



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

ANSIEDAD GENERALIZADA,
IMPULSIVIDAD E IRA EN PERSONAL
DE SALUD DE DOS CENTROS DE
SALUD, LA LIBERTAD, PERÚ, 2026

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

MARIA LUISA CHAMORRO FERNANDEZ

LIMA – PERÚ

2026

ASESORA

MG. LUZ ALICIA POMAHUACRE CARHUAYAL

JURADO DE TESIS

DRA. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

PRESIDENTE

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

VOCAL

DR. HENRY SANTA CRUZ ESPINOZA

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mi Renata y a mi maternidad, este camino lo iniciamos juntas y hoy siento que

se logró. Amada hija, sé que llegaste a mi vida para llenarme de fortaleza.

Contigo aprendí lo frágil e inmenso que es este amor, y en cada paso de este camino fuiste mi motor para continuar y llegar hasta aquí. Gracias por existir y por enseñarme, día a día, la fuerza que solo una madre encuentra por su hija.

Hoy más que nunca siento cuánto de este logro te pertenece a ti.

A mi amada madre Haidee, por su amor leal, su apoyo incondicional en este

logro y ser un gran ejemplo de lucha, constancia, perseverancia, coraje y

fortaleza en todo momento Gracias por todo, mamá.

A mi amado Miguel, mi compañero de aventuras, mi soporte constante, por

sostener mi mano en mis días de cansancio y celebrar conmigo mis logros.

Gracias por caminar a mi lado.

A mi papito, por ser mi ángel y cuidar de mí siempre.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios y a la Virgen de la Puerta, por permitirme cumplir todos mis propósitos y
ser guía de cada uno de mis pasos.

A mi madre, gracias mami por todo tu apoyo, eres el principal motor para cumplir
con mis sueños.

A mi asesora, Mg. Luz Alicia Pomahuacre Carhuayal, por compartir sus
enseñanzas y conocimientos, guiándome en esta investigación.

A todas las personas que contribuyeron para el logro de esta meta.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CHAMORRO FERNANDEZ MARIA LUISA

Pertenecientes al programa de la **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, autores del trabajo titulado: **ANSIEDAD GENERALIZADA, IMPULSIVIDAD E IRA EN PERSONAL DE SALUD DE DOS CENTROS DE SALUD, LA LIBERTAD, PERÚ, 2026**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	POMAHUACRE CARHUAYAL LUZ ALICIA	FAPSI	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **13%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3047704698**; fecha de entrega: **01-10-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 01 de octubre de 2026**

Firma del asesor
N° DNI: 42620791
ORCID: 0000-0001-9269-7754

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Justificación e importancia.....	9
1.3. Problema de Investigación	10
1.3.1. Problema General.....	10
1.3.2. Problemas Específicos	10
1.4. Limitaciones.....	11
II. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo General.....	13
2.2. Objetivos Específicos.....	13
III. HIPÓTESIS.....	14
3.1. Hipótesis General.....	14
3.2. Hipótesis Específicas	14
IV. MARCO TEÓRICO	15
4.1. Sustento teórico de las variables	15
4.1.1. Ansiedad Generalizada.....	15
4.1.2. Impulsividad.....	19
4.1.3. Ira.....	22

4.1.4. Relación teórica de las variables	25
4.1.5. Descripción del personal de salud.....	29
4.2. Antecedentes	30
V. METODOLOGÍA	38
5.1. Tipo y diseño de investigación	38
5.2. Población y muestra	38
5.2.1. Características de la población.....	38
5.2.2. Descripción de la población	39
5.2.3. Muestra.....	39
5.3. Variables: Definiciones conceptuales y operacionales	40
5.4. Método y/o instrumentos de recolección de datos	43
5.4.1. Ficha sociodemográfica	43
5.4.2. Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7	43
5.4.3. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)	46
5.4.4. Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5).....	48
5.5. Procedimiento de recolección de datos	51
5.6. Plan de análisis de datos	53
5.7. Consideraciones éticas	56
VI. RESULTADOS.....	61
VII. DISCUSIÓN	75
VIII. CONCLUSIONES	84

IX. RECOMENDACIONES.....	85
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
XI. ANEXOS	

RESUMEN

El personal de salud enfrenta problemas psicológicos crónicos derivados de estresores laborales asociados de forma sostenida con la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira. La investigación tuvo como propósito determinar la relación entre estas tres variables en personal de salud de dos centros de salud de la región La Libertad y, comparar dichas variables según sexo. El tipo de investigación fue empírico, con estrategia asociativa y diseño correlacional y comparativo. Se evaluó a la totalidad del personal accesible ($N = 172$; 63.95% mujeres y 36.05% varones) mediante el GAD-7, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y el DAR-5. Dado el carácter censal del estudio, el análisis se sustentó en la magnitud del tamaño de efecto y no en pruebas de significancia inferencial. Los hallazgos evidenciaron relaciones directas de magnitud grande entre la ansiedad generalizada y la impulsividad ($r_s = .43$), entre la ansiedad generalizada y la ira ($r_s = .38$) y entre la impulsividad y la ira ($r_s = .39$), lo que brindó sustento empírico a la hipótesis general del estudio. En las comparaciones según sexo no se identificaron diferencias de magnitud interpretable en la ansiedad generalizada ($r = .01$) ni en la ira ($r = .05$); sin embargo, se observó una diferencia pequeña en la impulsividad ($r = .20$), donde los varones obtuvieron puntuaciones descriptivamente más altas que las mujeres, concentrada en el componente de impulsividad no planeada ($r = .27$).

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Conducta Impulsiva, Ira, Personal de Salud, Centros de Salud.

ABSTRACT

Healthcare personnel face chronic psychological problems derived from occupational stressors sustainedly associated with generalized anxiety, impulsivity, and anger. The aim of this research was to determine the relationship between these three variables in healthcare personnel from two health centers in the La Libertad region, and compare these variables by sex. The research was empirical, using an associative strategy with a correlational and comparative design. The entire accessible staff ($N = 172$; 63.95% women and 36.05% men) was assessed using the GAD-7, the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), and the DAR-5. Given the census-like nature of the study, the analysis was based on effect size magnitude rather than inferential significance tests. The findings showed large positive relationships between generalized anxiety and impulsivity ($r_s = .43$), between generalized anxiety and anger ($r_s = .38$), and between impulsivity and anger ($r_s = .39$), providing empirical support for the study's general hypothesis. In the comparisons by sex, no differences of interpretable magnitude were identified in generalized anxiety ($r = .01$) or anger ($r = .05$); however, a small difference was observed in impulsivity ($r = .20$), where men obtained descriptively higher scores than women, concentrated in the non-planning impulsivity component ($r = .27$).

KEYWORDS: Generalized Anxiety Disorder, Impulsive Behavior, Anger, Health Personnel, Health Centers.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En el escenario asistencial actual, los centros de salud enfrentan una crisis latente caracterizada por secuelas estructurales crónicas que persisten en los entornos de atención (Bellido-Boza et al., 2025). El equipo de salud conformado por médicos, enfermeros y técnicos, afronta diversos conflictos psicológicos asociados con la interacción entre la desregulación emocional, el desgaste profesional, el daño moral y los factores laborales, operativos y estructurales (Shirazi, 2023). Entre estos determinantes destacan la intensa presión laboral, la hiperexposición a situaciones agobiantes, la escasez de personal sanitario y la realización de servicios en contextos de alta exigencia afectiva y recursos limitados (de Vroege & van den Broek, 2023; Maslach & Leiter, 2016).

En este panorama de exigencia continua, la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira constituyen manifestaciones psicológicas relevantes en el personal de salud y pueden coexistir en contextos caracterizados por dificultades de regulación afectivo-cognitiva (Guillín & Flores, 2022). Esta coexistencia puede comprometer tanto la salud del trabajador como la seguridad del paciente, dado que la desregulación emocional se asocia con mayor riesgo de errores clínicos y menor calidad de cuidado (Polo Cobos et al., 2024; Pachi et al., 2023). En este sentido, resulta pertinente examinar la presencia de estas tres variables y, particularmente, la manera en que podrían asociarse entre sí en el personal de salud.

La ansiedad generalizada es una de las manifestaciones psicológicas más documentadas en el personal de salud. Su relevancia en el personal de salud también

puede comprenderse desde sus implicancias sobre los procesos cognitivos involucrados en actividad asistencial, manifestándose mediante hipervigilancia, aprensión ante la posibilidad de cometer errores, somatización e insomnio (Adibi et al., 2021; Chen et al., 2024; Boyer et al., 2024). En el continente americano, la persistencia de brechas presupuestales y la sobrecarga laboral pueden exacerbar los problemas relacionados con el bienestar emocional del personal sanitario (de Vroege & van den Broek, 2023). Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que un tercio (33%) del personal de salud presentaba síntomas de ansiedad generalizada (Shechter et al., 2020).

Asimismo, un estudio en seis países de Latinoamérica reportó que Bolivia y Ecuador presentaron sintomatología de ansiedad generalizada moderada en el 64.7% de los casos, mientras que en Colombia predominó una sintomatología leve (57.3%) y severa (14.5%) (Caldichoury et al., 2023). En el contexto peruano, un estudio reportó que el personal de salud presenta sintomatología de ansiedad generalizada moderada en el 57.5% de los casos, leve en el 33.1% y grave en el 9.4% (Caldichoury et al., 2023); en un hospital del norte peruano, la población sanitaria, conformada por médicos, enfermeras, obstetras y técnicos de enfermería, exteriorizó sintomatología ansiosa generalizada en el 50.6% de los casos, principalmente leve (37.4%), mientras que el 6% mostró sintomatología moderada y el 7.1% severa (Valladares-Garrido et al., 2025).

Estos hallazgos sugieren que la sintomatología asociada a la ansiedad generalizada está determinada fundamentalmente por factores laborales estructurales crónicos, como los turnos extensos, la alta rotación, la escasez de

personal, la carga de trabajo y la falta de apoyo institucional (de Vroege & van den Broek, 2023; Rodríguez-Rey et al., 2020).

Esta sobrecarga de recursos cognitivos asociada a la sintomatología ansiosa podría relacionarse con respuestas menos controladas frente a situaciones de elevada demanda asistencial, lo que hace pertinente examinar su vínculo con la aparición de respuestas impulsivas, constructo que se desarrolla a continuación (Eysenck et al., 2007).

La impulsividad, entendida como dificultades en la inhibición conductual y en la regulación de las respuestas frente a las demandas del entorno, así como respuestas rápidas e irracionales que deterioran la salud del individuo, es otro problema psicológico frecuente en el personal de salud (McCloskey et al., 2009; Guillín & Flores, 2022).

Se trata de un constructo de tres componentes observables en la labor asistencial: la impulsividad atencional o cognitiva (incapacidad de conservar la concentración y que deriva en decisiones apresuradas), la impulsividad motora (proceder sin pensar y actuar de forma no planificada) y la impulsividad asociada a la falta de previsión (omisión de protocolos de verificación sin medir consecuencias) (Loyola, 2011). En Lima, un estudio en personal de salud de un centro privado encontró una distribución desigual de la impulsividad: 69% en nivel alto, 30% en nivel medio y solo 1% en nivel bajo (Vidal, 2022), situación asociada a condiciones estructurales como la escasez del personal médico, el ausentismo acumulado y la sobrecarga de trabajo (Lucas, 2022; Shirazi, 2023).

En consecuencia, la impulsividad podría incrementar el riesgo de errores de medicación, fallos técnicos y vulneraciones de protocolos de seguridad del paciente; en el ámbito personal, los profesionales involucrados en este tipo de eventos adversos suelen reportar miedo, culpa, vergüenza y sensación de incompetencia profesional (Mahat et al., 2025). A su vez, estos fallos de ejecución acumulados generan frustración por el bloqueo de metas asistenciales, la cual tiende a expresarse mediante manifestaciones de ira, tercer constructo abordado en el presente estudio (Cavalera et al., 2025; Denson, 2015; Giusti et al., 2020).

La ira es un estado emocional que permite identificar y usar estrategias de afrontamiento frente a circunstancias estresantes para alcanzar objetivos (Kannis-Dymand et al., 2019). No obstante, cuando se cronifica y se combina con la desregulación propia de la sintomatología de ansiedad generalizada, se manifiesta como irritabilidad persistente, frustración por el bloqueo de metas e incapacidad para contener reacciones hostiles (Cavalera et al., 2025; Mion et al., 2026).

En un estudio estadounidense realizado en diversas disciplinas de salud, incluidos estudiantes de medicina, enfermeras de emergencia y residentes de medicina interna, se identificó la ira como un sentimiento desencadenado por la sintomatología de ansiedad generalizada e intensificado por la impulsividad ante situaciones complejas (Gorman et al., 2022). En el caso peruano, el 95.5% de los internos de medicina manifestó haber percibido algún tipo de hostilidad, siendo la agresión verbal la más habitual (91%), seguida de la exclusión social (84.2%) y la agresión física (58.6%) (Amemiya et al., 2019).

Estas manifestaciones de ira no permanecen en el ámbito individual, sino que trascienden hacia la relación asistencial y quedan registradas en los sistemas de quejas de los propios servicios de salud. En distintos establecimientos públicos peruanos, el trato brusco, la violencia verbal y el maltrato por parte del personal figuran de forma recurrente entre los principales motivos de reclamo de los usuarios, 13.9% en un hospital de nivel III (Alamo-Palomino et al., 2020), 23.5% en un servicio de urgencias de Lima (Cordova-Buiza et al., 2021) y el 23.3% en otro establecimiento público (Benites et al., 2021; Escobedo, 2022).

La recurrencia de este patrón en establecimientos distintos sugiere que la ira desregulada del personal de salud no es un hallazgo aislado, sino un problema con expresión constatable en la calidad de la atención, particularmente en contextos de alta carga laboral donde la interacción entre la sintomatología de ansiedad generalizada, impulsividad e ira se ve exacerbada (Pappa et al., 2020).

A nivel organizacional, este circuito se refleja en mayores tasas de ausentismo, rotación voluntaria del personal, licencias médicas prolongadas y ruptura de la alianza terapéutica, lo que precipita episodios de violencia ocupacional bilateral entre usuarios y personal sanitario (Cavalera et al., 2025; de Vroege & van den Broek, 2023).

Además de su relevancia individual, la evidencia disponible indica que la manifestación de estas tres variables difiere según el sexo, diferencia que la literatura atribuye de forma recurrente a los roles de género, los patrones de socialización y las expectativas asociadas a cada rol profesional dentro del equipo de salud (Eagly & Wood, 2013; Lai et al., 2020).

En el caso de la ansiedad generalizada, las mujeres, al ser mayoría en enfermería y con roles que suelen implicar mayor carga emocional, reportan niveles más altos de ansiedad que los hombres, lo que evidencia una mayor vulnerabilidad al agotamiento; en la misma línea, un estudio multicéntrico latinoamericano identificó que las mujeres, particularmente enfermeras y los profesionales jóvenes mostraron un mayor riesgo de sintomatología de ansiedad generalizada (Lai et al., 2020; Caldichoury et al., 2023).

Este mismo patrón de socialización diferenciada se traduce, en el caso de la impulsividad, en una asociación por componente más que en una diferencia general: los médicos hombres tienden a presentar mayor impulsividad motora, mientras que las enfermeras exhiben niveles superiores de impulsividad cognitiva, rumiación y sintomatología ansiosa (Chalan & Linares, 2024). En un estudio ecuatoriano, la impulsividad cognitiva presentó mayor prevalencia (91.8%), seguida de la no planeada (71.3%) y la motora (41.8%); según el sexo, los hombres obtuvieron mayor puntuación en impulsividad motora, mientras que en las mujeres predominaron la impulsividad cognitiva y la no planeada (Guillín & Flores, 2022).

De forma consistente con lo anterior, las manifestaciones de ira agudizadas por la sintomatología ansiógena y la baja tolerancia son más habituales en contextos de alta carga laboral y estrés crónico, sobre todo entre médicos jóvenes y enfermeros, lo que sugiere que las características laborales modularían esta respuesta emocional según el rol desempeñado (Bayrak et al., 2021).

En conjunto, estos hallazgos muestran que el sexo no constituye una característica sociodemográfica sin relación con estos constructos; en función de

los roles sociales y las expectativas laborales asignadas a cada profesión sanitaria, la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira presentan diferencias consistentes según el sexo del personal de salud (Eagly & Wood, 2013; Lai et al., 2020; Moustafa et al., 2017). Esta diferenciación no resta relevancia a examinar la posible relación entre las variables; por el contrario, sustenta la pertinencia de determinar tanto dicha relación como las diferencias que podrían presentarse en cada una de ellas según el sexo del personal de salud.

Para comprender la posible asociación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira, resulta pertinente exponer el mecanismo teórico que explica los procesos de regulación afectivo-cognitiva. De acuerdo con la Teoría de la Sensibilidad al Reforzamiento (Gray, 1982; Gray & McNaughton, 2000), la sintomatología ansiosa se vincula con la activación del Sistema de Inhibición Conductual (BIS), el cual coexistiría en tensión con el Sistema de Activación Conductual (BAS), relacionado a la impulsividad; en contextos laborales de alta exigencia emocional, la intervención adicional del sistema de Lucha-Huida explicaría por qué la activación ansiosa tendería a asociarse también con una reactividad de tipo defensivo vinculada a la ira (Minici & Rivadeneira, 2020).

A su vez, el modelo psicobiológico de Barratt (1972) concibe la ansiedad como un estado de alta tensión interna que compromete la eficiencia psicomotora y el control de la conducta; de acuerdo con Barratt y Patton (1983), niveles más elevados de ansiedad covariarían con una menor capacidad de inhibición conductual, así como con una mayor presencia tanto de respuestas impulsivas como de reacciones de enfado (Patton et al., 1995).

Integrando ambos modelos, se puede plantear que la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira podrían constituir componentes interrelacionados de un proceso de desregulación afectivo-cognitiva, cuya asociación resulta pertinente examinar en el personal de salud (Cavalera et al., 2025; Minici & Rivadeneira, 2020; Giusti et al., 2020).

De forma complementaria, la literatura respalda el vínculo entre la ira y la sintomatología de ansiedad como elementos que suelen manifestarse conjuntamente en problemas emocionales, configurando una afectividad negativa transitoria o permanente que se relaciona con conductas perjudiciales para la salud, como el abuso de alcohol o sustancias (Palop-Larrea, 2024). Asimismo, se ha planteado que un problema del estado de ánimo se asocia con un comportamiento impulsivo, el cual a su vez se vincula con el rechazo social y con manifestaciones de agresión e ira (Stanford et al., 2009).

Cabe precisar que este marco constituye una referencia teórica para el sustento de una posible relación entre los constructos; en el presente estudio, la relación entre las variables fue abordada mediante un análisis correlacional bivariado por pares, por lo que los resultados permitieron determinar la existencia de las asociaciones, sin establecer relaciones de causalidad.

Finalmente, la relación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira se encuentra escasamente investigada en el marco de las instituciones de salud peruanas. El análisis conjunto de estas variables resulta relevante para comprender cómo se asocian entre sí en un contexto de condiciones laborales adversas, con escasez de recursos, sobrecarga y desgaste, considerando además las diferencias

según sexo. Comprender estas relaciones desde una perspectiva psicológica y ocupacional en el contexto actual resulta relevante, en la medida en que puede aportar evidencia inicial que oriente el diseño de programas de intervención institucional y políticas de salud ocupacional dirigidas a preservar la integridad mental del trabajador de la salud, reducir eventos adversos y contribuir a una atención humanizada e integral en los centros de salud de La Libertad (Mion et al., 2026; Shirazi, 2023).

1.2. Justificación e importancia

Esta investigación se justificó teóricamente, puesto que permitió ampliar la literatura científica con relación a las variables en mención y conocer la situación psicológica y las respuestas ante situaciones demandantes que enfrenta el personal de salud, como las largas jornadas de trabajo, la constante presión, la toma de decisiones complicadas y la exposición frecuente al desconsuelo humano (Escobedo, 2022). Por ende, resultó pertinente analizar la relación entre ellas, dado que son reconocidas como aspectos prioritarios en el sector salud, cuya comprensión conjunta aporta al cuerpo de conocimiento sobre la desregulación afectivo-cognitiva del personal sanitario.

Asimismo, el estudio aportó un análisis detallado de las variables con la diferenciación según el sexo (masculino y femenino) y permitió abordar la vinculación entre las variables a partir de las diferencias asociadas al rol de género dentro del personal de salud.

A nivel práctico, este estudio posee valor al proporcionar evidencia empírica actualizada que sirve como insumo de diagnóstico institucional. La información

obtenida sobre las relaciones entre la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira, así como las diferencias según sexo, constituye una base informativa rigurosa que permite a los tomadores de decisiones en salud fundamentar la posterior planificación de estrategias de prevención y cuidado de la salud mental del personal sanitario, optimizando la gestión de recursos humanos, sin pretender el desarrollo o ejecución directa de dichas intervenciones dentro de los alcances de este trabajo.

A nivel social, la investigación se justifica en la medida en que visibiliza la condición psicológica del personal de primera línea, promoviendo la concientización sobre su bienestar emocional. Al generar conocimiento que oriente la mejora de la salud mental del profesional de la salud, se contribuye indirectamente al bienestar del personal que integra los centros asistenciales de salud.

1.3. Problema de Investigación

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026?

1.3.2. Problemas Específicos

P1: ¿Cuál es la relación entre ansiedad generalizada e impulsividad en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026?

P2: ¿Cuál es la relación entre ansiedad generalizada e ira en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026?

P3: ¿Cuál es la relación entre impulsividad e ira en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026?

P4: ¿Qué diferencias existen en la ansiedad generalizada según el sexo en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026?

P5: ¿Qué diferencias existen en la impulsividad según el sexo en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026?

P6: ¿Qué diferencias existen en la ira según el sexo en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026?

1.4. Limitaciones

El presente estudio mostró limitaciones previsibles que se tomaron en cuenta en la interpretación de los resultados. El diseño transversal no permitió establecer relaciones de causalidad entre la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira, limitándose a describir asociaciones en un momento específico (Levin, 2006).

Ante esta limitación, se empleó un análisis estadístico correlacional adecuado al nivel de medición de las variables, lo cual resulta coherente con el alcance correlacional y comparativo del estudio. Esto permite evitar inferencias causales, sin que ello elimine la restricción propia del diseño transversal. Asimismo, en la discusión se contrastaron los hallazgos con evidencia empírica previa, lo cual fortalece la validez teórica del estudio y sienta bases para futuras investigaciones con diseños longitudinales o experimentales.

El estudio no incorporó como covariables en los análisis variables laborales potencialmente relevantes, tales como el tipo de turno, los años de experiencia o el tipo de contrato. Dado que la literatura previa vincula factores como la carga de turnos con la sintomatología de ansiedad generalizada (Lai et al., 2020), su omisión limita la posibilidad de explicar la variabilidad de los puntajes obtenidos en ansiedad generalizada, impulsividad e ira más allá de las correlaciones y comparaciones por sexo examinadas en el presente estudio.

