



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CORRELACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA
SALUDABLE CON LA FELICIDAD
EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN
A UN PROGRAMA
BRINDADO POR UN CENTRO
ASISTENCIAL DE LIMA - 2018

TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

REINA AIDITA BOCANEGRA RAMÍREZ

LIMA – PERÚ

2019

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

Presidente

Lic. Jorge Manuel Mendoza Castillo

Vocal

Mg. Carolina Jesusa Mayorca Castillo

Secretaria

ASESOR DE TESIS

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

DEDICATORIA

“A Dios, luz en mis momentos de oscuridad, por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional”.

“A los adultos mayores que participaron en este estudio, por su disposición y voluntad de colaborar. Sin ustedes esta investigación no hubiese sido posible. Esto es para ustedes”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, Reina y Walter, por su eterna confianza y soporte en cada paso que doy, y por nunca dejar de apoyarme y motivarme en cada decisión que tomo.

A mis hermanos, por su cariño incondicional, por los consejos y el ánimo que me brindan en todo momento.

A mis abuelitos, por enseñarme que unidos podemos lograrlo todo.

A mis padrinos, tíos y primos, que me alegran cada día dándome su cariño y amor, y por enseñarme el valor de la perseverancia y la responsabilidad.

A Marco, mi soporte en los momentos más difíciles, porque a través de sus consejos, compañía y paciencia, me ayudó a concluir esta meta.

A mi asesor, el doctor Giancarlo Ojeda, por su paciencia, conocimientos, disposición para atender mis dudas. Por ser mi apoyo y guía durante este camino.

A mis amigos incondicionales, por hacer cada momento especial y motivarme a alcanzar mis metas.

Y gracias a la institución, en la que realicé mi proyecto de investigación. Gracias a cada uno de los miembros y a los adultos mayores quienes gentilmente colaboraron con la elaboración de este trabajo; sin su ayuda esto no hubiese sido posible.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	6
3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	10
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
4.1. OBJETIVO GENERAL	10
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	12
1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES.....	12
1.1. Adultos Mayores.....	12
1.1.1. Definición	12
1.1.2. Proceso de envejecimiento	12
1.1.2.1. Envejecimiento Patológico	13
1.1.2.2. Envejecimiento activo	13
1.2. Estilo de Vida	13
1.2.1. Definición	13
1.2.2. Tipos de estilos de Vida	15
1.2.2.1. Estilo de vida saludable	15
1.2.2.2. Estilo de vida no saludable	15
1.2.3. Factores condicionantes	15
1.2.3.1. Alimentación	16
1.2.3.2. Actividad y ejercicios	16
1.2.3.3. Manejo del estrés.....	17
1.2.3.4. Apoyo interpersonal	18
1.2.3.5. Autorrealización	18
1.2.3.6. Responsabilidad en salud.....	18
1.2.4. Teorías de los estilos de vida.....	19

1.2.4.1 Teoría de la promoción de la salud de Pender	19
1.2.4.2. Modelo del campo de la salud	20
1.3. Psicología Positiva.....	21
1.3.1. Felicidad.....	21
1.3.2. El enfoque psicológico de la felicidad.....	22
1.3.2.1. Las cuatro dimensiones de la felicidad.....	22
1.3.2.1.1. Sentido positivo de la vida	23
1.3.2.1.2. Satisfacción con la vida.....	23
1.3.2.1.3. Realización personal	23
1.3.2.1.4. Alegría de vivir	23
1.3.3. Teorías de la felicidad	24
1.3.3.1. Modelo de felicidad de Alarcón	24
1.3.3.2. Teoría de la felicidad de Seligman	25
1.3.3.3. La teoría evolutivo-cibernética de la felicidad.....	25
2. INVESTIGACIONES EN TORNO AL PROBLEMA INVESTIGADO, NACIONALES E INTERNACIONALES	26
3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES	36
4. HIPÓTESIS.....	41
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	43
1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	43
3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y MÉTODO DE MUESTREO	44
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	45
4. INSTRUMENTOS	45
5. PROCEDIMIENTO.....	49
6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	52
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	54

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	63
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

ANEXOS

1. CALENDARIO
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
3. INSTRUMENTOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 0. Matriz de Operacionalización de variables.....	39
Tabla 1: Estilos de Vida predominantes.....	55
Tabla 2: Niveles predominantes de felicidad.....	56

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Correlación entre Estilo de Vida Saludable y la Felicidad.....	54
Gráfico 2: Correlación entre Alimentación y Felicidad.....	57
Gráfico 3: Correlación entre Actividad y Ejercicios y la Felicidad.....	58
Gráfico 4: Correlación entre Manejo del Estrés y Felicidad.....	59
Gráfico 5: Correlación entre Apoyo Interpersonal y Felicidad.....	60
Gráfico 6: Correlación entre Autorrealización y Felicidad.....	61
Gráfico 7: Correlación entre Responsabilidad en Salud y Felicidad.....	62

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo conocer cuál es la correlación entre estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima. El nivel y tipo de investigación es básica y no experimental mientras que el diseño es correlacional. El estudio se basó en la aplicación de La Escala de Estilo de Vida (Pender) y la Escala de Felicidad de Lima (Alarcón). La muestra estuvo conformada por 67 adultos mayores, 44 mujeres y 23 hombres, cuyas edades oscilaron entre 65 y 89 años. Se concluyó que entre el estilo de vida saludable y la felicidad existe una correlación alta de tipo no lineal. Asimismo, se hallaron correlaciones no lineales entre las dimensiones de estilo de vida saludable (alimentación, actividad y ejercicios, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud) y la felicidad donde se obtuvieron correlaciones moderadas y altas. La investigación también incluye datos sobre el estilo de vida y felicidad predominantes en la población.

Palabras claves: estilo de vida saludable, felicidad, adultos mayores.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the correlation between healthy lifestyle and happiness in older adults who attend a program offered by a health center in Lima. The level and type of research is basic and not experimental while the design is correlational. The study was based on the application of the Life Style Scale (Pender) and the Lima Happiness Scale (Alarcon). The sample consisted of 67 older adults, 44 women and 23 men, whose ages ranged between 65 and 89 years. It was concluded that between the healthy lifestyle and happiness there is a high non-linear correlation. Likewise, non-linear correlations were found between the dimensions of healthy lifestyle (food, activity and exercise, stress management, interpersonal support, self-realization and responsibility in health) and happiness where moderate and high correlations were obtained. The research also includes data on the predominant lifestyle and happiness in the population.

Keywords: healthy lifestyle, happiness, older adults

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el envejecimiento es un tema que genera mucho interés y preocupación en la población, respecto a cómo están viviendo las personas adultas mayores, tema que motivó la realización de varios estudios. A una mayor parte de este sector de la población se le atribuye algunas características, en su mayoría negativas, y eso refuerza el hecho de que los adultos mayores se sienten poco valiosos en la sociedad. Investigaciones realizadas sobre la calidad de vida en la vejez precisan factores importantes para ellos, los cuales son aspectos psicológicos vinculados a su bienestar. Por ello, se determina que una persona con alto bienestar subjetivo es, precisamente, la que está contenta con su vida y la vive de manera positiva (Puig, Rodríguez, Farras & Lluch, 2011).

Aunque la expectativa de vida está aumentando, eso no indica que la calidad con la que los adultos mayores están viviendo sea la adecuada. En ese sentido, es necesario hacer uso de estrategias que colaboren y aporten a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Aponte, 2015).

Por ello, la presente investigación pretenderá conocer la correlación entre estilos de vida y felicidad, para la cual participaron adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima y se utilizó la *Escala de Estilo de Vida* y la *Escala de la Felicidad de Lima*.

De esta manera, el trabajo está dividido en seis capítulos o apartados. El primero, contiene el planteamiento del problema; el segundo, el marco teórico; el

tercero, señala la metodología; el cuarto, presenta los resultados; el quinto, la discusión; y, por último, el sexto, las conclusiones.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, la población adulta mayor crece gradualmente. Entre los años 2000 y 2050 se visualiza un declive en la población de jóvenes, generalmente menores de 15 años, y el incremento de los adultos mayores. Estas diferencias ya se apreciaban desde el año 2000, pero se acentuarán más en el futuro. El porcentaje de adultos mayores en el mundo es de 8.5 por ciento, aproximadamente. Se estima que, para el 2030, el porcentaje de esta población crezca a 16.6 por ciento y, en el 2050, sea 21.4 por ciento. En el año 2000, uno de cada diez personas era un adulto mayor en el mundo y, aproximadamente, a mitad de siglo será uno de cada cinco. La población adulta mayor irá creciendo con el pasar de los años, a nivel mundial (OMS, 2017).

Según el INEI (2015), actualmente el envejecimiento de la población peruana es mayor a 3 millones 11 mil 50 personas, en el año 1950 la población adulta mayor era de 5,7 %; sin embargo, hoy en día representan el 9,7 % de la población.

Asimismo, cada año el porcentaje de adultos mayores se incrementa en un 3,3 %, por lo que se espera que al año 2021, esta población sea de 3'727.000, lo que representaría el 11,2 % de la población en general. Sin embargo, esta población se enfrenta a situaciones bastante difíciles y alarmantes, ya que al llegar a esta etapa de sus vidas, muchos de ellos sufren diversas enfermedades, atraviesan por la pérdida de sus seres queridos y experimentan así la soledad (INEI citado en, La República,

2015).

El hecho de que la esperanza de vida esté creciendo, conlleva a evidenciar diferentes cambios en la vida de las personas. Si bien a lo largo de la vida todos pasan dificultades, en la etapa adulta mayor se evidencian diferentes temores o inquietudes en base a la ineludible pérdida de sus capacidades físicas y psíquicas; por ello, el gran interés en los trastornos mentales en esta etapa de la vida, sobre todo, en aquellos que poseen un grave deterioro en la calidad de vida, ya que requieren mayores centros o servicios de salud. El trastorno psiquiátrico más recurrente en esta edad es la depresión, lo que puede conllevar a serias consecuencias como: deterioro funcional, pérdida de calidad de vida e incremento de la mortalidad y suicidio (Zavala & Núñez, 2011).

El adulto mayor, por la declinación de su salud, la pérdida de su grupo más cercano (parientes y amigos), además de otras patologías que aparecen en la vejez, podría presentar más problemas que le generan infelicidad. Esta población requiere de mayor atención porque son más vulnerables (INEI, 2017).

La población adulta mayor es un grupo heterogéneo y bastante complejo con problemáticas particulares según cada contexto. En el caso del Perú, se han reportado datos preocupantes. En cuanto a la salud, el 82,6% de la población adulta mayor femenina presenta algún problema de salud crónico y, en la población masculina, afecta al 69,9%. Además, que del total de la población con alguna discapacidad, el 45,1% son adultos mayores. Con respecto a educación, el 14,8% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo y el 17,4% de la población de esta

población no sabe leer ni escribir. Esta situación es más elevada en las mujeres, el 26,3% de adultas mayores son analfabetas, siendo más de tres veces que en los hombres (INEI, 2018).

“Perú es el tercer país menos feliz en Sudamérica. En esta reciente medición, Perú se ubica en el puesto 14 de 18 países de América Latina, en el 8 de 10 en Sudamérica, y en la ubicación 63 de 155 en el mundo; es decir, a mitad de tabla a nivel global” (Según la ONU, citado en RPP, 2017).

Perú se ubica este año en el puesto 65 de un total de 156 países con respecto a la medición de felicidad (Delgado citado en Perú 21, 2019).

En la actualidad ya no son las enfermedades infecciosas las causas principales de fallecimientos, sino las que resultan de inadecuados estilos de vida y de las conductas poco saludables. Por ello, es más fácil, y se genera menos gasto, ayudando a que una persona se conserve saludable, a tener que tratarla de una enfermedad. Así mismo, la detección temprana de factores de riesgo sumada a la promoción de estilos de vida saludables, optimiza la prevención y aumenta la calidad de vida de las personas (Palomares, 2014).

Según la Universidad Católica San Pablo (2014), la edad se relaciona negativamente con la alegría de vivir y positivamente con la depresión; por eso, a mayor edad, menor es la alegría o las ganas de vivir y mayores son los sentimientos de depresión. La población adulta mayor en nuestro país va envejeciendo, en este sentido la sociedad y el Estado deben prestar mucho interés y cuidado a este sector de

la población, la cual con el paso del tiempo se torna más vulnerable.

Hasta 300 millones de personas sufren depresión, una cuarta parte de las personas de 65 años o mayores padecen de depresión, por lo que es necesario buscar estrategias que ayuden a afrontar esta problemática actual (OMS citado en RPP, 2019).

En la población adolescente la prevalencia de la depresión es de 8 por cada 100 personas, mientras que en adultos mayores aumentan a 12 por cada 100 personas. (Anicama citado en Perú 21, 2015)

Por ello, se deben establecer servicios de salud de calidad y especializados para los adultos mayores, así como un soporte social adecuado que promueva su bienestar, su calidad de vida y se aprovechen sus recursos. Así mismo, encontramos que la felicidad en su totalidad es una problemática en los adultos mayores, en ese sentido se decide trabajar con el puntaje total de la felicidad. Es por estas premisas que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la correlación entre estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a los programas brindados por un centro asistencial de Lima?

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Los seres humanos vivimos en busca de la felicidad, sea cual fuere el significado que le demos y la manera de cómo la representamos en función a nuestra cultura, intentamos siempre encontrarla a lo largo de nuestra vida. Las condiciones o calidad de vida y las características de la sociedad en la cual vivimos, son variables

importantes de las cuales depende nuestra idea de felicidad (La Rosa, 2012).

