveles de felicidad llegan a ser más saludables, amigables y productivas (Hernández, Lumbreras, Méndez, Rojas, & Cervantes, 2017). Las organizaciones, por tanto, deben conocer las causas de la felicidad de los trabajadores a fin de diseñar estrategias para su maximización (López & Fierro, 2015). En tercer lugar, son escasas las investigaciones sobre la felicidad en el sector salud a nivel mundial, particularmente en el Perú, por lo que constituye una oportunidad para la implementación de mejoras institucionales que permitan lograr los objetivos del Minsa. Por lo tanto, el presente estudio es importante ya que constituye un aporte en torno al tema de la felicidad y se convierte en un precedente para futuras investigaciones.

1.5 Naturaleza de la Investigación

La presente investigación es no experimental y de tipo descriptiva para determinar el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os) en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana. El estudio ha sido diseñado como no experimental de dimensión transversal, ya que no se manipula ninguna variable ni se genera ninguna situación o se ejerce algún control sobre ellas, sólo se observan situaciones ya existentes en un momento dado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). En el presente estudio se utiliza como instrumento The Oxford Happiness Questionnaire en su versión corta (OHQ-SF) en español para recolectar los datos respecto a la percepción que tienen los médicos y enfermeras (os) en cuanto a su felicidad. Por lo tanto, los investigadores no intervienen y no es posible afectar los datos obtenidos sobre la

muestra. El estudio tiene un alcance de investigación descriptivo ya que pretende determinar el nivel de felicidad de los trabajadores que laboran dentro de los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. Así, Hernández, Fernández, y Baptista (2014) indicaron que “un diseño es descriptivo dado que indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población” (Hernández et al., 2014, p. 155).

Se utiliza un enfoque cuantitativo, para ello se hace uso como instrumento el OHQ-SF en español. Gómez (2006) indicó que un enfoque cuantitativo “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar las preguntas de investigación y probar las hipótesis, y confía en la medición numérica, el conteo, y en el uso de la estadística para intentar establecer con exactitud patrones en una población” (Gómez, 2006, p. 60). En el presente estudio la recolección de datos se obtiene utilizando un cuestionario de ocho preguntas y una escala tipo Likert con seis alternativas. El cálculo de la muestra estuvo constituido por la denominada muestra por conveniencia para elegir los hospitales más representativos, dada la mayor cantidad de médicos y enfermeras (os) que laboran en ellas, en tanto se facilita la recolección de datos. Finalmente, luego de aplicar el cuestionario a la muestra seleccionada, con los resultados obtenidos se podrá identificar el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana.

1.6 Preguntas de la investigación

La investigación realizada plantea los siguientes cuestionamientos en función a los objetivos establecidos.

- a) ¿Cuál es el actual nivel de felicidad de los médicos que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?

- b) ¿Cuál es el actual nivel de felicidad de las enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?
- c) ¿Cuál es la relación de la felicidad y las características sociodemográficas de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?
- d) ¿Cuáles son los factores que contribuyen al índice de la felicidad de los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?

1.7 Marco Teórico

Hernández et al. (2014) mencionaron que el desarrollo de la perspectiva teórica estuvo conformado por dos fases para su elaboración, la primera fase fue el proceso de investigación, explicada como la profundización realizada sobre el campo de investigación alineada al propósito de investigación y el planteamiento del problema. La segunda fase, estuvo referida a un producto denominado marco teórico, que permite fundamentar teóricamente la investigación. El fundamento consiste en encuadrar el sustento teórico, conceptos e investigaciones anteriores, dando sentido y dirección a la investigación. Adicionalmente, Hernández et al. (2014) consideraron que la perspectiva teórica deberá dar claridad al tema de investigación y servir de guía y aporte sobre el tema de estudio.

Si bien existe una creciente investigación sobre la felicidad, esta debe estar acompañada de definiciones teóricas e investigaciones empíricas (Kashdam, 2004). Por ello, a continuación, se fundamenta el desarrollo teórico de la felicidad en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana basados en el instrumento OHQ-SF en español para medir la felicidad. De acuerdo con los investigadores Hills & Argyle (2002), este instrumento utilizó los términos felicidad o bienestar subjetivo percibido como sinónimos para el análisis y evaluación, siendo ocho ítems

los suficientes para clasificar correctamente los resultados de los encuestados, los cuales se encuentran contenidos en el instrumento The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ) en su escala completa, indicado en el Apéndice D (Hills & Argyle, 2002).

El OHQ es un instrumento caracterizado por ser unidimensional y comprender componentes afectivos positivos, afectivos negativos y cognitivos (Hills & Argyle, 2002). Por su parte el análisis de Kashdam (2004) y Tomás et al. (2014) consideró una clasificación similar donde un alto grado de felicidad debe comprender tres factores básicos: (a) estados afectivos positivos; (b) relativa ausencia de ansiedad y depresión y; (c) satisfacción con la vida global. De dicha clasificación argumentaron que el bienestar subjetivo mide el componente afectivo o cognitivo y no ambos. Por tal razón, se considera que el instrumento OHQ se enmarca en la evaluación del componente de evaluación cognitivo, conocido como satisfacción de la vida. Y, en consecuencia, el diseño del instrumento del OHQ obedece a un instrumento de medición amplia de bienestar subjetivo de componentes cognitivos (Kashdam, 2004).

Hills y Argyle (2002), Tomás et al. (2014) y Medvedev et al. (2017) indicaron que el instrumento OHQ fundamenta su teoría sobre bienestar subjetivo en el mejoramiento de medición psicométrica del instrumento The Oxford Happiness Inventory (OHI), elaborado por Argyle, Martin and Crossland (1989). Al respecto, Argyle (1997) sostuvo que la relación entre felicidad y salud es más fuerte cuando se utilizan medidas de salud de autoinforme. Por otro lado, Hills y Argyle (2002) señalaron que el OHI fue diseñado para uso interno del Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Oxford como parte de sus investigaciones. Una ventaja del instrumento OHI fue que superó la barrera de interculturalidad al haber sido utilizado en algunos países de occidente y oriente. Khosrojerdi, Tagharrobi, Sooki, y Sharifi (2018) señalaron que contiene 29 artículos en seis subescalas, las cuales son autoestima,

satisfacción con la vida, eficiencia, afecto positivo, sentido de control y salud mental (Khosrojerdi, Tagharrobi, Sooki, & Sharifi, 2018).

Hills y Argyle (2002) mencionaron que el instrumento OHI tuvo su origen en el Beck Depression Inventory (BDI), que proporciona 20 preguntas de opción múltiple relevantes para el bienestar subjetivo, aunque dicho instrumento fue diseñado para su aplicación en pacientes clínicos, como individuos maníacos o depresivos y no contribuía plenamente a la medición de la felicidad. Finalmente señalaron que existe una alta correlación entre el OHQ y el OHI y se concluyó que el instrumento OHQ parecía ser la medida más conveniente. Por su parte el OHQ-SF se elaboró para ser usado en casos donde exista límite de tiempo y espacio a través de un análisis discriminante de la escala completa basado en ocho preguntas que permitan una precisión del 90% con una correlación mayor de 0.9 respecto a los resultados de la escala completa y altamente significativa, $P < 0.001$ (Hills, & Argyle, 2002).

1.8 Definiciones de Términos

- a) Felicidad. Es un juicio personal que incluye tres componentes: la satisfacción con la vida, afectos positivos y afectos negativos (Argyle, 2001).
- b) Médico. Es el profesional encargado de asistir al enfermo en circunstancias de enfermedad (Gómez, 2002).
- c) Enfermera (o). Es el profesional del sector salud, dedicado a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y restablecer o recuperar la salud (OMS, 2018).
- d) Hospital. “Parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar” (OMS, 1957, p.122).

- e) Lima Metropolitana. La ciudad de Lima Metropolitana está integrada por 49 distritos, de los cuales 43 de estos pertenecen a la Provincia Lima, y los otros seis, al departamento de Lima, Provincia Constitucional del Callao (Municipalidad de Lima, 2016).

1.9 Supuestos

Para la presente investigación se considera los siguientes supuestos: (a) los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa enfrentan diariamente en su jornada laboral situaciones difíciles y estresantes que dificultan alcanzar el mayor nivel de felicidad; (b) niveles bajos de felicidad en los médicos y enfermeras (os) disminuyen la calidad del servicio de salud; (c) existen factores determinantes que impactan en el nivel de felicidad y; (d) aumentar o mantener niveles elevados de felicidad en los médicos y enfermeras (os) favorece al logro de los objetivos propuestos por las organizaciones médicas.

1.10 Limitaciones

Las limitaciones son: (a) falta de disponibilidad de tiempo para el llenado de las encuestas por parte de los médicos y enfermeras (os), (b) dificultad para acceder a los trabajadores del sector salud en su centro de labores y; (c) existencia de procesos burocráticos para el desarrollo de la investigación en los hospitales.

1.11 Delimitaciones

Las delimitaciones del estudio son: (a) la investigación se realizó en Lima Metropolitana por lo cual los resultados son válidos para esta ciudad; (b) se incluyen los trabajadores de los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana, comprendidos por médicos y enfermeras (os), debido a que son los más representativos en el sector salud; (c) uso del instrumento OHQ-SF en español como método válido para determinar el nivel de felicidad; (d) la felicidad tiene una concepción unidimensional, en concordancia con el instrumento utilizado para la presente

investigación; (e) enfoque en la evaluación de los hospitales del Minsa, dado que éstos atienden a la mayor cantidad de pacientes; se excluyen a los hospitales de EsSalud, fuerzas armadas, entre otros y; (f) aplicación de las encuestas sólo en los médicos y enfermeras (os) que acepten su participación en la investigación.

1.12 Resumen

Existen varios proyectos de inversión en mejora de la administración del capital humano y estructura del sector salud, sin embargo, hasta la fecha aún no hay cambios sustanciales. Esto evidencia la carencia de condiciones óptimas para el ejercicio de las labores de los médicos y enfermeras (os). Con el incremento de la demanda en atención de salud de la población y la dificultad para acceder a esta, aún no se han implementado mejoras para cubrir estas necesidades (MEF, 2017). Los hospitales no brindan una atención oportuna, carecen de una infraestructura adecuada y los trabajadores del sector salud deben cumplir con sus labores diariamente, a pesar de las carencias, y la presión del sistema y de los usuarios.

La situación expuesta impacta directamente en el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os), por lo cual en la presente investigación se busca conocer el nivel de felicidad en los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, aplicando el instrumento OHQ-SF en español. La presente investigación es relevante, ya que los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa enfrentan diariamente situaciones difíciles de máximo estrés, presión y que requieren de acciones inmediatas para salvar la vida de los pacientes que acuden a los hospitales para ser atendidos y alcanzar una condición saludable. Para esto, en función del nivel de felicidad encontrado al aplicar el instrumento OHQ-SF en español, se establecerá propuestas de mejora.

Capítulo 2: Revisión de la Literatura

Ser y estar feliz, desarrollarse como persona o estar a gusto consigo mismo (a) son cuestiones básicas que han preocupado a las personas desde hace milenios (Haybron, 2008). En este capítulo se presenta el mapa de la literatura, se listan las definiciones de la felicidad, sus dimensiones, los principales autores y evolución de la literatura en el Perú, en Latinoamérica y en el resto del mundo; así como, otras variables relacionadas con la felicidad. También, se exponen los instrumentos, sus principales características y se listan de forma comparativa para seleccionar el más adecuado grupo de la población sobre la cual se realiza la presente investigación.

2.1. Mapa de la Literatura

En la Figura 1 se muestra el mapa de la revisión de la literatura referente a la felicidad, representado mediante una gráfica de propuestas literarias y modelos teóricos relevantes, los cuales han permitido construir el marco teórico, soportados en las investigaciones realizadas acerca de la felicidad. El desarrollo del mapa de la literatura explica de forma ordenada cada instrumento de felicidad aplicado y existente, iniciando con el desarrollo de dos principales corrientes: las Teorías de Contenidos y las Teorías de Proceso, que sirven como sustento para la construcción del marco teórico propuesto por una suma de autores de ámbito nacional e internacional. Las teorías de contenido se conocen como la escuela clásica, que considera que la valoración de los bienes es determinada por la necesidad de gestionar positivamente la orientación del ser humano. Por otro lado, las teorías de proceso, consideradas como posturas teóricas neoclásicas, mencionan que el análisis económico debería partir del análisis de las necesidades y de las leyes humanas que aprovechan el uso de los recursos disponibles para satisfacerlas.

El marco literario también aporta diversos términos claves que se encuentran asociados a los diversos enfoques teóricos, propios del término de la felicidad como, por ejemplo, Abdollahi, Abu, Yaacob e Ismail (2014) investigaron la asociación de la resistencia física con la felicidad, identificando que si una persona tiene alta resistencia física es más propensa a reportar felicidad, satisfacción laboral, satisfacción con la vida y salud mental y física. Asimismo, en el mapa de la literatura se muestran hallazgos colaterales de esta revisión literaria, una serie de aportes percibidos por los estudios realizados con la felicidad, obtenidos de la aplicación de diversos instrumentos empíricos desarrollados en torno al tema objeto del estudio como es la felicidad. Finalmente, dentro de la revisión literaria y con relación al término “Felicidad”, en la presente investigación se empleó el instrumento de medición OHQ-SF en español, validado por Tomás et al. (2014). Este instrumento tiene características de fiabilidad y validez aceptables, desarrollados para estudios en los cuales existen limitaciones en el tiempo y espacio de la investigación. Se sustentó en la teoría de Hills y Argyle, quienes desarrollaron el instrumento OHQ, utilizado para medir la felicidad en el ser humano como resultado del bienestar subjetivo percibido (Hills & Argyle, 2012).

2.2. Definiciones de Felicidad

Respecto a la felicidad, hace décadas se analizó no solo su significado, sino también los antecedentes y consecuencias de este estado. La felicidad fue considerada como un fenómeno de interés, tanto, para las personas como para las naciones y colectivos sociales (Muratori, Zubieta, Ubillos, González, & Bobowik, 2015). Según el diccionario de la Real Academia Española, felicidad significa “estado de ánimo que se complace en la posesión de un bien”. En la Tabla 1 se listan las definiciones brindadas por los diversos autores consultados durante el proceso de revisión de la literatura.

Tabla 1

Definiciones de Felicidad

Autor	Definición de felicidad
Francias Heylighen (1992)	Se compone de felicidad pasajera (corto plazo) y felicidad duradera (largo plazo).
Ruth Veenhoven (2001)	El disfrute subjetivo de la vida como un todo.
Reynaldo Alarcón (2006)	Estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado (material, ético, estético, psicológico, religioso, social, etc.).
Ed Diener (2003)	El grado en que las personas evalúan sus vidas, tanto en el momento como por períodos más prolongados. Estas evaluaciones incluyen las reacciones emocionales de las personas a los eventos, sus estados de ánimo, y los juicios que forman sobre la satisfacción de su vida, la realización y satisfacción con dominios como el matrimonio y el trabajo.
Michael Argyle (2001)	Constituye un juicio personal que incluye tres componentes: la satisfacción con la vida, afectos positivos y afectos negativos.
Martin Seligman (2002)	Para acercarse a la felicidad existen tres vías; la vida placentera (corta duración), la vida comprometida (cotidiano) y la vida significativa (largo plazo).
Carol Ryff (1989)	Bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones: auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal.
Sonja Lyubomirsky (2008)	Es la experiencia de alegría, satisfacción o bienestar positivo, combinada con la sensación de que nuestra vida es buena, tiene sentido y vale la pena
Jorge Yamamoto (2007)	Satisfacción de vida es la percepción de logro de las metas que la persona se propone
Susan David, Ilona Boniwell y Amanda Conley Ayers (2013)	Es un concepto que incluye nociones como el bienestar subjetivo, bienestar psicológico, hedonismo y eudemonía, pero también salud o crecimiento personal
Zahra Khosrojerdi, Zahra Tagharrobi, Zahra Sooki y Khadijeh Sharifi (2018)	Alegría momentánea, a largo plazo y en la vida total

Nota. Recopilación de definiciones.

Como representante de la corriente eudaimónica, la cual está relacionada con el desarrollo del potencial humano, Ryff (1989) argumentó que el bienestar psicológico estuvo

compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1989).

Heylighen (1992) consideró que existen dos componentes en la felicidad, entre ellos, la felicidad pasajera y la felicidad duradera. La felicidad pasajera se refiere a un sentimiento agradable o la experiencia subjetiva del bienestar. Al contrario, la felicidad duradera corresponde, entonces, al predominio de sentimientos agradables en un periodo prolongado, esto equivale al grado en el que las personas se sienten satisfechas con sus vidas en general (Heylighen (1992).

Por su lado, Veenhoven (2001) describió la felicidad como el grado en que una persona evalúa positivamente la calidad general de su vida actual como un todo. Dicho en otras palabras, cuánto le gusta a la persona la vida que lleva (Veenhoven, 2001). El investigador Argyle (2001) mencionó que la mayoría de las personas tienen una idea de lo que es felicidad y la asocian con las emociones positivas y satisfacción con la vida, sin embargo, existe un tercer componente. El bienestar subjetivo, que es un juicio personal que incluye tres componentes: la satisfacción con la vida, afectos positivos y afectos negativos (Argyle, 2001). Según Seligman (2002), existieron tres vías para acercarse a la felicidad; la vida placentera (corta duración), la vida comprometida (cotidiano) y la vida significativa (largo plazo). El bienestar debe estar anclado en fortalezas y virtudes y; estas a su vez, deben estar ancladas en algo más grande, así como la buena vida es algo más que la vida placentera, la vida significativa está más allá de la buena vida (Seligman, 2002).

Diener (2003) manifestó que los juicios autoevaluados de los estados de ánimo y las emociones fluctúan con el tiempo y, en consecuencia, el bienestar subjetivo comprende el análisis científico de cómo las personas evalúan sus vidas, tanto momentos cortos como por periodos más prolongados. Estas evaluaciones incluyen las reacciones emocionales de las

personas a los eventos, sus estados de ánimo, y los juicios que forman sobre la satisfacción de su vida, la realización y satisfacción con dominios como el matrimonio y el trabajo, entre otros (Diener, 2003). Alarcón (2006) conceptualizó la felicidad como un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta el individuo en posesión de un bien deseado. Esta definición conlleva los siguientes indicadores: (a) la felicidad significa sentimientos de satisfacción que experimenta la persona y solo ella en su vida interior; (b) el hecho de que sea un estado de la conducta, alude al carácter temporal de esta; (c) la felicidad supone la posesión de un bien, es decir, se es feliz en tanto se posee el bien u objeto que hace la felicidad y; (d) el bien o bienes que la generan son de naturaleza variada (materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos, sociales, etc.) (Alarcón, 2006).

Por su lado, Yamamoto (2007) indicó que la satisfacción de la vida es la percepción del logro de las metas que la persona se propone, con este grado de satisfacción o insatisfacción se puede evaluar mejoras. Lyubomirsky (2008) mencionó que la felicidad es el objetivo y fin de la existencia humana, concretamente es la experiencia de alegría, satisfacción o bienestar positivo, combinado con la sensación de que nuestra vida es buena, tiene sentido y vale la pena. David, Boniwell y Conley (2013) propusieron utilizar el término felicidad en su sentido más amplio, como un concepto que incluya nociones como el bienestar subjetivo, bienestar psicológico, hedonismo y eudemonía, pero también salud o crecimiento personal. Khosrojerdi et al. (2018) indicaron que la felicidad tiene diferentes significados incluyendo; alegría momentánea, alegría a largo plazo y alegría en la vida total. Promueve la creatividad, ayuda a las personas a alcanzar sus objetivos más fácilmente, mejora la capacidad de toma de decisiones, la satisfacción con la vida y la calidad de vida. Además, alivia las emociones negativas, promueve la salud física y mental, y permite a las personas disfrutar de sus vidas (Khosrojerdi, et al., 2018).