Esta omisión no fue subsanada por la inclusión de la totalidad del personal asistencial de ambos centros de salud; si bien dicha inclusión permite captar una imagen agregada y representativa de las variables estudiadas, en lugar de un subgrupo específico, no resuelve la ausencia de estas covariables ni la posibilidad de que expliquen parte de la variabilidad observada en los puntajes. Por ello, los resultados se interpretaron de manera prudente como asociaciones entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira a nivel del personal de salud en su conjunto, sin atribuir dichas asociaciones a condiciones laborales particulares no evaluadas directamente en el presente estudio.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

2.2. Objetivos Específicos.

O1: Establecer la relación entre ansiedad generalizada e impulsividad en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

O2: Establecer la relación entre ansiedad generalizada e ira en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

O3: Establecer la relación entre impulsividad e ira en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

O4: Comparar la ansiedad generalizada según sexo en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

O5: Comparar la impulsividad según sexo en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

O6: Comparar la ira según sexo en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

III. HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

Existe relación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

3.2. Hipótesis Específicas

H1: Existe relación entre ansiedad generalizada e impulsividad en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

H2: Existe relación entre ansiedad generalizada e ira en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

H3: Existe relación entre impulsividad e ira en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

H4: Existen diferencias en la ansiedad generalizada según sexo en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

H5: Existen diferencias en la impulsividad según sexo en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

H6: Existen diferencias en la ira según sexo en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Sustento teórico de las variables

4.1.1. Ansiedad Generalizada

La ansiedad es la respuesta natural y normal que presenta la persona frente al adelanto de un peligro (Sierra et al., 2003); esta sensación particular puede provocar molestias que se manifiestan a través de sintomatologías fisiológicas: estremecimientos, dificultades respiratorias, fuertes dolencias de cabeza, dificultades en la concentración, malestar corporal, entre otros (Hofmann & Hinton, 2014). Si bien esto constituye una respuesta emocional, esta puede considerarse como patología si se muestra de manera frecuente, intensa y persistente (Franco-Jimenez & Nuñez-Magallanes, 2022), o si se presenta junto a una preocupación excesiva (Newman et al., 2013), en cuyo caso se asocia a un trastorno de ansiedad.

Los trastornos mentales de ansiedad abarcan una amplia gama de afecciones caracterizadas por un miedo o una preocupación excesivos, y representan una carga significativa para la salud mental de la población (Penninx et al., 2021). En particular, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) implica una elevada carga de dificultades y un costo considerable a nivel individual, económico y social, impactando negativamente la salud integral y dificultando el desempeño de actividades y responsabilidades esenciales en la vida diaria (Locke et al., 2015).

Se trata de una tendencia de respuestas que comprende procesos biológicos, motores y cognitivos, donde la respuesta puede estar generada por estímulos externos e internos del individuo, como los pensamientos, percepciones, creencias, ideas, etc., y que se consideran amenazantes (Locke et al., 2015).

En la misma línea, se ha descrito como respuesta emocional desagradable ante factores externos, siendo atemorizador para el individuo, generando evoluciones fisiológicas y conductuales; también se le ha considerado un estado insoportable definido por la alianza de experiencias y permutaciones fisiológicas, que comprende sentimientos de impaciencia, aprehensión y tensión (Spielberger, 1980, como se citó en Fernández & Vivar, 2021).

Históricamente, Sigmund Freud, en 1895, describió inicialmente el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) como neurosis de angustia; posteriormente, el DSM-III reconoció esta condición como neurosis ansiosa, dividiéndola en trastorno de pánico y TAG. Sin embargo, tras el DSM-III-R, el TAG dejó de estimarse una subcategoría para establecerse como un trastorno independiente, situación que se mantuvo en el DSM-IV (Cía, 2007).

De acuerdo con el DSM-5, los criterios a considerar son: ansiedad excesiva y preocupación persistente presente durante al menos seis meses, dificultad para controlar dicha preocupación, y la presencia de síntomas fisiológicos entre ellos: inquietud, nerviosismo, sueño y fatiga, complicaciones para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones de sueño; el trastorno requiere, además, que estos síntomas provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas ocupacional y social, no siendo atribuibles a ningún origen físico (Sadaf & Takov, 2022).

El TAG se expresa, así, en tres componentes: el aspecto cognitivo, caracterizado por preocupaciones excesivas e irracionales orientadas generalmente hacia eventos futuros y persistentes en el tiempo; la dimensión conductual implica

dificultad para manejar dicha ansiedad, generando malestar significativo y afectando el desempeño laboral, social, familiar; y el componente fisiológico, que se manifiesta mediante hipervigilancia, alteraciones del sueño, tensión muscular, inquietud, hiperactividad autonómica, cefaleas tensionales, hiperhidrosis y palpitaciones, entre otros síntomas (Cía, 2007).

Las personas con diagnóstico de TAG frecuentemente no son conscientes de la magnitud de sus propias preocupaciones, siendo estas indebidas y exageradas; es decir, la ansiedad resulta desproporcionada respecto a la intensidad, duración y frecuencia de los sucesos que la originan, lo cual dificulta la concentración en las tareas del día a día (Adibi et al., 2021).

En cuanto al modelo teórico específico de la ansiedad generalizada dentro del presente estudio, siendo la ansiedad generalizada un constructo medido a través de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), instrumento que permite evaluar la presencia de síntomas de ansiedad generalizada en muestras clínicas y no clínicas (Spitzer et al., 2006), el modelo teórico cognitivo de Beck propone que la ansiedad se produce como consecuencia de interpretaciones cognitivas distorsionadas de situaciones percibidas como amenazantes, mediante las cuales los sujetos desarrollan esquemas negativos que incrementan la percepción de amenaza y generan una respuesta caracterizada por la preocupación excesiva y la tensión psicológica (Beck et al., 1985).

Esta premisa resulta particularmente pertinente para el personal de salud, en la medida en que los estresores propios del entorno laboral, la sobrecarga de trabajo y la exposición reiterada a situaciones emocionalmente exigentes, pueden activar

esquemas cognitivos de amenaza que intensifican los síntomas de ansiedad; a ello se suman condiciones estructurales del trabajo sanitario, como la escasez de recursos, los turnos rotativos y las jornadas prolongadas.

Este mecanismo cognitivo individual, propio de la variable ansiedad generalizada, se integra en un eje teórico más amplio adoptado por el estudio (RST de Gray y modelo psicobiológico de Barratt), que sitúa a la ansiedad como componente central de su asociación con la impulsividad y la ira.

Asimismo, las diferencias de género, particularmente las responsabilidades familiares desproporcionadamente asumidas por las mujeres respecto de los hombres, pueden verse como un elemento adicional que intensifica las distorsiones cognitivas asociadas a la ansiedad, lo que resulta relevante para explicar posibles diferencias en los niveles de ansiedad generalizada según sexo en personal de salud (Lai et al., 2020).

El modelo de Beck vincula, además, la ansiedad con la impulsividad y la ira, en la medida en que estos esquemas cognitivos negativos se asociarían con la presencia de respuestas impulsivas o iracundas en situaciones de presión, lo cual se relacionaría, a su vez, con la calidad del servicio brindado (Denson, 2015).

En esa misma línea, los sentimientos de ansiedad se han vinculado con comportamientos de ira, en la medida en que se asocian con irritabilidad e inquietud; así, en un estudio realizado en Polonia con más de 500 adultos, se encontró un vínculo positivo entre la ansiedad severa y los comportamientos de ira, y se observó que, entre quienes integran el sector salud durante una crisis sanitaria,

el incremento de los niveles de ansiedad se asoció con un mayor consumo de alcohol y, en conjunto, con comportamientos más agresivos (Florek et al., 2021).

Asimismo, se ha planteado que tanto la ansiedad como la impulsividad podrían constituir reacciones orgánicas del individuo frente a eventos desencadenantes, generando ambas una incomodidad de naturaleza predominante negativa (Ferreira-Garcia et al., 2019); en ese sentido, se ha propuesto que ambas variables podrían correlacionarse, dado que se considera que la impulsividad es un rasgo multidimensional vinculado a otros aspectos como la ansiedad, lo cual se ha asociado con problemas mentales de mayor complejidad (Moustafa et al., 2017).

De igual manera, se ha señalado que la ira y la ansiedad son dos elementos que tienden a presentarse conjuntamente en los problemas emocionales, dando lugar a lo que se conoce como afectividad negativa, en su versión transitoria como permanente; el análisis de la diada ira-ansiedad se ha vinculado, asimismo, con el alcoholismo, evidenciando que la manifestación conjunta de estos elementos puede desencadenar conductas perjudiciales para la salud (Palop-Larrea, 2024).

4.1.2. Impulsividad

La impulsividad es considerada como el impulso que admite al individuo modificar y adaptarse a su entorno, puesto que está unido a la voluntad (Gecaite-Stonciene et al., 2021); sin embargo, un manejo debilitado de las emociones da paso a la ocurrencia de conductas impulsivas disfuncionales (Racine et al., 2024). Las personas con impulsividad son descritas como susceptibles, desorganizadas y excitables: conductualmente, muestran sensibilidad reducida ante los desenlaces negativos de sus conductas y una ligereza de respuesta que impide un procedimiento

adecuado de la información; socialmente, este patrón puede aprenderse dentro de la familia, donde se obtiene lo deseado mediante reacciones rápidas e inmediatas (Moeller et al., 2001).

Aunque la impulsividad suele ser señalada socialmente como una particularidad negativa, pueden distinguirse tres aspectos que matizan esta valoración: un comportamiento brusco, circunstancial e irreflexivo; una forma particular de reacción y proceso de decisión; y una señal de trastorno mental (Moeller et al., 2001).

Para efectos del presente estudio, se adoptó la definición de impulsividad sustentada por Barratt (1985), quien la describe como una variable multidimensional compuesta por tres componentes: atencional, motriz y de conducta no planificada. Esta teoría se originó en 1959, cuando Barratt buscó inicialmente relacionar la impulsividad con ansiedad, y años después sirvió de base para la construcción de su modelo tridimensional definitivo (Stanford et al., 2009). Dicho modelo plantea que la impulsividad atencional involucra dificultad para conservar la concentración; la impulsividad motora se caracteriza por acciones impulsivas sin reflexión previa; y la impulsividad no planeada se manifiesta en la incapacidad para anticipar o planificar el futuro (Patton et al., 1995).

En conjunto, estas tres dimensiones llevan a las personas a tomar decisiones rápidas, actuar de manera impulsiva y participar en situaciones riesgosas sin una reflexión previa, concretándose la impulsividad como la tendencia a responder ágilmente ante estímulos del entorno o del propio organismo, sin contemplar los resultados (Stanford et al., 2009). En coherencia con este marco teórico, la impulsividad se examina en la presente investigación mediante la Escala de

Impulsividad de Barratt (BIS-11), instrumento derivado directamente del modelo tridimensional adoptado.

Cabe distinguir este modelo de otro enfoque tridimensional presente en la literatura científica, no adoptado en este estudio, que conceptualiza la impulsividad desde las dimensiones cognitiva, emocional y social, entendida como la ausencia de control reflexivo que ocasiona errores al actuar frente a una situación (González-Hernández et al., 2019). Si bien ambos modelos coinciden en organizar la impulsividad en tres componentes, se trata de propuestas teóricas independientes: mientras Barratt (1985) hace énfasis en los procesos atencional, motor y de planificación, González-Hernández et al. (2019) resaltan las esferas cognitiva, emocional y social del constructo.

Adicionalmente, se han identificado diferencias particulares en la impulsividad vinculadas a una variedad de conductas agresivas y manifestaciones de ira (Stanford et al., 2009); el propio modelo de Barratt permite explicar cómo la impulsividad podría estar implicada en la asociación entre la ansiedad y la ira: en una situación laboral estresante podría observarse impulsividad atencional, asociada a la dificultad para mantener la concentración, o impulsividad motora, que podría relacionarse con reacciones de ira o con decisiones precipitadas que afectan los intercambios con los pacientes (Giusti et al., 2020).

En la misma línea, las diferencias encontradas entre los sexos, como la mayor prevalencia de impulsividad cognitiva en mujeres frente a la impulsividad motora en hombres, pueden explicarse mediante este modelo, tomando como base la socialización según el género (Eagly & Wood, 2013), lo cual resulta pertinente

para el análisis comparativo de la impulsividad según sexo planteado en el presente estudio.

Como marcos complementarios que enriquecen sin sustituir el modelo adoptado, cabe mencionar la teoría de impulsividad de respuesta rápida, que alude a una marcada predisposición a actuar con rapidez sin considerar el escenario ni las exigencias de la situación, como consecuencia de una falta de destreza preventiva; y de una baja habilidad para inhibir respuestas predominantes (Hamilton et al., 2015); y la perspectiva psicopatológica, que vincula la impulsividad con la pérdida de control, expresado como un rasgo poco reflexivo ante estímulos internos y externos, y con un origen compulsivo, en el cual las conductas se vuelven iterativas a causa de una tensión creciente que genera sentimientos de culpa (Celma, 2015).

Finalmente, en el plano neurobiológico, la impulsividad se ha vinculado a los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico, asociados principalmente con el área prefrontal del cerebro y con los circuitos córtico-límbicos y córtico-estriatales (McFarland & Kalivas, 2001). Desde la perspectiva neuroanatómica, el control de los impulsos se fundamenta en una red de estructuras de comunicación neuronal que incluye las estructuras como el lóbulo prefrontal, la amígdala, el área tegmental ventral, el núcleo accumbens y los núcleos del rafe (Dalley et al., 2011; Fineberg et al., 2014).

4.1.3. Ira

La ira es una experiencia emocional inherente que se muestra de forma natural en los individuos, y puede reflejarse a nivel biológico y psicológico. Esta emoción abarca una gama de sentimientos negativos oscilantes en intensidad y duración, considerados desde una irritación leve hasta una rabia profunda. Se trata

de una reacción emocional transitoria que puede surgir como respuesta a frustraciones, creencias individuales acerca del afrontamiento del estrés, sensaciones de amenaza, inequidad o desafío (Lai et al., 2020).

Asimismo, la ira es considerada una activación afectiva ante frustración o amenaza percibida, con componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales (Kannis-Dymand et al., 2019); sin embargo, se convierte en una dificultad cuando su duración, intensidad y frecuencia afectan significativamente la función cognitiva, generando preocupación y afectando negativamente el desempeño global y los vínculos sociales, además de estar vinculada con conductas agresivas (Cash et al., 2018), razón por la cual se considera una emoción clínica relevante (Lievaart et al., 2016).

En esa línea, Schachter (1971), al definir la ira centrándose en sus síntomas fisiológicos sin excluir las variables cognitivas y conductuales, puntualizó el acrecentamiento de particularidades como el hecho de brindar más energía al comportamiento, agitación, exaltación e interrupción en el pensamiento que interfiere con la conducta, manifestando afectos negativos hacia los demás, y mostrando, a su vez, una actitud defensiva en la que el impedimento se asimila como un estímulo para la agresión.

Por su parte, la ira se define como una emoción que surge en situaciones específicas, especialmente frente a manifestaciones de agresión u hostilidad; el estado de ira se identifica por sentimientos subjetivos cuya magnitud varía desde una leve excitación hasta una furia intensa o expresiones evidentes de rabia, mientras que la ira como rasgo se refiere a la predisposición a percibir diversas

situaciones como frustrantes y a experimentar incrementos frecuentes en el estado de ira (Spielberger, 1988, como se citó en Ortiz et al., 2023).

De acuerdo con la base teórica, la ira es una emoción que admite reconocer y usar estrategias defensivas, manejo efectivo de situaciones estresantes o peligrosas, y consecución de metas, basándose en el reconocimiento de una reacción común al trauma que puede afectar significativamente la recuperación y el bienestar general (Forbes et al., 2014a); en el presente estudio, la ira se examina mediante la Escala DAR-5, una evaluación unidimensional del constructo que mide la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de ira, así como su impacto en el funcionamiento diario (Forbes et al., 2014b).

En cuanto al modelo teórico que sustenta esta investigación, el enfoque procesual de la ira de Novaco en 1975 (como se citó en Novaco, 2017), postula que la ira es una emoción que brota de la interacción entre las condiciones ambientales que provocan estrés (estresores situacionales que dan lugar, por ejemplo, a tensiones laborales) y la evaluación cognitiva que les otorga una connotación negativa (evaluaciones que atañen a amenazas o a injusticias), moduladas a su vez por el estilo personal que determina la predisposición a comportamientos hostiles.

Este modelo distingue tres parámetros: la activación de la ira, la forma en que es expresada (verbal o físicamente) y la regulación, lo cual es consonante con las dimensiones evaluadas por el DAR-5. Este modelo es pertinente para el presente estudio, puesto que los y las profesionales de salud se encuentran en la tesitura de soportar estresores (como interacciones con pacientes difíciles o con carencias de recursos) que provocan evaluaciones del tipo de injusticia, lo cual presenta el potencial para que se produzcan episodios de ira.

El modelo de Novaco plantea, además, que la ira podría interactuar con la sintomatología ansiosa y la impulsividad, en la medida que la ansiedad se asociaría con la evaluación de amenazas, mientras que la impulsividad se relacionaría con expresiones de ira menos controladas, vinculadas al bienestar psicológico y a la calidad del servicio (Denson, 2015). También resultan de interés las diferencias de género: las mujeres pueden suprimir la ira debido a la existencia de normas de género, mientras que los hombres pueden presentar mayores expresiones externas de ira, aspecto determinante en las dinámicas laborales (Sloan, 2012), lo cual resulta importante para el análisis comparativo de la ira según sexo planteado en el presente estudio.

Finalmente, diversos estudios han señalado que la ira está vinculada a múltiples trastornos psiquiátricos, incluyendo el trastorno por bipolaridad, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático, así como las perturbaciones de personalidad antisocial y paranoide. Asimismo, se ha encontrado que personas con discapacidades intelectuales y neurológicas presentan niveles elevados de ira, también con personas que padecen depresión (Galambos et al., 2018), o dependencia a sustancias (Soyaslan, 2019); a su vez, la ira se presenta en personas con diagnóstico de psicosis (Novaco & Whittington, 2013).

4.1.4. Relación teórica de las variables

El estudio de la relación entre la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira es un pilar fundamental en la psicología clínica y de la personalidad moderna. Lejos de operar como entidades nosológicas independientes o aisladas, la evidencia teórica sugiere que estos tres constructos integran un sistema dinámico. Mientras la ansiedad generalizada actúa como el estado de hiperactivación y aprensión ante la

incertidumbre, la impulsividad representa la falla en el control inhibitorio y la precipitación de la conducta. Por su parte, la ira se posiciona como una respuesta emocional defensiva o de afrontamiento, cuya expresión suele viabilizarse y exacerbarse cuando la tensión ansiosa desborda los mecanismos de autorregulación del sujeto.

4.1.4.1. Modelo integrador: de la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira

El eje teórico principal de este estudio combina la Teoría de la Sensibilidad al Reforzamiento (RST) de Gray con el modelo psicobiológico de Barratt, ambos convergentes en situar a la ansiedad como el componente central en la interrelación de las tres variables. Desde la perspectiva neurobiológica, la RST explica que la ansiedad se vincula con la activación del Sistema de Inhibición Conductual (BIS), sensible al castigo y a la amenaza, el cual coexistiría en tensión con el Sistema de Activación Conductual (BAS), orientado a la recompensa y asociado a la impulsividad (Gray, 1982; Gray & McNaughton, 2000).

El modelo propone que, en contextos laborales de alta exigencia emocional donde la activación del BIS es intensa y sostenida, interviene además el sistema de Lucha-Huida (FFS), lo cual explicaría por qué la activación ansiosa tendería a asociarse con una reactividad de tipo defensivo y no únicamente con conductas de evitación (Gray & McNaughton, 2000). Esta lectura es coherente con la “hipótesis de los subsistemas conjuntos”, según la cual la vulnerabilidad ansiosa y la elevada impulsividad no se presentarían de manera aislada, sino que estarían interrelacionadas, comprometiendo conjuntamente los mecanismos de control

inhibitorio frente a estímulos aversivos; bajo este planteamiento, la ira se asociaría con este circuito en la medida en que el sistema defensivo percibe obstáculos o frustraciones en el entorno (Minici & Rivadeneira, 2020).

Complementando este planteamiento desde una perspectiva psicobiológica, el modelo de Barratt concibe la ansiedad como un estado de alta tensión interna vinculado a la eficiencia psicomotora y el control de la conducta (Barratt, 1972). Barratt y Patton (1983) postulan una asociación entre la intensidad de la activación ansiosa y las manifestaciones cognitivas, motoras y no planificadas de la impulsividad, de modo que niveles más elevados de ansiedad covariarían con una menor capacidad de inhibición conductual, así como con una mayor presencia tanto de respuestas impulsivas como de reacciones de enfado (Patton et al., 1995; Stanford et al., 2009).

En conjunto, ambos modelos sustentan la existencia de una asociación entre la ansiedad generalizada del personal de salud expuesto a sobrecarga laboral, escasez de recursos y situaciones emocionalmente demandantes, y la presencia de conductas impulsivas y de episodios de ira, sin que ello implique necesariamente una relación de causalidad ni una dirección predictiva entre las variables.

4.1.4.2. Enfoques complementarios

Otros marcos teóricos refuerzan y matizan distintos tramos de esta misma red de interrelaciones vinculada a la sintomatología ansiosa. El enfoque cognitivo-conductual de Novaco (2017) aborda con mayor detalle el tramo ansiedad-ira: plantea que la ira cumpliría una función adaptativa de afrontamiento asociada a estados primarios de vulnerabilidad o ansiedad ante una amenaza, de modo que la

activación fisiológica ansiosa se vincularía con la ira cuando el individuo interpreta la situación como injusta o frustrante, con un cuadro donde los controles inhibitorios se ven comprometidos y coexisten con la presencia de actos impulsivos (Sturmey & Novaco, 2017).

En el tramo ansiedad-impulsividad, el modelo de personalidad UPPS aporta el constructo de urgencia negativa, según el cual la experiencia de emociones intensas, como la ansiedad y la ira, se asociaría con una menor capacidad de premeditación, lo que se relacionaría con una mayor tendencia a la acción precipitada como una respuesta desadaptativa frente al malestar (Whiteside & Lynam, 2001; Racine et al., 2024; Berg et al., 2015). A nivel transdiagnóstico, el modelo del proceso de regulación emocional de Gross (2015) integra ambos tramos bajo el fenómeno de la desregulación emocional: este modelo postula que las fallas en estrategias regulatorias adaptativas, como la reevaluación cognitiva, se asociarían tanto con una mayor reactividad afectiva, manifestada en ansiedad e ira, como con un control más deficiente de los impulsos.

El Marco Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1984) aporta una explicación situacional complementaria por el conjunto del proceso: la evaluación de un entorno laboral como amenazante o desbordante se vincularía, en primer término, con respuestas de ansiedad, y en los casos en que los recursos de afrontamiento percibidos resultan insuficientes, el individuo tendería a recurrir a estrategias centradas en la emoción, contexto en el cual la tensión ansiosa sostenida se asociaría tanto con reactividad iracunda como con respuestas conductuales de tipo impulsivo.

Finalmente, el modelo de los múltiples sistemas de rumiación de ira (Denson, 2015) sostiene un mecanismo adicional para el tramo de impulsividad-ira, el cual plantea que los fallos de autocontrol asociados a la impulsividad se relacionarían con procesos de rumiación sobre la frustración o el fallo cometido, los cuales se vincularían con una mayor intensidad de la ira y con un menor control sobre el comportamiento. Este mecanismo resulta pertinente en el personal de salud, donde errores de ejecución o bloqueos en la atención al paciente podrían asociarse con procesos de rumiación que, a su vez, se relacionarían con una mayor reactividad iracunda.

4.1.5. Descripción del personal de salud

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), el personal de salud se define como toda persona que ejerce actividades laborales con el fin de mejorar la salud, como pueden ser: médicos, licenciados y técnicos en salud, cuidadores personales de la salud, agentes comunitarios y personas que practican la medicina tradicional.

El personal sanitario es fundamental para el funcionamiento eficaz de un sistema de salud, puesto que su labor contribuye al acceso efectivo de la población a su derecho a la salud. Asimismo, estos trabajadores deben también gozar del derecho a un empleo digno, con condiciones laborales que sean seguras, saludables y que promuevan el cuidado de su bienestar, poniendo énfasis en la protección de su propia salud (OMS, 2022).

