



TESIS DOCTORAL

El contacto con la naturaleza como moderadora del estrés y la calidad de vida en población adulta de una comarca rural

María de la Hoz García García

Programa de Doctorado de Ciencias de la Enfermería

Directoras de tesis

Dra. María Isabel Orts Cortés

Dra. María Eugenia Galiana

Castellón 2024



Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

El contacto con la naturaleza como moderadora del estrés y la calidad de vida en población adulta de una comarca rural

Memoria presentada por María de la Hoz García García para optar al grado de doctora por la Universitat Jaume I



MARÍA DE LA HOZ GARCÍA GARCÍA

MARIA
ISABEL |
ORTS |
CORTES

Firmado digitalmente por
MARIA ISABEL |
ORTS |CORTES
Fecha: 2024.07.05
13:02:30 +02'00'

MARIA
EUGENIA |
GALIANA |
SANCHEZ

Firmado digitalmente por
MARIA EUGENIA |
GALIANA |
SANCHEZ
Fecha: 2024.07.05
13:08:37 +02'00'

Castellón de la Plana, julio de 2024

FINANCIACIÓN RECIBIDA

No se ha recibido financiación por parte de ningún organismo público o privado para el desarrollo de esta tesis.

“El contacto con la naturaleza como moderadora del estrés y la calidad de vida en población adulta de una comarca rural ©”

Año 2024 por está bajo licencia [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



AGRADECIMIENTOS

Una vez finalizada mi tesis doctoral es imposible no pararse a pensar lo que ha sucedido a lo largo de estos 7 años y recordar a todas las personas que de una manera u otra han sido partícipes de este proyecto. Esta tesis doctoral, si bien ha requerido un gran esfuerzo personal, no habría sido posible sin la ayuda, cooperación desinteresada y apoyo de cada una de las personas que a continuación voy a nombrar.

En primer lugar, agradecer de manera muy especial a la Dra. María Isabel Orts Cortés por aceptarme para realizar mi tesis doctoral bajo su dirección. Gracias por orientarme, apoyarme y darme luz cuando no veía soluciones a los numerosos problemas que se me plantearon a lo largo de estos años.

Agradezco a la Dra. María Eugenia Galiana por aceptar a co-dirigir mi tesis, por contribuir en mi formación investigadora, orientarme, apoyarme, motivarme a lo largo de estos años.

Las dos habéis sido el pilar fundamental para poder llevar a cabo esta tesis. Agradezco a todas/os las compañeras/os de los centros de Salud de Molina de Aragón, Checa, El Pobo de Dueñas y Maranchón que me ayudaron de manera desinteresada en la recogida de todos los datos y formaron parte ineludible de este proyecto.

Una mención muy especial a Javier, porque siempre cree en mí, por su apoyo incondicional, que ha sido imprescindible para poder realizar esta tesis a lo largo de estos 7 años de arduo trabajo.

Agradezco a Carmen por su apoyo, ayuda, sostén indispensable siempre en todo este camino. A Ángela por decirme las palabras exactas que me animaban a seguir, A María por sus revisiones. A Alberto, que sin conocerme le emocio mi estudio y me presto toda su ayuda. A Carlos por regalarme poesía. A todas y cada una de mis amigas de arte nativa que han sido motivación, soporte, apoyo y ánimo sin condición.

Agradezco a mi familia porque siempre creen en mí, me apoyan y animan en todo lo que quiera embarcarme.

Agradezco a todas y cada una de las personas mencionadas porque habéis sido los brazos que me han sostenido en estos 7 años para que pudiera realizar esta tesis.

PRÓLOGO

Dice Gary Snyder, el poeta beat, que la naturaleza no es un lugar que se visita, sino nuestro hogar. Esta idea es necesaria y radical y hay que tenerla presente para entender siempre la venida a lo natural como un reencuentro. Antes que autopistas, nuestras ciudades fueron bosques y mucho antes de esta compartimentación insoportable de cada lienzo de tierra, este país era un bosque ancestral, una gran selva europea donde los bosques de distintas especies de árboles caminaban lentamente, en grupos siempre juntos, donde conviven los árboles caídos con los retoños que esperan bajo la sombra de su madre su momento adecuado de crecimiento y sol.

Hace casi diez años que cambié el latido de Madrid por el latido del bosque. Después de varias experiencias y carambolas vitales, habito junto a una gran masa forestal de robles que han crecido resalvajizando antiguas huertas en desuso. En los lindes de las fincas hay ejemplares centenarios y, bien adentro, bosquetes de abedules junto a los arroyos y viejos sotos de castaños centenarios. Esto que describo es el viejo bosque atlántico del norte, de hoja caduca y frondosa y un suelo perennemente húmedo con una gran capa de hojarasca en el que se puede caminar.

Vivir junto a un bosque desacelera los sentidos, aplaca el ruido del mundo y prepara el pensamiento para la contemplación silenciosa. Un leve paseo a pie o en bicicleta entre los árboles sienta como ese reencuentro del que habla Snyder uno ve cambiar las hojas, sigue los caminos de fieras de tejones, zorros y corzos, escucha al cuco y a la oropéndola y se sabe vecino de algo más grande. El bosque devuelve la cordura, agudiza las decisiones, echa afuera las neuras y nos devuelve a todo lo mejor que habita en nosotros. Cuando llueve, porque aquí llueve mucho, el olor de la tierra mojada y la geosmina que se desprende del suelo, les recuerdan a nuestros sentidos que un día bajamos de las ramas de los árboles para habitar esta

civilización y es entre árboles donde nuestra especie recupera lo verdaderamente humano en nosotros. Ver cambiar la luz en el bosque, observar el sol a través de las hojas del castaño, como hacen los japoneses, sentir la energía de este gran organismo de clorofila, unido por raíces y micelio en una conversación cooperativa indescifrable y mágica nos prepara para habitar la humildad y ocupar nuestro lugar en el planeta, que no es otro que el de otra especie interdependiente, frágil y sensible, que necesita de los seres elevados para vivir.

Porque, sin árboles, que son agua erguida y máquinas de respiración y reciclaje del aire, no habría posibilidad de vida. Estos seres superiores, a medio camino entre el sol y nosotros, son quienes nos regalan la oportunidad de existir.

No hay mayor tesoro que un bosque al lado de casa. Es la gran terapia que sujeta la neurosis y reclama lo mejor en nuestros sentimientos. Desde que vivo junto a un bosque, tengo el corazón conmovido y soy un ser transformado. Ojalá todo hombre pudiera habitar un jardín salvaje. La humanidad sería otra, más consciente, más compasiva, más transparente. Mejor.

Carlos Risco

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	6
1.INTRODUCCIÓN.....	11
1.1 Concepto de salud	11
1.2 Determinantes de la salud.....	13
1.3 Promoción y protección de la salud.....	21
1.4 Activos de la salud	25
1.5 Contacto con la naturaleza como activo en salud	28
1.6 Estrés y calidad de vida.....	29
1.7 Calidad de vida y estrés en población rural.....	37
2.JUSTIFICACIÓN.....	39
3.OBJETIVOS.....	42
4.METODOLOGÍA.....	44
4.1 Diseño y ámbito del estudio	44
4.2 Población y muestra	45
4.3 Variables e instrumentación	46
4.4. Procedimiento de recogida de datos.	54
4.5. Análisis de datos	56
4.6. Consideraciones éticas	57
5.RESULTADOS.....	60
5.1 Características sociodemográficas.....	61
5.2. Variables antropométricas y de sueño	65
5.3. Variables de contacto con la naturaleza.....	66
5.4. Estrés percibido y características relacionadas.....	68
5.5. Calidad de vida relacionada con la salud y características relacionadas.....	82
6.DISCUSIÓN.....	148
7.CONCLUSIONES.....	165
8.IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA E INVESTIGACIÓN.....	168

9.DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	170
10. REFERENCIAS	172
11. ANEXOS	198
Anexo I. Cuestionario de Identificación del participante y Consentimiento informado	198
Anexo II. Hoja de Datos sociodemográficos y de salud	201
Anexo III. Escala de Estrés Percibido	206
Anexo IV. Escala de Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	208
Anexo V. Hoja de instrucciones para la recogida de datos	210

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Holístico de determinantes de la salud de Lalonde	14
Figura 2. Modelo Dahlgren y Whitehead.....	16
Figura 3. Modelo de determinantes sociales de la OMS.....	17
Figura 4. Prevalencia de enfermedades mentales en España en 2020.....	34
Figura 5. Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha. Zonas básicas	44
Figura 6. Cuestionarios de recogida de datos en REDCap	55
Figura 7. Esquema general del estudio	60
Figura 8. Nacionalidad de los/las participantes.....	61
Figura 9. Centro de salud de procedencia	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala de Estrés Percibido	52
Tabla 2. Situación laboral	62
Tabla 3. Actividad física	64
Tabla 4. Características antropométricas y de sueño.....	65
Tabla 5. Espacios naturales que visitan los/las participantes	66
Tabla 6. Influencia COVID-19 en el acceso a espacios naturales	66
Tabla 7. Acceso visual a espacios naturales	67
Tabla 8. Escala de Estrés percibido.....	72
Tabla 9. Puntuación global de la escala de estrés percibido	76
Tabla 10. Estrés percibido y características sociodemográficas y estado de salud	77
Tabla 11. Estrés percibido y variables de contacto con la naturaleza.....	79
Tabla 12. Estrés percibido y actividad física, salud autopercebida y limitación de la actividad.....	81
Tabla 13. Calidad de vida relacionada con la salud. SF-12v2	84
Tabla 14. Dimensiones de la Calidad de vida relacionada con la salud	88
Tabla 15. Puntuaciones basadas en la norma de las dimensiones de CVRS	91
Tabla 16. Relación del componente físico con las características sociodemográficas y el estado de salud	94
Tabla 17. Relación del componente físico con las variables de contacto con la naturaleza.....	96
Tabla 18. Relación entre el componente físico con la actividad física, la salud autopercebida y la limitación de la actividad.....	98
Tabla 19. Relación del componente mental con las características sociodemográficas y el estado de salud	99
Tabla 20. Relación entre el componente mental y las variables de contacto con la naturaleza.....	101

Tabla 21. Relación entre el componente mental con la actividad física, la salud autopercebida y la limitación de la actividad.....	103
Tabla 22. Componente físico y mental de la salud (por categorías)	104
Tabla 23. Relación entre los componentes físico y mental con la edad.....	105
Tabla 24. Frecuencia en el cruce entre componentes de la salud SF 12 y características sociodemográficas y estado de salud	107
Tabla 25. Componentes de la CVRS y tipo de vivienda y variables de contacto con la naturaleza	117
Tabla 26. Componentes de la CVRS y actividad física, salud autopercebida y limitación de la actividad	124
Tabla 27. Componente físico (reagrupado) y variables cuantitativas.....	126
Tabla 28. Componentes de la CVRS (reagrupados) características sociodemográficas y estado de salud	128
Tabla 29. Componentes de la CVRS (reagrupados) variables de contacto con la naturaleza	132
Tabla 30. Componentes de la CVRS (reagrupados) y actividad física, salud autopercebida y limitaciones de la actividad	136
Tabla 31. Asociación entre la puntuación de estrés y las variables de interés	137
Tabla 32. Asociación entre el componente físico y las variables de interés	139
Tabla 33. Asociación entre la componente de salud mental y las variables de interés	140
Tabla 34. Pruebas multivariante (MANOVA) (1)	142
Tabla 35. Pruebas multivariante (MANOVA) (2)	144
Tabla 36. Salud autopercebida y variables de interés.....	146

RESUMEN

RESUMEN

Introducción

Los factores ambientales son determinantes de la salud y el bienestar. Desde el enfoque de los activos en salud, estar en contacto con la naturaleza puede considerarse un factor promotor de la salud contribuyendo a mejorar los indicadores de calidad de vida y estrés percibido de la población rural.

Objetivo General.

Analizar el contacto con la naturaleza y su relación con el estrés percibido y con la calidad de vida relacionada con la salud en la población adulta de una comarca rural.

Metodología.

Diseño. Estudio observacional transversal. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por género y grupos de edad de la población de edades comprendidas entre 18-70 años (ambos inclusive) de las zonas básicas de salud (ZBS) de Molina de Aragón, Checa, El Pobo de Dueñas y Maranchón. Población y muestra. Adultos ≥ 18 -70 años que residan en la ZBS de Molina de Aragón, Checa, El Pobo de Dueñas y Maranchón (Guadalajara).

Variables principales. La calidad de vida fue medida a través de la escala de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) SF12 (componente físico CSF y componente mental CMS). Se utilizó la adaptación realizada para España por Alonso y cols. del SF-12v2 Health Survey. El estrés se midió a través de la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale; PSS-14) de Cohen et al. (1983) adaptada por Remor (2006). Se recogieron características sociodemográficas, clínicas y de contacto con la naturaleza.

Recogida de datos. Se recogieron los datos a través de RedCap, de forma telefónica por los/as profesionales de los Centros de Salud en un periodo de 3 meses (18 de enero – 18 abril de 2021).

Análisis de datos. En el estudio se utilizaron varias técnicas de análisis de datos para examinar las relaciones entre el contacto con la naturaleza, el estrés percibido y la calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo para

caracterizar la muestra sociodemográfica mediante medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes. Para comparar los niveles de estrés y calidad de vida entre distintos grupos (por género o nivel de ingresos), se aplicaron pruebas t de Student y análisis de varianza (ANOVA). La correlación de Pearson permitió evaluar la relación entre el contacto con la naturaleza, el estrés y los componentes físico y mental de la calidad de vida. Además, se llevó a cabo un análisis de regresión logística multivariante (MANOVA) que permitió estudiar el efecto de cada una de las variables identificadas en los tres modelos anteriores sobre el conjunto de las tres variables resultado a la vez. Se asumió un nivel de significación de $p < 0.05$ con el programa SPSS versión 28.

Consideraciones éticas. Aprobado por el Comité de ética e investigación del Hospital Universitario de Guadalajara. Todos/as los/las participantes dieron su consentimiento informado.

Resultados.

Se incluyeron 208 personas, el 53,4% eran mujeres, con una media de edad de 46,28 (DE=14,14) años y el 83,7% eran de nacionalidad española.

El 69,7% no presentaban ninguna enfermedad crónica y casi toda la población estudiada, (94,7%) no habían tenido un diagnóstico Covid-19 en el último mes.

La mayoría (55,3%) fueron personas moderadamente activas, con un Índice de masa corporal (IMC) de 26,03 (DE=4,40).

Una proporción significativa de participantes tenían un contacto directo e indirecto con la naturaleza; accedían regularmente a espacios naturales, (43,8%) contemplando espacios naturales desde su domicilio (76,9%) y puesto de trabajo (51,4%), así como durante el desplazamiento a su trabajo (61,5%)

La prevalencia de estrés percibido fue de 20,61, estrés percibido leve. El perfil sociodemográfico que se asoció con menor estrés percibido fue ser hombre, no presentar o padecer alguna enfermedad un nivel de ingresos alto, tener una actividad física moderada, una buena salud auto percibida y no tener

limitación de la actividad física y en relación a la calidad de vida relacionada con la salud.

La prevalencia de calidad de vida, en el componente físico es de 44,79, por debajo de la media poblacional y en el componente mental la puntuación media fue de 51,23, por encima de la media poblacional de referencia.

Las características de ser hombre, no presentar o padecer alguna enfermedad crónica y un nivel de ingresos alto, tener una actividad física moderada, una buena salud autopercebida y no tener limitación de la actividad física, se asociaron significativamente mayor puntuación en la calidad de vida. El análisis multivariante evidencio que estar trabajando y frecuentar espacios naturales (campo) se asoció con un menor riesgo de percibir la salud como regular/mala (OR= 0,247 y OR=0,352 respectivamente). Por otra parte, padecer limitación de la actividad o enfermedad crónica se asoció con un significativamente mayor riesgo de regular/mala salud autopercebida (OR=3,103 y OR=7,934 respectivamente).

Discusión.

En el ámbito rural el componente físico de la CVRS durante la pandemia estuvo relacionado con características de vulnerabilidad clínica, social y ambiental. Por otro lado, el componente mental se asoció con el género, el aislamiento producido por la pandemia, la actividad física y el contacto con la naturaleza. Estar en contacto con la naturaleza, mejora nuestra salud y nuestra calidad de vida. Los entornos naturales y la salud mental presentan una correlación positiva, demostrado en nuestro estudio así como también demuestra la revisión de estudios de James et al. (2015), ya que permiten una recuperación más rápida del estrés fisiológico y psicológico. Los otros estudios objetivan una mayor activación del sistema nervioso simpático y una reducción de los niveles del cortisol¹⁹, que se correspondería con una disminución del estrés fisiológico. Por otro lado, se evidencia una disminución del estrés psicológico, una mayor restauración de la atención, reducción de la fatiga mental, una mejora de las capacidades vinculadas a los aprendizajes académicos, así como en las habilidades para realizar tareas y en la

productividad. Otro estudio evidencia que la cantidad de naturaleza próxima a una zona residencial reduce la sintomatología depresiva y ansiosa; Además estar de forma regular en contacto con espacios naturales realizar en ellos actividad física se correlaciona inversamente con el riesgo de problemas de salud mental. Los investigadores Rachel y Steven Kaplan llaman “experiencia restaurativa” a la capacidad de la naturaleza de reponer el equilibrio mental y reducir el estrés y la fatiga mental.

Conclusiones.

Al analizar el contacto con la naturaleza como moderadora del estrés y la calidad de vida relacionada con la salud en la población adulta de una comarca rural, se ha evidenciado que el contacto directo y la visualización de algunos elementos de la naturaleza se han relacionado con menores niveles de estrés y mejor calidad de vida relacionada con salud, principalmente, en el componente mental, por lo que debe considerarse en el diseño de intervenciones para la gestión del estrés y la promoción del bienestar, siendo un activo de salud para la población rural. Además, los resultados evidencian que ser mujer es un factor predictor de estrés percibido, y de peor calidad de vida por lo que es importante tener en cuenta el género diseñar intervenciones para modificar los niveles de estrés y la calidad de vida en la población.

Palabras clave: calidad de vida, salud mental, estrés, contacto con la naturaleza.

ABSTRACT

Introduction.

Environmental factors are determinants of health and well-being. From the health assets approach, being in contact with nature can be considered a health-promoting factor contributing to improve the indicators of quality of life and perceived stress of the rural population.

General Objective.

To analyse contact with nature and its relationship with perceived stress and health-related quality of life in the adult population of a rural area.

Methodology.

Design. Cross-sectional observational study. Stratified random sampling was carried out by sex and age groups of the population aged 18-70 years (both inclusive) in the Basic Health Zone (ZBS) of Molina de Aragón, Checa, El Pobo de Dueñas and Maranchón.

Population and sample. Adults ≥ 18 -70 years of age residing in the (ZBS) Molina de Aragón, Checa, El Pobo de Dueñas and Maranchón (Guadalajara).

Main measurements. Quality of life was measured through the SF12 health-related quality of life (HRQoL) scale (physical component PCS and mental component MCS) using the adaptation made for Spain by Alonso et al. of the SF-12v2 Health Survey; and stress through the Perceived Stress Scale (PSS-14) by Cohen et al. (1983) adapted by Dr. Eduardo Remor. Sociodemographic, clinical and nature contact characteristics were collected.

Data collection. Data were collected via RedCap, by telephone by the professionals of the Health Centres over a period of 3 months (18 January - 18 April 2021).

Data analysis. The study used several data analysis techniques to examine the relationships between contact with nature, perceived stress and quality of life. A descriptive analysis was conducted to characterise the socio-demographic sample using means, standard deviations, frequencies and

percentages. To compare stress levels and quality of life between different groups (by gender or income level), Student's t-tests and analysis of variance (ANOVA) were applied. Pearson's correlation allowed us to assess the relationship between contact with nature, stress and the physical and mental components of quality of life. In addition, a multivariate logistic regression analysis (MANOVA) was carried out to study the effect of each of the variables identified in the three previous models on all three outcome variables at the same time. A significance level of $p < 0.05$ was assumed using SPSS version 28.

Ethical considerations. Approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of Guadalajara. All participants gave informed consent.

Results.

A total of 208 people were included, 53.4% were women, with a mean age of 46.28 (SD=14.14) years and 83.7% were of Spanish nationality.

The 69.7% did not have any chronic disease and almost the entire study population (94.7%) had not had a Covid-19 diagnosis in the last month.

The majority (55.3%) were moderately active, with a Body Mass Index (BMI) of 26.03 (SD=4.40).

A significant proportion of participants had direct and indirect contact with nature; they regularly accessed natural areas, (43.8%) viewing natural areas from home (76.9%) and work (51.4%), as well as during their commute to work (61.5%).

The prevalence of perceived stress was 20.61, mild perceived stress. The socio-demographic profile associated with lower perceived stress was being male, not having or suffering from any illness, high income level, moderate physical activity, good self-perceived health and no limitation of physical activity and in relation to health-related quality of life.

The prevalence of quality of life in the physical component was 44.79, below the population mean; and in the mental component the mean score was 51.23, above the reference population mean.

The characteristics of being male, not having or suffering from any chronic disease and a high level of income, having moderate physical activity, good self-perceived health and no limitation of physical activity were significantly associated with higher scores in quality of life.

Multivariate analysis showed that being working and frequenting natural spaces (countryside) were associated with a lower risk of perceiving health as fair/poor (OR= 0.247 and OR=0.352 respectively). On the other hand, having activity limitation or chronic illness was associated with a significantly higher risk of fair/poor self-perceived health (OR=3.103 and OR=7.934 respectively).

Discussion.

In rural areas, the physical component of HRQoL during the pandemic was related to clinical, social and environmental vulnerability characteristics. On the other hand, the mental component was associated with gender, isolation produced by the pandemic, physical activity and contact with nature. Being in contact with nature improves our health and quality of life. Natural environments and mental health are positively correlated, as demonstrated in our study as well as in the review of studies by James et al. (2015), as they allow for a faster recovery from physiological and psychological stress. Other studies report a higher activation of the sympathetic nervous system and a reduction in cortisol levels¹⁹, which would correspond to a decrease in physiological stress. On the other hand, there is evidence of a decrease in psychological stress, a greater restoration of attention, a reduction in mental fatigue, an improvement in skills linked to academic learning, as well as in the ability to perform tasks and in productivity. Another study shows that the amount of nature close to a residential area reduces depressive and anxious symptomatology; in addition, regular contact with natural spaces and physical activity in them is inversely correlated with the risk of mental health problems. Researchers Rachel and Steven Kaplan call nature's ability to restore mental balance and reduce stress and mental fatigue a "restorative experience".

Conclusions.

On analysing contact with nature as a moderator of stress and health-related quality of life in the adult population of a rural district, it has been shown that direct contact and the visualisation of some elements of nature have been related to lower levels of stress and better health-related quality of life, mainly in the mental component, Therefore, it should be considered in the design of interventions for stress management and the promotion of well-being, being a health asset for the rural population. In addition, the results show that being a woman is a predictor of perceived stress and poorer quality of life, so it is important to take gender into account when measuring stress and quality of life in the population.

Keywords. quality of life, mental health, stress, contact with nature.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Concepto de salud

La salud es un concepto dinámico que ha evolucionado a lo largo del tiempo, desde su construcción original hasta la conceptualización de lo que hoy se conoce como salud (Tirado Otálvaro, 2021). Esta construcción depende de cada cultura, por lo cual, el concepto se ha modificado desde los primeros tiempos de la humanidad y ha sido influido por diferentes disciplinas de las que ha surgido el interés por conocer su origen y sus diferentes significados (Juárez, 2011, p. 70).

La salud, según Guerrero y León (2008), “fue vista en forma filosófica en la cultura china, donde se considera que la salud, como todo lo que existe en el universo, está vinculada a un ente inmutable y eterno” (p. 610). Asimismo, el concepto de salud ha sido objeto de reflexión por parte de diferentes pensadores, de quienes han resultado distintos enfoques incluyendo características mágicas y religiosas (Gavidia y Talavera, 2012).

La salud es un concepto complejo y, por tanto, alejado de una definición objetiva y universal. Los diferentes modelos explicativos, generalmente, la han asociado con la enfermedad para poder brindar una definición más completa, aunque otros enfoques han incorporado elementos más integradores y positivos, aportando la idea de que la salud es un estado de bienestar, tanto físico como psíquico, además del bienestar social (Villa Andrada, et al., 2006).

De tal manera, Villa Andrada, et al., (2006), vinculan la salud con otros factores que inciden en la vida del individuo, mejorándola o alterándola. Así, la línea que surge entre la relación de la salud y la enfermedad está ampliamente influida por factores ambientales, estilos de vida, la biología del sujeto y, además, el sistema sanitario que constituye el cuidado de la salud e integridad de las personas (Lalonde, 1974)

Según Gavidia y Talavera (2012), la dificultad de una conceptualización única y universal para el término, radica en que sus características pueden

demarcarse en tres maneras distintas; en primer lugar, el término puede ser usado en diferentes contextos, en segundo lugar, según la tradición, sociedad o cultura, se parte de supuestos distintos para caracterizar el concepto y, en tercer lugar, los alcances del concepto dependen de los supuestos que cada sociedad desea alcanzar, lo que deja a la salud en aspiraciones e ideales de distinto nivel.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia” (2008, p. 612), siendo hasta el momento la forma en la que se ha establecido una definición como un derecho, independiente de la cultura, las costumbres, las tradiciones, la raza, las creencias o la religión.

La definición de la OMS propone dimensiones del concepto relacionados en los que la salud se considera relevante, como el físico, el mental y el social. De este modo, la salud abarca todos estos aspectos relevantes en la vida de las personas y se construye desde el entendimiento de “cada ser humano como sujeto capaz de tolerar, adaptarse e incluso fortalecerse ante una contingencia de cualquier índole, llegando así, a sentir y vivir en armonía” (Guerrero y León, 2008, p. 613).

Según lo anterior, existe una dificultad manifiesta para dar una sola definición de la salud, el proceso evolutivo del concepto, deja la conceptualización en construcción. En este sentido, la definición de salud como ausencia de enfermedad, es claramente insuficiente y precisa vincularse a otras características ampliamente estudiadas, como el bienestar y la calidad de vida, para lo cual, la salud es parte fundamental del desarrollo adecuado del sujeto y del buen vivir en la sociedad (Villa, et al., 2006).

1.2 Determinantes de la salud

Los determinantes de la salud hacen referencia a un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998, p. 2), es decir, son factores que influyen y modelan la salud de las personas y las comunidades. Existen diferentes modelos explicativos de determinantes de salud, según distintos enfoques y autores. A continuación, se describen algunos de estos enfoques.

Modelo Lalonde

Después de que Henrick Blum y Hubert Laframboise impulsaran la concepción global de los determinantes de salud con el propósito de desarrollar estrategias políticas de promoción de la salud, Marc Landone en colaboración con Laframboise elaboraron un informe, de gran repercusión pública a través del cual se propuso el modelo holístico de determinantes de salud de Laframboise-Lalonde (1974).

De acuerdo con Lalonde (1974) el estado de salud de una comunidad se encuentra influido por cuatro grandes grupos de determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud o sistema de asistencia sanitaria (Figura 1).

La biología humana comprende todos aquellos factores que tienen su génesis en el propio individuo y dependen de su estructura biológica, así como, de su constitución orgánica. De acuerdo con Laframboise (1973) incluye la dotación genética de la persona y su desarrollo evolutivo: crecimiento, desarrollo y envejecimiento. Aunque en ese momento no se tenía conocimiento del genoma humano, el autor expuso que la influencia de la biología humana en diversos procesos relacionados con la salud es innumerable, por tanto, es causa de todo tipo de morbilidad y mortalidad (Caballero, et al., 2012).

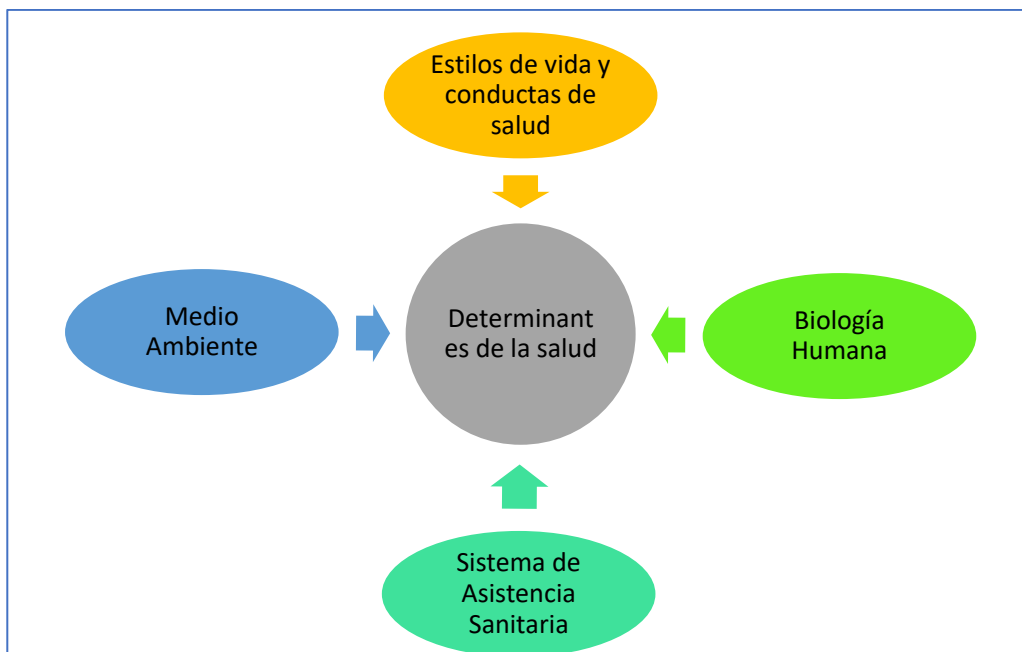


Figura 1. Modelo Holístico de determinantes de la salud de Lalonde

Fuente: Elaboración propia

El medio ambiente involucra todos aquellos factores extrínsecos o externos al individuo. Estos se pueden englobar la contaminación (física, química, biológica y sociocultural) y ejemplo de ello son la contaminación química de las aguas y del aire, el ruido, contaminantes de tipo biológico, campos electromagnéticos, factores psicosociales y socioculturales nocivos (Caballero, et al., 2012).

Los hábitos o conductas de salud o estilo de vida comprenden el conjunto de decisiones que toma el individuo en relación con su salud, alimentación, ejercicio físico, consumo de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, drogas), estrés, conductas de riesgo, entre otros (Caballero, et al., 2012).

La organización y sistema de asistencia sanitaria comprende cantidad y calidad, así como recursos en la prestación de la atención de salud. Involucra, la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios. Ejemplo de estos determinantes son: la mala utilización y disposición de los recursos sanitarios, listas de esperas excesivas,

burocratización del sistema de asistencia o los sucesos adversos generados en la asistencia sanitaria (Caballero, et al., 2012).

Modelo Dahlgren y Whitehead

Este modelo detalla que las desigualdades producidas en la salud de los individuos es producto de las interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, así como, el nivel de políticas de salud nacionales (Dahlgren y Whitehead, 1992). De acuerdo con los autores, las personas se encuentran en el núcleo, dotadas de un conjunto de aspectos propios como edad, género y factores genéticos que inciden en su salud (Figura 2).

Recorriendo hacia el exterior, la siguiente capa comprende las conductas y estilos de vida personales. En este caso, los individuos que presentan carencias suelen exhibir una mayor prevalencia de factores conductuales negativos como consumo de sustancias nocivas o mala alimentación, de igual manera, deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un estilo de vida más saludable (Moiso, 2007).

En la siguiente capa, se encuentran las influencias sociales y comunitarias, es decir, caracterizada por la incidencia de las interacciones sociales en las conductas individuales. En este caso se pone de manifiesto que los indicadores de la organización de la comunidad producen menos redes y sistemas de apoyo para los individuos en función de la escala social, por lo cual, generan menos facilidades de integración para la actividad comunitaria (Moiso, 2007).

En la capa que prosigue, se encuentran los factores vinculados con las condiciones de vida y trabajo, alimentación y acceso a los servicios esenciales. En este nivel, “las condiciones habitacionales más pobres, la exposición a condiciones de trabajo más peligrosas o estresantes y el limitado acceso a los servicios crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente” (Moiso, 2007).

La última capa, encima de todos los niveles, representa las condiciones económicas, culturales y medioambientales que prevalecen en la sociedad. Entre ellas se encuentran, la situación económica del país y las condiciones del mercado laboral, las cuales, generan tensión en todas las otras capas. Un ejemplo de ello es que, el modelo de vida alcanzado por una sociedad puede incidir en la elección personal en cuanto a vivienda, trabajo, interacciones, hábitos alimenticios, entre otros. Así mismo, las creencias o rasgos culturales como la distribución social del trabajo, el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes ante las comunidades étnicas minoritarias, pueden influir sobre el patrón de vida y la posición socio-económica de los individuos (Moiso, 2007).



Figura 2. Modelo Dahlgren y Whitehead

Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1992

Modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El modelo de determinantes sociales de la OMS (2008) se presenta de manera jerarquizada y plantea al menos tres grandes conjuntos de determinantes: estructural, intermedio y proximal. Estos son el producto de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, aspecto que depende directamente de las políticas adoptadas por cada nación (Figura 2). La desigualdad en la población se convierte entonces en diferencias en materia de salud entre los países desarrollados y los que se encuentran en vía de desarrollo (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020).

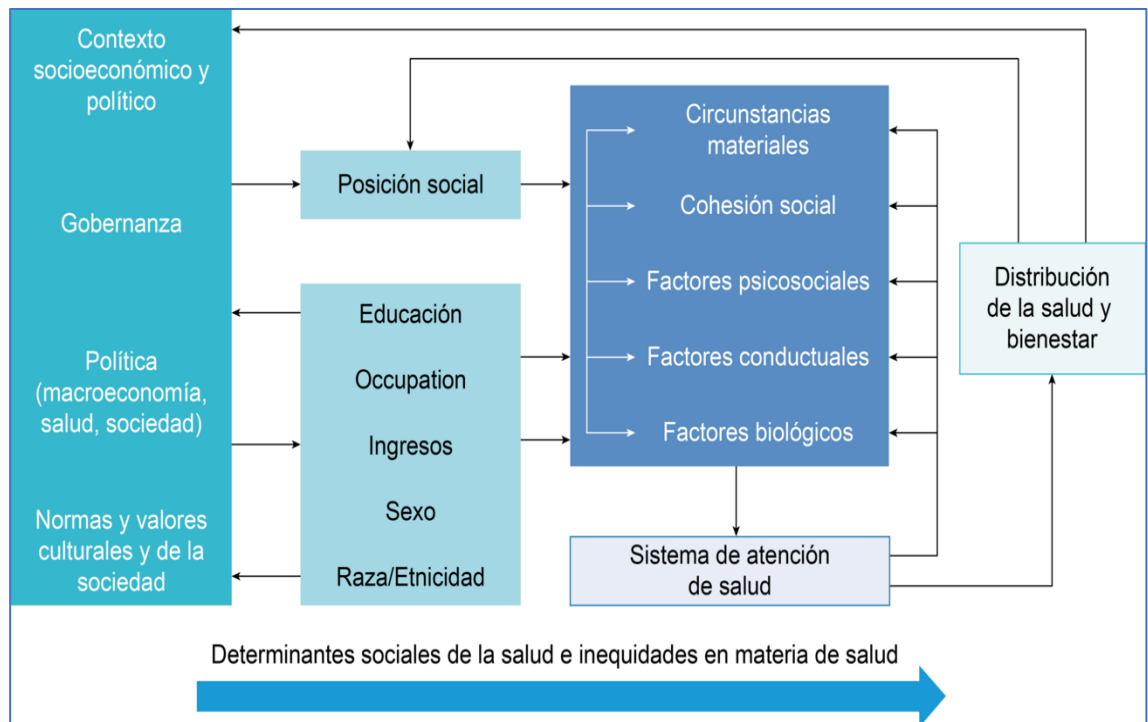


Figura 3. Modelo de determinantes sociales de la OMS

Fuente: PAHO y OMS (s/f).