Según Puig & Rodríguez (2011), analizar las situaciones que afectan o protegen el bienestar de las personas mayores contribuye a mejorar su calidad de vida, por ello, es relevante estudiar e identificar el estilo de vida de los adultos mayores para ayudarles a prevenir enfermedades y a mejorar su calidad de vida.

Durante estos últimos años, la felicidad como ciencia se va consolidando en nuestra cultura, por lo que es necesario promover la idea de que los gobiernos orienten su gestión no solamente hacia el desarrollo económico, sino también, a lograr un mayor bienestar. La búsqueda de la felicidad no es solo una idea, sino que es una prioridad y tal vez la única forma de evitar la serie de problemas psicosociales por los que atraviesa el mundo en este tiempo (Yamamoto, 2013).

Es necesario establecer un nuevo paradigma económico que se base en la felicidad. En ese sentido en los últimos años, la economía, las ciencias sociales y la política internacional han ido centrando su atención en el estudio de la felicidad, sobretodo en el estudio del bienestar subjetivo, y ello proporcionará consecuencias importantes en el país en los distintos ámbitos. En ese sentido se decidió dar mayor importancia a la felicidad y al bienestar para poder determinar y medir el desarrollo social y económico. El progreso de la felicidad nacional debería considerarse un objetivo político, siendo estudiado y evaluado tan concienzudamente como el crecimiento de la economía (ONU en el 2012 citado en Yamamoto, 2013).

La situación económica es una condición importante pero no es suficiente

para la felicidad; puesto que este constructo crece en una sociedad equitativa, justa, y con bienestar económico; los gobiernos tienen una gran influencia en la felicidad o infelicidad de los peruanos; puesto que la eficacia de la gestión pública debe y puede contribuir en la felicidad nacional (Yamamoto citado en Perú 21, 2019).

Es pertinente estudiar estos fenómenos ya que el envejecimiento de la población es un hecho ineludible y para hacer frente a esto, se promueve mediante este trabajo de investigación, un envejecimiento saludable que permita a la persona poder desenvolverse y participar en las diversas áreas de la vida social. Este envejecimiento no se limita solo a solucionar problemas, busca también que los adultos mayores sean autónomos, estén integrados a la sociedad y manifiesten altos niveles de bienestar subjetivo; por ello, es importante hacer promoción del buen envejecer que permita proteger la salud física y mental de las personas mientras van envejeciendo, fomentando el autocuidado, la identidad, autonomía y la participación de las personas adultas mayores (SENAMA, 2012).

Así mismo una sociedad feliz puede hacer frente a problemáticas como la depresión, el miedo, la frustración y la delincuencia. Incluso las investigaciones señalan que la mayoría de la gente prefiere vivir en una sociedad con mucha felicidad en lugar de mucha riqueza (Gestión ,2014).

ONU (2019), reconoce la búsqueda de la felicidad como un objetivo humano fundamental e invita a todos los países a promover políticas públicas que incluyan la importancia de la felicidad y el bienestar, lo que va a beneficiar el desarrollo de la nación.

Finalmente, los resultados de este trabajo pueden trascender dado que uno de los factores importantes en el envejecimiento saludable es: el optimismo, el estado físico y la actitud que posee la persona para enfrentar los problemas, conflictos y desafíos de la vida; por ello, una persona que posee pensamientos positivos puede hacer frente al envejecimiento de mejor manera. Las emociones positivas nos protegen contra las enfermedades y nos conducen a un mejor estado de salud. La actitud positiva ante la vida genera mucho optimismo, que nos llena de felicidad, potencia nuestra salud y la calidad de vida, y viceversa. Como se han evidenciado en distintas investigaciones, un buen estado físico nos protege y nos brinda mayor satisfacción. El concepto de envejecimiento activo, según la OMS, hace referencia al proceso de optimización del bienestar social, físico y mental de la persona a lo largo de su vida. Por ello, a pesar de todas las variables que influyen en la vejez es posible un envejecimiento saludable y feliz porque una actitud positiva, entusiasta, llena de amor y comprensión, a lado de una espiritualidad muy fuerte, es determinante para una vida saludable y feliz en los adultos mayores (Mesonero & Fombona, 2011).

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables citado en PUCP (2018), trabajar en esta población es bastante importante debido a su vulnerabilidad. Se han atendido 5,594 casos de violencia contra los adultos mayores durante el año 2017, entre enero y marzo de 2018, ya se han reportado 3,157 casos. Los principales agresores en violencia de tipo económico, psicológico y físico suelen ser los mismos familiares de la persona adulta mayor. Así mismo es común encontrar a adultos mayores que viven solos o se encuentran abandonados.

De esta forma se contribuirá a reducir la infelicidad en los adultos mayores y ayudarlos a desarrollar y/o mantener estilos de vida que faciliten alcanzar la felicidad en los distintos ámbitos de su vida.

3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

-Debido a la cantidad de participantes, a pesar de que se trabajó con toda la población que asisten al programa preventivo que ofrece un centro asistencial privado de Lima, no es posible generalizar los resultados a otras poblaciones.

-No se realizó la validación de la Escala de Felicidad de Lima puesto que se llevó a cabo una entrevista con el autor de la prueba y menciono que si era válida para adultos mayores.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer cuál es la correlación entre estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Identificar el estilo de vida predominante en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

2.- Identificar el nivel de felicidad predominante en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

3.- Identificar la correlación entre la dimensión alimentación del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

4.- Identificar la correlación entre la dimensión actividad y ejercicio del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

5.- Identificar la correlación entre la dimensión manejo del estrés del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

6.- Identificar la correlación entre la dimensión apoyo interpersonal del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

7.- Identificar la correlación entre la dimensión autorrealización del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

8.- Identificar la correlación entre la dimensión responsabilidad en salud del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES

1.1. Adultos Mayores

1.1.1. Definición

La población adulta mayor es aquella que tiene de 60 años en adelante. Es importante tener en cuenta que se necesita establecer estrategias adecuadas para el cuidado a esta población (OMS, 2019).

1.1.2 Proceso de envejecimiento

El envejecimiento humano es un proceso multidimensional propio del ser humano, el cual se caracteriza por ser heterogéneo e irreversible; inicia desde la concepción, se va desarrollando durante toda la vida y culmina con la muerte. Así mismo, se dan una serie de cambios biológicos y psicológicos y se acumulan, necesidades, limitaciones, cambios y déficit, capacidades (MINSA, 2019).

En el envejecimiento se dan muchas pérdidas psicosociales, lo cual es totalmente normal y muchas veces produce que, a algunos adultos mayores, les cueste percibir sus habilidades y los aspectos positivos de ellos y de su entorno. Conforme las personas van envejeciendo se producen modificaciones y alteraciones en la salud física y mental. Sin embargo, en diversas investigaciones se ha encontrado que esto se pueda contrarrestar un poco por medio de la realización de actividad física, ya que esto ayuda a tener una mejor condición física y mental (Bustamante, 2015).

1.1.2.1 Envejecimiento Patológico

Es el tipo de envejecimiento en el que existe deterioro físico y mental, el cual es producto de sucesivos daños, tanto primarios como secundarios, debido, por ejemplo, a procesos vasculares, infecciosos o tumorales. Es un proceso en el que también aparecen cambios a consecuencia de enfermedades, malos hábitos, sedentarismo, entre otros. Estos no forman parte del envejecimiento normal y, en algunos casos, pueden prevenirse o son reversibles (Martínez, González, Castellón, 2018).

1.1.2.2 Envejecimiento activo

Es el envejecimiento en el que la persona posee un alto nivel de funcionamiento y bajo riesgo de sufrir alguna enfermedad. Se compone de baja probabilidad de patología y discapacidad, alto nivel de capacidad cognitiva y funcional, e implicación activa con la vida diaria (social, cultural y familiar) (Bausela, 2012).

Envejecimiento activo se define como el proceso de optimización de las oportunidades referidas a la salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores (OMS, 2015).

1.2 Estilo de Vida

1.2.1 Definición

Estilo de vida es definido como los procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos o grupos de la población que genera satisfacción de las necesidades humanas para llegar a alcanzar el bienestar en la vida, en caso sea así se considera un factor protector. Sin embargo muchas veces se convierten en factores de riesgo, con lo cual atenta contra el bienestar, en ese sentido son vistos como un proceso dinámico que se compone de acciones o comportamientos (WONG, 2012).

El estilo de vida son las “Manifestaciones de dimensiones colectiva y social, determinados y modelados a su vez por el contexto social, económico y cultural” (Penders, citado en Aguilar, 2014).

Según OMS, citado en Aguilar (2014), es un conjunto de patrones de comportamiento que pueden ser identificados y son casi siempre estables en la persona o en una comunidad. El estilo de vida, asimismo, es el resultado de diversas interacciones tales como: características individuales, sociales, condiciones socioeconómicas y ambientales. Muchos de estos adhieren conductas determinadas que permiten hacer una medición del bienestar de la persona a partir de factores de protección y riesgo.

Este constructo se utiliza para hacer referencia a la forma de vivir, la cual se basa en las interacciones entre las condiciones de vida y los patrones individuales de comportamiento, los cuales son delimitados por aspectos socioculturales. A su vez, los estilos se componen de hábitos y las pautas conductuales. Estas pautas son entendidas y puestas a prueba de forma continua en situaciones de índole social, por lo que no son estables, sino que pueden hacerse cambios (OPS, citado en Villareal,

2016).

1.2.2. Tipos de estilos de Vida

Los estilos de vida son un conjunto de conductas y hábitos que poseen las personas, los cuales pueden ser saludables o no saludables; este último causa daños y enfermedades de distintos tipos. Sin embargo, las personas son libres de escoger uno de ellos, ya sea consciente o inconsciente. Esto es algo que el Estado debe prestar interés y considerarlo dentro de las políticas de salud (Villareal, 2016).

1.2.2.1. Estilo de vida saludable

Es definido como el conjunto de patrones sociales, tradiciones, hábitos y comportamientos de las personas y de una comunidad lo cual genera la satisfacción de las necesidades humanas que permiten llegar al bienestar y tener una mejor calidad de vida. Además, esto contribuye a tener mejores condiciones de salud disminuyendo los riesgos de contraer una enfermedad (Aguilar, 2014).

1.2.2.2. Estilo de vida no saludable

Formado por aquellas acciones o comportamiento que realizamos frecuentemente pero que generan daños en la salud y actúan contra del bienestar de la persona. Así mismo, produce un declive en los aspectos biopsicosociales y en la integridad del ser humano. Estos hábitos aumentan el riesgo de contraer diversas enfermedades (Aguilar, 2014).

1.2.3. Factores condicionantes

A continuación Landa (2016), describe los factores que conforman el estilo de vida saludable, factores que serán tomados en cuenta en la escala que se aplicará para la presente investigación.

1.2.3.1. Alimentación

Este factor indica que para poseer una buena salud y un adecuado funcionamiento en nuestro cuerpo, es de suma importancia estar bien nutridos y alimentados. Si bien estos dos términos son similares sus definiciones son distintas. Por un lado, la alimentación consiste en ingerir determinadas sustancias del medio, las cuales componen nuestra dieta; esta es una acción voluntaria y consciente, la cual vamos aprendiendo. Por otro lado, la nutrición es una disciplina que se centra en los alimentos y su relación con la salud. Asimismo, es el conjunto de procesos mediante el cual nuestro cuerpo ingiere, procesa y hace uso de los alimentos para la generación de energía que va a permitir el crecimiento y el mantenimiento de la vida. Una alimentación saludable es aquella en donde los alimentos son balanceados y se selecciona los que brindan energía y los nutrientes esenciales tales como; proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales, etc. Es decir, lo que cada individuo necesita para mantenerse sano y con una mejor calidad de vida que ayude a prevenir enfermedades (Landa ,2016).

1.2.3.2. Actividad y ejercicios

La actividad física es definida como cualquier movimiento en el cuerpo que implique un gasto de energía. Por ello, un adecuado nivel de actividad física previene

y reduce el riesgo de presentar enfermedades como la depresión, cardiopatía, cáncer, accidente cerebrovascular, hipertensión, diabetes, caídas, entre otros. Además, ayuda en la salud funcional y ósea, y es un determinante importante de gasto de energía; por lo que, es esencial para establecer un equilibrio y un control del peso. Este término podría no distinguirse del ejercicio; sin embargo, son diferentes ya que este es planificado, posee una estructura determinada y se plantea mejorar la calidad de vida. Sin embargo, en la actualidad el no realizar actividad física es uno de los más importantes determinantes de riesgo respecto a la mortalidad a nivel mundial, como hecho principal de la aparición de cánceres, diabetes y cardiopatía (Landa, 2016).

1.2.3.3. Manejo del estrés

El estrés es la respuesta del organismo a presiones que se van a presentar, ya sea internas o externas. Es aquel estímulo que va a afectar de forma emocional o física frente a una situación de peligro que puede ser real o solo se perciba como real. Muchas veces puede generar tensión, ansiedad, sudoración, temblor en manos, incremento de la frecuencia respiratoria, entre otros. Existen dos tipos de estrés: El estrés físico, el que no permite que una persona se pueda desempeñar adecuadamente debido a los cambios que se puedan dar en el ambiente, y si esta dura mucho podría causar graves daños. Y el estrés psíquico, causado por las exigencias que se hace la persona para cumplir una determinada tarea. Por ello, para manejar el estrés se debe procurar el control y disminuir la tensión frente a situaciones estresantes mediante ejercicios de relajación (Landa, 2016).