Una vez establecido el sustento teórico de las variables, a continuación, se presenta la evidencia empírica previa que documenta la relación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira en personal de salud.

4.2. Antecedentes

A partir de ahora, se detallan estudios vinculados con las tres variables propuestas para esta investigación.

Se desarrollaron estudios globales en diversos países, los cuales se detallan enseguida.

En Turquía, Sincan et al. (2025) desarrollaron un estudio transversal en 558 trabajadores de salud (372 mujeres y 186 hombres), evaluando la ansiedad generalizada mediante la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Las mujeres mostraron una puntuación media significativamente mayor que los hombres ($M=8.49$, $DE=5.12$ frente a $M=5.77$, $DE=4.79$, respectivamente; $p=.001$); el 33.9% de los participantes obtuvo una puntuación de 10 o más en el GAD-7, punto de corte compatible con posible TAG.

En la provincia de Shandong, China, Wei et al. (2024) realizaron un estudio con la finalidad de explicar las características de las redes de ansiedad generalizada, depresión, trastorno de estrés postraumático e ira como subsíntoma, en enfermeras expuestas a violencia horizontal. La población fue de un total de 510 enfermeras de cuatro hospitales de tipo terciario, todas con experiencia de violencia horizontal bajo un diseño cuantitativo de análisis de redes. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada con 7 ítems (GAD-7), el Cuestionario de Salud del Paciente con 9 ítems (PHQ-9) y el SPAN de 4 ítems para evaluar la ira como un sub-trastorno de estrés postraumático.

Los resultados apuntaron a una prevalencia de ansiedad generalizada que fue del 12.94% (puntuaciones GAD-7 ≥ 10), y que el 26.27% de las enfermeras presentaron al menos un problema de salud mental; los síntomas de ira mostraron conexiones significativas con el sobresalto (P1, peso = .384) y la excitación fisiológica (P2, peso = .383), y la irritabilidad se conectó fuertemente con la ira (peso = .17). Se concluyó que síntomas como la dificultad para relajarse, el sobresalto y la inquietud, junto con la ira, se encuentran en el centro de la red, lo cual respalda la asociación funcional entre ansiedad generalizada e ira en personal de salud.

Ese mismo año, en Brasil, De Oliveira et al. (2024) analizaron la sintomatología de ansiedad generalizada (TAG) y sus factores asociados en profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS), mediante un estudio transversal y analítico con profesionales que trabajaban en la macrorregión sanitaria Norte del estado de Minas Gerais. Para la evaluación de los síntomas de ansiedad utilizaron la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), y para el análisis de datos emplearon estadística descriptiva, análisis bivariado y regresión de Poisson multivariada con varianza robusta.

Participaron 702 profesionales de salud, y la prevalencia general de TAG fue de 32.2%, mientras que el 37.6% de los participantes reportó sintomatología ansiosa actual. En el modelo final, el sexo femenino se identificó como uno de los principales factores asociados a la presencia de TAG (RP=1.82; IC 95%=1.17-2.84; $p=.007$), junto con el antecedente de síntomas previos de ansiedad (RP=1.58; IC 95%=1.19-2.10; $p=.002$) y el autorreporte actual de síntomas ansiosos (RP=2.68;

IC 95% = 2.00-3.62; $p < .001$). Estos hallazgos señalan que el sexo femenino muestra mayores niveles de ansiedad.

En Atenas, Grecia, Pachi et al. (2023) investigaron los niveles de ira y agresión, y su relación con la resiliencia psicológica, entre trabajadores de la salud. La población estuvo constituida por 243 trabajadores de la salud (120 médicos y 123 enfermeras); bajo un diseño cuantitativo de tipo correlacional y de tipo transversal. Se administraron los instrumentos DAR-5, el Cuestionario Breve de Agresión (BAQ) y la Escala Breve de Resiliencia (BRS).

Los resultados mostraron que el 32.5% reportó puntuaciones positivas en DAR-5. El análisis de regresión indicó que el 16.4% de varianza en agresión es explicada por las puntuaciones de ira ($\beta = .405$, $p < .01$), y un 5.9% adicional por la resiliencia ($\beta = -.243$, $p < .05$), siendo esta última una mediadora parcial de la relación entre ira y agresión ($b = .1130$, $t = 2.4145$). En cuanto a diferencias por sexo, las mujeres presentaron niveles significativamente mayores de ira que los hombres ($M = 10.37$, $DE = 3.50$ vs. $M = 9.38$, $DE = 2.52$; $p < .05$). Se concluyó que un tercio de los trabajadores muestra una alteración en sus emociones de ira y que la resiliencia psicológica actúa como factor protector que atenúa la relación entre ira y agresión, evidenciando además un patrón diferencial por sexo relevante para el presente estudio.

Además, Caldichoury et al. (2023) efectuaron un estudio transversal multicéntrico en personal sanitario de América Latina. Dicho estudio evaluó mediante la Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7, donde se estimó una carga poblacional de ansiedad de 40.1% y observaron que 51.9% de los participantes presentó sintomatología de ansiedad generalizada según el punto de corte de la

escala. Los hallazgos mediante análisis multivariado, mostraron que el sexo femenino se asoció con una mayor probabilidad de síntomas de ansiedad generalizada en comparación con el sexo masculino (OR=1.154, $p<.002$).

En Nigeria, Onu et al. (2022) evaluaron la sintomatología de ansiedad generalizada con el GAD-7 en 444 trabajadores de salud de primera línea; las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la Escala de Ansiedad Generalizada que los varones ($p=.01$). Además, las enfermeras presentaron niveles de ansiedad superiores a los de los médicos y otros profesionales sanitarios, y la ansiedad fue mayor en quienes percibían la enfermedad como grave y no se sentían preparados.

En Ecuador, Guillín y Flores (2022) desarrollaron una investigación con el fin de identificar la correlación entre las tipologías de impulsividad y la ansiedad (niveles) en personal sanitario. La población estuvo constituida por 122 partícipes, de los cuales 47 eran hombres (38.5%) y 75 mujeres (61.5%), la investigación estuvo diseñada cuantitativamente, siendo correlacional y transversal, empleando el BIS-11 (Escala de Impulsividad de Barratt) y el Cuestionario de Ansiedad de Beck. Este último evalúa la intensidad de síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad en general, por lo que sus hallazgos se vinculan conceptualmente con ansiedad generalizada sin constituir un diagnóstico de TAG.

Los resultados evidenciaron una correlación positiva entre los tipos de impulsividad: cognitiva, motora y no planificada, y la ansiedad, con un 91.8% de la muestra mostrando impulsividad cognitiva y un 71.3% impulsividad no planificada. Los niveles de ansiedad también resultaron significativos, afectando a un 18.9% con ansiedad grave y a un 22.1% con ansiedad leve. En cuanto a diferencias por

sexo, la impulsividad motora fue más común en hombres, mientras que las mujeres tendieron a presentar mayor impulsividad cognitiva y no planificada. Estos hallazgos sugieren que la impulsividad y la ansiedad están intrínsecamente ligadas en el personal de salud, con un patrón diferenciado por sexo en los tipos de impulsividad.

Adicionalmente en Turquía, Bayrak et al. (2021) desarrollaron una investigación transversal y correlacional, planteando como objetivo, examinar la relación entre la ansiedad y sus niveles con los estilos de expresión de ira en personal de enfermería, participando 618 enfermeras seleccionadas mediante muestreo en bola de nieve, con una edad media de 34.98 ± 8.36 años (rango: 20-53), recogiendo la información con el Inventario de Ansiedad Estatal y la Escala de Expresión de Ira y Enojo de Rasgos; cabe resaltar que es un estudio de ansiedad-estado y no de ansiedad generalizada en sentido clínico, aunque el estudio resulta pertinente por evaluar a la misma población ocupacional.

Los hallazgos indicaron correlaciones positivas significativas entre la ansiedad y el rasgo de ira ($r=.25$, $p=.000$), así como con el enojo ($r=.17$, $p=.000$). Se concluyó que las enfermeras presentaban niveles de ansiedad, lo cual afectaba negativamente su estilo de expresión de la ira; en este estudio no se reportaron comparaciones según sexo.

En Bulgaria, Stoyanova et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comprobar si la impulsividad funcional era más intensa que la disfuncional en médicos y explorar su relación con la búsqueda de sensaciones. La muestra estuvo compuesta por 323 médicos y 99 estudiantes de medicina y se dio mediante un diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional. Para ello se utilizó el

Cuestionario de Radoslavova y Velichkov, que mide la búsqueda de sensaciones, la impulsividad funcional y la impulsividad disfuncional.

Los resultados estadísticos mostraron que la impulsividad funcional era significativamente más intensa que la disfuncional en este grupo de médicos ($t(421) = 8.132, p < .001$). Asimismo, se observó una correlación más alta entre la búsqueda de sensaciones y la impulsividad funcional ($r = .62, p < .001$) que con la disfuncional ($r = .39, p < .001$), así como que los médicos de la capital mostraban mayor impulsividad funcional que aquellos que trabajaban en poblaciones con menos de 50 000 habitantes ($p = .007$).

Las conclusiones señalaron que la impulsividad funcional era prevalente en ocupaciones médicas y se relacionaba con el comportamiento de búsqueda de sensaciones, influyendo positivamente en calidad de las decisiones, lo que resalta la importancia de tener en cuenta el contexto laboral cuando se investigan cuestiones relativas a la impulsividad.

En Londres, Ike et al. (2021) desarrollaron un estudio transversal en 302 trabajadores de salud de un hospital del National Health Service en Londres, Reino Unido. La ansiedad generalizada se evaluó mediante el GAD-7 y la prevalencia global de TAG fue de 41.4%. La muestra estuvo constituida por 196 mujeres y 106 varones, donde los autores informaron que la prevalencia de TAG fue significativamente mayor en el sexo femenino que en el masculino.

En Alemania, Wesemann et al. (2021) evaluaron diferencias según sexo en la ira de 78 trabajadores hospitalarios. El objetivo fue analizar las diferencias según sexo en la ira, evaluada mediante el Inventario de Ira Estado-Rasgo STAXI-2, teniendo como resultados que, las mujeres mostraron mayor ira rasgo que los

varones (21.39 +/- 6.62 frente a 18.04 +/- 4.63; $F(1,72) = 5.10, p=.027$) y mayor temperamento de ira (9.58 +/- 3.72 frente a 7.76 +/- 2.67; $F(1,71) = 4.72, p=.033$).

En contraste, las mujeres mostraron menor control externo de la ira que los hombres. No se identificaron diferencias significativas por sexo en la ira-estado, los sentimientos de ira, los impulsos verbales o físicos de ira, ni en la reacción de ira. En conjunto, los resultados sugieren una mayor predisposición estable a experimentar ira en las mujeres trabajadoras de salud evaluadas.

En Arabia Saudita, AlAteeq et al. (2020) realizaron un estudio con el propósito de explorar la depresión y ansiedad en el personal de salud. Con un estudio de diseño transversal, se tuvo como muestra por conveniencia a 502 profesionales de salud del Ministerio de Salud, entre médicos, personal de enfermería, técnicos y farmacéuticos. Para la evaluación de ansiedad generalizada utilizaron el instrumento GAD-7 y el PHQ-9 para depresión.

Los resultados evidenciaron que el personal de sexo femenino presentó un puntaje medio de ansiedad significativamente más elevado que el personal de sexo masculino ($p<.001$), lo que refleja que el sexo femenino constituye un factor asociado a niveles de ansiedad generalizada en el personal de salud, respaldando la necesidad de considerar el sexo para el análisis de la salud mental en el personal sanitario.

Por otro lado, se contó con un antecedente nacional que evidencia análisis en las variables de investigación, siendo el siguiente:

En la misma línea, Chalan y Linares (2024) ejecutaron una investigación en Trujillo con el propósito de establecer la relación entre la impulsividad y la ansiedad en una cohorte de 100 profesionales de la salud empleados en un hospital de

Trujillo. La investigación, de tipo cuantitativo, fundamental, no experimental y correlacional, utilizó la Escala de impulsividad Barratt-BIS11 y el Inventario de Ansiedad de Beck, se evaluó sintomatología ansiosa general y no un diagnóstico específico de TAG, aunque comparte con este los componentes cognitivo y somático de la preocupación excesiva.

Los resultados indicaron una prevalencia de impulsividad de nivel moderado (93%) y un nivel bajo de ansiedad (50%), identificándose una correlación directa y estadísticamente significativa ($p=.001$) y una relación directa entre las dimensiones de impulsividad cognitiva y motora y la variable ansiedad, determinando que existe una relación ($p=.001$) estadísticamente significativa y una fuerte correlación positiva ($Rho=.76$) entre las variables investigadas. Los autores concluyeron que existe una relación directa y significativa entre impulsividad y ansiedad en el personal de salud de un hospital de Trujillo, constituyendo a la vez el antecedente nacional y local más próximo al contexto de la presente investigación.

Cabe señalar que, si bien la evidencia revisada da cuenta de forma sólida de la relación entre la ansiedad e ira, así como la asociación entre ansiedad e impulsividad en personal de salud, no se identificaron antecedentes a nivel nacional ni internacional que analicen específicamente la asociación entre la impulsividad y la ira en personal de salud, y menos aún estudios que aborden de manera conjunta la interacción de las tres variables. Esta ausencia de evidencia previa es coherente con la realidad problemática de la tesis, reforzando la pertinencia de estudiar las relaciones de ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud.

V. METODOLOGÍA

5.1. Tipo y diseño de investigación

Esta investigación fue de tipo empírica con estrategia asociativa, en la medida en que se sustentó en la recolección y el análisis de datos observables para explorar las relaciones de covariación entre las variables ansiedad generalizada, impulsividad e ira (Ato et al., 2013).

Dentro de esta estrategia, correspondió tanto a un diseño correlacional, dado que se establecieron las relaciones bivariadas entre las variables mediante coeficientes de correlación simple en un único momento temporal, sin manipulación de estas, como a un diseño comparativo, en la medida en que se contrastaron dichas variables según sexo (Ato et al., 2013).

5.2. Población y muestra

5.2.1. Características de la población

El grupo objetivo estuvo conformado por 172 trabajadores considerados como personal de salud de dos centros de salud ubicados en la provincia de Ascope perteneciente a la Región La Libertad: Centro de Salud A (58.13%) y Centro de Salud B (41.87%); de los cuales el 63.95% fueron mujeres y el 36.05% fueron varones.

Los tipos de turnos que desempeña el personal de salud son: turno mañana, turno tarde, guardias hospitalarias tanto diurnas como nocturnas y guardias comunitarias.

5.2.2. Descripción de la población

A continuación, se describe la unidad de análisis por centro de salud:

Tabla 1

Número de personal según centro de salud

Id	Código RENAES	Nombre de EE.SS.	Cantidad de Personal
1	5269	Centro de Salud A	100
2	5264	Centro de Salud B	72

Nota. Extraído de la base de datos del Punto de Digitación RIS ASCOPE.

Tabla 2

Porcentaje de personal de salud según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	110	63.95%
Masculino	62	36.05%

Nota. Extraído de las bases de datos de la oficina de Asistencia y Permanencia de ambos centros de salud.

5.2.3. Muestra

Se tuvo acceso a la totalidad de la población, por lo que se optó por una muestra censal, entendida como la inclusión de todos los elementos de la población en el análisis, en lugar de una selección parcial, lo cual permite obtener una visión completa de sus características y resulta apropiada en poblaciones pequeñas (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Se logró una tasa de participación del 100%, dado que la totalidad del personal convocado (N=172) aceptó participar voluntariamente y completó los instrumentos, sin registrarse casos de rechazo o abandono, lo cual permitió obtener la representación completa de las características

demográficas y laborales de ambos centros de salud evaluados, siguiendo las recomendaciones existentes para estudios censales con poblaciones pequeñas (Fowler, 2014).

5.3. Variables: Definiciones conceptuales y operacionales

Ansiedad Generalizada

Definición conceptual: Se define como una preocupación excesiva y persistente sobre un amplio catálogo de acontecimientos o situaciones cotidianas, la cual resulta difícil de controlar por parte de la persona y genera malestar significativo en su funcionamiento cotidiano (Locke et al., 2015).

Definición operacional: Se midió a través del puntaje total obtenido en la Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7, instrumento que evalúa la gravedad de la sintomatología de ansiedad generalizada de manera unidimensional.

Impulsividad

Definición conceptual: La impulsividad es multidimensional compuesta por tres componentes, atencional, motora y no planificada que predispone a las personas a tomar decisiones rápidas, actuar sin reflexión previa y participar en situaciones riesgosas sin considerar sus consecuencias (Barratt, 1985).

Definición operacional: Se midió a través del puntaje total y por dimensiones obtenido en la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), instrumento que evalúa la impulsividad en tres dimensiones específicas: impulsividad atencional, impulsividad motora e impulsividad no planificada

Ira

Definición conceptual: Es una activación afectiva ante frustración o amenaza percibida, con componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales (Kannis-Dymand et al., 2019).

Definición operacional: Se midió a través del puntaje total obtenido en el Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5), de manera unidimensional.

A continuación, se aprecia la siguiente tabla.

Tabla 3*Matriz de operacionalización de las variables*

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Ansiedad Generalizada	Mide el indicador de gravedad para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, de manera unidimensional.	Unidimensional	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.	Ordinal (Stevens, 1946)
	Mide la impulsividad a través de sus dimensiones como impulsividad atencional, impulsividad motora e impulsividad no planeada.	Impulsividad atencional Impulsividad motora Impulsividad no planeada	Ítems 4, 7*, 10*, 13*, 16, 19*, 24 y 27. Ítems 2, 6*, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29. Ítems 1*, 3, 5*, 8*, 11*, 14, 17*, 20, 22*, 25, 28 y 30*.	Ordinal (Stevens, 1946)
Ira	Mide la experiencia de la ira severa de forma unidimensional.	Unidimensional	Ítems 1, 2, 3, 4 y 5.	Ordinal (Stevens, 1946)

Nota. *Ítems de puntuación inversa.

5.4. Método y/o instrumentos de recolección de datos

En esta investigación se empleó la encuesta como técnica principal, la cual se utiliza comúnmente en los procesos de indagación para obtener resultados efectivos, este método se aplicó a la muestra censal con el fin de explorar sus características (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Como instrumentos se aplicaron: la ficha sociodemográfica; la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7); la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y el Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5).

5.4.1. Ficha sociodemográfica

Se solicitó determinada información personal a los participantes para representar la muestra, obteniendo evidencia sobre los datos tales como: sexo, edad, grupo ocupacional y condición laboral.

5.4.2. Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7

Originalmente, la Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7 fue diseñada por Spitzer et al. (2006) en Estados Unidos, en una versión orientada a evaluar pacientes adultos en 15 clínicas de atención primaria desde noviembre de 2004 hasta junio de 2005. Este instrumento permite conocer el nivel de sintomatología de ansiedad generalizada, admitiendo evaluar de manera práctica y segura.

Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes (2022) validaron el cuestionario original en su versión de autovaloración, estuvo dirigido al contexto peruano y fue denominado GAD – 7.

Descripción de la escala GAD – 7

La escala GAD – 7 tiene en su composición 7 ítems que valoran la ansiedad generalizada, siendo unidimensional. Los enunciados son manifestados en una escala de tipo Likert con cuatro alternativas de respuestas, valorados del siguiente modo: nada (0), varios días (1), la mitad de los días (2) y casi cada día (3). La calificación general fluctúa entre 0 a 21, teniendo como cálculos más altos aquellos que indican un mayor nivel de sintomatología ansiosa. Esta escala evalúa la ansiedad generalizada de acuerdo con la descripción del DSM-IV, relacionado con molestias presentadas en las dos últimas semanas.

La puntuación total de la escala es de 21 puntos, teniendo de este modo puntos de corte: 5, 10 y 15 que son la referencia de los niveles. No se aprecia ansiedad (0-4), Ansiedad leve (5-9), Ansiedad moderada (10-14) y Ansiedad Severa (15-21).

Validez y confiabilidad

La consistencia interna de la escala de ansiedad de 7 ítems (GAD-7) fue excelente (Cronbach =.92); la confiabilidad de prueba-reprueba fue buena (relación intraclase =.83); además de presentar validez de criterio, constructo, factorial y de procedimiento (Spitzer et al., 2006).

La Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7 ha sido adaptada a la realidad boliviana por Porto et al. (2022), teniendo como muestra al personal de salud, evidenciando que el AFC presentó un índice de ajuste apropiado (RMSEA=.065, GFI=.999, CFI=.995, SRMR=.051) para el modelo unifactorial. Además, las cargas factoriales oscilaron entre .68 a .89. Con un análisis de consistencia interna de $\omega = .95$; reflejando alta fiabilidad en la escala.

En el ámbito colombiano, la Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7 fue adaptada para una población médica, encontrándose que los índices de ajuste al modelo ($.080 = \text{RMSEA}$; $.995 = \text{CFI}$; $\text{SRMR} = .053$; $p < .001$) indicaron una adecuada dimensión individual y cargas factoriales apropiadas en cada ítem del GAD-7, superiores a $.70$, además, la escala mostró una sólida consistencia entre los elementos, evidenciada por un coeficiente alfa de Cronbach de $.92$ (Camargo et al., 2023).

En el contexto peruano fue validado por Franco-Jimenez y Nuñez-Magallanes (2022), quienes analizaron estructuralmente mediante el AFC evidenciando un ajuste adecuado según el modelo de factor único del instrumento $\chi^2(14) = 31.717$, $\text{TLI} = .992$, $\text{CFI} = .995$, $\text{RMSEA} = .056$ y $\text{SRMR} = .026$. Además, se realizó el estudio de estabilidad de la medición entre grupos hallándose una distribución unifactorial estable basándose en el sexo, probando la invarianza métrica, fuerte y estricta con índices de ajuste ($\Delta\text{CFI} \leq .010$).

El coeficiente omega se empleó para analizar la fiabilidad interna del instrumento, logrando valor alto de $.89$, de este modo se concluyó que es un instrumento unifactorial, que no presenta varianza según el sexo, mostrando adecuada consistencia interna (Franco-Jimenez & Nuñez-Magallanes, 2022).

Así, el puntaje total que se puede conseguir de esta escala es de 21 puntos, en donde cada una de las alternativas tiene un puntaje que va del 0 al 3, teniendo como puntos de corte 5, 10 y 15 que son referenciales para indicar su nivel, es decir: 0-4 no se aprecia ansiedad, 5-9 se aprecia sintomatología de ansiedad leve, 10-14

se aprecia sintomatología de ansiedad moderada y de 15 a 21 se aprecia sintomatología de ansiedad severa (Franco-Jimenez & Nuñez-Magallanes, 2022).

En la presente investigación, la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) evidenció una consistencia interna alta, obteniéndose un coeficiente omega de McDonald de .80 en la muestra evaluada (N=172), respaldando su fiabilidad para la medición de la sintomatología de ansiedad generalizada en el personal de salud de los centros participantes.

5.4.3. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Inicialmente, la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) fue proyectada en 1959, al desarrollar investigaciones donde se correlacionaba la ansiedad y la impulsividad con el control psicomotor. Después de un análisis factorial con otros autores, el autor adoptó la idea de que la impulsividad se comprende como un constructo de dimensiones múltiples (Barratt et al., 2004).

En 1995, Ernest Barratt, Jim Patton y Matthew Stanford, realizaron la última revisión de la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), la cual mide la impulsividad y sus tipos: impulsividad atencional, impulsividad motora e impulsividad no planeada (Stanford et al., 2009).