De acuerdo con De La Guardia y Ruvalcaba (2020), algunos de los determinantes de la salud propuestos pueden comprenderse de la manera siguiente:

Estructurales y sociales: hacen referencia a aquellos atributos que propician la estratificación social definiendo la posición socioeconómica de la población. Estos elementos configuran la salud de los individuos de acuerdo con su estatus en la jerarquía de poder y acceso a los recursos, en otras palabras, de su situación económica y están relacionados con la posición social, la raza, el género, el grupo étnico, el nivel educativo, acceso al empleo, entre otros.

Intermedios y personales: se distribuyen de acuerdo con la estratificación social y puntualizan las desigualdades en relación con la exposición y vulnerabilidad de las condiciones de riesgo para la salud. Entre estos se encuentran: (a) las circunstancias materiales como la calidad de la vivienda y del sector donde se encuentra ubicada; las posibilidades de consumo alimenticio, de vestimenta, entre otros y el entorno físico laboral; (b) las circunstancias psicosociales que generan relaciones e interacciones estresantes, así como, el apoyo y las redes sociales; (c) los factores conductuales y biológicos como la nutrición, la actividad física, el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas); y (d) los factores biológicos.

La cohesión social: hace referencia a la existencia de confianza y respeto entre los diversos estratos de la sociedad, lo cual, contribuye en la valoración de la salud de los individuos.

El sistema de salud: refiere a la exposición y vulnerabilidad ante los factores de riesgo de la salud y acceso a servicios y programas asistenciales para mediar ante las consecuencias de las enfermedades para la subsistencia de los individuos.

Otros aspectos relevantes en los determinantes de la salud

En los últimos años, Bacigalupe, et al. (2020), han incorporado el género como un factor clave que se asocia con los factores sociales, personales, culturales, económicos o históricos. Partiendo de este enfoque, se considera que la desigualdad de género es uno de los determinantes que más valor ha cobrado en la actualidad. La discriminación por género conlleva alteraciones en la salud mental de las personas afectadas. Este planteamiento identifica a las mujeres como principales afectadas de esta desigualdad derivando en un impacto en la calidad de vida y del bienestar (Bacigalupe, et al., 2020) con mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres de todas las edades y de todos los grupos sociales, en concreto en los niveles de estrés, de ansiedad y de frustración

Por su parte, De La Guardia y Ruvalcaba (2020), incluyen como determinantes de la salud los recursos económicos, los bienes no materiales que procuran la tranquilidad y un ecosistema equilibrado que mantenga a las personas en condiciones de vida digna, reconociendo las condiciones del entorno, del ecosistema, la cultura, los estilos de vida y demás condiciones como moderadores del bienestar y la calidad de vida de los sujetos (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Asimismo, se han encontrado que los determinantes en la salud, permiten la identificación de estrategias que pueden ser usadas para mejorar de forma específica la salud de las comunidades, además de prestar cuidados para mejorar los estilos de vida y las características del entorno social, proporcionando acciones efectivas para el mantenimiento de la salud (Solar y Irwin, 2007).

En este sentido, se muestra la importancia de identificar los determinantes en salud, para mejorar las condiciones que garanticen la mejora y mantenimiento de la salud, siendo este un derecho universal que debe ser respetado en todas las comunidades. Además, el objetivo principal de la identificación de los determinantes de la salud es analizar el impacto que tienen las desigualdades

en la salud y la afectación de estas en la calidad de vida de las personas (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Finalmente, Gumà, et al. (2019), examinan los determinantes de la salud con un enfoque social, desde la diferencia y desigualdad que afectan a las personas. De tal manera, sus investigaciones analizan los factores que influyen en la salud desde la educación sanitaria, buscando estrategias que lleven a la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas.

Por último, cabe mencionar que la salud no es un acontecimiento solo de la vida personal, sino que se construye en una realidad social y cultural y a partir de los fenómenos que afectan a la comunidad en general. De este modo, es posible identificar importantes construcciones de cuidado, calidad de vida y promoción de la salud, relacionadas con otras categorías como la no-enfermedad, el bienestar, la calidad de vida y el buen vivir (Gavidia y Talavera, 2012).

En la evolución del concepto de salud se pueden resaltar también otros planteamientos que pusieron el foco en la cuestión ambiental. Herbert Spencer, por ejemplo, consideraba que la salud era una adaptación al medio “La salud es una adaptación perfecta de un organismo a su ambiente”. Renne Dubos o Sigerist también contemplaron en sus planteamientos la importancia del entorno y el medio ambiente (Madorrán, 2016). Y el concepto de salud planetaria nos alerta de la relación inextricable entre “la salud de la civilización humana y el estado de los sistemas naturales de los que depende”, o el concepto de One Health (Salud Única) que define y propone un abordaje conjunto y global entre tres ámbitos interrelacionados: la salud humana, la salud animal y el medio ambiente siendo una estrategia multisectorial de salud pública (Espluga, 2021).

1.3 Promoción y protección de la salud

“A finales del siglo XVIII y en el siglo XIX, ocurrieron una serie de acontecimientos que influyeron para que los estados modernos comprendieran la importancia de los factores sociales y culturales en la salud de la población” (Villar Aguirre, 2011, p. 237). Como resultado de estos antecedentes nace la Salud Pública.

Durante la revolución industrial de Europa y Norteamérica, los problemas de salud de la población fueron analizados desde los nuevos enfoques de la Medicina Social. Uno de sus principales exponentes fue Johann Peter Frank, médico de reconocido prestigio por toda Europa, donde se desarrolló tanto como médico asistencial, como profesor de las Escuelas de Medicina (Villar Aguirre, 2011, p. 237). Una de sus principales aportaciones fue considerar que la miseria y la pobreza eran causa de las enfermedades.

Fue en aquel periodo, cuando en Norteamérica también se desató la discusión sobre la influencia de las condiciones de vida, de donde surgió la necesidad de “hacer énfasis en la enseñanza de la higiene y de la medicina preventiva y la creación de Juntas locales y estatales de Sanidad y de Inspectores de Policía Sanitaria” (Villar, 2011, p. 238).

Desde estos movimientos se puso el foco en los factores sociales y económicos que contribuían a la mejora de la salud de la población, en vista a una mejor calidad de vida (Gumà y Solé-Auró, 2019). De tal modo, estos fueron los movimientos que incentivaron los “servicios de salud pública”, que en aquella época recibieron la denominación de “Sanidad e Higiene Pública” cuya finalidad era exclusivamente la protección de la salud de la población, mediante acciones de gobierno dirigidas al medio ambiente y a la colectividad” (Villar Aguirre, 2011, p. 238).

De este modo, la salud pasó a ser un problema público y más aún, un problema que debía ser tratado desde el ámbito político, lo que mejoró, de manera considerable, las respuestas institucionales para abordar los

problemas de salud de la población. En este sentido, la disminución de las enfermedades por causa ambiental, generó una mejoría de los indicadores sanitarios frente a los resultados de salud que en el pasado se tenían sin la asesoría de la política (Haluzá, et al., 2014); “disminuyendo notablemente las enfermedades infecciosas que las agobiaba, como la tuberculosis y la fiebre tifoidea” (Villar Aguirre, 2011, p. 238).

En 1920, Winslow elaboró por primera vez la definición de Salud Pública, que ya se consideraba una disciplina científica, cuyo objetivo era orientar las necesidades en salud para atender y proteger a la población en general e independiente del tipo de sociedad (Haluzá, et al., 2014). La finalidad de la Salud Pública fue impedir la propagación de las enfermedades mediante el esfuerzo de diferentes miembros de la sociedad, para “el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería” (Villar Aguirre, 2011, p. 238).

De este modo, la Salud Pública procuraba el desarrollo de los mecanismos que buscaban la protección y seguridad del individuo para mantener los estándares de vida adecuada, teniendo en consideración la calidad de vida y el bienestar, a fin, de garantizar un nivel de vida adecuado para conservar la vida y la salud de las personas (Haluzá, et al., 2014).

En 1948, Henry Sigerist, afirmaba que la salud pública promueve y proporciona buenas condiciones de trabajo y prácticas de vida saludable, además de abundar en campos como la educación, la cultura física, diferentes formas de esparcimiento y del descanso, como actividades necesarias para conservar la salud en la población” (Villar Aguirre, 2011, p. 238).

Treinta años más tarde en 1978, se proclamó la declaración de Alma Ata, con lo que nació el concepto de Atención Primaria en Salud (Haluzá, et al., 2014), “que promovía la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de su atención en salud” (Villar Aguirre, 2011, p. 238). De este modo surgió la estrategia de “Salud para todos” a través de la promoción de la salud y la

prevención de la enfermedad y de estrategias y acciones de carácter primario en aplicación a la población en general (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Finalmente, en el año de 1986 la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Canadá, dio lugar a la Carta de Ottawa” (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020, p. 83). En este documento, se reformulaba la promoción en salud como un proceso que proporcionaba los medios necesarios para la mejora de la salud, logrando ejercer un mayor control sobre la salud. Con esta proclamación, la promoción en Salud, trascendía las formas de vida sana, incluyendo, “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad” (Villar Aguirre, 2011, p. 238).

Según De La Guardia y Ruvalcaba (2020) el objeto de la promoción de la salud es, en primera instancia, favorecer los determinantes positivos que contribuyen a la mejora de la calidad y el bienestar en la vida de la población en general, además de identificar aquellos que son negativos y que pueden llegar a afectar la salud de la población. De tal modo, su propósito y objeto principal es evitar los determinantes negativos en la sociedad para garantizar la protección y seguridad de la salud de la población.

Así pues, es la promoción en salud, primero un proceso político y social que abarca a toda la población a nivel global y, segundo, que encamina acciones de mejora social, ambiental y económicas, modificando las condiciones para el mantenimiento del bienestar de las personas. Con esto, también se busca prevenir el desarrollo de enfermedades influidas por los factores determinantes, de modo que, la promoción de la salud busca modificar los determinantes negativos para prever situaciones que desarrollen enfermedades o malestar en la comunidad (Haluza, et al., 2014).

“Los resultados de esta acción se reflejan en mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas” (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020, p. 87); para lo cual, el Estado debe proporcionar la inversión económica para el desarrollo de la Promoción en Salud, en búsqueda de

determinantes negativos que puedan desencadenar afecciones en la salud de la población.

Según De La Guardia y Ruvalcaba (2020), en la carta de Ottawa se mencionan cinco funciones de la Promoción de la Salud:

Desarrollar aptitudes personales para la salud: consiste en la difusión del conocimiento, teniendo al alcance de la población las herramientas necesarias para que se informen respecto a habilidades y competencias necesarias para garantizar la vida.

Desarrollar entornos favorables: esta función consiste en estimular la creación y el desarrollo de condiciones en el trabajo que puedan contribuir a mejorar el medio y su ambiente, teniendo actividades seguras, gratificantes y estimulantes que permitan el crecimiento personal de la población.

Reforzar la acción comunitaria: consiste en impulsar a la población en la participación para establecer prioridades, elaboración y ejecuciones de planes de acción que puedan alcanzar un mejor nivel de vida a través de la garantía de la salud en la población en general.

Reorientar los servicios de salud: se pretende impulsar que los servicios de salud trasciendan en la mejora de funciones curativas y ejecuciones de planes de acción y promoción en salud, identificando las afecciones más comunes y específicas en la comunidad y proporcionando a una solución segura.

Impulsar políticas públicas saludables: se da la potestad a las instituciones y sectores gubernamentales sobre la decisión de dar a la salud un lugar y una orientación teniendo en cuenta a las diferentes necesidades de las sociedades (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020, pp.87-88).

Así, estas funciones tienen el fin de diagnosticar y tratar las afecciones y situaciones que puedan desencadenar enfermedades en la población o que puedan afectar la salud en general. A tal efecto, se consideran las acciones

activas que buscan alcanzar una vida sana y digna para la población general (Villar, 2011).

Posterior a estos avances que ha tenido la promoción en salud, se determina un concepto que será básico en la actualidad, el de los activos en salud, considerándose como un factores indispensables y necesarios para fortalecer las habilidades de las personas y de los grupos comunitarios para mantener su salud y su bienestar en la población (Llanes, et al., 2019).

1.4 Activos de la salud

Según las investigaciones de Betancurth, et al. (2020), “pensar en los activos es una forma de ver las acciones en salud como aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades controlen y mejoren su salud, cuestiones relacionadas con la salutogénesis” (p. 140). Algunas de las claves que se pueden señalar en el trabajo que se desarrolla en las comunidades con proyectos de activos en Salud, según los autores Llanes, et al., (2019), son las siguientes:

Identificar, comprender y situarse frente a las diferentes relaciones dentro de la comunidad: es necesario conocer las necesidades de cada comunidad, puesto que, aunque, cada comunidad parece tener las mismas necesidades y enfrenta los mismos obstáculos y desafíos, por compartir costumbres, tradiciones y culturas, algunas personas disponen de recursos diferentes entre sí, siendo estos económicos e incluso de recursos educativos y reconocimiento por otros miembros de la comunidad que pueden ser aprovechados de manera distinta. De tal modo, otras se encuentran condicionadas por las desigualdades, siendo así, lo que debe tenerse en cuenta es la vulnerabilidad de las personas para determinar las necesidades. De tal manera, es necesario revisar las diferentes reacciones de las personas, incluso, manifestando objetivos de vida distintos.

Crear las condiciones para generar confianza: en este sentido, ganar la confianza de las personas de una comunidad para poder proceder a un análisis individualizado, constituye una forma de avanzar en las posibilidades para poder revisar y realizar un examen objetivo y subjetivo para mejorar las condiciones de las personas de una determinada comunidad.

Favorecer la reflexión colectiva en grupos de pares: es necesaria la reflexión entre los grupos y los miembros de la comunidad, a fin de complementar la experiencia positiva de un grupo y favorecer espacios en los que se complemente la pertenencia y las costumbres de una comunidad. Estas fortalezas hacen que se consoliden los conocimientos, siendo importante especialmente para quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad y exclusión, cuyos espacios comunitarios no tienen la legitimidad de los/las profesionales o vecinales.

Respetar y garantizar la libertad de cada persona: para mantener una vida sana es necesario disponer de las herramientas necesarias para mantener una posición de igualdad en la que cada persona pueda tener identidad y encontrar su papel importante en la comunidad. De tal manera, es necesario que entre las personas de la comunidad se establezcan vínculos y se desarrollen lazos en los que se pueda inscribir la lógica de colaboración.

Evaluar y reducir los riesgos para las personas y grupos: la vida de las personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad, usualmente se encuentran en estados de inseguridad, de fragilidad y se desarrollan dificultades para tener confianza en sí mismo. Toda novedad, así como todo cambio puede generar cierto desequilibrio, de tal manera es necesario que la persona tenga una evaluación de los riesgos en sus proyectos, a fin de evaluar el equilibrio emocional y económico de las personas, lo que contribuye a la mejora de la salud.

Adaptación y flexibilidad: es fundamental facilitar al máximo, dentro lo posible, la participación. Así, es importante adaptarse a las diferentes

disponibilidades horarias, que varían especialmente entre los grupos profesionales y vecinales. Otro aspecto importante es el de la selección de los lugares en los que proponer los encuentros, buscando que puedan ser lo más adecuados posible, tanto porque sean cercanos o fácilmente accesibles por parte de las personas a las que se invita a participar como porque faciliten la expresión libre de estas en un ambiente de confianza y confidencialidad.

Promover experiencias positivas: De esto se considera preciso la participación de las personas en la comunidad, haciendo uso de la utilización de propuestas que permitan el disfrute de experiencias positivas sin tener que sentirse juzgadas por las actividades.

Involucrar a las personas tanto como sea posible en el proceso: Se debe promover la participación en todas las etapas del proceso, desde el aporte de materiales y de comunicación hasta la evaluación.

Tiempo suficiente y procesos acompañados: los procesos requieren de tiempo, de participación y aún más, cuando se trata de personas de diferentes orígenes culturales, tradiciones, con costumbres y creencias diferentes. De tal manera, es necesario no forzar en ningún momento el proceso que se adelanta con cada comunidad. (pp. 19-20).

Por lo tanto, los activos en salud son aquellas formas y herramientas que se aportan por la comunidad para que las personas puedan tener una vida sana, teniendo en cuenta, todos los elementos para alcanzar el bienestar (Cofiño, et al., 2019). De tal modo, las intervenciones en la comunidad son necesarias para garantizar la vida sana de las personas en la sociedad (Iglesias, et al., 2019).

1.5 Contacto con la naturaleza como activo en salud

En los últimos años, ha empezado a considerarse que el contacto con la naturaleza mejora diferentes aspectos de la salud del ser humano, generando efectos que otras actividades no pueden aportar, por ejemplo, cambios en los estados de ánimo y en otros aspectos emocionales como la agresividad, el enojo, la irritación y el cansancio (Maller, et al., 2006; Faazeli y Namdar, 2023; Harrison, et al., 2023).

La importancia de la conexión con la naturaleza se hace patente en el beneficio potencial que puede ejercer sobre la salud y la mejora de otras dimensiones de la vida de las personas, especialmente en una sociedad en la que el contacto con la naturaleza se está perdiendo. En relación a esta desconexión, Córdoba-Acarreta (2018) señala que “en un mundo en el que el desarrollo actual no tiene precedentes, los/las niños/as del siglo XXI crecen en desconexión del mundo natural. Este distanciamiento, tiene diversas fuentes que van desde el desarrollo urbanístico actual al estilo de vida de la sociedad contemporánea” (Córdoba-Acarreta, 2018, p. 5).

Así pues, al pasar tiempo libre en entornos naturales, usualmente, se refieren cambios en los estados de ánimo y manifestaciones de bienestar, llevando a estados de tranquilidad, de serenidad, lo que mejora de manera considerable la calidad de vida de las personas (Córdoba-Acarreta, 2018).

Es frecuente que, durante la edad avanzada, las personas busquen lugares tranquilos, alejados de la ciudad, migrando a entornos que les permitan entrar en contacto con la naturaleza (Carbó, 2020). Se ha evidenciado que estos lugares alejados del medio urbano, aportan beneficios a las personas. Así, el ser humano, presenta cambios positivos sobre su salud, calidad de vida, además de disminuir factores de riesgo como el estrés. Las personas manifiestan una mejoría en cuanto a síntomas emocionales negativos, especialmente frecuentes en lugares en donde la naturaleza es escasa (Maller, et al., 2006).

Uno de los factores más importantes en la salud mental de las personas se desarrolla producto de las emociones. Las emociones son una respuesta subjetiva al medio y entorno que rodea al sujeto y se acompañan de cambios físicos, fisiológicos, orgánicos, psicológicos, por lo que la experiencia con el exterior juega un papel importante en el desarrollo de las mismas, pues cada experiencia fundamenta una parte de la emocionalidad de las personas (Córdoba-Acarreta, 2018).

Así pues, la experiencia de una emoción conlleva un conjunto de cogniciones, de actitudes y creencias sobre el medio que les rodea. Estas son utilizadas en situaciones y escenarios concretos y específicos que influyen en el modo en el que se percibe una situación y la solución a ella. Sin embargo, no se ha prestado la suficiente atención a estas experiencias (Mitchell y Popham, 2008), pues habitualmente se brinda más importancia a la parte racional del ser humano, dejando de lado el aspecto emocional.

Las emociones indican estados personales, motivacionales, deseos, necesidades propias e, incluso, son base de los objetivos que las personas se trazan para afrontar su vida, siendo relevantes en la toma de decisiones sobre el futuro y pueden afectar de manera considerable la salud de todo ser humano (Cázares y Moral, 2016).

1.6 Estrés y calidad de vida

El estrés es una de las afecciones que más influye en la calidad de vida de las personas y, por lo tanto, tiene una gran importancia para la salud de los seres humanos. En términos generales, el estrés se ha relacionado con la aparición de enfermedades y la afectación sobre la calidad de vida de las personas en cualquier edad (González-Pisano, et al., 2009).

Los factores relacionados con el estrés, afectan todas las dimensiones del ser humano (Cozzo y Reich, 2016). Generalmente como primera opción terapéutica en el manejo del estrés, se suele optar por los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, se han estudiado otros tipos de tratamientos

que no incluyen la administración de fármacos con el fin de disminuir las reacciones y efectos adversos que pueden traer la administración frecuente de medicamentos. (González-Pisano, et al., 2009).

Es importante tener conocimiento sobre los caracteres psicológicos de los individuos para valorar la efectividad de los tratamientos a pacientes con estados ansiosos, depresivos o de altos niveles de estrés, sin recurrir al uso de fármacos, con el objeto de evitar reacciones negativas que puedan ocasionar estos medicamentos (Carbó Rodríguez, 2020). Además, debe tenerse en cuenta que estos tratamientos farmacológicos no eliminan la ansiedad, sino que controlan la sintomatología en tiempos limitados mientras el fármaco tiene su efecto; no obstante, cuando el fármaco pierde su efecto, los estados ansiosos regresan, siendo estas sintomatologías, incluso más intensas que en un inicio (Cázares de León y Moral de la Rubia, 2016).

Estrés

Existen estudios que muestran que el estrés es una de las enfermedades que más afecta a la salud mental de la población adulta (Matabanchoy, et al., 2020). Se ha encontrado que la naturaleza como activo de salud, es apropiada para controlar algunos síntomas que pueden afectar el bienestar y la calidad de vida de las personas (Carbó, 2020).

El estrés puede ser producto de factores externos y de factores internos, desde problemas en el núcleo familiar, hasta problemas en la vida social. Puede desembocar en otras afecciones como la ansiedad o la inseguridad o depresión y afecta considerablemente el bienestar del individuo (Matabanchoy, et al., 2020). Uno de los mayores efectos que el estrés tiene sobre la salud de las personas es que afecta el sueño, el descanso y la relajación, lo cual lleva a constante cansancio físico, afectando la calidad de vida y la capacidad de llevar una vida placentera (Ruiz-Rodríguez, et al., 2017).

En situaciones de estrés crónico, suele ser necesario el uso de fármacos. Sin embargo, resulta necesario buscar otras formas terapéuticas en las que se puedan tener efectos positivos sin otras reacciones adversas que puedan llegar a complicar áreas de la salud importantes en las personas, por ejemplo, el desarrollo de otras sintomatologías (Cázares de León y Moral de la Rubia, 2016).

El uso inapropiado de medicamentos ha llevado a generar problemas en la salud pública, principalmente en países desarrollados, debido a que aumenta cada día el número de pacientes que consumen fármacos para tratar sintomatologías, en particular los trastornos que afectan la salud mental (Haluzá, et al., 2014). La salud mental se enfrenta a un uso excesivo de fármacos, debido al aumento de personas que consumen medicamentos como solución sintomatológica, incluso en algunos casos sin necesidad, cuya prevalencia es notoria en países como España, donde el estrés es cada vez más común (Cofiño, et al., 2019).

La preocupación se incrementa al evidenciar que la mayoría de pacientes que consumen fármacos para controlar trastornos de estrés y crisis ansiosas, no solo consumen un tipo de medicamentos, sino que, en la mayoría de casos, éstos se acompañan hasta de cinco sustancias de manera concomitante (Matabanchoy, et al., 2020). Además, estos tratamientos llevan a reducir la esperanza de vida en quienes se evidencia el consumo prolongado de medicamentos para el control de la sintomatología psicológica. Aun así, trastornos como el de la ansiedad, pueden ser tratados a través de terapias no farmacológicas que ayuden a prolongar la vida del paciente, llevando a mejorar sin necesidad de usos farmacoterapéuticos (Cozzo y Reich, 2016).

Calidad de vida

La construcción del concepto de calidad de vida está estrechamente vinculada al concepto de salud y de bienestar, y representan formas de armonía y equilibrio en todas las dimensiones del ser humano (Carbó, 2020).

Se entiende por calidad de vida la capacidad de regular la normalidad del buen funcionamiento psíquico y corporal, a través de instrumentos de ayuda como la personalidad, el sentido de la vida, la adaptación al ambiente y el buen funcionamiento a través de actividades que propicien este bienestar y placer en el buen vivir (Tirado, 2021).

La calidad de vida se refiere a la valoración de la salud en todas las dimensiones del ser humano, además de la capacidad de cada persona para la realización de las actividades cotidianas que le generen independencia y, con ello, bienestar y placer (Morera, et al., 2019) y que le permitan vivir de manera placentera (Ruiz-Rodríguez, et al., 2021). La calidad de vida se asocia con el equilibrio y con las condiciones que generan bienestar general, desde lo físico, lo mental y lo social (Baldi y García, 2005).

Además, la calidad de vida contribuye a la realización de los proyectos y de metas en la vida personal y en la vida social, referenciando percepciones positivas frente a su estado económico, social, político y ambiental (Urzúa, 2010). Los factores a nivel personal que más afectan la calidad de vida de las personas son representativos en la salud física, psicológica y social, mientras que en los factores objetivos se relacionan con el bienestar económico, la estabilidad de un buen entorno y la relación armónica entre lo físico y el estilo de vida, así como las relaciones sociales con la comunidad (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

La calidad de vida se puede analizar desde diferentes áreas, tales como: el bienestar físico, el bienestar material, el bienestar social, el bienestar emocional, y el desarrollo humano (Ruiz-Rodríguez, et al., 2021). Según Boraita, et al. (2022) “la calidad de vida, máxima aspiración de todo ser

humano, es un término que ha sido ampliamente utilizado en los últimos tiempos por los especialistas de las más diversas disciplinas” (p. 10).

El objeto de la calidad de vida de las personas lleva a buscar un equilibrio en las capacidades funcionales en todas las etapas de su vida (Cozzo y Reich, 2016), para lo cual, es necesario el desarrollo de estilos de vida saludables, además de factores externos que favorezcan el desarrollo del ser humano, tales como, la calidad en los factores ambientales, evitando, el desarrollo de enfermedades que compliquen la salud de las personas y el buen vivir (Baldi y García, 2005).

La importancia de contextualizar el concepto de la salud mental, no solo involucra al campo sanitario, sino que se relaciona con el sentido propio de la persona, así pues, éste se refiere al equilibrio emocional del ser humano, lo que permite hacer frente a las alteraciones emocionales. Así, llevar una vida placentera y digna constituye un derecho fundamental de todo sujeto en la sociedad (Guerrero y León, 2008).

Situación de la salud mental en España

En España los problemas de salud mental es una de las cuestiones más preocupantes en la actualidad. España es uno de los países en los que más fármacos se consumen para la depresión y para las alteraciones emocionales, lo que indica que hay un alto índice de empeoramiento en la calidad de vida de las personas (Viejo, et al., 2020).

Las enfermedades mentales en España son las principales causas de incapacidad en la actualidad, lo que ha llevado a una crisis sociosanitaria frente al desarrollo humano y a la calidad de vida. “En este sentido, los diferentes entes con perfiles socio-sanitarios, administrativos y educativos, podrían diseñar planes y programas para ayudar a combatir el estrés” (Ozamiz-Etxebarria, et al., 2020, p. 6).

De acuerdo con la Subdirección General de Información Sanitaria de España (2021), “el 27,4% de las personas asignadas en atención primaria presentan

algunos de los problemas psicológicos o mentales recogidos en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP2) bajo el epígrafe P-“Problemas psicológicos” (p. 14). Ante esto se ha observado que la frecuencia es mayor en el género femenino (30,2%) que en el masculino (24,4%), aunque estos datos suelen variar según la edad. En las personas jóvenes (19 años o menos) los problemas mentales son más frecuentes en los hombres y a mayor edad la prevalencia aumenta progresivamente en las mujeres (a partir de los 19 años). Los datos también detallan que, los problemas mentales, son más frecuentes en las personas desempleadas y en personas que habitan en ciudades mayores de 100.000 habitantes (Figura 4).

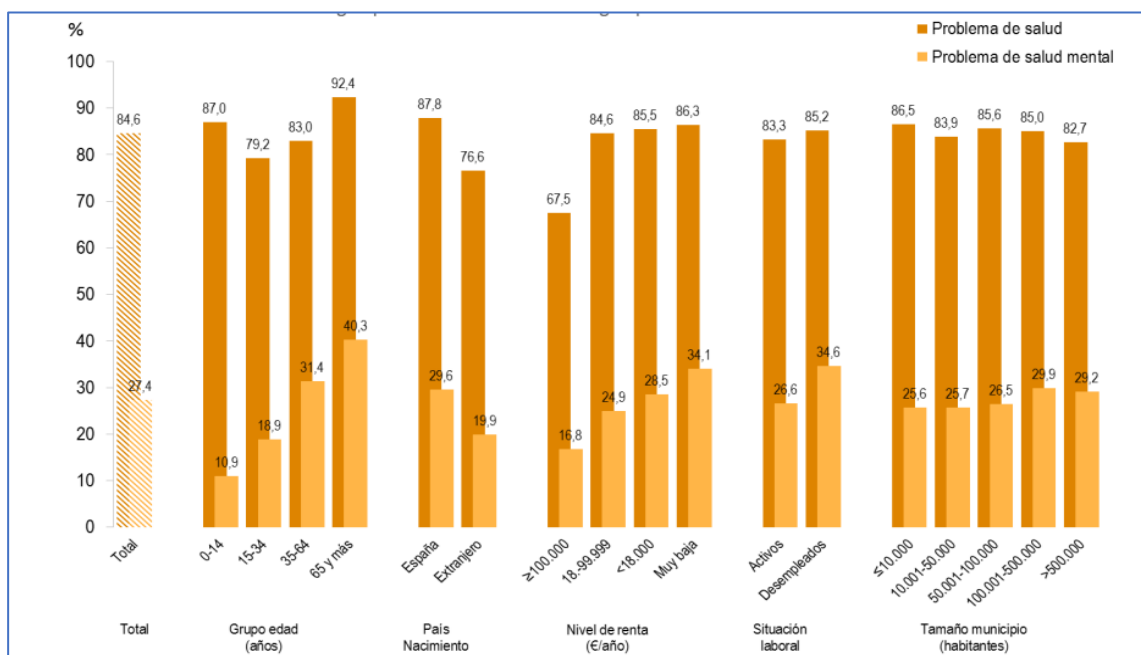


Figura 4. Prevalencia de enfermedades mentales en España en 2020

Fuente: Subdirección General de Información Sanitaria de España (2021)

El problema de salud mental más frecuente registrado en España es el trastorno de ansiedad. Aparece con una frecuencia de 88,4% en las mujeres y 45,2% en los hombres. Los casos nuevos anuales se sitúan alrededor del 19,9% en mujeres y 10,4% en hombres (Subdirección General de Información Sanitaria de España, 2021, p. 17). Seguidamente se encuentra el trastorno

del sueño con una frecuencia general de 50,6% en los hombres y 58,1% en las mujeres. Se registran en promedio un 10% de casos nuevos cada año, con un incremento que se mantiene estable en el tiempo. El tercer problema es la depresión que aparece con una prevalencia de 58,5% en el género femenino y 23,3% en el masculino. Desde el año 2015 se ha observado un descenso en la incidencia de la depresión en la población española (Subdirección General de Información Sanitaria de España, 2021).

Por otra parte, el informe anual de la Fundación Anar (2020) (citado por Ramos y Gracia, 2023) detalla que la pandemia por COVID-19 y el confinamiento, impactaron de forma negativa en la prevalencia de los problemas psicológicos en España. Específicamente se observó un crecimiento de 244,1% en la ideación suicida; 280,6% en el trastorno de ansiedad; 87,7% en depresión, así como, 212,3% en autoestima baja, 246,2% en autolesiones (+246,2%), 124,5% en agresividad (+124,5%) y 24,5% en duelo (+24,5%).

Calidad de vida relacionada con la salud en España

Los aspectos ambientales, también juegan un factor importante en la salud, de tal modo, pueden influir en la aparición de enfermedades u otros problemas como la COVID-19 (Balluerka, et al, 2020), en el que la población mundial ha resultado afectada a todos los niveles (Bruguera, 2021).

España, ha tenido que enfrentar fuertes cambios debido a los trastornos mentales que se han desarrollado como consecuencia de la pandemia. Como consecuencia, se evidenciaron problemas relacionados: como estrés, ansiedad, paranoias y, en general, trastornos que han mermado la calidad de vida de la población (Bacigalupe, et al., 2020).

Los estilos de vida también pueden constituirse como factores que afectan o, por el contrario, mejoran a largo plazo la salud, como el caso de hábitos personales; alimentación, la actividad física, la higiene, el sedentarismo, la

actividad sexual y algunas relaciones sociales (Maller, et al., 2006), que contribuyen a la calidad de vida de las personas (Viejo, et al., 2020).

Niveles de estrés en España

Los niveles de estrés en la población española han aumentado en la actualidad, así “apuntan a que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden evolucionar a enfermedades mentales como pueden ser los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como aumento de consumo de alcohol y tabaco” (Ozamiz-Etxebarria, et al., 2020, p. 2).

Esta sensibilidad a la depresión y los desencadenantes del estrés, han despertado en la población española tras la aparición del COVID-19, una situación que aumentó de manera considerable el consumo de fármacos para la depresión y para los trastornos mentales desarrollados a nivel nacional (Iglesias Guerra, *et al.*, 2019).

Los niveles de estrés en España y su aumento, han afectado la calidad de vida de la población española, lo cual ha dejado a la población en graves cuadros depresivos y enfermedades que afectan la salud mental. Se evidencia que las personas en comunidades urbanas, tienden a sufrir más problemas de estrés (Salvador-Carulla, et al., 2020).

El estrés cotidiano, el afán del día a día y las características de la sociedad moderna, contribuyen al aislamiento, y la aparición de problemas psicológicos, principalmente estrés y ansiedad (Balluerka Lasa, et al., 2020).

De acuerdo con los datos aportados por la Subdirección General de Información Sanitaria de España (2021) el trastorno por estrés presenta una curva de frecuencia por edad y género similar a la depresión, aunque con menor prevalencia global: 30,9% en el género femenino y 14,3% en los hombres. La diferencia entre los géneros se agudiza en la etapa adulta, aproximadamente, a partir de los 20 años. No obstante, a partir de los 65 años se ha observado una disminución de la prevalencia.

1.7 Calidad de vida y estrés en población rural

Se sabe que los espacios en los que las personas pueden tener relación con la naturaleza, son necesarios, en todas las edades. El estrés en el ámbito urbano fatiga y agota mentalmente a las personas (González-Pisano, et al., 2009) y puede acarrear enfermedades mentales que son difícilmente tratadas a través de terapias convencionales.

El estudio de la salud mental en el contexto rural incluye a poblaciones que tienen como objeto de estudio territorios en los que se percibe pobreza, exclusión, vulnerabilidad (Salvador-Carulla, et al., 2020). En general, cualquier categoría que pueda dejar en desventaja social a la comunidad, puede generar tensión y nutre las sensaciones de incertidumbre, riesgo, amenaza o cualquier suceso que pueda dar lugar a la vulnerabilidad y afectar al bienestar de la población (Ruiz-Rodríguez, et al., 2017).

Además, de los problemas de salud mental de las personas que conviven cotidianamente en lugares de alto influjo del estrés (Juárez, 2011) se consideran otras características que pueden afectar la vida de las personas tales como, la desigualdad y la vulnerabilidad social (Fariña, 2019). Es necesario hacer un estudio en zonas rurales en el que puedan encontrarse resultados satisfactorios para mejorar la salud de las personas (Boraita, et al., 2022).

JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

La salud es considerada un estado de adaptación a diferentes ambientes y entornos y está vinculada al bienestar físico, mental y social (Tirado Otálvaro, 2021).