Revisión de la Literatura						Aporte
Definición	Autor	Teorías y Modelos Teóricos	Instrumento	Aplicación	Dimensiones	
Constituye un juicio personal que incluye tres componentes: la satisfacción con la vida, afectos positivos y afectos negativos.	Khosrojerdi, Tagharrobi, Sooki y Sharifi (2018)	Consideran a la felicidad como la satisfacción con la vida y la calidad de vida.	Oxford Happiness Inventory (OHQ)	Predictores de Felicidad entre Enfermeras Iraníes	Satisfacción con la vida y la calidad de vida.	La felicidad de las enfermeras está influenciada moderadamente con la salud mental, satisfacción con el salario, calidad de vida, tiempo de trabajo y la edad.
	Abdollahi, Abu, Yaacob y Isamail (2014)	Su teórica está basada en un asociación positiva entre la resistencia y la felicidad. Por tanto, si una persona tiene alta resistencia son más propensas a reportar felicidad, satisfacción laboral, Satisfacción con la vida y salud mental y física.	Oxford Happiness Inventory (OHQ)	Resistencia como un medidor entre el Estrés Percibido y la Felicidad en las Enfermeras	Resistencia Física	La resistencia es un factor protector contra el estrés percibido y un factor facilitador de la felicidad en las enfermeras.
	Hills y Argyle (2002)	La felicidad se basa en el bienestar subjetivo percibido.	Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)	El Cuestionario de Felicidad Oxford: Un Escala Compactada para Medir el Bienestar Psicológico	Bienestar Subjetivo	El bienestar subjetivo es un constructo unidimensional de la felicidad medido por OHQ.
	Tómas, Edo, Aradilla, Sorribles, Fernández y Montes (2014)	Consideran a la felicidad como el reflejo de un buen ajuste psicológico y un adecuado estado de bienestar y satisfacción con la vida.	Oxford Happiness Questionnaire Short-Form (OHQ-SF)	Propiedades Psicométricas Preliminares de la Forma Española del OHQ-SF	Psicología Positiva	El OHQ-SF es aceptada para la evaluación del bienestar subjetivo en enfermeros.
	Alarcón (2006)	Consideran a la felicidad como un estado de satisfacción interior, temporal, asociado a la percepción de tenencia de un objeto.	Escala de Felicidad de Alarcón	Desarrollo de una Escala Factorial para Medir la Felicidad	Satisfacción o Posesión de un bien	La felicidad está influenciada por un comportamiento multidimensional (sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir).
	Lyubomirsky y Lepper (1999)	"La felicidad es un nivel relativamente estable de experiencias de bienestar en un período específico de tiempo"	Escala de Bienestar Subjetiva	Una medida de Felicidad Subjetiva: Fiabilidad y Validación de Construcción	Bienestar Subjetivo	La escala de bienestar subjetiva es aceptada por sus excelentes propiedades psicométricas y de evaluación unidimensional.
	Diener y Pavot (1993)	Consideran como un componente psicológico de felicidad a la satisfacción vital.	Escala de Satisfacción con la Vida	Revisión de la Escala de Satisfacción con la Vida: Evaluación Psicológica	Satisfacción con la Vida	La escala de satisfacción con la vida es aceptada por evaluar el lado positivo de la experiencia del individuo en lugar de centrarse en emociones
	Contreras, Mori, Lam, Quito, Espinoza, Yancachajilla y Hinostroza (2012)	Considera que la felicidad es la suprema vivencia de bienestar espiritual, es decir, orgánico y por tanto mental, y viceversa.	Escala de Felicidad Maternal de Lima (ESML)	Revisión de la Escala de Satisfacción con la Vida: Evaluación Psicológica	Bienestar Espiritual	La felicidad es un fenómeno multifactorial. Los índices de felicidad encontrados fueron altos en el periodo postparto de las madres.
	Ryff (1989)	Bienestar Psicológico se puede considerar como precursor de los actuales modelos de Psicología Positiva, y que aún hoy continúa siendo una de las más brillantes aportaciones en las teorías y aplicaciones relacionadas con el bienestar humano. (Ryff, 1989)	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	La validez de Constructo de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff y su Extensión con el Bienestar Espiritual	Bienestar Psicológico	Bienestar psicológico está influenciada por un comportamiento multidimensional (autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal.

Figura 1 Mapa de la literatura

2.3. Dimensiones de Felicidad

En la tabla 2, se presentan las dimensiones de la felicidad. Al respecto, Alarcón (2006) propuso cuatro dimensiones o factores de la felicidad: (a) sentido positivo de la vida, (b) satisfacción con la vida, (c) realización personal y (d) alegría de vivir. En relación con la dimensión, el sentido positivo de la vida, Alarcón (2006) mencionó que la felicidad significa estar libre de estados depresivos profundos, tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida, es por ello, que las respuestas de rechazo a lo que afirman las oraciones relacionadas a los sentimientos de profunda depresión, fracaso, intranquilidad, pesimismo y vacío existencial, indican grados de felicidad, los cuales reflejan actitudes y experiencias positivas hacia la vida. Asimismo, la dimensión de realización personal está relacionada con lo que se conoce como felicidad plena (autosuficiencia, autarquía, tranquilidad emocional, placidez), y no estados temporales del estar feliz. La dimensión de felicidad, alegría de vivir, refiere experiencias positivas de la vida y sentirse generalmente bien. (Alarcón, 2006). La dimensión de satisfacción con la vida expresa satisfacción por lo que se ha alcanzado y la persona cree que está donde debe estar, o que se encuentra muy cerca de alcanzar el ideal de su vida. En relación con lo mencionado, otros autores, han investigado respecto a esta dimensión y propuesto como dimensión de la felicidad. Entre los más importantes se consideran a Diener (1985), Lyubomirsky y Lepper (1999), Hills y Argyle (2002).

Por otro lado, Seligman (2002) manifestó que hay al menos tres vías fundamentales por las cuales las personas se pueden acercar a la felicidad: (a) la vida placentera, (b) la vida comprometida y (c) la vida significativa, estas tres dimensiones se diferencian en el efecto de duración que aportan a la felicidad. La felicidad derivada de la vida placentera es de corta duración y se logra maximizando las emociones positivas y minimizando las negativas respecto al pasado, presente y futuro. La vida comprometida se refiere a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de

experiencias óptimas. Y, por último, la vida significativa, que es la más duradera de las tres, e incluiría el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo y la pertenencia a las llamadas instituciones positivas (democracia, familia, educación, etc.) (Seligman, 2002).

Tabla 2

Dimensiones de la Felicidad

Dimensiones	Autores
Sentido positivo de la vida	Alarcón (2006)
Satisfacción con la vida	Alarcón (2006), Diener (1985), Lyubomirsky & Lepper (1999), Hills & Argyle (2002), Yamamoto (2007)
Realización personal	Alarcón (2006)
Alegría de vivir	Alarcón (2006)
La vida placentera	Seligman (2002)
La vida comprometida	Seligman (2002)
La vida significativa	Seligman (2002)
Necesidades	Yamamoto (2007)
Recursos	Yamamoto (2007)
Valores	Yamamoto (2007)
Personalidad	Yamamoto (2007)
Auto aceptación	Ryff (1989)
Relaciones positivas con otras personas	Ryff (1989)
Dominio del entorno	Ryff (1989)
Propósito en la vida	Ryff (1989)
Crecimiento personal	Ryff (1989)

Nota. Recopilación de dimensiones y autores.

Hills & Argyle (2002) publicaron el instrumento OHQ, una escala mejorada para la medición del bienestar subjetivo, el cual fue derivado del OHI. Presenta una escala Likert de

seis puntos y posee 29 afirmaciones, por lo que es compacto y fácil de administrar, luego de realizar los análisis de los factores ortogonales, identificaron un único factor; satisfacción con la vida, por lo que es unidimensional (Hills & Argyle, 2002). Diener (1984) manifestó que el bienestar subjetivo posee un componente cognitivo y dos afectivos, el primero se manifiesta cuando se le pregunta a la gente cuan satisfecha con la vida está (satisfacción con la vida) y los otros dos componentes afectivos están relacionados con las emociones positivas y negativas durante un periodo determinado. Diener (1984), considera que la felicidad posee un único factor; la satisfacción con la vida, por lo que es unidimensional. Por su lado, Lyubormirsky & Lepper (1999) determinaron la felicidad a través del instrumento Escala de Felicidad Subjetiva, la cual posee una sola dimensión; la satisfacción con la vida, por lo tanto, también es unidimensional. Asimismo, Yamamoto y Feijoo (2007), por su lado, indicaron que las necesidades, los recursos, la satisfacción con la vida, los valores y la personalidad son los principales componentes del bienestar. Las dimensiones del bienestar psicológico, según Ryff (1989) son seis: auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal.

2.4. Principales Autores y Evolución de la Literatura

A continuación, se listan los principales autores de la literatura sobre los estudios relacionados con el tema de la felicidad, los cuales se han organizado en dos divisiones: Los realizados en el mundo y, en el Perú y Latinoamérica. Esta recopilación del estado del arte en materia de la felicidad es plasmada en el mapa de la literatura, los cuales permiten visualizar de forma esquemática la evolución. En el mundo, se realizó la búsqueda bibliográfica en computadora relacionado a la felicidad en personal que labora en los hospitales y tienen contacto directo con los pacientes, sin la consideración de filtros publicados hasta la fecha en la base de datos Scopus y Web of Science, plataformas a las cuales se accedió para realizar la revisión de la literatura. Para la búsqueda, en ambas bases de datos, los términos utilizados

fueron felicidad y hospital, en inglés. En la base de datos Scopus, se encontró un total de 257 artículos en inglés y en el buscador Web of Science, se encontró 196, de los cuales se seleccionaron y analizaron los más relevantes, referenciados en el presente estudio de investigación. Asimismo, se complementó la búsqueda en línea mediante el uso de la Biblioteca virtual de la Pontificia Universidad Católica del Perú, de los cuales se revisó a los principales autores e investigadores en el tema de la felicidad y, además, se realizó la consulta en libros publicados por los investigadores del tema y revistas científicas.

Entre los principales autores se han evaluado Diener, Argely, Hills y Lyumbomirsky por considerarse sus investigaciones más relevantes y de gran aporte en el tema. Diener (2000) mencionó que la felicidad es una percepción de bienestar subjetivo. El bienestar subjetivo se estructura en dos componentes, el componente emocional o afectivo y el juicio o componente cognitivo (Diener, 1984). Las personas sienten felicidad cuando perciben mayores emociones agradables y menos dolorosas en su vida (Diener, 2000). La combinación de la frecuencia e intensidad de las emociones agradables determinan la felicidad de una persona. Aunque los momentos positivos de gran intensidad son raros, inclusive en las personas identificadas como felices, el efecto de muchos eventos positivos pierde su impacto en la felicidad de manera rápida dada la adaptabilidad de las personas a las condiciones o sucesos y, el temperamento y la personalidad de estas (Diener, 2000). Por lo tanto, la felicidad está relacionada a diversas fuentes y depende de la valoración que se le asigna a cada una de ellas. Expresa el grado de satisfacción con la vida y la condición de bienestar, ya que cada individuo construye y define los factores que influyen en la felicidad (Ochoa, 2004).

Argyle (2001) comentó que las personas entienden por felicidad, a las emociones positivas y la satisfacción con la vida. Como investigador su preocupación ha sido evaluar el bienestar subjetivo en vez de otras medidas objetivas, como ingresos, salud, entre otros. Reconoce que la evaluación subjetiva se ve afectada por sesgos cognitivos, como los efectos

de las expectativas y la adaptación. Sin embargo, la principal debilidad de los indicadores objetivos es la dificultad para elegir uno de ellos, por tanto, ambas medidas son útiles y se considera conveniente hacer el uso complementario de ambos (Argyle, 2001). Hills y Argyle (2002) mencionaron que Argyle, Martin y Crossland (1989) diseñaron una medida general de la felicidad al cual denominaron OHI, instrumento utilizado en diferentes culturas y traducido a diferentes idiomas para evaluar el bienestar subjetivo (Hills & Argyle, 2002). Así también, Argyle y Lu (1990) publicaron una investigación respecto a la Felicidad de los extrovertidos. En la cual se menciona que la felicidad está compuesta por tres elementos: (a) afecto positivo, (b) la satisfacción y (c) la ausencia de angustia. Para el estudio utilizaron el instrumento OHI, en el cual se correlacionaron los tres elementos de la felicidad. Sin embargo, Hills y Argyle (2002) diseñaron una escala alternativa al OHI para evaluar el bienestar subjetivo, conocido como OHQ, ideado en ítems individuales para realizar esta medida. Ambos instrumentos han demostrado ser altamente válidos y confiables (Hill & Argyle, 2002).

Lyubomirsky y Lepper (1999) comentaron en su publicación que la evidencia anecdótica y la experiencia cotidiana sugieren que una de las más importantes disposiciones humanas de la felicidad es el bienestar. Encontraron que las circunstancias objetivas, variables sociodemográficas y los eventos de la vida (economía, niveles de actividad, nivel de adaptación, objetivos, entre otros) están correlacionados en menor fuerza con la felicidad que, la experiencia diaria o intuición, logrando los procesos subjetivos alcanzar mayor importancia. Las medidas de bienestar subjetivo actuales evalúan uno de sus dos componentes (afectivo o cognitivo), por lo cual se determina la felicidad de acuerdo con el nivel de afecto positivo y negativo en un tiempo particular. Ambos autores propusieron una escala de cuatro elementos denominada “Subjective Happiness Scale”, con un enfoque subjetivista, considerándose la felicidad desde la perspectiva del encuestado. Este

instrumento está diseñado para no sobrecargar a los encuestados o afectar la estructura unidimensional con otros elementos (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

Layous y Lyubomirsky (2012) indicaron en un estudio realizado que la mayoría de las personas quieren ser felices y esta es buscada en una variedad de formas, ya sea, buscando más ingresos o comprando algún bien deseado, los cuales conllevan hacia el camino que permite alcanzar el mayor bienestar. Y, aunque las personas reciban impulsos emocionales por eventos positivos, estos no duran indefinidamente, ya que las personas se adaptan a las circunstancias de la vida a lo largo del tiempo. Estos hallazgos sugieren que tratar de incrementar la felicidad solo cambiando circunstancias es muy probable que sea insuficiente (Layous & Lyubomirsky, 2012).

Por tanto, dado que el concepto ha resultado difícil de manejar es que surgió la necesidad de aterrizarlo en términos más operacionales, expresándolo en grados o niveles de felicidad. Sin embargo, la felicidad antiguamente no podía ser medida, en cambio, hoy en día, diversos investigadores han determinado que el uso de ciertas preguntas sobre la satisfacción personal por la vida permite medir la felicidad. Es decir, que a través de instrumentos se permite ubicar el nivel de este estado, ya que el fenómeno no ha demostrado ser idéntico en todas las personas. Y, la aplicación de encuestas a gran escala se ha convertido en un excelente instrumento para recopilar la información necesaria, los cuales deben ser bien evaluados a fin de que la medición realizada sea con un enfoque global, y se determine si la persona es feliz, en función de su situación presente, pasada y futura, y no momentánea (De los Ríos, 2016; Fragoso, Luna, Morales, & Juárez, 2017).

Al respecto existe polémica en determinar el instrumento ideal para lograr medir la felicidad, dados los desacuerdos en la validez, confiabilidad y comparabilidad de las medidas de felicidad (Álvarez, 2012). Así se ha explorado la satisfacción vital mediante el instrumento “Satisfaction with life Scale” (Pavot & Diener, 1999); el afecto positivo-negativo y cognitivo,

evaluado a través del instrumento OHQ (Lewis, Francis, & Zieberts, 2002; Javad, Jafari, Reza, & Samiee, 2008), el “Steen Happiness Index (SHI)” (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005), la “Escala de felicidad” (Alarcón, 2006) y la “Subjective Happiness Scale” (Lyubomirsky & Lepper, 1999). Entre los mencionados el instrumento OHQ ha sido aplicado en trabajadores de la salud y ha sido elaborado como resultado de la modificación de algunos ítems del OHI, en formato de respuesta y método de puntuación (Hills & Argely, 2012).

Luego de la búsqueda bibliográfica se encontraron investigaciones que utilizaron el OHQ y OHI como instrumentos para medir la felicidad, aplicados en hospitales con el personal que labora en estas organizaciones médicas. Entre ellos, Khosrojerdi et al. (2018) realizaron un estudio en un grupo de enfermeras de Irán con la finalidad de evaluar la felicidad y sus predictores en este personal. El cuestionario incluyó características sociodemográficas y ocupacionales e incluyó el uso del instrumento OHQ. Se determinó un nivel moderado de felicidad en las enfermeras, afectado por condiciones de trabajo difíciles, sobrecarga laboral, salarios poco justos, escasez en tecnología y falta de políticas de gestión de conflictos y gestión del talento. Entre los factores predictores de la felicidad se encontraron, la salud mental, el salario mensual, la satisfacción con el salario, calidad de vida, la sala de trabajo actual, la edad, el turno de trabajo, satisfacción laboral y la satisfacción de las enfermeras con la conducta y el desempeño de los médicos (Khosrojerdi et al., 2018).

Abdollahi et al. (2014) realizaron una investigación respecto a la relación del estrés percibido y la felicidad en las enfermeras. Se considera que el estrés percibido en las enfermeras está asociado con la disminución de la productividad, la eficiencia y, en última instancia, lleva al agotamiento. Para el estudio se realizó la evaluación con aplicación de encuestas de opinión, un índice de estrés percibido y un instrumento de medición de la felicidad, conocido como OHQ. Se determinó que la resistencia al estrés se convierte en un

factor protector y facilitador para alcanzar un mayor nivel de felicidad en las enfermeras. Asimismo, la investigación permitió concluir que la felicidad en las enfermeras impacta positivamente en la atención brindada a los pacientes, satisfacción laboral, satisfacción con la vida, productividad y eficiencia (Abdollahi, Abu, Yaacob, & Ismail, 2014).

Benzo, Kirsch y Nelson (2017) investigaron acerca de la compasión, la atención plena y la felicidad plena en los profesionales de la salud. Indicaron que la disminución de la felicidad es muy común en personal profesional de la salud. Atender esta necesidad es un paso importante para incrementar la felicidad de los trabajadores y mejorar la atención de los pacientes. No encontraron diferencias significativas entre la felicidad y el género o la edad. Importantes organizaciones han identificado a la felicidad como un factor relevante en la organización por lo cual han mostrado interés en aplicar una escala y evaluar los factores para aumentar la felicidad de sus trabajadores. Por lo tanto, la necesidad de mejorar la felicidad y el bienestar general de los trabajadores de la salud es esencial para el cuidado personal y la atención del paciente (Benzo, Kirsch, & Nelson, 2017).