Descripción de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)

La escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), en su versión original está constituida por 30 reactivos, desarrollados según la escala de tipo Likert, con cuatro alternativas: Rara vez o nunca (0), De vez en cuando (1), A menudo (2), Casi siempre o Siempre (3). La escala está constituida por tres dimensiones principales: la impulsividad atencional (cognitiva), evaluada mediante 8 ítems específicos (4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27); la impulsividad motriz, que se mide con 10 ítems (2, 6, 9,

12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29); y la impulsividad no planificada, la cual se calcula a partir de 12 ítems (1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). En el manual original, los ítems con puntuación inversa son los números 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20, 29 y 30, los cuales corresponden a conductas de autocontrol o planificación (por ejemplo, “planifico mis tareas con cuidado”), cuya puntuación alta en la escala original representa, en realidad, baja impulsividad.

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen totalizando las calificaciones halladas ante la respuesta en cada ítem, y el puntaje total se logra de la sumatoria de todos los reactivos. El punto de corte que se considera en un individuo notablemente impulsivo es de 72 a más; los puntajes entre 52 y 71 se toman en cuenta como normales y los puntajes menores a 52 se interpretan como individuos que tienen un control de sí mismos en exceso, o cuyas respuestas no fueron emitidas con sinceridad ante la escala (Stanford et al., 2009).

Validez y confiabilidad

En el manual original, la escala mostró una consistencia interna que varió entre .88 y .94. Además, la fiabilidad por dimensiones fue de .74 para la impulsividad atencional, mientras que tanto la impulsividad motora como la no planificada presentaron un coeficiente de .59. Respecto a la validez, esta fue confirmada mediante la revisión de contenido por expertos, respaldada por el criterio de expertos y reflejada en el coeficiente V de Aiken (Stanford et al., 2009).

En la realidad peruana, se desarrolló la adaptación de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) en población joven adulta entre los 18 a 30 años, en la ciudad de Huancayo. Se indagó la validez de contenido por juicio de expertos y mediante la correlación ítem - test, con valores superiores a .20 para las tres

dimensiones (impulsividad atencional, impulsividad motriz e impulsividad no planificada) en sus ítems correspondientes. Asimismo, la fiabilidad de la escala presentó un coeficiente de .79 en alfa de Cronbach, concluyéndose que se trata de un instrumento tridimensional (Effio, 2024).

Los puntos de corte se establecieron mediante un análisis de percentiles en una muestra de 260 adultos, donde el percentil 25 corresponde a 66 puntos, la mediana (percentil 50) a 71 puntos y el percentil 75 a 76 puntos, tomando estos valores como referencia para diferenciar niveles bajo, medio y alto de impulsividad (Effio, 2024).

Adaptación usada en el presente estudio

Para efectos de la presente investigación, se empleó la adaptación peruana de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) desarrollada por Effio (2024), descrita en el apartado anterior. Siguiendo los lineamientos de esta adaptación, se consideraron como ítems de puntuación inversa los siguientes: 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30.

Respecto a la fiabilidad de este estudio, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) demostró una consistencia interna aceptable, alcanzando un coeficiente de omega de McDonald de .75 en la muestra evaluada (N=172), respaldando la confiabilidad para la medición de la impulsividad en el personal de salud.

5.4.4. Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5)

El cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5), en su versión auténtica era un instrumento de autoevaluación de siete reactivos, con nueve categorías de respuesta, en los cuales se miden estándares de respuesta de ira

como durabilidad, constancia, intensidad, frecuencia y antagonismo físico, adicionalmente tres de ellos analizan la alteración funcional (consecuencias adversas en las interacciones laborales, sociales y de bienestar) (Kannis-Dymand et al., 2019).

En el 2006, se realizó una reducción de las alternativas de respuesta de 9 a 5 alternativas, así como de los ítems, eliminándose dos reactivos y quedando cinco ítems para su aplicación, alcanzando una nueva versión con un reporte mejorado en sus propiedades psicométricas denominando así DAR-5 (Hawthorne et al., 2006).

Descripción del cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5)

El cuestionario está compuesto por cinco ítems que evalúan la ira experimentada en los últimos 30 días, teniendo cinco alternativas de respuesta que comprende desde: Nada de tiempo (1), Un poco tiempo (2), Algunas veces (3), La mayor parte del tiempo (4) y Todo el tiempo (5), donde la suma es el total del puntaje que varía desde 5 hasta 25, es decir, los puntajes más altos muestran niveles elevados de expresión de ira.

Asimismo, los rangos para poder interpretar los niveles de ira se sitúan como 5 – 11, el nivel bajo, 12 – 18 el nivel medio y de 19 – 25 el nivel alto (Kannis-Dymand et al., 2019).

Validez y confiabilidad

El cuestionario DAR-5 ha sido aplicado en diversos contextos, como Estados Unidos con estudiantes de una universidad con y sin referencias de exposición a traumas (Forbes et al., 2014a), así como en militares en retiro con

diagnóstico de estrés postraumático (Forbes et al., 2014b) y en estudiantes franceses (Ceschi et al., 2020), en todos los estudios se ha demostrado alta fiabilidad por consistencia interna entre .80 y .90, además de presentar validez discriminante, convergente y concurrente con otros instrumentos de ira. Solo una investigación ha desarrollado la invarianza de estructura factorial, teniendo como referente el género, confirmando que es un instrumento apropiado para medir ira sin la presencia de sesgos por género (Asmundson et al., 2016).

En el contexto peruano, se ejecutó un estudio en universitarios de la ciudad limeña, logrando como resultados positivos, con una confiabilidad en rango aceptable, además de determinar que el instrumento es unidimensional precisando K para la muestra general, $\omega = .87$ en mujeres y $\omega = .86$ en hombres. Asimismo, se realizó la validez convergente y discriminante con otras variables como: bienestar, atención plena y ansiedad. Los puntajes altos de ira se asociaron con mayor ansiedad generalizada y con menor satisfacción con la vida y menos atención plena, un patrón coherente con la red nomológica esperada del constructo (Caycho-Rodríguez et al., 2020).

Adicionalmente, se reportó la invarianza configuracional, métrica y escalar, concluyendo que el cuestionario mide lo mismo tanto en hombres y mujeres (Caycho-Rodríguez et al., 2020).

Referente a la confiabilidad de esta investigación, el Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5) evidenció una consistencia interna alta, alcanzado un coeficiente de omega de McDonald de .80 en la muestra analizada (N=172), defendiendo la fiabilidad para la medición de la ira en el personal de salud

5.5. Procedimiento de recolección de datos

Previo al inicio de la recolección de datos, el proyecto de tesis fue inscrito en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI) y sometido a evaluación por el Comité Institucional de Ética de Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), garantizando el cumplimiento de los principios de ética como: respeto, beneficencia y justicia. Una vez obtenida la aprobación ética, se gestionaron las autorizaciones institucionales correspondientes ante la Red Integrada de Salud Ascope, a través del Área de Docencia e Investigación, así como con los responsables de Asistencia y Permanencia de los dos centros de salud participantes.

En relación con la selección de participantes, la población estuvo conformada por todo el personal de salud asistencial de ambos centros de salud, considerándose un enfoque censal, teniendo como consideraciones: a) personal asistencial en actividad laboral durante el periodo de recolección de los datos, y b) aceptación voluntaria mediante la firma de consentimiento informado.

El reclutamiento de los participantes se realizó de manera institucional, transparente y no coercitiva; el contacto inicial se efectuó a través de una convocatoria informativa, previamente autorizada por la jefatura de cada centro de salud, esta convocatoria se realizó durante espacios breves de la jornada laboral (por ejemplo: cambios de turno y reuniones informativas), sin interferir con las funciones asistenciales ni condicionar la participación.

Adicionalmente, se empleó una convocatoria abierta complementaria, mediante la colocación de avisos informativos en murales institucionales, donde se

indicó el objetivo general del estudio, los criterios de participación, las fechas, horarios y el lugar de aplicación. En todo momento se enfatizó que la participación es estrictamente voluntaria, sin ningún tipo de repercusión laboral en caso de no participar o de retirarse del estudio.

El enrolamiento de los participantes se llevó a cabo en ambientes institucionales previamente autorizados, específicamente los auditorios de cada centro de salud, los cuales reunieron condiciones adecuadas de privacidad, tranquilidad y comodidad. La aplicación de los instrumentos se realizó dentro de la jornada laboral, en horarios coordinados con los responsables institucionales, respetando los turnos matutinos (07:30h), vespertinos (13:30 h) y nocturnos (19:30 h), procurando no afectar la continuidad de los servicios de salud. Si bien la administración de los cuestionarios se efectuó en grupos pequeños (máximo diez participantes por sesión) para facilitar la logística, la respuesta fue estrictamente individual, autónoma y anónima, sin interacción entre los participantes durante la cumplimentación.

Previamente a la aplicación, se explicaron nuevamente los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles riesgos mínimos y los beneficios indirectos. Se entregó el consentimiento informado, se brindó el tiempo necesario para su lectura y se respondieron todas las dudas planteadas. Solo los participantes que otorgaron su consentimiento voluntario procedieron a completar los instrumentos, se enfatizó el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin consecuencias laborales y personales.

Para la recolección, codificación y procesamiento de datos, cada formulario completado fue identificado mediante un código numérico, sin consignar datos personales que permitan la identificación del participante, la investigadora fue la única responsable de la recolección y custodia de los instrumentos, los cuales fueron almacenados en un espacio seguro y de acceso restringido.

Seguidamente, los datos fueron ingresados en una base de datos de Microsoft Excel, se realizó un proceso de depuración y revisión doble de las entradas para asegurar la calidad de la información y minimizar errores de transcripción. Posteriormente, la base de datos fue exportada a los softwares estadísticos IBM SPSS Statistics (v. 26) y R (v. 4.3.2), donde se efectuó el análisis correspondiente. Los archivos digitales fueron protegidos con contraseñas y utilizados exclusivamente para fines académicos.

Finalmente, los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados en función del marco teórico y la evidencia empírica disponible sobre ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud. Los hallazgos fueron presentados de forma agregada, evitando cualquier posibilidad de identificación individual o institucional. Estos resultados forman parte del informe final de tesis, el cual es sustentado académicamente respetando los principios éticos de confidencialidad, beneficencia y rigor científico.

5.6. Plan de análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo mediante el entorno de programación estadística R (v. 4.3.2), de acceso libre y gratuito, así como los softwares IBM SPSS Statistics (v. 26), al cual se accedió a través de una licencia

del proveedor y Microsoft Excel. Dado que el estudio contó con una cobertura censal ($N = 172$), el abordaje analítico se centró en estadísticas descriptivas y tamaños de efecto.

Esta decisión es consistente con planteamientos metodológicos según los cuales, cuando la muestra coincide con la población completa o se aproxima estrechamente a la población observable, el uso de valores p y otros estadísticos inferenciales resulta cuestionable, al no existir un marco de muestreo probabilístico del cual inferir (Pollet, 2013). En consecuencia, la valoración de las hipótesis del estudio se realizó en función de la magnitud del tamaño del efecto obtenido en cada caso, y no mediante un criterio de decisión basado en valores p . No obstante, los valores p se reportan de manera complementaria en los análisis de relación y de comparación, con fines descriptivos e informativos, sin sustituir el criterio empleado para valorar el sustento empírico de las hipótesis.

La aproximación a la normalidad de las puntuaciones continuas se evaluó mediante el cálculo de los estadísticos z de la asimetría y de la curtosis, obtenidos al dividir cada estadístico entre su respectivo error estándar, en lugar de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dado que esta última presupone un muestreo probabilístico, condición que no se cumple en un estudio de cobertura censal.

Para esta evaluación se adoptó el criterio de Kim (2013) para muestras de tamaño mediano ($50 < n < 300$), aplicable al presente estudio ($N=172$), según el cual valores absolutos de z superiores a 3.29 ($\alpha=.05$) señalan una desviación relevante de la normalidad. Bajo este criterio, la variable Ansiedad Generalizada mostró una desviación relevante de la normalidad tanto en la asimetría ($z=7.07$)

como en curtosis ($z=3.99$), patrón que se mantuvo de forma consistente al desagregar por sexo (mujeres: z de asimetría = 5.78, z de curtosis = 3.60; varones: z de asimetría = 4.15).

La dimensión Impulsividad Motora reflejó una desviación relevante únicamente en asimetría para la población total ($z=3.69$), sin alcanzar el umbral en los análisis desagregados por sexo. Las demás variables y dimensiones (Impulsividad general, Impulsividad Atencional, Impulsividad No Planeada e Ira) se aproximaron razonablemente a la normalidad tanto en la población total como en ambos grupos según sexo (ver Tabla 4).

Se reportan de forma complementaria la media y la desviación estándar junto con la mediana y el rango intercuartílico, a fin de ofrecer una descripción completa de los datos y facilitar la comparación con estudios previos.

Considerando la naturaleza ordinal de las escalas empleadas y la desviación de la normalidad documentada en la variable Ansiedad Generalizada, se optó de manera consistente por estadísticos no paramétricos en lugar de sus equivalentes paramétricos, tanto para el análisis de relación como para el de comparación de grupos.

Para el análisis de la relación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira (H1, H2, H3), se aplicó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (r_s). Para interpretar la magnitud de las correlaciones obtenidas, se adoptaron los umbrales de López-Martín y Ardura (2023), pertinentes para este análisis por corresponder a criterios desarrollados específicamente para la interpretación de tamaños de efecto en investigación correlacional para las ciencias del

comportamiento: valores de $r_s < .09$ reflejan un efecto muy pequeño; de .10 a .19, un efecto pequeño; de .20 a .29, un efecto moderado; y coeficientes de $r_s \geq .30$, un tamaño del efecto grande. Se consideró que una hipótesis específica de relación cuenta con sustento empírico cuando el coeficiente de correlación alcanza, como mínimo, una magnitud pequeña según los umbrales.

Para el análisis de comparación de ansiedad generalizada, impulsividad e ira según sexo (H4, H5 y H6), se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney, pertinente dada la naturaleza ordinal de las variables y el incumplimiento del supuesto de normalidad. Como medida del tamaño del efecto asociada a esta prueba, se empleó el coeficiente r de Rosenthal (Fritz et al., 2012; Rosenthal, 1991), estimador no paramétrico derivado directamente del estadístico de la U de prueba de Mann-Whitney. Su magnitud se interpretó según los umbrales de Cohen (1988): valores de $r \geq .10$ denotan un efecto pequeño; $r \geq .30$, efecto mediano; y valores de $r \geq .50$, un efecto grande. Se consideró que una hipótesis específica de comparación según sexo cuenta con sustento empírico cuando el coeficiente r de Rosenthal alcanza, como mínimo, una magnitud pequeña según estos umbrales.

La hipótesis general se valoró en función del sustento conjunto brindado por las tres hipótesis específicas de relación (H1, H2 y H3).

5.7. Consideraciones éticas

El presente estudio estuvo orientado por las normas de conducta, infracciones y sanciones para toda persona que realice investigación científica.

Primero, de acuerdo con el principio de autonomía, fue necesario realizar los trámites pertinentes para obtener la autorización de la Red Integrada de Salud

Ascope, para la aplicación de la ficha demográfica y los cuestionarios en el Centro de Salud A y Centro de Salud B. Se respetaron los derechos de los colaboradores, explicando el objetivo de la investigación, los mismos que firmaron un consentimiento informado (ANEXO 1) detallando que la participación es libre y voluntaria; así como la forma en que se analizarían los datos obtenidos, de manera veraz y sin adulterar resultados que pudieron ser convenientes para la investigadora (CIOMS, 2017).

El consentimiento informado en la capacitación previa incluyó información suficiente sobre: el objetivo del estudio, los procedimientos, los riesgos potenciales (por ejemplo, posible malestar emocional del personal de salud por contestar preguntas sobre ansiedad generalizada, impulsividad o ira) y también los beneficios, indicando que los participantes pueden retirarse en cualquier momento de la tarea sin consecuencia negativa.

Con respecto al principio de no maleficencia, la información proporcionada fue tratada con confidencialidad y utilizada exclusivamente para los fines establecidos de la investigación, la investigadora facilitó el balance entre riesgo y beneficio, donde el participante no fue expuesto a ninguna modalidad de riesgos, puesto que la recolección de datos se dio mediante una ficha y cuestionarios que fueron codificados, motivo que no causó ninguna inversión económica por parte del participante, debido a que los gastos que demanda el proyecto de investigación son responsabilidad de la investigadora y no suponen gastos ni a los participantes ni a los dos centros de salud de la Red Integrada de Salud Ascope (CIOMS, 2017).

Con el objetivo de prevenir potenciales riesgos emocionales, se procedió a la implementación de un protocolo de apoyo: la aplicación de los instrumentos se

desarrolló con la presencia de la especialista en salud mental, la Mtra. en Psic. Cinthya Lizbeth Miranda Jiménez con C.Ps.P. 24902, pues, si un/una participante informaba del malestar durante o después de contestar los cuestionarios, se proporcionaría un servicio de apoyo psicológico que permita reducir el malestar que se manifieste. Así como la investigadora estuvo formada para identificar signos de malestar emocional durante la aplicación de los instrumentos y ofreció un espacio para que los participantes expongan sus inquietudes de manera confidencial.

En concordancia con el principio ético de beneficencia, el presente estudio contempló beneficios tanto a nivel institucional como individual. A nivel institucional, los dos centros de salud pertenecientes a la Red Integrada de Salud Ascope fueron beneficiados mediante la entrega de un informe técnico con resultados agregados, el cual servirá como insumo para la planificación e implementación de programas de intervención psicoeducativa orientados al manejo de la ansiedad, la impulsividad y la ira en el personal de salud (CIOMS, 2017).

A nivel individual, al finalizar la aplicación de los instrumentos, a cada participante se le entregó un tríptico, el cual contuvo recomendaciones generales de autorregulación emocional y control de impulsos, sin que estén vinculadas a su identidad. Como beneficio adicional, se brindó un taller psicoeducativo grupal orientado a la regulación emocional y control de impulsos, dirigido al personal de salud de ambos centros. Este taller tuvo un enfoque preventivo y educativo, no terapéutico, y se desarrolló sin utilizar información individual obtenida en el estudio. Su objetivo fue promover el bienestar psicológico del personal y fortalecer

competencias de afrontamiento emocional, contribuyendo indirectamente a la mejora de la calidad del servicio de salud (Beauchamp & Childress, 2019).

La participación en el taller psicoeducativo de regulación emocional y control de impulsos fue completamente voluntaria y no condicionada a la participación previa en el estudio de investigación. La convocatoria se realizó de manera institucional, abierta y no coercitiva, una vez concluida la fase de recolección de datos. La investigadora coordinó con el área de Docencia e Investigación de la Red Integrada de Salud Ascope para la difusión del taller mediante avisos informativos (afiches) colocados en espacios visibles de ambos centros de salud.

Dicho aviso consignó claramente el objetivo del taller, su carácter preventivo y psicoeducativo, la fecha, el horario y el lugar de realización, enfatizando que la asistencia es libre y voluntaria, sin repercusiones laborales. Dicho taller se realizó en los auditorios de los centros de salud previamente autorizados, dentro de horarios coordinados con la institución, no se contó con registro de asistencia ni vinculación con datos del estudio, garantizando la independencia entre la investigación y la actividad psicoeducativa.

Asimismo, en función del uso, almacenamiento y conservación de la información recolectada fue utilizada exclusivamente para los fines del presente estudio. Los datos serán conservados por un periodo máximo de cinco años, únicamente para fines de respaldo académico y auditoría, y posteriormente serán eliminados de forma segura. No se realizará ningún uso secundario de la

información sin una nueva evaluación ética y consentimiento informado (CIOMS, 2017).

VI. RESULTADOS

6.1. Análisis descriptivo

Tabla 4

Análisis descriptivo de la normalidad de la Ansiedad Generalizada, la Impulsividad, sus dimensiones y la Ira en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, 2026

Variables y dimensiones	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IQR</i>	<i>A</i>	<i>K</i>	<i>z_A</i>	<i>z_K</i>
POBLACIÓN (<i>N</i> = 172)								
Ansiedad Generalizada	4.65	3	4.7	6	1.32	1.49	7.07	3.99
Impulsividad	34.6	33.0	12.1	15.25	.44	-.21	2.36	-.56
Impulsividad Atencional	10.8	10.5	4.1	5	.49	.33	2.62	.88
Impulsividad Motora	10.6	10.0	4.6	6	.69	.67	3.69	1.79
Impulsividad No Planeada	13.2	12.0	6.4	10	.45	-.43	2.41	-1.15
Ira	9.2	9.0	3.2	5	.51	-.61	2.73	-1.63
MUJERES (<i>n</i> = 110)								
Ansiedad Generalizada	4.65	3	4.75	6	1.35	1.68	5.78	3.60
Impulsividad	32.79	31	11.4	15	.45	-.04	1.93	-.09
Impulsividad Atencional	10.47	10	3.78	5	.36	-.09	1.54	-0.19

Variables y dimensiones	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>IQR</i>	<i>A</i>	<i>K</i>	<i>z_A</i>	<i>z_K</i>
Impulsividad Motora	10.42	9.5	5.02	6	.76	.52	3.25	1.11
Impulsividad No Planeada	11.9	11	5.533	8	.45	-.48	1.93	-1.03
Ira	9.1	8	3.22	5	.68	-.30	2.91	-.64
VARONES (n = 62)								
Ansiedad Generalizada	4.65	3	4.59	5	1.29	1.33	4.15	2.14
Impulsividad	37.9	34.5	12.66	18.75	0.33	-.49	1.06	-.79
Impulsividad Atencional	11.26	11	4.52	5.75	.54	.47	1.74	.76
Impulsividad Motora	11.03	11	3.89	5	.63	1.04	2.02	1.67
Impulsividad No Planeada	15.61	14.5	7.11	10	.11	-.69	.35	-1.11
Ira	9.34	9	3.1	5	.17	-1.11	.55	-1.78

Nota. N = 172. M = Media; Mdn = Mediana; DE: Desviación estándar; IQR: Rango intercuartil; A = Coeficiente de asimetría; K = Coeficiente de exceso de curtosis; z_A = estadístico z de asimetría; z_K = estadístico z de curtosis. Los valores de z_A y z_K se calcularon dividiendo cada coeficiente entre su respectivo error estándar siguiendo el criterio de Kim (2013) para muestras de tamaño mediano ($50 < n < 300$). Valores absolutos de z superiores a 3.29 ($\alpha = .05$) indican una desviación relevante de la normalidad.

En la Tabla 4, la evaluación de la distribución normal se realizó mediante los estadísticos z de asimetría y curtosis, siguiendo el criterio de Kim (2013) para

muestras de tamaño mediano, según el cual valores absolutos de z superiores a 3.29 señalan una desviación relevante de la normalidad.

En la población general, la Ansiedad Generalizada fue la única variable que mostró una desviación relevante y consistente de la normalidad, tanto en asimetría ($z = 7.07$) como en curtosis ($z = 3.99$). Esta divergencia refleja que la mayoría del personal reportó puntuaciones bajas ($Mdn = 3.0$), frente a un subgrupo más reducido con puntuaciones considerablemente más altas, lo cual elevó la media ($M = 4.7$) por encima de la mediana y generó la asimetría positiva observada.

La dimensión Impulsividad Motora presentó una desviación relevante únicamente en asimetría ($z = 3.69$), un resultado más acotado que no comprometió la curtosis ($z = 1.79$). El resto de las variables y dimensiones (Impulsividad Total, Impulsividad Atencional, Impulsividad No Planeada e Ira) se mantuvieron dentro de los márgenes esperables para datos aproximadamente normales, con valores de z que no superaron el umbral de 3.29 ni en asimetría ni en curtosis.