La salud de los seres humanos, en su entorno social, está influida por los factores socioeconómicos, políticos, culturales y ambientales. Las inequidades en salud pueden aparecer cuando estos sistemas dan lugar a una distribución desigual de los recursos y estas desigualdades impactan de manera negativa en la salud. La educación para la salud es una oportunidad para lograr el aprendizaje, mejorar la alfabetización sanitaria de la población, incluido mejorar el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales para el autocuidado de la salud individual y colectiva. (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020, p. 89)

En los estudios relacionados con la salud, se hace mención sobre el error que lleva consigo la identificación de la salud como una ausencia de enfermedad; la ausencia del diagnóstico de enfermedad en un individuo no garantiza la salud del individuo, puesto que dentro del concepto se realizan construcciones mucho más importantes para el término, como el carácter de bienestar y de calidad de vida del sujeto (Juárez, 2011).

La salud se construye como un derecho inalienable en todo individuo que no discrimina en raza, creencia, condición, religión o ideología. Lo que más se acerca a la reconstrucción de la salud es la asociación con discursos y estados que llevan al sujeto a un bienestar general; la evolución del concepto le ha llevado a construcciones desde otras esferas sociales en las que se sugiere una aproximación universal, holística.

De igual modo, la salud es un bien no tangible, además de ser un bien que no puede ser medido de manera objetiva, ya que, depende subjetivamente del individuo. (Gavidia Catalán & Talavera Ortega, 2012)

Estas características de la salud y sus factores determinan importantes cuestiones en relación con la situación de algunos trastornos de salud mental que padece la población, evidenciando así, que se requieren nuevas terapias

que puedan contribuir a la reducción de factores de riesgo como el estrés. El estrés se ha caracterizado como una de las sintomatologías que más afecta a la población, principalmente en la actualidad, por lo cual, se considera relevante estudiar activos que permitan a las personas descargar los niveles de estrés a los que se enfrentan en la cotidianidad (Córdoba-Acarreta, 2018). Se ha evidenciado que la naturaleza y el contacto de las personas con ella, reduce los niveles de estrés. Este activo, permite estimular la actividad del sistema nervioso central y generar estados de relajación. De aquí que el contacto con la naturaleza ha servido de terapia en personas que buscan la introspección y el autoconocimiento (Berman, et al., 2008).

Existen estudios que evidencian el impacto beneficiosos en la salud de las personas en contacto con la naturaleza, como ésta contribuye a la reducción de factores desencadenantes de estrés, propiciando así la calidad de vida y el bienestar de las personas que permanecen más tiempo en contacto con entornos naturales (Tomasi, et al., 2020), en comparación con aquellas que participan o interaccionan menos con la naturaleza, mejorando así, la salud y previniendo factores de riesgo como el estrés (Matabanchoy, et al., 2020).

No existen suficientes estudios de prevalencia sobre estrés y calidad de vida en poblaciones rurales, de ahí la importancia de esta investigación, cuyo objetivo es profundizar en el estado de salud de la población en áreas rurales. El estudio permitirá cuantificar estos indicadores de salud mental y reflexionar sobre intervenciones o recomendaciones de aumento del contacto con la naturaleza, siendo un activo de salud en dichas comarcas y una herramienta de mejora de la salud y la calidad de vida a través de su entorno más próximo.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el contacto con la naturaleza y analizar su relación con el estrés percibido y con la calidad de vida relacionada con la salud en la población adulta de una comarca rural.

Objetivos específicos

- 1) Determinar el grado de estrés percibido a través del cuestionario *Perceived Stress Scale, PSS-14* y su asociación con variables sociodemográficas, de estado de salud y de contacto con la naturaleza, en personas adultas de la comarca del Señorío de Molina-Alto Tajo.
- 2) Determinar la calidad de vida relacionada con la salud a través del cuestionario *SF-12v2 Health Survey* y su asociación con variables sociodemográficas, de estado de salud y de contacto con la naturaleza, en personas adultas de la comarca del Señorío de Molina-Alto Tajo.

METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño y ámbito del estudio

Se ha realizado un estudio observacional transversal de la población adulta (18-70 años ambos inclusive) de la Comarca del Señorío de Molina- Alto tajo (Guadalajara).

La comarca del Señorío de Molina -Alto Tajo tiene 78 municipios, una población de 11.018 habitantes y una superficie territorial de 4.308,59 Km². La densidad de población media de toda la comarca es de 2,03 habitantes por kilómetro cuadrado.

En la comarca hay 6 Zonas Básicas de Salud (ZBS): Alcolea del Pinar, Maranchón, Molina de Aragón, El Pobo de Dueñas, Checa y Villanueva de Alcorón.

El estudio se ha realizado en 4 de las 6 ZBS: Molina de Aragón, Maranchón, El Pobo de Dueñas y Checa (Figura 5).

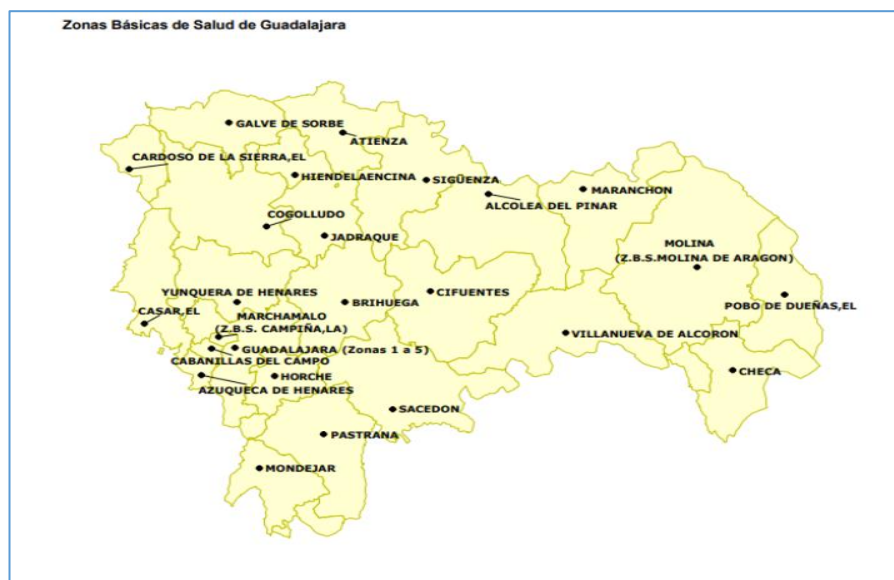


Figura 5. Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha. Zonas básicas

Fuente: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/catahosp/guadalajara.pdf>

4.2 Población y muestra

La población a estudio se identificó mediante el registro de la tarjeta sanitaria, es decir todas las personas usuarias que tienen acceso al Sistema Sanitario Público Español. La comarca del Señorío de Molina-Alto Tajo tiene una población de 11.018 habitantes y las 4 ZBS objeto de estudio tienen 3895 habitantes con edades comprendidas entre 18 y 70 años, de los que 2835 habitantes pertenecen a la ZBS de Molina de Aragón, 396 a la ZBS de Checa, 352 a la ZBS de Maranchón y 231 a la ZBS de El Pobo.

La recogida de datos se realizó en un periodo de 3 meses a partir de la sesión explicativa (18 de enero – 18 abril de 2021). Se amplió dos semanas por petición de las personas colaboradoras.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de 18 a 70 años (ambos inclusive).
- Adscritos a los centros de Atención Primaria de la Comarca del Señorío de Molina-Alto Tajo de las 4 ZBS de Molina de Aragón, Maranchón, El Pobo de Dueñas y Checa.
- Que residan en la ZBS.
- Que deseen participar en el estudio y den su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Usuarios/as adscritos/as a los centros de Atención Primaria de la Comarca del Señorío de Molina-Alto Tajo de las ZBS de Alcolea del Pinar y Villanueva de Alcorón, dado que la distancia a estas poblaciones es mayor, limitando así el acceso a la población.
- Personas que, por su situación física, cognitiva o debido a dificultades idiomáticas, no puedan cumplimentar los cuestionarios.

Para la selección de una muestra representativa se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados (4 Centros) y estratificados por edades y sexo, de una población total de 3895 personas, se seleccionaron un total de 429 individuos a través de su número de historia clínica, para poder alcanzar el tamaño de la muestra.

Tamaño de la muestra

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados (4 Centros) y estratificados por edades y sexo, de una población total de 3895 personas, se seleccionaron un total de 429 individuos a través de su número de historia clínica, para poder alcanzar el tamaño de la muestra.

El tamaño muestral necesario se determinó mediante el software GPower v3.1.9.2, para el ajuste de un modelo de regresión lineal múltiple con 23 variables predictoras iniciales, un error de tipo I de $\alpha=0,05$, una potencia de $1-\beta=0,95$ y una estimación de R^2 de 0,20. El tamaño muestral mínimo necesario para la detección de un R^2 significativamente distinto de cero fue de 148 sujetos. Por otra parte, para el estudio de los efectos de cada una de las variables predictoras, se consideró disponer de un mínimo de entre 10 y 15 casos por variable en el modelo, teniendo en cuenta que los modelos ajustados contarían con una máximo de 12 variables explicativas a la vez, lo que implicaría contar con entre 120 y 180 casos.

4.3 Variables e instrumentación

Variables sociodemográficas

- Edad biológica. Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento de un ser vivo hasta el día de hoy. Se calculó a partir del año de nacimiento hasta la fecha actual, proporcionada por el entrevistado en el momento de la entrevista. Categoría/codificación: años cumplidos en números absolutos.

- Género fenotípico. Constitución orgánica que hace la diferencia de femenino con el masculino. Observación directa por parte del entrevistador. Categoría/codificación: mujer (1) hombre (2) Otro (3)
- Estado civil. Condición particular que caracteriza a la persona con respecto a sus vínculos personales con otros individuos. Se obtuvo a mediante la pregunta: “¿Cuál es su estado civil actualmente?”. Categoría/codificación:
 - soltera/o (1)
 - casada/o/vive en pareja (2)
 - viuda (3)
 - divorciada/o (4)
- Nacionalidad. Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales. Nacionalidad expresada por las personas entrevistadas. Categoría/ codificación: española (1); extranjera (2).
- Formación académica. Conjunto de conocimientos adquiridos, los cuales son una herramienta que ayudan a consolidar las competencias. Se preguntó sobre el nivel de estudios adquiridos por la persona entrevistada en el momento de la realización del cuestionario. Categoría/ codificación:
 - sin estudios (1)
 - estudios primarios (2)
 - estudios secundarios (ESO o equivalente) (3)
 - bachillerato o formación profesional (4)
 - estudios universitarios (5)
 - estudios universitarios de posgrado (máster, doctorado) (6).

- Situación laboral. Estado de una persona en relación con su trabajo. Situación actual relatada por la persona entrevistada. Categoría/ codificación:
 - trabajador/a a jornada completa (40 h/ semana) (1)
 - trabajador/trabajadora a tiempo parcial (2)
 - desempleado/a, en búsqueda activa de empleo (3)
 - desempleado/a, sin buscar empleo (estudiante, jubilado/a, amo/a de casa) (4)

- Nivel socioeconómico. Capacidad económica y social de un individuo, familia o un país. Se determinó el nivel total de ingresos en el núcleo familiar. Categoría/ codificación:
 - ninguno (1)
 - menor o igual a 600 € (2)
 - de 601 a 900 € (3)
 - de 901 a 1.200 € (4)
 - de 1201 a 1.800 € (5)
 - de 1801 a 2.700 € (6)
 - de 2700 a 3.600 € (7)
 - más de 3600 € (8)
 - NS/NC (9)

- Número de hijas/os, Se refiere al número de hijas/os nacidos vivos, incluyendo los/as hijas que luego fallecieron. Número de hijas/os expresados por la persona entrevistada en el momento de la realización del cuestionario, expresado en número absolutos.

- Personas dependientes a su cargo. Persona que no dispone de plena autonomía personal por diferentes factores y depende de otra para su cuidado. Se preguntó si el participante tenía a su cargo personas que

dependen de ella por diversos factores. Categoría/ codificación: Si (1) No (0).

- Tipo de vivienda. Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas. Se preguntó el tipo de vivienda en el cual habita la persona entrevistada, respondiendo a la pregunta indique el tipo de vivienda en el que vive. Categoría/codificación:
 - bloque de pisos (1)
 - vivienda unifamiliar o adosada (2)
 - chalet o casa de campo independiente (3)
 - otro (4)

Valoración del estado de salud

- Presencia de enfermedad crónica. Categoría/ codificación: Si (1) No (0).
- Tipo de enfermedad crónica. Nombre de la enfermedad crónica que padece.
- Diagnostico Covid en el último mes. Categoría/ codificación: Si (1) No (0).
- Familiar y/o conviviente fallecido por Covid en el último mes. Categoría/ codificación: Si (1) No (0).
- Familiar con diagnóstico de Covid en el último mes. Categoría/ codificación: Si (1) No (0).
- Aislamiento/cuarentena por diagnóstico de Covid en el último mes. Categoría/ codificación: Si (1) No (0).
- Horas de sueño: cuantas horas duerme al día, número absolutos.
- Nivel de actividad física. Categoría/codificación:
 - nada activo, es decir tiene una vida sedentaria (1)

- moderadamente activo, es decir anda a paso ligero 2-3 veces semana (2)
- entre moderadamente y muy activo, es decir realiza footing o actividades similares 2-3 veces semana (3)
- Muy activo, es decir realiza actividad física vigorosa al menos 5 días a la semana (4)

Variables antropométricas

- Peso: Indicado en números enteros y en kg.
- Talla: indicado en cm y números enteros

Variables de contacto con la naturaleza

- Número de veces a la semana que accede a un espacio natural. Categoría/codificación: si no accede ninguna vez marcar 0.
- Tipo de espacios naturales. Categoría/ codificación:
 - bosque (1)
 - campo (2)
 - jardín (3)
 - ríos (4)
 - lagos/lagunas (5)
 - mar (6)
- Influencia de la pandemia en el nº de veces que accede a espacio natural. Categoría/codificación:
 - no ha influido (0)
 - si ha influido, salgo menos veces (1)
 - si ha influido, salgo más veces (2)

- Contempla espacios naturales desde su domicilio. Categoría/ codificación: Si (1), No (2).
- Contempla espacios naturales desde su trabajo. Categoría/ codificación: Si (1); No (2).
- Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio. Categoría/ codificación: Si (1); No (2).
- Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo. Categoría/ codificación: Si (1); No (2).
- De camino a su trabajo, contempla espacios verdes. Categoría/ codificación: Si (1); No (2).
- Tiene plantas en su vivienda. Categoría/ codificación: Si (1); No (2).

Estrés percibido

El nivel de estrés percibido se evaluó a través de la versión española de la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale; PSS-14) de Cohen et al. (1983) adaptada por Remor (2006). Esta escala permite evaluar el grado en que las personas valoran distintas situaciones del **último mes** como impredecibles, sobrecargantes y fuera de control.

Consta de 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo (Tabla 1).

Tabla 1. Escala de Estrés Percibido

Número	Ítem
1	¿con que frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?
2	¿con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?
3	¿con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?
4	¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?
5	¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?
6	¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
7	¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?
8	¿con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?
9	¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?
10	¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?
11	¿con que frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?
12	¿con que frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?
13	¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?
14	¿con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (de la siguiente manera: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 y 4 = 0) y sumando posteriormente las puntuaciones de los 14 ítems. La puntuación total oscila entre 0 (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido). La categorización del grado de estrés percibido se establece:

- **Sin estrés percibido:** menor a de 19 puntos.
- **Estrés percibido leve:** de 19 a 28 puntos.
- **Estrés percibido moderado:** de 29 a 38 puntos.
- **Estrés percibido severo:** de 39 a 56 puntos.

Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS).

Se utilizó la adaptación realizada para España por Alonso y cols. del SF-12v2 Health Survey (Schmidt et al, 2012), que es una versión reducida del SF-36. Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

SF-12v2 Contiene 12 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 3 o 5 puntos. Consta de ocho dimensiones (perfil de salud) de CVRS, y a partir de ellas se obtienen dos componentes sumarios: físico (CSF) y mental (CSM)

Las 8 dimensiones del SF- 12v2 son:

- 1) **Función física** (FF; generada con dos preguntas del cuestionario): grado en que la salud limita las actividades físicas de subir escaleras y andar más de 1h.
- 2) **Rol físico** (RF; dos preguntas): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- 3) **Dolor corporal** (DC; una pregunta): intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- 4) **Salud general** (SG; una pregunta): valoración personal de la salud.
- 5) **Vitalidad** (VT; una pregunta): sentimiento de vitalidad frente a sentimiento de cansancio y agotamiento.
- 6) **Función social** (FS; una pregunta): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida habitual.
- 7) **Rol emocional** (RE; dos preguntas): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo o las actividades cotidianas.

- 8) **Salud mental** (SM; dos preguntas): sentimiento de tranquilidad, desánimo o tristeza.

Para facilitar la interpretación estas puntuaciones se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

- Si la puntuación SF basada en la norma de una persona encuestada se sitúa 10 puntos o más por debajo del punto de referencia específico de la edad y el sexo, la interpretación se muestra como "**Muy por debajo**".
- Si la puntuación SF basada en la norma de la persona encuestada es entre 10 y 5 puntos por debajo del punto de referencia específico de edad y sexo, la interpretación es "**Por debajo**".
- Si la puntuación SF basada en la norma de un encuestado es inferior a 5 puntos al valor de referencia específico de la edad y el sexo, la interpretación aparece como "**Igual o mejor**".

4.4. Procedimiento de recogida de datos.

La recogida de los datos se realizó a través de *Research Electronic Data Capture* (REDCap) (www.project-redcap.org) (Harris et al. 2009; Harris et al, 2019). Se elaboraron los distintos cuestionarios utilizados: (1) Cuestionario de Identificación del participante y Consentimiento informado Anexo I, (2) Cuestionario con Datos sociodemográficos y de contexto realizado ad hoc, (Anexo II) (3) Escala de estrés percibido (Anexo III) y (4) Cuestionario de salud

(Anexo IV). En la Figura 6 se presentan los cuestionarios elaborados en REDCap.

Estudio de prevalencia del estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en la población de la Comarca de Molina- Alto Tajo, Guadalajara.

Project Home | Project Setup | Online Designer | Data Dictionary | Codebook

Create snapshot of instruments | VIDEO: How to use this page
Last snapshot: never ?

The Online Designer will allow you to make project modifications to fields and data collection instruments very easily using only your web browser. NOTE: While in development status, all field changes will take effect immediately in real time.

Data Collection Instruments

Survey options: Survey Queue, Survey Login, Survey Notifications, Upload or download Auto Invitations

Add new instrument: Create (a new instrument from scratch), Import (a new instrument from the official REDCap Shared Library), Upload (instrument ZIP file from another project/user or external libraries)

Instrument name	Fields	View PDF	Enabled as survey	Instrument actions	Survey-related options
Identificación del participante y Consentimiento informado	13			Choose action	Survey settings + Automated Invitations
Datos sociodemográficos y de contexto	34			Choose action	Survey settings + Automated Invitations
Escala de estres percibido	18			Choose action	Survey settings + Automated Invitations
Cuestionario de salud SF12	16			Choose action	Survey settings + Automated Invitations

Figura 6. Cuestionarios de recogida de datos en REDCap

Para la recogida de los datos se solicitó la colaboración de profesionales de enfermería y medicina de cada centro objeto del estudio. Cada profesional tuvo que asistir a una sesión explicativa presencial, en el caso del C.S de Molina de Aragón, y de forma online en los otros centros. Fueron un total de 14 colaboradoras incluyendo a la investigadora. A cada profesional se le proporcionó el listado de pacientes seleccionados, así como una hoja de instrucciones para la recogida de datos (Anexo V), y el cuestionario que se envió a través de un enlace específico del proyecto generado por RedCap. <https://www.redcap.uji.es/surveys/?s=XFPAPRKEY7>.

La recogida de datos se realizó telefónicamente. Al realizar la llamada en horario laboral algunas de las personas activas laboralmente no atendían las llamadas o no disponían de tiempo para la realización de la encuesta y si aceptaban participar en el estudio, una vez haber sido leído y comprendido el

consentimiento (Anexo I) se acordaba y se programaba para realizarla en otro horario.

La recogida de datos se realizó en un periodo de 3 meses a partir de la sesión explicativa (18 de enero – 18 abril de 2021).

Semanalmente la investigadora se ponía en contacto con los /las profesionales.

4.5. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio, calculando medias, medianas y desviaciones típicas de las variables cuantitativas; frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. En el caso del estudio de asociación bivariada entre variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher si las frecuencias observadas eran menores de 5. Para el estudio bivariado de la relación entre las variables cuantitativas de interés entre dos grupos independientes, se aplicó test paramétrico t de Student y para la comparación de tres o más medias se realizó el ANOVA, y si no se cumplieron las condiciones de aplicación se utilizó la prueba no paramétrica correspondiente, U de Mann-Whitney-Wilcoxon.

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple para cada una de las variables resultado de interés (CSF, CSM y PSS) en las que se incluyeron como variables independientes: Limitación de la actividad, Edad, género, nacionalidad, situación laboral, convivencia en pareja, personas dependientes a su cargo, nivel de estudios, nivel de ingresos, enfermedad crónica, diagnóstico positivo de covid-19 en el último mes, tipo de vivienda, variables de contacto con la naturaleza (bosque, campo, jardín, ríos, lagos y lagunas, contemplación de espacios naturales desde su domicilio, contemplación de espacios naturales desde su trabajo, contemplación de fotografías de espacios naturales, contemplación de espacios verdes de camino al trabajo, plantas en domicilio) y actividad física.

Como criterio inicial para la construcción de los modelos, se consideró obtener el ajuste con mayor capacidad predictiva en cada caso, es decir, el que

contribuyera a un mayor R cuadrado. Para ello se utilizó el método stepwise (pasos sucesivos) que combina un procedimiento de construcción hacia adelante y hacia atrás. Una vez obtenido el modelo se comprobó que el resto de variables que habían quedado excluidas no aportaban explicación significativa, así como los posibles efectos de interacción y multicolinealidad. Finalmente, se utilizó un Modelo Análisis de la Varianza Múltiple (MANOVA) que permitiría estudiar el efecto de cada una de las variables identificadas en los tres modelos anteriores sobre el conjunto de las tres variables resultado a la vez. Este tipo de análisis es aconsejable cuando se utiliza un mismo grupo (familia) de variables independientes con el objeto de valorar su efecto sobre más de una variable resultado cuantitativa.

Para todos los casos se asumió un nivel de significación de $p < 0.05$. Se utilizó para el análisis estadístico el programa SPSS versión 28.

4.6. Consideraciones éticas

Todas las personas participantes, fueron informadas del objeto general del estudio. Se les señaló explícitamente que la participación era voluntaria y que en cualquier momento podían abandonar el estudio si así lo deseaban, así como la total confidencialidad de los datos. A aquellas personas que aceptaron participar se les leyó el consentimiento informado que aceptaron o no de manera verbal (Anexo I).

En todo momento se mantuvo el anonimato, la confidencialidad y el tratamiento de datos ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales y no utilizándose con otros fines diferentes a los recogidos en los objetivos de la investigación y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

El protocolo de investigación fue enviado para su valoración y aprobación por el Comité ético de investigación Clínica del Hospital Universitario de Guadalajara. Este proyecto de investigación respeta los principios

establecidos en la Declaración de Helsinki y cumple la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica y la protección de datos de carácter personal: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales; Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley 14/2007 de investigación biomédica.

Se solicitó el permiso para el uso de la Escala de Estrés Percibido a Eduardo Remor realizando la solicitud del mismo a través del correo electrónico.

Se obtuvo el permiso para el uso del Cuestionario de Salud SF12 Pro Core de Optum con el número de licencia QM052223.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

De los/las 429 participantes seleccionados para el estudio, 221 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión; el 38% (n= 84) no contestaron a ninguna de las llamadas, un 0,48% (n= 1) había fallecido, un 6% (n= 13) presentó dificultades con la comunicación, de los cuales (n= 12) no hablaban castellano y una persona participante presento problemas de audición. El 25% (n= 55) residían fuera de la ZBS. El 5% (n= 12) de los participantes presentaron los datos de contacto erróneos, por lo cual no fue posible su localización y el 25% (n= 56) no aceptaron participar en el estudio; siendo la muestra total de 208 participantes.

En la Figura 7 se expone el flujo de participación y el análisis de participantes excluidos/as del estudio.

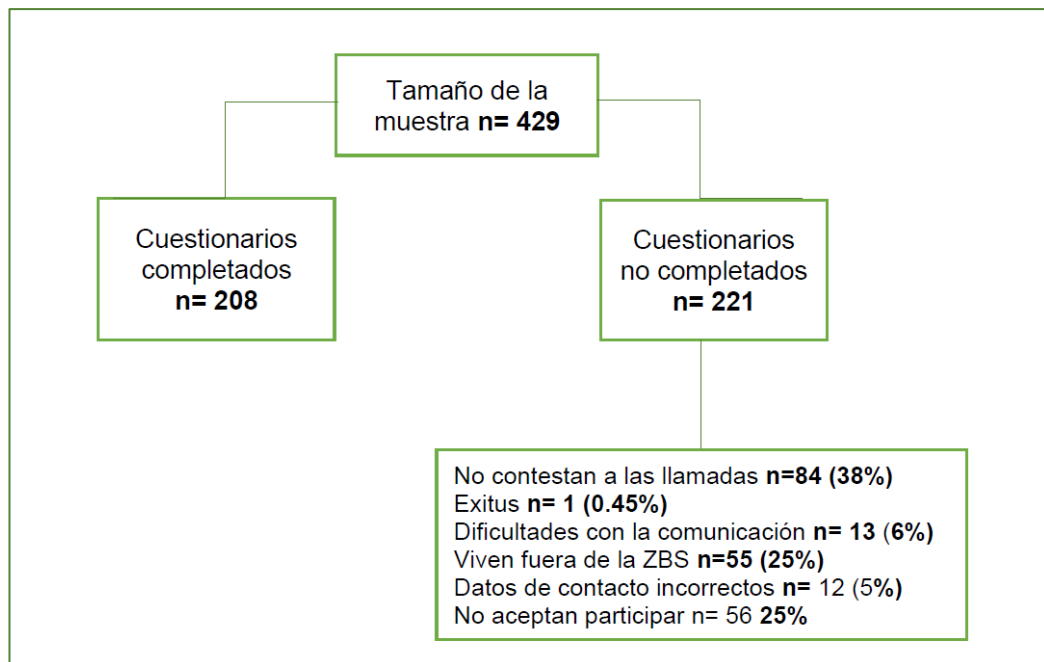


Figura 7. Esquema general del estudio

5.1 Características sociodemográficas

La muestra estuvo constituida por un total de 208 participantes de las cuales 53,4% (n=111) eran mujeres. Del total de los/las participantes, el 53,8% (n=112) estaban casados/as o vivían en pareja; el 34,6% (n=72) eran solteros/as; el 7,7% (n=16) eran divorciados/as y el 3,8% (n=8) eran viudos/as. La media de edad fue de 46,28 (DE=14,14) años, con una mediana de 46, siendo el 83,7% (n=174) de los/las participantes de nacionalidad española (Figura 8).

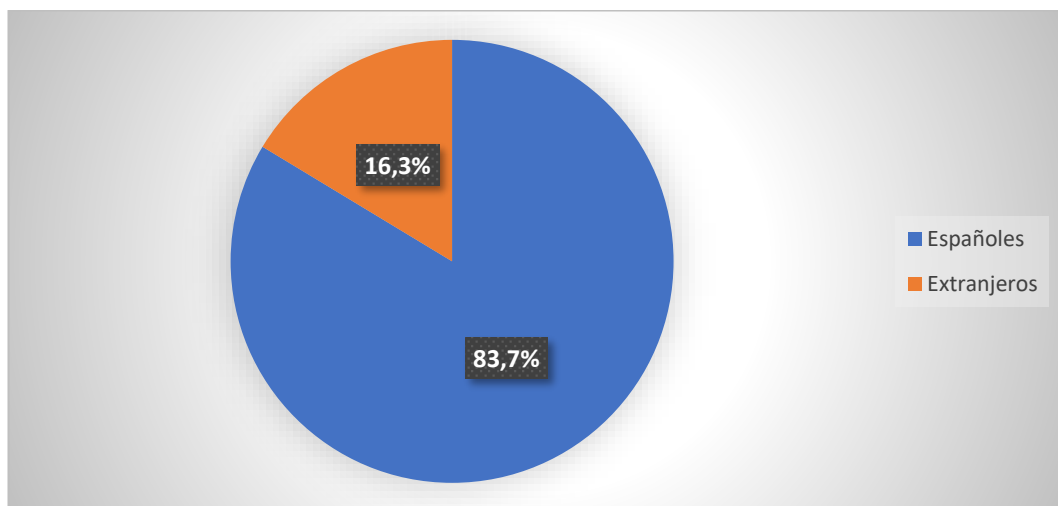


Figura 8. Nacionalidad de los/las participantes

En relación con el número de hijos/as, el 43,3% (n=90) no tenían y el 32,2% (n=67) tenían 2 hijos/as; el 25,5% (n=53) tenían personas dependientes a su cargo, mientras que el restante 74,5% (n=155) no tenían.

En cuanto a su formación académica el 1,9% (n=4) de los/las participantes señalaron no tener estudios; el 2,4% (n=5) presentaban estudios universitarios de postgrado (máster, doctorado); y el 36,1% (n=75) tenía bachillerato o formación profesional.

El 52,4% (n=109) eran personas trabajadoras a jornada completa (40 horas semanales) y el 26,9% (n= 56) se encontraba sin empleo y sin buscarlo (estudiante, jubilado/a, ama/o de casa) (Tabla 2).

Tabla 2. Situación laboral

	n	%
Trabajador/trabajadora a jornada completa	109	52.4
Trabajador/trabajadora a tiempo parcial	22	10.6
Desempleado/a, en búsqueda activa de empleo	21	10.1
Desempleado/a, sin buscar empleo	56	26.9
Total	208	100.0

De acuerdo con sus niveles de ingresos el 1% (n=2) ganaban más de 3600 €, el 20,7% (n= 43) tenían ingresos entre 901 y 1.200 € y la misma frecuencia entre 1801 a 2.700€; finalmente el 22,1% (n= 46) tenían un nivel de ingresos que oscilaba entre 1201 a 1.800€.

El 42,8%(n=89) vivían en bloques de pisos; el 40,4% (n=84) en viviendas unifamiliares o adosadas y el 16,8% (n=30) en un chalet o casa de campo independiente.

En relación con el centro de salud de procedencia de los/las participantes, provenían mayoritariamente de Molina de Aragón (n=131); seguidos de Checa (n=34) y de Maranchón (n=33) y por último del Pobo de Dueñas (n=10) (Figura 9).

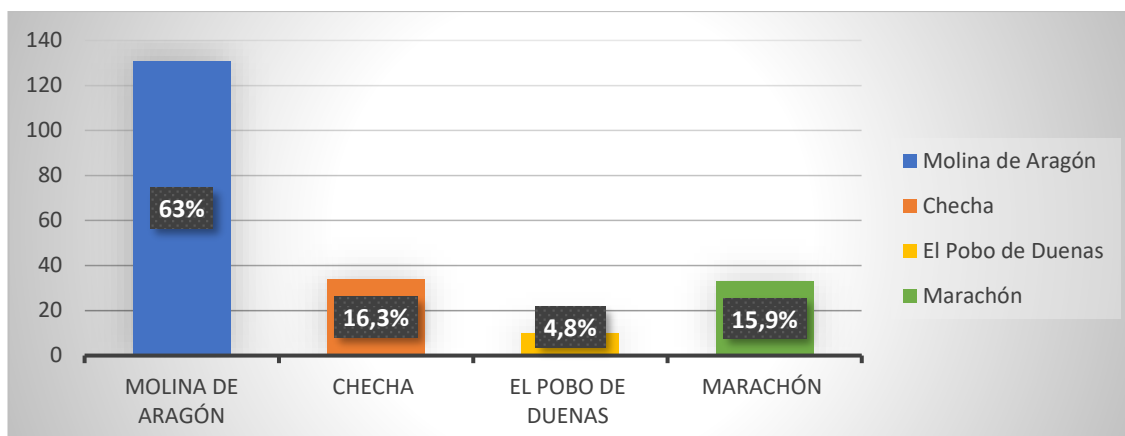


Figura 9. Centro de salud de procedencia

Valoración de estado de salud

Del total de participantes, el 30,3% (n=63) presentaron alguna enfermedad crónica degenerativa y el 69,7% (n=145) no presentaron enfermedades crónicas.

Entre las enfermedades crónicas que padecían se encontraban, de mayor a menor frecuencia, las siguientes: 9,5% asma (n=6), 9,5% diabetes (n=6), 6,4% Hipertensión arterial (n=4), 6,4% artrosis (n=4); 4,8% hipotiroidismo (n=3); 4,8% (n=3) colesterol, 3,2% discapacidad física (n=2); 3,2% hernia discal (n=2) y cada una de las siguientes enfermedades aparecían con frecuencia de 1 (correspondiente a 1,6%): accidente cerebrovascular agudo, apnea o arritmia, artritis reumatoide, artrosis múltiple, bronquitis crónica, alcoholismo, cáncer, cáncer de útero, celiaquía, colon irritable, gastritis, dolor crónico de rodillas, depresión, cefalea, erupciones en la piel, enfermedad mental, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis múltiple, esofagitis, eosinofilia, faringitis, fibrilación auricular, fibromialgia, enfermedad de Crohn, hernia de hiato, hepatitis B, glaucoma, hipotensión, ansiedad, cardiopatía isquémica, lupus, problemas en huesos y nervios, trasplante renal, y trastorno bipolar.

Del total de participantes, el 94,7% (n=197) manifestaron no haber tenido un diagnóstico positivo de covid-19 durante el último mes. Así mismo, el 81,3% (n=169) expresaron que no habían tenido familiar cercano o conviviente con un diagnóstico positivo de COVID-19 en el último mes. También, el 87% (n=181) manifestaron que no habían estado en aislamiento/cuarentena en el último mes.

Así mismo, el 2,9% de los/las participantes (n=6) manifestaron que en el último mes había fallecido algún familiar cercano o conviviente con un diagnóstico positivo de COVID-19, mientras que el 97,1% (n= 202) manifestaron que no le había ocurrido.

En relación con el nivel de actividad física de los/las participantes (Tabla 3), los resultados muestran que la mayoría (55,3%) fueron personas moderadamente activas; y sólo el 6,3% fueron personas muy activas.

Tabla 3. Actividad física

	n	%
Nada activo, es decir, tiene una vida sedentaria	38	18,3
Moderadamente activo, es decir anda a paso ligero 2-3 veces semana	115	55,3
Entre moderadamente y muy activo, es decir, realiza footing o actividades similares 2-3 veces por semana	42	20,2
Muy activo, es decir realiza actividad física vigorosa al menos 5 días a la semana	13	6,3
Total	208	100,0

5.2. Variables antropométricas y de sueño

En relación con los hábitos de sueño, la muestra informó de una media de 7,44 (DE=1,08) horas de sueño al día y una mediana de 8. El número de horas mínimas que dormían los/las participantes era de 3 y el máximo de 12 (Tabla 4).

En relación con el peso, se estimó una media de 73,91kg (DE=14,51) y una mediana de 72 kg. El peso mínimo de los/las participantes fue de 46kg y el máximo de 126kg.

La talla media fue de 168,33 cm (DE = 8,76) y una mediana de 168. La talla mínima fue de 145 cm y la máxima de 190 cm.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC) se observó una media de 26,03 (DE=4,40) y una mediana de 25,49. El IMC mínimo fue de 17,97 y el máximo 40,56 (Tabla 4).

Tabla 4. Características antropométricas y de sueño.