1.2.3.4. Apoyo interpersonal

Hace referencia a las relaciones sociales y de comunicación, las cuales son esenciales para poder establecer interacciones sociales, las cuales parten de la socialización del ser humano; ello es genético y permite constituir sociedades, identificarse con la cultura, entre otros. Además, como seres humanos somos capaces y tenemos la necesidad de hacer interacción con los otros: el integrar y ser parte de grupos. Hay distintas formas o aspectos que permiten al ser humano interactuar, el más importante es el lenguaje y el acto de comunicar (Landa, 2016).

1.2.3.5. Autorrealización

Este término hace referencia al logro satisfactorio de nuestras metas y objetivos, que, al cumplirlos, nos hace sentir orgullo y satisfacción con nuestra vida y lo que estamos logrando. Esto implica poner todo nuestro potencial y lograr ser la persona que deseamos; es decir, llegar a la plenitud. Este concepto se encuentra bastante relacionado a la felicidad y el bienestar (Landa, 2016).

1.2.3.6. Responsabilidad en salud

Este factor se refiere a cuánta importancia le damos a nuestra salud; eso se realiza, principalmente, por medio del chequeo médico el cual va a permitir evaluar el estado de salud que posee una persona. También detectar y tratar de manera temprana las enfermedades con el objetivo de darles una solución y empezar el tratamiento lo antes posible. Con ello podremos evitar que las enfermedades se hagan más graves y la solución sea más compleja. Otra de las ventajas es que el médico pueda conocer el

estilo de vida de la persona y evalúe los factores de riesgo ante patologías y nos ayude a superarlo o a poder prevenirlos. Muchos factores de riesgo pueden permanecer sin alertas y de forma silenciosa. Por ello, prevenir es lo mejor para anticiparnos a un hecho, ya que el objetivo de controlar nuestra salud, en tiempos determinados, nos ayudará a evitar la aparición de enfermedades o detectarlas a tiempo. Este es el método más eficaz para el cuidado y promoción de la salud (Landa, 2016).

1.2.4. Teorías de los estilos de vida

1.2.4.1 Teoría de la promoción de la salud de Pender

Este modelo integra y menciona los factores que influyen en la salud y que estos, a su vez, motivan a las personas a realizar conductas que van dirigidas a la ampliación de la salud. El modelo de promoción de la salud (MPS) está compuesto por tres categorías. La primera categoría: Características y experiencias individuales; en donde cada individuo posee características y experiencias únicas que van a afectar a las conductas que siguen. La segunda categoría: las Cogniciones y efecto específico de la conducta. Esta se considera la más importante, en cuanto al aspecto motivacional, pues podrían ser modificadas o cambiadas. y, la tercera categoría es: el resultado conductual que incluye, en primer lugar, el compromiso con un plan que comience un evento conductual y a su vez motivar a la persona a la acción. Asimismo, localiza las estrategias que van a permitir llevar a cabo y reforzar la conducta. La conducta que implica promocionar la salud es el último punto o la respuesta de la acción en el modelo que plantea el autor, sobretodo está orientado al

logro de resultados positivos respecto a la salud. Estas conductas promueven, sobretodo, un estilo de vida saludable teniendo como resultado una buena salud y una adecuada calidad de vida (Del Rio, 2016). Este modelo planteado por Pender es en el que se basará la presente investigación.

1.2.4.2. Modelo del campo de la salud

Este es un modelo elaborado por Lalonde, y es un modelo de salud pública en donde se explican los determinantes de la salud, y se habla también de los estilos de vida, del ambiente, la biología humana y la organización de los servicios de salud, ya que es un campo multidimensional. Este modelo da a conocer cómo es que las diferenciaciones sociales en la salud pueden ser condiciones causales ya sea en el individuo, como también en las comunidades o a partir de cláusulas sanitarias. Este modelo exhibe los determinantes principales de la salud, en el medio está la persona y los factores que, de alguna forma, afectan su salud, pero que no pueden ser cambiados. Alrededor están aquellos determinantes que se podrían cambiar como los estilos de vida, otro de ellos son los determinantes a cerca de la participación del personal médico, que no es tan sencillo de cambiar. Sin embargo, con este modelo se busca impulsar y apoyar la promoción de la salud y que se definan claramente las políticas y medidas adecuadas y sobretodo efectivas. El determinante esencial en la salud y el que puede ser fácil de cambiar a través de campañas o acciones de promoción de la salud o prevención primaria son los estilos de vida de las personas, trabajando en ellos se podrán alcanzar grandes cambios en la salud (Cheesman, 2015).

1.3. Psicología Positiva

Busca comprender las emociones positivas, aumentar las fortalezas y las virtudes, con el objetivo de promover el potencial humano y aproximarse a la excelencia. Desde sus inicios no ha tenido como propósito sustituir a la psicología tradicional, ni mucho menos eliminar la importancia de entender y tratar los desórdenes mentales, sino que plantea una psicología equilibrada, en la que se considere el estudio tanto de las debilidades como de las virtudes en cada una de las personas, y sobretodo tener en cuenta los recursos con los que cuentan. Se trata de una psicología que tenga en cuenta los problemas como aquello que funciona bien La idea principal de la psicología positiva es que el bienestar humano es tan auténtico como los trastornos psicológicos y la enfermedad (Ibarra y Domínguez, 2017).

Es una ciencia subjetiva, la cual está compuesta por fenómenos como el perdón, la esperanza, el optimismo, la felicidad, la risa, la gratitud, el amor, la amistad, entre otros, los cuales engloban las fortalezas y virtudes del ser humano. Así mismo esta no propone que se dejen de lado los comportamientos negativos, debido a que estos son necesarios; sin embargo, señala que el problema es que dejamos de lado los aspectos positivos del hombre (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000 citado en Alarcón, 2009).

1.3.1. Felicidad

La felicidad puede ser definida como el resultado del logro de objetivos y retos, el estado de ánimo que se deriva de la percepción sobre cuán satisfecho se encuentra la persona en relación al resultado del logro de objetivos y retos. La

felicidad es la abundancia de sucesos emocionales positivos frente a los negativos. Es una vivencia subjetiva que se experimenta de forma distinta en cada persona. Otra de las definiciones es que es el grado en el cual una persona estima la calidad de su vida en términos generales, o dicho de otra forma cuánto a uno le agrada la vida que tiene (Arellano, 2019).

“Es un estado de satisfacción, más o menos duradero, que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien deseado” (Alarcón, 2009). Asimismo, el autor menciona que si bien puede ser duradera, también se puede perder y puede ser adquirida por medio del aprendizaje. Un individuo es feliz en la medida que tiene lo que desea o anhela y con ello se experimenta una sensación de bienestar y satisfacción.

1.3.2. El enfoque psicológico de la felicidad

Según Alarcón (2009), si bien la felicidad es un constructo antiguo, hace poco tiempo es que los psicólogos estudiaron este tema y por ello la cantidad de estudios ha ido creciendo en los últimos años. Actualmente, es un tema de mucho interés, lo que ha llevado a considerar a la felicidad como la ciencia del milenio. Así mismo, esta no solo ha llamado la atención de psicólogos también de diversos profesionales tales como; sociólogos, economistas y hasta políticos; por lo que debe ser abordado no solo de manera individual sino también por medio de políticas públicas.

1.3.2.1. Las cuatro dimensiones de la felicidad

Se pueden identificar cuatro dimensiones o factores, las cuales se describen a

continuación (Alarcón, 2009):

1.3.2.1.1. Sentido positivo de la vida

Hace referencia a tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida. Implica también tener ausencia de sufrimiento y el estar libre de estados depresivos y pensamientos de fracaso, pesimismo, intranquilidad, vacío, entre otros.

1.3.2.1.2. Satisfacción con la vida

Hace referencia a los estados subjetivos positivos de satisfacción de las personas en condiciones presentes y futuras respecto a lo que se ha logrado, porque considera que se encuentra cerca de alcanzar su ideal, por lo que se siente muy contento con la persona que es y lo que posee.

1.3.2.1.3. Realización personal

Se puede definir como la plena felicidad y no estados pasajeros, que supone la orientación hacia metas y objetivos que considera muy importante para su vida. Además se experimenta tranquilidad, placidez, autosuficiencia, entre otros para lograr la autorrealización y a través de ello la felicidad completa.

1.3.2.1.4. Alegría de vivir

Está referido a ver siempre las experiencias de la vida en forma positiva; es decir con optimismo y así mismo sentirse bien, con mucha alegría respecto a lo grandiosa que es la vida.

1.3.3. Teorías de la felicidad

1.3.3.1. Modelo de felicidad de Alarcón

Según Alarcón, 2002 citado en Davey (2016). A partir de la teoría que plantea, el autor menciona que la felicidad es descrita como un estado de bienestar personal; en ese sentido, vio pertinente investigar los objetos anhelados por las personas para alcanzar la felicidad. El sentimiento de lograr ese objeto anhelado va a producir satisfacción. Así mismo, esta posesión del bien que se anhela, menciona que existe una influencia cultural, por lo que hay objetos que son deseados por la mayoría de personas en una sociedad o comunidad. En cuanto a la relación entre felicidad y edad, se encontró que la felicidad no disminuye con la edad, por el contrario se incrementa, al menos entre los 50 y 60 años, y esto se debe quizá a que las personas adultas mayores tienden a regular mejor sus emociones; así mismo, aprenden a maximizar los aspectos positivos y a minimizar los aspectos negativos, ya que van adquiriendo mayor madurez.

Alarcón creó y validó una escala de la felicidad en la cual se establecieron cuatro factores: la alegría de vivir, la satisfacción con la vida, la realización personal y el sentido positivo de la vida. El autor menciona también que estar felices es una sensación de gozo que experimenta una persona dentro de sí misma. El término estado hace alusión a la permanencia de felicidad por un determinado periodo que suele ser largo. Comenta también que la felicidad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida, suelen ser utilizados casi siempre por los psicólogos como sinónimos; sin embargo, el autor utiliza el concepto de felicidad puesto que considera

este término como el estado afectivo de la persona y las características propias de la conducta feliz. Esta es la teoría que se tomará en cuenta en la presente investigación.

1.3.3.2. Teoría de la felicidad de Seligman

El autor de esta teoría, Seligman, plantea que se aborde el estudio de lo positivo de la experiencia humana vista desde tres aspectos; el análisis de las experiencias positivas, la aproximación al estudio de las fortalezas psicológicas y el análisis de las características que conforman y fijan las organizaciones positivas. Esta teoría propone una estructura, en la cual se señala las vías que al parecer conducen a la felicidad. En ese sentido, a partir de sus investigaciones, el autor señala que hay tres vías importantes por las cuales las personas se acercarán a la felicidad: la primera es la vida placentera esta se caracteriza por ser de corta duración y se va a lograr maximizando las emociones positivas y no las negativas en referencia al pasado, al presente y al futuro. Otra, es la vida comprometida que hace referencia al hecho de poner en práctica las fortalezas individuales para que así se pueda desarrollar mayores experiencias positivas. La última de las vías es la vida significativa, que es la más duradera y también incluye el hecho de desarrollar objetivos que van más allá de uno mismo, como el hecho de pertenecer a instituciones positivas como la familia, la educación, entre otras. Si bien el autor señala que son estas vías las que llevan a alcanzar la felicidad menciona que estas no tienen por qué ser ni exclusivas, ni absolutas (Domínguez e Ibarra, 2017).

1.3.3.3. La teoría evolutivo-cibernética de la felicidad

Esta teoría establece que existe una relación entre la salud y la experiencia subjetiva de sentirse bien la mayor parte del tiempo. A partir de esta teoría, la felicidad es definida como el sentimiento agradable y de bienestar que puede ser pasajero o duradero. Por lo que, esta teoría de la felicidad, establece que existe una relación entre la salud desde el aspecto objetivo y la experiencia subjetiva de experimentar sentimientos de bienestar. A partir de lo biológico, las emociones guían al organismo para que este se aleje de situaciones peligrosas evitando el dolor y más bien donde se promueve el aproximarse a las situaciones positivas que generen placer. Las emociones juegan un papel selectivo pero indirecto en las conductas adecuadas que lleva a realizar acciones apropiadas, que van a sustituir la selección natural. Por ello, las emociones positivas nos indicarán que el organismo está cerca de un estado óptimo. En ese sentido, la felicidad puede ser considerado como una señal de que la persona está biológicamente sana y, desde lo cognitivo que la persona pueda satisfacer sus necesidades básicas, a pesar de los posibles cambios en el ambiente (Gijon, 2017).