Al analizar por sexo, la Ansiedad Generalizada replicó el mismo patrón de desviación relevante tanto en mujeres (z de asimetría = 5.78; z de curtosis = 3.60) como en varones (z de asimetría = 4.15), confirmando que esta variable concentra la principal fuente de no normalidad en la investigación, independientemente del sexo del personal evaluado. En el subgrupo de mujeres, la Impulsividad Motora se ubicó en un valor limítrofe (z de asimetría = 3.25), ligeramente por debajo del umbral, mientras que el resto de variables y dimensiones no mostró desviaciones relevantes.

En varones, solo la Ansiedad Generalizada superó el umbral (z de asimetría = 4.15), aunque no en curtosis; las demás variables y dimensiones no superaron el umbral establecido, por lo que la distribución de las puntuaciones en este subgrupo se aproximó de forma más consistente a la normalidad.

Adicionalmente, considerando el carácter censal del estudio que no corresponde a un muestreo probabilístico y la desviación de la normalidad documentada de forma persistente en la Ansiedad Generalizada, el análisis relacional entre variables se realizó mediante el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, priorizando la precisión de las estimaciones del tamaño del efecto sobre el uso de valores p de significancia inferencial, los cuales requieren de una selección aleatoria de la muestra que este estudio, por su naturaleza censal, no posee. Por su parte, el análisis comparativo según sexo se sustentó en la magnitud de la diferencia mediante el coeficiente r de Rosenthal.

6.2. Análisis correlacional

Con el fin de responder al objetivo general y a los objetivos específicos O1, O2 y O3 de la investigación, se analizaron las correlaciones entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira en el personal de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026.

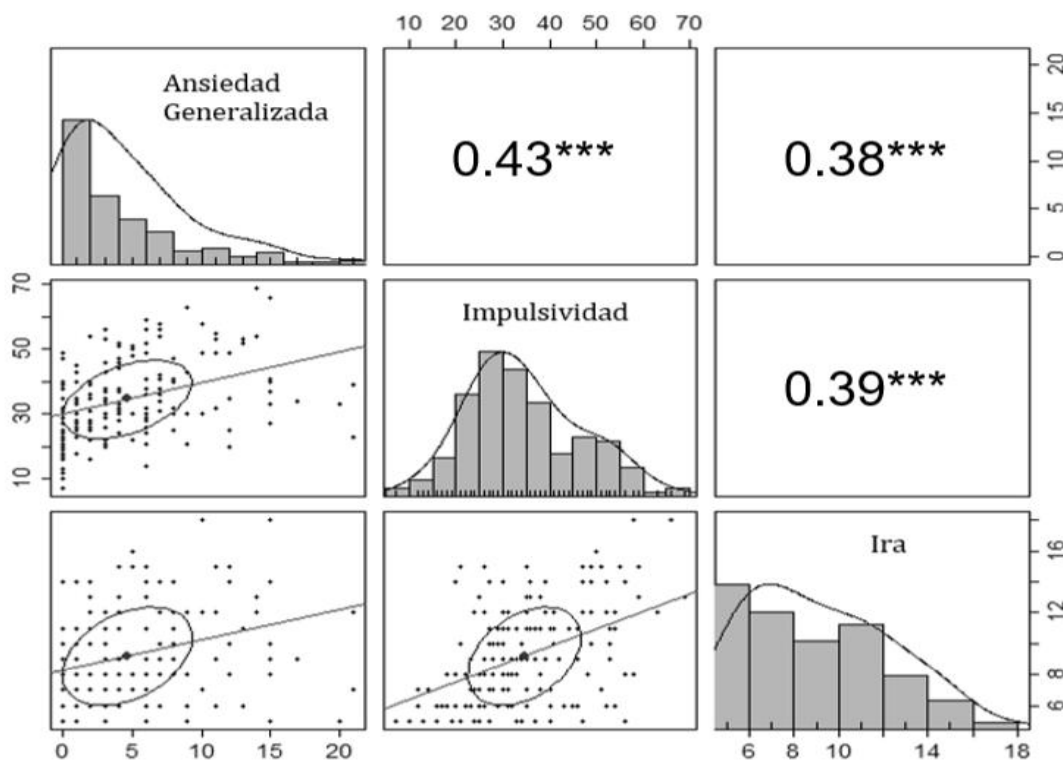
En la Figura 1, se evaluó el patrón de covariación bivariada entre las tres variables mediante el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (r_s), en atención a la asimetría observada en las distribuciones univariadas descritas previamente (Tabla 4). Siguiendo las pautas de interpretación de magnitud para ciencias del comportamiento de López-Martín y Ardura (2023), los resultados

evidenciaron relaciones directas de magnitud grande entre los tres constructos evaluados.

La asociación de mayor magnitud se presentó entre la Ansiedad Generalizada y la Impulsividad ($r_s = .43$, IC 95% [.32, .57], $p < .001$); la Ansiedad Generalizada exhibió una asociación directa de magnitud grande con la Ira ($r_s = .38$, IC 95% [.24, .51], $p < .001$); y se constató una relación directa de magnitud grande entre la Impulsividad y la Ira ($r_s = .39$, IC 95% [.26, .54], $p < .001$). Por tanto, se encuentra sustento empírico de magnitud grande para la hipótesis general.

Figura 1

Matriz de correlación de Spearman, distribuciones univariadas y diagramas de dispersión entre Ansiedad Generalizada, Impulsividad e Ira en el personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, 2026



Nota. Figura matricial generada en R mediante el paquete psych (pairs.panels). La diagonal principal expone los histogramas de frecuencia de cada variable con sus respectivas curvas de densidad superpuestas. La parte superior de la diagonal reporta los coeficientes de correlación de Spearman (r_s). La parte inferior de la diagonal presenta los diagramas de dispersión bivariada (scatterplots) con líneas de ajuste lineal y elipses de concentración ajustadas al 68% de los datos. Los asteriscos se reportan con fines descriptivos.

Con respecto al primer objetivo específico, se analizó la relación entre Ansiedad Generalizada e Impulsividad en el personal de salud. Como se aprecia en la Tabla 5, se halló una correlación directa de magnitud grande entre ambas variables ($r_s = .43$, IC 95% [.32, .57], $p < .001$), lo cual proporciona sustento empírico a la primera hipótesis específica.

Tabla 5

Correlación de Spearman entre Ansiedad Generalizada e Impulsividad del personal de salud

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	1
1. Ansiedad Generalizada	4.65	4.70	
2. Impulsividad	34.60	12.10	.43*** [.32, .57]

*Nota. M y DE se utilizan para representar la media y la desviación estándar, respectivamente. r_s = coeficiente de correlación de Spearman. Los valores entre corchetes indican el intervalo de confianza del 95%; *** indica $p < .001$ (Los asteriscos se reportan con fines descriptivos).*

En cuanto al segundo objetivo específico, se encontró la relación entre Ansiedad Generalizada e Ira en el personal de salud. Como se aprecia en la Tabla 6, se halló una correlación directa de magnitud grande ($r_s = .38$, IC 95% [.24, .51], $p < .001$), lo cual brinda sustento empírico a la segunda hipótesis específica.

Tabla 6

Correlación de Spearman entre Ansiedad Generalizada e Ira del personal de salud

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	1
1. Ansiedad Generalizada	4.65	4.7	
2. Ira	9.2	3.2	.38*** [.24, .51]

*Nota. M y DE se utilizan para representar la media y la desviación estándar, respectivamente. r_s = coeficiente de correlación de Spearman. Los valores entre corchetes indican el intervalo de confianza del 95%; *** indica $p < .001$ (Los asteriscos se reportan con fines descriptivos).*

En relación con el tercer objetivo específico, se analizó la relación entre Impulsividad e Ira en el personal de salud. Como se aprecia en la Tabla 7, se halló una correlación directa de magnitud grande ($r_s = .39$, IC 95% [.26, .54], $p < .001$), lo cual proporciona sustento empírico a la tercera hipótesis específica.

Tabla 7

Correlación de Spearman entre Impulsividad e Ira del personal de salud

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	1
1. Impulsividad	34.6	12.1	
2. Ira	9.2	3.2	.39*** [.26, .54]

*Nota. M y DE se utilizan para representar la media y la desviación estándar, respectivamente. r_s = coeficiente de correlación de Spearman. Los valores entre corchetes indican el intervalo de confianza del 95%; *** indica $p < .001$ (Los asteriscos se reportan con fines descriptivos).*

Dado que las tres hipótesis específicas de relación cuentan con sustento empírico, se encuentra sustento para la hipótesis general del estudio.

6.3. Análisis comparativo

A efectos de atender los objetivos específicos cuatro, cinco y seis, se realizaron análisis comparativos orientados a identificar las posibles diferencias en ansiedad generalizada, impulsividad e ira según el sexo. Las figuras 2, 3, 4 y 5 muestran los resultados correspondientes a las comparaciones de la ansiedad generalizada; la impulsividad, y sus dimensiones; y la ira según sexo respectivamente.

En todos los casos se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para la valoración de la significancia estadística y el coeficiente r de Rosenthal, con su respectivo intervalo de confianza al 95% obtenido mediante Bootstrap (2000-5000

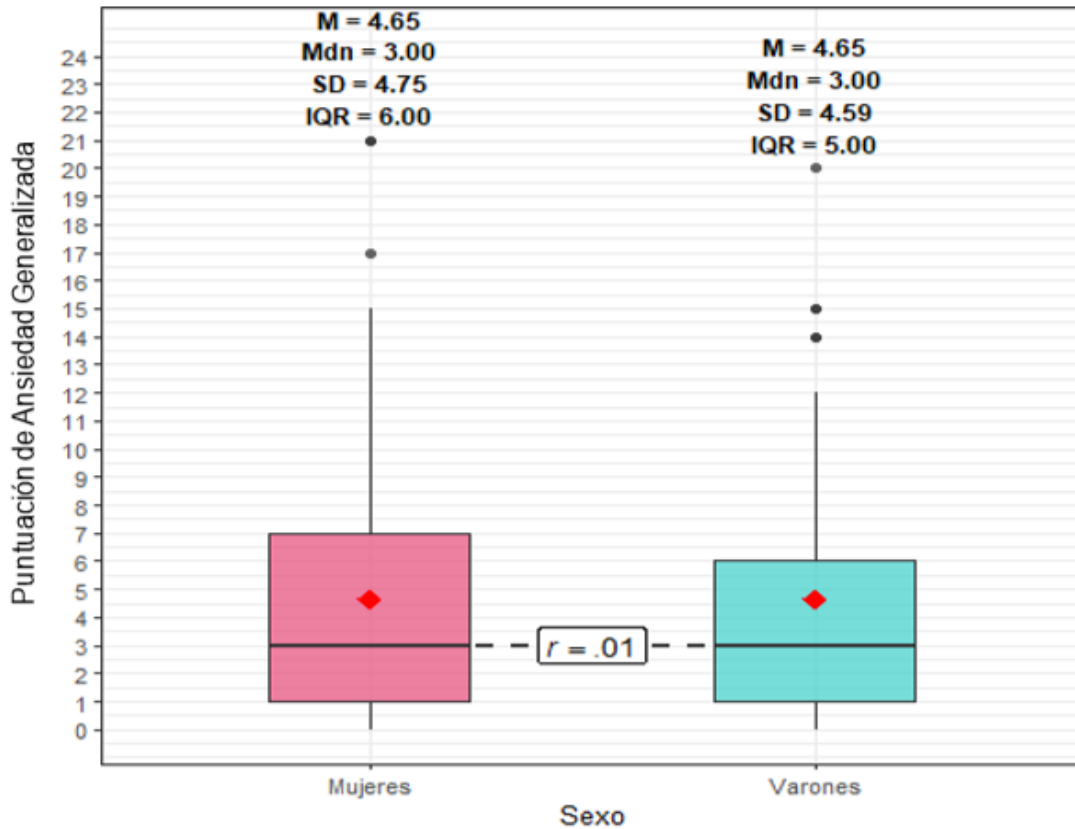
réplicas; Fritz et al., 2012), para la estimación de la magnitud del efecto, priorizada esta última en la interpretación de las hipótesis dado el carácter censal de la muestra.

En la Figura 2, al comparar las puntuaciones de Ansiedad Generalizada en función del sexo del personal asistencial, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney, sin hallarse una diferencia estadísticamente significativa entre varones ($n = 62$) y mujeres ($n = 110$) ($U = 3377.0$, $p = .917$). Tanto las medidas de tendencia central no paramétricas ($Mdn = 3.00$ en ambos grupos) como las estimaciones paramétricas ($M = 4.65$ para ambos grupos) reflejan valores equivalentes entre sexos. Respecto a la dispersión, las mujeres registraron una variabilidad ligeramente superior ($DE = 4.75$, $IQR = 6.00$) en comparación con los varones ($DE = 4.59$, $IQR = 5.00$).

Al cuantificar la magnitud de la diferencia mediante el coeficiente r de Rosenthal, se obtuvo un tamaño del efecto de $r = .01$, $IC\ 95\% [-.14, .16]$, valor que, según los umbrales de Cohen (1988), se ubica por debajo del umbral mínimo establecido para un efecto pequeño; el intervalo de confianza, al contener el valor cero, refuerza la ausencia de una diferencia sustantiva entre grupos. En consecuencia, estos resultados no brindan sustento empírico a la cuarta hipótesis específica.

Figura 2

Diferencias en la Ansiedad Generalizada según sexo en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, 2026



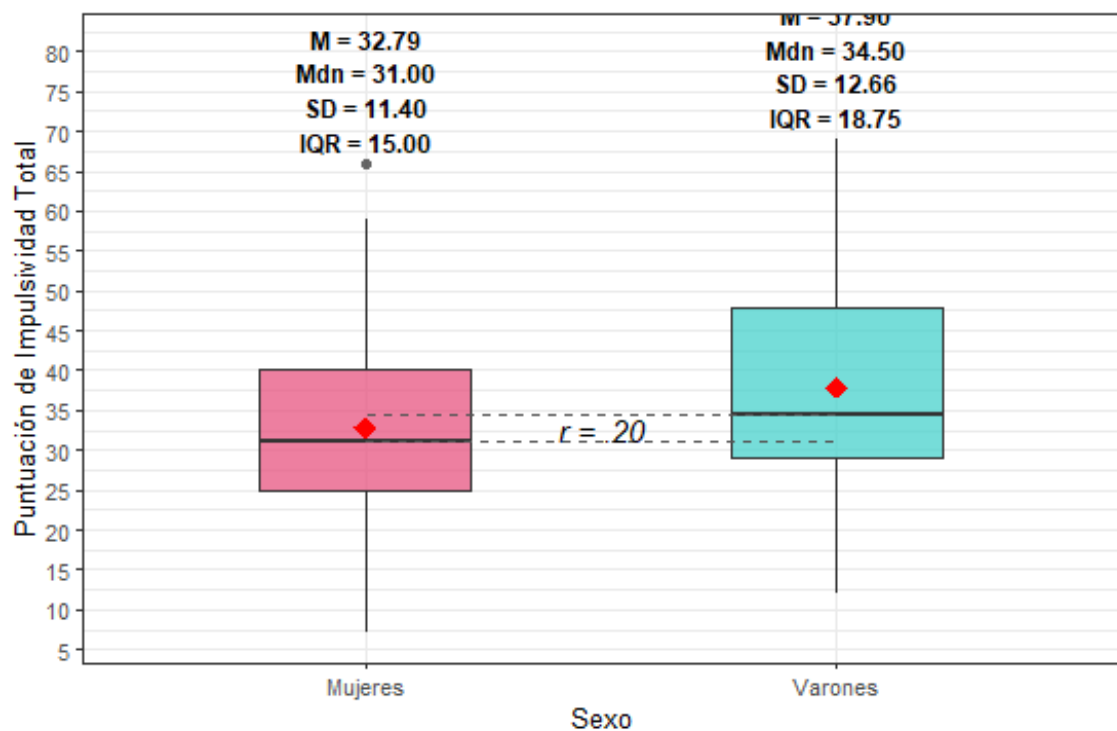
Nota. Gráfico de cajas y bigotes (boxplots) con superposición de puntos individuales (jitter plots). Cobertura censal ($N = 172$; $n = 62$ varones, $n = 110$ mujeres). Las líneas horizontales continuas al interior de las cajas representan las medianas ($Mdn = 3.00$ en ambos grupos); los límites inferior y superior de las cajas señalan el primer y tercer cuartil (IQR). Los diamantes rojos identifican las medias aritméticas de ambos grupos ($M = 4.65$). U de Mann-Whitney = 3377.0, $p = .917$; $r = .01$, IC 95% [-.14, .16]. Según los umbrales de Cohen, valores de $r < .10$ corresponden a un umbral por debajo de lo mínimo. DE = Desviación estándar; IQR = Rango intercuartil.

En la Figura 3, al comparar las puntuaciones de Impulsividad total en el personal de salud según el sexo, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney hallándose diferencias ($U = 2606.0$, $p = .010$). El grupo de varones registró una media de $M = 37.90$ ($DE = 12.66$) y una mediana de $Mdn = 34.50$ ($IQR =$

18.75), en comparación con las mujeres, quienes presentaron una media de $M = 32.79$ ($DE = 11.40$) y una mediana de $Mdn = 31.00$ ($IQR = 15.00$). Al estimar la magnitud de la diferencia mediante el coeficiente r de Rosenthal, se obtuvo un tamaño del efecto de $r = .20$, $IC\ 95\% [.05, .34]$, correspondiente a un efecto pequeño según los criterios de Cohen (1988); el intervalo de confianza no contiene el cero, lo que aporta precisión a la estimación puntual. En consecuencia, estos resultados brindan sustento empírico a la quinta hipótesis específica.

Figura 3

Diferencias en la Impulsividad según sexo en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, 2026



Nota. Los diagramas de caja representan la distribución de la puntuación de Impulsividad Total según el sexo del personal de salud. El diamante rojo indica la media (M) y la línea horizontal central dentro de cada caja señala la mediana (Mdn). U de Mann-Whitney = 2606.0, $p = .010$; r de Rosenthal = .20, $IC\ 95\% [.05, .34]$, magnitud pequeña DE = desviación estándar; IQR = rango intercuartil. La línea discontinua entre los grupos proyecta la diferencia entre medianas, donde r representa el tamaño del efecto estimado mediante la r de Rosenthal.

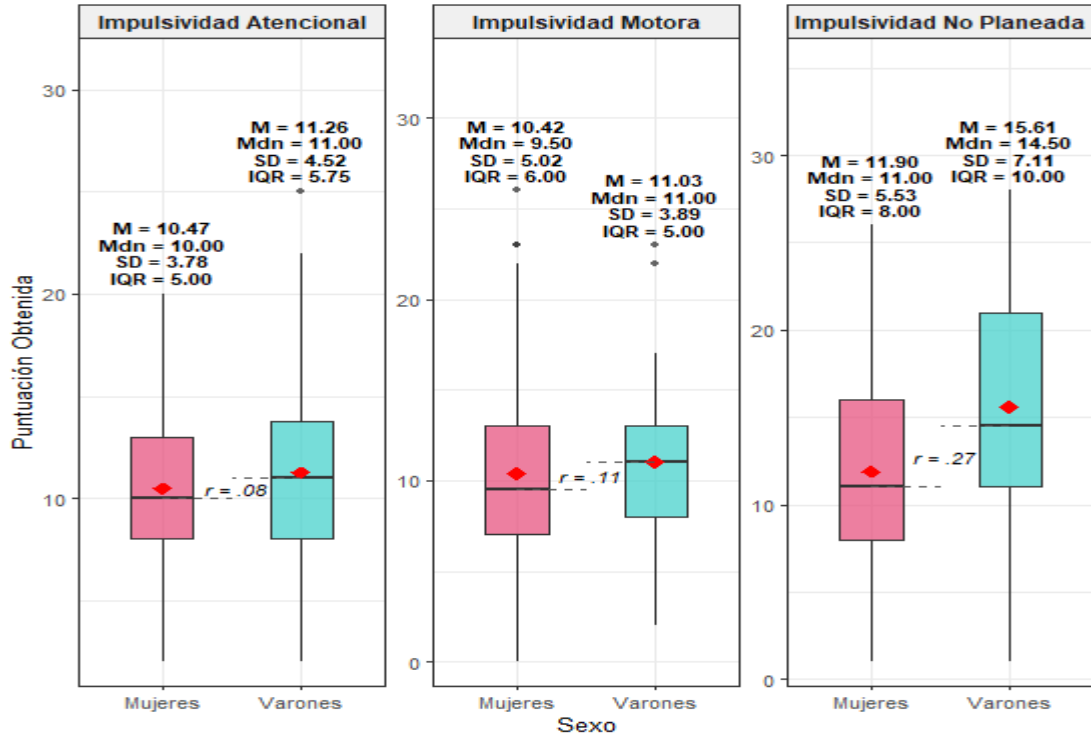
En la Figura 4, el análisis comparativo de las dimensiones de la impulsividad según el sexo del personal de salud reveló resultados diferenciados entre dimensiones. En la dimensión Impulsividad Atencional, la prueba U de Mann-Whitney no evidenció diferencia entre sexos ($U = 3094.5$, $p = .313$); los varones registraron una media de $M = 11.26$ ($DE = 4.52$) y una mediana de $Mdn = 11.00$ ($IQR = 5.75$), mientras que las mujeres obtuvieron una media de $M = 10.47$ ($DE = 3.78$) y una mediana de $Mdn = 10.00$ ($IQR = 5.00$), con un tamaño del efecto $r = .08$, IC 95% $[-.08, .23]$, no alcanzando el umbral mínimo para un efecto pequeño y con un intervalo que incluye el cero.

En la dimensión Impulsividad Motora, la comparación entre sexos arrojó $U = 2976.5$, $p = .166$; los varones promediaron $M = 11.03$ ($DE = 3.89$) y con una mediana de $Mdn = 11.00$ ($IQR = 5.00$) frente a las mujeres, con $M = 10.42$ ($DE = 5.02$) y $Mdn = 9.50$ ($IQR = 6.00$); El tamaño del efecto $r = .11$, IC 95% $[-.04, .25]$ valor que se ubica en el límite inferior del umbral establecido por Cohen (1988) para un efecto pequeño y cuyo intervalo de confianza incluye el cero.

Por su parte, en la dimensión Impulsividad No Planeada se halló diferencia ($U = 2281.5$, $p < .001$), donde los varones alcanzaron una media de $M = 15.61$ ($DE = 7.11$) y una mediana de $Mdn = 14.50$ ($IQR = 10.00$), puntuaciones superiores a las del grupo femenino, que reportó $M = 11.90$ ($DE = 5.53$) y $Mdn = 11.00$ ($IQR = 8.00$). El tamaño del efecto en esta dimensión alcanzó un valor de $r = .27$, IC 95% $[.12, .41]$, ubicándose en un umbral de magnitud pequeña (Cohen, 1988), con un intervalo de confianza que no contiene el cero, lo cual respalda la consistencia de esta diferencia.

Figura 4

Diferencias en las dimensiones de Impulsividad según sexo en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, 2026



Nota. Los diagramas de caja muestran la distribución de las puntuaciones en las dimensiones de Impulsividad Atencional, Impulsividad Motora e Impulsividad No Planeada según el sexo del personal de salud. El diamante rojo representa la media (M) y la línea horizontal central dentro de cada caja señala la mediana (Mdn). Impulsividad Atencional: $U = 3094.5$, $p = .313$, $r = .08$, IC 95% $[-.08, .23]$. Impulsividad Motora: $U = 2976.5$, $p = .166$, $r = .11$, IC 95% $[-.04, .25]$. Impulsividad No Planeada: $U = 2281.5$, $p < .001$, $r = .27$, IC 95% $[.12, .41]$. DE = desviación estándar; IQR = rango intercuartil.