	Peso (KG)	Talla (cm)	IMC	Número de horas duerme al día
Media	73,91	168,33	26,03	7,44
Mediana	72,00	168,00	25,49	8,00
DE	14,52	8,76	4,40	1,08
Mínimo	46,00	145	18,00	3
Máximo	126,00	190	40,56	12
Percentiles				
25	63,25	161,25	23,05	7,00
50	72,00	168,00	25,49	8,00
75	82,00	174,00	28,40	8,00

IMC: Índice de masa corporal; DE: desviación estándar

5.3. Variables de contacto con la naturaleza

El 36,5% (n=76) informaron que al menos 7 veces por semana accedían a un espacio natural, mientras que el 13,5% (n=28) no lo hacían ninguna vez. El 6,5% (n=13) accedía más de 7 veces por semana, y el resto de 1 a 6 veces (43,8%; n=91).

En cuanto al tipo de espacios naturales que solían visitar, el 40,4%(n=84) visitaban bosques; el 24%(n=50) ríos, y nadie visitaba el mar (Tabla 5).

Tabla 5. Espacios naturales que visitan los/las participantes

Lugares	Si		No	
	n	%	n	%
Bosques	84	40,4	124	59,6
Campo	148	71,2	60	28,8
Jardín	56	26,9	152	73,1
Río	50	24	158	76,0
Lagos/lagunas	12	5,8	196	94,2
Mar	0	0	208	100

El 47,1% de los/las participantes manifestaron que la pandemia del COVID-19 no había influido en el número de veces que accedían a espacios naturales. No obstante, el 42,8% consideraban que sí había influido, pues salían menos veces. Al contrario, un 10,1% señaló que sí había influido, puesto que accedían más veces (Tabla 6).

Tabla 6. Influencia COVID-19 en el acceso a espacios naturales

	n	%
No ha influido	98	47.1
Si ha influido, salgo menos veces	89	42.8
Si ha influido, salgo más veces	21	10.1
Total	208	100.0

El 76,9% de las personas participantes detallaron que podían contemplar espacios naturales desde su domicilio. Solamente un 23,1% no tenía esta oportunidad. Por otra parte, el 51,4% podían contemplar espacios naturales desde su trabajo. El 60,1%, afirmaron que contemplaban fotografías, imágenes o cuadros de espacios naturales en su domicilio; el 28,4% n=59 afirmaron que contemplaban fotografías, imágenes y/o cuadros de espacios naturales en su trabajo y el 61,5% afirmaron que de camino a su trabajo iban contemplando espacios verdes. Finalmente, el 83,7% señalaron no tener plantas en su domicilio (Tabla 7).

Tabla 7. Acceso visual a espacios naturales

	SI		NO	
	n	%	n	%
Contempla espacios naturales desde su domicilio	160	76,9	48	23,1
Contempla espacios naturales desde su trabajo	107	51,4	60	28,8
Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio	125	60,1	83	39,9
Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo	59	28,4	108	51,9
De camino a su trabajo, va contemplando espacios verdes	128	61,5	39	18,8
Tiene plantas (macetas, vegetación) en su vivienda	34	16,3	174	83,7

5.4. Estrés percibido y características relacionadas

En cuanto a la escala de estrés percibido, a través de la respuesta a diferentes ítems (Tabla 8), se observó que el 38,5 % de los/las participantes respondieron que, solo de vez en cuando, se habían visto afectados/as por algo que había ocurrido inesperadamente. Aquellos/as que se afectaron muy a menudo constituyeron únicamente el 3,4%.

De forma similar, solo el 3,8% de los/as encuestados/as se habían sentido muy a menudo incapaces de controlar las cosas importantes en su vida. En este caso, el 37,5% consideró que casi nunca se había sentido incapaz de este control.

Valorando la frecuencia con la que los/las participantes se habían sentido nerviosos/as o estresados/as, los resultados detallaron que, casi la mitad (43,3%) consideró que únicamente había sucedido de vez en cuando.

De igual modo, el 48,6%, habían manejado a menudo con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida y solo el 2,4% creyó que no lo había logrado casi nunca o nunca. En esta misma línea, el 53,4% había sentido a menudo que había afrontado efectivamente los cambios importantes que ocurrían en su vida.

En cuanto al sentimiento de seguridad sobre la capacidad para manejar los problemas personales, en este caso fue el 45,2% de los/las encuestados/as quienes consideraron que lo habían tenido a menudo y solo el 2,9% indicaron que no lo habían sentido casi nunca o nunca.

También el sentimiento positivo de que las cosas van bien se situó en las categorías medias. El 76,4% consideró que se sintió así a menudo o de vez en cuando.

El 67,3% de los/las entrevistadas casi nunca o de vez en cuando había sentido que no podía afrontar las cosas que tenía que hacer y de forma similar, el 53,8% se había sentido capaz a menudo de controlar las dificultades de su vida.

Más de un tercio de los/las entrevistadas (38,5%) habían sentido a menudo y muy a menudo que tenían todo bajo control y prácticamente la mitad de la muestra (49,5%) casi nunca o nunca se habían sentido enfadados porque las cosas que les habían ocurrido estaban fuera de su control.

En relación con los pensamientos sobre las cosas que le quedaban por hacer, más de la mitad de los/las encuestadas los tenían muy a menudo y a menudo. Este dato es coherente con la respuesta a la pregunta sobre el sentimiento de que las dificultades se acumulaban tanto que no podían superarlas. En este caso era el 61,1 %, los/las que lo habían sentido casi nunca o nunca.

En relación con la frecuencia con que los/las participantes habían podido controlar la forma de pasar el tiempo, el 50% creían que a menudo; el 24% indicaban que de vez en cuando; el 22,1% señalaban que muy a menudo; el 3,4% consideraban que casi nunca y el 0,5%, señalaba que nunca.

Finalmente, el 72,1% sentían que tenían muy a menudo y a menudo control sobre la forma de pasar el tiempo.

En cuanto a los diferentes ítems de la Escala de estrés percibido se observó que los/las participantes que habían estado afectados/as por algo que había ocurrido inesperadamente, respondieron del siguiente modo: el 38,5% de vez en cuando; el 20,7% casi nunca; el 18,8% consideró que a menudo; el 18,8% señalaron que nunca; y solamente el 3,4%, indicó que muy a menudo.

En relación con la frecuencia con que los/las participantes se habían sentido incapaces de controlar las cosas importantes en su vida, el 37,5% consideró que casi nunca; el 29,3% consideró que de vez en cuando; el 18,8% creían que nunca; el 10,6% señalaron que a menudo y el 3,8% consideró que muy a menudo.

Valorando la frecuencia con la que los/las participantes se habían sentido nerviosos/as o estresados/as, los resultados detallaron, de mayor a menor frecuencia que, el 43,3% consideró que de vez en cuando; el 24% consideró que a menudo; el 18,8% creían que casi nunca; el 7,2% consideró que muy a menudo y el 6,7% pensaban que nunca.

Sobre la frecuencia con que los/las participantes habían manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida, se observó que, el 48,6% consideró que a menudo; el 26,9% creyeron que de vez en cuando; el 22,1% señalaron que muy a menudo; el 1,9% consideró que casi nunca y el 0,5% creyó que nunca.

En correspondencia con la frecuencia que los/las participantes habían sentido que habían afrontado efectivamente los cambios importantes que habían estado ocurriendo en su vida, se obtuvo que el 53,4% creían que a menudo; el 25% señalaron que de vez en cuando; el 19,2% consideró que muy a menudo y el 2,4% creían que casi nunca.

En atención a la frecuencia con que los/las participantes habían sentido seguridad sobre su capacidad para manejar sus problemas personales, el 45,2% consideró que a menudo; el 26% creían que de vez en cuando; la misma cantidad, el 26% consideró que muy a menudo; el 2,4% detallaron que casi nunca y solamente el 0,5% mencionó que nunca.

En la atención a la frecuencia con que los/las participantes señalaron que han sentido que las cosas le van bien, el 39,9% consideró que de vez en cuando; el 36,5% creía que a menudo; el 14,9% señaló que muy a menudo; el 7,2% consideró que casi nunca; y el 1,4% detalló que nunca.

En correspondencia con la frecuencia en que los/las participantes han sentido que no podían afrontar todas las cosas que tenían que hacer los resultados mostraron que el 34,6% consideró que casi nunca; el 32,7% detallaron que de vez en cuando; el 15,4% consideró que nunca; el 13,5% indicaron que a menudo y el 3,8% señalaron que muy a menudo.

Sobre la frecuencia en que los/las participantes podían controlar las dificultades de su vida, se observó que el 53,8% pensaban que a menudo; el 27,4% señalaban que de vez en cuando; el 16,8% indicaban que muy a menudo; y el 1,9% creían que casi nunca.

Sobre la frecuencia en que los/las participantes han sentido que tenían todo bajo control los resultados detallan que, el 48,1% señalaban que de vez en

cuando; el 29,8% creían que a menudo; el 13% marcaron que casi nunca; el 8,7% detallaron que muy a menudo y el 0,5% consideraba que nunca.

En atención a la frecuencia con que los/las participantes se habían sentido enfadados/as porque las cosas que les habían ocurrido estaban fuera de su control, el 34,6% consideran que casi nunca; el 33,7% creían que de vez en cuando; el 14,9% señalaban que nunca; el 11,5% detallaban que a menudo y el 5,3% señalaban que muy a menudo.

Sobre la frecuencia con que los/las participantes habían pensado sobre las cosas que les quedaban por hacer, el 42,3% creían que a menudo; el 29,8% indicaban que de vez en cuando; el 12,5% apuntaban que casi nunca; el 9,1% consideraban que muy a menudo y el 6,3% señalaban que nunca.

En relación con la frecuencia con que los/las participantes habían podido controlar la forma de pasar el tiempo, el 50% creían que a menudo; el 24% indicaban que de vez en cuando; el 22,1% señalaban que muy a menudo; el 3,4% consideraban que casi nunca y el 0,5%, señalaba que nunca.

Finalmente, en cuanto a la frecuencia con que los/las participantes habían sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podían superarlas, el 39,9% consideraban que casi nunca; el 26% indicaban que de vez en cuando; el 21,2% consideraban que nunca; el 10,6% apuntaban que a menudo y el 2,4% apuntaban que muy a menudo.

Tabla 8. Escala de Estrés percibido

	n	%
Afectación por algo que ha ocurrido inesperadamente		
Nunca	39	18,8
Casi nunca	43	20,7
De vez en cuando	80	38,5
A menudo	39	18,8
Muy a menudo	7	3,4
Total	208	100,0
Sentirse incapaz de controlar las cosas importantes en su vida		
Nunca	39	18,8
Casi nunca	78	37,5
De vez en cuando	61	29,3
A menudo	22	10,6
Muy a menudo	8	3,8
Total	208	100,0
Sentirse nerviosos o estresados		
Nunca	14	6,7
Casi nunca	39	18,8
De vez en cuando	90	43,3
A menudo	50	24,0
Muy a menudo	15	7,2
Total	208	100,0

Tabla 8. Escala de Estrés percibido (Continuación)

	n	%
Manejo con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida		
Nunca	1	0,5
Casi nunca	4	1,9
De vez en cuando	56	26,9
A menudo	101	48,6
Muy a menudo	46	22,1
Total	208	100,0
Sentimiento que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida		
Muy a menudo	40	19,2
A menudo	111	53,4
De vez en cuando	52	25,0
Casi nunca	5	2,4
Total	208	100,0
Seguridad sobre sus capacidades para manejar sus problemas personales		
Muy a menudo	54	26,0
A menudo	94	45,2
De vez en cuando	54	26,0
Casi nunca	5	2,4
Nunca	1	0,5
Total	208	100,0
Sentimiento que las cosas le van bien		
Muy a menudo	31	14,9
A menudo	76	36,5
De vez en cuando	83	39,9
Casi nunca	15	7,2
Nunca	3	1,4
Total	208	100,0

Tabla 8. Escala de Estrés percibido (Continuación)

	n	%
Sentimiento que no podían afrontar todas las cosas que tenían que hacer		
Nunca	32	15,4
Casi nunca	72	34,6
De vez en cuando	68	32,7
A menudo	28	13,5
Muy a menudo	8	3,8
Total	208	100,0
Capacidad de controlar las dificultades de su vida		
Muy a menudo	35	16,8
A menudo	112	53,8
De vez en cuando	57	27,4
Casi nunca	4	1,9
Total	208	100,0
Sentimiento que tenían todo bajo control		
Muy a menudo	18	8,7
A menudo	62	29,8
De vez en cuando	100	48,1
Casi nunca	27	13,0
Nunca	1	0,5
Total	208	100,0
Enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control		
Nunca	31	14,9
Casi nunca	72	34,6
De vez en cuando	70	33,7
A menudo	24	11,5
Muy a menudo	11	5,3
Total	208	100,0

Tabla 8. Escala de Estrés percibido (Continuación)

	n	%
Pensamiento sobre las cosas que le quedan por hacer		
Nunca	13	6,3
Casi nunca	26	12,5
De vez en cuando	62	29,8
A menudo	88	42,3
Muy a menudo	19	9,1
Total	208	100,0
Control sobre la forma de pasar el tiempo		
Muy a menudo	46	22,1
A menudo	104	50,0
De vez en cuando	50	24,0
Casi nunca	7	3,4
Nunca	1	0,5
Total	208	100,0
Sentimiento de que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas		
Nunca	44	21,2
Casi nunca	83	39,9
De vez en cuando	54	26,0
A menudo	22	10,6
Muy a menudo	5	2,4
Total	208	100,0

En la Tabla 9 se muestra la puntuación positiva y negativa de la escala de estrés percibido; así como la puntuación global. En la puntuación positiva se observó una media de 11,99 y una mediana de 12, (DE=5,23). El valor mínimo fue de 0 y el máximo de 27. Y en la puntuación negativa se observó una media de 8,62 y una mediana de 9, (DE=3,76). El valor mínimo fue de 0 y el máximo de 19.

Los resultados en la escala de estrés percibido global mostraron una media de 20,61 (DE=7,88), estrés percibido leve.

Tabla 9. Puntuación global de la escala de estrés percibido

	Puntuación positiva	Puntuación negativa	Puntuación global
Media	11,99	8,62	20,61
Mediana	12,00	9,00	20,50
Desviación estándar	5,32	3,76	7,88
Mínimo	0	0	0
Máximo	27	19	44
Percentiles			
25	9,00	7,00	16,00
50	12,00	9,00	20,50
75	15,00	11,00	25,00

En cuanto al análisis de las características relacionadas con el estrés percibido y las características sociodemográficas y estado de salud (Tabla 10), se observó que la puntuación media de estrés percibido fue mayor en las mujeres con una media de 22,07 (DE=7,72) mientras que la de los hombres fue de 18,94 (DE=7,75), siendo este resultado estadísticamente significativo (**p=0,004**).

En relación con el nivel de ingreso y el estrés la media fue del 23,97 (DE=9,39) para los/las que ganan menos de 900 €; 20,56 (DE=6,40) para los/las que ganan entre 901 y 1200 €; 20,46 (DE=8,00) para los/las que ganan entre 1201 y 1800 €, 18,02 (DE=6,76) para los/las que ganan entre 1800 y 2700 € y de 23,06 (DE=8,69) para los/las que ganan más de 2700 € (**p =0,013**).

En cuanto a padecer alguna enfermedad crónica, se reportó una media de 19,88 (DE= 7,84) para los que no la padecían y de 22,30 (DE= 8,82) para los/las que sí (**p=0,041**).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables: nacionalidad (p=0,790), situación laboral (p=0,986), convivencia en (p=0,482), personas dependientes a su cargo (p=0,990), nivel de estudios (p=0,570), y diagnóstico positivo de COVID-19 (p=0,836) (Tabla 10).

Tabla 10. Estrés percibido y características sociodemográficas y estado de salud

	n	Estrés (media)	DE	p
Género				
Mujer	111	22,07	7,72	0,004
Hombre	97	18,94	7,75	
Nacionalidad				
Española	174	20,55	7,84	0,790
Extranjera	34	20,94	8,16	
Situación laboral				
Paro/Estudiante/Jubilado	77	20,60	9,30	0,986
Trabaja	131	20,62	6,95	
Convive en pareja				
No	96	21,02	7,12	0,482
Sí	112	20,26	8,49	
¿Tiene personas dependientes a su cargo?				
No	155	20,61	7,77	0,990
Sí	53	20,62	8,26	
Nivel de estudios				
Sin estudios/primarios	55	20,96	8,89	0,570
ESO	34	21,68	6,13	
Bachillerato/FP	75	19,63	8,15	
Universitarios/Doctorado	44	21,02	7,29	
Nivel de ingresos				
<900	36	23,97	9,39	0,013
901-1200	43	20,56	6,40	
1201-1800	46	20,46	8,00	
1800-2700	43	18,02	6,76	
>2700	17	23,06	8,69	
¿Presenta alguna enfermedad crónica?				
No	145	19,88	7,34	0,041
Sí	63	22,30	8,82	
En el último mes, ¿ha tenido un diagnóstico positivo de COVID-19?				
No	197	20,58	7,82	0,836
Sí	11	21,09	9,15	

Analizando la relación entre el estrés percibido y las variables de contacto con la naturaleza que presentaron una asociación estadísticamente significativa fueron con una puntuación media de 22,12 (DE=7,13) para lo que no visitan los bosques y una media de 18,38 (DE=8,42) para los/las que sí visitan los bosques ($p=0,001$).

Con una puntuación media de 23,06 (DE=7,60) para quienes no **contemplaban espacios naturales desde su domicilio** y de 19,88 (DE=7,83) para los/las que lo **sí los contemplan** ($p=0,014$).

Con una puntuación media de 23,58 (DE=7,60) para quienes no **contemplaban espacios naturales desde su trabajo** y de 19,91 (DE=7,57) para los/las que lo **sí los contemplan** ($p=0,003$).

Con una puntuación media de 25,15 (DE=8,20) de para los/las que, **de camino a su trabajo**, no van **contemplando espacios verdes** y para los/las que **sí lo hacen 20,03** (DE=7,24) ($p<0,001$).

Finalmente, con una puntuación media de 23,59 puntos para quienes no **tienen plantas en su vivienda** y 20,03 para quienes si tienen ($p= 0,016$).

El tipo de vivienda de las personas que vivían en chalet/unifamiliar ($p= 0,247$) así como el contacto con otros espacios naturales como el campo ($p=0,166$), el jardín ($p=0,274$), ríos ($p=0,075$) o lagos ($p=0,467$) no se asociaron al estrés percibido. De igual modo tampoco se observó asociación con las variables: influencia en el acceso a espacios naturales por la COVID-19 ($p=0,076$), y contemplar fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en el domicilio ($p=0,083$) o en el trabajo ($p=0,641$) (Tabla 11).

Tabla 11. Estrés percibido y variables de contacto con la naturaleza

	n	Estrés (media)	DE	p
Tipo de vivienda				
Chalet/unifamiliar	114	20,04	8,03	0,247
Piso	89	21,34	7,66	
¿En qué tipo de espacios naturales? Bosque				
No	124	22,12	7,13	0,001
Sí	84	18,38	8,42	
¿En qué tipo de espacios naturales? Campo				
No	60	21,80	7,95	0,166
Sí	148	20,13	7,82	
¿En qué tipo de espacios naturales? Jardín				
No	152	20,97	7,42	0,274
Sí	56	19,63	9,01	
¿En qué tipo de espacios naturales? Río				
No	158	21,16	7,94	0,075
Sí	50	18,88	7,47	
¿En qué tipo de espacios naturales? Lagos/lagunas				
No	196	20,71	7,92	0,467
Sí	12	19,00	7,17	
¿Ha influido la pandemia del COVID-19 en el número de veces que accede a espacios naturales?				
No ha influido	98	19,62	8,32	0,076
Si ha influido, salgo menos veces	89	21,73	7,79	

Tabla 11. Estrés percibido y variables de contacto con la naturaleza
(continuación)

	n	Estrés (media)	DE	p
¿Contempla espacios naturales desde su domicilio?				
Sí	160	19,88	7,83	0,014
No	48	23,06	7,60	
¿Contempla espacios naturales desde su trabajo?				
Sí	107	19,91	7,57	0,003
No	60	23,58	7,60	
¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio?				
Sí	125	19,84	7,81	0,083
No	83	21,77	7,88	
¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo?				
Sí	59	20,85	8,58	0,641
No	108	21,44	7,32	
¿De camino a su trabajo, va contemplando espacios verdes?				
Sí	128	20,03	7,24	<0,001
No	39	25,15	8,20	
¿Tiene plantas (macetas, vegetación) en su vivienda?				
Sí	174	20,03	7,66	0,016
No	34	23,59	8,42	

Analizando la actividad física (Tabla 12) se observa una puntuación media de estrés percibido que se encuentra entre de 24,74 (DE=7,83) para aquellas personas que no eran nada activas y 15,31 (DE=8,19) para aquellas personas muy activas. Siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Sobre la salud autopercibida, se observó una media de 25,41 (DE= 9,55) para quienes consideraron que su salud es regular o mala ($n=37$) y de 19,57 (DE=7,08) para los/las que la consideraron buena, muy buena o excelente ($n=171$). Siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$)

Finalmente, en relación con la limitación para la actividad física, se observó una media de 19,64 (DE= 7,33) para aquellos/as que consideró que no tenían ninguna limitación (n=165) y de 24,35 (DE= 8,82) para los/las que consideró que tenían mucha o un poco de limitación. Siendo esta variable estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabla 12. Estrés percibido y actividad física, salud autopercibida y limitación de la actividad

	n	Estrés (media)	DE	p
Actividad física				
Nada activo, es decir tiene una vida sedentaria	38	24,74	7,83	<0,001
Moderadamente activo, es decir anda a paso ligero 2-3 veces semana	115	20,73	7,77	
Entre moderadamente y muy activo, es decir, realiza footing o actividades similares 2-3 veces semana	42	18,19	6,31	
Muy activo, es decir realiza actividad física vigorosa al menos 5 días a la semana	13	15,31	8,19	
Salud autopercibida				
Regular/Mala	37	25,41	9,55	<0,001
Buena/Muy buena/Excelente	171	19,57	7,08	
Limitación de la actividad				
Nada	165	19,64	7,33	<0,001
Un poco/Mucho	43	24,35	8,82	

5.5. Calidad de vida relacionada con la salud y características relacionadas

En la Tabla 13 se muestran los descriptivos de cada uno de los ítems del cuestionario SF-12v2.

En cuanto a la salud percibida de la muestra, el 82,2% consideró que tenía una buena o excelente salud.

Sobre las limitaciones para realizar actividades, el 79,3% consideraron no tener ningún tipo de limitaciones, pero el 20,7% consideraron que sí tienen, entre mucha o un poco de limitación.

De manera general, el 50,5% consideraron que su salud era buena y el 25,5% consideraron que era muy buena.

El 79,3% señalaron que su salud actual no le limitaba nada para hacer esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora.

Al preguntar a los/ las participantes en torno a si su salud actual le limitaba para subir varios pisos por las escaleras, el 81,3% señalaron que no le limita nada.

Atendiendo a si la persona consideraba que había hecho menos de lo que hubiera querido hacer, el 58,7% consideró que ninguna de las veces, mientras que el 2,4% expresaron que todo el tiempo.

Sobre si el/la participante tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, el 67,8% señaló que ninguna de las veces; y solo el 1% respondieron que todo el tiempo.

El 47,1% de los/las participantes, señalaron que ninguna de las veces hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional; y solo 0,5% considera que todo el tiempo.

Por otra parte, en relación con si los/las participantes no hicieron su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún

problema emocional, el 57,7% señalaron que ninguna de las veces; y 2,4% respondieron que la mayoría del tiempo.

A la pregunta hasta qué punto el dolor le había dificultado su trabajo, el 60,6% respondieron que ninguna de las veces y el 1,9% respondieron que todo el tiempo.

En relación con cuanto tiempo los/las participantes se sintieron calmados y/o tranquilos durante las últimas 4 semanas, el 49,5% señalaron que la mayoría del tiempo y 3,4% ninguna de las veces.

Sobre la respuesta obtenida a cuánto tiempo tuvo mucha energía durante las últimas cuatro semanas, más de la mitad (51,9%) detallaron que la mayoría del tiempo y 2,9% ninguna de las veces.

La respuesta a la pregunta, cuánto tiempo se sintió desanimado y triste durante las últimas cuatro semanas el 38,9% de los/las participantes señalaron que un poco de tiempo, el 4,8% la mayoría del tiempo y el 1% todo el tiempo.

Sobre la frecuencia con que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado las actividades sociales como visitar a los amigos o familiares durante las últimas cuatro semanas el 59,1% señala que ninguna de las veces y 5,8% todo el tiempo.

Tabla 13. Calidad de vida relacionada con la salud. SF-12v2

	n	%
Salud percibida		
Regular/Mala	37	17,8
Buena/Muy buena/Excelente	171	82,2
Total	208	100,0
Limitación actividad		
Nada	165	79,3
Mucho/un poco	43	20,7
Total	208	100,0
En general, su salud es		
Excelente	13	6,3
Muy buena	53	25,5
Buena	105	50,5
Regular	33	15,9
Mala	4	1,9
Total	208	100,0
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?		
Sí me limita mucho	12	5,8
Sí me limita un poco	31	14,9
No, no me limita nada	165	79,3
Total	208	100,0
Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?		
Sí me limita mucho	12	5,8
Sí me limita un poco	27	13,0
No, no me limita nada	169	81,3
Total	208	100,0
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
Todo el tiempo	5	2,4
la mayoría del tiempo	19	9,1
alguna parte del tiempo	35	16,8
un poco del tiempo	27	13,0
Ninguna de las veces	122	58,7
Total	208	100,0

Tabla 13. Calidad de vida relacionada con la salud. SF-12v2 (continuación)

	n	%
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas		
Todo el tiempo	2	1,0
la mayoría del tiempo	15	7,2
alguna parte del tiempo	27	13,0
un poco del tiempo	23	11,1
Ninguna de las veces	141	67,8
Total	208	100,0
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional		
Todo el tiempo	1	0,5
la mayoría del tiempo	7	3,4
alguna parte del tiempo	41	19,7
un poco del tiempo	61	29,3
Ninguna de las veces	98	47,1
Total	208	100,0
No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional		
La mayoría del tiempo	5	2,4
Alguna parte del tiempo	29	13,9
Un poco del tiempo	54	26,0
Ninguna de las veces	120	57,7
La mayoría del tiempo	5	2,4
Total	208	100,0
Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas), durante las 4 últimas semanas.		
La mayoría del tiempo	7	3,4
Alguna parte del tiempo	30	14,4
Un poco del tiempo	41	19,7
Ninguna de las veces	126	60,6
La mayoría del tiempo	4	1,9
Total	208	100,0

Tabla 13. Calidad de vida relacionada con la salud. SF-12v2 (continuación)

	n	%
Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?		
Todo el tiempo	23	11,1
La mayoría del tiempo	103	49,5
Alguna parte del tiempo	48	23,1
Un poco del tiempo	27	13,0
Ninguna de las veces	7	3,4
Total	208	100,0
Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?		
Todo el tiempo	18	8,7
La mayoría del tiempo	108	51,9
Alguna parte del tiempo	55	26,4
Un poco del tiempo	21	10,1
Ninguna de las veces	6	2,9
Total	208	100,0
Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado/a y triste?		
Todo el tiempo	2	1,0
La mayoría del tiempo	10	4,8
Alguna parte del tiempo	57	27,4
Un poco del tiempo	81	38,9
Ninguna de las veces	58	27,9
Total	208	100,0
Durante las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales		
Todo el tiempo	12	5,8
La mayoría del tiempo	18	8,7
Alguna parte del tiempo	31	14,9
Un poco del tiempo	24	11,5
Ninguna de las veces	123	59,1
Total	208	100,0

Dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud

Con las 12 preguntas del cuestionario se construyeron las ocho dimensiones (perfil de salud) de CVRS (Tabla 14).

A partir de las 8 dimensiones se obtuvieron los dos componentes sumarios: físico (CSF) y mental (CSM), analizando las frecuencias correspondientes.

Atendiendo a la puntuación del **funcionamiento físico** se observó que 75,5% obtuvieron una puntuación de 100; 9,1% obtuvieron una puntuación de 50; 8,7% obtuvieron una puntuación de 75; 2,9% obtuvieron 25 puntos y el 3,8% participantes tuvieron una puntuación de 0.

En relación con el **rol físico** más de la mitad de los/las encuestadas obtuvieron una puntuación de 100 puntos (56,7%) y el 1,9% tuvieron un resultado entre 0 y 13 puntos.

En relación con el **dolor**, el 60,6% no tienen ningún grado de dolor y el 1,9% respondieron a la máxima puntuación de dolor (100 puntos).

Por su parte, al valorar a **salud general**, el 86,3% de la muestra indicaron una puntuación entre 60 y 100.

Sobre la valoración de la **vitalidad** sólo el 13% indicaron una puntuación entre 0 y 25.

El 85,5% presenta un **funcionamiento social** superior a 50 puntos, de ellos destacando que el 59,1% de la muestra presenta una puntuación de 100 puntos.

En relación con la puntuación del **rol emocional**, se obtuvo que 41,8% tienen puntuación máxima (100 puntos); 22,6% obtuvo una puntuación de 75 y el 3,8% por debajo de 50.

Por último, en relación con la **salud mental**, se observa que el 53,9% presento una puntuación mayor de 75, y sólo el 1% tuvo una puntuación entre 0 y 12,5.

Tabla 14. Dimensiones de la Calidad de vida relacionada con la salud

	n	%
Funcionamiento físico		
25	6	2,9
50	19	9,1
75	18	8,7
100	157	75,5
<i>Total</i>	208	100,0
Rol físico		
0	1	0,5
13	3	1,4
25	11	5,3
38	5	2,4
50	22	10,6
63	14	6,7
75	20	9,6
88	14	6,7
100	118	56,7
<i>Total</i>	208	100,0
Dolor corporal		
0	126	60,6
25	41	19,7
50	30	14,4
75	7	3,4
100	4	1,9
<i>Total</i>	208	100,0
Salud General		
0	4	1,9
25	33	15,9
60	105	50,5
85	53	25,5
100	13	6,3
<i>Total</i>	208	100,0

Tabla 14. Dimensiones de la Calidad de vida relacionada con la salud (continuación)

	n	%
Vitalidad		
0	6	2,9
25	21	10,1
50	55	26,4
75	108	51,9
100	18	8,7
Total	208	100
Funcionamiento Social		
0	12	5,8
25	18	8,7
50	31	14,9
75	24	11,5
100	123	59,1
Total	208	100,0
Rol emocional		
25	4	1,9
37,5	4	1,9
50	17	8,2
62,5	20	9,6
75	47	22,6
87,5	29	13,9
100	87	41,8
Total	208	100,0
Salud Mental		
0	1	0,5
12,5	1	0,5
25	8	3,8
37,5	11	5,3
50	38	18,3
62,5	37	17,8
75	64	30,8
87,5	32	15,4
100	16	7,7
Total	208	100,0

Análisis de las dimensiones de la CVRS en función la norma

En la dimensión del **funcionamiento físico**, se observó que el 75,5% respondieron con una puntuación de 57,06, el resto lo hicieron respondieron con una puntuación comprendida entre el 25.58 y 49.19.

En relación con el **rol físico**, el 63.4% obtuvieron una puntuación igual o superior a 53.23; el resto igual o inferior a 49.

En la dimensión del **dolor corporal** solamente el 1,9% tienen una puntuación de 57,73, el resto tienen una puntuación inferior a 50.

El 68.3% presenta una puntuación por debajo de 47,75 en la dimensión de **salud general**, el resto tiene una puntuación superior a 57.69.

Más del 50% presentan una puntuación de 58,90 en la dimensión de **vitalidad**.

Los resultados obtenidos en la dimensión del **funcionamiento social** han sido que casi el 60% presenta una puntuación 56,90; la puntuación más baja ha sido de 21,32 en el 5,8%.

En la dimensión del **rol emocional** el 55.7% de las personas que participaron obtuvieron una puntuación igual o superior a 56,28 (Ver Tabla 15).

Tabla 15. Puntuaciones basadas en la norma de las dimensiones de CVRS

	n	%
Funcionamiento físico		
25,58	8	3,8
33,45	6	2,9
41,32	19	9,1
49,19	18	8,7
57,06	157	75,5
Total	208	100
Rol físico		
23,61	1	0,5
27,84	3	1,4
32,07	11	5,3
36,30	5	2,4
40,54	22	10,6
44,77	14	6,7
49,00	20	9,6
53,23	14	6,7
57,46	118	56,7
Total	208	100,0
Dolor corporal		
21,66	126	60,6
30,67	41	19,7
39,69	30	14,4
48,71	7	3,4
57,73	4	1,9
Total	208	100,0
Salud General		
23,90	4	1,9
33,84	33	15,9
47,75	105	50,5
57,69	53	25,5
63,66	13	6,3
Total	208	100,0

**Tabla 15. Puntuaciones basadas en la norma de las dimensiones de CVRS
(continuación)**

	n	%
Vitalidad		
29,39	6	2,9
39,23	21	10,1
49,07	55	26,4
58,90	108	51,9
68,74	18	8,7
Total	208	100,0
Funcionamiento Social		
21,32	12	5,8
30,22	18	8,7
39,11	31	14,9
48,01	24	11,5
56,90	123	59,1
Total	208	100,0
Rol emocional		
25,09	4	1,9
30,29	4	1,9
35,49	17	8,2
40,69	20	9,6
45,89	47	22,6
51,08	29	13,9
56,28	87	41,8
Total	208	100,0
Salud Mental		
18,32	1	0,5
24,06	1	0,5
29,79	8	3,8
35,53	11	5,3
41,26	38	18,3
47,00	37	17,8
52,74	64	30,8
58,47	32	15,4
64,21	16	7,7
Total	208	100,0

Variables relacionadas con la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Componente físico (CSF)

En relación con la situación laboral de los/las participantes la puntuación media del componente físico fue de 43,14 (DE= 6,68) para aquellos/as que **no** se encontraban trabajando y de 45,77 (DE= 4,39) para quienes **si** con una diferencia estadísticamente significativa (**p=0,003**).

Padecer alguna enfermedad crónica presentó una relación estadísticamente significativa en el componente físico de la CVRS, los resultados mostraron una media de 46,15 (DE=5,02) para quienes **no** la padecían (n=145) y de 41,68 (DE=5,27) para quienes **sí** (n=63) (**p<0,001**).

En cuanto al nivel de estudio se estimó una puntuación media de 41,62 (DE= 6,89) para quienes **no** tenían estudios o tenían estudios primarios (n=55); de 45,29 (DE=4,92) para quienes alcanzaron ESO (n=34); de 46,05 (DE=4,32) para quienes alcanzaron Bachillerato/FP (n=75); y, de 46,24 (DE=4,74) para quienes alcanzaron el nivel universitario o de doctorado (n=44 (**p<0,001**), considerando así la relación entre el nivel de estudios y la CVRS en su componente físico (Tabla 16).

Tabla 16. Relación del componente físico con las características sociodemográficas y el estado de salud

	N	Media	Desviación estándar	p
Sexo				
Mujer	111	45,04	5,46	0,488
Hombre	97	44,51	5,52	
Nacionalidad				
Española	174	44,76	5,70	0,842
Extranjera	34	44,97	4,29	
Situación laboral				
Paro/Estudiante/Jubilado	77	43,14	6,68	0,003
Trabaja	131	45,77	4,39	
Convive en pareja				
No	96	45,15	6,18	0,394
Sí	112	44,49	4,82	
¿Tiene personas dependientes a su cargo?				
No	155	45,65	5,85	0,521
Sí	53	45,21	4,25	
Nivel de estudios				
Sin estudios/primarios	55	41,62	6,89	<0,001
ESO	34	45,29	4,92	
Bachillerato/FP	75	46,05	4,34	
Universitarios/Doctorado	44	46,24	4,01	
Nivel de ingresos				
<900	36	43,56	7,05	0,235
901-1200	43	44,13	5,57	
1201-1800	46	45,03	5,17	
1800-2700	43	46,07	3,25	
>2700	17	45,60	4,83	

Tabla 16. Relación del componente físico con las características sociodemográficas y el estado de salud (continuación)

	n	Media	Desviación estándar	p
¿Presenta alguna enfermedad crónica?				
No	145	46,15	5,02	<0,001
Sí	63	41,68	5,27	
En el último mes, ¿ha tenido un diagnóstico positivo de COVID-19?				
No	197	44,86	5,49	0,472
Sí	11	43,63	5,51	

Teniendo en cuenta la relación del componente físico con el tipo de espacios naturales que suelen visitar los/las participantes que se muestra en la Tabla 17, los resultados señalaron que existe relación estadísticamente significativa con el tipo de vivienda, con puntuaciones medias de 45,91 vs 44,26 de los que viven en chalet y piso respectivamente (**p=0,026**). El CSF también se asoció con aquellas personas que visitan espacios naturales como ríos (puntuación media de 46,24 vs 44,34; **p=0,009**).