Hayati, Mahmoudi, Mahboudi, y Akbari (2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la felicidad y las características sociodemográficas de los empleados de los hospitales en Abadán, Irán. Se recolectó datos sociodemográficos y aplicó el instrumento OHI. La mayor parte de los encuestados presentaron un nivel de felicidad elevado. No se detectó relación significativa de la felicidad con la edad, sexo, estado civil, nivel de educación, satisfacción laboral, posición organizativa, lugar de trabajo y tipo de residencia, por el contrario, si se encontró relación significativa con satisfacción con la vida familiar, el nivel de salud y el estado económico (Hayati, Mahmoudi, Mahboudi, & Akbari (2017).

A nivel latinoamericano se revisó las investigaciones de Flores et al. (2018) y su estudio sobre los enfoques hedonista y eudaimónico en la ciudad de Córdoba –Argentina,

Poveda (2015); con sus estudios realizados en Perú, Colombia y México, explicó qué aspectos influyen en el entorno de la persona para lograr su felicidad. Ciochini, Molteni y Brenlla (2010) realizaron estudios sobre el bienestar subjetivo y sus determinantes de autopercepción de Felicidad. Como aplicación de Felicidad se referencia al Banco Estado de Microempresa de Chile, una organización que ha desarrollado la gestión sobre felicidad en las personas (Banco Estado, 2011). Por último, se revisó los estudios de Carrillo, Feijoó, Gutiérrez, Jara y Schellekens (2017) quienes investigaron sobre las dimensiones de la felicidad y cómo esta forma parte del bienestar subjetivo. En el Perú, se consideraron las siguientes revisiones, Alarcón (2006) realizó una evaluación de escala factorial de la felicidad en estudiantes universitarios, Maldonado (2013) refirió su modelo causal de satisfacción y su correlación con la felicidad en la ciudad de Arequipa, Andía (2015) demostró el análisis de la felicidad como medida de bienestar en la ciudad de Puno, Alarcón (2015) conceptualizó a la felicidad como un estado de satisfacción más o menos duradero que experimenta una persona cuando logra obtener un bien deseado y Yamamoto (2015) realizó una propuesta de bienestar subjetivo en la ciudad de Lima.

En Latinoamericana, se tomó en consideración los estudios realizados por Flores et al. (2018) sobre la concepción de felicidad y su relación con el bienestar subjetivo en la ciudad de Córdoba - Argentina, con una muestra de 340 ciudadanos. Su estudio se basó en determinar cómo los ciudadanos concebían la felicidad desde el enfoque hedonista y eudaimónico. Su investigación aportó que los ciudadanos con mayor nivel de felicidad subjetiva tienen una concepción eudaimónica, es decir referida al desarrollo que tiene cada persona. Poveda (2015) explicó que el factor que impactó más en la felicidad según la investigación fue el estado de salud, el cual determinó casi el 50% de probabilidad de ser feliz, dados en su estudio socioeconómico en Perú, Colombia y México en los periodos de 2010 al 2013 (Poveda, 2015). Agregó que, el nivel de ingreso económico no resultó

significativo en la submuestra de 4,576 personas obtenida de la base de datos del World Value Survey, a través de un modelo logístico ordinal basado en el análisis probabilístico. Finalmente, concluyó que para medir los niveles de felicidad se consideraron parámetros como condiciones laborales, estados de salud o las relaciones sociales que mantiene una persona con su entorno y no solo los ingresos económicos de cada individuo. Ciochini et al. (2010) realizaron un estudio sobre bienestar subjetivo basados en determinantes de autopercepción de felicidad mediante un instrumento econométrico multivariado del tipo *logit* realizado sobre la base de datos proporcionados de la encuesta de la Deuda Social Argentina de los años 2005 al 2007. Entre las variables incorporadas en el análisis están el estado de salud autopercebido del individuo; los que declaran un estado de salud positivo tienen mayor libertad que aquellos que declaran tener un estado de salud malo.

Por otra parte, se pudo identificar como institución feliz al Banco Estado de Microempresa de Chile que desde el 2007 creó una subgerencia de Gestión de Felicidad y se ubicó en el quinto lugar del Great Place to Work en el año 2011 y en el sexto puesto de la lista de empresas para Padres y Madres de Chile en el año 2011 (Banco Estado, 2011). La felicidad en esta institución está basada en la participación de sus colaboradores en todo ámbito desde laboral, familiar y personal. A partir de ello, se busca mejores estados de ánimo de los colaboradores y que, además, permitan lograr mayores estándares de eficiencia y productividad. Otro ejemplo de aplicación fue dado por López y Fierro (2015) quienes concluyeron en una investigación sobre los determinantes de felicidad en las farmacias del Grupo Difare en Ecuador. En ellas pudieron concluir el factor determinante más influyente es el bienestar psicológico de los colaboradores. En consecuencia, las empresas requieren reforzar ambientes que incentiven las emociones positivas, la interrelación social y mejoren el concepto de trabajo.

También, se pudo conocer algunos estudios sobre las dimensiones de la felicidad, para ello se citó a Carrillo et al. (2017) quienes estudiaron tres aspectos relevantes de la dimensión colectiva de la felicidad las cuales son: (a) las relaciones afectivas cercanas, explicada por los lazos afectivos positivos y negativos dentro del núcleo familiar y las relaciones sociales cercanas que contribuyen a la generación de bienestar, (b) las conductas prosociales o de amabilidad considerando que existe correlación con la felicidad no solo en el acto mismo de ser amable sino tener conciencia de serlo, (c) los comportamientos económicos referidos en términos del acceso de bienes, de bienestar o de calidad de vida. Por último, Carrillo et al. (2007) determinaron que su principal crítica está dirigida a las investigaciones latinoamericanas basadas en una visión unidimensional que no consideran diferencias con la definición de bienestar subjetivo. Carrillo et al. (2007) diferenciaron al bienestar subjetivo de la definición de felicidad y tomando como referencia a Cuadra y Florenzano (2003), lo consideraron como aquello “que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia” (Cuadra & Florenzano, 2003, p. 85).

En el Perú, existen algunas investigaciones basadas en la felicidad y otros aspectos. Alarcón (2006) desarrolló y validó una escala factorial para medir el bienestar subjetivo o felicidad en 709 participantes en la ciudad de Lima logrando un coeficiente de Cronbach de 0.916. Asimismo, la validez de su escala estuvo relacionada a variables de felicidad y afectos positivos y negativos. Posteriormente, Maldonado (2013) explicó en su modelo Causal de Satisfacción Laboral una correlación significativa entre la felicidad y la satisfacción laboral de los trabajadores de la ciudad de Arequipa. En el estudio se demostró que el nivel promedio de felicidad comprendía un 68.8% y un nivel de satisfacción laboral del 61.34%. Por último, el estudio concluye que las fluctuaciones de felicidad afectan en mayor medida la percepción

sobre la satisfacción laboral, en relación con, las fluctuaciones de satisfacción laboral que afectan a la felicidad.

Por su parte Andía (2015) realizó un estudio sobre el análisis de felicidad como medida de bienestar en la Escuela Profesional de Administración de Puno en una población de 670 alumnos y 29 docentes. Utilizó como instrumento de evaluación a la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, el Índice de Felicidad Global y la Escala de Afectos Positivos y Negativos adaptada de la Encuesta Mundial de Valores. En el estudio se concluyó que al margen de la carencia de recursos económicos de los estudiantes de dicha investigación se evidenció índices medios y altos de felicidad percibida, 48% bastante felices y 38% no muy felices, y que dicho resultado invita a fomentar la vinculación con la calidad de vida e incentiva la integridad y proactividad.

Alarcón (2015) realizó una conceptualización de la felicidad como estado de satisfacción temporal, que es percibida por el sujeto en posesión de un bien deseado. Tomó en consideración la psicología positiva de Seligman, de la Universidad de Pensilvania, y Mihály Csikszentmihályi, de la Universidad de Claremont. Por último, señaló que existen cuatro factores que soportan el constructo de la felicidad, estos son ausencia de sentimientos profundos, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir. Finalmente, Yamamoto (2015) propuso un modelo de bienestar subjetivo para Lima Metropolitana, dentro del estudio concluyó que la felicidad no sería lo último que busca la sociedad, sino que es un indicador que refleja la fortaleza inclusiva del individuo (Yamamoto, 2015).

2.5. Instrumentos para Medir la Felicidad

El objetivo de esta sección es detallar los principales instrumentos para medir la felicidad. Además, realizar una comparación entre los mismos que permita seleccionar el más idóneo para la población sobre la que será aplicado. Así también, indicar otros instrumentos

relacionados con el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida, debido a que algunos autores los consideran como sinónimos (Alarcón, 2006).

La comparación de niveles de felicidad entre grupos y realizada con otras escalas muestra que existen diferencias culturales, de edad y de género en la evaluación de la felicidad, de ahí la importancia de seleccionar la más adecuada en la población de estudio (Alesina, Di Tella, & MacCulloch, 2004; Yang, 2008). Con relación a la población sobre la que se aplicará el instrumento, se encontró que la escala de felicidad OHQ fue validada en enfermeras iraníes y alumnos de enfermería españoles. En este sentido, hay una relación entre los grupos en los cuales se ha validado el OHQ, con la población del presente estudio, que corresponde a médicos y enfermeras (os) que laboran en hospitales públicos del Minsa de Lima Metropolitana, como se observa en la Tabla 3. Por tanto, seleccionamos el instrumento OHQ-SF en español por tener evidencia de estudios anteriores en los cuales se ha aplicado el instrumento en población con condición de profesión similar a la seleccionada en la presente investigación, además de presentar un aceptable nivel de confiabilidad.

La Escala de bienestar psicológico de Ryff, este instrumento cuenta con un total de seis escalas que poseen entre cuatro y seis ítems cada una, constituyendo un total de 29 ítems en escala Likert de 6 puntos (1=totalmente en desacuerdo y 6=totalmente de acuerdo). De ellos, 10 están redactados de forma inversa que se revierten previamente para obtener una puntuación en dirección a la dimensión correspondiente. La consistencia interna arroja valores en sus escalas entre 0,70 y 0,84 y un ajuste al modelo teórico propuesto de seis factores (Díaz et al., 2006; Riff, 1989).

La escala de Satisfacción con la Vida consta de cinco ítems que evalúan la satisfacción con la vida a través del juicio subjetivo sobre esta. Las preguntas de esta escala son: (a) “en la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea”, (b) “hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes”, (c) “estoy satisfecho con mi

vida”, (d) “Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido” y (e) “las circunstancias de mi vida son buenas”, con una escala de Likert de siete opciones (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Tabla 3

Instrumentos de Medición de Felicidad

Escala	Objeto de medición	Casos de estudio Aplicado	Tipo de evaluación	Confiabilidad
Escala de bienestar psicológico de Ryff – en español (2006)	Bienestar psicológico, evalúa 6 dimensiones	Población Mexicana	Cuestionario de 29 preguntas con escala Likert de 6 alternativas	Alfa de Cronbach 0.7-0.84
La escala de Satisfacción con la Vida (Diener, 1984)	Nivel de satisfacción con la vida	Estudiantes universitarios de Puno	Cuestionario de 5 preguntas con escala Likert de 7 alternativas	Alfa de Cronbach 0.79-0.89
Escala de Felicidad Subjetiva (Lyubomirsky y Lepper, 1999)	Felicidad subjetiva, es de evaluación unidimensional.	Población Chilena y Argentina.	Cuestionario de 4 preguntas con escala Likert de 7 alternativas	Alfa de Cronbach 0.78
The Oxford Happiness Inventory (OHI)	Bienestar subjetivo	Staff completo en hospitales de Abadan, Irán.	Cuestionario de 29 preguntas. Escala Likert de 4 alternativas	Alfa de Cronbach 0.9
The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)	Bienestar subjetivo	Enfermeras en hospitales Iraníes. Estudiantes de Oxford Brookes.	Cuestionario de 29 preguntas. Escala Likert de 6 alternativas	Alfa de Cronbach 0.9
The Oxford Happiness Questionnaire short form en español (OHQ-SF)	Bienestar subjetivo	Estudiantes de enfermería	Cuestionario de 8 preguntas. Escala Likert de 6 alternativas	Alfa de Cronbach 0.73
Escala de Felicidad de Lima (Alarcón, 2006)	Felicidad subjetiva, evalúa 4 dimensiones	Estudiantes universitarios de Lima	Cuestionario de 27 preguntas. Escala Likert de 5 alternativas	Alfa de Cronbach 0.91

Nota. Recopilación de instrumentos.

La Escala de Felicidad Subjetiva es una medida global de felicidad subjetiva, que consta de 4 ítems con respuesta tipo Likert (1=menos feliz/nada en absoluto; 7=más feliz/mucho). La correlación de los ítems se realiza mediante la sumatoria de los puntajes obtenidos y se divide en el número total de ítems. En cuanto al contenido temático, dos ítems

piden a quienes la responden, caracterizarse a sí mismos usando intervalos absolutos e intervalos relativos a los pares, mientras los otros dos ítems ofrecen una breve descripción sobre individuos felices e infelices y piden a los encuestados responder hasta qué punto los describe cada caracterización (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

La Escala de Felicidad de Lima está compuesta por 27 ítems y elaborada en una escala Likert de cinco opciones, entre ellas, totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo (Alarcón, 2006). El extremo positivo tiene un valor de cinco puntos y el extremo negativo un punto. El puntaje total es dividido en cinco niveles de felicidad, entre ellos, (a) muy baja felicidad (27-87 puntos), (b) baja (88-95 puntos), (c) media (96-110 puntos), (d) alta (111-118 puntos) y (e) muy alta (119-135 puntos). La Escala de Felicidad presenta elevada consistencia interna (α de Cronbach= 0.916); la validez convergente se evaluó través de correlaciones entre puntajes de felicidad y dimensiones del Inventario de Personalidad de Eysenck. Se encontró una correlación positiva y significativa entre felicidad y extraversión ($r=.378$; $p<.01$), con neuroticismo fue negativa y significativa ($r=-.450$; $p<.01$). Entre felicidad y afectos positivos la correlación fue positiva y significativa ($r=.48$; $p<.01$) y con afectos negativos fue negativa y significativa ($r=-.51$; $p<.01$). Ambos resultados están de acuerdo con los obtenidos por otros autores (Alarcón, 2006).

El instrumento OHI evalúa el nivel de bienestar subjetivo. Posee 29 ítems con una escala Likert de 4 opciones, cada una con un puntaje de cero a tres. Siendo, el máximo valor de la prueba de 68 hasta 97, el cual corresponde a un muy alto nivel de felicidad, entre 68 y 44 un alto nivel de felicidad, entre 44 y 22 un nivel intermedio de felicidad y, por el contrario, el rango de valores de cero a 22 representa un bajo nivel de felicidad. El OHI para el sector salud fue realizado por Hayati et al. (2017), en personal que labora en los Hospitales

de Abadan, donde se obtuvo que más del 80 % de los participantes tiene un nivel de felicidad alto o superior.

El instrumento OHQ es un cuestionario de 29 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de seis puntos, desde “totalmente en desacuerdo” (1) a “totalmente de acuerdo” (6), de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango de 29 a 174, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de bienestar subjetivo (Hills & Argyle, 2002). En su versión original (Hills & Argyle, 2002), el OHQ presenta un alfa de Cronbach de 0,90 y una correlación test-retest a siete semanas de 0,78. Asimismo, ha sido traducido a otros idiomas y validado en diversas poblaciones, como, por ejemplo, en enfermeras iraníes, quienes tienen un nivel de felicidad moderado, que se ve afectado por su satisfacción con su salud mental (Khosrojerdi et al., 2018). El OHQ cuenta con una versión corta (OHQ-SF), de ocho ítems, la cual fue diseñado para su uso cuando el tiempo es limitado (Hills & Argyle, 2002). Para el idioma español, Tomás et al. (2014) validaron el OHQ-SF en una población de estudiantes de enfermería españoles, obteniendo un alfa de cronbach de 0,73.

2.6. Felicidad y Otras Variables

En la revisión de la literatura también se han identificado algunas variables que acompañan al constructo felicidad, dentro del ámbito familiar, social y laboral de los individuos. A continuación, se listan algunas de ellas con motivo de complementar la información de las variables conexas que se presenten en la determinación del nivel de felicidad para los trabajadores de los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana.

Con respecto a la felicidad, se ha determinado que existen tres formas a través de las cuales se puede alcanzar el mayor nivel de felicidad. La primera relaciona el sentimiento positivo que se tiene con relación al presente, pasado y futuro. La segunda forma es la persecución de la gratificación e involucra al individuo. La tercera forma es mediante la

utilización de las fortalezas de cada individuo para contribuir con un fin social (Auné, Abal & Attorresi, 2017). Asimismo, Alarcón (2006) mencionó que se pueden distinguir las siguientes propiedades de la conducta feliz: (a) al ser subjetiva se individualiza la felicidad entre las personas; (b) el hecho de ser un estado afectivo implica que es temporal (quizá duradero, pero perecible) y; (c) la felicidad supone la posesión de un “bien”; los “bienes” que generan felicidad son de naturaleza variable (materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos o sociales, etc.) (Alarcón, 2006). También se ha postulado que la felicidad presenta dependencia de factores internos y externos. Se ha determinado que los factores externos se relacionan con la dimensión colectiva de la felicidad en tres aspectos: (a) las relaciones afectivas cercanas, b) las conductas prosociales y c) los comportamientos económicos, es así como las relaciones afectivas positivas con los parientes cercanos contribuyen en el nivel de felicidad (Carrillo et al., 2017).

Alcanzar la felicidad es uno de los objetivos más anhelados por las personas. Sin embargo, no existe garantía alguna de poder obtenerla, incluso alcanzando un mejor nivel de calidad de vida u obteniendo mejoras económicas. Frente a ello, se ha evaluado que existen determinantes de la felicidad y medios para influenciar en la misma. Entre los cuales son: a) las relaciones familiares, b) la situación financiera, c) el trabajo, d) la comunidad y amigos, e) la salud, f) la libertad personal y g) los valores personales, propuestos como modelos de gestión de felicidad, los cuales deben permitir alcanzar la máxima felicidad (Gómez, Ruíz, & Vergara, 2008). Por lo tanto, las preferencias, expectativas y valores de las personas cambian, difieren de los demás, así como, se afectan e imposibilitan por las acciones de otras personas, de acuerdo con la valoración de los determinantes de la felicidad (Gómez et al., 2008).

Peiró (2004) comentó que los factores asociados a la felicidad están relacionados a características personales y sociales, estando los factores económicos en un segundo plano. Entre los más investigados son la situación laboral y la renta de los individuos. Siendo, el

desempleo una causa de infelicidad y, por otro lado, con respecto a la renta, otros autores han postulado los siguientes resultados: (a) no hay diferencias significativas en la satisfacción subjetiva entre los países ricos y pobres, b) el aumento de la renta no aumenta el grado de satisfacción subjetiva, y c) en un país, se da una relación positiva entre renta y felicidad, siendo esta evidencia empírica muy heterogénea (Peiró, 2004). Por lo tanto, Peiró (2004) concluyó que entre los factores relacionados con la felicidad se considera que la salud y la red de relaciones sociales están estrechamente relacionadas con la felicidad, por lo cual los casados son más felices que los solteros, separados o viudos; respecto a la situación laboral, el desempleado no parece estar relacionado a la infelicidad y el nivel de renta no se asocia de manera favorable con el nivel de felicidad, adicionalmente, la edad no se muestra constante a lo largo de la vida (Peiró, 2004). También se ha determinado que los actos de prosocialidad o amabilidad influyen en los niveles de felicidad, esto posiblemente por el fortalecimiento de las redes sociales (Carrillo et al., 2017). Por otro lado, la carencia de afecto y relaciones sociales son considerados elementos importantes de la infelicidad en los individuos (McAuley & Rose, 2010).