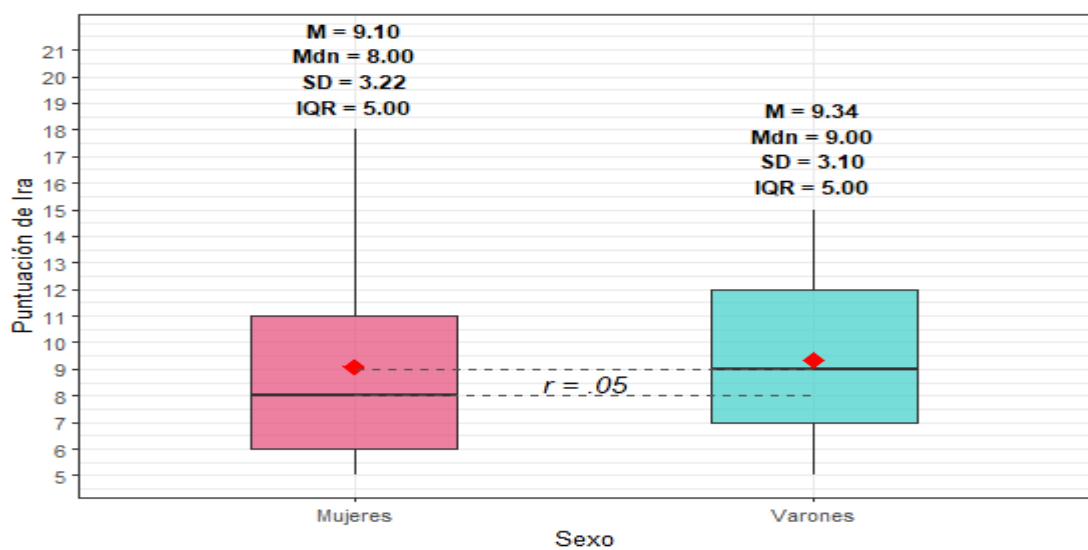
En la Figura 5, concerniente a la ira, la comparación entre sexos mediante la prueba de U de Mann-Whitney no evidenció diferencia ($U = 3220.5$, $p = .544$). El grupo femenino obtuvo una media de $M = 9.10$ ($DE = 3.22$) y una mediana de $Mdn = 8.00$ ($IQR = 5.00$), en tanto que el grupo masculino registró una media de $M = 9.34$ ($DE = 3.10$) y una mediana de $Mdn = 9.00$ ($IQR = 5.00$).

Al estimar la magnitud de la diferencia mediante el contraste no paramétrico, se obtuvo un tamaño del efecto de $r = .05$, IC 95% $[-.11, .19]$, valor

que se ubica por debajo del umbral mínimo establecido por Cohen (1988) para considerarse un efecto pequeño, con un intervalo que contiene el cero. En consecuencia, estos resultados no brindan sustento empírico a la sexta hipótesis específica.

Figura 5

Diferencias en la Ira según sexo en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, 2026



Nota. Los diagramas de caja ilustran la distribución de las puntuaciones de Ira según el sexo del personal de salud. El diamante rojo señala la media (*M*) y la línea horizontal interna representa la mediana (*Mdn*). *U* de Mann-Whitney = 3220.5, *p* = .544; *r* de Rosenthal = .05, IC 95% [-.11, .19] *DE* = desviación estándar; *IQR* = rango intercuartil.

VII.DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros de salud de La Libertad, Perú, 2026. Los hallazgos otorgaron sustento empírico a la hipótesis general y a las tres hipótesis específicas de relación (H1, H2 y H3), al hallarse asociaciones directas y de magnitud grande entre las tres variables. En cuanto al sexo, se observó una homogeneidad prácticamente generalizada entre varones y mujeres, con la excepción parcial de la impulsividad. A continuación, se discuten estos resultados en función de cada objetivo específico, contrastándolos con la evidencia empírica reportada en estudios previos y con los planteamientos teóricos que sustentan la presente investigación.

Respecto al objetivo específico 1, la asociación entre ansiedad generalizada e impulsividad fue la de mayor magnitud del estudio. Este resultado es consistente, en dirección, con lo reportado por Guillín y Flores (2022) en el país ecuatoriano, quienes descubrieron una correlación positiva entre los distintos tipos de impulsividad y la ansiedad en personal de salud. Asimismo, en el contexto nacional, Chalan y Linares (2024), en una muestra de profesionales de la salud de Trujillo, ciudad que comparte la región de estudio con la presente investigación, reflejaron una correlación considerablemente más fuerte.

Esta diferencia no debería leerse como una discrepancia sustantiva del fenómeno, sino que probablemente responde a diferencias metodológicas: mientras el antecedente trabajó con una muestra de conveniencia y el Inventario de Ansiedad de Beck bajo un enfoque inferencial clásico, la presente tesis abordó una cobertura

censal mediante el GAD-7, priorizando la estimación del tamaño del efecto por sobre el contraste de significancia.

Teóricamente, este resultado es coherente con el eje teórico principal adoptado en el presente estudio, que integra la Teoría de la Sensibilidad al Reforzamiento (RST) de Gray y el modelo psicobiológico de Barratt (Barratt, 1972; Barratt & Patton, 1983; Gray & McNaughton, 2000). Desde el modelo de Barratt, la sintomatología ansiosa se concibe como un estado de tensión interna vinculado a la eficiencia psicomotora y al control de la conducta, de modo que niveles más elevados de ansiedad covariarían con una menor capacidad de inhibición conductual y con una mayor presencia de manifestaciones impulsivas, particularmente en sus componentes atencional y motor.

Asimismo, la RST, por su parte, concibe que el Sistema de Inhibición Conductual, asociado a la sintomatología ansiógena y el Sistema de Activación Conductual, asociado a la impulsividad como sistemas motivacionales en tensión; sin embargo, la asociación positiva, y no inversa, hallada en esta muestra resulta más compatible con la hipótesis de los subsistemas conjuntos (Minici & Rivadeneira, 2020), que postula que la vulnerabilidad en la sintomatología ansiosa y la elevada impulsividad estarían interrelacionadas en condiciones de estrés laboral sostenido, como las que caracterizan al personal de salud evaluado.

Como enfoque complementario asignado específicamente a este tramo en el marco teórico del estudio, el modelo de urgencia negativa del enfoque UPPS (Whiteside & Lynam, 2001; Racine et al., 2024; Berg et al., 2015) brinda un componente adicional: la experiencia de ansiedad intensa se asociaría con una

menor capacidad de premeditación, lo que se relacionaría con una mayor tendencia a la acción precipitada como respuesta desadaptativa frente al malestar emocional.

Respecto al objetivo específico 2, la ansiedad generalizada también mostró una asociación directa y de magnitud grande con la ira. Este hallazgo se aproxima con lo reportado por Wei et al. (2024) en China, quienes, mediante un análisis de redes en enfermeras expuestas a violencia horizontal, hallaron que los síntomas de ira se conectaban de forma significativa con indicadores nucleares de la red de ansiedad generalizada (el sobresalto y la excitación fisiológica), lo cual respalda la asociación funcional entre ambos constructos en personal de salud.

En la misma línea, Bayrak et al. (2021), encontraron, en enfermeras turcas, una correlación positiva entre la ansiedad y el rasgo de ira, aunque de menor magnitud que la hallada en el presente estudio; dado que ese antecedente midió ansiedad-estado, un componente más transitorio que el de sintomatología de ansiedad generalizada en sentido clínico, la diferencia de magnitud podría explicarse por el tipo de instrumento empleado (Inventario de Ansiedad Estatal frente al GAD-7).

Teóricamente, el modelo cognitivo de Beck (Beck et al., 1985) anticipa esta asociación con la explicación: los esquemas cognitivos negativos relacionados con la sintomatología ansiosa se vincularían con la presencia de respuestas iracundas en situaciones de presión, lo cual se asociaría, a su vez, con la calidad del servicio brindado (Denson, 2015). Como modelo complementario asignado específicamente al tramo ansiedad-ira, el enfoque cognitivo-conductual de Novaco (2017; Sturmey & Novaco, 2017) ofrece una explicación más detallada: la ira cumpliría una función

adaptativa de afrontamiento asociada a estados primarios de vulnerabilidad ansiosa, de modo que la activación fisiológica propia de la ansiedad generalizada se vincularía con la ira cuando el individuo interpreta la situación; por ejemplo, interacciones difíciles con un paciente, la escasez de recursos o alguna frustración. En la misma línea, el Marco Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1984), que en el modelo adoptado explica el origen situacional de todo el proceso: es decir, la evaluación de un contexto laboral como amenazante se vincularía, con la sintomatología ansiosa, y cuando los recursos de afrontamiento percibidos resultan insuficientes, la tensión ansiosa sostenida se asociaría con una mayor reactividad iracunda.

Respecto al objetivo específico 3, la correlación entre impulsividad e ira constituye, en el marco de la evidencia revisada, un aporte particularmente relevante: como se señaló en los antecedentes, no se identificaron estudios previos a nivel nacional ni internacional que evaluaran específicamente esta asociación en el personal de salud. En ese sentido, este resultado no solo confirma la tercera hipótesis específica, sino que brinda evidencia empírica original a un vínculo que, hasta ahora, había sido sustentado únicamente en el aspecto teórico.

Este resultado es congruente con el propio modelo de Barratt, que permite explicar cómo la impulsividad podría estar implicada en la asociación entre la ansiedad y la ira, en una situación laboral estresante podría observarse impulsividad atencional, relacionada con la dificultad para mantener la concentración, o impulsividad motora, que podría relacionarse con reacciones de ira o con decisiones precipitadas que afectan los intercambios con los pacientes (Giusti et al., 2020). Desde el marco teórico principal, la hipótesis de los subsistemas conjuntos (Minici

& Rivadeneira, 2020) propone, además, que la ira se asociaría con este circuito en la medida en que el sistema defensivo activado por la ansiedad y la impulsividad percibe obstáculos o frustraciones en el entorno, lo cual adquiere especial sentido en un entorno laboral de alta exigencia como el sanitario, donde la dificultad para mantener la concentración o la actuación sin reflexión previa se relacionarían con reacciones de ira hacia pacientes o colegas, vinculadas al bienestar psicológico y a la calidad del servicio brindado (Denson, 2015).

En conjunto, las tres relaciones de magnitud grande respaldan la hipótesis general del estudio y son coherentes con el modelo teórico principal adoptado en el presente estudio, la Teoría de la Sensibilidad al Reforzamiento de Gray y el modelo psicobiológico de Barratt, que sitúan a la sintomatología ansiosa como componente central de esta red de correlaciones. Estos hallazgos sugieren que, en el personal sanitario evaluado, la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira no operan como fenómenos aislados, sino como componentes de un sistema afectivo-conductual interdependiente (Minici & Rivadeneira, 2020).

A diferencia de lo hallado en las correlaciones, las comparaciones por sexo, reportaron una homogeneidad prácticamente generalizada entre hombres y mujeres en las variables de estudio, con la excepción parcial de impulsividad.

Respecto al objetivo específico 4, no se encontraron diferencias relevantes entre mujeres y varones. Este hallazgo contrasta con la tendencia consistente reportada en la evidencia internacional examinada, donde el sexo femenino se asocia sistemáticamente con mayores niveles de ansiedad generalizada en personal de salud, tal como sostuvieron Sincan et al. (2025) en Turquía, Caldichoury et al.

(2023) en una investigación multicéntrica latinoamericana, De Oliveira et al. (2024) en Brasil, Onu et al. (2022) en Nigeria, Ike et al. (2021) en Londres y AlAteeq et al. (2020) en Arabia Saudita.

La discrepancia con este patrón tan consistente podría relacionarse con particularidades propias del contexto evaluado, es posible que en el personal de salud de La Libertad las exigencias propias del entorno asistencial generen un nivel de activación ansiosa suficientemente extendido entre ambos sexos como para atenuar las diferencias de género que sí se observan en otros contextos.

Desde las bases teóricas, la ansiedad, tal como es evaluada mediante el GAD-7, permite identificar la presencia de síntomas tanto en muestras clínicas como no clínicas (Spitzer et al., 2006). El modelo cognitivo de Beck, por su parte, propone que la ansiedad se produce como resultado de interpretaciones cognitivas distorsionadas de situaciones percibidas como amenazantes, en las que se desarrollan esquemas negativos que incrementan la percepción de amenaza y generan una respuesta caracterizada por la preocupación excesiva y la tensión psicológica (Beck et al., 1985).

Este mecanismo cognitivo puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, lo que contribuye a una comprensión más matizada de las diferencias de sexo en el sector salud: dichas diferencias no son universales, sino que dependen de las particularidades del contexto laboral y cultural en el que se producen.

Respecto al objetivo específico 5, se observó una diferencia a favor de los varones en la puntuación total de impulsividad, con una magnitud pequeña. El análisis por dimensiones mostró que esta diferencia se concentró en la impulsividad

no planeada. La impulsividad motora también alcanzó el umbral mínimo de un efecto pequeño, aunque su intervalo de confianza rozó el cero. En contraste, la dimensión atencional no se logró identificar una diferencia sostenida entre sexos.

Este patrón es solo parcialmente coincidente con lo reportado por Guillín y Flores (2022) en Ecuador, quienes señalaron que la impulsividad motora es más común en varones, mientras que las mujeres tenderían a presentar mayor impulsividad cognitiva y no planificada; en el presente estudio, si bien se confirma la mayor impulsividad motora en varones, la impulsividad no planeada también resultó más elevada en este grupo y con la brecha más amplia de las tres dimensiones, en sentido contrario a lo esperado según dicho antecedente.

Esta divergencia podría relacionarse con la socialización diferenciada según el sexo, donde las normas de género tradicionales pueden favorecer las conductas impulsivas en el sexo masculino mientras asocian a las mujeres con una mayor reflexividad y ponderación de consecuencias (Eagly & Wood, 2013), es posible que en el ámbito laboral de salud estas diferencias se traduzcan en distintas formas de toma de decisiones, con los varones inclinándose por decisiones más rápidas y basadas en la intuición frente a estrategias más reflexivas en las mujeres.

No obstante, cabe la posibilidad, aunque no verificada directamente en la presente investigación, al no contarse con el dato del cargo o área específica que ocupa cada participante, de que el propio entorno laboral module estas diferencias: los varones del sector salud podrían estar expuestos con mayor frecuencia a presiones asociadas con liderazgo, a la toma de decisiones rápidas en situaciones de emergencia y al manejo de escenarios de alta exigencia, lo que reforzaría

patrones de respuesta impulsiva. De ocupar los varones de la muestra, en mayor proporción, puestos que demandan decisiones bajo presión, como los servicios de emergencia, ello podría explicar parcialmente las diferencias observadas (Hamilton et al., 2015). No obstante, dado que el presente estudio no contó con el dato del cargo o área específica de cada participante, esta explicación se plantea en un plano teórico general y no puede atribuirse a un rol laboral particular dentro de la muestra.

Respecto al objetivo específico 6, en la ira no se encontraron diferencias de magnitud relevante entre mujeres y varones. Este resultado difiere de lo hallado por Pachi et al. (2023) en Grecia y por Wesemann et al. (2021) en Alemania, quienes en ambos casos reportaron puntuaciones de ira significativamente más elevadas en mujeres que en varones. La ausencia de diferencias por sexo en esta muestra puede explicarse por el origen de la ira: a diferencia de emociones más estables o rasgo, la ira se asocia con situaciones específicas de injusticia percibida, frustración y obstáculos para alcanzar objetivos (Denson, 2015).

Desde el enfoque de la normatividad social de género, convencionalmente se ha apreciado que la manifestación abierta de ira es más aceptable en el sexo masculino que en el femenino. Sin embargo, en el contexto laboral de salud, es viable que estas reglas se hayan flexibilizado, permitiendo que tanto hombres como mujeres manifiesten y reflejen ira de forma más equitativa, es decir, ambos sexos pueden estar experimentando niveles semejantes de ira, pero con manifestaciones diversas (varones de forma externalizada y las mujeres de manera internalizada) (Bayrak et al., 2021).

Implicancias para la práctica

Los hallazgos sugieren que las intervenciones dirigidas a reducir la sintomatología de ansiedad generalizada en el personal de salud podrían tener un efecto colateral positivo sobre el control de impulsos y de la ira, puesto que las tres variables son interdependientes. Programas de manejo de estrés laboral, entrenamiento en reevaluación cognitiva (Gross, 2015) y fortalecimiento de factores protectores como la resiliencia, siendo un atenuante documentado en el personal de salud (Pachi et al., 2023) constituyen líneas de acción con sustento tanto teórico como empírico a partir de esta investigación.

Es importante indicar que los resultados deben interpretarse considerando que el diseño transversal no permite determinar relaciones de causalidad entre las variables, limitándose a la descripción de asociaciones en un momento específico (Levin, 2006). Además, dado el carácter censal del estudio, los hallazgos son directamente aplicables a dicha población y no deben generalizarse sin evidencia adicional a otros contextos institucionales o geográficos (Pollet, 2013).

Finalmente, a pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio presenta fortalezas significativas, puesto que es una de las primeras investigaciones en el contexto peruano que investiga de manera simultánea las relaciones entre ansiedad generalizada, ira e impulsividad (incluyendo sus dimensiones específicas) en el personal de salud, llenando un vacío relevante en la literatura de la región La Libertad.

VIII. CONCLUSIONES

- Respecto al objetivo general, existe una relación directa y de magnitud grande entre la ansiedad generalizada, la impulsividad y la ira en el personal de salud de dos centros de salud de La Libertad, Perú, 2026, brindándose sustento empírico a la hipótesis general del estudio.
- Existe una relación directa de magnitud grande entre la ansiedad generalizada y la impulsividad en el personal de salud evaluado ($r_s = .43$), brindándose sustento empírico a H1.
- Existe una relación directa de magnitud grande entre la ansiedad generalizada y la ira en el personal de salud evaluado ($r_s = .38$), brindándose sustento empírico a H2.
- Existe una relación directa de magnitud grande entre la impulsividad y la ira en el personal de salud evaluado ($r_s = .39$), brindándose sustento empírico a H3.
- La diferencia en la ansiedad generalizada según sexo presentó un tamaño del efecto de $r = .01$, por debajo del umbral mínimo establecido para un efecto pequeño, por lo que no se brinda sustento empírico a H4.
- La diferencia en la impulsividad total según sexo, favorable a los varones, presentó un tamaño del efecto de $r = .20$, correspondiente a un efecto pequeño, brindándose sustento empírico a H5.
- La diferencia en la ira según sexo presentó un tamaño del efecto de $r = .05$, por debajo del umbral mínimo establecido para un efecto pequeño, por lo que no se brinda sustento empírico a H6.

IX. RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos obtenidos, se proponen las siguientes recomendaciones para la práctica institucional, las cuales pueden ser consideradas por los tomadores de decisión como un referente orientador y no como un plan de intervención validado por este estudio. Cabe precisar que la investigación se limitó a establecer la asociación entre ansiedad generalizada, impulsividad e ira, sin determinar la presencia, prevalencia o severidad clínica de estos constructos en el personal evaluado. Por lo tanto, las recomendaciones no parten de la premisa de que el personal presenta ansiedad generalizada, impulsividad o ira clínicas, sino de la relación estadística hallada entre dichas variables, y se orientan más a la evaluación y la investigación futura que a la intervención directa.

Se sugiere a las jefaturas y áreas de bienestar de los centros de salud participantes considerar la inclusión de evaluaciones periódicas de ansiedad generalizada, impulsividad e ira dentro de sus procesos de monitoreo del bienestar del personal.

Se recomienda a la dirección integrada de salud de los centros evaluar las condiciones estructurales del entorno laboral: carga de trabajo, disponibilidad de recursos, distribución de turnos, dado que la literatura previa vincula estos factores con la activación de esquemas cognitivos de amenaza que pueden intensificar la sintomatología ansiosa (Lai et al., 2020). Esto cobra especial relevancia al considerar que, en este estudio, el puntaje de ansiedad generalizada se asoció de forma directa y con magnitud grande con los de impulsividad e ira.

Se recomienda a futuras investigaciones profundizar en la relación específica entre la impulsividad y la ira en personal de salud, puesto que el presente estudio no encontró investigaciones previas sobre esta asociación; estudios adicionales, idealmente con diseños longitudinales, permitirían fortalecer la evidencia inicial aportada por esta tesis y explorar posibles relaciones de causalidad entre las variables, algo que el diseño transversal empleado no permitió establecer.