Tabla 17. Relación del componente físico con las variables de contacto con la naturaleza

	n	Media CSF	DE	p
Tipo de vivienda				
Chalet/unifamiliar	114	44,26	5,54	0,026
Piso	89	45,91	4,74	
¿En qué tipo de espacios naturales? Bosque				
No	124	44,71	5,65	0,776
Sí	84	44,93	5,26	
¿En qué tipo de espacios naturales? Campo				
No	60	44,53	5,34	0,657
Sí	148	44,90	5,56	
¿En qué tipo de espacios naturales? Jardín				
No	152	44,57	5,38	0,326
Sí	56	45,41	5,77	
¿En qué tipo de espacios naturales? Río				
No	158	44,34	5,84	0,009
Sí	50	46,24	3,86	
¿En qué tipo de espacios naturales? Lagos/lagunas				
No	196	44,76	5,60	0,726
Sí	12	45,34	3,05	
¿Ha influido la pandemia del COVID-19 en el número de veces que accede a espacios naturales?				
No ha influido	98	44,28	5,64	0,597
Si ha influido, salgo menos veces	89	44,71	5,34	

CSF: componente físico; DE: desviación estándar

Tabla 17. Relación del componente físico con las variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	n	Media CSF	DE	p
¿Contempla espacios naturales desde su domicilio?				
Sí	160	44,55	5,57	0,239
No	48	45,61	5,18	
¿Contempla espacios naturales desde su trabajo?				
Sí	107	44,97	5,19	0,654
No	60	45,36	5,47	
¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio?				
Sí	125	44,75	5,31	0,881
No	83	44,86	5,78	
¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo?				
Sí	59	44,87	5,53	0,665
No	108	45,24	5,16	
¿De camino a su trabajo, va contemplando espacios verdes?				
Sí	128	45,35	5,22	0,296
No	39	44,33	5,48	
¿Tiene plantas (macetas, vegetación) en su vivienda?				
Sí	174	44,87	5,15	0,718
No	34	44,41	7,03	

CSF: componente físico; DE: desviación estándar

Detallando los ítems relacionados con la actividad física (Tabla 18), los resultados muestran una relación estadísticamente significativa en relación con el nivel de actividad física, donde aquellos/as que tienen una vida sedentaria tienen una puntuación media inferior (42,37; DE=7,04) que el resto de categorías (**p=0,015**). En cuanto a la salud auto percibida, se observa una puntuación media de 39,71 (DE= 6,10) para los/las que consideraron que su salud era regular o mala y de 45,90 (DE= 4,68) para los/las que la consideraban buena, muy buena o excelente (**p<0,001**).

Por último, en relación con la limitación para la actividad física la puntuación media del CSF fue de 46,36 (DE=4,23) para los/las que consideraban que **no** tenían ninguna limitación y de 37,92 (DE=5,63) para los/las que consideraban que tenían un poco o mucha de limitación (n=43) (**p<0,001**).

Tabla 18. Relación entre el componente físico con la actividad física, la salud autopercibida y la limitación de la actividad

Actividad física				
	n	Media CSF	DE	p
Nada activo, es decir tiene una vida sedentaria	38	42,37	7,04	0,015
Moderadamente activo, es decir anda a paso ligero 2-3 veces semana	115	45,04	5,35	
Entre moderadamente y muy activo, es decir, realiza footing o actividades similares 2-3 veces semana	42	46,10	3,72	
Muy activo, es decir realiza actividad física vigorosa al menos 5 días a la semana	13	45,51	4,60	
Salud autopercibida				
Regular/Mala	37	39,71	6,10	<0,001
Buena/Muy buena/Excelente	171	45,90	4,68	
Limitación de la actividad				
Nada	169	46,38	4,08	<0,001
Mucho/Un poco	39	37,92	5,52	

CSF: componente físico; DE: desviación estándar

Componente mental

Teniendo en cuenta los valores medios en el componente mental (CSM) que se muestran a continuación en la Tabla 19, la variable sexo muestra una relación estadísticamente significativa con el componente mental, obteniendo como resultados una puntuación media en las mujeres de 49,32 (DE=9,80) y de 53,41 (DE=8,04) para los hombres, (**p=0,001**). En el nivel de ingresos las puntuaciones más bajas se encontraron en aquellos/as con ingresos inferiores a 900 € y en ingresos superiores a 2700 €.

Tabla 19. Relación del componente mental con las características sociodemográficas y el estado de salud

	n	Media CSM	DE	p
Sexo				
Mujer	111	49,32	9,80	0,001
Hombre	97	53,41	8,04	
Nacionalidad				
Española	174	51,27	9,45	0,884
Extranjera	34	51,02	8,11	
Situación laboral				
Paro/Estudiante/Jubilado	77	50,05	10,59	0,185
Trabaja	131	51,92	8,29	
Convive en pareja				
No	96	50,83	8,83	0,563
Sí	112	51,57	9,59	
¿Tiene personas dependientes a su cargo?				
No	155	50,88	9,60	0,354
Sí	53	52,25	8,06	

Tabla 19. Relación del componente mental con las características sociodemográficas y el estado de salud (continuación)

	n	Media CSM	DE	p
Nivel de estudios				
Sin estudios/primarios	55	50,39	10,51	0,681
ESO	34	50,27	9,18	
Bachillerato/FP	75	52,07	8,24	
Universitarios/Doctorado	44	51,60	9,32	
Nivel de ingresos (€)				
<900	36	47,68	11,46	0,009
901-1200	43	52,23	6,84	
1201-1800	46	50,34	9,50	
1800-2700	43	54,66	6,79	
>2700	17	49,13	10,43	
¿Presenta alguna enfermedad crónica?				
No	145	51,98	8,33	0,112
Sí	63	49,51	10,92	
En el último mes, ¿ha tenido un diagnóstico positivo de COVID-19?				
No	197	51,46	9,23	0,123
Sí	11	47,04	8,64	

CSM: componente mental; DE: desviación estándar

Las variables relacionadas con la naturaleza que se asociaron con el CSM se muestran en la Tabla 20, aquellas personas que no visitaban los bosques presentaron una media de 49,98 (DE=9,34) y las que sí los visitaban una media de 53,07 (DE=8,81) (**p=0,018**).

En la variable contemplar espacios naturales o imágenes relacionadas, se observó:

Una puntuación media de 51,91 (DE=9,09) para quienes sí lo hacían desde su domicilio y 48,97 (DE= 9,44) para quienes no (**p=0,053**).

Una puntuación media de 52,22 (DE=8,96) para quienes sí lo hacían desde su trabajo y 49,04 (DE=9,44) para las que no. (**p=0,032**).

Por último, se observó una puntuación media de 47,84 (DE=10,97) para los/las que no tenían plantas (macetas, vegetación) en su vivienda y 51,89 (DE=8,74) para los/las que sí (**p=0,019**).

Las personas que manifiestan que la pandemia de COVID-19 no ha influido en el número de veces que accedieron a espacios, obtuvieron una puntuación media de CSM de 53,65, mientras que los/las que expresaron que sí influyó (salieron menos veces), tuvieron una media inferior (**p=0,001**).

Tabla 20. Relación entre el componente mental y las variables de contacto con la naturaleza

	n	Media CSM	DE	p
Tipo de vivienda				
Chalet/unifamiliar	114	51,19	9,55	0,888
Piso	89	51,00	8,98	
¿En qué tipo de espacios naturales? Bosque				
No	124	49,98	9,34	0,018
Sí	84	53,07	8,81	
¿En qué tipo de espacios naturales? Campo				
No	60	51,42	10,27	0,850
Sí	148	51,15	8,81	
¿En qué tipo de espacios naturales? Jardín				
No	152	51,14	9,44	0,814
Sí	56	51,48	8,73	
¿En qué tipo de espacios naturales? Río				
No	158	50,94	9,50	0,420
Sí	50	52,15	8,35	
¿En qué tipo de espacios naturales? Lagos/lagunas				
No	196	51,04	9,29	0,239
Sí	12	54,28	7,92	

CSM: componente mental; DE: desviación estándar

Tabla 20. Relación entre el componente mental y las variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	n	Media CSM	DE	p
¿Ha influido la pandemia del COVID-19 en el número de veces que accede a espacios naturales?				
No ha influido	98	53,65	8,93	<0,001
Si ha influido, salgo menos veces	89	48,49	9,26	
¿Contempla espacios naturales desde su domicilio?				
Sí	160	51,91	9,09	0,053
No	48	48,97	9,44	
¿Contempla espacios naturales desde su trabajo?				
Sí	107	52,22	8,96	0,032
No	60	49,04	9,44	
¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio?				
Sí	125	51,87	9,40	0,223
No	83	50,27	8,94	
¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo?				
Sí	59	50,80	10,08	0,774
No	108	51,23	8,79	
¿De camino a su trabajo, va contemplando espacios verdes?				
Sí	128	51,77	8,80	0,078
No	39	48,80	10,35	
¿Tiene plantas (macetas, vegetación) en su vivienda?				
No	34	47,84	10,97	0,019
Sí	174	51,89	8,74	

CSM: componente mental; DE: desviación estándar

En cuanto a la relación entre CSM y la actividad física (Tabla 21), los resultados muestran una relación estadísticamente significativa con el nivel de actividad física, donde aquellos/as que tienen una vida sedentaria tienen una puntuación media inferior (47,15; DE=10,06) que el resto de categorías (**p=0,004**). En cuanto a la salud auto percibida, se observa una puntuación media de 44,87 (DE=11,04) para los/las que consideraron que su salud era regular o mala y de 52,61 (DE= 8,20) para los/las que la consideraban buena, muy buena o excelente (**p<0,001**).

Por último, en relación con la limitación para la actividad física la puntuación media del CSM fue de 52,25 (DE=8,16) para los/las que consideraban que no tenían ninguna limitación y de 46,80 (DE=12,05) para los/las que consideraban que tenían un poco o mucha de limitación (**p=0,010**).

Tabla 21. Relación entre el componente mental con la actividad física, la salud autopercebida y la limitación de la actividad

Actividad física				
	n	Media CSM	DE	p
Nada activo, es decir tiene una vida sedentaria	38	47,15	10,06	0,004
Moderadamente activo, es decir anda a paso ligero 2-3 veces semana	115	51,26	9,35	
Entre moderadamente y muy activo, es decir, realiza footing o actividades similares 2-3 veces semana	42	53,30	7,17	
Muy activo, es decir realiza actividad física vigorosa al menos 5 días a la semana	13	56,16	7,66	
Salud autopercebida				
Regular/Mala	37	44,87	11,04	<0,001
Buena/Muy buena/Excelente	171	52,61	8,20	
Limitación de la actividad				
Nada	169	52,25	8,16	0,010
Un poco/Mucho	39	46,80	12,05	

CSM: componente mental; DE: desviación estándar

Componente físico y componente mental (por categorías)

En cuanto a la puntuación cualitativa de cada uno de los componentes se obtuvo que, en el **componente físico** el 54,3%, (n= 113) de los/las participantes lo describen como igual o mejor; el 29,3% (n=61) por debajo y 16,3% (n=34) muy por debajo. En cuanto al **componente mental** el 76,9% (n=160) señalan que se encuentran igual o mejor; el 14,4% (n=30) muy por debajo y el 8,7% (n=18) por debajo (Tabla 22).

Tabla 22. Componente físico y mental de la salud (por categorías)

	Componente físico		Componente mental	
	n	%	n	%
Muy por debajo	34	16,3	30	14,4
Por debajo	61	29,3	18	8,7
Igual o mejor	113	54,3	160	76,9
Total	208	100,0	208	100,0

Componentes CSF y CSM y su relación con las distintas variables

Hubo una relación estadísticamente significativa entre la media de edad y el componente físico, las personas que tuvieron una puntuación de CSF muy por debajo, presentaron una edad media mayor con respecto al resto de categorías (58,18; DE=10,46; **p<0,001**). No hubo diferencias en el CSM y la edad (**p=0,609**) (Tabla 23).

Tabla 23. Relación entre los componentes físico y mental con la edad.

CSF	Edad			
	n	Media	DE	p
Muy por debajo	34	58,18	10,469	
Por debajo	61	49,23	12,352	<0,001
Igual o mejor	113	41,11	13,444	
Total	208	46,28	14,139	

CSM	Edad			
	n	Media	DE	p
Muy por debajo	30	48,20	14,040	
Por debajo	18	47,83	14,210	0,609
Igual o mejor	160	45,74	14,194	
Total	208	46,28	14,139	

CSF: componente físico; CSM: componente mental; DE: desviación estándar

En cuanto a la relación entre la puntuación obtenida en cada uno de los componentes y el resto de variables sociodemográficas y de salud, que se muestran en la Tabla 24 los resultados evidenciaron lo siguiente:

Sexo y el componente físico. En la categoría “muy por debajo” se observó un 15.3% de mujeres y 17.5% de hombres; en la categoría “por debajo”: 32.4% de mujeres y 25.8% de hombres; y en la categoría “igual o mejor”: 52.3% de mujeres y 56.7% de hombres, sin diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p= 0.569$). En cuanto al **componente mental**, se obtuvieron los siguientes resultados: “muy por debajo” 20.7% de mujeres y 7.2% de hombres se encuentran en esta categoría; “por debajo”: 9.9% de mujeres y 7.2% de hombres ($p=0,013$) indicando una diferencia estadísticamente significativa, con más mujeres en estas categorías; en “igual o mejor”: 69.4% de mujeres y

85.6% de hombres ($p=0.013$), indicando también una diferencia estadísticamente significativa, en este caso con más hombres en esta categoría.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que no trabajan y las que trabajan en términos del **componente físico**. Las personas que no trabajan tienen una mayor probabilidad de estar en la categoría "muy por debajo" (9.9%) y una menor probabilidad de estar en la categoría "igual o mejor" (60,3%) en comparación con las personas que trabajan ($p=0,004$). De igual modo, las personas con enfermedades crónicas tienen una mayor probabilidad de estar en la categoría "muy por debajo" (31.7%) o "por debajo" (39.7%) en comparación con las personas sin enfermedades crónicas. También es menos probable que se encuentren en la categoría "igual o mejor" (28,6%) ($p<0.001$). También se observó una diferencia estadísticamente significativa con los niveles de estudios, "sin estudios / primarios" y "ESO" en términos del componente físico de la salud. Las personas con menos estudios tienen una mayor probabilidad de estar "muy por debajo" (36,4%) y una menor probabilidad de estar "igual o mejor" (29,1%) en comparación con las personas con estudios de ESO (52,9%).

En cuanto al **componente mental**, hay diferencias significativas con la variable ingresos económicos mensuales, en la categoría "menos de 900 €" y "901-1200 €" (27,8% vs 9.3%; ($p=0,018$)).

Las características que no presentaron diferencias estadísticamente significativas con el componente físico ni mental fueron: nacionalidad, convivir con pareja, tener personas dependientes a su cargo y haber tenido un diagnóstico positivo de Covid-19 en el último mes (Tabla 24).

Tabla 24. Frecuencia en el cruce entre componentes de la salud SF 12 y características sociodemográficas y estado de salud

	Sexo									
	Componente Físico					Componente Mental				
	Femenino		Masculino			Femenino		Masculino		
	n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Muy por debajo	17	15,3	17	17,5	0,569	23	20,7	7	7,2	0,013
Por debajo	36	32,4	25	25,8		11	9,9	7	7,2	
Igual o mejor	58	52,3	55	56,7		77	69,4	83	85,6	
	Nacionalidad									
	Componente Físico					Componente Mental				
	Española		Extranjero			Española		Extranjero		
	n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Muy por debajo	30	17,2	4	11,8	0,598	26	14,9	4	11,8	0,699
Por debajo	49	28,2	12	35,3		16	9,2	2	5,9	
Igual o mejor	95	54,6	18	52,9		132	75,9	28	82,4	
	Situación Laboral									
	Componente Físico					Componente Mental				
	No trabaja		Trabaja			No trabaja		Trabaja		
	n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Muy por debajo	21	27,3	13	9,9	0,004	15	19,5	15	11,5	0,263
Por debajo	22	28,6	39	29,8		7	9,1	11	8,4	
Igual o mejor	34	44,2	79	60,3		55	71,4	105	80,2	
	Convive con la pareja									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI			NO		SI		
	N	%	N	%	p	N	%	N	%	p
Muy por debajo	14	14,6	20	17,9	0,260	13	13,5	17	15,2	0,406
Por debajo	24	25	37	33		11	11,5	7	6,3	
Igual o mejor	58	60,4	55	49,1		72	75,0	88	78,6	

Tabla 24. Frecuencia en el cruce entre componentes de la salud SF 12 y características sociodemográficas y estado de salud (continuación)

	Tiene dependientes a su cargo									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	28	18,1	6	11,3	0,509	24	15,5	6	11,3	0,221
Por debajo	44	28,4	17	32,1		16	10,3	2	3,8	
Igual o mejor	83	53,5	30	56,6		115	74,2	45	84,9	
	Presenta alguna enfermedad crónica									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	14	9,7	20	31,7	<0,001	16	11	14	22,2	0,108
Por debajo	36	24,8	25	39,7		13	9	5	7,9	
Igual o mejor	95	65,5	18	28,6		116	80	44	69,8	
	En el último mes ha tenido un diagnóstico positivo de COVID-19									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	32	16,2	2	18,2	0,418	27	13,7	3	27,3	0,192
Por debajo	56	28,4	5	45,5		16	8,1	2	18,2	
Igual o mejor	109	55,3	4	36,4		154	78,2	6	54,5	

Tabla 24. Frecuencia en el cruce entre componentes de la salud SF 12 y características sociodemográficas y estado de salud (continuación)

	Ingresos									
	Componente Físico					Componente Mental				
	Menos 900		901-1200		p	Menos 900		901-1200		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	9	25	7	16,9	0,227	10	27,8	4	9,3	0,018
Por debajo	10	27,8	15	34,9		3	8,3	2	4,7	
Igual o mejor	17	47,2	21	48,8		23	63,9	37	86	
	1201-1800		1801-2700			1201-1800		1801-2700		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	9	19,6	1	2,3		7	15,2	2	4,7	
Por debajo	13	28,3	15	34,9		7	15,2	1	2,3	
Igual o mejor	24	52,2	27	62,8		32	69,6	40	93	
	Mayor de 2700					Mayor de 2700				
	n	%				n	%			
Muy por debajo	4	23,5			3	17,6				
Por debajo	3	17,6			3	17,6				
Igual o mejor	10	58,8			11	64,7				

Tabla 24. Frecuencia en el cruce entre componentes de la salud SF 12 y características sociodemográficas y estado de salud (continuación)

	Nivel de estudios									
	Componente Físico					Componente Mental				
	Sin estudios/ primarios		ESO		p	Sin estudios/ primarios		ESO		p
n	%	n	%	n		%	n	%		
Muy por debajo	20	36,4	4	11,8	<0,001	10	18,2	7	20,6	0,540
Por debajo	19	34,5	12	35,3		6	10,9	3	8,8	
Igual o mejor	16	29,1	18	52,9		39	70,9	24	70,6	
	Bachiller/FP		Universitario/ Doctorado			Bachiller/FP		Universitario/ Doctorado		
Muy por debajo	8	10,7	2	4,5		8	10,7	5	11,4	
Por debajo	18	24	12	27,3		4	5,3	5	11,4	
Igual o mejor	49	65,3	30	68,2		63	84	34	77,3	

En la Tabla 25 se muestra la puntuación obtenida entre el componente mental y físico y las variables tipo de vivienda y de contacto con la naturaleza.

Tipo de vivienda y componente físico, los resultados obtenidos para quienes vivían en chalet o viviendas unifamiliares fueron de igual o mejor para el 50,9% (n=58), por debajo para 28,9% n= (33) y muy por debajo para el 20,0% (n=23). Para quienes vivían en piso las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 60,7% (n=54), por debajo para 30,3% (n=27) y muy por debajo para el 9% (n=8) (p=0,082).

Tipo de vivienda y componente mental; para quienes vivían en chalet o viviendas unifamiliares igual o mejor para el 74,6% (n=85); muy por debajo para el 14,9% (n=17) y por debajo para el 10,5% (n=12) y para quienes vivían en piso fueron igual o mejor para el 78,7% (n=70), muy por debajo para 14,6% (n=13) y por debajo para 6,7% (n=6) (p=0,631).

Espacios naturales y componente físico; Las puntuaciones obtenidas en el componente físico en relación con el tipo de espacios naturales que visitaban los/las participantes, específicamente los bosques, se observó que, para quienes no lo visitan las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 49,2% (n=61), por debajo para el 33,3% (n=42) y muy por debajo para el 16,9% (n=21); para quienes sí lo visitan fueron: igual o mejor para el 61,9% (n=52), por debajo para el 22,6% (n=19) y muy por debajo para el 15,5% (n=13) (p=0,156).

En cuanto a la visita a espacios naturales, específicamente campo, y su relación con las puntuaciones del componente físico, los resultados señalan: para quienes no visitan los campos las puntuaciones fueron: igual lo mejor para 46,7% (n=28), por debajo para 36,7% (n=22) y muy por debajo para 16,7% (n=10); para los/las que sí visitan los campos las puntuaciones fueron: igual o mejor para 57,4% (n=85), por debajo para 26,4% (n=39) y muy por debajo para 16,2% (n=24) (p=0,292).

En la relación de quiénes no visitan jardines con las puntuaciones del componente físico se observó que 53,3% (n=81) obtuvieron una puntuación igual o mejor, 28,3% (n=43) por debajo y 18,4% (n=28) muy por debajo; para los/las que sí visitan los jardines, las puntuaciones fueron: igual o mejor para 57,1% (n=32), por debajo para 32,1% (n=18) y muy por debajo para 10,7% (n=6) (p=0,405).

Las frecuencias de las puntuaciones del **componente físico** obtenidas por los/las que no visitan los ríos fueron: igual lo mejor para 50,6% (n=80), por debajo para el 29,1% (n=46) y muy por debajo para 20,3% (n=32); para los/las que sí visitan los ríos las puntuaciones fueron: igual o mejor para 66% (n=33), por debajo para el 30% (n=15); muy por debajo para 4% (n=2). Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, se sugiere que la visita a un río tiene está asociada al bienestar físico (p=0,020).

En el caso de la frecuencia obtenidas de las puntuaciones para las que no visitan los lagos fue: igual o mejor para el 54,1% (n=106), por debajo para 29,1% (n=57) y muy por debajo para 16,8% (n=36); para los/las que sí visitan

los lagos o lagunas las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 58,3% (n=7), por debajo para el 3,3% (n=4) y muy por debajo para el 8,3% (n=1) ($p=0,738$).

Espacios naturales y componente mental; Las puntuaciones del componente mental se observó que, para quienes no visitan los bosques la puntuación fue igual o mejor para el 71,8% (n=89), muy por debajo para el 18,5% (n=23) y por debajo para el 9,7% (n=12); para quienes sí visitan los bosques las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 84,5% (n=71), muy por debajo para el 8,3% (n=7) y por debajo para el 7,1% (n=6) ($p=0,080$).

Para quienes visita a los campos, quienes no lo hacen obtuvieron puntuaciones de: igual o mejor para 76,7% (n=46), muy por debajo 18,3% (n=11) y por debajo para 5% (n=3); para los/las que sí visitan los campos las puntuaciones fueron: igual o mejor para 77% (n=114): muy por debajo para 12,8% (n=19) y por debajo para 10,1% (15) ($p=0,334$).

Para quienes no visitan los jardines las puntuaciones fueron: igual o mejor para 75,7% (n=15), muy por debajo para 15,8% (n=24) y por debajo para 8,6% (n=13); para los/las que sí visitan los jardines las puntuaciones fueron: igual o mejor para 80,4% (n=45), muy por debajo para 10,7% (n=6) y por debajo para 8,9% (n=5) ($p =0,652$). La frecuencia de las puntuaciones obtenidas por quienes no visitan los ríos fue: igual o mejor para el 74,7% (n=118), muy por debajo para 16,5% (n=26) y por debajo para 8,9% (n=14); para lo que sí visitan los ríos las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 84% (n=42), por debajo para el 8% (n=4) y muy por debajo para, la misma cantidad, 8% (n=4) ($p =0,310$).

Para quienes no visitan los lagos o lagunas obtuvieron como puntuaciones: igual o mejor el 76% (n=143), muy por debajo 14,8% (n=29) y por debajo el 9,2% (n=18); para los/las que sí visitan los lagos y lagunas las puntuaciones fueron: igual o mejor para 21,7% (n=11) y muy por debajo 8,3% (n=1) ($p=0,409$).

Contemplación de espacios naturales desde su vivienda y componente físico. La frecuencia de las puntuaciones obtenidas en el componente físico para las que sí contemplan espacios naturales desde su domicilio fue: para el 50,6% (n=81) igual o mejor; para el 31,9% (n=59) por debajo y para el 17,5% (n=28) muy por debajo. Quiénes no contemplan espacios naturales desde su domicilio obtuvieron puntuaciones de: igual o mejor 66,7% (n=32), por debajo 20,8% (n=10), muy por debajo 12,5% (n=6) ($p = 0,146$).

Contemplación de espacios naturales desde su vivienda y componente mental; La relación con el componente mental y las que sí contemplan espacios naturales desde su domicilio arrojó como puntuaciones igual o mejor para 78,8% (n=126), muy por debajo para 11,3% (n=18) y por debajo para 10% (n=16). Quienes no contemplan espacios naturales desde su domicilio obtuvieron puntuaciones de igual o mejor para el 70,8% (n=34), muy por debajo 25% (n=12) y por debajo 4,2% (n=2) ($p = 0,521$).

Contemplación de espacios naturales desde su trabajo y componente físico; En el cruce entre las puntuaciones del componente físico y quienes contemplan espacios naturales desde su trabajo se observa la puntuación igual o mejor para el 58,9% (n=63), por debajo para el 28% (n=30) y muy por debajo para el 13,1% (n=14). Para quienes no contemplan espacios naturales de su trabajo las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 55% (n=33), por debajo para el 28,3% (n=17) y muy por debajo para el 16,7% (n=10). ($p = 0,800$).

Contemplación de espacios naturales desde su trabajo y componente mental; en el componente mental y su relación con las personas que contemplan espacios naturales desde su trabajo, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para 79,4% (n=85), muy por debajo para 13,1% (n=14) y por debajo para 7,5% (n=8); para los/las que no contemplan espacios naturales de su trabajo las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 71,7% (n=43), muy por debajo para 18,3% (n=11) y por debajo para el 10% (n=6) ($p = 0,521$).

Contemplación de imágenes naturales en su domicilio y componente físico; el vínculo entre el componente físico y las que sí contemplan fotografías, imágenes y cuadro de espacios naturales en su domicilio, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 54,4% del equivalente a 68, por debajo para 28,8 (n=36) y muy por debajo para el 16,8% (n=21). Para quienes no contemplan fotografías, imágenes y/o cuadros de espacios naturales desde su domicilio, las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 54,2% (n=45), por debajo para 30,1% (n=25) y muy por debajo para el 15,7% (n=13) ($p = 0,966$).

Contemplación de imágenes naturales en su domicilio y componente mental; En la relación de esta misma variable con el componente mental se observa que, quienes sí contemplan imágenes y cuadros de espacios naturales en su domicilio obtuvieron una puntuación igual o mejor en el caso de 77,6% (n=97), muy por debajo para 13,6% (n=17) y por debajo para 8,8% (n=11). Quienes no contemplan estos elementos naturales en su domicilio. Las puntuaciones del componente mental fueron: igual o mejor para el 75,9% (n=63), muy por debajo para 15,7% (n=13) y por debajo para 8,4% (n=7) ($p = 0,917$).

Contemplación de espacios naturales de camino a su trabajo y componente físico Los resultados del cruce entre las puntuaciones del componente físico con las respuestas afirmativas de quienes de camino a su trabajo van contemplando espacios verdes fueron; para la puntuación igual o mejor 58,6% (n=75), por debajo 29,7% (n=38) y muy por debajo 11,7% (n=15). En el caso de los/las que no van contemplando espacios verdes la puntuación obtenida fue de igual o mejor 53,8% (n=21); por debajo 23,1% (n=9) y muy por debajo 23,1% (n=9) ($p = 0,195$).

Contemplación de espacios naturales de camino a su trabajo y componente mental; Se obtuvo: para los/las que sí van contemplando espacios verdes camino a su trabajo: igual o mejor 78,9% (n=101), muy por debajo 14,1% (n=18) y por debajo 7% (n=9). Para los/las que no contemplan espacios verdes camino a su trabajo las puntuaciones fueron igual o mejor

69,2% (n=27), por debajo 12,8% (n=5) y muy por debajo 17,9% (n=7) ($p = 0,394$).

Plantas y componente físico; En la relación de las puntuaciones del componente físico con las que tienen plantas (macetas, vegetación en su vivienda). Para los/las que no tienen plantas las puntuaciones fueron igual o mejor de 52,9% (n=18), por debajo 23,5% (n=8), muy por debajo 23,5 (n=8). Para los/las que tienen plantas, las puntuaciones fueron igual o mejor para el 54,6% (n=95), por debajo para el 30,5% (n=53); y, muy por debajo para el 14,9% (n=26) ($p=0,414$).

Plantas y componente mental; El cruce entre las puntuaciones del componente mental y los/las que no tienen plantas en su vivienda fueron: igual o mejor para el 58,8% (n=20), muy por debajo para el 29,4% (n=10) y por debajo para 11,8% (n=4). Para los/las que sí tienen plantas en su vivienda las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 80,5% (n=140), muy por debajo para el 11,5% (n=20) y por debajo para el 8% (n=14). Los datos muestran una asociación entre la presencia de plantas en la vivienda y las puntuaciones en el componente mental se observa que una proporción mucho mayor de personas que tienen plantas en su vivienda tienen puntuaciones "Igual o mejor" en el componente mental (80.5%) en comparación con aquellos/as que no tienen plantas (58.8%). Por otro lado, una menor proporción de personas con plantas en su vivienda tienen puntuaciones "Muy por debajo" (11.5%) en comparación con los/las que no tienen plantas (29.4%) ($p = 0,014$).

Influencia de la Covid y componente físico; La frecuencia obtenida en el componente físico en relación con la influencia de la pandemia del COVID-19 en el número de veces que accede a espacios naturales ha sido: para los/las que no ha influido: igual o mejor para el 49% (n=48), por debajo para 35,7% (n=35) y muy por debajo para el 15,3% (n=15); para los/las que sí ha influido, porque salen menos veces, la frecuencia en relación con las puntuaciones han sido; para igual o mejor 53,9% (n=48), para por debajo 27% (n=24) y para muy por debajo 19,1% (n=17); para los/las que sí ha influido, porque

salen más veces: 81% (n=17) para igual o mejor, 9,5% (n=2) para la puntuación por debajo y 9,5% (n=2) para la puntuación muy por debajo (p=0,070).

Influencia de la Covid y componente mental; En la relación con el componente mental y quienes consideran que la pandemia no ha influido en el número de veces que accede espacios naturales, las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 86,7% (n=85), muy por debajo para 9,2% (n=9) y por debajo para 4,1% (n=4); para los/las que consideran que si ha influido porque sale menos veces las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 65,2% (n=58), muy por debajo para el 22,5% (n=20) y por debajo para el 12,4% (n=11) y para los/las que considera que sí ha influido porque sale más veces las puntuaciones fueron igual o mejor para el 81% (n=17), por debajo para el 14,3% (n=3) y muy por debajo para 4,8% (n=1). Existe una diferencia significativa (p=0.006) en el bienestar mental según la influencia de la pandemia en su frecuencia de acceso a espacios naturales. Las personas que informan salir más veces durante la pandemia tienden a reportar mejores niveles de bienestar mental (p=0,006).

Tabla 25. Componentes de la CVRS y tipo de vivienda y variables de contacto con la naturaleza

	Tipo de vivienda en la que vive									
	Componente Físico					Componente Mental				
	Chalet/ Unifamiliar		Bloque de pisos		p	Chalet/ Unifamiliar		Bloque de pisos		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	23	20,0	8	9,0	0,082	17	14,9	13	14,6	0,631
Por debajo	33	28,9	27	30,3		12	10,5	6	6,7	
Igual o mejor	58	50,9	54	60,7		85	74,6	70	78,7	
	Tipo de espacios naturales que visita: Bosques									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	21	16,9	13	15,5	0,156	23	18,5	7	8,3	0,080
Por debajo	42	33,9	19	22,6		12	9,7	6	7,1	
Igual o mejor	61	49,2	52	61,9		89	71,8	71	84,5	
	Tipo de espacios naturales que visita: Campo									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	10	16,7	24	16,2	0,292	11	18,3	19	12,8	0,334
Por debajo	22	36,7	39	26,4		3	5	15	10,1	
Igual o mejor	28	46,7	85	57,4		46	76,7	119	77	
	Tipo de espacios naturales que visita: Jardín									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	28	18,4	6	10,7	0,405	24	15,8	6	10,7	0,652
Por debajo	43	28,3	18	32,1		13	8,6	5	8,9	
Igual o mejor	81	53,3	32	57,1		115	75,7	45	80,4	

Tabla 25. Componentes de la CVRS y tipo de vivienda y variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	Tipo de espacios naturales que visita: Río									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	32	20,3	2	4	0,020	26	16,5	4	8	0,310
Por debajo	46	29,1	15	30		14	8,9	4	8	
Igual o mejor	80	50,6	33	66		118	74,7	42	84	
	Tipo de espacios naturales que visita: Lagos/lagunas									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	33	16,8	1	8,3	0,738	29	14,8	1	8,3	0,409
Por debajo	57	29,1	4	33,3		18	9,2	0	0	
Igual o mejor	106	54,1	7	58,3		149	76	11	91,7	
	Tiene plantas (macetas, vegetación) en su vivienda									
	Componente Físico					Componente Mental				
	NO		SI		p	NO		SI		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	8	23,5	26	14,9	0,414	10	29,4	20	11,5	0,014
Por debajo	8	23,5	53	30,5		4	11,8	14	8	

Tabla 25. Frecuencia en el cruce entre componentes de la salud SF 12 y tipo de vivienda y variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	Contempla espacios naturales desde su domicilio									
	Componente Físico					Componente Mental				
	SI		NO		p	SI		NO		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	28	17,5	6	12,5	0,146	18	11,3	12	25	0,037
Por debajo	51	31,9	10	20,8		16	10	2	4,2	
Igual o mejor	81	50,6	32	66,7		126	78,8	34	70,8	
	Contempla espacios naturales desde su trabajo									
	Componente Físico					Componente Mental				
	SI		NO		p	SI		NO		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	14	13,1	10	16,7	0,800	14	13,1	11	18,3	0,521
Por debajo	30	28	17	28,3		8	7,5	6	10	
Igual o mejor	63	58,9	33	55		85	79,4	43	71,7	
	Contempla fotografía, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio									
	Componente Físico					Componente Mental				
	SI		NO		p	SI		NO		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	21	16,8	13	15,7	0,966	17	13,6	13	15,7	0,917
Por debajo	36	28,8	25	30,1		11	8,8	7	8,4	
Igual o mejor	68	54,4	45	54,2		57	77,6	63	75,9	
	Contempla fotografía, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo									
	Componente Físico					Componente Mental				
	SI		NO		p	SI		NO		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	11	18,6	13	12	0,487	10	16,9	15	13,9	0,865
Por debajo	15	25,4	32	29,6		5	8,5	9	8,3	
Igual o mejor	33	55,9	63	58,3		44	74,6	84	77,8	
	De camino a su trabajo va contemplando espacios verdes									
	Componente Físico					Componente Mental				
	SI		NO		p	SI		NO		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Muy por debajo	15	11,7	9	23,1	0,195	18	14,1	7	17,9	0,394
Por debajo	38	29,7	9	23,1		9	7	5	12,8	
Igual o mejor	75	58,6	21	53,8		101	78,9	27	69,2	
Igual o mejor	18	52,9	95	54,6		20	58,8	140	80,5	

Tabla 25. Frecuencia en el cruce entre componentes de la salud SF 12 y tipo de vivienda y variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	Influencia de la pandemia Covid-19 en el número de veces que accede a espacios naturales													
	Componente Físico							Componente Mental						
	No ¹		Si ²		Si ³		p	No ¹		Si ²		Si ³		p
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Muy por debajo	15	15,3	17	19,1	2	9,5	0,70	9	9,2	20	22,5	1	4,8	0,006
Por debajo	35	35,7	24	27	2	9,5		4	4,1	11	12,4	3	14,3	
Igual o mejor	48	49	48	53,9	17	81		85	86,7	58	65,2	17	81	

¹No ha influido; ²Si ha influido, salgo menos; ³Si ha influido, salgo más veces

En la Tabla 26 se muestra la relación entre los dos componentes de la CVRS y la actividad física, la salud autopercebida y la limitación de la actividad.