2. INVESTIGACIONES EN TORNO AL PROBLEMA INVESTIGADO, NACIONALES E INTERNACIONALES

Ámbito Nacional

Bustamante (2015), realizó un estudio que título “Estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor del asentamiento humano Santo Toribio de Mogrovejo, Chachapoyas”. El objetivo fue determinar la relación entre los factores biosocioculturales y los estilos de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano

Santo Toribio de Mogrovejo, Chachapoyas. Es un estudio descriptivo correlacional, en una muestra de 45 adultos mayores y se utilizaron entrevistas estructuradas, las conclusiones fueron que: existe una relación significativa entre los estilos de vida saludable y los factores sociales y culturales, menos el de la religión; también se encontró que no existe relación entre el factor biológico y los estilos de vida del adulto mayor. Sin embargo, Aparicio y Delgado (2011), realizaron un estudio similar que titularon “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas-Nuevo Chimbote”. El objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas-Nuevo Chimbote. Fue un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo-correlacional, en 130 adultos mayores en donde se tomó una escala y un cuestionario en donde los resultados indican que la mayoría posee un estilo de vida saludable (70 %) y que no existe relación muy alta, entre los estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Wong y Vílchez (2017), realizaron la investigación titulada “Determinantes de la salud en adultos mayores del Club Adulto Mayor – Huacho 2017”. La cual tuvo como objetivo describir los determinantes de la salud en los adultos mayores del Club del Adulto Mayor-Huacho, 2017. En cuanto a la metodología, el tipo de estudio es cuantitativo y descriptivo, la muestra fue de 135 adultos mayores. Se hizo uso del Cuestionario sobre determinantes de la salud. En los resultados se encontró en los determinantes biosocioeconómicos los siguientes aspectos; la mayoría son de sexo femenino, menos de la mitad tiene grado de instrucción inicial y/o primaria. La mayoría con ingreso menor de 750 soles, sin ocupación, con vivienda propia unifamiliar. Dentro de los determinantes de estilos de

vida, más de la mitad no fuman actualmente, la mayoría consumieron bebidas alcohólicas ocasionalmente. Casi la totalidad duerme entre 6 a 8 horas y se bañan 4 veces a la semana. Más de la mitad realiza caminatas, comen frutas y huevos 1 o 2 veces a la semana, consume carne y pescado 3 o más veces a la semana y fideos, pan y cereales todos los días. En cuanto a los determinantes de redes sociales, la mayoría se atendió en un puesto de salud, el tipo de seguro es SIS, refieren que la calidad de atención recibida fue regular, la mayoría recibe apoyo de sus familiares y no reciben apoyo social de algún programa del estado. Así mismo, Quintanilla (2014), realizó un estudio que lleva por título “Estilo de vida y depresión en el adulto mayor”. El propósito fue demostrar la existencia correlacional entre el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor perteneciente al Centro Integral del distrito de Mariano Melgar. La muestra fue de 140 adultos mayores de 60 años a más, de ambos sexos. Se usó criterios de exclusión para aquellos que presentaron deterioro mental y auditivo avanzado; y que tenían el quechua u otro como único idioma, se aplicó la prueba Mini- Mental para detectar deterioro mental avanzado; el cuestionario Fantástico para medir estilo de vida y el de Depresión de Yesavage, versión reducida para medir niveles de depresión. Como resultados se encontró una relación significativa entre el estilo de vida y niveles de depresión, una relación entre la edad y niveles de depresión; y entre el estilo de vida y el adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares. En cuanto al estilo de vida en el adulto mayor la mayoría (62%) presenta un estilo de vida adecuado, la mayoría de ellos (65%) no posee depresión. Existe correlación significativa entre el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor. No existe relación significativa entre género, estilo

de vida y niveles de depresión en el adulto mayor. Existe correlación significativa entre la edad y los niveles de depresión, por lo que a mayor edad, mayor nivel de depresión. No existe correlación significativa entre grado de instrucción, estilo de vida y niveles de depresión en el adulto mayor. Existe relación significativa entre el adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y el estilo de vida, puesto que, si vive solo su estilo de vida será más bajo. De La Torre (2019), llevo a cabo la investigación titulada “Nivel de Felicidad en los integrantes del Centro de Adulto Mayor de San Pedro de Mala– Cañete durante el periodo 2019”, tiene como objetivo determinar el nivel de felicidad en los integrantes del Centro de Adulto Mayor de San Pedro de Mala – Cañete, fue una investigación de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo, de diseño de tipo no experimental de corte transversal, la población estuvo conformada por 33 adultos mayores, de un CAM San Pedro de Mala en Cañete, la muestra fue recogida de tipo censal. Se empleó como instrumento la escala de Felicidad de Lima de Alarcón en el 2006. En los resultados se encontró que el 52% de los adultos mayores posee un nivel alto de felicidad. Se concluyó que la mayoría de los adultos mayores consideran tener una vida productiva y con desafíos por cumplir; manteniendo así el entusiasmo por la vida. Por otro lado; Jara (2018), realizó un estudio que título “Nivel de satisfacción con la vida en el adulto mayor del distrito de Chaglla – Huánuco” Tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción con la vida en el adulto mayor del Distrito de Chaglla – Huánuco en junio 2017. En la metodología; el estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 165 personas que pertenecen al programa social “pensión 65”. Los instrumentos que se utilizaron fueron la

encuesta y la prueba (LSITA-SF). Dentro de los resultados se encontró que los adultos mayores manifiestan insatisfacción con la vida en un 56% y respecto a las dimensiones; en la realización personal el 46% satisfechos, felicidad 44% insatisfacción, monotonía 55% insatisfechos. Y dentro de la conclusión el nivel de satisfacción con la vida del adulto mayor es de insatisfacción, según la dimensión de realización manifiesta satisfacción, mientras que para felicidad y monotonía insatisfacción. De La Torre y Marroquín (2017), realizaron la investigación titulada “Felicidad y estilos de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del instituto regional de enfermedades neoplásicas del Sur”. El objetivo fue determinar la relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y la felicidad en una muestra de 42 pacientes de Arequipa, se utilizaron La Escala de la Felicidad de Lima de Alarcón y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés COPE. Los resultados indican que existe una relación significativa entre las variables del estudio, lo que contribuye a orientar la intervención psicológica promoviendo estilos de afrontamiento que favorezcan mayor felicidad. Finalmente, Hernández y Carranza (2017), llevaron a cabo la investigación titulada “Felicidad, optimismo y autorrealización en estudiantes de un programa de educación superior para adultos”, teniendo como propósito analizar la relación existente entre felicidad, optimismo y autorrealización, en alumnos de un Programa de Educación Superior para Adultos. Para ello se administraron el Test de Orientación Vital, la Escala de Felicidad de Lima y la Escala de Autorrealización APICE de LENI, en 300 de Lima. Se encontró que existe una correlación directa y altamente significativa entre felicidad y optimismo y felicidad y autorrealización, y una correlación positiva muy intensa entre

el sentido positivo de la vida y una correlación negativa muy intensa con el pesimismo.

Ámbito internacional

Melguizo, Acosta y Castellano (2012), realizaron un estudio que título “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores”. El objetivo fue identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores de la Comuna del Distrito de Cartagena en Colombia. Se realizó una investigación transversal, descriptiva y multivariable a través de una encuesta y un cuestionario, en una muestra de 514 adultos mayores, donde se encontró que el estar pensionado o trabajar aumenta la probabilidad de poseer un adecuado estado psicológico, además que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato socioeconómico tres o cuatro, y con menos de cuatro individuos, está relacionado a la calidad de vida y así mismo asociada con la salud de los adultos mayores. Asimismo, Bohórquez, Lorenzo y García (2013), realizaron un estudio de “Felicidad y actividad física en personas mayores”. El objetivo del estudio fue explorar la felicidad presente y pasada en las personas adultas mayores de 65 años de diversos espacios públicos en Sevilla-España, así como el vínculo que la actividad física puede tener. La muestra fue conformada por 36 hombres y 68 mujeres, quienes fueron voluntarios, se aplicó una ficha con datos sociodemográficos, un cuestionario de actividad Física General y la Escala de Felicidad. En los resultados se encontraron que la felicidad de los adultos mayores actualmente es menor a la de años atrás. Además, se encontró que practicar

ejercicios físicos está ligado la felicidad de los adultos mayores, ya que son más felices quienes han sido más ágiles en esta etapa de su vida; por ello, practicar o realizar actividad física en algún momento de la vida está ligado con mayores sentimientos de felicidad, que el haber tenido un estilo de vida estática. Otra de las investigaciones es la que realizaron Puig, Rodríguez, Farrás y Lluch (2011), quienes en su investigación “Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria”. El objetivo de la investigación fue detectar los elementos que participan en la Calidad de Vida de las personas mayores de 75 años que reciben cuidados domiciliarios en Barcelona, España. El diseño del estudio fue de un estudio de caso. La cantidad de personas fue de 26 con 75 años o más, que fueron atendidos de manera domiciliaria en el Área Básica de Villafranca del Penedés. En los resultados se encontró que la mayoría (76,9 %) posee una buena percepción de la calidad de vida y los factores principales enlazados fueron la salud, las relaciones familiares y sociales y la adaptación. Por último, se encontró que un 57 % de los participantes son felices, un 11% son muy felices y un 30 % son poco felices. Además, algunos opinaron que son felices porque están contentos con sus hijos, la salud de su familia y la adaptación; y la ausencia de felicidad se daba por la pérdida de familiares, la mala salud, el tener pocos ingresos económicos y el no poder visitar a familiares que viven lejos. Osorio, Torrejón y Anigstein (2011) realizaron un estudio al que titularon “Calidad de vida en personas mayores de Chile”. El objetivo de la investigación fue determinar los aspectos que están involucrados en la calidad de vida. La investigación fue de tipo cualitativa en donde se realizaron entrevistas y grupos focales a 160 adultos mayores a 60 años. En

los resultados se encontró que los factores principales que intervienen en la calidad de vida son la autonomía, las interacciones y las relaciones sociales, las condiciones económicas y el ocio. Bennassar (2012) realizó un estudio al que tituló “Estilos de Vida y Salud”. El objetivo de la investigación fue conocer y analizar los estilos de vida del alumnado de la Universitat de les Illes Balears. Por ello, se diseñó y validó un instrumento que evalúe los estilos de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Dentro de los resultados se encontró y se reafirmó la idea de que los comportamientos de salud no deben de considerarse de forma separada unos de otros, por lo que los estilos de vida son un determinante importante en la salud. Asimismo, Guerrero y León (2010) realizaron un estudio al que titularon “Estilo de Vida y Salud”, este estudio se realizó en Venezuela donde se encontró que entre los factores más importantes que afectan la salud, son los relacionados al estilo de vida. Por otro lado, Gerstenbluth, Rossi y Triunfo (2008) realizaron una investigación a la que titularon “Felicidad y Salud”, este estudio se realizó en Uruguay y dentro de los resultados se encontró que la principal correlación positiva es entre la felicidad y el buen estado de salud, así como que el estado de salud aparece como el principal determinante de la felicidad. Por último, en la investigación realizada por Rico (2013) titulada “Salud y Felicidad: Relación Epistemológica”, indica que la salud y la felicidad son dimensiones de la vida que se relacionan de manera muy fuerte. Así mismo; Aune, Abal y Attorresi (2017), realizaron una investigación que titularon “Efectos del género y la educación en la felicidad en adultos argentinos”, la cual tuvo como objetivo conocer el efecto del género y la educación en la felicidad. Para ello se aplicó la versión argentina de la Escala de Felicidad de Lima de Alarcón, con tres

dimensiones; sentido de la vida perspectiva externa, sentido de la vida perspectiva interna y satisfacción con la vida. Se seleccionaron tres muestras independientes de 200 individuos cada una, teniendo en cuenta los diferentes niveles educativos, desde secundaria completa hasta universitaria completa. Se procedió a realizar un análisis de la varianza (ANOVA) de dos vías en cada una de las dimensiones considerando el género y el nivel educativo. En los resultados se encontró que en las tres dimensiones el tener un mayor nivel educativo y ser del género femenino favoreció en forma significativa a los puntajes de felicidad. Además, Ramírez y Lee (2012), llevaron a cabo el estudio titulado “Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años”. El objetivo principal fue evidenciar cómo los indicadores de la satisfacción vital, se ven influidas por la situación de pareja comparando las puntuaciones medias del cuestionario. La muestra estuvo conformada por 122 adultos mayores de Arica – Chile, 52,5% hombres y 47,5% mujeres). A quienes se les administró el cuestionario de Satisfacción Vital (SWLS) y el cuestionario demográfico, para determinar cuáles de estas variables de contexto por si solas o en su conjunto, explican la Satisfacción Vital. Los resultados indican que los hombres poseen mayores niveles de satisfacción que las mujeres, sin embargo estas diferencias no son significativas; en cuanto a la condición de pareja, las personas casadas muestran mayores niveles de satisfacción vital que las personas viudas, pero estas diferencias tampoco llegan a ser significativas. Es interesante destacar que las variables que se relacionan mas fuerte son la satisfacción vital son las de situación de vivienda, ingreso total familiar, situación del hogar y finalmente con el padecer una enfermedad crónica. Además; Alvarado, Toffoletto, Oyane, Vargas y Reynaldos

(2017), realizaron la investigación que lleva por título “Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores”. Teniendo como finalidad identificar los factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores”. Con respecto a la metodología fue un estudio analítico, transversal desarrollado en Chile. La muestra estuvo compuesta por 20.351 adultos mayores, que respondieron a las preguntas sobre satisfacción vital global en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Los resultados reportan que la satisfacción con la vida se asoció con; tener mayor edad, ser hombre; participación en organizaciones sociales; estar casado o convivir en pareja; tener estudios superiores; mayor ingreso económico; buena percepción del estado de salud; mejor atención sanitaria. Por otro lado, Gonzales, Veray y Rodríguez (2017), llevaron a cabo la investigación titulada “Diferencias sociodemográficas en el bienestar psicológico de adultos” teniendo como finalidad analizar el bienestar psicológico en función a la edad, género, nivel socioeconómico, estado civil, religión y preparación académica. Para ello se les administro a los participantes la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff a un total de 328 participantes. Dentro de los resultados se encontraron diferencias en el bienestar psicológico según las variables mencionadas, pero no fueron muy significativas. Finalmente, Salavera y Usan (2017), realizaron la investigación “Repercusión de las estrategias de afrontamiento de estrés en la felicidad de los alumnos de Secundaria” fue realizado en Zaragoza – España, el objetivo fue describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes en las distintas situaciones de estrés que les suceden en su vida cotidiana, así como su repercusión en la felicidad subjetiva. Se evaluó a 1.402 alumnos y los resultados indican que la percepción de la felicidad

subjetiva es mayor entre quienes usan estilos de afrontamiento por lo que es importante hacer eso de estos estilos de afrontamiento al estrés.