Dutschke (2013) realizó un estudio respecto a los factores condicionantes de Felicidad Organizacional en Portugal. Así demostró que los factores más importantes para que las personas se sientan felices son el reconocimiento, desarrollo personal y profesional, y el medio ambiente, en ese orden, encontrándose que el elemento monetario no es el factor más importante. Por lo tanto, Dutschke (2013) identificó que el cuestionario es válido para la evaluación del nivel de felicidad en la organización a través de los análisis de fiabilidad y factorial en los diferentes sectores.

Álvarez y Muñiz (2013) demostraron que existe un enlace entre la felicidad y la cultura de una organización, y se manifiesta en los altos grados de cohesión entre las mediciones establecidas para los siete individuos que fueron analizados. De acuerdo con el

estudio, la felicidad de las personas que son parte de la cultura organizacional tiende a generar gran relevancia a la hora de conformarse la propia cultura organizacional. Esto se manifiesta en los valores altos por encima de la media (Álvarez & Muñiz, 2013).

Por otro lado, para medir el nivel de felicidad a nivel mundial se han establecido ciertos indicadores, tal como, el índice trianual global de felicidad, el que tiene por finalidad medir el nivel de bienestar humano y el impacto ambiental de los países a través de los indicadores, como, la esperanza de vida, la “huella ecológica” y el bienestar subjetivo de las personas o “satisfacción con la vida”, por lo cual, este índice se enfoca en medir el bienestar humano sostenible alcanzado por las naciones. También se ha realizado un estudio en el 2008 para medir la felicidad global, realizado por la Universidad de Michigan, que ha detectado que la felicidad depende de la libertad que la personas tienen para elegir cómo vivir, y es por ello por lo que países como Dinamarca, Islandia, Suiza, Holanda y Canadá se encuentran entre los países más felices del mundo, debido a los normas sociales y sistemas políticos que poseen.

Asimismo, el primer “Informe de Felicidad en el Mundo” presentado en el 2012 ha indicado como necesidad mantener el bienestar económico, social y ambiental para alcanzar la felicidad global bruta. De acuerdo con el informe, los países más felices en el mundo son Dinamarca, Noruega, Finlandia y Holanda (Flórez, 2013). Es por ello, que lograr la máxima felicidad se convierte en un objetivo a alcanzar por cualquier sistema de gobierno moderno y la forma mediante la cual se logre dependerá de los modelos de los gobiernos que se establezcan, por lo que, Layard (2005) al respecto mencionó que el objetivo último de la política de los Estados debería ser incentivar la mayor felicidad para el máximo número de personas posible (Pincheira, 2013).

Respecto a la situación de la felicidad, la ONU (2018) en su reporte brindó un panorama respecto al estado global de la felicidad. Se revela que todos los principales países

del mundo tienden a alcanzar valores altos dentro de las políticas del bienestar de su propio país, como son los ingresos, esperanza de vida saludable, apoyo social, libertad, confianza y generosidad (Helliwell et al., 2018). El nivel de felicidad de la población mundial inmigrante es casi exactamente la misma que arrojó el resto de la población. La felicidad de los inmigrantes se llega a mostrar con la calidad de vida en la que viven luego de emigrar, lo que ilustra que la felicidad puede estar influenciada con el equilibrio social en el que vive la gente. En el contexto de Latinoamérica, la ONU (2018) revela que la felicidad depende de mayor calidez de la familia y otras relaciones sociales, lo que resalta en Latinoamérica los altos grados afectivos que presentan las personas, así como estados evaluativos que están por encima de los niveles de ingresos que predeciría el país (Helliwell et al., 2018).

2.7. Resumen

Se realizó la revisión de la literatura en el Mundo, en América Latina y en el Perú, con lo cual se ha podido determinar que la felicidad esta influencia por múltiples determinantes, una fuerte corriente establece que ésta se relaciona directamente con factores internos y externos, de los cuales los externos dependen de las relaciones con los familiares, pareja, amigos, de las relaciones sociales y de factores económicos. Al respecto muchos autores han evaluado cuáles de ellos indican de manera positiva para lograr el nivel de felicidad esperado. También se han establecido indicadores globales por partes de diferentes instituciones, que han establecido un listado de los países más felices del mundo, siendo entre ellos, Dinamarca, Holanda, Suiza, entre otros, los denominados países más felices debido a la alta calidad de vida, la normas sociales y sistemas políticos propuestos por los gobiernos, caso distinto se presenta en América Latina, donde la felicidad se ve afectada por problemas sociales, corrupción, inseguridad, entre otros. Se han revisado diversos instrumentos para medir la felicidad propuestos por los autores, entre ellos, la escala de bienestar psicológico de Ryff, la escala de Felicidad Subjetiva, la escala Inventario de Depresión de Bec y la Escala de

Felicidad de Lima, de ellas, la escala más adecuada para la presente investigación se ha considerado la escala OHQ-SF en español por ser la más afín a la población seleccionada.

2.8. Conclusiones

De acuerdo con los estudios realizados en el Perú y América Latina, la fluctuación de las percepciones afecta fuertemente el nivel de la felicidad y para ello, el estado de salud puede determinar casi el 50% de probabilidad de ser feliz, asimismo, la generación de emociones y la interacción social son factores relevantes en el nivel de felicidad que se puede alcanzar. Algunas organizaciones como el Banco Estado de Microempresa de Chile son pioneros en la Gestión de la Felicidad en las organizaciones (Banco Estado, 2011).

En el mundo, dado los diversos estudios realizados, se le ha atribuido múltiples concepciones al término felicidad, por lo cual se concluye que ésta está influenciada por diversos determinantes. Cada gobierno aplica diferentes políticas para alcanzar la felicidad, medida a través de indicadores globales, que es ponderada por cada individuo en función de las consideraciones propias de la satisfacción con la vida y el entorno, estando Dinamarca y Holanda, entre los países más felices del mundo.

La comparación de niveles de felicidad realizada con diversas escalas muestra que existen diferencias culturales, de edad y de género en la evaluación de la felicidad. Además, los instrumentos que la miden pueden encontrarse afectados por diversos factores. Por lo tanto, seleccionamos la escala OHQ-SF en español por, como se ha explicado antes, ser la más afín al contexto de la población seleccionada, además de su alto valor de confiabilidad y consistencia en comparación a las otras escalas analizadas.

Capítulo 3: Método

En este capítulo se describe la metodología aplicada en la investigación, la cual está basada en un enfoque cuantitativo utilizando el instrumento de medición OHQ-SF en español, mediante una encuesta de ocho preguntas. La información obtenida con las encuestas ha sido recopilada y analizada para identificar el grado de felicidad de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana y responder a las preguntas de investigación formuladas en el Capítulo 1. Se inicia presentando el diseño de la investigación, su justificación, posteriormente se define a la población y se determina el tamaño de la muestra, sobre la cual se aplica el procedimiento de recolección de datos. Se presenta el instrumento utilizado, se realiza el análisis e interpretación de los resultados y finalmente, el capítulo culmina argumentando la validez y confiabilidad del instrumento utilizado.

3.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación es no experimental, ya que, alineando a lo manifestado por Hernández et al. (2014) no se ha modificado intencionalmente la variable analizada, la investigación se han limitado a recopilar datos y analizar el fenómeno tal cual se presenta en el contexto natural. El alcance de la investigación es descriptivo, lo que permite detallar cómo son y cómo se manifiestan los fenómenos, pero no como se relacionan entre sí (Hernández et al., 2014). En este caso, las respuestas al cuestionario para determinar el nivel de felicidad. Se ha establecido el enfoque cuantitativo de la investigación al definir una muestra representativa de la población, mediante la cual se obtiene la información y analiza estadísticamente para obtener los resultados.

Respecto a la herramienta utilizada para la recolección de datos, el OHQ es un instrumento que ha sido traducido a varios idiomas y aplicado en diferentes culturas, asimismo, fue utilizado en estudios relacionados a la felicidad en personal que laboraba en

hospitales motivo por el cual se seleccionó este cuestionario ya validado. En la presente investigación se escogió el OHQ-SF en español por representar una alternativa al uso del OHQ cuando el tiempo es limitado por parte del encuestado, ya que presenta una correlación de 0.93 con respecto a la versión completa y un alfa de Cronbach de 0.73 (Hills y Argyle, 2002). Para su aplicación se utilizó la versión en español, que fue proporcionado por los investigadores Tomás et al., quienes realizaron un estudio para realizar la validación de este, demostrando que el instrumento es válido y confiable (Tomás et al., 2014).

3.2. Población y Selección de la Muestra

En el presente estudio, la población comprende a los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa, las características de esta población son: (a) ser trabajador de los hospitales del Minsa; (b) trabajador de nivel operativo, medio o de alta dirección y; (c) profesionales de las carreras de medicina y enfermería. Moya (1991) indicó que las muestras tienen una ventaja importante, que se pueden utilizar en poblaciones finitas grandes y como alternativa a encuestar a toda la población, pero siempre tomando en cuenta el error de muestreo. Para este informe se evaluó el listado de hospitales del Minsa, detallados en la Tabla 4. La cantidad inicial de hospitales del Minsa en Lima Metropolitana fueron 19 con un total de 24,259 trabajadores, según el portal de consulta Ruc de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria – SUNAT, revisado en mayo 2018 (SUNAT, 2018). De los cuales se consideró que un 47.51% está representado por médicos y enfermeras (os), dicho factor se tomó como referencia de acuerdo con la proporción obtenida del listado de trabajadores del Minsa y sus cargos laborales, publicados en diciembre 2013 (Minsa, 2018). Se obtuvo como resultado 11,525 médicos y enfermeras (os) de todos los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana; de los cuales se seleccionaron cuatro hospitales más representativos, basados en una muestra por conveniencia, dando como resultado una

población de 3,681 médicos y enfermeras (os), el cual representó 31.9% de la población inicial de médicos y enfermeras (os) (Minsa, 2017).

Tabla 4

Lista de Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana por Cantidad de Trabajadores

Lista de Hospitales del Minsa	Cantidad de Trabajadores a mayo 2018	%	Cantidad de Médicos y enfermeras (os)	Muestra por conveniencia
DIRESA				
Minsa - Hospitales en Callao				
Hospital San José (Carmen de la Legua)	790	3.3%	375	
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Bellavista)	1,951	8.0%	927	
Hospital de Ventanilla	535	2.2%	254	
DIRIS				
Minsa - Hospitales en Callao				
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (Ventanilla)	691	2.8%	328	
Minsa - Hospitales en Lima Norte				
Hospital Nacional Cayetano Heredia (SMP)	2,449	10.1%	1,164	
Hospital Sergio E. Bernales (Comas - Collique)	1,472	6.1%	699	
Minsa - Hospitales en Lima Centro				
Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima)	2,371	9.8%	1,126	1,126
Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima)	2,836	11.7%	1,347	1,347
Hospital Emergencias Pediátricas (La Victoria)	571	2.4%	271	
Hospital Nacional Docente MyN San Bartolomé (Lima)	1,435	5.9%	682	
Hospital Víctor Larco Herrera (Magdalena del Mar)	939	3.9%	446	
Hospital Santa Rosa (Pueblo Libre)	464	1.9%	220	220
Minsa - Hospitales en Lima Este				
Hospital Nacional Hipólito Unanue (El Agustino)	2,076	8.6%	986	986
Hospital Nacional Hermilio Valdizán (Santa Anita)	597	2.5%	284	
Hospital San Juan de Lurigancho (S.J. de Lurigancho)	881	3.6%	419	
Hospital de Vitarte (Ate)	1,081	4.5%	514	
Hospital de Huaycán (Chaclacayo)	375	1.5%	178	
Minsa - Hospitales en Lima Sur				
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (Miraflores)	786	3.2%	373	
Hospital de Apoyo Dep. María Auxiliadora (Surco)	1,959	8.1%	931	
TOTAL	24,259	100.0%	11,525	3,681

Nota. Adaptado de Minsa, 2017. *Evaluación de Hospitales e Institutos en el Marco del Convenio de Gestión 2017.*

Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/comunicados/ogc/2018/evaluacion_hospitales_2017.pdf. La cantidad de trabajadores a mayo 2018 fueron tomados del portal de Consulta Ruc de SUNAT al periodo mayo 2018.

En función a esta nueva población se aplicó la siguiente fórmula para calcular el tamaño de la muestra, con un nivel de confianza del 95%.

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

Para utilizar esta fórmula se partió del hecho de que N es la población por 3,681; z es 1.96 y obedece a un e (error muestral) del 5%. Mientras que p representa el 50% de probabilidad de éxito de cada trabajador para ser escogido y q, el 50% de la probabilidad de fracaso de cada trabajador para no ser escogido. El resultado de dicho cálculo dio como resultado 348 médicos y enfermeras (os) para ser encuestados.

3.3. Instrumento de Investigación

El instrumento que se ha seleccionado es el OHQ-SF en español. Permite la búsqueda sistemática de información, donde los investigadores a través de la encuesta preguntan a los participantes, sobre datos puntuales que desean recopilar, y posteriormente reúnen estos datos individuales para hacer una evaluación grupal (Ruiz, Borboa, & Rodríguez, 2013). Para la selección del instrumento, que se presenta en el Apéndice B, se tomaron en cuenta los objetivos de la investigación y con la revisión de la literatura se estableció este instrumento de medición del nivel de felicidad como el más adecuado. Este cuestionario integra dos partes, la primera recopila datos de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa (muestra), tales como edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión, años de experiencia y rango salarial.

En la segunda parte del cuestionario se listan las ocho declaraciones acerca de la felicidad y se puntúan mediante una escala tipo Likert de seis puntos. Cabe indicar que la versión en español del instrumento seleccionado fue validada en una muestra de estudiantes de enfermería de España (Tomás et al., 2014). El instrumento permite evaluar el grado de bienestar subjetivo para cada ítem mediante las siguientes alternativas: (a) Muy en

desacuerdo, (b) moderadamente en desacuerdo, (c) ligeramente en desacuerdo, (d) ligeramente de acuerdo, (e) moderadamente de acuerdo y (f) muy de acuerdo. Como se aprecia en la numeración respectiva, al extremo positivo se le otorgó seis puntos y al extremo negativo un punto. Las declaraciones acerca de la felicidad (ocho ítems en el cuestionario) fueron redactadas en forma favorable o desfavorable a la felicidad y están distribuidas aleatoriamente.

3.3.1. Estructura de instrumento

El instrumento OHQ-SF en español, está estructurado de la siguiente manera:

- a) Nombre de la prueba: Cuestionario de Felicidad-Oxford.
- b) Nombres de los Autores: Peter Hills y Michael Argyle.
- c) Particularidad: Instrumento de evaluación del bienestar subjetivo.
- d) Objetivo: Evaluar el nivel de felicidad laboral de los médicos y enfermeras (os).
- 6) Estructuración: Escala unidimensional.

3.3.2. Características del cuestionario

El instrumento presenta una escala tipo Likert de seis puntos, consta de ocho ítems, con un tiempo de resolución de aproximadamente 3 minutos. Tiene una utilidad hacia la elaboración de planes de intervención a nivel organizacional. Está destinado a ser aplicado en personas mayores de 18 años.

3.3.3. Calificación

El puntaje total resulta de sumar las puntuaciones alcanzadas en las respuestas a cada ítem; el puntaje que se puede alcanzar oscila entre ocho y 48. Los puntajes altos significan una "alta felicidad" (Mayor a 37 puntos), puntaje moderado significan una "felicidad moderada" (Entre 29 y 36 puntos) y los puntajes bajos una "baja felicidad" (Menor a 28 puntos). Hills y Argyle (2002) utilizaron los términos bienestar, bienestar subjetivo y

bienestar psicológico como sinónimos de felicidad al describir el OHQ, el cual es unidimensional.

3.4. Recolección de Datos

El proceso de recolección de datos se ha realizado siguiendo los siguientes pasos:

- a) Identificar los hospitales del Minsa más representativos, por presentar mayor cantidad de médicos y enfermeras (os) para aplicar la encuesta.
- b) Elaborar una Carta de Presentación, emitida a nombre de la institución educativa CENTRUM católica, Graduate Business School, donde se especifica los objetivos de investigación y solicita autorización para la aplicación de encuestas.
- c) Acudir a los hospitales seleccionados e identificar las posibles personas a ser encuestadas.
- d) Corroborar si el encuestado cumple los requisitos de inclusión de la investigación, que sea médico o enfermera (o) y labore en alguna de las organizaciones médicas consideradas.
- e) Entregar la carta de presentación para el permiso respectivo, explicar los objetivos y confidencialidad de la investigación, asimismo, consultar por su autorización en la participación.
- f) Con la autorización respectiva se entrega la encuesta y brinda asesoría en caso se tuviera alguna duda o inquietud.

Al respecto solamente se han considerado en el estudio las encuestas que han sido llenadas de manera completa y correcta.

3.5. Análisis e Interpretación de los Datos

Una vez finalizada la recolección de los datos mediante las encuestas aplicadas a los médicos y enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa seleccionados, se elaboró una base de datos utilizando el Software Estadístico SPSS, con información sobre características

sociodemográficas de los encuestados y las respuestas obtenidas del instrumento. Se consideró la evaluación de siete variables, tal como, sexo, edad, estado civil, número de hijos, profesión, años de experiencia laboral e ingreso salarial promedio. Para el análisis se utiliza estadística descriptiva (Media, desviación estándar, moda y rangos de promedio, etc.) y luego inferencial.

En primer lugar, se siguió un procedimiento de recodificación de la escala de felicidad para la construcción del puntaje final. El cuestionario tiene preguntas que han sido formuladas de manera positiva y otras de manera negativa; aquellas que tienen un sentido negativo se recodifican a su puntaje opuesto; es decir si un encuestado marco el valor "1" en la escala, este pasará a tomar el valor "6" para el cálculo del puntaje final (Hills & Argyle, 2002). Las preguntas formuladas de manera negativa y sus valores recodificados correspondientes se presentan en la Tabla 5.

En segundo lugar, se realizó un análisis de confiabilidad de los ítems que componen la escala de felicidad OHQ-SF en español. La medida obtenida es evaluada mediante el alfa de Cronbach, lo cual nos reafirma que la escala es confiable y mide de manera adecuada el constructo a estudiar. En tercer lugar, se construye un puntaje de felicidad con la sumatoria simple de los puntajes en cada uno de los ítems de la escala (Se utiliza los ítems recodificados de aquellos que presentaron un sentido negativo). Asimismo, se realizó la prueba de normalidad de distribución de la escala para evaluar que si ésta mantiene una distribución normal o no ($\alpha > 0.05$). Finalmente, se realizaron las tablas descriptivas de la información sociodemográfica de los encuestados y los cruces correspondientes con la escala de felicidad.