Actividad física y componente físico; En el vínculo del nivel de actividad física con las puntuaciones del componente físico se observa (a) para las que se encuentra nada activas, es decir, tienen una vida sedentaria, las puntuaciones fueron: igual o mejor para 36,8% de los equivalente a 14 , muy por debajo para el 34,2% (n=13) y por debajo para el 28,9% (n=11); (b) para las que se encuentran moderadamente activas, es decir, andan a paso ligero al menos 2 o 3 veces a la semana las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 54,8% (n=63), por debajo para el 31,3% (n=36); muy por debajo para 13,9% (n=16); (c) para quienes se encuentran entre moderadamente y muy activa, es decir, realizan footing o actividades similares dos o tres veces a la semana, las puntuaciones fueron: igual o mejor para 66,7% (n=28), por debajo para 26,2% (n=11) y muy por debajo para 7,1% (n=3); (d) para quienes son muy activas, es decir, realizan actividades físicas vigorosas al menos 5 días a la semana las puntuaciones fueron: igual o mejor para 61,5% (n=8), por debajo para 23,1% (n=3) y muy por debajo para 15,4% (n=2). Existe una diferencia significativa (p=0.030) en el bienestar físico entre las personas con diferentes

niveles de actividad física. Las personas que son más activas físicamente tienden a reportar mejores niveles de bienestar físico.

Actividad física y componente mental; La relación entre las puntuaciones del componente mental y el nivel de actividad física, los resultados mostraron que para quienes no se encuentran nada activas, es decir, tiene una vida sedentaria, fueron: igual o mejor para el 68,4% (n=26), muy por debajo para 23,7% (n=9) y por debajo para 7,9% (n=3); para quienes tiene un nivel de actividad física moderadamente activa, es decir, andan a paso ligero dos o tres veces a la semana, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 75,7% (n=87) muy por debajo para 14,8% (n=17) y por debajo para 9,6% (n=11); para los/las que tienen una actividad física entre moderadamente y muy activas, es decir, realizan footing o actividades similares dos o tres veces a la semana, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 83,3% (n=35), por debajo para el 9,5% (n=4) y muy por debajo para 7,1% (n=3); para quienes se encuentran muy activas, es decir, realizan actividades físicas vigorosas al menos 5 días a la semana, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 92,3% (n=12) y muy por debajo para el 7,7% (n=1) (p=0,367).

Salud percibida y componente físico; En la relación del componente físico con la salud percibida, se observa que aquellas personas que perciben su salud como regular o mala las puntuaciones fueron muy por debajo para el 48,6% (n=18), por debajo para 29,7% (n=11), igual o mejor para el 21,6% (n=8). Para quienes perciben su salud como buena, muy buena o excelente las puntuaciones fueron igual o mejor para el 61,4% (105), por debajo para el 29,2% (n=50) y muy por debajo para el 9,4% (n=16). Sin diferencias estadísticamente significativas.

Salud percibida y componente mental; En el caso de la mezcla entre el componente mental y la salud percibida, se observa que: para quienes sienten su salud como regular o mala, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 48,6% (n=18), muy por debajo para 35,1% (n=13) y por debajo para el 16,2% (n=6); para quienes perciben su salud como buena, muy buena

o excelente, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 83% (n=142), por debajo para el 7% (n=12) y muy por debajo para el 9,9% (n=17). Sin diferencias estadísticamente significativas.

Limitación de la actividad y componente físico; En la relación entre la limitación en la actividad física y las puntuaciones del componente físico, se observa que, para quienes sienten que no tienen ninguna limitación la puntuaciones fueron: igual o mejor para el 64,8% (n=107), por debajo para 29,7% (n=49) y muy por debajo para 5,5% (n=9); para quienes sienten que tienen mucha o poca limitación para la actividad física, las puntuaciones obtenidas fueron: muy por debajo para el 58,1% (n=25), por debajo para el 27,9% (n=12), igual o mejor para el 14%, (n=6). Sin diferencias estadísticamente significativas.

En el vínculo entre el componente físico y otras actividades, se observa que, para quienes no sienten ninguna limitación, las puntuaciones obtenidas fueron igual o mejor para el 64,5% (n=109), por debajo para el 30,8% (n=52) y muy por debajo para el 4,7% (n=8); para quienes sienten mucho o un poco de limitación en otras actividades, las puntuaciones obtenidas fueron muy por debajo para el 66,7% (n=26), por debajo para el 23,1% (n=9) e igual o mejor para el 10,3% (n=4). No se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Limitación de la actividad y componente mental; En el vínculo entre el componente mental y la percepción de la limitación sobre la actividad física, se observa que, para quienes consideran que no tienen limitaciones, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para 81,2% (n=134), muy por debajo para el 12,1% (n=20) y por debajo para el 6,7%, (n=11); para quienes consideran que tienen mucha o poca limitación en su actividad, las puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 60,5% (n=26), por debajo para el 16,3% (n=6) y muy por debajo para el 23,3% (n=10). Existe una diferencia significativa ($p = 0.014$) en el bienestar mental entre las personas con y sin limitación de actividad. Las personas sin limitación de actividad tienden a reportar mejores niveles de bienestar mental.

En cuanto a la relación entre la limitación de otras actividades y las puntuaciones obtenidas en el componente mental, se observa que, para quienes consideran que no tienen ninguna limitación, las puntuaciones fueron: igual o mejor para el 82,2% (n=139), muy por debajo para el 10,7% (n=18) y por debajo para el 7,1% (n=12); para quienes consideran que tienen mucho o un poco de limitación en otras actividades, la puntuaciones obtenidas fueron: igual o mejor para el 53,8% (n=21), muy por debajo para el 30,8% (n=12) y por debajo para el 15,4% (n=6). Existe una diferencia significativa ($p < 0.001$) en el bienestar físico entre las personas con y sin limitación de actividad. Las personas sin limitación de actividad tienden a reportar mejores niveles de bienestar físico.

Tabla 26. Componentes de la CVRS y actividad física, salud autopercebida y limitación de la actividad

	Nivel de actividad física											
	Componente Físico						Componente Mental					
	Nada activo		Moderado Activo		Entre moderado y muy activo		Nada activo		Moderad. Activo		Entre moderado y muy activo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy por debajo	13	34,2	16	13,9	3	7,1	9	23,7	17	14,8	3	7,1
Por debajo	11	28,9	36	31,3	11	26,2	3	7,9	11	9,6	4	9,5
Igual o mejor	14	36,8	63	54,8	28	66,7	26	68,4	87	75,7	35	83,3
p	0,030						0,367					
	Salud percibida											
	Componente Físico						Componente Mental					
	Ninguna Regular/Mala		Buena/Muy Buena/Excelente		Ninguna Regular/Mala		Buena/Muy Buena/Excelente					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Muy por debajo	18	48,6	16	9,4	13	35,1	17	9,9				
Por debajo	11	29,7	50	29,2	6	16,2	12	7				
Igual o mejor	8	21,6	105	61,4	18	48,6	142	83				
p	<0,001						<0,001					
	Limitación actividad											
	Componente Físico						Componente Mental					
	Nada		Mucho/un poco		Nada		Mucho/un poco					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Muy por debajo	8	4,7	26	66,7	18	10,7	12	30,8				
Por debajo	52	30,8	9	23,1	12	7,1	6	15,4				
Igual o mejor	109	64,5	4	10,3	133	82,2	21	53,8				
p	<0,001						0,014					

Como se ha comentado en metodología para el análisis bivariado del componente físico y mental se recodificó la variable en dos categorías: Igual o mejor y por debajo o muy por debajo a continuación se exponen los resultados con esta reagrupación.

Componentes CSF y CSM (reagrupado) y su relación con las distintas variables

En el análisis del componente físico (Tabla 27) se muestra una relación estadísticamente significativa con **la edad** de los/las participantes. En la puntuación igual o mejor la media fue de 41,11 y para la puntuación muy por debajo o por debajo, la media fue de 52,43, siendo esta relación estadísticamente significativa (**$p < 0,001$**).

Las personas con una la puntuación de CSF igual o mejor presentaron una media en el **número de hijos/as** de 0,95, mientras que para el grupo con una puntuación por debajo o muy por debajo la media de número de hijos fue de 1,48 para la puntuación (**$p = 0,002$**).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en el componente físico de la salud y las horas que las personas participantes dormían al día ($p = 0,756$). Al igual que las veces que la persona accede a un espacio natural ($p = 0,892$).

Tabla 27. Componente físico (reagrupado) y variables cuantitativas

		n	Media CSF	DE	Media EE	
Edad	Igual o mejor	113	41,11	13,44	1,27	<0,001
	Muy por debajo/por debajo	95	52,43	12,43	1,27	
Número de hijas/os	Igual o mejor	113	0,95	1,12	0,11	0,002
	Muy por debajo/por debajo	95	1,48	1,35	0,14	
¿Cuántas horas duerme al día?	Igual o mejor	113	7,42	0,99	0,09	0,756
	Muy por debajo/por debajo	95	7,46	1,20	0,12	
¿Cuántas veces a la semana accede a un espacio natural?	Igual o mejor	113	4,50	3,15	0,30	0,892
	Muy por debajo/por debajo	95	4,56	3,46	0,36	

CSF: componente físico; DE: desviación estándar; EE: error estándar

En la Tabla 28 se describen la relación de los componentes de la CVRS reagrupados y las características sociodemográficas y estado de salud.

No hay una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres en cuanto a estar "Igual o mejor" o "Muy por debajo / Por debajo" en el componente físico ($p=0,521$). En cuanto al componente mental sí hay una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres en cuanto a estar "Igual o mejor" o "Muy por debajo / Por debajo" (**$p=0,006$**).

En cuanto al **país de origen** no se observó diferencias estadísticamente significativas ni en el componente físico ($p=0,859$) ni en el componente mental ($p=0,411$). La **situación laboral** de las personas entrevistadas mostró diferencia significativa en el **componente físico** (**$p= 0,024$**) pero no en el componente mental ($p=0,149$)

Vivir en pareja no se relacionó con el componente físico ($p=0,103$) ni con el mental ($p=0,542$). Tampoco tener personas dependientes a su cargo se asoció al CSF ($p=0,700$) ni al CSM ($p=0,110$).

En cambio, si se observaron diferencias estadísticamente significativas entre **padecer una enfermedad crónica** y el **componente físico** ($p < 0,001$).

Las puntuaciones del componente físico para las personas que en el último mes habían tenido algún diagnóstico positivo de covid-19 en cuanto al componente físico ($p = 0,219$) y mental ($p = 0,132$) no mostraron diferencias significativas. Tampoco entre el nivel de ingresos y el componente físico ($p = 0,615$), en cambio los resultados observados para el **nivel de ingresos y el componente mental**, mostrando que los niveles de ingresos tienden a estar mejor mentalmente ($p = 0,005$).

Al igual que si hay diferencias significativas en cuanto al nivel de estudios y el componente físico ($p < 0,001$) que indican que niveles de estudios más altos tienden a estar mejor en el componente físico; **y no se observan diferencias en el componente mental** ($p = 0,261$).

Tabla 28. Componentes de la CVRS (reagrupados) características sociodemográficas y estado de salud

	Sexo							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	58	52,3	55	56,7	77	69,4	83	85,6
Muy por debajo/por debajo	53	47,7	42	43,3	34	30,6	14	14,4
p	0,521				0,006			
	Nacionalidad							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Española		Extranjero		Española		Extranjero	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	95	54,6	18	52,9	132	75,9	28	82,4
Muy por debajo /Por debajo	79	45,4	16	47,1	42	24,1	6	17,6
Probabilidad	0,859				0,411			
	Situación Laboral							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No trabaja		Trabaja		No trabaja		Trabaja	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	34	44,2	79	60,3	55	71,4	105	80,2
Muy por debajo /Por debajo	43	55,8	52	39,7	22	28,6	26	19,8
Probabilidad	0,024				0,149			
	Convive con la pareja							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Sí		No		Sí	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	58	60,4	55	49,1	72	75	88	78,6
Muy por debajo /Por debajo	38	39,6	57	50,9	24	25	24	21,4
Probabilidad	0,103				0,542			

Tabla 28. Componentes de la CVRS (reagrupados) características sociodemográficas y estado de salud (continuación)

	Tiene personas dependientes a su cargo							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Si		No		Sí	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	83	53,5	30	56,6	115	74,2	45	84,9
Muy por debajo /Por debajo	72	46,5	23	43,4	40	25,8	8	15,1
p	0,700				0,110			
	Presenta alguna enfermedad crónica							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	95	65,5	18	28,6	116	80	44	69,8
Muy por debajo /Por debajo	50	34,5	45	71,4	29	20	19	30,2
p	<0.001				0,110			
	En el último mes ha tenido un diagnóstico positivo de COVID-19							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	109	55,3	4	36,4	154	78,2	6	54,5
Muy por debajo /Por debajo	88	44,7	7	63,6	43	21,8	5	45,5
p	0,219				0,132			

Tabla 28. Componentes de la CVRS (reagrupados) características sociodemográficas y estado de salud (continuación)

	Estudios							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Sin estudios /primario		ESO		Sin estudios /primario		ESO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	16	29,1	18	52,9	39	70,9	24	70,6
Muy por debajo /Por debajo	39	70,9	16	47,1	16	29,1	10	29,4
	Bachiller/FP		Universitario/ Doctorado		Bachiller/FP		Universitario/ Doctorado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	49	65,3	30	68,2	63	84	34	77,3
Muy por debajo /Por debajo	26	34,7	14	31,8	12	16	10	22,7
p	<0,001				0,261			

Tabla 28. Componentes de la CVRS (reagrupados) características sociodemográficas y estado de salud (continuación)

	Ingresos							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Menos 900		901-1200		Menos 900		901-1200	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	17	47,2	21	48,8	23	63,9	37	86
Muy por debajo /Por debajo	19	52,8	22	51,2	13	36,1	6	14
	1201-1800		1801-2700		1201-1800		1801-2700	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	24	52,2	27	62,8	32	69,6	40	93
Muy por debajo /Por debajo	22	47,8	16	37,2	14	30,4	3	7
	Mayor de 2700				Mayor de 2700			
	n	%			n	%		
Igual o mejor	10	58,8			11	64,7		
Muy por debajo /Por debajo	7	41,2			6	35,3		
p	0,615				0,005			

En la Tabla 29 se expone el análisis de la calidad de vida con el tipo de vivienda y las variables de contacto con la naturaleza. De todas ellas se obtienen mejores resultados en el CSM en aquellas personas que visitan **bosques (p= 0,032)** y tienen **plantas en su vivienda (p =0,006)**, lo mismo ocurrió con los/las participantes a las que la pandemia de COVID-19 influyó menos en sus salidas al exterior (**p =0,002**). Esta última variable también se asoció al CSF (**p= 0,028**).

El componente físico también fue mejor en aquellos/as participantes que visitaban ríos (p=0,057).

Tabla 29. Componentes de la CVRS (reagrupados) variables de contacto con la naturaleza

	Tipo de vivienda en el que vive							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Chalet/unifamiliar		Piso		Chalet/unifamiliar		Piso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	58	50,9	54	60,7	85	74,6	70	78,7
Muy por debajo /Por debajo	56	49,1	35	39,3	29	25,4	19	21,3
p	0,164				0,496			
	Tipo de espacios naturales que visita: Bosques							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	61	49,2	52	61,9	89	71,8	71	84,5
Muy por debajo /Por debajo	63	50,8	32	38,1	35	28,2	13	15,5
p	0,071				0,032			
	Tipo de espacios naturales que visita: Campo							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	28	46,7	85	57,4	46	76,7	114	77
Muy por debajo /Por debajo	32	53,3	63	42,6	14	23,3	34	23
p	0,158				0,955			
	Tipo de espacios naturales que visita: Jardín							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	81	53,3	32	57,1	115	75,7	45	80,4
Muy por debajo /Por debajo	71	46,7	24	42,9	37	24,3	11	19,6
p	0,621				0,476			

Tabla 29. Componentes de la CVRS (reagrupados) variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	Tipo de espacios naturales que visita: Río								
	Componente Físico				Componente Mental				
	No		Si		No		Si		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Igual o mejor	80	50,6	33	66	118	74,7	42	84	
Muy por debajo /Por debajo	78	49,4	17	34	40	25,3	8	16	
p	0,057				0,173				
	Tipo de espacios naturales que visita: Lagos/lagunas								
	Componente Físico				Componente Mental				
	No		Si		No		Si		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Igual o mejor	106	54,1	7	58,3	149	76	11	91,7	
Muy por debajo /Por debajo	90	45,9	5	41,7	47	24	1	8,3	
p	0,774				0,303				
	Contempla espacios naturales desde su domicilio								
	Componente Físico				Componente Mental				
	SI		NO		SI		NO		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Igual o mejor	81	50,6	32	66,7	126	78,8	34	70,8	
Muy por debajo /Por debajo	79	49,4	16	33,3	34	21,3	14	29,2	
p	0,050				0,254				
	Contempla espacios naturales desde su trabajo								
	Componente Físico				Componente Mental				
	SI		NO		SI		NO		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Igual o mejor	63	58,9	33	55	85	79,4	43	71,7	
Muy por debajo /Por debajo	44	41,1	27	45	22	20,6	17	28,3	
p	0,627				0,255				

Tabla 29. Componentes de la CVRS (reagrupados) variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	Contempla fotografía, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio							
	Componente Físico				Componente Mental			
	SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	68	54,4	45	54,2	97	77,6	63	75,9
Muy por debajo /Por debajo	57	45,6	38	45,98	28	22,4	20	24,1
p	0,979				0,776			
	Contempla fotografía, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo							
	Componente Físico				Componente Mental			
	SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	33	55,9	63	58,3	44	74,6	84	77,8
Muy por debajo /Por debajo	26	44,1	45	41,7	15	25,4	24	22,2
p	0,764				0,640			
	De camino a su trabajo va contemplando espacios verdes							
	Componente Físico				Componente Mental			
	SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	75	58,6	21	53,8	101	78,9	27	69,2
Muy por debajo /Por debajo	53	41,4	18	46,2	27	21,1	12	30,8
p	0,600				0,211			
	Tiene plantas (macetas, vegetación) en su vivienda							
	Componente Físico				Componente Mental			
	No		Si		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	18	52,9	95	54,6	20	58,8	140	80,5
Muy por debajo /Por debajo	16	47,1	79	45,4	14	41,2	34	19,5
p	0,859				0,006			

Tabla 29. Componentes de la CVRS (reagrupados) variables de contacto con la naturaleza (continuación)

	Influencia de la pandemia Covid-19 en el número de veces que accede a espacios naturales											
	Componente Físico						Componente Mental					
	No ¹		Si ²		Si ³		No ¹		Si ²		Si ³	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	48	49	48	53,9	17	81	85	86,7	58	65,2	17	81
Muy por debajo /Por debajo	50	51	41	46,1	4	19	13	13,3	31	34,8	4	19
p	0,028						0,002					

¹No ha influido; ²Si ha influido, salgo menos; ³Si ha influido, salgo más veces

En la Tabla 30 se muestra el análisis de los componentes de la CVRS (reagrupados) y la actividad física, salud autopercebida y limitaciones de la actividad.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable **nivel de actividad física** componente mental ($p=0,225$), aunque en el CSF rozó la significación estadística ($p=0,057$).

En cuanto a la relación de la **salud percibida** y el **componente físico**, las personas que percibieron su salud como buena/muy buena/excelente tienen mejores resultados en el componente físico comparado con aquellas que perciben su salud como regular/mala ($p<0,001$). Resultados similares se pueden observar en el componente mental ($p<0,001$).

Por último, la limitación de la actividad tiene una relación estadísticamente significativa con el componente físico y mental. Las personas sin limitación de actividad tienen mejores resultados en ambos componentes comparado con aquellas que tienen limitación de actividad ($p<0,001$).

Tabla 30. Componentes de la CVRS (reagrupados) y actividad física, salud autopercebida y limitaciones de la actividad

	Nivel de actividad física							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Nada Activo		Moderadamente activo		Nada Activo		Moderadamente activo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	14	36,8	63	54,8	26	68,4	87	75,7
Muy por debajo /Por debajo	24	63,2	52	45,2	12	31,6	28	24,3
	Entre moderada y muy activo		Muy Activo		Entre moderada y muy activo		Muy Activo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	28	66,7	8	61,5	35	83,3	12	92,3
Muy por debajo /Por debajo	14	33,3	5	38,5	7	16,7	1	7,7
Probabilidad	0,057				0,225			
	Salud percibida							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Ninguna Regular/Mala		Buena/Muy Buena/Excelente		Ninguna Regular/Mala		Buena/Muy Buena/Excelente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	8	21,6	105	61,4	18	48,6	142	83
Muy por debajo /Por debajo	29	78,4	66	38,6	19	51,4	29	17
Probabilidad	<0,001				<0,001			
	Limitación actividad							
	Componente Físico				Componente Mental			
	Nada		Mucho/un poco		Nada		Mucho/un poco	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Igual o mejor	109	64,5	4	10,3	139	82,2	21	53,8
Muy por debajo /Por debajo	60	35,5	35	89,7	30	17,8	18	46,2
Probabilidad	>0,001				>0,001			

Asociación entre la puntuación de estrés percibido y las variables de interés

Padecer limitación de la actividad (+4,820) y ser mujer (+3,178) se asociaron con una mayor puntuación de estrés percibido (PSS). Contemplar espacios verdes de camino al trabajo (-3,614) y tener plantas en la vivienda (-3,886) se asociaron con una menor puntuación de PSS. Todas las variables presentaron un peso similar en el modelo, si bien el correspondiente a la limitación de la actividad (beta estandarizado 0,233) fue ligeramente superior al resto Tabla 31.

Tabla 31. Asociación entre la puntuación de estrés y las variables de interés

	B	IC 95%		Beta estandarizado	p
		Inferior	Superior		
Género					
Masculino	-3,178	-5,306	-1,051	-0,205	0,003
Femenino	0				
Limitación actividad					
Sí	4,820	1,994	7,645	0,233	0,001
No	0				
Contempla espacios verdes de camino al trabajo					
Sí	-3,614	-6,178	1,049	-0,198	0,006
No	0				
Tiene plantas en su vivienda					
Sí	-3,886	-6,916	-0,855	-0,179	0,012
No	0				

Asociación entre el componente físico de la CVRS y las variables de interés

En la Tabla 32 se proporcionan los resultados correspondientes al ajuste de un modelo de regresión lineal múltiple para el estudio de la asociación entre el componente físico (CSF) y un conjunto de variables de interés: limitación de la actividad, Edad, género, nacionalidad, situación laboral, convivencia en pareja, personas dependientes a su cargo, nivel de estudios, nivel de ingresos, enfermedad crónica, diagnóstico positivo de covid-19 en el último mes, tipo de vivienda, variables de contacto con la naturaleza (bosque, campo, jardín, ríos, lagos y lagunas, contemplación de espacios naturales desde su domicilio, contemplación de espacios naturales desde su trabajo, contemplación de fotografías de espacios naturales, contemplación de espacios verdes de camino al trabajo, plantas en domicilio) y actividad física. La tabla muestra únicamente el modelo ajustado una vez eliminadas las variables que no tenían un efecto significativo.

Padecer limitación de la actividad (-6,169), padecer una enfermedad crónica (-1,856) y una mayor edad (-0,075 por año) se asociaron significativamente con una menor puntuación de CSF. Pasear por el campo (+2,103), pasear por el jardín (+1,992) y vivir en un piso (+1,482) se asoció con una mayor puntuación de CSF. La variable con un mayor peso en el modelo fue la limitación de la actividad (beta estandarizado -0,454).

Tabla 32. Asociación entre el componente físico y las variables de interés

Variable	IC 95%			B estandarizado	p
	B	Inferior	Superior		
Limitación de la actividad					
Sí	-6,169	-7,973	-4,365	-0,454	<0,001
No					
Edad	-0,075	-0,132	-0,018	-0,181	0,011
Espacio natural: campo					
Sí	2,103	0,678	3,528	0,192	0,004
No					
Espacio natural: jardín					
Sí	1,992	0,510	3,474	0,175	0,009
No					
Enfermedad crónica					
Sí	-1,856	-3,416	-0,295	-0,162	0,021
No					
Tipo de vivienda					
Piso	1,482	0,156	2,807	0,147	0,030
Chalet/unifamiliar					

Asociación entre el componente mental de la CVRS y las variables de interés

En la Tabla 33 se proporcionan los resultados correspondientes al ajuste de un modelo de regresión lineal múltiple para el estudio de la asociación entre la componente de salud mental (CSM) y un conjunto de variables de interés: limitación de la actividad, edad, género, nacionalidad, situación laboral, convivencia en pareja, personas dependientes a su cargo, nivel de estudios, nivel de ingresos, enfermedad crónica, diagnóstico positivo de covid-19 en el último mes, tipo de vivienda, variables de contacto con la naturaleza (bosque, campo, jardín, ríos, lagos y lagunas, contemplación de espacios naturales

desde su domicilio, contemplación de espacios naturales desde su trabajo, contemplación de fotografías de espacios naturales, contemplación de espacios verdes de camino al trabajo, plantas en domicilio) y actividad física. La tabla muestra únicamente el modelo ajustado una vez eliminadas las variables que no tenían un efecto significativo.

Padecer limitación de la actividad (-5,056) y ser mujer (-4,096) se asoció significativamente con una menor puntuación de la componente CSM, mientras que tener plantas en la vivienda (+3,761) se asoció con una mayor puntuación de CSM. Todas las variables presentaron un peso similar en el modelo, si bien la limitación de la actividad y el género femenino (beta estandarizado de -0,222 y 0,222 respectivamente) fueron algo superiores al de disponer de plantas en la vivienda (beta estandarizado 0,151).

Tabla 33. Asociación entre la componente de salud mental y las variables de interés

	B	IC 95%		Beta	p
		Inferior	Superior		
Limitación actividad					
Sí	-5,056	-8,031	-2,082	-0,222	<0,001
No	0				
Género					
Masculino	4,096	1,698	6,493	0,222	<0,001
Femenino	0				
Plantas en su vivienda					
Sí	3,761	0,493	7,030	0,151	0,024
No	0				

Relación entre las variables independientes con efecto significativo con las tres variables resultado (CSF, CSM y PSS)

En este apartado se proporcionan los resultados del Análisis de la Varianza Múltiple (MANOVA) para el estudio de la relación entre las variables independientes identificadas en los tres modelos anteriores (con efecto significativo en alguno de los tres modelos) y las tres variables resultado CSF, CSM y PSS a la vez.

El modelo ajustado identificó las siguientes variables con un efecto significativo sobre el conjunto de las tres variables resultado (Tabla 34):

- El género, las mujeres tienden a reportar peores resultados en comparación con los hombres (Lambda de Wilks=0.888, F=6.299, $p<0.001$).
- La presencia de enfermedades crónicas, así como la limitación de actividad está relacionada negativamente con la CVRS y el estrés percibido (Lambda de Wilks=0.878, F=6.921, $p<0.001$; Lambda de Wilks=0.569, F=37.940, $p<0.001$, respectivamente).
- El acceso a un jardín y la presencia de plantas en la vivienda puede ser beneficioso para la salud física y mental, así como en una mejor puntuación de estrés percibido (Lambda de Wilks=0.928, F=3.871, $p=0.011$; Lambda de Wilks=0.934, F=3.530, $p=0.016$, respectivamente).
- La contemplación de espacios verdes en el camino al trabajo y la edad (Lambda de Wilks=0.923, F=4.196, $p=0.007$; Lambda de Wilks=0.943, F = 3.026, $p=0.031$, respectivamente)

Tabla 34. Pruebas multivariante (MANOVA) (1)

Efecto		Valor	F	p
Género	Traza de Pillai	0,112	6,299 ^b	<0,001
	Lambda de Wilks	0,888	6,299 ^b	<0,001
	Traza de Hotelling	0,126	6,299 ^b	<0,001
	Raíz mayor de Roy	0,126	6,299 ^b	<0,001
Enfermedad crónica	Traza de Pillai	0,122	6,921 ^b	<0,001
	Lambda de Wilks	0,878	6,921 ^b	<0,001
	Traza de Hotelling	0,138	6,921 ^b	<0,001
	Raíz mayor de Roy	0,138	6,921 ^b	<0,001
Limitación actividad	Traza de Pillai	0,431	37,940 ^b	<0,001
	Lambda de Wilks	0,569	37,940 ^b	<0,001
	Traza de Hotelling	0,759	37,940 ^b	<0,001
	Raíz mayor de Roy	0,759	37,940 ^b	<0,001
Espacio natural: campo	Traza de Pillai	0,029	1,492 ^b	0,219
	Lambda de Wilks	0,971	1,492 ^b	0,219
	Traza de Hotelling	0,030	1,492 ^b	0,219
	Raíz mayor de Roy	0,030	1,492 ^b	0,219
Espacio natural: jardín	Traza de Pillai	0,072	3,871 ^b	0,011
	Lambda de Wilks	0,928	3,871 ^b	0,011
	Traza de Hotelling	0,077	3,871 ^b	0,011
	Raíz mayor de Roy	0,077	3,871 ^b	0,011
Tipo de vivienda	Traza de Pillai	0,030	1,524 ^b	0,211
	Lambda de Wilks	0,970	1,524 ^b	0,211
	Traza de Hotelling	0,030	1,524 ^b	0,211
	Raíz mayor de Roy	0,030	1,524 ^b	0,211
Plantas en su vivienda	Traza de Pillai	0,066	3,530 ^b	0,016
	Lambda de Wilks	0,934	3,530 ^b	0,016
	Traza de Hotelling	0,071	3,530 ^b	0,016
	Raíz mayor de Roy	0,071	3,530 ^b	0,016
Contempla espacios verdes de camino al trabajo	Traza de Pillai	0,077	4,196 ^b	0,007
	Lambda de Wilks	0,923	4,196 ^b	0,007
	Traza de Hotelling	0,084	4,196 ^b	0,007
	Raíz mayor de Roy	0,084	4,196 ^b	0,007
Edad	Traza de Pillai	0,057	3,026 ^b	0,031
	Lambda de Wilks	0,943	3,026 ^b	0,031
	Traza de Hotelling	0,061	3,026 ^b	0,031
	Raíz mayor de Roy	0,061	3,026 ^b	0,031

a. Diseño: Intersección + sexo + CRONICA + LIMITACION_ACTIVIDAD + Campo_senale_en_que_espacios__2 + Jardín_senale_en_que_espacios__3 + tipo_vivienda_rec + tiene_en_su_vivienda_plant__1 + realiza_desplazamientos_de + edad; b. Estadístico exacto

Al analizar si cada una de las variables independientes tenía un efecto significativo sobre cada una de las tres variables resultado o solo en algunas de ellas (Tabla 35), se evidenció que el género lo tenía sobre las puntuaciones de salud mental y estrés ($p < 0,001$, $p = 0,004$ respectivamente), padecer una enfermedad crónica con las puntuaciones de salud física y estrés ($p = 0,0032$ y $p = 0,022$ respectivamente), limitación de la actividad con las tres puntuaciones ($p < 0,001$, $p < 0,001$ y $p = 0,009$ respectivamente), espacio natural campo y jardín con la puntuación de salud física ($p = 0,040$ y $p = 0,014$ respectivamente), el tipo de vivienda con la puntuación de salud física ($p = 0,048$), plantas en la vivienda con las puntuaciones de salud mental y estrés ($p = 0,002$ y $p = 0,023$ respectivamente), rozando la significación en el caso de la puntuación de salud física ($p = 0,060$), contemplación de espacios verdes de camino al trabajo con la puntuación de estrés ($p = 0,010$) y la edad con la puntuación de salud física ($p = 0,035$).

Tabla 35. Pruebas multivariante (MANOVA) (2)

Origen		Tipo III de suma de cuadrados	Media cuadrática	F	p
Género	CSF	48,438	48,438	3,092	0,081
	CSM	1273,993	1273,993	18,847	<0,001
	PSS	404,150	404,150	8,354	0,004
Enfermedad crónica	CSF	157,221	157,221	10,037	0,002
	CSM	40,819	40,819	0,604	0,438
	PSS	260,153	260,153	5,377	0,022
Limitación actividad	CSF	662,139	662,139	42,269	<0,001
	CSM	1103,564	1103,564	16,326	<0,001
	PSS	341,808	341,808	7,065	0,009
Espacio natural: campo	CSF	67,049	67,049	4,280	0,040
	CSM	106,251	106,251	1,572	0,212
	PSS	3,393	3,393	0,070	0,791
Espacio natural: jardín	CSF	97,278	97,278	6,210	0,014
	CSM	37,327	37,327	0,552	0,459
	PSS	58,670	58,670	1,213	0,273
Tipo de vivienda	CSF	62,449	62,449	3,987	0,048
	CSM	30,051	30,051	0,445	0,506
	PSS	28,941	28,941	0,598	0,440
Plantas en su vivienda	CSF	56,164	56,164	3,585	0,060
	CSM	706,118	706,118	10,446	0,002
	PSS	256,741	256,741	5,307	0,023
Contempla espacios verdes de camino al trabajo	CSF	43,114	43,114	2,752	0,099
	CSM	2,851	2,851	0,042	0,838
	PSS	329,482	329,482	6,810	0,010
Edad	CSF	70,770	70,770	4,518	0,035
	CSM	6,084	6,084	0,090	0,765
	PSS	24,248	24,248	0,501	0,480

CSF: puntuación componente físico; CSM: puntuación componente mental; PSS: escala de estrés percibido global

Asociación entre la salud autopercebida y un conjunto de variables de interés

En la Tabla 36 se proporcionan los resultados correspondientes al ajuste de un modelo de regresión logística multivariante para el estudio de la asociación entre la salud autopercebida y un conjunto de variables de interés: Limitación de la actividad, Edad, género, nacionalidad, situación laboral, convivencia en pareja, personas dependientes a su cargo, nivel de estudios, nivel de ingresos, enfermedad crónica, diagnóstico positivo de covid-19 en el último mes, tipo de vivienda, variables de contacto con la naturaleza (Bosque, campo, jardín, ríos, lagos y lagunas, contemplación de espacios naturales desde su domicilio, contemplación de espacios naturales desde su trabajo, contemplación de fotografías de espacios naturales, contemplación de espacios verdes de camino al trabajo, plantas en domicilio), actividad física, limitación de la actividad. La tabla muestra únicamente el modelo ajustado una vez eliminadas las variables que no tenían un efecto significativo.