3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

Definiciones Conceptuales

Estilo de vida saludable

Es un conjunto de acciones y/o actividades que realiza una persona todos los días de manera consistente y que esta puede ser conveniente para el mantenimiento de su salud o que lo predisponga a la enfermedad y por lo tanto sea un factor de riesgo (Garate, 2013).

Felicidad

Según Alarcón (2009), es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente una persona y que se considera similar al bienestar subjetivo, por lo que predominan los sentimientos agradables por un periodo relativamente largo y los individuos se sienten satisfechos con sus vidas. Está compuesta por el sentido positivo de la vida, la satisfacción con la vida, la realización personal y la alegría de vivir.

Definiciones Operacionales

Estilo de vida saludable

Los estilos de vida fueron identificados y medidos según la escala del Estilo

de Vida que tiene como autor a Walker, Sechrist & Pender, en el año de 1996, donde las dimensiones son: (1) Alimentación o nutrición que hace referencia al establecimiento de patrones de alimentación y selección de alimentos saludables el cual fue medido con 6 ítems (1, 5, 14, 19, 26 y 35); (2) Actividad y Ejercicio que es tener un patrón regular de actividad física y fue medido con 5 ítems (4, 13, 22, 30 y 38); (3) Manejo del estrés que es el reconocer las fuentes de estrés y acciones contra él y poder hacer frente a ello y fue medido con 7 ítems (6, 11, 27, 36, 40, 41 y 45); (4) Apoyo o soporte interpersonal que es el que posean y mantengan relaciones positivas con otras personas de manera íntima y que fue medido con 7 ítems (10, 18, 24, 25, 31, 39 y 47); (5) Autorrealización o autoactualización que hace referencia a tener un propósito en la vida y buscar el desarrollo profesional y fue medida con 13 ítems (3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 y 48); y (6) Responsabilidad en Salud que es el tener y aceptar el control de su bienestar y fue medida con 10 ítems (2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 y 46)

Felicidad

La felicidad fue medida según las puntuaciones de la Escala de la Felicidad de Lima, la cual fue elaborada y ratificada por Alarcón en el 2006, en donde las dimensiones son: (1) El sentido positivo de la vida que implica poseer sentimientos agradables hacia sí mismo y hacia la vida y fue medido con 10 ítems (2, 7, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 26); (2) Satisfacción con la vida que hace referencia a los estados relativos positivos de satisfacción de las personas en circunstancias actuales y también panorama futuro, que fue medido con 6 ítems (1, 3, 4, 5, 6, 10); (3)

Realización personal que orienta a la persona hacia objetivos importantes para su vida y fue medido con 5 ítems (9, 21, 24, 25, 27); y (4) La Alegría de vivir que está apuntando a ver las prácticas diarias en forma positiva y sentirse relativamente bien y fue medido con 5 ítems (11, 12, 13, 15, 16).

Variable	Dimensiones	Ítems	Escala de Medición	Baremos
Estilo de Vida Saludable	Alimentación	(1,5,14,19,26,35)	Cuantitativa de intervalo	Poco
	Actividad y Ejercicio	(4,13,22,30,38)		Saludable: 48-107
	Manejo del estrés	(6,11,27,36,40,41,45)		Saludable: 108-131
	Apoyo interpersonal	(10,18,24,25,31,39,47)		Muy Saludable: 132-192
	Autorrealización	(3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48);		
	Responsabilidad en Salud	(2,7,15,20,28,32,33,42,43,46)		

Felicidad	El sentido positivo	(2,7,14,17,18,1	Cuantitativa	Muy baja Felicidad: 27-87
	de la vida.	9,20,22,23,26)		Baja: 88-95
	Satisfacción con la	(1,3,4,5,6,10)		Media: 96-110
	vida			Alta: 111-118
	Realización	(9,21,24,25,27)		Muy Alta: 119-135
	personal			
	La Alegría de vivir	(11,12,13,15,1)		

Tabla 0. Matriz de Operacionalización de variables

4. HIPÓTESIS

Hipótesis General

Existe correlación de intensidad moderada entre estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

Hipótesis Específicas

1.Existe correlación de intensidad moderada entre la dimensión alimentación del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

2. Existe correlación de intensidad moderada entre la dimensión actividad y ejercicios del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa por un centro asistencial de Lima.

3.Existe correlación de intensidad moderada entre la dimensión manejo del estrés del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

4.Existe correlación de intensidad moderada entre la dimensión apoyo interpersonal del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

5.Existe correlación de intensidad moderada entre la dimensión autorrealización del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

6.Existe correlación de intensidad moderada entre la dimensión responsabilidad en salud del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de nivel básico, puesto que el objetivo es conocer la relación entre estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima; por lo tanto, lo que se busca es generar nuevos conocimientos para que en un futuro puedan usarse.

Asimismo, la investigación es de tipo no experimental; ya que las variables del estudio van a ser medidas tal cual, sin manipularlas (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un diseño correlacional ya que se busca encontrar la correlación entre las variables estilo de vida saludable y felicidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población con la que se trabajó fueron adultos mayores de 65 a 89 años, la cual estuvo conformada por 67 personas, 23 hombres y 44 mujeres. Fueron adultos mayores que asisten a un programa preventivo en un centro privado de salud, en donde se les realiza descartes de las distintas enfermedades, el objetivo de este programa es prevenir e intervenir a tiempo en las patologías que presentan

los adultos mayores, por lo que se les recomienda un plan de tratamiento de acuerdo a los resultados, el único requisito para acceder a este programa es que el paciente se atienda un mínimo de 10 veces durante un año en el centro de salud, este programa se lleva a cabo bajo la supervisión de la directora del centro de salud y el apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Se tuvo como referencia la base de datos de los participantes, la cual fue proporcionada por el centro y así mismo una ficha sociodemográfica, por lo que algunas de las características de la población son que la mayoría de ellos son provenientes de Lima. El grado de instrucción alcanzado por los adultos mayores era desde primaria completa hasta estudios superiores, ya sea universitarios o técnicos. Su estado civil variaba entre solteros, casados, convivientes, viudos y divorciados. En su mayoría vivían con sus esposos (a) o sus hijos (a) y pocos de ellos vivían solos (a). Las enfermedades que padecían fueron principalmente hipertensión, gastritis, diabetes, enfermedades cardiovasculares y problemas en las articulaciones y de nivel socioeconómico medio.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y MÉTODO DE MUESTREO

Los participantes de la investigación fueron toda la población de adultos mayores que asistían al programa preventivo brindado por un centro asistencial de Lima; es decir, todas las personas disponibles que cumplieron con los criterios de inclusión y no los de exclusión ya que eso permitió cuidar la validez interna de la investigación. Por ello, como se trabajó con toda la población, los datos fueron recogidos de manera censal, sin método de muestreo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que asisten regularmente a un programa de prevención brindado por un centro privado de salud.

- Adultos mayores que otorguen personalmente el consentimiento informado

- Adultos mayores que sepan leer y escribir

Criterios de exclusión:

-Adultos mayores con trastornos mentales registrados en la historia clínica.

- Adultos mayores analfabetos.

Criterios de eliminación:

- Pruebas que no fueron resueltas completamente.

4. INSTRUMENTOS

La presente investigación recolectó la información a partir de dos instrumentos. El primero de ellos fue la escala de Estilo de Vida

- Ficha técnica

Nombre del instrumento	Escala del Estilo de Vida
Autor	Walker, Sechrist& Pender
Año	1996
Población dirigida	Jóvenes
Materiales	Papel y lápiz
Aplicación	Individual o colectiva

- Descripción del instrumento

La escala de los estilos de vida fue elaborada por Walker, Sechrist & Pender en el año de 1996, está conformada por 6 dimensiones, las dimensiones son: Alimentación o nutrición que hace referencia a tener en claro la importancia de los alimentos saludables y tener una dieta balanceada la cual es medida por 6 ítems (1,5,14,19,26 y 35); Actividad y Ejercicio que es tener un rutina de actividad física, evitar el sedentarismo y es medido por 5 ítems (4,13,22,30 y 38); Manejo del estrés que es el reconocer aquello que produce estrés y cómo hacer para mantenerlo bajo control y es medido por 7 ítems (6,11,27,36,40,41 y 45); Apoyo o soporte interpersonal que es el que posean y mantengan relaciones positivas con los otros y que es medido por 7 ítems (10,18,24,25,31,39 y 47); Autorrealización o autoactualización que hace referencia a tener una visión en la vida y buscar el desarrollo personal y es medida por 13 ítems (3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44 y 48); y Responsabilidad en Salud que es el tener y aceptar el control del bienestar físico y mental, y será medida con 10 ítems (2,7,15,20,28,32,33,42,43 y 46) con un total de 48 ítems. El criterio de calificación del puntaje es el siguiente; Nunca (N=4); A veces (V=3); Frecuentemente (F=2) y Siempre (S=1). Los puntajes para la escala total se obtienen a partir del promedio de las respuestas a los 48 enunciados, de la misma manera se realiza en cada sub escala o dimensión (Garagate, 2013).

- Propiedades psicométricas

El instrumento original fue validado por cinco expertos en el tema para determinar la validez de contenido y la validez de constructo se comprobó por

medio de la correlación r de Pearson, donde las dimensiones están correlacionadas significativamente. La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente alpha de Cronbach donde se obtuvo 0,9 como resultado, además, las dimensiones presentaron coeficientes que varían entre 0,7 y 0,8. (Sabogal, Herrera y Farfán, 2015). Como parte de esta investigación se analizó la validez del instrumento, por medio de un estudio piloto a adultos mayores que cuentan con las características de la población de estudio; es decir adultos mayores que asisten al mismo centro asistencial pero que no son parte del programa de prevención. Se obtuvo los siguientes valores; para la dimensión Alimentación (GFI = 0,95), para la dimensión Actividad y Ejercicios (GFI = 0,98), para la dimensión Manejo de Estrés (GFI = 0,89), para la dimensión Apoyo Interpersonal (GFI = 0,95), para la dimensión Autorrealización (GFI = 0,80) y para la dimensión Responsabilidad en Salud (GFI = 0,88).

El segundo instrumento es la Escala de la Felicidad

- Ficha técnica

Nombre del instrumento	Escala de la Felicidad de Lima
Autor	Reynaldo Alarcón
Año	2006
Población dirigida	Jóvenes, universitarios y adultos
Duración	10 minutos
Aplicación	Individual o colectiva

- Descripción del instrumento

La escala de la felicidad de Lima elaborada por Alarcón en el 2006 cuenta con 4 dimensiones ; El sentido positivo de la vida que implica tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida y es medido con 10 ítems (2,7,14,17,18,19,20,22,23,26); Satisfacción con la vida que hace referencia a los estados subjetivos positivos de satisfacción de las personas en el presente como en el futuro , que es medido con 6 ítems (1,3,4,5,6,10); Realización personal que supone la orientación de la persona hacia metas que considera importante para su vida y es medido con 5 ítems (9,21,24,25,27); y La Alegría de vivir que está referido a ver las experiencias de la vida de la mejor manera y sentirse bien la mayor parte del tiempo y es medido con 5 ítems (11,12,13,15,16). En total está conformada por 27 ítems. Es una escala tipo de Likert y según el puntaje total obtenido se divide en cinco niveles de felicidad a partir de cinco alternativas; desde totalmente de acuerdo; acuerdo; ni acuerdo ni desacuerdo; desacuerdo; y totalmente en desacuerdo. Los ítems han sido redactados en forma conveniente o no conveniente a la felicidad. Estos ítems están distribuidos de manera aleatoria (Alarcón, 2006).

El instrumento originalmente fue creado para jóvenes y adultos, en el presente estudio se utilizó para adultos mayores, lo cual función bajo las recomendaciones del autor (R. Alarcón, comunicación personal, 10 de marzo 2018).

- Propiedades psicométricas

Estas propiedades fueron realizadas por Alarcón (2006), en cuanto a la validez de constructo de la prueba fue realizada a través de análisis factorial, se identificó cuatro componentes con puntajes variables de 1.50 a 8.59; por ello estos explican el 49.79 % de la varianza total. Así mismo la rotación Varimax de la matriz, ha agrupado correctamente a los 27 elementos en cuatro factores independientes. También se realizó correlaciones del coeficientes r en el cual el valor intermedio de las correlaciones es muy significativo ($r=0.51$). La confiabilidad fue medida por medio del alfa de Cronbach donde se obtuvo 0.92 que demuestra alta fiabilidad.

5. PROCEDIMIENTO

Para realizar la investigación nos guiamos de los siguientes procedimientos:

1.- Se realizó los trámites pertinentes para la obtención del permiso del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

2.- Se llevó a cabo una entrevista con el autor de la Escala de Felicidad de Lima en donde se le pregunto si la prueba podría ser aplicada a adultos mayores y él respondió que en la ficha técnica de la prueba indica que la población a quien está dirigida es jóvenes y adultos, dentro de ello están incluidos los adultos mayores.

3.- Se realizó el trámite administrativo para poder llevar a cabo la investigación en un centro asistencial de Lima.

4.- Se coordinó los permisos con los respectivos representantes de la institución donde se obtuvo la población que participó en la investigación. Asimismo, se acordaron los momentos de evaluación.

5.- Se realizó la validez de constructo del cuestionario de estilo de vida para la población adulto mayor, por lo que se aplicó de manera colectiva la escala de Estilo de Vida a los pacientes adultos mayores que estaban a la espera de ser atendidos por las distintas especialidades del mismo centro asistencial de donde se recogió la muestra para la presente investigación. Los resultados se encuentran en el apartado de propiedades psicométricas del instrumento.