Por último, se recomienda replicar este estudio en otros centros de salud de la región La Libertad, o de otras regiones del país, dado que, al tratarse de una investigación de cobertura censal, los hallazgos son directamente aplicables únicamente a la población de los dos centros evaluados y no deben generalizarse sin evidencia adicional.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adibi, A., Golitaleb, M., Farrahi-Ashtiani, I., Pirani, D., Yousefi, K., Jamshidbeigi, Y., & Sahebi, A. (2021). The Prevalence of Generalized Anxiety Disorder Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 658846. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.658846>
- Alamo-Palomino, I. J., Matzumura-Kasano, J. P., y Gutiérrez-Crespo, H. F. (2020). Reclamaciones de pacientes en el servicio de emergencia adultos de un hospital de tercer nivel de atención. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 74-81. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2916>
- AlAteeq, D. A., Aljhani, S., Althiyabi, I., & Majzoub, S. (2020). Mental health among healthcare providers during coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 13(10), 1432-1437. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.08.013>
- Amemiya, I., Oliveros, M., Acosta, Z., Martina, M., y Barrientos, A. (2019). Violencia y estrés percibido por estudiantes de primer año medicina de una universidad pública, 2016. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(4), 482-487. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16296>
- Asmundson, G., LeBouthillier, D., Parkerson, H., y Horswill, S. (2016). Trauma-Exposed Community-Dwelling Women and Men Respond Similarly to the DAR-5 Anger Scale: Factor Structure Invariance and Differential Item Functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 29(3), 214-220. <https://doi.org/10.1002/jts.22098>

- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Revista Anales de Psicología*, 29(3), 1038- 1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9(2), 191–198. <https://doi.org/10.2466/pms.1959.9.2.191>
- Barratt, E. S. (1972). Anxiety and impulsiveness: Toward a neuropsychological model. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp. 195–222). Academic Press.
- Barratt, E. S. (1985). *Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing*. North Holland: Elsevier.
- Barratt, E. S., & Patton, J. H. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. En M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 77–116). Lawrence Erlbaum Associates.
- Barratt, E., Orozco–Cabal, L., y Moeller, F. (2004). *Impulsivity and sensation seeking: A historical perspective on current challenges*. Amsterdam: Elsevier Science. <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=swhd33LCBqcC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Impulsivity+and+sensation+seeking:+A+historical+perspective+on+current+challenges&ots=E2BDtlzK8w&sig=xZOaBvR2PXNc-UvN8mt1->

zCjSAA#v=onepage&q=Impulsivity%20and%20sensation%20seeking%3A%20A%20historical%20perspective%20on%20current%20challenges&f=false

Bayrak, N. G., Uzun, S., y Kulakaç, N. (2021). The relationship between anxiety levels and anger expression styles of nurses during COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1829-1837. <https://doi.org/10.1111/ppc.12756>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31647760/>

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

Bellido-Boza, L., Villarreal-Zegarra, D., & Valdivia-Miranda, P. (2025). *Human resources and healthcare infrastructure in Peru: A cross-sectional analysis from 2018 to 2024*. *Public and Global Health*. <https://doi.org/10.1101/2025.01.01.25319872>

Benites, A., Castillo, E., Rosales, C., Salas, R., y Reyes, C. (2021). Factores asociados a la calidad del servicio en hospitales públicos peruanos. *MediSur*, 19(2), 236-244. <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068639007/html/>

Berg, J. M., Latzman, R. D., Bliwise, N. G., y Lilienfeld, S. O. (2015). Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological Assessment*, 27(4), 1129–1146. <https://doi.org/10.1037/pas0000111>

Boyer, L., Wu, A. W., Fernandes, S., Tran, B., Brousse, Y., Nguyen, T. T., Yon, D. K., Auquier, P., Lucas, G., Boussat, B., & Fond, G. (2024). Exploring the fear of clinical errors: Associations with socio-demographic, professional, burnout, and mental health factors in healthcare workers – A nationwide cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1423905. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423905>

Caldichoury, N., García-Roncallo, P., Saldías, C., Zurita, B., Castellanos, C., Herrera-Pino, J., Soto-Añari, M., Porto, F., Quispe-Rodríguez, I., Florez, Y., Castillo-Tamara, E., Díaz, C., Coronado-López, J., Gaitan-Quintero, G., Pabón-Moreno, A., Ocampo-Barba, N., Martínez-Pérez, J., Gargiulo, A., Quispe-Ayala, C., ... López, N. (2023). Impacto psicológico del COVID-19 en los trabajadores sanitarios durante el segundo año de pandemia en Latinoamérica: Estudio de encuesta transversal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, S0034745023000355. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.04.010>

Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelach, S., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Alonso, M., González, M., Contreras, O., Caldichoury, N., Ramos-Henderson, M., Gargiulo, P., y López, N. (2023). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: Validez de constructo y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 245-250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>

Cash, R., Varker, T., McHugh, T., Metcalf, O., Howard, A., Lloyd, D., Costello, J., Said, D., y Forbes, D. (2018). Effectiveness of an Anger Intervention for

Military Members with PTSD: A Clinical Case Series. *Military Medicine*, 183(9-10), 286-290. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx115>

Cavalera, C., Colli, A., y Di Virgilio, G. (2025). Emotional responses and therapeutic alliance dynamics in clinical healthcare environments. *Frontiers in Psychology*, 16, Artículo 1501273. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1501273>

Caycho-Rodríguez, T., Cabrera-Orosco, I., Barboza-Palomino, M., Ventura-León, J., Arias Gallegos, W. L., y Carranza Esteban, R. F. (2020). Evaluación psicométrica de la versión en español del Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5) en universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.06.003>

Celma, J. (2015). *Bases teóricas y clínicas del comportamiento impulsivo*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios. https://bibliosjd.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/02/bases_teoricas_y_clinica_comportamiento_impulsivo.pdf

Ceschi, G., Selosse, G., Nixon, R. D. V., Metcalf, O., y Forbes, D. (2020). Posttraumatic anger: A confirmatory factor analysis of the Dimensions of Anger Reactions Scale-5 (DAR-5) – French adaptation. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1731127. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1731127>

- Chalan, L. & Linares, F. (2024). *Impulsividad y ansiedad en el personal de salud de un hospital de Trujillo, 2023*. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Trujillo. Benedicto XVI]. <https://repositorio.uct.edu.pe/items/2782bb36-cb71-420b-883c-8a4ca358df38>
- Chen, R., Yan, W., Shen, Q., Li, M., Chen, M., Dong, J., Wang, Y., Zhao, X., & Cui, J. (2024). Network analysis of anxiety and cognitive impairment among mental healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1393598. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1393598>
- Cía, A. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización Diagnostica y terapéutica, y Comentarios Sobre el artículo "A Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 29-33. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921832003.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Cordova-Buiza, F., Tapara-Sinti, J., y Gallardo-Tello, N. (2021). Satisfacción de los usuarios en los hospitales públicos en el Perú y valores profesionales.

Revista de la Fundación Educación Médica, 24(5), 277.
<https://doi.org/10.33588/fem.245.1150>

Dalley, J. W., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control. *Neuron*, 69(4), 680-694.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2011.01.020>

De Oliveira, F. E. S., Júnior, H. M., Trezena, S., Da Silveira, D. M. M. L., De Oliveira, L. K. S., De Oliveira, A. G. N., Fagundes, M. E. V., Brito, M. F. S. F., Dias, V. O., & Martelli, D. R. B. (2024). Generalized anxiety disorder and associated factors in primary health care workers in Minas Gerais, Brazil. *Work*, 77(2), 687-696. <https://doi.org/10.3233/WOR-230160>

De Vroege, L., & van den Broek, A. (2023). Mental health complaints, work-life balance, and absenteeism among healthcare workers post-pandemic: Results from the Don't Forget Yourself (DFY) study. *Journal of Psychiatric Research*, 162, 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.04.019>

Denson, T. F. (2015). Four pathways to the onset and maintenance of aggressive behavior. *Current Opinion in Psychology*, 6, 136–141.
https://www.researchgate.net/publication/275058458_Four_promising_psychological_interventions_for_reducing_reactive_aggression

Eagly, A. H., & Wood, W. (2013). The nature–nurture debates: 25 years of challenges in understanding the psychology of gender. *Perspectives on Psychological Science*, 8(3), 340–357.
<https://doi.org/10.1177/1745691613484767>

- Effio, C. (2024). *Adaptación y baremación del Test de Impulsividad de Barrat y Plutchik en adultos de la provincia de Huancayo*. [Tesis de licenciatura, Universidad Continental].
<https://repositorio.continental.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/2e44f54d-4efd-4c61-ac43-5f5707354a7d/content>
- Escobedo, D. (2022). *Factores relacionados a las quejas del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud Arequipa*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14325>
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336-353.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Fernández, Y. & Vivar, J. (2021). *Ira y ansiedad en atletas de 18 a 39 años de Lima Metropolitana y Callao*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo].
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/61326/Fernandez_PYD-Vivar_BJJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ferreira-Garcia, R., Gitahy Falcão Faria, C., Nardi, A. E., y da Rocha Freire, R. C. (2019). Negative Affect Mediates Impulsivity in Generalized Anxiety Disorder. *Psychopathology*, 52(6), 327-333.
<https://doi.org/10.1159/000503395>
- Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Goudriaan, A. E., Stein, D. J., Vanderschuren, L. J. M. J., Gillan, C. M., Shekar, S., Gorwood, P. A. P. M., Voon, V., Morein-Zamir, S., Denys, D., Sahakian, B. J., Moeller, F. G., Robbins, T.

W., & Potenza, M. N. (2014). New developments in human neurocognition: Clinical, genetic, and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectrums*, 19(1), 69-89.
<https://doi.org/10.1017/S1092852913000801>

Florek, S., Dębski, P., Piegza, M., Gorczyca, P., & Pudło, R. (2021). Relationship between the Severity of Anxiety Symptoms, Aggression and Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic Period. *Medicina*, 57(9), 959. <https://doi.org/10.3390/medicina57090959>

Forbes, D., Alkemade, N., Hopcraft, D., Hawthorne, G., O'Halloran, P., Elhai, J. D., McHugh, T., Bates, G., Novaco, R. W., Bryant, R., y Lewis, V. (2014a). Evaluation of the Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5) Scale in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 830-835. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.015>

Forbes, D., Alkemade, N., Mitchell, D., Elhai, J. D., McHugh, T., Bates, G., Novaco, R. W., Bryant, R., y Lewis, V. (2014b). Utility of the dimensions of anger reactions-5 (dar-5) scale as a brief anger measure: Research Article: Utility of DAR-5. *Depression and Anxiety*, 31(2), 166-173.
<https://doi.org/10.1002/da.22148>

Fowler, F. J. (2014). *Survey research methods (5th ed.)*. Sage Publications.

Franco-Jimenez, R., & Nuñez-Magallanes, A. (2022). Propiedades psicométricas del GAD-7, GAD-2 y GAD-Mini en universitarios peruanos. *Propósitos y Representaciones*, 10(1). <https://doi.org/10.20511/pyr2022.v10n1.1437>

- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2-18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Galambos, N. L., Johnson, M. D., y Krahn, H. J. (2018). The anger–depression connection: Between-persons and within-person associations from late adolescence to midlife. *Developmental Psychology*, 54(10), 1940-1953. <https://doi.org/10.1037/dev0000568>
- Gecaite-Stonciene, J., Saudargiene, A., Pranckeviciene, A., Liaugaudaite, V., Griskova-Bulanova, I., Simkute, D., Naginiene, R., Dainauskas, L. L., Ceidaite, G., y Burkauskas, J. (2021). Impulsivity Mediates Associations Between Problematic Internet Use, Anxiety, and Depressive Symptoms in Students: A Cross-Sectional COVID-19 Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 634464. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.634464>
- Giusti, E., Pedrolì, E., Stramba, C., Riva, G., y Molinari, E. (2020). The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1684. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>
- González-Hernández, J., Capilla Díaz, C., y Gómez-López, M. (2019). Impulsiveness and Cognitive Patterns. Understanding the Perfectionistic Responses in Spanish Competitive Junior Athletes. *Frontiers in Psychology*, 10, 1605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01605>
- Gorman, J., Reist, C., Amar, R., y Steiner, L. (7 de abril de 2022). Anger Among Health Care Professionals. *Psychiatric Times*.

<https://www.psychiatrictimes.com/view/anger-among-health-care-professionals>

Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press.

Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system* (2.^a ed.). Oxford University Press.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Guillín, G. & Flores, V. (2022). La impulsividad y su relación con la ansiedad en personal de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 638-654. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2250

Hamilton, K., Littlefield, A., Anastasio, N., Cunningham, K., Fink, L., Wing, V., Mathias, C., Lane, S., Schütz, C., Swann, A., Lejuez, C, Clark, L., Moeller, F., y Potenza, M. (2015). Rapid-response impulsivity: Definitions, measurement issues, and clinical implications. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 168-181.
<https://doi.org/10.1037/per0000100>

Hawthorne, G., Mouthaan, J., Forbes, D., y Novaco, R. W. (2006). Response categories and anger measurement: ¿Do fewer categories result in poorer measurement?: Development of the DAR5. *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology, 41(2), 164-172. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0986-y>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.

Hofmann, S. & Hinton, D. (2014). Cross-Cultural Aspects of Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 450. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0450-3>

Ike, I. D., Durand-Hill, M., Elmusharaf, E., Asemota, N., Silva, E., White, E., & Awad, W. I. (2021). NHS staff mental health status in the active phase of the COVID-19 era: A staff survey in a large London hospital. *General Psychiatry*, 34(2), e100368. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100368>

Kannis-Dymand, L., Salguero, J., Ramos-Cejudo, J., y Novaco, R. (2019). Dimensions of Anger Reactions-Revised (DAR-R): Validation of a brief anger measure in Australia and Spain. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1233-1248. <https://doi.org/10.1002/jclp.22757>

Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52–54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24–25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>
- Lievaart, M., Franken, I., y Hovens, J. (2016). Anger Assessment in Clinical and Nonclinical Populations: Further Validation of the State-Trait Anger Expression Inventory-2: Further Validation of the STAXI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 263-278. <https://doi.org/10.1002/jclp.22253>
- Locke, A., Kirst, N. y Shultz, C. (2015). Diagnosis and management of generalizad anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 91(9), 617-624. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0501/p617.html>
- López-Martín, E., & Ardura, D. (2023). El tamaño del efecto en la publicación científica. *Educación XX1*, 26(1). <https://doi.org/10.5944/educxx1.36276>
- Loyola, N. (2011). *Validez y confiabilidad de la escala de Impulsividad Barratt Versión 11 (BIS11) en mujeres encarceladas*. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/PUCP_ae0f4771b55f20e187b8aa31f92b2a3f/Details
- Lucas, L. (2022). *Ansiedad por la Covid-19 e impulsividad en jóvenes universitarios de la ciudad de Huacho*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo].

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/77524/Lucas_FLL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mahat, S., Rafferty, A. M., Vehviläinen-Julkunen, K., & Härkänen, M. (2025). Registered nurses' emotional responses to medication errors and perceived need for support: A qualitative descriptive analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5458-5471. <https://doi.org/10.1111/jan.16280>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

McCloskey, M. S., New, A. S., Siever, L. J., Goodman, M., Koenigsberg, H. W., Flory, J. D., y Coccaro, E. F. (2009). Evaluation of behavioral impulsivity and aggression tasks as endophenotypes for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1036-1048. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.002>

McFarland, K., & Kalivas, P. (2001). The Circuitry Mediating Cocaine-Induced Reinstatement of Drug-Seeking Behavior. *The Journal of Neuroscience*, 21(21), 8655-8663. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.21-21-08655.2001>

Minici, A., & Rivadeneira, C. (2020). Ansiedad e impulsividad. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 37, 1–12.

Mion, A. B. Z., de Brito, E. S., Reis, I. O., y Ventura, C. A. A. (2026). Promoting rights-based mental health care: Impact of the WHO QualityRights training

- on health professionals in Brazil. *Psychiatry International*, 7(1), Artículo 41. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint7010041>
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J. y Swann, A. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Moustafa, A. A., Tindle, R., Frydecka, D., y Misiak, B. (2017). Impulsivity and its relationship with anxiety, depression and stress. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.013>
- Newman, M., Llera, S., Erickson, T., Przeworski, A., y Castonguay, L. (2013). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 275-297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>
- Novaco, R. W. (2017). Anger. En V. Zeigler-Hill y T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 1–9). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_489-1
- Novaco, R. & Whittington, R. (2013). Anger Regulation for Psychotic Patients. *Treatments for Anger in Specific Populations*.114-137. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199914661.003.0007>
- Onu, J., Onyeka, T., Unaogu, N. N., Mohammed, A. D., Okunade, K., Oriji, S., Agom, D., Ekewuba, D., Alumona, C. O., Echieh, C. P., & Ozoagu, A. (2022). Psycho-behavioral responses of Nigerian health workers to an initial

human-to-human transmission of the coronavirus disease. *Journal of Public Health in Africa*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.4081/jphia.2022.1856>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 07 de noviembre). *Salud ocupacional: los trabajadores de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>

Ortiz, A. (2020). El estrés laboral: Origen, consecuencias y cómo combatirlo. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 15(3), 1–19. [http://www.spentamexico.org/v15-n3/A8.15\(3\)1-19.pdf](http://www.spentamexico.org/v15-n3/A8.15(3)1-19.pdf)

Ortiz, D., Rojas, M., Molina, J., y Gómez, D. (2023). Evaluación diagnóstica de la experiencia y expresión de la ira en jóvenes universitarios, una aproximación para la prevención de conductas de riesgo. *Avances en Psicología*, 31(1), 1-13. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2023.v31n1.2881>

Pachi, A., Kavourgia, E., Bratis, D., Fytsilis, K., Papageorgiou, S. M., Lekka, D., Sikaras, C., y Tselebis, A. (2023). Anger, aggression, and psychological resilience among healthcare workers during the early COVID-19 pandemic: A mediation analysis. *Frontiers in Psychology*, 14 (23) 26-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37510472/>

Palop-Larrea, V. (2024). Anger and Physical and Psychological Health. A Narrative Review. *Revista de Estudios Sociales*, 90, 121-136. <https://doi.org/10.7440/res90.2024.08>

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., y Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia

among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Patton, J. H., Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)

Penninx, B., Pine, D., Holmes, E., y Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914-927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)

Pollet, T. V. (2013). Much ado about p. What does a p-value mean when testing hypotheses with aggregated cross-cultural data in the field of evolution and human behavior? *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00734>

Polo Cobos, M., Cabello Triguero, C. M., & Ruiz Vera, J. (2024). Burnout in nursing staff, impact on patient safety. *Enfermería Cuidándote*, 7. <https://doi.org/10.51326/ec.7.9163531>

Porto, M. F., Ocampo-Barba, N., Flores-Valdivia, G., Caldichoury, N., y López, N. (2022). Propiedades psicométricas del GAD-7 para detectar ansiedad generaliza en profesionales sanitarios de Bolivia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(1), 115-116. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.391.8620>

Racine, S. E., Murphy, M. E., y Lynam, D. R. (2024). Acting impulsively when "upset": Examining associations among negative urgency, undifferentiated negative affect, and impulsivity using momentary and experimental methods. *Journal of Personality*, 92(3), 712–728. <https://doi.org/10.1111/jopy.12918>

Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>

Rosenthal, R. (1991). *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412984997>

Sadaf, M. & Takov, V. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada. *National Library of Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>

Schachter, S. (1971). *Emotion Obesity and Crime*. New York: Academic Press. <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/19721407627>

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A. J., ... Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>

Shirazi, A. A. (2023). *Healthcare workers' perspectives on working during the Covid-19 pandemic: Moral injury, mental health difficulties, and organisational influence* [Tesis doctoral, University of Essex]. Repository Essex.

Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10–59.
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Sincan, S., Sincan, G., Çınar Tanrıverdi, E., Bayraktar, M., Şahingöz, M., Özkurt, Z., & Çayır, Y. (2025). Evaluation of Demographic Characteristics, Working Conditions, Depression, Anxiety and Insomnia Levels of Health Workers During the COVID-19 Pandemic Period. *Bagcilar Medical Bulletin*. <https://doi.org/10.4274/BMB.galenos.2025.2023-05-046>

Sloan, M. M. (2012). Controlling Anger and Happiness at Work: An Examination of Gender Differences. *Gender, Work & Organization*, 19(4), 370-391.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2010.00518.x>

Soyaslan, B. D. (2019). Investigation of the relationship between early stage maladaptive schemes and anger levels in people with substance-use disorders. *Journal of Psychiatric Nursing*.
<https://doi.org/10.14744/phd.2019.87049>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., y Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Stevens, S. S. (1946). On the Theory of Scales of Measurement. *Science*, 103(2684), 677-680. <https://doi.org/10.1126/science.103.2684.677>
- Stoyanova, S., Ivantchev, N., y Giannouli, V. (2021). Functional and dysfunctional impulsivity and sensation seeking among medical staff. *Psychiatry Research*, 4(39) 299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34672268/>
- Sturmey, P., & Novaco, R. W. (2017). Cognitive-behavioral factors and anger in the occurrence of aggression and violence. En P. Sturmey (Ed.), *The Wiley handbook of violence and aggression* (pp. 1-12). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119057574.whbva026>
- Valladares-Garrido, M. J., Culquichicon, C., Sánchez Reto, M., Valladares-Garrido, D., Vera-Ponce, V. J., Pereira-Victorio, C. J., Failoc-Rojas, V. E., Zila-Velasque, J. P., Díaz-Vélez, C., & Lavado Acuña, W. (2025). Depression and anxiety in health human resources during the first COVID-19 wave in northern Peru: A multicenter study. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1616381. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1616381>
- Vidal, M. (2022). *Estrés laboral e impulsividad en trabajadores de una empresa privada de salud de Lima Metropolitana, 2022*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo].

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/110897/Vidal_RMDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wei, H., Liu, M., Wang, Z., Qu, W., Zhang, S., Zhang, B., Zhou, P., Long, Z., y Luan, X. (2024). Anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder in nurses exposed to horizontal violence: A network analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(16).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39396956/>

Wesemann, U., Hadjamu, N., Wakili, R., Willmund, G., Vogel, J., Rassaf, T., & Siebermair, J. (2021). Gender Differences in Anger Among Hospital Medical Staff Exposed to Patients with COVID-19. *Health Equity*, 5(1), 181-184. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0119>

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669–689.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)

XI. ANEXOS

Anexo 1. Formato de Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	Ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros, La Libertad, Perú, 2025.
<i>Investigador (a):</i>	Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

El fin de esta investigación es para conocer cómo se relacionan la ansiedad, la impulsividad y la ira en el personal sanitario, específicamente en personal de salud de dos centros de la RIS Ascope, conformado por técnicos y profesionales de la salud que laboran bajo las modalidades de Nombrados, Plazos Fijos, CAS y locación de servicios para responder acerca de temas psicológicos.

La pandemia de la COVID-19 expuso al personal de salud a altas demandas laborales y emocionales, lo que pudo afectar su bienestar psicológico. En este contexto, la presencia de ansiedad, impulsividad e ira se comprende como respuestas asociadas a la sobrecarga y el estrés sostenido, que pueden influir en la dinámica de atención en los servicios de salud. Desde un enfoque preventivo, este estudio busca aportar evidencia para fortalecer el cuidado y la regulación emocional del personal de salud.

Procedimientos:

Si considera participar en esta investigación se realizará lo siguiente:

1. Se le utilizará un formulario que consta de una ficha sociodemográfica y tres cuestionarios breves correspondiente a las tres variables de estudio. El tiempo que se estima para dar respuesta a las fichas es de 30 minutos aproximadamente.
2. En la primera hoja se encontrará la ficha para conocer los datos como: edad, sexo, grupo ocupacional y nivel de estudio. Son datos que no lograrán su identificación, pero que si

Versión 5.1 de fecha 30 de octubre del 2025



APROBADO
FECHA DE APROBACIÓN 08,02,26

Página 1 de 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	Ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros, La Libertad, Perú, 2025.
<i>Investigador (a):</i>	Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

aportarán para determinar de manera general a la población y conocer si se cumple con los criterios considerados en la presente investigación.

- En la segunda hoja contiene una lista de enunciados de la Escala de Ansiedad Generalizada GAD-7, la cual servirá para medir la ansiedad que se ha presentado en las dos últimas semanas, consta de 7 ítems y 4 opciones de respuesta que van desde nunca a casi cada día.
- En la tercera hoja contiene una lista de enunciados en la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11), la cual se utiliza para medir la impulsividad y sus dimensiones: impulsividad atencional, impulsividad motora e impulsividad no planeada, consta de 30 ítems y 4 opciones de respuesta que van desde Rara vez hasta Casi siempre.
- En la cuarta y última hoja contiene una lista de enunciados en el Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5), el cual sirve para medir la ira que se ha presentado en las últimas cuatro semanas, tiene cinco opciones de respuesta que van desde 1=Nada o casi nada de tiempo, a 5=Todo o casi todo el tiempo.
- Una vez que haya terminado de responder al formulario se le agradecerá por su participación y se entregará un tríptico sobre el *Manejo de las emociones y la importancia de la Salud Mental en el Personal de Salud*.
- Los datos obtenidos serán vaciados en un Excel, donde se le asignará un código a cada formulario para su uso, bajo estricto anonimato.
- Los resultados serán examinados con fines estrictamente de estudio.

Versión 5.1 de fecha 30 de octubre del 2025



APROBADO

Fecha de aprobación: 06/02/26

Página 2 de 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	Ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros, La Libertad, Perú, 2025.
<i>Investigador (a):</i>	Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

9. Los hallazgos serán presentados como parte de una investigación para la obtención del grado de Maestría en Psicología Clínica de quien investiga y podrán ser publicados en artículos de investigación.

Riesgos:

Los riesgos se encuentran relacionados con alguna situación de malestar psicológico que se manifieste durante la aplicación de los instrumentos, dado que en caso de que alguna de las interrogantes genere incomodidad o molestia, usted tiene la libertad de contestar o no.

No obstante, se cuenta con un protocolo de apoyo por si existiera alguna molestia emocional, por tanto se tiene la presencia de la especialista en salud mental, la Mtra. en Psic. Cinthya Lizbeth Miranda Jiménez con C.Ps.P. 24902, quien proporcionará un servicio de apoyo psicológico que permita reducir el malestar que se manifieste.

Beneficios:

En forma de retribución y muestra de agradecimiento, una vez que usted haya terminado de contestar y entregar los cuestionarios se le proporcionará un tríptico el cual contiene información sobre la Importancia de la Salud Mental en el Personal de Salud, el cual contiene la relevancia de trabajar en la salud mental y tips para disminuir la ansiedad en base a estudios de Psicología, con el propósito de mejorar el bienestar del personal y de alguna forma generar interés por buscar acompañamiento psicológico si consideran necesario.