Estar trabajando y frecuentar espacios naturales (campo) se asoció con un menor riesgo de regular/mala salud autopercebida (OR= 0,247 y OR=0,352 respectivamente). Por otra parte, padecer limitación de la actividad o enfermedad crónica se asoció con un significativamente mayor riesgo de regular/mala salud autopercebida (OR=3,103 y OR=7,934 respectivamente).

Tabla 36. Salud autopercibida y variables de interés

	OR	IC 95%		p
		Inferior	Superior	
Situación laboral				
Trabaja	0,247	0,099	0,621	0,003
Paro/Estudiante/jubilado	1			
Limitación de la actividad				
Sí	3,103	1,188	8,107	0,021
No	1			
Enfermedad crónica				
Sí	7,934	3,160	19,919	0,000
No	1			
Espacios naturales: campo				
Sí	0,352	0,135	0,919	0,033
No	1			

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue analizar el contacto directo e indirecto con la naturaleza y su relación con el estrés percibido y la calidad de vida relacionada con la salud en la población adulta (18 y 70 años) de la comarca rural de Molina- Alto Tajo.

Para ello se determinó la prevalencia de estrés percibido y de calidad de vida relacionada con la salud y su asociación con variables sociodemográficas, de estado de salud y de contacto con la naturaleza.

Es el primer estudio sobre prevalencia de estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud que se realiza en esta comarca rural.

El **perfil de los/las participantes** en el presente estudio muestra una diversidad en términos de género, estado civil, situación laboral, nivel educativo, ingresos y tipo de vivienda. La muestra está relativamente equilibrada en términos de género, con una ligera mayoría de mujeres. La mayoría de los/las participantes están casados o viven en pareja, seguidos de solteros/as. También hay una proporción significativa de participantes que están divorciados/as o viudos/as. La media de edad indica que la muestra tiene una distribución bastante amplia en términos de edad, con una mediana de 46 años. Además, la gran mayoría de los/las participantes son de nacionalidad española. Un porcentaje significativo no tiene hijos/as ni personas dependientes a su cargo. En cuanto a la formación académica y empleo, la muestra presenta una diversidad en términos de nivel educativo y situación laboral. Hay desde participantes sin estudios hasta aquellos/as con estudios universitarios de postgrado. La mayoría son personas trabajadoras a jornada completa, pero también hay una proporción considerable de participantes que están desempleados/as y no están buscando trabajo activamente. Los/las participantes principalmente informaron de ingresos económicos de entre 1201 y 1800 euros y de que viven en bloques de pisos.

La mayoría de los/las participantes provienen de la zona básica de salud de Molina de Aragón, seguida por Checa, Maranchón y, en menor medida, el Pobo de Dueñas.

En resumen, el perfil del/la participante en este estudio refleja una diversidad en varios aspectos demográficos y socioeconómicos, lo que puede proporcionar una perspectiva amplia sobre la población estudiada.

Con relación a la valoración del estado de salud se observa, que un tercio de los/las participantes presentaban alguna enfermedad crónica, siendo las más comunes el asma, la diabetes, la hipertensión arterial y la artrosis. La gran mayoría de los/las participantes no habían tenido un diagnóstico positivo de COVID-19 durante el último mes, ni tampoco habían tenido familiares cercanos o convivientes con COVID-19 o habían estado en aislamiento o cuarentena. Solo un pequeño porcentaje informó haber perdido a algún familiar cercano o conviviente debido al COVID-19 en el último mes.

En relación al nivel de actividad física de los/las participantes la mayoría de ellos/as eran moderadamente activas, es decir, andaban a paso ligero 2-3 veces/semana.

La media de las horas de sueño fue alrededor de 7 horas al día, y el rango (3 a 12 horas) muestra una amplia variabilidad en los hábitos de sueño. La muestra presentó una media de IMC de 26.03 (sobrepeso).

Una proporción significativa de participantes acceden regularmente a espacios naturales, siendo los bosques y los ríos los más visitados. Además, para la mayoría de los/las participantes la pandemia de COVID-19 no ha influido en la frecuencia de acceso a estos espacios, aunque un porcentaje considerable ha reducido sus visitas debido a la pandemia. Un alto porcentaje de la muestra puede contemplar espacios naturales desde su domicilio y también suelen tener imágenes de naturaleza en su entorno, tanto en casa como en el trabajo. Además, una proporción considerable de ellos/ellas también disfrutaban de espacios verdes en su camino al trabajo. Sin embargo, la mayoría no tiene plantas en su hogar.

El estudio revela un **estrés percibido** de 20,61; considerándose estrés percibido leve; y en relación a la **calidad de vida relacionada con la salud** los resultados indican en el **componente físico** una puntuación media de 44,79, por debajo de la media poblacional. Y en el **componente mental** la puntuación media fue de 51,23, por encima de la media poblacional de referencia; no se han encontrado estudios que muestre la prevalencia de estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en el ámbito rural, convirtiéndose en un estudio relevante para la población del entorno rural.

Factores sociodemográficos, de estado de salud y de contacto con la naturaleza asociados al estrés percibido.

La población estudiada presenta un nivel de estrés leve. Cuando analizamos las características sociodemográficas las mujeres reportaron niveles significativamente más altos de estrés percibido en comparación con los hombres, lo cual coincide con los datos obtenidos en el informe de la base de datos clínicos de atención primaria BDCAP (2021), en el que se afirma que los problemas de salud mental son de predominio femenino en la edad adulta. Además, el tratamiento para abordarlo suele ser farmacológico, evidenciado que el 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años ha retirado al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio realizado en 2021, afirmando que el consumo tiene un patrón común: es mayor en mujeres, se incrementa con la edad, se observa gradiente social, y es mayor la dispensación conforme menor es el tamaño del municipio, con independencia de la edad.

El grupo de participantes que no presentaron enfermedades crónicas percibían menor estrés, de lo que se puede deducir que tener alguna enfermedad crónica es un factor predictivo de estrés.

Se observa que las personas que sus ingresos son superiores a 900 euros/mes, se sentían menos estresados/as que quienes tenían ingresos inferiores, existiendo un gradiente social, pero también se evidencia que quienes reciben un salario superior 2700 euros obtuvieron puntuaciones

mayores, mostrando un gradiente social inverso. Por tanto, existen diferencias significativas en el estrés percibido según el nivel de ingresos, siendo más altos en los extremos. Estos datos son similares a los aportados también en el informe BDCAP; 2021

Además, en este estudio se ha tenido en cuenta población con bajos ingresos, lo cual aporta conocimientos del efecto de la naturaleza en este grupo de la población dado que según el informe de la OMS en la población europea en el año 2016 (OMS WHO- Euro 2016) el perfil estudiado siempre es en personas con rentas altas.

No se encontraron diferencias significativas en el estrés percibido basadas en nacionalidad, situación laboral, convivencia en pareja, personas dependientes a su cargo, nivel de estudios o diagnóstico positivo de COVID-19 en el último mes.

Así mismo, en cuanto al efecto que tiene el contacto directo o indirecto con la naturaleza en la percepción del estrés se evidencia que la prevalencia de estrés es menor en aquellas personas que visitan bosques, quienes contemplan espacios naturales desde el domicilio o su lugar de trabajo, así como, de camino a su puesto de trabajo y quienes tienen plantas (macetas, vegetación) en su vivienda. Estos datos van en la misma línea con los obtenidos en diversos estudios como los realizados por Tomasi, et al. (2020) y Matabanchoy, et al. (2020), quienes exponen la importancia del contacto con la naturaleza como elementos supresores del estrés, a través de lo cual, favorece una mejor calidad de vida y bienestar de las personas, en comparación con aquellas personas que interaccionan menos con la naturaleza. En palabras de Berman, et al. (2008), la naturaleza y el contacto de las personas con ella, permite liberar el estrés, los resultados evidencian datos similares a los estudios de Ulrich et al., (1991); Hartig et al. (1991) Hartig et al (2003) Hartig et al (2007) Hartig et al (2014) Velarde et al., (2007), los cuales objetivan el efecto restaurador de los espacios verdes, aportando un efecto reductor del estrés y un impacto en la mejora de la calidad de vida.

Aquellas personas que se encuentran muy activos/as, es decir, que realizan actividades físicas vigorosas al menos 5 días a la semana obtuvieron menor puntuación de estrés percibido, mostrando la relación entre la frecuencia o cantidad de la actividad física y cambios en variables psicológicas (Armstrong & Edwards, 2003; Dudgeon, Philips, Boop & Hand, 2004; Emery, Huppert & Schein, 1995; Fletcher, Nickerson & Wright, 2003) y físicas o de salud (Dudgeon et al., 2004; Rojas, Schlicht & Hautzinger, 2003), así como, para quienes perciben su salud como buena, muy buena o excelente y que consideran que no tienen nada o ninguna limitación para la actividad física sienten menos estrés.

El análisis multivariante refuerza la evidencia existente sobre los factores que pueden influir en el estrés percibido. Las diferencias de género, las limitaciones en la actividad, y la presencia de elementos naturales tanto en el entorno laboral como en el hogar parecen jugar un papel significativo en la modulación del estrés. Las diferencias de género en el estrés pueden deberse a factores biológicos, psicológicos y sociales. Kuehner (2017) señala que las mujeres son más propensas a experimentar niveles elevados de estrés debido a una combinación de factores hormonales y responsabilidades sociales, como el cuidado de los/las hijos/as y el trabajo doméstico. Limitaciones en la actividad hace que las personas se sientan más estresadas, lo cual afirma que la inactividad o cuando las personas sienten alguna limitación es un factor desencadenante de estrés para la población. Tener la oportunidad de contemplar espacios naturales de camino al puesto de trabajo, así como tener plantas en el domicilio son un factor protector del estrés. Diversas revisiones (Rojas-Rueda et al., 2019; James et al., 2015) identifican una correlación positiva entre entornos naturales y la salud mental: estos entornos permiten una recuperación más rápida del estrés fisiológico y psicológico, fomentando el estado de ánimo positivo, la vitalidad y el bienestar. Se identifica que los espacios naturales disminuyen el estrés psicológico y fisiológico debido en parte a una mayor restauración de la atención, a la reducción de la fatiga mental (Keniger et al., 2013), y a la disminución de los niveles de cortisol (Triguero-Mas et al., 2017). Los participantes que se conectan más con la

naturaleza tienen una mejor regulación de las emociones y, a su vez, tienen niveles más bajos de estrés percibido según Bakir-Demir et al., 2021.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar estos factores en el diseño de intervenciones para la gestión del estrés y la promoción del bienestar.

Calidad de vida relacionada con la salud

Factores sociodemográficos, de contacto con la naturaleza y estado de salud asociados a la calidad de vida.

La prevalencia de la calidad de vida, atendiendo a las puntuaciones obtenidas en los componentes (físico y mental) del SF-12 fue igual o mejor que la media poblacional de referencia, estos resultados son similares a los aportados por los estudios que fueron realizados por Thompson et al (2012), White et al (2013) en los cuales se evidencia que más espacios verdes está asociado con menor estrés, y mejores puntuaciones en el componente mental, y Korpela et al (2010) evidencia que el contacto directo con entornos naturales se asocia con mejores puntuaciones en el componente físico y mental del SF-12.

Aun así, no se cuentan con estudios que permitan evidenciar la relación existente entre la CVRS con variables relacionadas con el contacto con la naturaleza y la actividad física en zonas rurales, por lo cual, estos datos resultan relevantes para establecer un antecedente y aportar un nuevo conocimiento en este contexto. No obstante, queda claro que, existe una relación significativa entre una menor puntuación en el componente físico con la actividad física y la salud percibida, pudiendo establecer una relación entre realizar mayor actividad física y que la percepción de la salud sea muy buena con un mejor estado de salud físico. Esto coincide con lo señalado por Triguero-Mas, et al. (2015), quienes sostienen que, los entornos naturales al aire libre, especialmente los espacios verdes, se han asociado con una mejor salud física objetiva y subjetiva, incluida la salud percibida por uno/a mismo/a. Sin embargo, las asociaciones fueron más consistentes para el verdor

circundante, es decir para el contacto indirecto que para el contacto directo a espacios verdes.

Factores sociodemográficos y clínicos y su relación con el componente físico de la calidad de vida.

La situación laboral se asoció significativamente con el componente físico de la CVRS. Las personas que no trabajaban mostraron peores resultados en comparación con las que trabajaban, lo cual puede relacionarse con tener más actividad física diaria, la cual contribuye a incrementar el bienestar, esto podría indicar la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la salud física de las personas desempleadas. El nivel de estudios también se asoció al componente físico, las personas con niveles educativos más bajos mostraron peores resultados en comparación con aquellas con niveles educativos más altos. Esto podría indicar la necesidad de enfoques específicos para mejorar la salud física de las personas con menor nivel educativo.

La presencia de una enfermedad crónica presenta una asociación significativa en el componente físico de la CVRS. Las personas con enfermedades crónicas tienen más probabilidades de encontrarse peor en comparación con aquellas sin enfermedades crónicas.

Factores de contacto con la naturaleza y su relación con el componente físico de la calidad de vida.

En relación con el bienestar físico y estar en **contacto con la naturaleza**, se evidenció que quienes hacían visitas a ríos se percibieron mejor a nivel físico, lo cual se puede explicar según los resultados obtenidos en el estudio de Gascón et al. (2017), que confirman que parte de los beneficios en salud que se atribuyen a los espacios azules, como son los ríos, son debidos a la actividad física realizada en ellos. Y es que varios estudios sugieren que vivir cerca de espacios azules, así como usar estos lugares, aumenta la probabilidad de realizar actividad física y de tener un estilo de vida menos sedentario, es probable que esta asociación sea la responsable de los

resultados obtenidos en el presente estudio, y que visitar ríos, fomente la actividad física, y de ahí la mejora en el componente físico de la CVRS.

Aquellas personas que viven en pisos obtuvieron una puntuación mayor pero no se han encontrado estudios que evidencien esta asociación, pudiendo establecer una posible línea de investigación que detalle la relación entre el tipo de vivienda y la calidad de vida.

En cuanto al componente físico y su relación con el **contacto indirecto con la naturaleza**, es decir poder contemplar imágenes y/o espacios verdes desde sus domicilios/ trabajo o de camino a éste, se objetiva que existe relación significativa con el bienestar físico en la población estudiada. Estos resultados son similares a los que ya en 1984, un artículo de Ulrich evidenciaba, en el cual se estudió los beneficios de contemplar árboles en personas convalecientes de cirugía de la vesícula biliar. El estudio analizó la estancia postoperatoria de pacientes de un hospital suburbano de Pennsylvania (EE.UU.), que estuvieron repartidos/as en dos clases de habitaciones: unas con vistas a una zona de arbolado y otras cuyas ventanas daban a una pared de ladrillos. Los resultados mostraron que los/las pacientes con vistas al espacio natural tuvieron menos días de estancia postoperatoria, tomaron menos analgésicos y recibieron menos comentarios negativos de evaluación en los partes de enfermería que los pacientes cuya ventana daba a la pared.

Factores del estado de salud y su relación con el componente físico de la calidad de vida.

Quienes realizaban ejercicio moderadamente, percibían su salud como mínimo “buena” y no presentaban ninguna limitación en la actividad, obtuvieron puntuaciones mayores en el componente físico de CVRS, siendo esta relación estadísticamente significativa. Esto coincide con el estudio de Triguero-Mas, et al. (2015), quienes sostienen que, los entornos naturales al aire libre, especialmente los espacios verdes, se han asociado con una mejor salud física objetiva y subjetiva, incluida la salud percibida por uno/a mismo/a.

Vivir en entornos con mayor exposición a espacios naturales, reduce el sedentarismo en la población, así lo exponen varios estudios realizados en diversos países (Wendel-Vos et al., 2004; Epstein et al., 2006; Kaczynski & Henderson, 2007; Kaczynski et al., 2008; Sugiyama & Ward Thompson, 2008; Sugiyama et al., 2009; Cochrane et al., 2009; Astell-Burt et al., 2013; Schipperijn et al., 2013; Lachowycz y Jones, 2014; Sugiyama et al., 2014; Gardsjord et al., 2014; James et al., 2015), los cuales han evidenciado que los paseos recreativos, el aumento de la actividad física y la reducción del tiempo de sedentarismo se asociaban con el acceso y el uso de espacios verdes en adultos en edad laboral, niños/as y personas mayores, estableciendo un mayor impacto en la salud al realizar actividad física en entornos naturales a diferencia de realizarlo en otros contextos. Barton & Pretty (2010) lo describen como «ejercicio verde», definido como la actividad física realizada en entornos verdes o naturales, siendo más beneficioso que otros tipos de ejercicio (Marselle et al., 2013). Por todo ello, se establece un beneficio de la sinergia de potenciación que se da entre la actividad física y los entornos naturales. En la misma línea, Mueller et al. (2017) en un estudio en población española, estimó que casi un 20% de la mortalidad en España podría prevenirse si se siguieran las recomendaciones internacionales sobre actividad física, acceso a espacios verdes y niveles de contaminación del aire, ruido y calor de nuestras ciudades. La esperanza de vida promedio aumentaría en 360 días y se ahorraría cerca de 9300 millones de euros anuales al sistema de salud.

El análisis multivariante mostró que existe una relación entre el componente físico de la CVRS con las variables: limitación de actividad, la edad, la presencia de enfermedades crónicas y el acceso a espacios naturales.

Las limitaciones en la actividad física pueden llevar a una reducción en la capacidad funcional y una mayor dependencia, lo que afecta negativamente la salud física. El envejecimiento se asocia con una disminución en la capacidad física, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y disminución en la función física general. Entre las personas mayores, se asocia con una peor salud física y mental, un mayor aislamiento social y soledad, una mayor inseguridad financiera, una menor calidad de vida y unas mayores tasas de

muerdes prematuras (Organización Mundial de la Salud, 2021). La asociación negativa entre enfermedades crónicas y el PSC es coherente con que muestra que las enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardíacas y artritis impactan negativamente en la calidad de vida física debido a síntomas persistentes y limitaciones funcionales.

Los beneficios de tener acceso a espacios naturales, como campos y jardines, en la salud física pueden ser explicados por la exposición a la naturaleza puede mejorar la actividad física, reducir el estrés y mejorar la salud cardiovascular. Se constata que el acceso a espacios naturales, no solo bosques y ríos sino también jardines y campos contribuye a tener mejor condición física, diversos estudios afirman que incrementar el acceso a espacios naturales mejora la calidad de vida percibida y el bienestar (De Vries et al., 2003; Maas et al., 2006; Sugiyama et al., 2008; Stigsdotter et al., 2010). En cuanto al tipo de vivienda se confirma que quien vive en pisos podría mantenerse mejor físicamente.

Factores sociodemográficos y su relación con el componente mental de la calidad de vida.

Ser hombre ha sido un factor positivo en el bienestar mental de la calidad de vida en el presente estudio, así lo destaca también Triguero-Mas, et al. (2015), en el que establece la diferencia entre sexos en la percepción del estrés, pudiendo establecer el sexo y los roles de género como predictor potencial de peor bienestar mental, si bien los datos revelan que ser mujer está relacionado con menor salud mental, este estudio es de gran valor para contribuir a la promoción y la prevención de salud mental en este grupo de la población concretamente, ya que existen estudios que revelan que las mujeres perciben de manera diferente estar en contacto con la naturaleza a diferencia de los hombre obteniendo mayores beneficios y bienestar psicológico, así lo demuestran estudios como el realizado por Van den Bosch et al. (2015) que hallaron una relación significativa entre el acceso a espacios verdes «serenos» y la mejora de la salud mental en las mujeres, pero no en los

hombres. Utilizando medidas de la secreción salival diurna de cortisol como biomarcador del estrés, Roe et al. (2013) hallaron que los efectos de la exposición a espacios verdes sobre los patrones y niveles de cortisol eran diferentes en hombres y mujeres.

Tener un mayor nivel de ingresos se asocia significativamente con tener mayor bienestar psicológico. En este sentido, es importante resaltar que los resultados de este estudio revelan un gradiente social, pero en cambio otros estudios mencionados por Triguero-Mas, et al. (2015) señalan que pueden aportar mayores beneficios para los niveles socioeconómicos bajos. Ante esto, se evidencia una contradicción y tal vez podría deberse al contexto en el que se desarrolla la investigación, es decir, en el contexto rural.

Factores de contacto con la naturaleza y su relación con el componente mental de la calidad de vida.

El acceso a bosques aporta mayor bienestar mental a diferencia de quienes no lo tienen, esta afirmación coincide con los resultados del estudio (White et al., 2019). Aquellas personas que refirieron que la Covid-19 había reducido el número de veces que salía de casa resultó ser más beneficioso para su salud mental, pero si podían contemplar espacios naturales desde su domicilio y desde su trabajo y además tenían contacto con la naturaleza directo ya que tenían plantas en su vivienda lo cual contribuyó significativamente a su bienestar psicológico, estos resultados coinciden con otros anteriores sobre los beneficios del contacto con la naturaleza en el bienestar emocional aportando el efecto beneficioso de la visión de la naturaleza desde las ventanas (Kaplan, 2001; Ulrich, 1984), esto guarda relación con los resultados aportados por Baston y Grant (2006) quienes sostienen que los factores relacionados con el medio ambiente, como la calidad del aire o la proximidad a los espacios naturales, tienen un peso de más del 20% sobre el estado de salud. Por lo tanto, resulta evidente que existe una relación significativa entre las puntuaciones del componente mental de la CVRS y el contacto con la naturaleza. No obstante, no existen estudios con los que realizar una

comparación en el contexto rural, siendo de gran importancia para el conocimiento de la población rural.

Factores de estado de salud y su relación con el componente mental de la calidad de vida.

Realizar actividad física activamente, tener una buena, muy buena o excelente salud autopercebida, no tener limitaciones para la actividad física o para otro tipo de actividad, se asocia significativamente con un mayor bienestar mental, así también lo señala Triguero-Mas, et al. (2015) en el cual asocia la calidad de vida con la actividad física, también el análisis de Barton y Pretty (2010) que revisó diez estudios realizados en el Reino Unido y mostró múltiples beneficios para la salud mental para quienes realizaban actividad física en entornos verdes y el estudio de Mitchell (2013) en población escocesa mostró una asociación entre actividad física en entornos naturales y un menor riesgo de mala salud mental, mientras que la actividad en otros tipos de entorno no se relacionó con el mismo beneficio para la salud. Los resultados presentados en este estudio también guardan estrecha relación con lo que plantea Castell (2020) quien sostiene que los entornos naturales se han asociado con una mejor salud mental percibida y salud mental general.

Los resultados aportados por el análisis multivariante en cuanto al componente mental de la CVRS, señalan que existe una relación entre la limitación de actividad, el género y la presencia de plantas en la vivienda y el bienestar mental. Las limitaciones de actividad tienen un impacto negativo; los hombres tienden a reportar mejores niveles de salud mental que las mujeres; y tener plantas en la vivienda se asocia con mejores niveles de salud mental. La asociación negativa entre la limitación de actividad y el CSM es consistente con la literatura que muestra que las limitaciones físicas pueden llevar a un deterioro de la salud mental. Estudios previos han encontrado que las personas con discapacidades físicas o limitaciones en su actividad diaria son más propensas a experimentar síntomas de depresión y ansiedad debido a la

pérdida de independencia y la reducción en la calidad de vida (Fisher et al., 2021; Riechers et al., 2022; Singh et al., 2023).

Además, la teoría de la biofilia apoya la observación de que tener plantas en la vivienda se asocia con mejores niveles de salud mental (Wilson, 1984). La teoría postula que los seres humanos tienen una conexión innata con la naturaleza, y la presencia de elementos naturales en el entorno cotidiano puede mejorar significativamente el bienestar mental y reducir los niveles de estrés (Gaekwad et al., 2022). Este vínculo innato con la naturaleza, como sugiere Wilson, no sólo promueve la salud mental, sino que también puede mejorar la calidad de vida en general al proporcionar una sensación de paz y conexión con el entorno natural.

Integrar estos hallazgos con la teoría de la biofilia puede proporcionar un marco más comprensivo para entender cómo y por qué los elementos naturales en los espacios de vida y trabajo pueden tener efectos tan profundos en el bienestar humano.

El modelo ajustado identificó el género, padecer una enfermedad crónica, limitación de la actividad, espacio natural jardín, plantas en vivienda, contemplación de espacios verdes de camino al trabajo y edad como variables con un efecto significativo sobre el **conjunto de las tres variables** resultado, el estrés percibido y los componentes físico y mental de la CVRS.

El análisis para determinar si cada una de las variables independientes tenía un efecto significativo sobre cada una de las tres variables resultado o solo en algunas de ellas, se encontraron diferencias de género, donde los hombres reportaron mejores niveles de CSM y menores niveles de estrés percibido que las mujeres. La presencia de enfermedades crónicas se asoció con un deterioro de la salud física y un mayor estrés percibido, aunque no afectó significativamente al CSM. Las limitaciones de actividad mostraron una fuerte relación negativa en todos los componentes evaluados, coincidiendo con la literatura que destaca cómo estas limitaciones pueden afectar la calidad de vida. Además, se observó que el acceso a espacios naturales (jardines, campo) y la presencia de plantas en el hogar, están relacionados

positivamente con la salud física y mental, apoyando la teoría de la biofilia que sugiere una conexión innata entre los humanos y la naturaleza (Kuehner, 2017; Albert, 2015; Lee, K., & So, W. Y., 2019).

Las mujeres, queda evidente de nuevo que ser mujer es una condición de riesgo en la salud psicológica, así como quienes tienen alguna limitación en la actividad se sienten peor psicológicamente, y se reitera que tener plantas en el domicilio favorece el bienestar mental, el estudio (Stigsdotter et al., 2010) revela que las personas que viven rodeadas de entornos naturales muestran niveles más bajos de irritabilidad, agresividad y depresión que las que viven en entornos urbanos sin naturaleza cercana (Stigsdotter et al., 2010).

Fomentar y favorecer la actividad física contribuye a tener mayor bienestar sintiendo menor estrés percibido, y mejor calidad de vida de las personas, por lo que este estudio se considera de gran interés ya que se evidencia que fomentar el acceso a espacios naturales parece promover la actividad física moderada/ intensa reduciendo el índice de masa corporal (IMC) en la población (Coombes et al., 2010; James et al., 2015). Otros estudios (Fan et al., 2011; Mitchell, 2013) también demuestran que los entornos naturales propician la actividad física además de la recreación, e incentivando las relaciones sociales. Teniendo en cuenta estos resultados y siempre adaptando la actividad física a cada persona se puede favorecer a reducir las limitaciones en la actividad, condición que en este estudio resulta ser un factor predictivo de mayor estrés percibido, y peor calidad de vida física y psicológicamente en la población estudiada.

Fomentar y favorecer la actividad física contribuye a tener mayor bienestar sintiendo menor estrés percibido, y mejor calidad de vida de las personas, por lo que este estudio se considera de gran interés ya que se evidencia que fomentar el acceso a espacios naturales parece promover la actividad física moderada/ intensa reduciendo el índice de masa corporal (IMC) en la población (Coombes et al., 2010; James et al., 2015). Otros estudios (Fan et al., 2011; Mitchell, 2013) también demuestran que los entornos naturales propician la actividad física además de la recreación, e incentivando las

relaciones sociales. Teniendo en cuenta estos resultados y siempre adaptando la actividad física a cada persona se puede favorecer a reducir las limitaciones en la actividad, condición que en este estudio resulta ser un factor predictivo de mayor estrés percibido, y peor calidad de vida física y psicológicamente en la población estudiada.

En relación a los resultados obtenidos del análisis multivariante para el estudio de la asociación entre la salud autopercibida y un conjunto de variables de interés, se identificó las personas activas laboralmente reportaron mejores resultados de salud mental y menores niveles de estrés percibido, destacando la importancia del empleo en el bienestar general. Las limitaciones de actividad y la presencia de enfermedades crónicas se asociaron con un impacto negativo, aumentando tanto la carga física como el estrés. Además, el acceso a espacios naturales como el campo y la presencia de plantas en el hogar parecen tener un efecto protector sobre la salud mental. Estos hallazgos son consistentes con la literatura existente que subraya la relevancia de factores socioeconómicos y ambientales en la salud general.

Laforteza et al., (2009) relacionan visitar de forma más frecuente y prolongada los espacios verdes con mejoras significativas en el bienestar percibido. La salud está vinculada con un sistema inmunitario reforzado y algunos resultados indican cierta asociación entre sumergirse en espacios verdes y una mejora de las respuestas inmunológicas del cuerpo debido a la inhalación de monoterpenos de atmósferas forestales, fitoncidas, lo cual se ha asociado (Komori et al., 1995; Lin et al., 2014; Lee et al., 2018; Bach et al. 2020) con la estimulación del sistema inmunológico. Otro estudio (Rook, 2013) señala que la exposición a microorganismos presentes en espacios naturales puede actuar como un factor de inmunoregulación. Un reciente estudio finlandés (Roslund et al., 2020) mostró un vínculo causal entre la exposición a la diversidad microbiana y el desarrollo de un sistema inmunológico. Y otro estudio realizado en Canadá (Nielsen et al., 2020) identifica que la proximidad a entornos urbanos naturales puede ser beneficiosa para la microbiota en la vida temprana.

Limitaciones y fortalezas

La población diana se obtuvo a partir de los datos de la tarjeta sanitaria, por lo que no se cubrirá toda la población que habita en las zonas básicas de salud objeto del estudio, por ejemplo, población de la sanidad privada, aunque estas pérdidas serían mínimas, así como, un porcentaje de la población tiene su tarjeta sanitaria en los centros de salud de las zonas básicas de salud (ZBS), pero no residen en ellas (n=55) siendo excluidas por no cumplir los criterios de inclusión.

La información se obtuvo de forma telefónica debido a que la recogida de datos se realizó durante la pandemia de la Covid-19 pudiendo ésta dificultar la respuesta a los cuestionarios.

Por el contrario, hay que tener en cuenta las fortalezas de dicho estudio, la elevada tasa de participación debida a que las personas que realizaron la recogida de datos fueron el personal sanitario de los centros de salud, con clara implicación, facilitando que las personas participantes atendieran las llamadas y aceptaran participar, favoreciendo la participación.

Se ha definido por primera vez en población rural, la prevalencia de estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud, así como se han determinado factores que influyen en éstas, demostrando que el contacto directo e indirecto con la naturaleza, y espacios verdes resulta ser un factor con capacidad moderadora del estrés e incrementa la calidad de vida relacionada con la salud principalmente en su componente mental, a partir de la cual es posible desarrollar investigaciones innovadoras con implicaciones empíricas relevantes para la promoción de la salud.

Y poder contribuir a la implantación de la prescripción de naturaleza como intervención de promoción de la salud.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

- **La Puntuación media de estrés percibido es de 20,61** cercano a un nivel leve de estrés.
- Los resultados permitieron evidenciar que **ser hombre, no presentar o padecer alguna enfermedad crónica, un nivel de ingresos alto, realizar actividad física** (específicamente para quienes se encuentran muy activos, es decir, realizan actividades físicas vigorosas al menos 5 días a la semana), informar de una **salud autopercibida como buena, muy buena o excelente y no tener limitación de la actividad física**, se asocian significativamente con una **puntuación inferior de estrés percibido**.
- Al valorar el **contacto con la naturaleza como activo moderador del estrés**, se pudo evidenciar que, para esta población, **visitar bosques, contemplar espacios naturales desde su domicilio o el trabajo, así como, de camino a su trabajo y tener plantas (macetas, vegetación) en su vivienda**, se encuentran asociados significativamente **con menor estrés percibido**.
- La prevalencia de la calidad de vida relacionada con la salud en el componente físico es de 44,79 puntos, por debajo de la media poblacional; y en el componente mental la puntuación media fue de 51,23, por encima de la media poblacional de referencia.
- Al **valorar la calidad de vida relacionada con la salud**, se comprobó que factores como **no encontrarse activamente trabajando (paro/estudiante/jubilado), presentar alguna enfermedad crónica, vivir en chalet o viviendas unifamiliares y menor nivel de estudios**, se asocian significativamente con una **puntuación inferior del componente físico de la CVRS**, según la escala SF12v2.
- Factores como **ser hombre y tener un mayor nivel de ingresos** se asocian significativamente con **puntuaciones más altas en el componente mental** de la CVRS.

- Por otra parte, en las variables **relacionadas con el contacto con la naturaleza**, se observó que **no visitar ríos**, se asocia significativamente con una **puntuación inferior del componente físico**, mientras que **visitar los bosques, referir que la Covid-19 ha reducido el número de veces que sale de casa, contemplar espacios naturales desde su domicilio y desde su trabajo, así como, tener plantas (maceta, vegetación) en su vivienda**, se asocian significativamente con una **puntuación mayor del componente mental** de la CVRS.
- **Una moderada actividad física, una percepción buena de la salud y no tener limitaciones para la actividad física**, son activadores de la salud y, por ende, de la calidad de vida. Al respecto, estos activadores se consideran importantes como elementos moderadores del estrés y la calidad de vida en la población adulta de la comarca rural que ha sido objeto de estudio en esta investigación.
- Al analizar el **contacto con la naturaleza** como **moderadora del estrés y la calidad de vida relacionada con la salud** en la población adulta de una comarca rural, se ha percibido que el contacto directo o indirecto a través de la visualización de algunos elementos de la naturaleza ayudan a **disminuir los niveles de estrés y mejora la calidad de vida relacionada con salud**, principalmente, en el **componente mental**, por lo que se recomienda implementar este tipo de intervenciones para lograr un mejor estado de salud tanto físico como mental.
- Los resultados establecen que ser **mujer es un factor predictor de estrés percibido, y de peor calidad de vida** por lo que es importante tener en cuenta el género a la hora de medir el estrés y la calidad de vida en la población, así como considerar cualquier asociación entre los espacios verdes y la salud, ya que las respuestas fisiológicas y psicológicas a los espacios verdes pueden diferir.
- La población rural es una población envejecida y teniendo en cuenta que tanto la **edad, como la cronicidad** son factores que contribuyen a

empeorar la calidad de vida de la población, los resultados de este estudio son de gran importancia para poder llevar a cabo intervenciones, recomendaciones de mayor contacto con la naturaleza que incidan en el bienestar de este grupo de población.

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA E INVESTIGACIÓN

Realizar estudios en los que se mida el beneficio del contacto directo e indirecto con la naturaleza, **teniendo en cuenta la frecuencia de exposición** que aporta beneficios.

Los resultados obtenidos permiten posicionar el **contacto directo e indirecto con la naturaleza como una estrategia de salud pública** para la **promoción de la salud y la prevención** tanto de enfermedades físicas como psíquicas, aportando un gran valor a la salud de la comunidad rural siendo un **activo de salud**, de fácil acceso para todas las personas y un recurso gratuito reduciendo así algunas de las inequidades de salud, pudiendo desde las consultas de atención primaria prescribir naturaleza, así como diseñar intervenciones de promoción de la salud que tiene un gran valor para la calidad de vida de la población.

El contacto indirecto con la naturaleza, mediante la observación de espacios naturales a través de ventanas, y/o fotografías, así como tener plantas de interior reduce los niveles de estrés, favorece el bienestar psicológico y reduce la agresividad. Considerando estos resultados se puede proponer la naturalización de los centros sanitarios, pudiendo ser una medida para reducir situaciones agresivas en centros sanitarios, así como fomentar el mantenimiento de un estado de calma en situaciones adversas y de vulnerabilidad como las que se suelen dar en las personas que acuden a los centros sanitarios.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

9. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Con los resultados de esta tesis se ha presentado una comunicación oral en el XXVI Encuentro internacional de investigación en cuidados, con el título *“Relación entre la calidad de vida y el contacto con la naturaleza en población adulta de una comarca rural”*.