6.- Se realizó una convocatoria de los participantes por medio de carteles y recordatorios.

7.- Se brindó la explicación a los directivos y participantes del motivo de la investigación, como también la información de las consideraciones éticas donde se recalcó que dichas pruebas son de manera voluntaria; también se mencionó la existencia de la confidencialidad en los datos y los objetivos de la evaluación. Y, por último, se puso mayor énfasis en los principios éticos en función a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

8.- Se realizó la identificación de los participantes que se encontraron en la adultez mayor y los que cumplieron con los criterios de inclusión y no los de exclusión.

9.- Se solicitó los datos personales necesarios para la investigación.

10.- Se brindó la explicación acerca de la aplicación de las pruebas la cual fue de la manera más clara, y simple para facilitar la comprensión de cada uno de ellos, puesto que se tiene en cuenta que los participantes son adultos mayores.

11.- A continuación se les aplicó la escala del estilo de vida, que permitió medir el estilo de vida saludable de los participantes. La cual se llevó a cabo de manera colectiva en un aula brindada por la institución.

12.- Acto seguido se aplicó el segundo instrumento, que permitió medir la felicidad en los adultos mayores. La cual se llevó a cabo de manera colectiva en un aula brindada por la institución.

13.- Dando por terminado la recolección de datos; se procedió a realizar el análisis de los datos obtenidos por medio de un software estadístico. Asimismo, se procedió a realizar la discusión y las conclusiones.

14.- Se le brindó los resultados de la investigación a la institución y a los participantes que lo requirieron.

Consideraciones éticas:

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó un consentimiento informado que se otorgó a la institución, de la cual recolectamos la información necesaria para nuestro estudio, y a cada uno de los participantes. Este constó, del título de la investigación, investigadores principales, presentación del grupo, propósito de estudio, medios de protección de la información y privacidad, los beneficios de la participación, los riesgos que existen, la participación voluntaria, contactos referentes y la autorización correspondiente. Además, la aplicación de estas pruebas buscó satisfacer los principios éticos tales como:

- Cumpliendo con el principio de autonomía, se informó a los participantes, de manera clara y ordenada, en qué consistió la investigación, los objetivos y todo el procedimiento de las evaluaciones aplicadas. Así mismo, se respetó si el participante no deseó ser parte de la investigación o si desearon retirarse en cualquier momento, incluso aún comenzada la prueba.

- Cumpliendo con el principio de beneficencia se analizó y evaluó los instrumentos que se utilizaron para evitar algún tipo de riesgo que afecte la integridad física o mental de los participantes. Así mismo, tres semanas después del recojo de los datos, se les brindó una charla dinámica a cerca del estilo de vida saludable.

- Cumpliendo con el principio de no maleficencia se contó con una orientación y acompañamiento durante y después del estudio. Asimismo, para evitar que ocurriera algún tipo de malestar, las pruebas fueron tomadas por psicólogos; por ello, se pudo intervenir cuando el participante así lo requirió. En el caso de no haber podido controlar la situación, en ese momento, se hubiese derivado al participante a la clínica Cayetano Heredia para una intervención oportuna.

- Cumpliendo con el principio de justicia todos los participantes recibieron un trato igualitario y beneficios imparciales durante todo el proceso de recojo de datos para la investigación.

6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el análisis con un programa informático especializado en el tratamiento cuantitativo de la información.

Para cumplir con los objetivos específicos se usó, en primer lugar, la estadística descriptiva, se analizó los datos de los 67 participantes y se obtuvo las frecuencias respectivas. Con respecto al objetivo general y demás específicos, se utilizó la estadística inferencial, en el cual se analizó los datos para poder determinar si estos poseían o no una distribución normal. Los datos obtenidos no poseían una distribución normal, además se analizó si estos datos eran lineales o no, se encontró que no eran lineales, y se procedió a determinar el tipo de correlación con la finalidad de obtener el coeficiente de correlación no lineal (r).

Después de obtener los coeficientes de correlación se comparó los resultados con los criterios de Cohen y se colocó la fuerza de cada una de las correlaciones con la finalidad de analizarlas y llegar a las conclusiones de la presente investigación.

La interpretación de los coeficientes de correlación se realizó según el Coeficiente de Cohen (Tabachnick y Fidell, 2013):

$r = 1$ correlación perfecta

$0.8 < r < 1$ = correlación muy alta

$0.6 < r < 0.8$ = correlación alta

$0.4 < r < 0.6$ = correlación moderada

$0.2 < r < 0.4$ = correlación baja

$0 < r < 0.2$ = correlación muy baja

$r = 0$ correlación nula

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos generales y específicos planteados en la investigación. Para el cumplimiento de los dos primeros objetivos específicos se utilizaron tablas de predominancias y para el cumplimiento del objetivo general y los demás específicos se realizaron los análisis de las correlaciones donde se utilizó el coeficiente de correlación no lineal. Asimismo, se presentarán los gráficos respectivos con la finalidad de ilustrar los resultados obtenidos después del análisis de datos.

Respondiendo al objetivo general del estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre estilo de vida saludable con la felicidad. Obteniendo un coeficiente de correlación no lineal de 0,77 lo cual indica una correlación alta entre ambas variables.

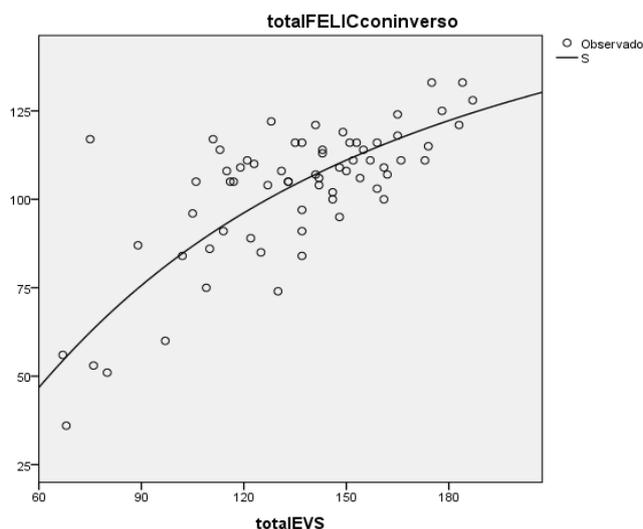


Gráfico 1. Correlación entre Estilo de Vida Saludable y la felicidad

En el gráfico 1 se observa que a medida que el estilo de vida saludable en adultos mayores aumenta, la felicidad aumenta del mismo modo, puesto que están altamente relacionados. Esto significa que aquellos adultos mayores que se alimentan saludable, realizan actividades o ejercicios físicos, pueden manejar el estrés, poseen buenas relaciones con su entorno social, tienen objetivos y metas establecidos y son responsables en el cuidado de su salud tienen también alta felicidad, por lo tanto tienen sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida. Están satisfechos con sus vidas y se sienten alegres de vivir.

Respondiendo al primer objetivo específico del estudio, se identificó que el estilo de vida predominante es el de muy saludable en nuestra población, ya que se obtuvo una frecuencia de 40, teniendo en segundo lugar con 17 de frecuencia al estilo saludable y, por último, el poco saludable con 10 de frecuencia. A continuación se presenta la tabla que ilustra los estilos predominantes obtenidos.

Estilo de Vida	
Categoría	Frecuencia
Poco Saludable	10
Saludable	17
Muy Saludable	40

Tabla 1. Estilos de Vida Predominantes

Esto quiere decir que la mayoría de los adultos mayores de la población de estudio se alimentan muy saludable, realizan actividades o ejercicios físicos al menos tres veces a la semana, pueden manejar y controlar el estrés, establecen muy buenas interacciones sociales, poseen objetivos y metas a corto y mediano plazo y son bastante responsables en el cuidado de su salud. Siendo la minoría de adultos mayores aquellos que no comen saludable, no realizan ejercicios ni

actividad física, no manejan su estrés, no tienen buenas relaciones con su entorno social, no se trazan metas ni objetivos y se descuidan en el cuidado de su salud.

Respondiendo al segundo objetivo específico del estudio, se identificó que el nivel de felicidad predominante es el medio o moderado en nuestra población, ya que se obtuvo una frecuencia de 24, teniendo en segundo lugar con 18 de frecuencia al nivel alto, en tercer lugar al nivel muy bajo, luego el nivel muy alto con 9 de frecuencia y, por último, el nivel bajo con 4 de frecuencia. A continuación se presenta la tabla que ilustra los niveles de felicidad predominantes.

Nivel de Felicidad	
Categoría	Frecuencia
Muy Baja	12
Baja	4
Media	24
Alta	18
Muy Alta	9

Tabla 2. Niveles de Felicidad Predominantes

Esto quiere decir que la mayoría de los adultos mayores de la población se encuentran moderadamente satisfechos con sus vidas. Algunas veces tienen sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, y se sienten medianamente alegres de vivir como viven. Así mismo, otros adultos mayores de esta población se encuentran satisfechos con sus vidas, poseen sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, y se sienten alegres de vivir como viven; sin embargo, otro grupo de adultos mayores no se encuentran satisfechos con sus vidas, tienen sentimientos negativos hacia sí mismos y hacia la vida y se sienten tristes y

disconformes con su vida.

Respondiendo al tercer objetivo específico del estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre la dimensión alimentación con la felicidad. Obteniendo un coeficiente de correlación no lineal de 0,42 lo cual indica una correlación moderada entre ambas variables. Por lo que se cumple con la hipótesis planteada. A continuación se presenta el gráfico que ilustra la relación obtenida.

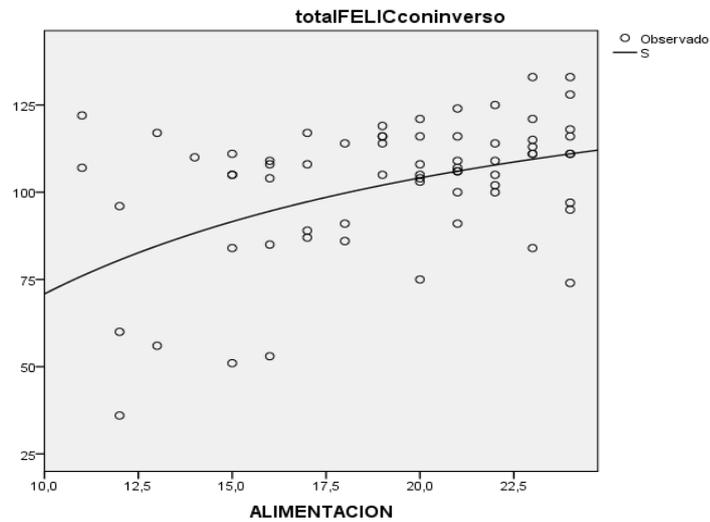


Gráfico 2. Correlación entre Alimentación y la felicidad

En el gráfico 2 se observa que a medida que la alimentación de los adultos mayores sea más saludable, esto se acompaña de una tendencia a que ellos sean más felices. Sin embargo se presume que podría haber otras variables que aumenten en ellos su felicidad, puesto que están moderadamente relacionados. Lo que significa que la mayoría de adultos mayores, bien nutridos y alimentados, tienen sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, y están satisfechos con sus vidas y se sienten alegres de vivir.

Respondiendo al cuarto objetivo específico del estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre la dimensión actividad y ejercicios con la felicidad. Obteniendo un coeficiente de correlación no lineal de 0,56 lo cual indica una correlación moderada entre ambas variables. A continuación se presenta el gráfico que ilustra la relación obtenida.

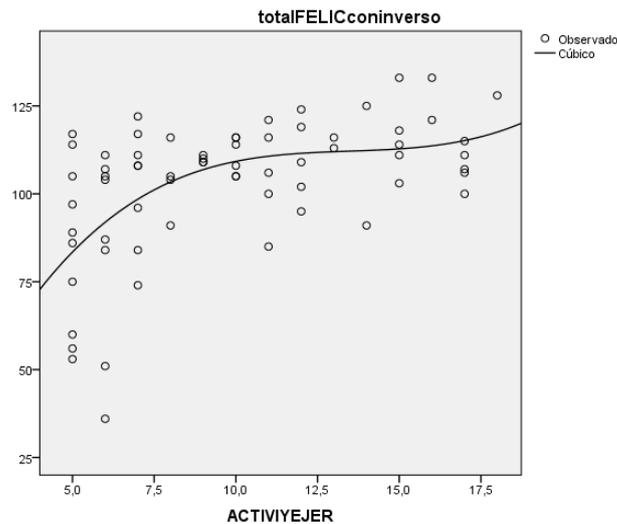


Gráfico 3. Correlación entre Actividad y Ejercicios y la felicidad

En el gráfico 3 se observa que en un primer tramo, a medida que los adultos mayores realicen mayor actividad y ejercicios, la felicidad en ellos aumenta. Sin embargo, llega un tramo en donde, a pesar de que la actividad física aumenta, la felicidad se mantiene. Esto significa que, en su mayoría, aquellos adultos mayores que realicen cualquier movimiento en el cuerpo que implique un gasto de energía tendrán sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, estarán más satisfechos con sus vidas y se sentirán alegres de vivir.

Respondiendo al quinto objetivo específico del estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre la dimensión manejo del estrés con la

felicidad. Obteniendo un coeficiente de correlación no lineal de 0,67 lo cual indica una correlación alta entre ambas variables. A continuación se presenta el gráfico que ilustra la relación obtenida.