3.6. Validez y Confiabilidad

Para demostrar que el instrumento OHQ-SF en español es confiable para medir la felicidad de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana se analiza los datos obtenidos a través del alfa de Cronbach. Hills y Argyle exploraron la fiabilidad del cuestionario OHQ y obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.90. En adición, se

utilizó el análisis factorial para explorar la validez y fue capaz de explicar el 57% de la varianza global y el alfa de Cronbach para cada factor. Asimismo, fue evaluado por expertos (Psicólogos y Psiquiatras) para asegurar la confiabilidad de su uso. Los ítems del instrumento se agruparon en siete factores, entre los cuales, se encuentran: *Satisfacción con la vida, Eficacia, Sociabilidad/Empatía, Perspectiva Positiva, Bienestar, Alegría y Autoestima* (Hayati et al., 2017).

Tabla 5

Valores de Recodificación del Instrumento OHQ-SF en español

	Ítem	Recodificar
Q1	No me siento particularmente contento/a con mi manera de ser	
Q5	Raramente me levanto con sensación de haber descansado	
Q6	No soy demasiado optimista con respecto al futuro	
Q10	No creo que el mundo sea un buen lugar	1=6,
Q13	No me creo atractivo/a	2=5,
Q14	Existe una brecha entre lo que me gustaría hacer y lo que he hecho	3=4,
Q19	Me da la sensación de que no tengo el control de mi vida	4=3,
Q23	No me resulta fácil tomar decisiones	5=2,
Q24	Siento que mi vida no tiene un sentido ni un propósito determinado	6=1.
Q27	No me divierto con otras personas	
Q28	No me siento muy saludable	
Q29	No tengo ningún recuerdo especialmente feliz del pasado	

Nota. Adaptada de Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.

3.7. Resumen

Se ha seleccionado un método de investigación de alcance descriptivo y enfoque cuantitativo, la cual, mediante la aplicación de una encuesta, permite clasificar los resultados para obtener el análisis estadístico. La encuesta está basada en el instrumento OHQ-SF en español. La población seleccionada corresponde a los trabajadores de los hospitales del

Minsa de Lima Metropolitana, comprendido por los médicos y enfermeras (os), de los cuales, se ha seleccionado la muestra en dos etapas, la primera seleccionando la muestra por conveniencia, en función a los hospitales con mayor cantidad de empleados y la segunda, por el método de muestro aleatorio simple, con lo cual se obtiene un nivel de confianza del 95%.

Se desarrolló una encuesta (Apéndice B), la cual tiene ocho ítems con una escala de Likert de seis alternativas, la forma de obtener las respuestas a las encuestas es de forma presencial. Con la información obtenida de las encuestas se procede con el procesamiento de la información mediante el software SPSS y utiliza estadística descriptiva. Finalmente, la escala utilizada presenta niveles de validez y confiabilidad aceptables ya que fue validada y proporcionada en archivo electrónico por los investigadores.

Capítulo 4: Análisis de Datos

4. 1. Presentación y Análisis de Resultados

El presente capítulo se inicia con la interpretación de los resultados y la validez del instrumento OHQ-SF en español utilizado para el levantamiento de la información por considerarse un instrumento confiable y válido para la medición de la felicidad. Luego se exponen los resultados obtenidos de un total de 294 encuestados; según el perfil general de los médicos y enfermeras (os), y el lugar donde trabajan actualmente, entre los Hospitales del Minsa se consideraron: (a) Hospital Santa Rosa, (b) hospital Nacional Hipólito Unanue, (c) hospital Nacional Arzobispo Loayza y (d) hospital Nacional Dos de Mayo. Finalmente, se analizó los enunciados vinculados a la felicidad o bienestar subjetivo.

Seguidamente se analizó el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa en la ciudad de Lima Metropolitana, para lo cual realizamos primero, la validación estadística con la prueba de Kolmogórov-Smirnov donde la escala de felicidad no se distribuye de manera normal, procediéndose a evaluar las variables mediante el uso de la prueba de Rangos de Wilcoxon, Prueba de Mann-Whitney U y Prueba Kruskal-Wallis. La contrastación de variables escalares se realizó a través de la Prueba de correlación de Spearman. La medición e interpretación de los niveles de felicidad del total de médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa de la ciudad de Lima Metropolitana utilizó los puntajes de escala del OHQ-SF en español, obtenidos del análisis de los enunciados para ubicar el nivel de felicidad.

4. 2. Análisis de Validez y Confiabilidad

Para identificar la validez y confiabilidad del instrumento utilizado en la presente investigación se expone el coeficiente del Alfa de Cronbach, utilizando el Software Estadístico SPSS (Tabla 6). Del resultado obtenido, se observa un coeficiente o índice de

consistencia interna (α) de 0.7, cercano a 1, por lo tanto, se concluye que la información obtenida es fiable.

Tabla 6

Coefficiente Alfa Cronbach

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.69	294

4. 3. Análisis de Estadística Descriptiva y Estimación de Parámetros

4.3.1 Perfil general de los encuestados

Se inicia la descripción de los resultados, exponiendo el perfil general de los encuestados. El primer resultado muestra la participación de dos profesiones de la salud, médicos en un 52.4% y enfermeras (os) en un 47.6%. En el estudio ambos representan la mitad de las encuestas realizadas (Tabla 7).

Respecto a la participación por sexo (Tabla 8), los médicos hombres representan un mayor porcentaje de participación (30.6%) en comparación con los médicos mujeres (21.8%) y las enfermeras representan una mayor participación (37.1%) en comparación con los enfermeros (10.5%). En cuanto a la participación por edad de médicos y enfermeras (os) (Tabla 9), en los médicos se muestra que el 36.1% de los encuestados se encuentran en el rango mayor a 35 años y el 16.3% se encuentra en un rango menor o igual a 35 años. En relación con las enfermeras (os) el 31.3% se encuentran en el rango mayor a 35 años y el 16.3% se encuentra en un rango menor o igual a 35 años. La mayor participación entre médicos y enfermeras (os) son mayores a 35 años.

Sobre el estado civil de los médicos y enfermeras (os) (Tabla 10), en los médicos se muestra que el 29.9% de los encuestados se encuentran casados, el 18.4% solteros y el 3.7% divorciados. En relación con las enfermeras (os) el 27.2% se encuentran casados, el 13.9%

solteros y 5.1% divorciados. Existe una proporcionalidad similar de médicos y enfermeras (os) casados.

Tabla 7

Participación de Profesionales de la Salud por Médicos y Enfermeras (os)

Participación	Médico	Enfermera (o)	Total
<i>F</i>	154	140	294
%	52.4	47.6	100

Tabla 8

Participación de Médicos y Enfermeras (os) por Sexo

Sexo	Médico		Enfermera (o)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f_t</i>	% _t
Hombre	90	30.6	31	10.5	121	41.2
Mujer	64	21.8	109	37.1	173	58.8

Tabla 9

Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Rango de Edad

Edad	Médico		Enfermera (o)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f_t</i>	% _t
0 a 35 años	48	16.3	48	16.3	96	32.7
Mayores a 35 años	106	36.1	92	31.3	198	67.3

En este punto también se considera a los profesionales de la salud respecto de la existencia de hijos (Tabla 11), en los médicos se muestra que el 18.0% de los encuestados no tiene hijos y el 34.4% sí, al menos un hijo. Por otro lado, respecto a las enfermeras (os) el 12.6% no tienen hijos y el 35.0% sí, por lo menos un hijo. La mayor proporción de médicos y enfermeras (os) por lo menos tienen un hijo.

En cuanto a la participación por años de experiencia de médicos y enfermeras (os) (Tabla 12), en los médicos se muestra que el 24.5% de los encuestados están en el rango de menos de 10 años de experiencia, el 12.9% en el rango de 11 a 20 años y el 15.0% en el

rango de más 20 años. En relación con las enfermeras (os) el 17.7% encuestados están en el rango de menos de 10 años de experiencia, el 15.0% en el rango de 11 a 20 años y el 15.0% en el rango de más 20 años. Se destaca la mayor participación de médicos y enfermeras con menos de 10 años de experiencia laboral.

Tabla 10

Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Estado Civil

Estado Civil	Médico		Enfermera (o)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f_t</i>	% _t
Casado/a	88	29.9	80	27.2	168	57.1
Soltero/a	54	18.4	41	13.9	95	32.3
Divorciado/a	11	3.7	15	5.1	26	8.8
Viudo/a	1	0.3	4	1.4	5	1.7

Tabla 11

Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Existencia de Hijo (s)

	Médico		Enfermera (o)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f_t</i>	% _t
Sin Hijos	53	18.0	37	12.6	90	30.6
Con Hijos	101	34.4	103	35.0	204	69.4

Tabla 12

Participación de Médicos y Enfermeras (os) por Años de Experiencia

Años de Experiencia	Médico		Enfermera (o)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f_t</i>	% _t
Menos de 10 años	72	24.5	52	17.7	124	42.2
Entre 11 y 20 años	38	12.9	44	15.0	82	27.9
Más de 20 años	44	15.0	44	15.0	88	29.9

Finalmente exponemos el ingreso salarial de los profesionales de salud (Tabla 13), en los médicos se muestra que el 12.2% de los encuestados están en el rango de S/. 2,500 a S/. 4,500 y el 39.1% en el rango de más de S/ 4,500. En relación con las enfermeras (os) el 7.5% encuestados están en el rango de menos de S/ 2,500 y el 39.5% están en el rango de S/. 2,500 a S/. 4,500. La mayor proporción de médicos presenta un mejor nivel salarial que la mayor proporción de las enfermeras (os) participantes en la investigación.

Tabla 13

Participación de Médicos y Enfermeras(os) por Nivel Salarial

Rem. Salarial (S/.)	Médico		Enfermera (o)		Total	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f_t</i>	% _t
Menos de 2500	0	0.0	22	7.5	22	7.5
Entre 2500 y 4500	36	12.2	116	39.5	152	51.7
Más de 4500	115	39.1	0	0.0	115	39.1
No especifica	3	1.0	2	0.7	5	1.7

4.3.2 Perfil general de los encuestados por condición de profesión de salud y rangos de edad

Sobre el perfil de los encuestados considerando la condición de la profesión de salud y rango de edad los resultados muestran que, sí existen diferencias en los grupos participantes. Se destaca una mayor concentración general de los encuestados en los médicos mayores a 35 años. En el estado civil se observan concentraciones bien marcadas (Tabla 14), como el grupo de los casados (as), donde médicos y enfermeras (os) representan el 57.1% del total de encuestados. En el grupo de profesionales casados (as) se muestra que el 44.9% de los encuestados son mayores a 35 años. Respecto a la existencia de hijos (Tabla 15) se observa una concentración mayor en el grupo de los profesionales con hijos, donde médicos y

enfermeras (os) representan el 69.4% del total de encuestados. En el grupo de profesionales con hijos se muestra que el 59.5% de los encuestados son mayores a 35 años, porcentaje mayor en comparación de los profesionales sin hijos.

Tabla 14

Participación por Estado Civil en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad

Estado Civil	Total (%)	Médico	Enfermera (o)	0 a 35 años	Mayores a 35 años
Casado/a	57.1	29.9	27.2	12.2	44.9
Soltero/a	32.3	18.4	13.9	19.7	12.6
Divorciado/a	8.8	3.7	5.1	0.7	8.2
Viudo/a	1.7	0.3	1.4	0.0	1.7
Total	100.0	52.3	47.6	32.7	67.3

Tabla 15

Participación por Existencia de Hijo (s) en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad

Existencia de Hijo	Total (%)	Médico	Enfermera (o)	0 a 35 años	Mayores a 35 años
Sin Hijos	30.6	18	12.6	22.8	7.8
Con Hijos	69.4	34.4	35	9.9	59.5
Total	100.0	52.4	47.6	32.7	67.3

Respecto a los años de experiencia (Tabla 16) se observa una mayor concentración de los profesionales con menos de 10 años, donde médicos y enfermeras (os) representan el 42.2% del total de encuestados. En este grupo de profesionales con menos de 10 años se muestra que el 32.3% de los encuestados son menores o igual a 35 años, porcentaje mayor en comparación de los profesionales con más de 10 años de experiencia. Finalmente exponemos

sobre el nivel salarial (Tabla 17), donde médicos y enfermeras (os) representan el 51.7% del total de encuestados con un nivel salarial entre S/.2,500 a S/.4,500; porcentaje mayor en comparación de los profesionales con otros ingresos salariales. Este grupo de profesionales muestra que el 33.0% de los encuestados son mayores a 35 años, porcentaje similar en comparación de los profesionales con nivel salarial de más de S/4,500.

Tabla 16

Participación por Años de Experiencia en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad

Años de Experiencia	Total (%)	Médico	Enfermera (o)	0 a 35 años	Mayores a 35 años
Menos de 10 años	42.2	24.5	17.7	32.3	9.9
Entre 11 y 20 años	27.9	12.9	15	0.3	27.6
Más de 20 años	29.9	15	15	0.0	29.9
Total	100.0	52.4	47.7	32.7	67.3

Tabla 17

Participación por Nivel Salarial en Condiciones de Profesional de Salud y Rangos de Edad

Rem. Salarial (S/.)	Total (%)	Médico	Enfermera (o)	0 a 35 años	Mayores a 35 años
Menos de 2500	7.5	0	7.5	6.8	0.7
Entre 2500 y 4500	51.7	12.2	39.5	18.7	33.0
Más de 4500	39.1	39.1	0	6.1	33.0
No específica	1.7	1	0.7	1.0	0.7
Total	100.0	52.3	47.7	32.7	67.3

4.3.3 Análisis sobre las opiniones vinculadas a la felicidad

A continuación, se exponen los resultados de los encuestados, para lo cual se utiliza un análisis de frecuencia, generándose la moda, promedio y desviación típica de cada opinión. Esta herramienta nos permite ilustrar la percepción que tienen los médicos y enfermeras (os) encuestados en relación con el bienestar subjetivo (Tabla 18).

Tabla 18

Percepciones Vinculadas a la Felicidad

Ítems del OHQ-SF- en español	Moda	Promedio	Desviación típica
Q1: No me gusta mucho mi forma de ser	2	2.14	1.16
Q2: Creo que la vida es muy gratificante	5	4.82	0.88
Q3: Estoy muy satisfecho con mi vida	5	4.84	0.94
Q4: No me encuentro atractivo	2	2.07	0.97
Q5: Encuentro hermosas muchas cosas	4	4.36	0.85
Q6: Tengo tiempo para hacer todo lo que quiero	1	2.49	1.44
Q7: Me siento mentalmente despierto	5	4.91	0.99
Q8: No tengo recuerdos muy felices del pasado	3	2.85	1.42

Los médicos y enfermeras (os) encuestados destacaron sus respuestas en ocho preguntas presentadas, donde Q2, Q3, Q5, Q6 y Q7 son preguntas afirmativas y Q1, Q4 y Q8 son preguntas negativas, analizadas mediante una conversión a favor de la felicidad. Luego se exponen los resultados obtenidos de los encuestados; donde el promedio más alto de los resultados se encuentra en las preguntas Q7 (4.91), Q3 (4.84) y Q2 (4.82), sin embargo, el promedio más bajo se encuentra en la pregunta Q6 (2.49). En relación con las preguntas

negativas se expone los promedios más altos de los resultados en Q4 (2.07), Q1 (2.14) y Q8 (2.85).

4. 4 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana

Para determinar el nivel de felicidad total, primero se analiza si la variable bienestar subjetivo de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana tiene una distribución normal, para ello se utiliza la prueba de Kolmogórov-Smirnov debido a que el tamaño de muestra es grande ($n > 30$), considerando un nivel de confianza del 95%, o un nivel de significación del 5% (Tabla 19).

Tabla 19

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para Determinar Distribución Normal

Bienestar Subjetivo		
N	294	
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3.56
	Desviación típica	1.286
Z de Kolmogórov-Smirnov	0.083	
Significación asintótica	0.00004	

(a) La distribución de contraste es la normal.

(b) Se han calculado a partir de los datos.

De los resultados obtenidos, se observa que la significación asintótica (Bilateral) es igual a 0.00004, siendo menor al nivel de significación (0.05), por lo tanto, se concluye que existe evidencia estadística para indicar que la variable de bienestar subjetivo no se distribuye de manera normal. Del procedimiento anterior, pasamos a interpretar el nivel de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) encuestados de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, para lo cual utilizaremos los puntajes de una escala de Likert, donde la calificación es: (a) totalmente en desacuerdo (TD), (b) bastante en desacuerdo (BD), (c) ligeramente en desacuerdo (LD), (d) ligeramente de acuerdo (LA), (e) bastante de acuerdo (BA) y (f) totalmente de acuerdo (TD). A un nivel de confianza del 95%, la media

poblacional de la felicidad general de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana se encuentra en un puntaje promedio acumulado de 35.37; por lo tanto, se concluye que la media poblacional de la felicidad de éstos se encuentra clasificada como moderada felicidad (Tabla 20).

Tabla 20

Resultados del Nivel de Felicidad

Clasificación de la Felicidad	Puntaje	Resultado promedio
Alta Felicidad	Mayor a 37 puntos	
Moderada Felicidad	Entre 29 y 36 puntos	35.37
Baja Felicidad	Menor a 28 puntos	

4.5 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Profesión

Para identificar si existen diferencias significativas entre los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana, se realizó la prueba de Mann Whitney U para muestras independientes (Tabla 21).

Prueba de Hipótesis:

Tabla 21

Estadística de Grupo por Condición de Profesión

	Profesión	N	Resultado promedio de Felicidad
Nivel de Felicidad	Médico	154	36.11
	Enfermera (o)	140	34.55
	Total	294	

El objetivo es identificar si existen diferencias entre las medias poblacionales de la felicidad general de los médicos (Rango promedio = 161.43) y las enfermeras (os) (Rango promedio = 132.18).

Hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): La media poblacional de felicidad total de los médicos es igual o menor a la media poblacional de felicidad total de las enfermeras (os).

Hipótesis alterna (H_a): La media poblacional de felicidad total de los médicos es mayor a la media poblacional de felicidad total de las enfermeras (os).

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba Mann Whitney U para muestras independientes (Tabla 22), en el cual se observa que el nivel de significancia es igual a 0.002, siendo menor al nivel de significación (0.05).

Tabla 22

Prueba de Hipótesis para Muestras Independientes por Condición de Profesión

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Mann-Whitney U	8,635
Wilcoxon W	18,505
Z	-2.954
Significancia bilateral	0.002

Interpretación. A un nivel de significación del 5%, se acepta la hipótesis alternativa, debido a que la significación bilateral obtenida de 0.002 es menor que el nivel de significación (0.05). Por lo tanto, se concluye que la media poblacional de felicidad total de los médicos es mayor a la media poblacional de felicidad total de las enfermeras (os). Es

decir, si existen diferencias significativas entre médicos y enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, respecto a la media poblacional de la felicidad total.

4. 6 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Sexo

Para identificar si existen diferencias significativas entre el sexo de los médicos y enfermeras (os) encuestados de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, se realizó la prueba Mann Whitney U para dos muestras independientes (Tabla 23).

Prueba de Hipótesis:

Tabla 23

Estadística de Grupo por Condición de Sexo

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de Felicidad	Hombres	154	152.33	18,431.50
	Mujeres	140	144.12	24,933.50
	Total	294		

El objetivo es identificar si existen diferencias entre las medias poblacionales de la felicidad general de los hombres (Suma de rangos = 18,431.50) y las mujeres (Suma de rangos = 24,933.50).

Hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): La media poblacional de felicidad total de las mujeres es igual o menor a la media poblacional de felicidad total de los hombres.