Asimismo, se desarrollará un taller con los participantes para la regulación de las



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<i>Titulo del estudio:</i>	Ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros, La Libertad, Perú, 2025.
<i>Investigador (a):</i>	Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

emociones y el control de impulsos, con el fin de mejorar el bienestar psicológico del personal y la calidad del servicio que brindan.

Costos y compensación:

Los costos de la investigación serán financiados por la investigadora y no le generará gasto alguno. Asimismo, usted no deberá pagar nada por su participación en la investigación. De igual forma, usted no recibirá ningún estímulo económico ni de otra índole, solo lo detallado con anterioridad.

Confidencialidad:

Se guardará la información con la codificación pertinente y no con los nombres. Sólo la investigadora tiene acceso a la base de datos. Si los hallazgos de esta investigación son publicados, en ningún momento se mostrará información que permita identificar a las personas que participaron en este estudio.

USO, ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos recolectados en esta investigación serán utilizados principalmente para los propósitos del presente estudio. Durante este periodo, la información se mantendrá anonimizada, sin nombres ni datos personales que permitan identificar a los participantes, siendo registrada únicamente mediante códigos numéricos. El acceso a los datos estará restringido solo a la investigadora, garantizando la confidencialidad y privacidad de la información.

Se solicita su autorización para conservar la información que será almacenada en archivos



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	Ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros, La Libertad, Perú, 2025.
<i>Investigador (a):</i>	Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

digitales protegidos con contraseña y conservada por un periodo máximo de cinco (5) años, con fines de respaldo académico, auditoria científica y garantía de calidad, conforme a los principios de transparencia y responsabilidad ética de la investigación. Finalizado este periodo, los datos serán eliminados de forma segura.

Cualquier uso secundario de la información requerirá una nueva evaluación y aprobación por un Comité Institucional de Ética en Investigación, así como la obtención del consentimiento informado correspondiente, conforme a las normas éticas internacionales de la CIOMS.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 5 años para fines de respaldo académico, auditoria científica y garantía de calidad (Después de este periodo de tiempo serán descartados).

SI () NO ()

Derechos del participante:

Si usted resuelve participar en esta investigación, tenga de conocimiento que puede retirarse de ésta en cualquier momento. Si existiera alguna duda, por favor, contactarse con la Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández, al teléfono [REDACTED] o al correo [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos de la investigación, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	Ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros, La Libertad, Perú, 2025.
<i>Investigador (a):</i>	Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Además, puede ingresar al enlace para comunicarse con el Comité Institucional de ética en Investigación UPCH:
<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en esta investigación, comprendo las actividades en las que participaré si decido integrar a la investigación, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos
Participante

Firma

Fecha y hora

Nombres y Apellidos
Investigadora

Firma

Fecha y hora



Anexo 2. Protocolo de instrumentos aplicados

i. Ficha Sociodemográfica

Datos generales del participante:

A continuación, debe marcar la opción que describe sus características:

A) EDAD:

a) 18 a 24 años	b) 25 a 50 años	c) Más de 50 años
-----------------	-----------------	-------------------

B) Sexo

a) Femenino	b) Masculino
-------------	--------------

C) Grupo Ocupacional

a) Médico	b) Técnico en Farmacia
c) Enfermero	d) Nutricionista
e) Obstetra	f) Odontólogo
g) Biólogo – Microbiólogo	h) Asistente Social
i) Psicólogo	j) Técnico en Laboratorio
k) Técnico en Enfermería	l) Inspector Sanitario
m) Químico Farmacéutico	

D) Condición laboral

a) 1057 CAS	b) 728 nombrados
c) 276 plazo Fijo	d) Locadores de servicios

ii. Escala de ansiedad generalizada GAD-7

Las siguientes frases describen problemas que usted puede haber padecido.

Piense sobre las ocasiones en que los ha sufrido durante las 2 últimas semanas, e indique cuál de las 4 opciones describe mejor la frecuencia con la que se ha enfrentado a esos problemas.

	Nada (0)	Varios días (1)	La mitad de los días (2)	Casi cada día (3)
1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le pone los nervios de punta.				
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.				
3. Preocuparse demasiado sobre las diferentes cosas.				
4. Dificultad para relajarse.				
5. Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.				
6. Sentirse fácilmente disgustado e irritable.				
7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.				

iii.Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

INSTRUCCIONES: La presente escala sirve para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. Lea cada enunciado y coloque una X en el recuadro apropiado que se encuentra al lado derecho de esta página. Responda de manera honesta.

	Nunca (0)	A veces (1)	A menudo (2)	Casi siempre (3)
1. Planifico mis tareas.				
2. Hago las cosas sin pensarlas.				
3. Casi nunca dejo que las cosas me afecten.				
4. Tengo pensamientos muy acelerados.				
5. Planifico mis actividades con tiempo.				
6. Tengo control de mis actos.				
7. Me concentro con facilidad.				
8. Ahorro con regularidad.				
9. Se me hace difícil estar quieto por largos periodos de tiempo.				
10. Pienso las cosas cuidadosamente.				
11. Planifico para tener un trabajo/estudio fijo.				
12. Digo las cosas sin pensarlas.				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados.				
14. Cambio de trabajo (colegio) frecuentemente.				
15. Actúo impulsivamente.				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo.				
17. Realizo mis chequeos médicos con frecuencia.				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren.				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse.				
20. Cambio de vivienda frecuentemente.				
21. Compró cosas impulsivamente.				
22. Yo termino lo que empiezo.				
23. Camino y me muevo con rapidez.				
24. Resuelvo los problemas experimentando.				
25. Gasto más dinero de lo que tengo.				
26. Hablo rápido.				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes).				
28. Me interesa más el presente que el futuro.				
29. No puedo estar tranquilo/a en un lugar.				
30. Planifico para el futuro.				

iv. Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5)

Instrucción: Tomando en cuenta las últimas 4 semanas, marque en el recuadro bajo la opción que mejor describe la cantidad de tiempo que usted se siente de esa forma.

	Nada de tiempo (1)	Un poco tiempo (2)	Algunas veces (3)	La mayor parte del tiempo (4)	Todo el tiempo (5)
1. Me enojé con personas o situaciones.					
2. Cuando me enojé, me enojé mucho.					
3. Cuando me enojé, me quedé enojado.					
4. Cuando me enojé con alguien, quería golpearlo.					
5. Mi ira evitó que me lleve tan bien con alguien como me hubiese gustado.					

Anexo 3. Tríptico informativo obsequiado a los participantes del estudio.

Estrategias de Afrontamiento

- Reconoce tus Emociones**
Permitete sentir y nombrar tus emociones sin juzgarlas. Validar lo que sientes es el primer paso para poder manejarlo de forma saludable.
- Establece Límites Claros**
Aprende a decir 'no' y a desconectar del trabajo. Proteger tu tiempo personal es crucial para evitar el agotamiento y el desgaste profesional.
- Busca Apoyo en tu Equipo**
Habla con tus colegas sobre tus experiencias. Compartir puede aliviar la carga emocional y fortalecer los lazos de apoyo mutuo.
- Practica la Atención Plena**
Dedica unos minutos al día a ejercicios de respiración o meditación para reducir el estrés y centrar tu mente en el presente.



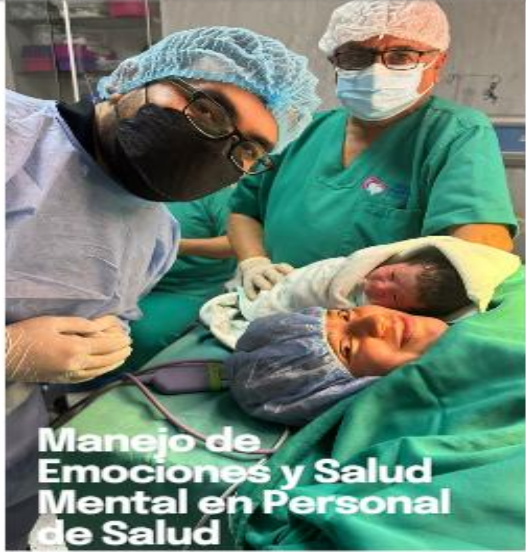


Consejos de Autocuidado

- 1 Prioriza el Descanso**
Un sueño de calidad es esencial para la recuperación mental y física. Crea una rutina relajante antes de dormir y asegura un descanso adecuado.
- 2 Mantente Activo**
La actividad física regular ayuda a liberar tensiones y mejorar el estado de ánimo. Encuentra una actividad que disfrutes, ya sea caminar, correr o yoga.
- 3 Nutre tu Cuerpo**
Una dieta equilibrada te proporciona la energía necesaria para enfrentar largas jornadas. No te saltes comidas y mantente hidratado.



Lic. Ps. Maria Luisa Chamorro
Fernández



Manejo de Emociones y Salud Mental en Personal de Salud

”

Herramientas y apoyo para tu bienestar emocional.
Estrategias de manejo de emociones.
Importancia de la Salud Mental

Un recurso para tu fortaleza interior.



La Importancia del Autocuidado y Salud Mental

El personal de salud a menudo prioriza el bienestar de los demás. Reconocer y atender tus propias necesidades emocionales es fundamental para prevenir el agotamiento.

Un buen manejo emocional no solo mejora tu calidad de vida, sino que también impacta positivamente en la atención que brindas.

¿Por Qué es Crucial?



Previene el Ansiedad: Identificar el exceso de preocupación a tiempo te protege del agotamiento físico y emocional.



Mejora la Toma de Decisiones: Una mente clara y tranquila permite un juicio clínico más preciso.



Fomenta el Buen Trato al Paciente: Desarrollar herramientas emocionales te ayuda a superar los desafíos diarios en los labores clínicos.

Estrategias de Manejo Emocional

Incorpora estas prácticas en tu rutina para fortalecer tu bienestar.



Atención Plena (Mindfulness):

Dedica unos minutos al día para enfocarte en tu respiración y conectar con el presente.



Diario de Emociones:

Escribir sobre tus sentimientos ayuda a procesarlos y a reducir su intensidad.



Comunicación Asertiva:

Expresa tus necesidades y límites de manera clara y respetuosa con tus colegas.



Pausas y Desconexión:

Asegúrate de tomar descansos y dedicar tiempo a actividades que disfrutes.



Busca Apoyo:

Habla con un colega de confianza, un supervisor o un profesional de la salud mental.

Reconociendo las Señales de Alerta



Agotamiento Emocional

- Sentimiento de vacío
- Irritabilidad constante



Despersonalización

- Cinismo hacia el trabajo.
- Distanciamiento de pacientes y colegas



Baja Realización Personal

- Sentimientos de ineficacia
- Dificultad para concentrarse



Síntomas Físicos

- Dolores de cabeza
- Problemas de sueño



Es Hora de Pedir Ayuda

Si reconoces estas señales, no dudes en buscar apoyo profesional. Cuidarte es el primer paso.

Anexo 4. Taller práctico realizado con los participantes del estudio.

TALLER PRÁCTICO PARA LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES Y CONTROL DE IMPULSOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Denominación : “Regulo y controlo mis emociones”
- 1.2. Dirigido a : Personal de salud de dos centros de salud La Libertad
- 1.3. Lugar : Auditorios de ambos centros de salud.
- 1.4. Duración : 120 minutos
- 1.5. Responsable : Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández

II. OBJETIVO

Brindar herramientas de regulación emocional y de control de impulsos al personal de salud de dos centros de salud de La Libertad con el fin de mejorar su bienestar psicológico y la calidad de su servicio.

III. MATERIALES:

- Papel bond o fichas para notas
- Posit
- Bolígrafos
- Proyector multimedia
- Chocolates
- Palitos de Brochetas
- Impresiones

IV. PROCEDIMIENTO:

1. Presentación (3 minutos)

Se realizará la presentación de la Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández como facilitadora y se dará las palabras de bienvenida al personal de salud, además de agradecer por la participación a dicho taller.

2. *Dinámica rompe hielo (12 minutos)*

La facilitadora invitará a los participantes a indicar su nombre y una cualidad que reflejan frente a la atención a los usuarios, dando como ejemplo: “Mi nombre es Maria Luisa y mi cualidad en la atención es que soy empática”, dando pase a la intervención de los participantes.

3. *Dinámica de apertura (15 minutos)*

La facilitadora menciona lo siguiente: “Vamos a empezar compartiendo una experiencia reciente en la que actuaste sin pensar y las consecuencias que tuvo. Piensa en esa situación y solo si deseas, compartes con el grupo”.

Se permitirá la participación de 3 o 4 voluntarios. Para promover la escucha activa.

4. *Presentación del tema (20 minutos)*

La facilitadora empezará con la siguiente pregunta: “¿Sabían que los impulsos son respuestas rápidas que se generan en nuestro cerebro, específicamente en el sistema límbico? Su función puede ser útil, por ejemplo, en situaciones que requieren rapidez, pero muchas veces nos llevan a actuar sin pensar, lo que puede generar problemas.”

Se muestran las diapositivas con los siguientes contenidos:

- Emoción
- Características de las emociones
- Gestión emocional.

- Inteligencia emocional.
- Autorregulación emocional
- Gestión emocional y estilos de afrontamiento
- Afrontamiento
- Estilos y estrategias de afrontamiento.

5. *Herramientas para manejar las emociones*

La facilitadora brindará a los participantes una serie de técnicas que deben ser usadas cada vez que se sienta que una emoción se sale de control.

- Técnicas de respiración y relajación (15 minutos)

La facilitadora indicará una técnica simple de respiración profunda que podrán poner en práctica cuando sientan que tienen un impulso fuerte y no logran calmarse.

Instrucciones:

- Inhalar lentamente por la nariz hasta 4.
- Mantener la respiración durante 2 segundos.
- Exhalar lentamente por la boca contando hasta 6.
- Realizar el ejercicio por una serie de 5 veces.

Se realizará un ejemplo pidiendo la cooperación de un participante. La facilitadora recordará el uso de la técnica cada vez que una emoción invada a la persona.

- La estrategia de la pausa (10 minutos)

Otra técnica para usar es la “Pausa de 10”, la misma que la facilitadora explicará que consiste en que antes de reaccionar, se debe contar

mentalmente hasta 10 o al menos 5, posteriormente respirar y evaluar la situación que se está presentando y que está llevando a límite las emociones.

6. *Refuerzo (10 minutos)*

La facilitadora entregará a los participantes posit y notas para la creación de una “Caja de herramientas emocionales”, donde van a escribir estrategias que es ayuda a calmarse o expresar sus emociones, donde se recalcará que su uso es como recordatorio y que deberá ser pegado en una zona donde lo puedas ver constantemente.

7. *Firma de compromiso (10 minutos)*

La facilitadora entregará papel bond y marcadores a cada participante y pedirá que puedan redactar un compromiso personal para poner en práctica en los próximos días. Podrán firmarlo y colocarlo en un lugar visible.

8. *Dinámica de cierre - Retroalimentación (15 minutos)*

En círculo, los participantes comentarán qué descubrieron sobre sí mismos y qué emociones les cuesta más reconocer o expresar. La facilitadora permitirá la participación de 3 o 4 participantes para que puedan manifestar sus ideas, y se procederá a cerrar con el reforzamiento de la importancia de la regulación de las emociones y porqué es importante controlar las emociones.

Posteriormente, la facilitadora pedirá a cada participante que cierren los ojos y que puedan darse un mensaje positivo mentalmente, mientras que cada uno se sumerge en un abrazo individual, para luego abrir los ojos.

9. *Agradecimiento y despedida (5 minutos)*

Finalmente, la facilitadora agradece por la participación de cada participante y se despide.

10. Entrega de reforzador

La facilitadora hará la entrega de unos pequeños detalles (chocotejas) acompañado de una frase: “El verdadero test de la inteligencia no es lo que sabes, sino cómo te comportas cuando no sabes qué hacer” – Daniel Goleman.

*Diapositivas a usar en la exposición del taller



Taller Práctico para la regulación de las emociones y control de impulsos

Lic. Maria Luisa Chamorro Fernández

TABLA DE CONTENIDO

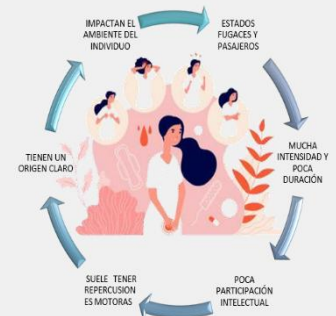
1. Emoción
2. Características de las emociones
3. Gestión emocional.
4. Inteligencia emocional.
5. Gestión emocional y estilos de afrontamiento
6. Afrontamiento
7. Estilos y estrategias de afrontamiento.
8. Tips para fortalecer la gestión de las emociones.

EMOCIÓN

Emoción es la variación profunda pero efímera del ánimo, que causa cambios en el estado del organismo, físicos y mentales, para reaccionar a una situación determinada.



CARACTERÍSTICAS DE LAS EMOCIONES

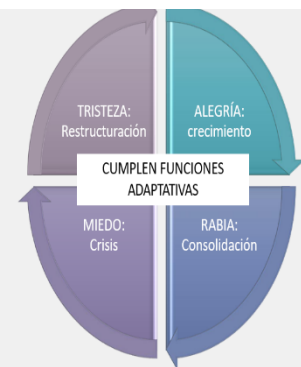


GESTIÓN EMOCIONAL

La gestión emocional hace referencia a ser conscientes de las emociones que sentimos, aceptarlas y regularlas si es necesario.

Al regularlas se es capaz de influir en el tipo de emoción, así como en el momento y en el modo en el que se expresa.

IE: Proceso psicológico complejo formado por funciones cognitivas como identificar, conocer, asimilar, utilizar y regular esas experiencias emocionales



Las emociones se construyen a través de un conjunto de procesos neurofisiológicos que requieren una conceptualización compartida socialmente (Barrett, 2017)

INTELIGENCIA EMOCIONAL

	LO QUE SIENTES	LO QUE HACES
EN TÍ	AUTO CONCIENCIA	AUTOCONTROL
EN LOS DEMÁS	EMPATÍA	HABILIDADES SOCIALES

Es un Proceso.

Incluye el conocimiento emocional propio y de las emociones de los demás.

Que finalmente lleva a la regulación de nuestras propias emociones. – GESTIÓN EMOCIONAL



Anexo 5.

Tabla 8

Fiabilidad de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Variable	ω de McDonald	Interpretación
Ansiedad Generalizada	.80	Alta

El análisis de fiabilidad de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), compuesta por siete ítems, evidenció una consistencia interna alta en la muestra evaluada (N=172), al obtener un coeficiente omega de McDonald de .80. Este valor indica que los ítems de la escala miden de manera consistente y coherente el constructo de ansiedad generalizada en el personal de salud participante, lo que respalda la fiabilidad del instrumento para los fines del presente estudio.

Anexo 6.

Tabla 9

Fiabilidad de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)

Variable	ω de McDonald	Interpretación
Impulsividad	.75	Aceptable

El análisis de fiabilidad de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) compuesta por treinta ítems, evidenció una consistencia interna aceptable en la muestra evaluada (N=172), al obtener un coeficiente omega de McDonald de .75. Este valor indica que los ítems de la escala miden de manera consistente y coherente

el constructo de impulsividad en el personal de salud participante, lo que respalda la fiabilidad del instrumento para los fines del presente estudio.

Anexo 7.

Tabla 10

Fiabilidad del Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5)

Variable	ω de McDonald	Interpretación
Ira	.80	Aceptable

El análisis de fiabilidad del Cuestionario de Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5), compuesto por cinco ítems, evidenció una consistencia interna aceptable en la muestra evaluada (N=172), al obtener un coeficiente omega de McDonald de .80. Este valor indica que los ítems del cuestionario miden de manera consistente y coherente el constructo de ira en el personal de salud participante, lo que respalda la fiabilidad del instrumento para los fines del presente estudio.

Anexo 8. Afiche de la convocatoria para la participación del estudio

¡INVITAMOS AL PERSONAL DE SALUD!

**PARTICIPA EN UNA
INVESTIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**¡TU
PARTICIPACIÓN
ES VOLUNTARIA
Y
CONFIDENCIAL!**

Enfocada en:

ANSIEDAD

IMPULSIVIDAD

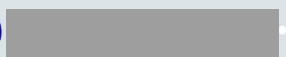
IRA

REQUISITOS:

- SER PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD.
- TENER ENTRE 22 A 65 AÑOS



MÁS INFORMACIÓN



Responsable: Maria Luisa Chamorro Fernández
Egresada de la Maestría de Psicología Clínica

Nota: Dicha actividad se realizará desde el 15 de febrero hasta el 16 de marzo.

Anexo 9. Afiches de la convocatoria para la participación del taller de manejo de emociones.

¡INVITAMOS AL PERSONAL DE SALUD!

TALLER PSICOLÓGICO

**“REGULO Y
CONTROLO MIS
EMOCIONES”**

Requisito:

- Ser personal de salud asistencia.

¡Tu participación es voluntaria!

LUGAR: AUDITORIO DEL CSMI - CHICAMA

 **Responsable:**
Maria Luisa Chamorro Fernández

HORA: 03:00 p.m.
FECHA: 08/04/2026



¡INVITAMOS AL PERSONAL DE SALUD!

TALLER PSICOLÓGICO

“REGULO Y
CONTROLO MIS
EMOCIONES”

Requisito:

- Ser personal de salud asistencia.

*¡Tu participación es
voluntaria!*



LUGAR: AUDITORIO DEL CENTRO DE SALUD PAIJÁN



Responsable:

Maria Luisa Chamorro Fernández

HORA: 03:00 p.m.

FECHA: 15/04/2026

Anexo 10. Constancia de aprobación del proyecto por comité de ética institucional.



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-092-04-26

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** de manera unánime por el Comité de Ética.

Título del Proyecto: **“ANSIEDAD, IMPULSIVIDAD E IRA EN PERSONAL DE SALUD DE DOS CENTROS DE SALUD, LA LIBERTAD, PERÚ, 2025.”**

Código SIDISI: **219391**

Investigador(a) principal(es): **Chamorro Fernandez Maria Luisa**

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación, versión 2.0 de fecha 06 de febrero del 2026.**
2. **Consentimiento informado (adultos), versión 5.1 de fecha 30 de octubre del 2025.**

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **Sábado 06 de febrero del 2027**.

El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 06 de febrero del 2026



Manuel Raul Perez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

Anexo 11. Constancia de aprobación de enmienda.



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-E-088-13-26

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó de manera expedita la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Protocolo : "Ansiedad, impulsividad e ira en personal de salud de dos centros de salud, La Libertad, Perú, 2026"

Código SIDISI : 219391

Investigador(a) principal(es) : Chamorro Fernández, María Luisa.

La enmienda/modificación corresponde a los siguientes documentos:

1. Proyecto de investigación, versión 3.0 de fecha 13 de marzo del 2026.

Lima, 24 de marzo del 2026.



Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/ago

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado Postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvel.ciei@ofichas-upch.pe
cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

Anexo 12. Constancia de aprobación de enmienda de cambio de terminología de variable.



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-E-262-32-26

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó de manera expedita la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Protocolo : **"ANSIEDAD GENERALIZADA, IMPULSIVIDAD E IRA EN PERSONAL DE SALUD DE DOS CENTROS DE SALUD, LA LIBERTAD, PERÚ, 2026."**

Código SIDISI : 219391

Investigador(a) principal(es) : Chamorro Fernandez, Maria Luisa

La enmienda/modificación corresponde a los siguientes documentos:

1. Proyecto de investigación, versión 4.0 de fecha 18 de agosto del 2026.

Lima, 21 de agosto del 2026.



Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/s/