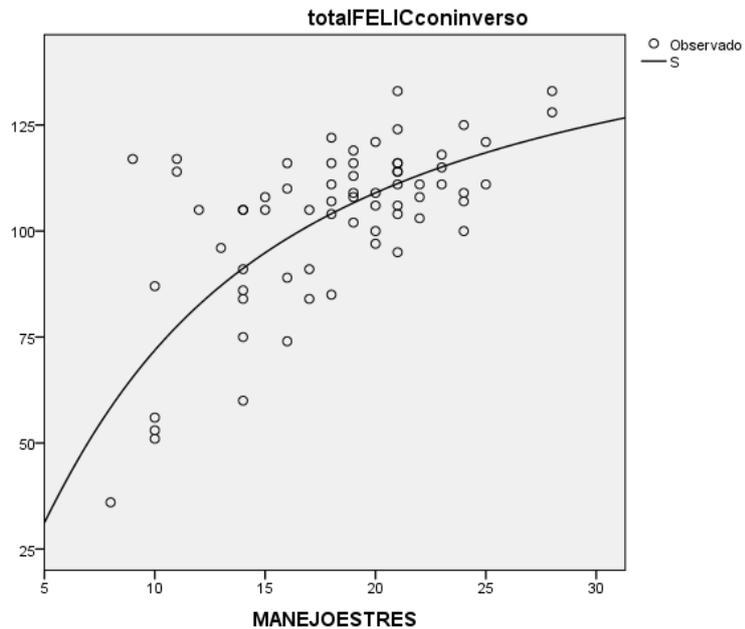


Gráfico 4. Correlación entre Manejo del estrés y la felicidad

En el gráfico 4 se observa que, a medida que los adultos mayores manejen mejor el estrés, la felicidad aumentará, puesto que están altamente relacionados. Esto significa que aquellos adultos mayores que controlan y disminuyen su tensión frente a situaciones estresantes, tendrán sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, estarán más satisfechos con sus vidas y se sentirán alegres de vivir.

Respondiendo al sexto objetivo específico del estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre la dimensión apoyo interpersonal con la felicidad. Obteniendo un coeficiente de correlación no lineal de 0,79 lo cual indica

una correlación alta entre ambas variables. A continuación se presenta el gráfico que ilustra la relación obtenida.

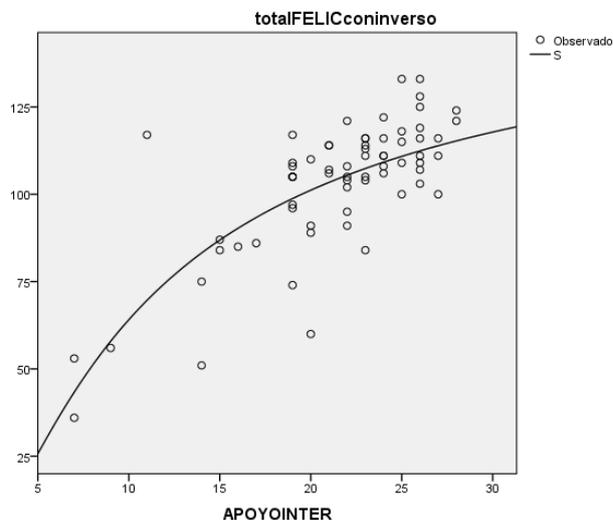


Gráfico 5. Correlación entre Apoyo Interpersonal y la felicidad

En el gráfico 5 se observa que, a medida que los adultos mayores presentan mayor apoyo interpersonal, las puntuaciones de felicidad aumentan, puesto que están altamente relacionados. Esto significa que aquellos adultos mayores que establezcan buenas relaciones sociales y tengan una adecuada comunicación, muestran sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, y se muestran más satisfechos con sus vidas, sintiéndose alegres de vivir.

Respondiendo al séptimo objetivo específico del estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre la dimensión autorrealización con la felicidad. Obteniendo un coeficiente de correlación no lineal de 0,78 lo cual indica una correlación alta entre ambas variables. A continuación se presenta el gráfico que ilustra la relación obtenida.

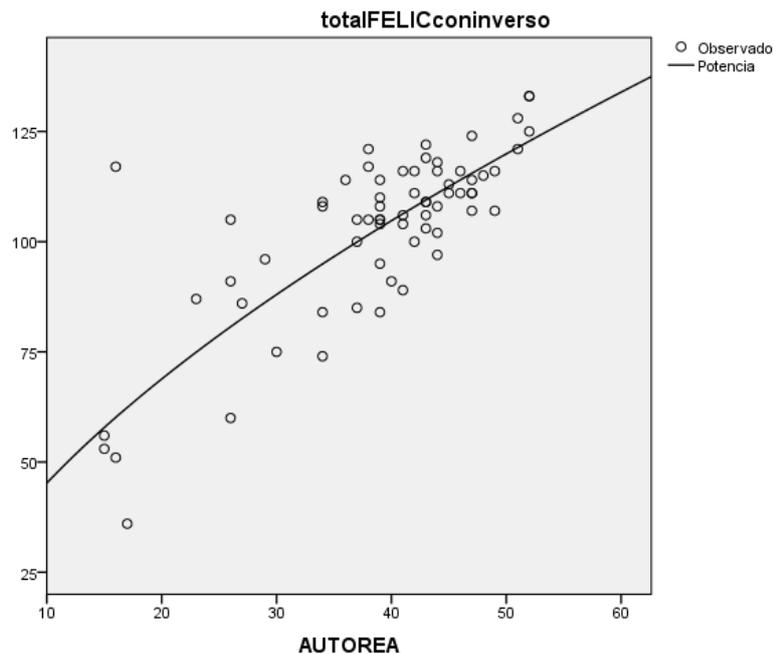


Gráfico 6. Correlación entre Autorrealización y la felicidad

En el gráfico 6 se observa que, a medida que los adultos mayores se consideren personas autorrealizadas, la felicidad aumentará, puesto que están altamente relacionados. Esto significa que aquellos adultos mayores que hayan logrado metas y objetivos y que lo sigan realizando y cumpliendo, tendrán sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida. Estarán más satisfechos con sus vidas y se sentirán alegres de vivir.

Respondiendo al octavo objetivo específico del estudio, se comprobó la existencia de una correlación entre la dimensión responsabilidad en salud con la felicidad. Obteniendo un coeficiente de correlación no lineal de 0,54 lo cual indica una correlación moderada entre ambas variables. Por lo que se cumple con la hipótesis planteada. A continuación se presenta el gráfico que ilustra la relación obtenida

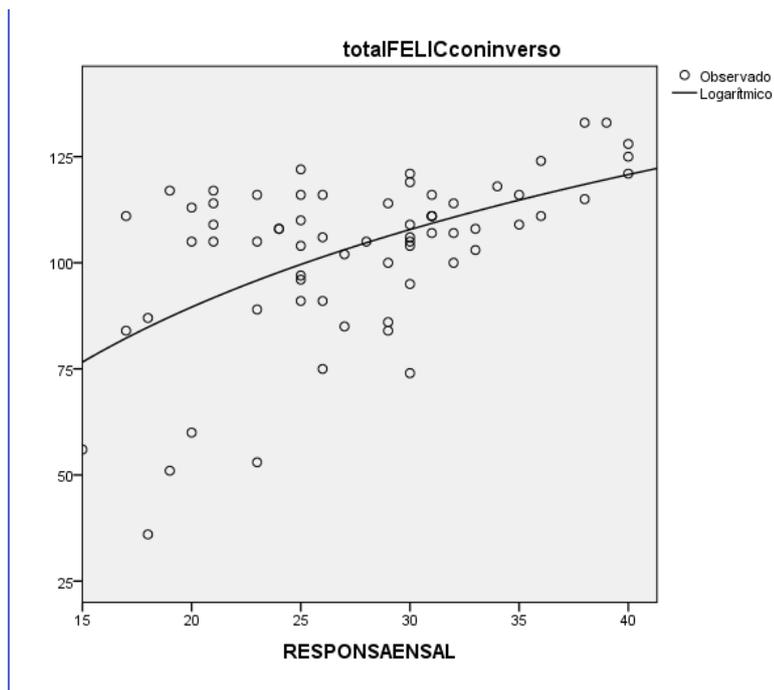


Gráfico 7. Correlación entre Responsabilidad en Salud y la felicidad

En el gráfico 7 se observa que a medida que los adultos mayores sean más responsables con su salud habrá una tendencia a que ellos sean más felices. Esto significa que en su mayoría, aquellos adultos mayores que se realicen chequeos médicos al menos una vez al año y se encuentren interesados y preocupados por su salud, tendrán sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, estarán más satisfechos con sus vidas y se sentirán alegres de vivir.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Como primer punto, se va a discutir los resultados que corresponden al objetivo general de la investigación y luego se discutirán aquellos relacionados con los objetivos específicos.

Con respecto al objetivo general de la investigación, después de haber realizado el análisis de los datos, se identificó que existe una correlación alta entre las variables de estilo de vida saludable y la felicidad, y esta es de tipo no lineal. Los resultados no coinciden con la hipótesis planteada en la cual se esperaba encontrar una correlación moderada, la razón por la cual se esperaba encontrar este tipo de correlación fue debido a que en el marco teórico se han encontrado estudios de felicidad con edad, género, salud, relaciones sociales, ingresos económicos, nivel educativo, padecer enfermedades crónicas y estado civil. En ese sentido, si la felicidad correlaciona con todas estas variables ya no le quedaría mucha variabilidad para compartir con la de estilo de vida saludable; sin embargo se demostró que a pesar de que la variable felicidad se relaciona con muchas variables, correlaciona altamente con la variable estilo de vida saludable.

Los resultados señalaron que al aumentar el estilo de vida saludable, la felicidad irá aumentando gradualmente. Este resultado se respalda con lo investigado por Guerrero y León (2010) ya que ellos encontraron que entre los factores más importantes que afectan la salud, son los relacionados al estilo de vida. Además, en la investigación de Gerstenbluth, Rossi y Triunfo (2008) se encontró que la principal correlación positiva es entre la felicidad y el buen estado de salud, así como que el estado de salud aparece como el principal determinante

de la felicidad. Por último, en la investigación de Rico (2013) indica que la salud y la felicidad son dimensiones de la vida que se relacionan fuertemente.

Haciendo uso de la lógica transitiva, si los estilos de vida se relacionan con la salud y la salud con la felicidad entonces se desprende que los estilos de vida se relacionan con la felicidad, ya que estilo de vida y felicidad son determinantes de la salud. Esto se reafirma con los resultados obtenidos en la presente investigación.

En cuanto a los objetivos específicos, en primer lugar se encontró que el estilo de vida predominante es el de muy saludable en la población del estudio, por lo que la mayoría se alimenta muy saludable, realiza actividades o ejercicios físicos al menos tres veces a la semana, puede manejar y controlar el estrés, establece muy buenas interacciones sociales, posee objetivos y metas a corto y mediano plazo y son bastante responsables en el cuidado de su salud. Este resultado se demuestra con lo investigado por Aparicio y Delgado (2011) ya que encontraron que en la Urbanización de Nuevo Chimbote la mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida saludable lo cual es muy bueno para su salud. Así mismo, se debe tener en cuenta que estos resultados se obtienen en el contexto estudiado, en poblaciones con menos ingresos económicos probablemente los resultados serían diferentes tomando en cuenta lo que señalan (Papastefanou y Rojas citado en Gonzales, Veray y Rodríguez, 2018) quienes compararon los niveles de bienestar psicológico en Alemania y Chile, según los aspectos sociodemográficos; en Chile se encontraron diferencias significativas en los niveles de Bienestar Psicológico según el nivel socioeconómico; aquellas personas con mayores ingresos económicos presentaron mayores índices de

Bienestar Psicológico, por lo que concluyeron que los ingresos se convierten en un elemento fundamental y necesario.

En el segundo objetivo específico se encontró que el nivel de felicidad predominante es el medio o moderado en nuestra población; por ello, la mayoría se encuentra moderadamente satisfecho con sus vidas, algunas veces tienen sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, y se sienten medianamente alegres de vivir como viven. Esta moderada relación podría indicar que existen otras variables relacionadas. Este resultado guarda cierta relación con lo que encontraron; Puig, Rodríguez, Farrás y Lluch (2011), que un 57 % de los adultos mayores participantes son felices, un 11 % son muy felices y un 30 % son poco felices. Además, algunos de ellos opinaron que son felices porque están contentos con sus hijos y familiares y con la buena salud que tienen. En otro estudio que fue realizado por De La Torre (2019), encontró que el 52% de los adultos mayores participantes poseen un alto nivel de felicidad ya que consideran tener una vida productiva y con desafíos por cumplir; manteniendo de esta forma entusiasmo por la vida, este resultado podría deberse a que una de las principales características de los participantes de ese estudio es que son parte del centro del adulto mayor de su distrito en donde realizan diversas actividades a diferencia de los participantes de la presente investigación. Otra investigación realizada por Jara (2018), llevada a cabo en Huánuco señala que la mayoría de adultos mayores del estudio (56%) se sienten insatisfechos con sus vidas, estos resultados no guardan relación con lo encontrado en la presente investigación lo que podría deberse a que los participantes de la investigación de Jara pertenecen al programa pensión 65 lo que indica que la condición económica de la poblaciones de pobreza y pobreza

extrema.

En el tercer objetivo específico se encontró la existencia de una correlación no lineal entre la dimensión alimentación y la felicidad. En donde esta relación es moderada; por ello, a medida que los adultos mayores estén bien nutridos y alimentados, habrá una tendencia a que ellos sean más felices. Sin embargo, se presume que podría haber otras variables relacionadas que aumentan la felicidad. Esto se respalda con lo que menciona El Gobierno de Chile (2011) ya que indica que para una vida sana nos es importante comer saludable ya que esto ofrece una multiplicidad de iniciativas y posibilidades, nos permitirá tener una vida con mayor bienestar físico y emocional, y así podamos disfrutar de una vida más plena y más feliz.