Hipótesis alterna (H_a): La media poblacional de felicidad total de las mujeres es mayor a la media poblacional de felicidad total de los hombres

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba Mann Whitney U para muestras independientes (Tabla 24), en el cual se observa que el nivel de significancia de 0.207 es mayor al nivel de significación (0.05).

Tabla 24

Prueba de Hipótesis para Muestras Independientes por Condición de Sexo

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Mann-Whitney U	9,882.5
Wilcoxon W	24,933.5
Z	-0.816
Significancia bilateral	0.207

Interpretación. A un nivel de significación del 5%, se acepta la hipótesis nula, debido a que la significación bilateral obtenida de 0.207 es mayor que el nivel de significación (0.05). Por lo tanto, se concluye que la media poblacional de felicidad total de las mujeres es igual o menor a la media poblacional de felicidad total de los hombres. Es decir, no existen diferencias significativas entre el sexo de los médicos y enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, respecto a la media poblacional de la felicidad total.

4. 7 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Edad

Para identificar si existen diferencias significativas entre la edad de los médicos y enfermeras (os) encuestados de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, se contrastó variables de tipo escalar, para ello se realizó la prueba de correlación de Spearman.

Hipótesis:

Hipótesis nula (Ho): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) no está relacionado con la edad.

Hipótesis alterna (Ha): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) si está relacionado con la edad.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba correlación de Spearman para variables de tipo escalar (Tabla 25), en el cual se observa que el nivel de significancia de 0.199 es mayor al nivel de significación (0.05).

Tabla 25

Prueba de Correlación de Spearman por Condición de Edad

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Correlación	-0.065
Significancia bilateral	0.263
N	294

Interpretación. A un nivel de significación del 5%, se acepta la hipótesis nula, debido a que la significancia bilateral de 0.263 es mayor que el nivel de significación (0.05). Por lo tanto, se concluye que la media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) no está relacionada con la edad. Es decir, no existen diferencias significativas entre la edad y la felicidad de los médicos y enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana.

4. 8 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Estado Civil

Para identificar si existen diferencias significativas entre el estado civil de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, se realizó la prueba Kruskal Wallis Test para más de dos muestras independientes (Tabla 26).

Prueba de Hipótesis:

El objetivo es identificar si existen diferencias entre las medias poblacionales de la felicidad general de los solteros (Rango Promedio = 152.84), casados (Rango Promedio = 148.20), viudos (Rango Promedio = 144.60) y divorciados (Rango Promedio = 124.06)

Tabla 26

Estadística de Grupo por Condición de Estado civil

	Estado Civil	N	Rango Promedio
Nivel de Felicidad	Soltero/a	95	152.84
	Casado/a	168	148.20
	Viudo/a	5	144.60
	Divorciado/a	26	124.06
	Total	294	

Hipótesis:

Hipótesis nula (H₀): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) es igual en todos los estados civiles.

Hipótesis alterna (H_a): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) es diferente en al menos uno de los estados civiles.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba Kruskal Wallis Test para más de dos muestras independientes (Tabla 27), en la cual se observa que el nivel de significancia de 0.497 es mayor al nivel de significancia (0.05).

Interpretación. A un nivel de significación del 5%, se acepta la hipótesis nula, debido a que la significancia bilateral de 0.497 es mayor que el nivel de significación (0.05). Por lo tanto, se concluye que la media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras

(os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana es igual en todos los estados civiles.

Es decir, no existen diferencias significativas entre los estados civiles de los médicos y enfermeras (os), respecto a la media poblacional de la felicidad total.

Tabla 27

Prueba de Hipótesis para más de dos Muestras Independientes por Condición de Estado civil

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Chi-Square	2.380
df	3
Significancia bilateral	0.497

4.9 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Existencia de Hijo

Para identificar si existen diferencias significativas entre los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana que tienen hijos con aquellos que no los tienen, se realizó la prueba de Mann Whitney U para dos muestras independientes (Tabla 28).

Prueba de Hipótesis:

Tabla 28

Estadística de Grupo por Condición de Existencia de Hijo (s)

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de Felicidad	Sin Hijo	90	157.47	14,172
	Con Hijo	204	143.10	29,193
	Total	294		

El objetivo es identificar si existen diferencias entre las medias poblacionales de la felicidad general de los médicos y enfermeras (os) sin hijos (Suma de rangos = 14,172) y los médicos y enfermeras (os) con hijos (Suma de rangos = 29,193).

Hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) con hijos es igual o menor a la media poblacional de felicidad total de los mismos sin hijo.

Hipótesis alterna (H_a): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) con hijos es mayor a la media poblacional de felicidad total de los mismos sin hijo.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba Mann Whitney U para muestras independientes (Tabla 29), en el cual se observa que el nivel de significancia de 0.910 es mayor al nivel de significancia (0.05).

Tabla 29

Prueba de Hipótesis para Muestras Independientes por Condición de Existencia de Hijo (s)

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Mann-Whitney U	8,283
Wilcoxon W	29,193
Z	-1.339
Significancia bilateral	0.910

Interpretación. A un nivel de significación del 5%, se acepta la hipótesis nula, debido a que el nivel de significancia bilateral de 0.910 es mayor que el nivel de significación (0.05).

Por lo tanto, se concluye que la media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) con hijos es igual o menor a la media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) sin hijos. Es decir, no existen diferencias significativas entre los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana con hijos y sin hijos, respecto a la media poblacional de la felicidad total.

4. 10 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Años de Experiencia

Para identificar si existen diferencias significativas entre los años de experiencia de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, se realizó la prueba de Kruskal Wallis para más de dos muestras independientes (Tabla 30).

Prueba de Hipótesis:

Tabla 30

Estadística de Grupo por Condición de Años de Experiencia

	Años de Experiencia	N	Rango Promedio
Nivel de Felicidad	Menos de 10 años	124	159.79
	Entre 11 a 20 años	82	130.20
	Más de 20 años	88	146.31
	Total	294	

El objetivo es identificar si existen diferencias entre las medias poblacionales de la felicidad general de los médicos y enfermeras (os) con menos de 10 años de experiencia (Rango Promedio = 159.79), entre 11 años a 20 años de experiencia (Rango Promedio = 130.20) y más de 20 años de experiencia (Rango Promedio = 146.31).

Hipótesis:

Hipótesis nula (Ho): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) es igual en todos los grupos de años de experiencia.

Hipótesis alterna (Ha): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) es diferente en al menos uno de los grupos de años de experiencia.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba Kruskal Wallis para más de dos muestras independientes (Tabla 31), en el cual se observa que el nivel de significancia bilateral de 0.049 es menor al nivel de significación (0.05) y se acepta la hipótesis alterna, siendo al menos uno de los grupos de años de experiencia diferente a la media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os).

Tabla 31

Prueba de Hipótesis para más de dos Muestras Independientes por Condición de Años de Experiencia

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Chi-Square	6.037
df	2
Significancia bilateral	0.049

Para identificar el grupo, se evaluó la diferencia significativa entre ellos. Se realizó la prueba de Mann Whitney U para dos muestras independientes e identificó que sólo existen diferencias significativas (Tabla 32) entre las medias poblacionales de la felicidad general de los médicos y enfermeras (os) con menos de 10 años de experiencia (Rango Promedio =111.48) y 11 años a 20 años de experiencia (Rango Promedio = 91.44).

Tabla 32

Estadística de Grupo por Menos de 10 Años de Experiencia y Entre 11 Años a 20 Años de Experiencia

	Años de Experiencia	N	Rango Promedio	Suma de Rangos
Nivel de Felicidad	Menos de 10 años	124	111.48	13,823
	Entre 11 y 20 años	82	91.44	7,498
	Total	206		

Hipótesis:

Hipótesis nula (Ho): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) es igual entre los grupos de menos de 10 años de experiencia y 11 años a 20 años de experiencia.

Hipótesis alterna (Ha): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) es diferente entre los grupos de menos de 10 años de experiencia y 11 años a 20 años de experiencia.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba Mann Whitney U para dos muestras independiente (Tabla 33), en el cual se observa que el nivel de significancia bilateral de 0.018 es menor al nivel de significación (0.05).

Interpretación. A un nivel de significación del 5%, se acepta la hipótesis alterna, debido a que el nivel de significación bilateral de 0.049 es menor que el nivel de significación (0.05). Por lo tanto, se concluye que la media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) es diferente en al menos uno de los grupos de años de experiencia. Es decir, existen diferencias significativas entre grupos de año de experiencia, respecto a la media

poblacional de la felicidad total. Esta diferencia solo se da entre los médicos y enfermeras (os) de menos de 10 años experiencia y 11 años a 20 años de experiencia.

Tabla 33

Prueba de Hipótesis para dos Muestras Independientes: Menos de 10 Años de Experiencia y Entre 11 Años a 20 Años de Experiencia

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Mann-Whitney U	4,095
Wilcoxon W	7,498
Z	-2.367
Significancia bilateral	0.018

4. 11 Nivel de Felicidad Total de los Médicos y Enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa por Condición de Nivel Salarial

Para identificar si existen diferencias significativas entre el nivel salarial de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, se contrastó variables de tipo escalar, para ello se realizó la prueba de correlación de Spearman.

Hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) no está relacionada con el nivel salarial.

Hipótesis alterna (H_a): La media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) sí está relacionada con el nivel salarial.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

Se realizó la prueba correlación de Spearman para variables de tipo escalar (Tabla 34), la que se observa que el nivel de significancia bilateral de 0.001 es menor al nivel de significancia (0.05).

Tabla 34

Prueba de Correlación de Spearman por Condición de Nivel Salarial

Felicidad (Bienestar Subjetivo)	
Correlación	-0.188
Significancia bilateral	0.001
N	294

Interpretación. A un nivel de significación del 5%, se acepta la hipótesis alterna, debido a que la significancia bilateral de 0.001 es menor que el nivel de significación (0.05). Por lo tanto, se concluye que la media poblacional de felicidad total de los médicos y enfermeras (os) si está relacionada con la remuneración salarial. Es decir, existe diferencias significativas entre remuneración salarial y felicidad de los médicos y enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana.

Capítulo 5: Plan de Acción

En este capítulo se mostrará a detalle el plan de acción propuesto como resultado del análisis efectuado en los capítulos anteriores. Las tareas se clasificarán de acuerdo con la prioridad de ejecución y según la responsabilidad designada a cada integrante del equipo de trabajo. Se presentarán dos secciones: (a) la conformación del Comité de la Felicidad y (b) la descripción de las actividades consideradas en el plan de acción. Este último en función a las variables: tiempo, responsables, actividades, alcance, objetivo, indicador y presupuesto disponible versus los gastos incurridos.

5.1. Conformación del Comité de la Felicidad

Dada la importancia de la investigación que implica mejorar los niveles de felicidad de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa, es necesario resaltar que el Comité de la felicidad será una pieza fundamental para el éxito del plan de acción propuesto con el fin de mantener y mejorar la felicidad, siendo por ello importante ejecutar todas las tareas en la secuencia y plazos óptimos, con la debida responsabilidad. Las personas integrantes del Comité de la felicidad serán evaluadas y seleccionadas en función a sus conocimientos, destrezas, capacidad de trabajo en equipo y capacidad de liderazgo dentro del hospital y, de acuerdo, al rol y desempeño que mantienen actualmente dentro del área a la que pertenezcan. Asimismo, se tomará como referente la participación en equipos de trabajo previos para algún plan interno del hospital con relación al bienestar subjetivo u otros temas relacionados. Con el respaldo de la Dirección General del Personal de la Salud – Minsa y por lo antes expuesto, se tipifican dentro del equipo de trabajo dos formas de apoyo para el plan de acción.

El grupo de trabajo como se aprecia en la Figura 2 deberá estar conformado por un miembro gestor de cada hospital del Minsa, quién será responsable de velar por la ejecución y seguimiento de las tareas asignadas a su responsabilidad, denominado Líder del Plan

seleccionado por la Dirección General de Personal de la Salud – Minsa. Además de miembros de apoyo externo e interno, conformado por médicos y enfermeras (os) de las mismas organizaciones médicas. El líder del plan será responsable de la selección de los miembros internos del Comité de la felicidad, el cual, a su vez, es responsable del cumplimiento y seguimiento de todos los programas y actividades definidas en el plan de acción. Se proponen un total de once actividades con la participación de los médicos y enfermeras (os) del Minsa.

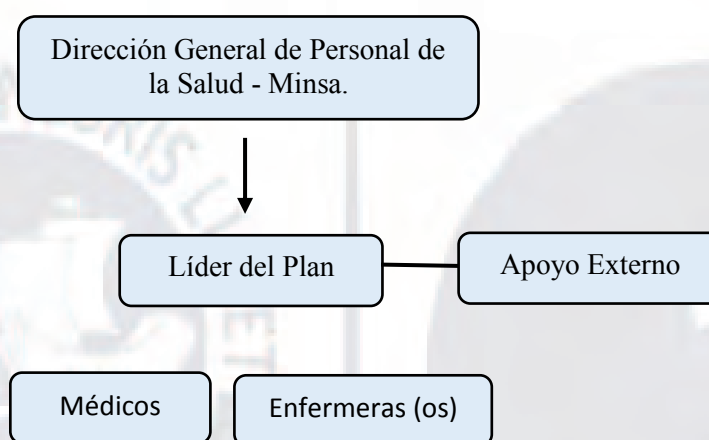


Figura 2 Estructura del Comité de la Felicidad

5.1.1 Apoyo externo

Se refiere a todo integrante que no pertenece a los hospitales del Minsa que brindará el soporte necesario para contribuir con el logro de los indicadores establecidos en cada actividad. Estos integrantes estarán bajo supervisión del Líder del Plan. Estos pueden ser: serían un psicólogo, un nutricionista y un instructor en meditación y relajación.

5.1.2. Apoyo Interno

Conformado por médicos y enfermeras (os) miembros del Comité de la felicidad vinculados laboralmente a los hospitales del Minsa y que serán el nexos responsable de la ejecución de todas las actividades requeridas en su centro de labores, así mismo, del

seguimiento y cumplimiento de los tiempos estimados para cada una de las actividades internas y; aquellas efectuadas por los componentes encargados de brindar el apoyo externo.

5.2. Descripción del Plan de Acción

De acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación, los médicos y enfermeras (os) presentan niveles de felicidad moderada. De la evaluación de las variables sociodemográficas se consideró que los factores que influyen en la felicidad son: (a) la diferencia de profesiones, donde los médicos presentaron mayores niveles de felicidad que las (os) enfermeras (os); (b) en relación con el nivel salarial, el mayor ingreso se relacionó con mayor nivel de felicidad y (c) respecto a los años de experiencia, menor años de experiencia laboral se encuentra relacionado con mayor nivel de felicidad. A partir de lo mencionado se elabora un plan de acción que permita mantener y mejorar los niveles de felicidad en los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana, propuestos para un alcance promedio de 1,000 médicos y enfermeras (os) por hospital con una participación mínima del 70%, entre los cuales tenemos:

a) Presentación de los resultados de la investigación realizada:

La presentación de los resultados de la investigación está enfocada en informar y explicar los resultados obtenidos de las variables evaluadas en la presente investigación con relación a los niveles de felicidad que presentan los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. Para ello, se tiene la participación de los tesisistas como responsables de coordinar el desarrollo de éste con los hospitales del Minsa dentro del primer mes. El objetivo es sensibilizar a la alta Dirección General de Personal de Salud sobre la importancia del tema de la felicidad, a fin de lograr su aprobación para la implementación.

b) Creación de comité de la felicidad:

La creación del comité de la felicidad tiene la participación de la alta Dirección General de Personal de Salud con la finalidad de evaluar y seleccionar dentro del primer mes a los médicos y/o enfermeras (os) idóneos al puesto mediante un perfil que está en función a los conocimientos, destrezas, capacidad de trabajo en equipo y capacidad de liderazgo. El objetivo es establecer los responsables de la implementación y ejecución del plan de acción.

c) Campaña de comunicación:

La campaña de comunicación está enfocada en la participación del comité de felicidad en difundir de contenido de felicidad a través de correos, murales, afiches, charlas, entre otros. Su alcance es exclusivo a los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. El objetivo del programa será introducir el concepto de felicidad en los médicos y enfermeras (os) para generar reflexión sobre la misma, y promover su participación en el plan de acción propuesto. El plazo de difusión de este programa será dentro del primer mes, con una asistencia de 250 personas por semana, alcanzando un costo total de aproximadamente S/. 500.

d) Creación de la política de felicidad:

Tiene la finalidad de establecer los lineamientos generales sobre bienestar subjetivo percibido por los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. Dentro del alcance se encuentran la Dirección General de Personal de Salud, el líder del Plan y los médicos y enfermeras (os). El objetivo principal es la elaboración y comunicación de las políticas sobre felicidad, asimismo, en el largo plazo se tiene como propósito convertirse en una pieza fundamental de la visión estratégica de las organizaciones médicas como propuesta de mejora y opción por considerarse en futuras investigaciones. Para el

desarrollo se propone como monto a invertir S/. 1,000, la implementación es considerada dentro del primer mes.

e) Emprendiendo:

Mediante el cual se propone la realización de talleres de asesoramiento para futuros emprendimientos de los médicos y enfermeras (os) interesados. El desarrollo de este programa está dirigido a los Médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. Tiene como objetivo mejorar la economía familiar del personal, a través de la generación de otros ingresos económicos. El factor de felicidad relacionado es el ingreso económico. El indicador del cumplimiento corresponde a la cantidad de participantes respecto del total de médicos y enfermeras (os) del hospital, pretendiendo cubrir aproximadamente el 15% del total. El monto requerido para invertir en la implementación de este es S/. 4,000 en un período de tres meses.

f) Programa de apoyo social: Un amigo

El programa está enfocado en la formación de equipos de trabajo para actividades de apoyo social a otras organizaciones como orfanatos, entre otros. El desarrollo de este programa está dirigido a los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana. Tiene como objetivo formar equipos de trabajo entre médicos y enfermeras (os) para mejorar las buenas relaciones entre todo el personal, asimismo, fomentar la participación, sociabilización y comunicación con los compañeros de trabajo. El indicador del cumplimiento corresponde a la cantidad de participantes respecto del total de médicos y enfermeros del hospital, pretendiendo cubrir aproximadamente el 15% del total. El monto requerido para invertir en la implementación de este es S/. 2,000 en un período de tres meses.

g) Taller de sonrisa:

El taller consiste en un conjunto de actividades prácticas relacionadas a la integración de personas a través de la conexión del lenguaje corporal y el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva y sociabilización, su alcance son los médicos y enfermeras (os) en cada hospital del Minsa. El objetivo del taller estará dado en buscar mejoras en el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os). El indicador de cumplimiento corresponde a la cantidad de participantes respecto del total de médicos y enfermeros del hospital, pretendiendo cubrir aproximadamente el 15% del total. El factor de felicidad a desarrollar son las relaciones positivas con otras personas. La duración de los talleres está dada para sesiones de dos horas cada una, tres sesiones a la semana, en un período de tres meses. En total son 72 horas y el costo por hora son 60 soles, siendo el monto para invertir S/. 4,320. Los talleres se realizarán en los auditorios de cada hospital con el permiso de la Dirección General de Personal de Salud.

h) Programa de Capacitación feliz:

El programa estará enfocado en potenciar el crecimiento profesional de los médicos y enfermeros mediante la promoción de convenios y alianzas con instituciones públicas y privadas en educación. Su alcance es exclusivo a los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa. El objetivo del programa será promover la formación continua del personal y lograr un alto grado de especialización. Su indicador de cumplimiento corresponde al porcentaje de médicos y enfermeras (os) capacitados en alguna materia respecto al total de médicos y enfermeras (os) de cada hospital del Minsa, pretendiendo cubrir un 15% del total, en seis meses. El factor de felicidad relacionado es el crecimiento profesional. El plazo de difusión de este programa será de tres meses por

representantes de las instituciones públicas y privadas en convenio con el hospital del Minsa. No se dispondrá de fondos de inversión dado que el comité solo tendrá la función como medio facilitador y no como ejecutor.

i) Deporte con Alegría:

El programa de Deporte con alegría está orientado a la realización de programas rotativos y variados de deporte para el personal de todas las edades y con facilidades de horario, algunos de los deportes son fútbol, vóley y básquet, se incluyen también actividades físicas como baile, yoga y natación. El alcance son los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa. Los objetivos será promover la actividad física de los médicos y enfermeras (os) y lograr insertar en la rutina del personal las actividades físicas para promover una vida sana. El indicador de cumplimiento es la cantidad de médicos y enfermeras (os) que participan en las actividades físicas respecto a la cantidad de personal de cada hospital del Minsa, pretendiendo cubrir un 15% del total. El factor de felicidad asociado con la actividad física se relaciona con mayores niveles de felicidad. El plazo del programa es de tres meses. Se estima que habrá un instructor por cada 50 personas en cada sesión. Las sesiones se realizarán una vez por semana y el costo por sesión es de 120 soles por un plazo de tres meses con el apoyo de cinco instructores y una inversión de S/. 7,200.

j) Aplicación del Instrumento OHQ- Short-Form:

Propuesto con la finalidad de medir los niveles felicidad en los médicos y enfermeras (os) en los hospitales del Minsa, una vez concluido el desarrollo de los programas propuestos con motivo de determinar mejoría en los niveles de felicidad. Tiene un alcance hacia la Dirección General de Personal de Salud, los médicos y enfermeras (os) y el comité líder. Se propone realizar la medición en un

período de 30 días en el doceavo mes del desarrollo del plan de acción en las instalaciones de los hospitales del Minsa con una inversión de S/. 2,000.