Se quiere realizar una transferencia de los resultados del estudio a la población de las ZBS objeto del estudio, así como a las/los profesionales para poder implementarlos en la práctica; a través de canales de difusión originales y de acceso sencillo.

Implicaciones para la práctica.

Ampliar el conocimiento del estado de salud de la población en áreas rurales, y específicamente en la comarca de estudio, denominada zona de intensa despoblación.

Así como establecer un marco de trabajo basado en activos de salud, determinando el contacto con la naturaleza como una intervención de promoción de la salud dentro del sistema sanitario.

REFERENCIAS

10. REFERENCIAS

Albert P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 40(4), 219–221.

<https://doi.org/10.1503/jpn.150205>

Almagro Rodríguez, C. (2014) Uso terapéutico de los bosques.

acondicionamiento de una senda peatonal para uso terapéutico en el M.U.P. nº 2 "pinar de valsaín", en el T.M. de san ildefonso. Retrieved Feb 26, 2024, from <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/5458>

Armstrong, K., & Edwards, H. (2003). The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 130-138.

Astell-Burt, T., Feng, X., & Kolt, G. S. (2013). Does access to neighbourhood green space promote a healthy duration of sleep? Novel findings from a cross-sectional study of 259 319 Australians. *BMJ open*, 3(8), e003094. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003094>

Ausín, B., González Sanguino, C., Castellanos, M. Á., López Gómez, A., Saiz, J., y Ugidos, C. (2020). Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19): Primeros resultados (Datos del 21-29 de marzo de 2020). Universidad Complutense de Madrid, Cátedra Extraordinaria UCM-Grupo 5 Contra el Estigma. Disponible en <https://www.contraelestigma.com>

- Bach, A., Yáñez-Serrano, A.M., Llusà, J., Filella, I., Maneja, R., & Penuelas, J. (2020). Human breathable air in a Mediterranean forest: characterization of monoterpene concentrations under the canopy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4391. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124391>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020 [Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020]. *Gaceta sanitaria*, 34 Suppl 1, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bakir-Demir, T., Berument, S. K., & Akkaya, S. (2021). Nature connectedness boosts the bright side of emotion regulation, which in turn reduces stress. *Journal of Environmental Psychology*, 76, 101642. [10.1016/j.jenvp.2021.101642](https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101642)
- Baldi, G. y García, E. (2005). Calidad de vida y medio ambiente. La psicología ambiental. *Universidades*, (30), 9-16.
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Universidad del País Vasco. Disponible en <https://ehubox.ehu.eus/s/n4MbY4p5tz4ADfX#pdfviewer>

- Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–253. <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>
- Barton, J., & Pretty, J. (2010). What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environmental science & technology*, 44(10), 3947–3955. <https://doi.org/10.1021/es903183r>.
- Basterra V. (2017). Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012 [Prevalence trends of high risk of mental disorders in the Spanish adult population: 2006-2012]. *Gaceta sanitaria*, 31(4), 324–326. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.004>
- Benedé Azagra, C. B., Carrasco Munera, A., & Peyman-Fard Shafi-Tabatabaei, N. (2021). Atención comunitaria «COVID mediante y durante» [Community care, through and through COVID19]. *Atencion primaria*, 53(6), 102103. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102103>.
- Berman, M. G., Jonides, J. y Kaplan, S. (2008). Los beneficios cognitivos de interactuar con la naturaleza. *Ciencia psicológica*, 19 (12), 1207-1212.
- Betancurth, D. P., Vélez, C. y Sánchez, N. (2020). Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. *Entramado*, 16(1), 138-151.
- Bruguera, M. R. (2021). Salud Mental y COVID-19 en el Sistema Nacional de Salud. *Psychology*, Artículo-e31.

- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. D. C., Tizón García, J. L., & Grupo de Salud Mental del PAPPS (2020). Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española [Mental health in epidemics: A perspective from the Spanish Primary Health Care]. *Atencion primaria*, 52 Suppl 2(Suppl 2), 93–113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
- Caballero, G. E., Moreno, G. M., Sosa, C. M., Mitchell, F. E., Vega, H. M., Columbié, P. L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *INFODIR*. 2012;8(15), 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>
- Carbó, E. (2020). Evaluación de la disminución del estrés en el medio natural y sus efectos sobre la mejora en la cicatrización del tejido durante un Programa de Reeduación Funcional del Ligamento Cruzado Anterior en adultos/as: Protocolo de Ensayo Clínico Aleatorizado. [Trabajo de fin de grado, Universitat de Lleida]
- Castell, C. (2020). Naturaleza y salud: una alianza necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 194-196. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.016>.
- Cázares, F. y Moral, J. (2016). Diferencias sociodemográficas y de práctica profesional asociadas a estrés percibido entre dentistas colegiados de Monterrey. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 83-97.
- Cochrane, T., Davey, R. C., Gidlow, C., Smith, G. R., Fairburn, J., Armitage, C. J., Stephansen, H. & Speight, S. (2009). Small area and

individual level predictors of physical activity in urban communities: A multi-level study in Stoke-on-Trent, England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 654-677.

Cofiño, R., Cubillo, J., García, D. y Hernán-García, M. (2019). Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos. *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 26(8), 468-474.
<https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.05.009>

Coombes, E., Jones, A.P., & Hillsdon, M. (2010). The relationship of physical activity and overweight to objectively measured green space accessibility and use. *Social Science and Medicine*, 70(6), 816–822.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.020>

Córdoba-Acarreta, P. (2018). Reencuentro en la naturaleza: Shinrin Yoku (baños de bosque) y el trastorno por déficit de naturaleza (Trabajo fin de Grado, Universidad Internacional de la rioja).

Cozzo, G. y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15.

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

De La Guardia, M. A. y Ruvalcaba, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

De Vries, S., Verheij, R.A., Groenewegen, P.P., & Spreeuwenberg, P. (2003). Natural environments—healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and planning A*, 35(10), 1717–1731. <https://doi.org/10.1068%2Fa35111>

Dudgeon, W.D., Phillips, K.D., Boop, C.M., & Hand, G.A. (2004). Physiological and psychological effects of exercise intervention in HIV disease. *AIDS Patient Care & STDs*, 18, 81-98.

El edadismo es un problema mundial—Naciones Unidas. (s. f.). Recuperado 20 de junio de 2024, de <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>

Emery, C.F., Shermer, R.L., Hauck, E. R., Hsiao, E.V., & MacIntyre, N.R. (2003) Cognitive and psychological outcomes of exercise in a 1-year follow-up study of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 22, 598-604.

Epstein, L. H., Raja, S., Gold, S. S., Paluch, R. A., Pak, Y. & Roemmich, J. N. (2006). Reducing Sedentary Behavior: The relationship between park area and the physical activity of youth. *Psychological Science*, 17, 654-659

- Faazeli, M. & Namdar, R. (2023). Nature relatedness scale: Validity and reliability in the Persian context, factors constructing and influencing it. *PLoS One*. 18(4), e0274885. doi: 10.1371/journal.pone.0274885.
- Fan, Y., Das, K.V., Chen, Q. (2011). Neighborhood green, social support, physical activity, and stress: assessing the cumulative impact. *Health & Place*, 17(6), 1202–1211.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.012>
- Fariña, J. (2019). La Agenda Urbana Española: hacia una ciudad más saludable. *Ciudad y Territorio. Estudios Territoriales*, 51(202), 753-764.
- Fisher, K., Griffith, L. E., Gruneir, A., Kanters, D., Markle-Reid, M., & Ploeg, J. (2021). Functional limitations in people with multimorbidity and the association with mental health conditions: Baseline data from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *PloS one*, 16(8), e0255907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255907>
- Fletcher, A.C., Nickerson, P., & Wright, K.L. (2003). Structured leisure activities in middle childhood. Links to well-being. *Journal of Community Psychology*, 31, 641-659.
- Gaekwad, J. S., Sal Moslehian, A., Roös, P. B., & Walker, A. (2022). A Meta-Analysis of Emotional Evidence for the Biophilia Hypothesis and Implications for Biophilic Design. *Frontiers in psychology*, 13, 750245. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.750245>

- Gardsjord, H. S., Tveit, M. S. & Nordh, H. (2014). Promoting Youth's Physical Activity through Park Design: Linking Theory and Practice in a Public Health Perspective. *Landscape Research*, 39, 70-81.
- Gascon, M., Zijlema, W., Vert, C., White, M.P., & Nieuwenhuijsen, M.J. (2017). Outdoor blue spaces, human health and well-being: a systematic review of quantitative studies. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 220(8), 1207–1221. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2017.08.004>
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud.
- González-Pisano, A. C., Granado-Villacé, R., García-Jáñez, E., del Cano-González, C. y Fernández-Fernández, M. I. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León. *Enfermería clínica*, 19(5), 249-257.
- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Gumà, J., Arpino, B., & Solé-Auró, A. (2019). Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España [Social determinants of health at distinct levels by gender: education and household in Spain]. *Gaceta sanitaria*, 33(2), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010>.
- Haluza, D., Schönbauer, R. y Cervinka, R. (2014). Perspectivas verdes para la salud pública: una revisión narrativa sobre los efectos fisiológicos

de experimentar la naturaleza al aire libre. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 11 (5), 5445-5461.

Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., Duda, S. N., & REDCap Consortium (2019). The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of biomedical informatics*, 95, 103208.

<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>

Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics*, 42(2), 377–381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>

Harrison, H., Burns, M., Darko, N., & Jones, C. (2023). Exploring the benefits of nature-based interventions in socio-economically deprived communities: a narrative review of the evidence to date. *Perspectives in public health*, 143(3), 156–172.

<https://doi.org/10.1177/17579139231170768>

Hartig, T. (2003) Evans, G. W., Jamner, L. D., Davis, D. S. & Gärling, T. Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology*, 23, 109-123.

- Hartig, T. (2007). Three steps to understanding restorative environments as health resources. In C. W. Thompson & P. Travlou (Eds.), *Open space: People space* (pp. [páginas]). Abingdon: Taylor & Francis.
- Hartig, T., Mang, M. & Evans, G. W. (1991) Restorative Effects of Natural Environment Experiences. *Environment and Behavior*, 23, 3-26.
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S. & Frumkin, H. (2014) Nature and Health. *Annual Review of Public Health*, 35, 207-228.
- Iglesias, J. A., Casado, I. y Postigo, S. (2019). Situación de los activos para la salud en España. Estudio descriptivo. *Index de Enfermería*, 28(3), 152-156.
- James, P., Banay, R.F., Hart, J.E. & Laden, F. (2015). A review of the health benefits of greenness. *Current Epidemiology Reports*, 2, 131-142.
- Jiménez Boraita, R., Arriscado Alsina, D., Gargallo Ibort, E., & Dalmau Torres, J. M. (2021). Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos [Quality of life related to health and habits: Differences between adolescents in rural and urban environments]. *Anales de pediatría*, S1695-4033(20)30510-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.022>.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.

- Kaczynski, A. T. & Henderson, K. A. (2007). Environmental correlates of physical activity: A review of evidence about parks and recreation. *Leisure Sciences, 29*, 315-354.
- Kaczynski, A. T. & Henderson, K. A. (2008). Parks and recreation settings and active living: a review of associations with physical activity function and intensity. *Journal of Physical Activity & Health, 5*, 619.
- Kahn, P. H., Severson, R. L., & Ruckert, J. H. (2009). The Human Relation With Nature and Technological Nature. *Current Directions in Psychological Science, 18*(1), 37-42. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01602.x>
- Kaplan Mintz, K., Ayalon, O., Nathan, O., & Eshet, T. (2021). See or Be? Contact with nature and well-being during COVID-19 lockdown. *Journal of environmental psychology, 78*, 101714. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101714>
- Kaplan, (2001)R. KaplanThe nature of the view from home psychological benefits. *Environment and Behavior, 33* (4) (2001), 507-542, [10.1177/00139160121973115](https://doi.org/10.1177/00139160121973115)
- Kaplan, S. & Berman, M. G. (2010). Directed attention as a common resource for executive functioning and self-regulation. *Perspectives on psychological science, 5*(1), 43-57.
- Keniger, L.E., Gaston, K.J., Irvine, K.N., & Fuller, R.A. (2013). What are the benefits of interacting with nature? *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 10(3), 913–935.

<https://doi.org/10.3390/ijerph10030913>

Komori, T., Fujiwara, R., Tanida, M., Nomura, J., & Yokoyama, M. M. (1995).

Effects of citrus fragrance on immune function and depressive states. *Neuroimmunomodulation*, 2(3), 174–180.

<https://doi.org/10.1159/000096889>

Korpela, K. M., Ylén, M., Tyrväinen, L., & Silvennoinen, H. (2010). Favorite

green, waterside and urban environments, restorative experiences and perceived health in Finland. *Health promotion international*, 25(2), 200–209. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq007>

Kuehner C. (2017). Why is depression more common among women than among men?. *The lancet. Psychiatry*, 4(2), 146–158.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)

Lachowycz, K., & Jones, A. P. (2014). Does walking explain associations

between access to greenspace and lower mortality?. *Social science & medicine (1982)*, 107(100), 9–17.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.023>.

Lafortezza, R., Carrus, G., Sanesi, G., & Davies, C. (2009). Benefits and

well-being perceived by people visiting green spaces in periods of heat stress. *Urban Forestry & Urban Greening*, 8(2), 97-108.

<https://doi.org/10.1016/j.ufug.2009.02.003>

Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into

more manageable segments. *Canadian Medical Association journal*,

108(3): 388-391.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/>

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Department of Health and Welfare.

Lee, K., & So, W. Y. (2019). Differences in the Levels of Physical Activity, Mental Health, and Quality of Life of Elderly Koreans with Activity-Limiting Disabilities. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 2736.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16152736>

Lee, K.K., Miller, M.R., & Shah, A.S. (2018). Air pollution and stroke. *Journal of Stroke*, 20(1), 2. <https://doi.org/10.5853/jos.2017.02894>

Li, Q., Otsuka, T., Kobayashi, M., Wakayama, Y., Inagaki, H., Katsumata, M., Hirata, Y., Li, Y., Hirata, K., Shimizu, T., Suzuki, H., Kawada, T., & Kagawa, T. (2011). Acute effects of walking in forest environments on cardiovascular and metabolic parameters. *European journal of applied physiology*, 111(11), 2845–2853. <https://doi.org/10.1007/s00421-011-1918-z>.

Lin, J. J., Lu, K. W., Ma, Y. S., Tang, N. Y., Wu, P. P., Wu, C. C., Lu, H. F., Lin, J. G., & Chung, J. G. (2014). Alpha-phellandrene, a natural active monoterpene, influences a murine WEHI-3 leukemia model in vivo by enhancing macrophage phagocytosis and natural killer cell activity. *In vivo (Athens, Greece)*, 28(4), 583–588.

- Llanes, C., Blanco, D. G., Cofiño, R. y Hernán-García, M. (2019). Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 26(Extr. 2), 10-17.
- López, Á. I. (2021). Prevalencia de Psicosis, factores asociados y comorbilidades en las áreas rurales de la ciudad de Cuenca en el año 2018 (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., de Vries, S., & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Journal of epidemiology and community health*, 60(7), 587–592. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.043125>.
- Madorrán, C. (2016). *Antología René Dubos. Pensar globalmente, actuar localmente*. Ed. Catarata.
- Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P., & St Leger, L. (2006). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health promotion international*, 21(1), 45–54. <https://doi.org/10.1093/heapro/dai032>.
- Marselle, M.R., Irvine, K.N. & Warber, S.L. (2013). Walking for well-being: are group walks in certain types of natural environments better for well-being than group walks in urban environments? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 5603-5628.
- Matabanchoy, J. M., Paz, D., Matabanchoy, S. M., y Jaramillo Corrales, M. A. (2020). Estrés laboral en docentes de un Centro Educativo rural en Pasto. *Revista*

Iberoamericana de Psicología, 13(3), 19–28. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13302>

Mitchell, R. (2013). Is physical activity in natural environments better for mental health than physical activity in other environments? *Social Science & Medicine*, 91, 130-134.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.012>

Mitchell, R., & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet (London, England)*, 372(9650), 1655–1660.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61689-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61689-X).

Moiso, A. (2007). Capítulo 6. Determinantes de la Salud. En: O. L. Barragán (Ed.). *Fundamentos de Salud Pública*. Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo__.pdf?sequence=4

Morera, T. G., Font, R. O., Cherni, J. A., Piza, J. F. H., Luján, L. S., Yeregui, A. U. & Machado, I. R. S. (2019). La toma de decisiones en proyectos de energización rural para la contribución a la mejora de la calidad de vida. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 9(3), 686.

Nielsen, C. C., Gascon, M., Osornio-Vargas, A. R., Shier, C., Guttman, D. S., Becker, A. B., Azad, M. B., Sears, M. R., Lefebvre, D. L., Moraes, T. J., Turvey, S. E., Subbarao, P., Takaro, T. K., Brook, J. R., Scott, J. A., Mandhane, P. J., Tun, H. M., & Kozyrskyj, A. L. (2020). Natural

environments in the urban context and gut microbiota in infants. *Environment international*, 142, 105881.

<https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105881>.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Global Health Promotion.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (s/f). *Determinantes Sociales de la Salud*.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>.

Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud?. *Revista De Medicina De La Universidad De Navarra*, 41(2), 4-9. <https://doi.org/10.15581/021.6870>.

Pérez Viejo, J., Dorado Barbé, A., Rodríguez-Brioso Pérez, M. d. M., & López Pérez, J. (2020). Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis covid-19 en España. *Revista De Ciencias Sociales*, 26(4), 52–63. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7687026.pdf> <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7687026>.

Ramos, I. y Gracia, L. (2023, 5 de marzo). *Salud Mental en España (2022)*. Madrid: Fundadeps. <https://fundadeps.org/opinion/salud-mental-en->

Proceedings of the National Academy of Sciences, 110(46), 18360–18367. <https://doi.org/10.1073/pnas.1313731110>

Roslund, M. I., Puhakka, R., Grönroos, M., Nurminen, N., Oikarinen, S., Gazali, A. M., Cinek, O., Kramná, L., Siter, N., Vari, H. K., Soininen, L., Parajuli, A., Rajaniemi, J., Kinnunen, T., Laitinen, O. H., Hyöty, H., Sinkkonen, A., & ADELE research group (2020). Biodiversity intervention enhances immune regulation and health-associated commensal microbiota among daycare children. *Science advances*, 6(42), eaba2578. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aba2578>

Ruiz Rodríguez, I., Hombrados Mendieta, M. I., & Melguizo Garín, A. (2021). Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer. *Psicooncología: Investigación Y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, 18(1), 51–75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7873414&orden=0&info=link> <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=7873414>

Ruiz Rodríguez, P., Cano Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L. A., Moriana Elvira, J. A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., & González-Blanch Bosch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: Una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad Y Estrés*, 23(2), 118–123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6846156>

- Salvador-Carulla, L., Almeda, N., Álvarez-Gálvez, J., & García-Alonso, C. (2020). En la montaña rusa: breve historia del modelo de atención de salud mental en España. Informe SESPAS 2020 [On the roller coaster: An abridged history of mental health planning in Spain. SESPAS Report 2020]. *Gaceta sanitaria*, 34 Suppl 1, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.009>.
- Schipperijn, J., Bentsen, P., Troelsen, J., Toftager, M., & Stigsdotter, U. K. (2013). Associations between physical activity and characteristics of urban green space. *Urban Forestry & Urban Greening*, 12(1), 109–116. [10.1016/j.ufug.2012.12.002](https://doi.org/10.1016/j.ufug.2012.12.002)
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., Mompарт, A., Medina, A., Ferrer, M., & Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña [Reference guidelines for the 12-Item Short-Form Health Survey version 2 based on the Catalan general population]. *Medicina clinica*, 139(14), 613–625. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.10.024>
- Shumaker, S. A. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. *The International Assessment of Health-Related Quality of Life*, 3-10.
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for

improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British journal of sports medicine*, 57(18), 1203–1209.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>

Solar, O. y Irwin, A. (2007). Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de debate para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Stigsdotter, U.K., Ekholm, O., Schipperijn, J., Toftager, M., Kamper-Jørgensen, F., & Randrup, T. B. (2010). Health promoting outdoor environments-Associations between green space, and health, health-related quality of life and stress based on a Danish national representative survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(4), 411–417. <https://doi.org/10.1177%2F1403494810367468>

Subdirección General de Información Sanitaria de España (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. Madrid: Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/es_tMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Sugiyama, T., & Ward Thompson, C. (2008). Associations between characteristics of neighbourhood open space and older people's walking. *Urban Forestry & Urban Greening*, 7(1), 41–51.
10.1016/j.ufug.2007.12.002.

Sugiyama, T., Cerin, E., Owen, N., Oyeyemi, A. L., Conway, T. L., Van Dyck, D., Schipperijn, J., Macfarlane, D. J., Salvo, D., Reis, R. S., Mitáš, J., Sarmiento, O. L., Davey, R., Schofield, G., Orzanco-Garralda, R., & Sallis, J. F. (2014). Perceived neighbourhood environmental attributes associated with adults' recreational walking: IPEN Adult study in 12 countries. *Health & place, 28*, 22–30.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.003>

Sugiyama, T., Thompson, C. W., & Alves, S. (2009). Associations between neighborhood open space attributes and quality of life for older people in Britain. *Environment and Behavior, 41*(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/0013916507311688>.

Taylor, A. F., Kuo, F. E. & Sullivan, W. C. (2002). Views of nature and self-discipline: Evidence from inner city children. *Journal of environmental psychology, 22*(1-2), 49-63.

Thompson, C. W., Roe, J., Aspinall, P., Mitchell, R., Clow, A., & Miller, D. (2012). More green space is linked to less stress in deprived communities: Evidence from salivary cortisol patterns. *Landscape and Urban Planning, 105*(3), 221-229. [10.1016/j.landurbplan.2011.12.015](https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2011.12.015)

Tirado, A. F. (2021). El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. *Revista Ciencias Biomédicas, 10*(1), 55-60.

Tomasi, S., Di Nuovo, S. & Hidalgo, M. C. (2020). Environment and mental health: empirical study on the relationship between contact with nature and symptoms of anxiety and depression (Ambiente y salud mental:

estudio empírico sobre la relación entre contacto con la naturaleza, síntomas de ansiedad y de depresión). *PsyEcology*, 11(3), 319-341.

Tomasi, S., Di Nuovo, S., & Hidalgo Villodres, M. d. C. (2020). Environment and mental health: Empirical study on the relationship between contact with nature and symptoms of anxiety and depression. *PsyEcology: Bilingual Journal of Environmental Psychology / Revista Bilingüe De Psicología Ambiental*, 11(3), 319–341. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8444289&orden=0&info=link> <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=8444289>.

Triguero-Mas, M., Dadvand, P., Cirach, M., Martínez, D., Medina, A., Mompert, A., Basagaña, X., Gražulevičienė, R., & Nieuwenhuijsen, M. J. (2015). Natural outdoor environments and mental and physical health: relationships and mechanisms. *Environment international*, 77, 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2015.01.012>

Triguero-Mas, M., Gidlow, C.J., Martínez, D., De Bont, J., Carrasco-Turigas, G., Martínez-Íñiguez, T., Hurst, G., Masterson, D., Donaire-Gonzalez, D., Seto, E., Jones, M.V., & Nieuwenhuijsen, M.J. (2017). The effect of randomised exposure to different types of natural outdoor environments compared to exposure to an urban environment on people with indications of psychological distress in Catalonia. *PloS One*, 12(3), e0172200. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172200>

- Ulrich, R. S. Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A. & Zelson, M. (1991) Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.
- Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421.
<https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365.
- Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Van Den Bosch, M. A., Östergren, P. O., Grahn, P., Skärbäck, E. & Währborg, P. (2015). Moving to serene nature may prevent poor mental health – results from a Swedish longitudinal cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 7974-7989.
- Velarde, M.D., Fry, G. & Tveit, M. (2007) Health Effects of Viewing Landscapes: Landscape Types in Environmental Psychology. *Urban Forestry and Urban Greening*, 6, 199-212.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ufug.2007.07.001>
- Villa, J. M., Ruíz, E., Ferrer, J. L., & Cantero, A. B. (2006). *Antecedentes y concepto de educación para la salud: Documento de apoyo a las actividades de educación para la salud 4*.
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/30690>.

- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*, 28(4), 237-241.
- Wendel-Vos, G. C., Schuit, A. J., De Niet, R., Boshuizen, H. C., Saris, W. H. & Kromhout, D. (2004). Factors of the physical environment associated with walking and bicycling. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36, 725-730.
- White, M. P., Alcock, I., Grellier, J., Wheeler, B. W., Hartig, T., Warber, S. L., Bone, A., Depledge, M. H., & Fleming, L. E. (2019). Spending at least 120 minutes a week in nature is associated with good health and wellbeing. *Scientific reports*, 9(1), 7730.
<https://doi.org/10.1038/s41598-019-44097-3>
- White, M. P., Alcock, I., Wheeler, B. W., & Depledge, M. H. (2013). Would you be happier living in a greener urban area? A fixed-effects analysis of panel data. *Psychological science*, 24(6), 920–928.
<https://doi.org/10.1177/0956797612464659>
- Wilson, E. O. (1984). *Biophilia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
Citado por Gaekwad, J. S., Sal Moslehian, A., Roös, P. B., & Walker, A. (2022). A Meta-Analysis of Emotional Evidence for the Biophilia Hypothesis and Implications for Biophilic Design. *Frontiers in psychology*, 13, 750245. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.750245>
- World Health Organization. (2016). *Urban green spaces and health*. WHO Regional Office for Europe. Document number: WHO/EURO:2016-3352-43111-60341.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/321347/Urban-green-spaces-health.pdf

ANEXOS

11. ANEXOS

Anexo I. Cuestionario de Identificación del participante y Consentimiento informado

Identificación del participante y Consentimiento informado

Nombre y apellidos DEL/LA PROFESIONAL que REALIZA LA ENTREVISTA

[entrevistador_a] escribe tu e-mail

Por favor, Indica tu profesion

- Enfermera/o
 Medica/o
-

Hola [entrevistador_a], lee detenidamente este consentimiento informado al participante y si da su consentimiento puedes continuar la entrevista.
Gracias

Nombre PARTICIPANTE

Apellido/s PARTICIPANTE

Consentimiento Informado

El objetivo de esta hoja de consentimiento es proporcionar a los/as participantes de esta investigación la información necesaria a cerca del estudio.
Usted ha sido seleccionado/a al azar entre las personas adscritas a su centro de salud.

La presente investigación es conducida por Maria de la Hoz García, de la Universidad Jaume I de Castellón. El objetivo de este estudio es conocer el estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas de la comarca del Señorío de Molina-Alto Tajo. El protocolo del estudio ha sido aceptado por el Comite de Etica e Investigacion correspondiente.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder preguntas sobre el Estres Percibido, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y datos sociodemograficos.

La duración de la entrevista será de 30 minutos aproximadamente.

Su participación es voluntaria y puede abandonar el estudio en cualquier momento. La información será tratada de manera confidencial y anónima. El análisis de las respuestas estarán disociadas de cualquier dato identificativo. Y los datos se utilizaran para esta investigación y no otra.

Si tiene alguna duda puede plantearla en cualquier momento a María de la Hoz por telefono: 635271184 o por correo electrónico: mariadelahozgarcia@hotmail.com

Es muy **IMPORTANTE** su participacion, pero si no nos da el consentimiento no repercutira de forma negativa en la atención que reciba.

Para obtener su consentimiento informado le voy a formular unas preguntas.

¿Ha sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es conocer el estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas de la comarca del Señorío de Molina-Alto Tajo?

- Sí
 No

¿Ha sido informado(a) que tendrá que responder a una serie de preguntas, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos?

- Sí
 No

¿Reconoce que la información que usted provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin su consentimiento?

- Sí
 No

¿Ha sido informado(a) de que puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puede retirarse del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona?

- Sí
 No

¿[nombre] [apellido], da su consentimiento informado y acepta participar en este estudio?

- Sí
 No

Anexo II. Hoja de Datos sociodemográficos y de salud

Datos sociodemográficos y de contexto

Dado que no has dado tu consentimiento informado , hemos acabado.
Muchas gracias [nombre] [apellido]

Fecha de cumplimentacion del cuestionario _____

¿A que centro de salud pertenece?

- Molina de Aragon
- Checa
- El Pobo de Duenas
- Maranchon

Por favor, escriba el CIP Paciente

¿Cual es su fecha de nacimiento?

Por tanto [nombre] su edad es

¿Sexo?

- Mujer
- Hombre
- Otro

¿Cual es su nacionalidad?

- Espanola
- Extranjera

¿Cual es su nivel de estudios?

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios (ESO o equivalente)
- Bachillerato o Formacion profesional
- Estudios universitarios
- Estudios universitarios de posgrado (máster, doctorado)

¿Cual es su situacion laboral actual?

- Trabajador/trabajadora a jornada completa (40 h/ semana)
- Trabajador/trabajadora a tiempo parcial
- Desempleado/a, en busqueda activa de empleo
- Desempleado/a, sin buscar empleo (estudiante, jubilado/a, amo/a de casa)

De los siguientes intervalos, ¿entre cual se encuentran los ingresos netos de su hogar al mes? (sumando todas las fuentes de ingresos de ese hogar)

- Ninguno
- Menor o igual a 600 €
- De 601 a 900 €
- De 901 a 1.200 €
- De 1201 a 1.800 €
- De 1801 a 2.700 €
- De 2700 a 3.600 €
- Mas de 3600 €
- NS/NC

¿Cual es su estado Civil?

- Soltera/o
- Casada/o/vive en pareja □
- Viuda/o
- Divorciada/o

¿Cuantas/os hijas/os tiene? Si no tiene, por favor ponga 0

¿Tiene personas dependientes a su cargo?

- Sí
- No

¿Presenta alguna enfermedad Cronica?

- Sí
- No

Por favor me puede decir ¿que enfermedad cronica?

En el ultimo mes, ¿ha tenido un diagnostico positivo de COVID-19?

- SI
- NO
- prefiero no contestar

En el ultimo mes, ¿ha tenido algun familiar cercano o conviviente con un diagnostico positivo de COVID-19?

- SI
- NO
- prefiero no contestar

En el ultimo mes, ¿ha fallecido algun familiar cercano o conviviente con un diagnostico positivo de COVID-19?

- SI
- NO
- prefiero no contestar

En el ultimo mes, ¿ha estado en aislamiento/cuarentena?

- SI
- NO
- prefiero no contestar

¿Cuanto pesa? Por favor indíquelo en numeros enteros y en Kg

¿Cuanto mide? Por favor indíquelo en cm

¿Cuantas horas duerme al dia?

Indique el tipo de vivienda en el que vive

- Bloque de pisos
- Vivienda unifamiliar o adosada
- Chalet o casa de campo independiente
- Otro

¿Cuantas veces a la semana accede a un espacio natural? Si no accede ninguna vez por favor ponga 0

¿En que tipo de espacios naturales?

- Bosque
- Campo
- Jardin
- Rios
- Lagos/lagunas
- Mar

¿Ha influido la pandemia del COVID-19 en el numero de veces que accede a espacios naturales?

- no ha influido
- si ha influido, salgo menos veces
- si ha influido, salgo mas veces

¿Contempla espacios naturales desde su domicilio?

- Si
- No

¿Contempla espacios naturales desde su trabajo?

- Si
- No

¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su domicilio?

- Si
- No

¿Contempla fotografías, imágenes, cuadros de espacios naturales en su trabajo ?

- Si
- No

¿De camino a su trabajo, va contemplando espacios verdes?

- Si
- No

¿Tiene plantas (macetas, vegetación) en su vivienda?

- Si
- No

¿Cual es su nivel de actividad física?

- Nada activo, es decir tiene una vida sedentaria
- Moderadamente activo, es decir anda a paso ligero 2-3 veces semana
- Entre moderadamente y muy activo, es decir realiza footing o actividades similares 2-3 veces semana
- Muy activo, es decir realiza actividad física vigorosa al menos 5 días a la semana

Anexo III. Escala de Estrés Percibido

Confidential Page 1

Escala de estrés percibido

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique como usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	nunca	casi nunca	de vez en cuando	a menudo	muy a menudo
1. ¿con que frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿con que frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿con que frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntuacion Positiva: 1,2,3,8,11,12,14

	Muy a menudo	A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca
4. ¿con que frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿con que frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

07-04-2022 17:27 projectredcap.org

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. ¿con que frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ¿con que frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ¿con que frecuencia se ha sentido que tenia todo bajo control? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. ¿con que frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Puntuacion Negativa: 4,5,6,7,9,10,13

PSS GLOBAL

Anexo IV. Escala de Calidad de Vida relacionada con la Salud

Confidential

Page 1

Cuestionario de salud SF12

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales

En general, usted diria que su salud es

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podria hacer en un dia normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es asi ¿Cuanto?

Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar mas de una hora?

- Si me limita mucho
- Si me limita un poco
- No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Si me limita mucho
- Si me limita un poco
- No, no me limita nada

Durante las 4 ultimas semanas ¿ ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud fisica?

¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

Durante las 4 ultimas semanas ¿ ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algun problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)

¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algun problema emocional?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

07-04-2022 17:27

projectredcap.org



¿no hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algun problema emocional?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

Durante las 4 ultimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domesticas) ?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 ultimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca mas a como se ha sentido usted. Durante las 4 ultimas semanas ¿cuanto tiempo...?

¿se sintio calmado y tranquilo?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

¿tuvo mucha energia?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

¿se sintio desanimado y triste?

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

Durante las 4 ultimas semanas ¿ con que frecuencia la salud fisica o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)

- todo el tiempo
- la mayoría del tiempo
- alguna parte del tiempo
- un poco del tiempo
- ninguna de las veces

Anexo V. Hoja de instrucciones para la recogida de datos

Estudio de Prevalencia del Estrés Percibido y Calidad de Vida relacionada con la salud en la población adulta de la Comarca de Molina- Alto Tajo.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO

El Cuestionario se compone de 4 partes:

1. Identificación del/la participante y Consentimiento informado.

En este apartado se cumplimentan vuestros datos como profesional que realiza el cuestionario y los de la persona. Se lee el consentimiento informado y se deben completar las preguntas acerca del mismo. **Si da** su consentimiento se continua con la encuesta (para ello debe contestar que si a todas las preguntas acerca del consentimiento); **si no** lo acepta se dan las gracias y se finaliza.

- Con cada paciente debéis abrir el enlace de nuevo, y lo conveniente es que la encuesta se realice en la misma llamada. Os recuerdo que el tiempo aproximado de realizarla es entre 20 y 30 minutos.

2. Datos sociodemográficos y de contexto

He intentado que la formulación de las preguntas sea lo más sencilla posible y se especifique como se debe anotar las respuestas.

3. **Escala de Estrés Percibido PSS14.** Es una escala que se compone de 14 preguntas, he dividido el cuestionario en 7 preguntas en las que el orden de las opciones de respuesta es NUNCA, CASI NUNCA, DE VEZ EN CUANDO, A MENUDO Y MUY A MENUDO. (podéis anotarlas en un papel antes de realizar la encuesta para no tener que estar subiendo y bajando la pantalla para ver las opciones ya que estas se encuentran en la parte de arriba) y las otras 7 preguntas tienen las mismas respuestas pero el orden es: MUY A MENUDO, A MENUDO, DE VEZ EN CUANDO, CASI NUNCA Y NUNCA. Espero que no os suponga un lío, era la forma adecuada de hacerlo para luego poder obtener la puntuación del cuestionario.
4. **Cuestionario de Salud SF12.** SE compone de 12 preguntas, en este cada pregunta tiene su opción de respuesta abajo a la izquierda.

IMPORTANTE: En todo el cuestionario **no** hay acentos, tildes ni la letra Ñ, debido a que el programa que he empleado para la hacer el cuestionario es americano y no las interpreta correctamente dando lugar a errores después al exportar los datos al programa estadístico.