El plan de acción se dividió en actividades generales, asimismo, como actividades específicas, tal como: (a) programa de apoyo social: un amigo, (b) taller de sonrisa, (c) programa de capacitación feliz, (d) deporte con alegría y (e) emprendiendo, mediante el desarrollo de cada uno de ellos se busca lograr la participación de todos los médicos y enfermeras (os) que laboran en cada hospital del Minsa, motivo por el cual se estimó con cada uno cubrir aproximadamente un 15% del total. Para la ejecución del plan de acción se requiere de la inversión de un monto tentativo de S/. 21,020. La programación de las actividades se encuentra planificadas de acuerdo con el Gantt establecido en la Tabla 36, establecidos para el período de un año. De la efectividad del plan de acción en el nivel de felicidad, obtenido este último en el cierre del plan, en los siguientes años se podrán mejorar o estructurar otros programas.

Tabla 35

Estructura Detallada del Plan de Acción

PROGRAMA	ACTIVIDADES	ALCANCE	OBJETIVO	INDICADOR	FACTOR FELICIDAD	INVERSIÓN	PLAZO
Presentación de los resultados de la investigación realizada	Presentación del estudio, resultados obtenidos, la propuesta de trabajo y resultados esperados.	Dirección General de Personal de Salud	Sensibilizar a la alta dirección sobre la importancia del tema de la felicidad, a fin de lograr su aprobación para la implementación	-	-	-	1 mes
Creación de comité de la felicidad	Selección de los miembros del comité de felicidad, internos y externos, para la implementación y ejecución del plan de acción.	Dirección General de Personal de Salud, el líder del Plan y médicos y enfermeras (os)	Establecer responsables de la implementación y ejecución del plan de acción.	-	-	-	1 mes
Campaña de comunicación	Difusión de contenido de felicidad a través de correo, murales, afiches, charlas, entre otros.	Todos los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa	Introducir el concepto de felicidad en los médicos y enfermeras (os) para generar reflexión sobre la misma, y promover su participación.	-	-	S/. 500	1 mes
Creación de la política de felicidad	Establecer los lineamientos generales sobre bienestar subjetivo percibido en los médicos y enfermeras (os) del Minsa	Dirección General de Personal de Salud, el comité líder y médicos y enfermeras (os)	Elaboración y comunicación de políticas sobre felicidad	-	-	S/. 1,000	1 mes
Emprendiendo	Realización de talleres de asesoramiento para futuros emprendimientos en los médicos y enfermeras (os)	Médicos y enfermeros de los hospitales del Minsa	Mejorar la economía familiar del personal, a través de la generación de ingresos adicionales en sus familias.	% de médicos y enfermeras (os) que participan (Mín. 15%)	Ingreso Económico	S/. 4,000	3 meses

PROGRAMA	ACTIVIDADES	ALCANCE	OBJETIVO	INDICADOR	FACTOR FELICIDAD	INVERSIÓN	PLAZO
Programa de apoyo social: Un amigo	Formación de equipos de trabajo para actividades de apoyo social	Médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa	Formar equipos de trabajo entre médicos y enfermeras (os) para mejorar las buenas relaciones entre todo el personal	% de médicos y enfermeras (os) que participan (Mín. 15%)	Bienestar subjetivo	S/. 2,000	3 meses
Taller de sonrisa	Taller de integración con la finalidad de enseñar habilidades de comunicación asertiva y sociabilización	Médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa	Mejorar el nivel de felicidad en los médicos y enfermeras (os)	% de médicos y enfermeras (os) que participan (Mín 15%)	Relaciones positivas con otras personas	S/. 4,320	3 meses
Programa de Capacitación feliz	Establecer convenios con instituciones públicas y privadas en educación	Médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa	Promover la formación del personal	% de médicos y enfermeras (os) capacitados en alguna materia (Mín 15%)	Crecimiento Profesional	-	9 meses
Deporte con Alegría	Realización de programas rotativos y variados de deporte con flexibilidad de horario	Médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa	Promover la actividad física	% de médicos y enfermeras (os) que participan (Mín 15%)	Actividad física que estimula la felicidad	S/. 7,200	3 meses
Aplicación del Instrumento OHQ-Short-Form en español	Medición del nivel de felicidad en los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa	Dirección General de Personal de Salud, médicos y enfermeras (os) y el comité líder	Determinar el nivel de felicidad en los médicos y enfermeras (os) una vez concluido el plan de acción	Nivel de felicidad	Bienestar subjetivo	S/. 2,000	1 mes, en el doceavo mes

Capítulo 6: Conclusiones y Recomendaciones

En el presente capítulo se listan las conclusiones a las preguntas y objetivos planteados en el capítulo 1, luego se detallan las contribuciones teóricas y prácticas. También se indican las limitaciones de la investigación para complementar la argumentación de las conclusiones y posteriormente se listan las recomendaciones prácticas, para la sostenibilidad de niveles de felicidad altos y mejora de los niveles bajos de felicidad en la muestra, y para futuras investigaciones. Cada uno de estos aportes está sustentado en todo lo desarrollado en los capítulos anteriores. Finalmente se resume el contenido de este capítulo para mostrar de manera concisa las partes más importantes para una rápida lectura.

6.1 Conclusiones

Después de realizar el análisis cuantitativo, se ha respondido a las preguntas de la investigación: ¿Cuál es el actual nivel de felicidad de los médicos que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?, ¿Cuál es el actual nivel de felicidad de las (os) enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?, ¿Cuál es la relación de la felicidad y las características sociodemográficas de los médicos y enfermeras (os) que trabajan en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?, ¿Cuáles son los factores que contribuyen al índice de la felicidad de los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana? y ¿Cuáles son las acciones por realizar para mejorar el nivel de felicidad encontrado en los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana?

Las conclusiones del estudio son:

- a) El resultado promedio de la felicidad de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana tiene un valor de 35.37, de un máximo de 48, el cual corresponde a un nivel de felicidad moderado.

- b) El nivel actual promedio de felicidad de los médicos que laboran en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana tiene un valor de 36.11, el cual corresponde a un nivel de felicidad moderado.
- c) El nivel actual de felicidad de las (os) enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa en Lima Metropolitana tiene un valor de 34.55, el cual corresponde a un nivel de felicidad moderado.
- d) Las características sociodemográficas de la muestra son variadas y no representan en su conjunto un patrón característico en los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana. Se identificaron algunos elementos que se correlacionan con un mayor nivel de felicidad, como los años de experiencia laboral, el nivel salarial y la diferencia de profesiones.
- e) Se determinó que existen diferencias significativas entre los niveles de felicidad de los médicos y enfermeras (os) de menos de 10 años experiencia y entre 11 años a 20 años de experiencia. En ese sentido, se puede mencionar que los profesionales con menos años de experiencia laboral tendrían una percepción mayor de felicidad.
- f) Se determinó que existen diferencias significativas entre los niveles de felicidad de los médicos y enfermeras (os) y el nivel salarial. Por tanto, es probable que un mayor nivel salarial se relaciona con mayores niveles de felicidad.
- g) Se determinó que existen diferencias significativas entre los niveles de felicidad de los médicos y enfermeras (os) y la condición de profesión. Por lo tanto, es probable que los médicos posean mayores niveles de felicidad que las (os) enfermeras (os).
- h) La edad de los trabajadores, el sexo, el estado civil y la cantidad de hijos no presentan una diferencia significativa con los niveles de felicidad.

6.2 Contribuciones sobre las Variables de Investigación

A continuación, se listan las contribuciones de la investigación, primero al conocimiento y la teoría, para finalmente indicar el aporte relacionado a la práctica en las ciencias sociales.

6.2.1 Contribuciones teóricas

La presente investigación aportó al conocimiento de la felicidad o bienestar subjetivo sobre los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa, en dos aspectos.

Primero, el estudio aplicó el instrumento de medición OHQ-SF en español, que se caracterizó por ser multicultural, y ha sido utilizado por primera vez en el Perú, con lo que se abordaron aspectos culturales relacionados a la felicidad que la literatura no había considerado antes.

Segundo, aporta al campo del conocimiento de la felicidad, añadiendo mayor evidencia a la literatura actual, especialmente en un sector donde casi no se han realizado investigaciones tanto a nivel mundial como en el Perú, además, de gran importancia, sobre todo por la carencia de recursos y la alta demanda de atención de servicios de salud, siendo los médicos y enfermeras (os), quienes intervienen directamente en la atención de las necesidades de los pacientes.

6.2.2 Contribuciones prácticas

La presente investigación establece relaciones entre los datos sociodemográficos de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana y su nivel de felicidad. Este conocimiento permitirá elaborar propuestas de mejora dentro de los centros de labores de los médicos y enfermeras (os) de los Hospitales del Minsa, con la finalidad de incrementar sus niveles de felicidad.

La importancia del estudio es el proporcionar evidencia empírica representativa para el sector salud en el Minsa, un precedente para estudios a nivel nacional dado que su alcance

es representativo en hospitales y otras instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados.

6.3 Limitaciones

La presente investigación tiene varias limitaciones, las cuales pueden ser consideradas como base para mejorar los estudios posteriores en los profesionales de salud en los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana.

Primero, las respuestas obtenidas corresponden a la percepción subjetiva del profesional encuestado en dicho momento, quedando por conocer cómo se comportan estos niveles de felicidad obtenidos y si son sostenibles o no en el tiempo.

Segundo, se presentó dificultad para acceder a los médicos y enfermeras (os), por lo cual muchas veces se encuestó fuera de los hospitales debido a que el personal se encontraba en permanente labor y con escaso tiempo.

Tercero, no se obtuvo facilidades para el desarrollo del estudio, por el tiempo escaso y la demanda de tiempo requeridos para obtener los permisos de aplicar las encuestas con los diferentes hospitales. Futuras investigaciones pueden centrarse en un solo hospital para disminuir los tiempos de coordinación.

6.4 Recomendaciones

Ser y estar feliz, desarrollarse como persona o estar a gusto con sí mismo (a) son cuestiones básicas que han preocupado a las personas desde hace milenios (Haybron, 2008).

6.4.1 Recomendaciones prácticas

Sobre la base de los resultados obtenidos, se presentan a continuación las siguientes recomendaciones prácticas desarrolladas en el plan de acción hacia los hospitales del Minsa.

Primero, se recomienda elaborar continuamente estadísticas que midan la felicidad de los médicos y enfermeras (os) que laboran en los hospitales del Minsa, necesiten conocer la

percepción de bienestar subjetivo del personal y encontrar elementos que faciliten la felicidad.

Segundo, se sugiere que la Alta Dirección de los hospitales del Minsa incorpore en sus planes estratégicos la forma de elevar los niveles de felicidad de sus trabajadores, alineados a su visión de agentes de cambio y máximo bienestar de las personas.

Tercero, se recomienda crear el Comité de felicidad que tenga como objetivo incrementar el bienestar subjetivo de los médicos y enfermeras (os) que están en contacto permanente con los pacientes.

Cuarto, se recomienda implementar políticas de felicidad institucional enfocadas hacia una mejora inmediata de la percepción de felicidad en los empleados y que funcione como soporte y retribución para el desarrollo profesional de los médicos y enfermeras (os) en el largo plazo. Adicionalmente, dichas políticas deben estar en concordancia con las buenas prácticas en la atención de los pacientes.

Quinto, se sugiere establecer programas, talleres y actividades dentro y fuera de las instituciones que permitan incrementar los índices de felicidad en los empleados del Minsa.

6.4.2 Propuestas para futuras investigaciones

A continuación, listamos las propuestas para investigaciones futuras, que nacen a partir del desarrollo del presente documento.

Primero, se recomienda evaluar los niveles de felicidad en todo el personal de los hospitales del Minsa utilizando métodos longitudinales de forma periódica, a fin de monitorear los factores que determinan los niveles de felicidad de los trabajadores y establecer planes de acción sobre aquellos que tiene responsabilidad directa, de tal forma que se forje una nueva cultura organizacional, sustentada en la sostenibilidad y mejora de los niveles de felicidad de sus trabajadores.

Segundo, se sugiere repetir el presente estudio en las regiones del Perú con mayores problemas en disponibilidad de recursos y menor acceso a centros de salud privados, a fin de obtener los niveles de felicidad del personal que labora en estas instituciones y elaborar un plan nacional de mejora y sostenibilidad de estos.

Tercero, se recomienda elaborar un estudio comparativo entre los principales factores característicos de los profesionales más felices y menos felices, a fin de identificar las brechas a reducir para la mejora del nivel de felicidad de estos últimos.

6.5 Resumen

La presente investigación determina el nivel de felicidad de los médicos y enfermeras (os) de los hospitales del Minsa de Lima Metropolitana. Recoge información de sus características sociodemográficas y su relación con los niveles de felicidad. Además, contribuye al conocimiento sobre la felicidad al utilizar por primera vez el instrumento OHQ-SF en español en el Perú, un país con carencia de recursos, bajo presupuesto e inversión en el sector salud, y con un aumento en la demanda de pacientes en atención de servicios de salud.

Al determinar el nivel de felicidad de la población objetivo, se genera un precedente para futuras investigaciones en otras regiones o incluso para el ámbito nacional. Con la expectativa de superar la limitación de la validez del presente estudio solo a la población seleccionada, incluso, para realizar comparaciones entre los niveles de felicidad de hospitales a fin de determinar si existen variaciones sustanciales para establecer políticas de mejora. Finalmente, las recomendaciones prácticas exigen una creación y seguimiento continuo de indicadores de felicidad a nivel institucional, además, el desarrollo y aplicación de un enfoque estratégico de largo plazo que incorpore el bienestar subjetivo.

Referencias

- Abbagnano, N. (1974). *Diccionario de filosofía. fondo de cultura económica*. México, 2da. edición., pp. 527-530.
- Abdollahi, A., Abu-Talib, M., Yaacob, S. & Ismail, Z. (2014). La resistencia como mediadora entre el estrés percibido y la felicidad en las enfermeras [Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 789-796.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 95-102.
- Alarcón, R., & Rodríguez, T. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 59-69.
- Alesina, A., Di Tella, R., & MacCulloch, R. (2004). Desigualdad y felicidad: ¿Son diferentes los europeos y los estadounidenses? [Inequality and happiness: ¿Are Europeans and Americans different?]. *Journal of Public Economics*, 88, 2009– 2042.
- Álvarez, L. (2012). Creencias sobre la escala de felicidad en la población adulta en la ciudad de Bucaramanga (Colombia) [Beliefs about happiness scale into adult population in the city of bucaramanga (Colombia)]. *Investigación & Desarrollo*, 20(2), 302-333.
- Álvarez, A. & Muñiz, J. (2013). Felicidad y desarrollo de la Cultura en las organizaciones, un enfoque psicosocial. [Happiness and development of culture in organizations, a psychosocial approach]. *Investigación & Desarrollo*, 7-31.
- Andía-Flores, V. (2015). Análisis de los índices de felicidad como medida de bienestar en la Escuela Profesional de Administración Universidad Nacional del Altiplano Puno. *Revista de Investigaciones Altoandinas-Journal of High Andean Research*, 17(3), 395-402.

- Andrews, F., & MC Kennell, A. (1980). Medidas del bienestar autoinformado: sus componentes afectivos, cognitivos y otros [Measures of self reported well-being: Their affective cognitive and other components]. *Social Indicator Research*, 8(2), 127-155.
- Argyle, M. (1997). ¿Es la felicidad una causa de salud? [Is happiness a cause of health?]. *Psychology and Health*, 12(6), 769-781.
- Argyle, M. (2001). *The psychocology of happiness* (2a ed.). New York, NY: Routledge.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). La felicidad en función de la personalidad y los encuentros sociales. [Happiness as a function of personality and social encounters]. *Recent advances in social psychology: An international perspective*, 189-203.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). La felicidad de los extrvertidos [The happiness of extraverts]. *Personality and Individual Differences*, 11(10), 1011-1017.
- Auné, S.E., Abal, F. J., & Attorresi, H.F. (2017). Efectos del género y la educación en la felicidad en adultos argentinos. *Liberabit*, 23(2), 171-190.
- Bagheri, F., Akbarizadeh, F., & Hatami, H. (2011). La relación entre la inteligencia espiritual y la felicidad en el personal de enfermería del hospital Fatemeh Zahra y el instituto Bentolhoda de la ciudad de Bushehr [The relationship between spiritual intelligence and happiness on the nurse staff of the Fatemeh Zahra hospital and Bentolhoda institute of Boushehr city]. *Iranian South Med*, 14(4), 256-263.
- Banco Estado. (2011). *Microempresas Banco Estado Microempresas fomenta la Gestión de la Felicidad*. Recuperado de <http://www.corporativo.bancoestado.cl/sala-de-prensa/noticias-bancoestado/noticias-2011/2015/09/03/bancoestado-microempresas-fomenta-la-gesti%C3%B3n-de-la-felicidad>

- Benzo, R., Kirsch, J. & Nelson, C. (2017). Compasión, atención plena y la felicidad de los trabajadores de la salud [Compassion, Mindfulness and the Happiness of Health Care Workers]. *Explore*, 13(3), 201-206.
- Bookwalter, J. & Dalenberg, D. (2004). El bienestar subjetivo y los factores domésticos en Sudáfrica [Subjective wellbeing and household factors in South Africa]. *Soc Indic Res*, 65, 333-353.
- Carrillo, S., Feijóo, M. L., Gutiérrez, A., Jara, P., & Schellekens, M. (2017). El papel de la dimensión colectiva en el estudio de la felicidad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 115-129.
- Ciochini, F.J., Molteni, G.R., & Brenlla, M.E. (2010). Bienestar subjetivo en la Argentina durante el período 2005-2007: Determinantes de la felicidad, según la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA). *Revista de Psicología de la Universidad Católica de Argentina*, 6(11), 41-65.
- David, S., Boniwell, I., & Conley A. (2013). *The Oxford Handbook of Happiness*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- De los Ríos-Giraldo, A. L. (2016). Felicidad y economía: la felicidad como utilidad en la economía. *Equidad & Desarrollo*, (26), 115-143.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación Española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Diener, E. (1984). Bienestar Subjetivo [Subjective Well-Being]. *Psychological Boletín*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. Bienestar Subjetivo [Subjective Well-Being]. (2000). *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personalidad, cultura y bienestar subjetivo: evaluaciones emocionales y cognitivas de la vida [Personality, culture, and subjective Well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life]. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403–25.
- Dutschke, G. (2013). Factores condicionantes de felicidad organizacional. Estudio exploratorio de la realidad en Portugal. *Revista de Estudios Empresariales*, (1), 21-43.
- Echegoyen, J. (2004). *Historia de la filosofía: Filosofía Griega*. Ed. Edinumen. Madrid, España.
- Flórez-Ruiz, J. F. (2013). Felicidad, suicidio, riqueza y desempeño estatal. *Revista Derecho del Estado*, (30), 125-155.
- Flores-Kanter, P.E., Muñoz-Navarro, R., & Medrano, L.A. (2018). Concepciones de la Felicidad y su relación con el Bienestar Subjetivo: un estudio mediante Redes Semánticas Naturales. *Liberabit*, 24(1), 115-130.
- Fragoso, R., Luna, A. S., Morales, M. M., & Juárez, J. F. (2017). ¿Qué hace felices a los niños en la escuela? Conceptos básicos y factores que influyen en la felicidad dentro del contexto escolar. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 4(2), 1-27.
- Gómez-León, A., Ruíz-Travera, J. K., & Vergara-Hincapié, J. (2008). Richard layard y la economía de la felicidad. *Ensayos de Economía*, 18(32), 197-220.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Gómez, R. (2002). *El Médico como persona en la relación Médico-Paciente*. Madrid, España: Fundamentos.
- Hayati, F., Mahmoudi, N., Mahnoubi, M., & Akbari-Nassaji, N. (2017). La relación entre la felicidad y las características demográficas en el personal de hospitales en Abadan

- [The relationship between happiness and demographic characteristics in hospitals' staff in Abadan]. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*, 8(2), 636-643.
- Haybron, D. M. (2008). *La búsqueda de la infelicidad: la esquiva psicología del bienestar* [The pursuit of unhappiness: The elusive psychology of well-being]. New York, NY: Oxford University Press. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*, 8(2), 636-643.
- Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2018). Informe de la felicidad mundial 2018, actualización [World Happiness Report 2016, Update] (Vol. I). New York, NY: Sustainable Develop Solutions.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a ed.). México DF, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández-Vicente, I. A., Lumbreras-Guzmán, M., Méndez-Hernández, P. Rojas-Lima, E., Cervantes-Rodríguez, M., & Juárez-Flores, C. A. (2017). Validación de una escala para medir la calidad de vida laboral en hospitales públicos de Tlaxcala. *Salud Pública de México*, 59(2), 183–192.
- Heylighen, F. (1992). Evolución, egoísmo y cooperación [Evolution, Selfishness and Cooperation]. *Journal of Ideas*, 2(4), 70-76.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). El cuestionario de felicidad de Oxford: una escala compacta para medir el bienestar psicológico [The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being]. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Joshanloo, M. (2016). Revisando la distinción empírica entre los aspectos hedónicos y eudaimónicos del bienestar mediante el modelado exploratorio de ecuaciones estructurales [Revisiting the Empirical Distinction Between Hedonic and Eudaimonic

- Aspects of Well-Being Using Exploratory Structural Equation Modeling]. *Journal of Happiness Studies*, 17(5), 2023-2036.
- Kashdam, T. (2004). La evaluación del bienestar subjetivo (cuestiones planteadas por el Cuestionario de Felicidad de Oxford) [The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire)]. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1225-1232.
- Khosrojerdi, Z., Tagharrobi, Z., Sooki Z. & Sharifi K. (2018). Predictores de la felicidad entre las enfermeras iraníes [Predictors of happiness among Iranian nurses]. *International Journal of Nursing Sciences*, 1-6.
- Laborin, J., & Vera, J. (2000). Orientación al logro y evitación al éxito en población que habita la región noroeste del desierto de México. *Suma Psicológica*, 7(2), 211-230.
- Layous, K., & Lyubomirsky, S. (2012). El cómo, por qué, qué, cuándo y quién de la felicidad: Mecanismos subyacentes al éxito de las intervenciones de actividad positiva [The how, why, what, when, and who of happiness: Mechanisms underlying the success of positive activity interventions]. To appear in J. Gruber & J. Moskowitz (Eds.), *The light and dark side of positive emotions*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Ley N° 29783, *Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Diario oficial El Peruano, Lima, Perú, 20 de agosto de 2011.
- Lewis, C., Francis, L. & Zieberts, H. (2002). La consistencia interna fiabilidad y validez de constructo de la traducción alemana del inventario de felicidad de Oxford [The internal consistency reliability and construct validity of the German translation of the Oxford happiness inventory]. *North American Journal of psychology*, 4, 211-220.
- Lyubomirsky S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona, España: Ediciones Urano.

- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). Una medida de felicidad subjetiva: fiabilidad preliminar y validación de constructo [A measure of Subjective Happiness: Preliminary Realibility and Construct Validation]. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- López, J. & Fierro, I. (2015). Determinantes de la felicidad en los administradores: una investigación realizada en las farmacias del Grupo Difare en Ecuador. *Universidad & Empresa*, 17(29), 181-211.
- McAuley, C & Rose, W. (2010). *Child Well-Being: Understanding Children's Lives*. Londres, Inglaterra: Jessica Kingsley Publishers.
- Medvedev, O., Siegert, R., Mohamed, A., Shepherd, D., Landhuis, E., & Krageloh, C. (2017). El Cuestionario de la Felicidad de Oxford: Transformación de un Ordinal a una Medida de Intervalo Utilizando el Análisis de Rasch [The Oxford Happiness Questionnaire: Transformation from an Ordinal to an Interval Measure Using Rasch Analysis]. *Journal of Happiness Studies*, 18(5), 1425-1443.
- Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (25 de agosto de 2017). Marco Macroeconómico Multianual 2018-2021. *Diario Nacional El Peruano*, pp.1-148.
- Minsa. (2013). Análisis de situación de salud del Perú. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
- Minsa. (2017). *Hospitales y clínicas: entidades del ministerio MINSA, del seguro ESSALUD, privadas y militares*. Recuperado de <http://www.am-sur.com/am-sur/peru/notizen/cursos/2016-10-secr-med/03-sistemas-servicio-de-salud/2017-03-03-hospitales+clinicas-MINSA-ESSALUD-privadas-militares.pdf>
- Minsa. (2018). Listado de Trabajadores del Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=404>
- Mir, A., Ahmadi A. & Bahrami F. (2012). El efecto de la terapia autorreguladora de matrimonio corto en la salud mental de las parejas [The effect of autoregulatory short

marriage therapy on couples' mental health]. *New Findings in Psychology*, 7(22), 33-43.

Javad-Liaghatdar, M., Jafari, E., Reza-Abedi, M., & Samiee, F. (2008). Confiabilidad y validez del Inventario de Felicidad de Oxford entre estudiantes universitarios en Irán [Reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among University students in Iran]. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 310-313.

Moya, R. (1991). *Estadística Descriptiva. Conceptos y aplicaciones*. Lima, Perú: San Marcos Municipalidad de Lima. (2016). *Lima Metropolitana*. Recuperado de

<http://www.munlima.gob.pe/lima>

Muratori, M., Zubieta E., Ubillos, S., González, J., & Bobowik, M. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: Estudio Comparativo Entre Argentina y España. *Psykhe (Santiago)*, 24(2), 1-18.

Ochoa-García, D. (2004, Jan 19). Capital intelectual / Las fuentes de la felicidad. Monterrey, México: El Norte.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1957). *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Serie de Informes Técnicos, 122.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Enfermería*. Recuperado de

<http://www.who.int/topics/nursing/es/>

Pavot, W. & Diener, E. (1999). Revisión de la satisfacción con la escala de vida [Review of the satisfaction with life scale]. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

Peiró-Giménez, A. (2004). Condiciones socioeconómicas y felicidad de los españoles.

Revista Información Comercial Española, (816), 179-194.

Pincheira-Torres, I. (2013). Entre el marketing corporativo y la política pública. el gobierno de la felicidad en el neoliberalismo chileno [Between corporate marketing and public

- policy. the government of happiness in chilean neoliberalism]. *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5(11), 7-20.
- Poveda-Bermúdez, O. (2015). Felicidad en América Latina – Algunos determinantes socioeconómicos. *Antropología Y Sociología: Virajes*, 17(1), 253-273.
- Rajabi, G., Ghasemi, S., Reshadat, S. & Zangeneh, A. (2015). Felicidad en el personal del sector salud: algunos factores demográficos y ocupacionales [Happiness in health sector personnel: Some demographic and occupational related factors]. *Journal of Isfahan Medical School*; 32(309), 1897-1906.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22^a, ed., vols. 1-10). Madrid, España: Espasa.
- Ryff, C. (1989). La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico [Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Rodríguez, A. (2013). *Técnicas de medición de la felicidad y su relación entre la productividad y calidad de vida de los empleados en las organizaciones actuales* (Tesis de Grado). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Ruiz-Medina, M.I., Borboa-Quintero, M.S., & Rodríguez-Valdez, J. C. (2013). El enfoque mixto de investigación en los estudios fiscales. *Revista Académica de Investigación TLATEMOANI*, (13), 1-25.
- Scott, D. (2011). *Happiness at Work*. Center for American Nurses. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/57ad/f01a5fc515225e344cfc22ba04f74779e3c5.pdf>
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positiva psicología progresiva de la validación empírica de las intervenciones [Positive psychology progress empirical validation of interventions]. *American Psychologist*, 60, 410-421.

- Seligman, M. (2002). *Felicidad Auténtica [Authentic Happiness]*. New York, USA: Free Press.
- Siegrist J. (2003). Subjective well-being: new conceptual and methodological developments in health-related social sciences. *ESF SCSS Exploratory Workshop on Income, Interactions and Subjective Well-Being*.
- Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT). (2018). *Consulta Ruc*. Recuperado de <https://e-consultaruc.sunat.gob.pe/cl-ti-itmrconruc/jcrS00Alias>
- Tomás, J., Edo, M., Aradilla, A., Sorribes, J. Fernández, B. & Montes, J. (2014, febrero). Propiedades psicométricas preliminares de la forma Española del Oxford Happiness Questionnaire Short-Form. Comunicación presentada al XV Congreso Virtual de Psiquiatría. Barcelona: Interpsiquis.
- Toribio-Pérez, L., González-Arratia, N.I., Valdez-Medina, J.L., González-Escobar, S., & Van-Barneveld, H.O. (2012). Validación de la Escala de Felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 71-79.
- Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la felicidad: análisis psicométrico de la escala de felicidad subjetiva en población chilena. *Terapia psicológica*, 29(1), 127-133.
- Veenhoven, R. (2001). What we know about happiness? Working paper. Rotterdam: Erasmus University.
- Wilson, W. (1967). Correlatos de la felicidad declarada [Correlates of avowed happiness]. *Psychological Bulletin*, pp. 294-306.
- Yang, Y. (2008). Desigualdades sociales en la felicidad en los Estados Unidos, 1972 a 2004: un análisis de edad-período-cohorte [Social inequalities in happiness in the United

States, 1972 to 2004: An age-period-cohort analysis]. *American Sociological Review*, 73, 204-226.

Yamamoto-Suda, J. (2015). *Un Modelo de Bienestar Subjetivo para Lima Metropolitana* (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Yamamoto, J. & Feijoo, A. (2007). Componentes énicos del bienestar. Hacia un modelo alternativo de desarrollo. *Revista de Psicología*, 25(2), 197-231.

Zarandi, H., Taherkhani E. & Shafiee S. (2015). La relación de Felicidad en el trabajo con el espíritu empresarial organizativo de los empleados del Ministerio de Deporte y Juventud [The relationship of Happiness at work with organizational entrepreneurship of employees of the Ministry of Sport and Youth]. *Journal of Human Resource Management in Sport* 2 (2), 117-128.

Apéndice A: Carta de Presentación

DEPARTAMENTO ACADÉMICO
POSGRADO EN NEGOCIOS



DAPN-258

Lima, 13 de agosto de 2018

SEÑOR(ES)
Hospital del MINSA
Presente -

Asunto: Autorización para Encuestas para Investigación de Tesis

De nuestra mayor consideración,

Nos dirigimos ante usted para saludarlo y presentarle, en la condición de responsables de la propuesta de investigación "**La Felicidad en los Hospitales del Minsa en Lima Metropolitana**", para su consideración en el apoyo a la atención de las encuestas necesarias para el desarrollo de este.

El proyecto presentado por los estudiantes de maestría del programa de MBA Gerencial Internacional 104 de CENTRUM Católica, Escuela de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú, tiene por objetivo principal evaluar el nivel de felicidad de los trabajadores que forman parte del hospital.

Declaramos que la propuesta cumple con los requisitos de la investigación y utilizará la información sólo con fines académicos con motivo de realizar una evaluación y proponer planes de mejora.

Esperamos contar con su autorización y apoyo para el desarrollo de la presente investigación.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads 'Beatrice Avolio'.

Beatrice Avolio
Jefa del Departamento de Posgrado en Negocios
Pontificia Universidad Católica del Perú
CENTRUM Católica

Apéndice B: Cuestionario

Fecha (Día)	
-------------	--

Número de encuesta	
--------------------	--

CUESTIONARIO DE FELICIDAD - OXFORD

Estimado profesional de la salud:

El presente cuestionario recoge información acerca de que a gusto o contento se siente con respecto a diversos aspectos cotidianos que experimenta en su vida personal. Es muy importante que responda el cuestionario con total sinceridad, ya que a partir de la información que recojamos se harán recomendaciones que contribuyan a la mejora de la felicidad del personal que labora dentro de la institución.

I. DATOS GENERALES:


P1. SEXO	P2. EDAD (Años)	P3. ESTADO CIVIL			P4. NÚMERO DE HIJOS		
1. Hombre 2. Mujer		1. Soltero 2. Casado 3. Otro:			0. No tiene		
P5. PROFESIÓN	P6. EXPERIENCIA GENERAL (Años)	P7. NOMBRE DE HOSPITAL			P8. SALARIO MENSUAL (S/.)		
1. Médico 2. Enfermera/o					Monto: S/.		
					1. Menos de 2500	2. De 2500 a 4500	3. Más de 4500

II. ESCALA DE FELICIDAD: (Marque con un "X" cada pregunta)

Muy en desacuerdo.	Moderadamente en desacuerdo.	Ligeramente en desacuerdo.	Ligeramente de acuerdo.	Moderadamente de acuerdo.	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5	6

N°	ÍTEM	ESCALA					
		1	2	3	4	5	6
Q1	No me gusta mucho mi forma de ser						
Q2	Creo que la vida es muy gratificante						
Q3	Estoy muy satisfecho/a con mi vida						
Q4	No me encuentro atractivo/a						
Q5	Encuentro hermosas muchas cosas						
Q6	Tengo tiempo para hacer todo lo que quiero						
Q7	Me siento mentalmente despierto/a						
Q8	No tengo recuerdos muy felices del pasado						

Apéndice C: Autorización de Uso del Instrumento OHQ-SF en español

Fwd: Cuestionario Felicidad Subjetiva  Recibidos x



JONATHAN MORALES GONZALES <jonathan.morales@puce.edu.pe>
para LUIS, mi, PABLO ▾

----- Forwarded message -----

From: **Javier Montes** <javier.montes@eug.es>

Date: Tue, 4 Sep 2018, 3:22 am

Subject: Cuestionario Felicidad Subjetiva

To: jonathan.morales@puce.edu.pe <jonathan.morales@puce.edu.pe>

Estimado Jonathan,

En el documento adjunto encontrará el cuestionario OHQ-SF, en su versión española.

En cuanto a la autorización que comenta, puede contar con ella para todos los estudios que realice su equipo de investigación.

Saludos cordiales

Javier Montes, PhD

Professor titular

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat (Adscrita UAB)

Av. de la Generalitat, 202-206

08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)- España

Tel.: (+34) 93 589 37 27 (ext. 241)- Fax: (+34) 93 589 14 66

Apéndice D: The Oxford Happiness Questionnaire

INSTRUCTIONS. Below are a number of statements about happiness. Would you please indicate how much you agree or disagree with each by entering a number alongside it according to the following code:

1=strongly disagree; 2=moderately disagree; 3=slightly disagree; 4=slightly agree; 5=moderately agree; 6=strongly agree.

You will need to read the statements carefully because some are phrased positively and others negatively. Don't take too long over individual questions; there are no 'right' or 'wrong' answers and no trick questions. The first answer that comes into your head is probably the right one for you. If you find some of the questions difficult, please give the answer that is true for you in general or for most of the time.

- | | |
|---|-------|
| 1†. I don't feel particularly pleased with the way I am (-) | ..... |
| 2. I am intensely interested in other people | ..... |
| 3†. I feel that life is very rewarding | ..... |
| 4. I have very warm feelings towards almost everyone | ..... |
| 5. I rarely wake up feeling rested (-) | ..... |
| 6. I am not particularly optimistic about the future (-) | ..... |
| 7. I find most things amusing | ..... |
| 8. I am always committed and involved | ..... |
| 9. Life is good | ..... |
| 10. I do not think that the world is a good place (-) | ..... |
| 11. I laugh a lot | ..... |
| 12†. I am well satisfied about everything in my life | ..... |
| 13†. I don't think I look attractive (-) | ..... |
| 14. There is a gap between what I would like to do and what I have done (-) | ..... |
| 15. I am very happy | ..... |
| 16†. I find beauty in some things | ..... |
| 17. I always have a cheerful effect on others | ..... |
| 18†. I can fit in everything I want to | ..... |
| 19. I feel that I am not especially in control of my life (-) | ..... |
| 20. I feel able to take anything on | ..... |
| 21†. I feel fully mentally alert | ..... |
| 22. I often experience joy and elation | ..... |
| 23. I do not find it easy to make decisions (-) | ..... |
| 24. I do not have a particular sense of meaning and purpose in my life (-) | ..... |
| 25. I feel I have a great deal of energy | ..... |
| 26. I usually have a good influence on events | ..... |
| 27. I do not have fun with other people (-) | ..... |
| 28. I don't feel particularly healthy (-) | ..... |
| 29†. I do not have particularly happy memories of the past (-) | ..... |

Notes. Items marked (-) should be scored in reverse. †Indicates components of the OHQ short scale. The sum of the item scores is an overall measure of happiness, with high scores indicating greater happiness.