Como respuesta al siguiente objetivo se encontró que existe una correlación no lineal entre actividad y ejercicios y felicidad, siendo esta relación moderada. En ese sentido, en un primer tramo, a medida que los adultos mayores realicen más actividad y ejercicios, la felicidad en ellos aumenta. Sin embargo, llega un tramo en donde, a pesar que la actividad física aumente, la felicidad se mantiene. Se presume que podría haber otras variables que aumenten en ellos su felicidad. Esto podría deberse a lo que se encontró en el estudio realizado por Bohórquez, Lorenzo y García (2013) se encontró que practicar ejercicios físicos está ligado a la felicidad de los adultos mayores, ya que son más felices quienes han sido más ágiles en esta etapa de su vida; por ello, practicar o realizar actividad física en algún momento de la vida está ligado con mayores sentimientos de felicidad, que el haber tenido un estilo de vida estática.

Por otro lado, se encontró una correlación no lineal alta entre manejo del estrés y felicidad, por lo tanto aquellos adultos mayores que controlan y disminuyen su tensión frente a situaciones estresantes tienen mayor satisfacción con la vida y son más felices. Este resultado es respaldado por la investigación de Marroquín y De La Torre (2017) quienes indican que el sentido positivo como una de las dimensiones de la felicidad se asocia con un mayor uso de estas estrategias de afrontamiento. Así mismo, en otro estudio, Salavera y Usán (2017) señalan que la percepción de la felicidad subjetiva es mayor entre quienes usan estilos de afrontamiento orientado a buscar pertenencia, apoyo espiritual y social.

En el sexto objetivo específico se encontró una correlación no lineal entre el apoyo interpersonal y la felicidad. Siendo esta correlación alta, lo que significa que aquellos que establezcan buenas relaciones sociales, tendrán sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia la vida, y se sentirán más alegres con sus vidas. Esto se ratifica con lo mencionado por Moreno (2016) quien refiere que el establecer relaciones buenas y significativas con los demás, hacen más felices y saludables a las personas. Todo lo contrario ocurre con la soledad y el aislamiento ya que estos conducen a estados emocionales tan negativos como la tristeza y la depresión. La felicidad más que tener salud o el dinero, depende mucho de las relaciones interpersonales. En ese sentido si tenemos una vida con buenos amigos y relaciones sanas con la familia, estaremos formando una vida feliz. Así mismo; Alvarado, Toffoletto, Oyane, Vargas y Reynaldos (2017) encontraron en su investigación que la participación en organizaciones sociales, estar casado, convivir en pareja y tener una compañía se relaciona fuertemente con la

satisfacción con la vida y el bienestar , lo cual guarda relación con lo encontrado en la presente investigación.

Como respuesta al séptimo objetivo se encontró que existe una correlación no lineal alta entre la autorrealización y la felicidad. Lo que hace referencia a que a medida que los adultos mayores se consideren personas autorrealizadas, hayan logrado metas y se sigan trazando objetivos aumenta la satisfacción y felicidad con su vida. Esto se evidencia también en la investigación realizada por Hernández y Carranza (2017) ya que en los resultados se señala que cuanto más feliz se sienta la persona, más se incrementan los niveles de optimismo y autorrealización. De manera similar ocurre entre optimismo y autorrealización lo que indica que a mayor optimismo mayores niveles de autorrealización.

En el último objetivo se encontró una correlación no lineal moderada entre la responsabilidad en salud y la felicidad, por lo que a medida que los adultos mayores sean más responsables con su salud habrá una tendencia a que ellos sean más felices, pero se presume que podría haber otras variables que aumente en ellos su felicidad. Sin embargo, no se encontraron investigaciones nacionales o internacionales que sustenten los resultados obtenidos en este estudio.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- Se rechaza la hipótesis sobre una moderada correlación entre estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima. Esta correlación fue alta.
- El estilo de vida predominante es el de muy saludable en nuestra población, ya que se obtuvo una frecuencia de 40, teniendo en segundo lugar con 17 de frecuencia al estilo saludable y, por último, el poco saludable con 10 de frecuencia.
- El nivel de felicidad predominante es el medio o moderado en nuestra población, ya que se obtuvo una frecuencia de 24, teniendo en segundo lugar con 18 de frecuencia al nivel alto, en tercer lugar al nivel muy bajo, luego el nivel muy alto con 9 de frecuencia y, por último, el nivel bajo con 4 de frecuencia.
- Se comprueba la hipótesis sobre una moderada correlación entre la dimensión alimentación del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.
- Se comprueba la hipótesis sobre una moderada correlación entre la dimensión actividad y ejercicios del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa por un centro asistencial de Lima.
- Se rechaza la hipótesis sobre una correlación moderada entre la dimensión

manejo del estrés del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima. Esta correlación fue alta.

- Se rechaza la hipótesis sobre una correlación moderada entre la dimensión apoyo interpersonal del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima. Esta correlación fue alta.
- Se rechaza la hipótesis sobre una correlación moderada entre la dimensión autorrealización del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima. Esta correlación fue alta.
- Se comprueba la hipótesis sobre una moderada correlación entre la dimensión responsabilidad en salud del estilo de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brindado por un centro asistencial de Lima.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos sería recomendable llevar a cabo un programa para fomentar estilos de vida saludables y así aumentar la felicidad en los adultos mayores.
- Llevar a cabo el estudio con una muestra más amplia para que así los resultados puedan generalizarse.
- Investigar la relación entre estilos de vida saludables y felicidad en otras poblaciones para poder contrastar los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar, G. (2014). Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3579/1/Aguilar_mg.pdf
2. Alarcón Napuri, R. (2009). En Psicología de la Felicidad.
3. Alarcón, R. (2006). Investigaciones sobre psicología de la felicidad. Obtenido de <http://www.colaepsi.psicologico.cl/tematicayponentes/REYNALDOALARA RCON.pdf>
4. Alarcón, R. (2009). Psicología de la felicidad. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/1500/1444>
5. Alvarado, X., Toffoletto, M., Oyanedel, J., Vargas, S., & Reynaldos, K. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo . Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/es_0104-0707-tce-26-02-e5460015.pdf
6. Aparicio, P., & Delgado, R. (2011). Factores biopsicosociales y estilo de vida del adulto mayor en Chimbote. Obtenido de http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v2n1/a8.pdf
7. Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Universidad Católica Boliviana. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>

8. Arellano S.A. (2019). La felicidad de los peruanos. Obtenido de <https://www.arellano.pe/wp-content/uploads/2019/03/Kusikuy-la-felicidad-de-los-peruanos-SECURED.pdf>
9. Aune, S., Facundo, A., & Attorressi, H. (2017). Efectos del género y la educación en la felicidad en adultos argentinos. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272017000200002&lng=en&tlng=en
10. Bausela, E. (2012). Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/771/77125288010.pdf>
11. Bennasar, M. (2012). Estilos de vida y Salud. Universitat de les Illes Balears. Obtenido de <file:///C:/Users/3D/Downloads/tmbv1de1.pdf>
12. Bohórquez, M., Lorenzo, M., & García, A. (2013). “Felicidad y actividad física en personas mayores”. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000200002
13. Bustamante, N. (2015). Factores biosocioculturales y estilos de vida del adulto mayor. Obtenido de <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/176/Factores%20Obiosocioculturales%20y%20estilos%20de%20vida%20del%20adulto%20mayor%20del%20asentamiento%20humano%20Santo%20Toribio%20de%20Mogrobejo-%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Cheesman, S. (2015). Determinantes del Proceso Salud Enfermedad. Obtenido de <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/doc-determinantes-proceso-s-e.pdf>
15. Davey, K. (2016). Felicidad en estudiantes de educación. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5350/1/Davey_ck.pdf
16. De La Torre, C. (2019). Nivel de Felicidad en los integrantes del Centro de Adulto Mayor de San Pedro de Mala – Cañete, durante el periodo 2019. Obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4474/TRAB_SUFICIENCIA_DELATORRE_CESAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. De la Torre, D., & Marroquín, J. (2017). “Felicidad y estilos de afrontamiento al estrés. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4523/Pstoladf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Del Rio Sullon, R. (2016). Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4695/1/Del%20Rio_sr.pdf
19. Dominguez, R., & Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>

20. Garate, K. (2013). Estilo de vida y factores biosocioculturales de los estudiantes de la escuela profesional de psicología. Obtenido de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/152/GARATE_FLORES_%20KAREN_ESTILOS_DE_VIDA_ESCUELA_PSIKOLOGIA_ULADECH.pdf?sequence=1
21. Gerstenbluth, M., Rossi, M &Triunfo, P. (2008). Felicidad y Salud. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/221/22135104/>
22. Gestión. (2014). La importancia de la felicidad para el desarrollo sostenible. Obtenido de <https://gestion.pe/tendencias/management-empleo/importancia-felicidad-desarrollo-sostenible-58429-noticia/>
23. Gijon, V. (2017). La percepción del profesorado sobre felicidad. Obtenido de <https://hera.ugr.es/tesisugr/28038976.pdf>
24. Gonzales, J., Veray, J., & Rodriguez, A. (2018). Diferencias sociodemograficas en el Bienestar Psicológico de adultos Puertorriqueños: Un estudio preliminar. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/324546213_Diferencias_Sociodemograficas_en_el_Bienestar_Psicologico_de_Adultos_Puertorriquenos_Un_Estudio_Preliminar
25. Hernández, R., & Carranza, E. (2017). Felicidad, optimismo y autorrealización. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/180/18054403005.pdf>
26. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la

- investigación. Obtenido de
<http://www.mediafire.com/file/7n8p2lj3ucs2r3r/Metodolog%C3%ADa+de+la+Investigaci%C3%B3n+-sampieri+-6ta+EDICION.pdf>
27. INEI. (2015). Situación de la Población Adulta Mayor. Obtenido de
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-técnico_población-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
28. INEI. (2017). Situación de salud de la población adulta mayor. Obtenido de
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf
29. INEI. (2018). Situación de la población adulta mayor . Obtenido de
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
30. Jara, S. (2018). Nivel de satisfacción con la vida en el adulto mayor del distrito de Chaglla - Huánuco Junio 2017. Obtenido de
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1739/T-TPLE-Silvia%20Noris%20Jara%20Ponce.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. La República. (2015). Ser adulto mayor en el Perú es un desafío. Obtenido de <http://larepublica.pe/impresamundo/709579-cuando-llegar-ser-adulto-mayor-se-convierte-en-un-desafío-en-el-peru>
32. La Rosa, A. (2012). Psicología Positiva. Obtenido de
http://www.unife.edu.pe/publicaciones/psicologia/publicacion_psicologia_positiva_virtual.pdf

33. Landa Chafalote, N. (2016). Estilos de vida del profesional de enfermería del servicio de emergencia de Huacho. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5271/1/Landa_chn.pdf
34. Martinez, T., Gonzales, C., & Castellon, G. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf>
35. Melguizo, E., Acosta, A., & Castellano, B. (2012). “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores”. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957008>
36. Mesonero, A., & Fombona, J. (2011). EL SIGNIFICADO DEL PASO DE LOS AÑOS. Obtenido de http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen5/INFAD_010523_633-643.pdf
37. MIMP. (2011). Plan PAM. Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
38. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2011). Cocina Saludable. Obtenido de http://www.uchile.cl/documentos/cocina-saludable_75077_0_3917.pdf
39. MINSA. (2019). Envejecimiento y vejez . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
40. Morales, J.; Nava, G.; Esquivel, J.; y Díaz, L. (2011). Principios de

- ética, bioética y conocimiento del hombre. Obtenido de
https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf
41. Moreno, A. (2016). Felicidad . Obtenido de
<https://www.angelicasanchezmoreno.com/2016/05/07/tus-relaciones-interpersonales-aseguran-tu-felicidad/>
42. OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
Obtenido de
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=5176107A550035EFB8CE9D72B60212DA?sequence=1
43. OMS. (2017). Envejecimiento y ciclo de vida. Obtenido de
<http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
44. OMS. (2019). Envejecimiento. Obtenido de
<https://www.who.int/topics/ageing/es/>
45. ONU. (2019). Día Internacional de la felicidad. Obtenido de
<https://www.un.org/es/events/happinessday/>
46. Osorio, P., Torrejón, M., & Anigstein, M. (2011). “Calidad de vida en personas mayores de Chile”. Obtenido de
<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>
47. Palomares, L. (2014). Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. Obtenido de

http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/566985/2/TesisdeMaestr%C3%ADa_LitaPalomares.pdf

48. PERU 21 . (2015). En el Perú la depresión afecta a una de cada cinco personas. Obtenido de <https://peru21.pe/lima/peru-depresion-afecta-cinco-personas-infografia-206770-noticia/>
49. PERU 21 . (2019). 10 países más felices del mundo, según ranking de la ONU. Obtenido de <https://peru21.pe/mundo/dia-internacional-felicidad-son-10-paises-felices-mundo-ranking-onu-fotos-nndc-466792-noticia/>
50. PERU 21 . (2019). Día Internacional de la Felicidad: ¿Cómo construyen su felicidad los peruanos? . Obtenido de <https://peru21.pe/peru/dia-internacional-felicidad-construyen-felicidad-peruanos-entrevista-400250-noticia/>
51. PUCP. (2018). Personas Adultas Mayores en el Perú y la necesidad de garantizar sus derechos. Obtenido de <http://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/personas-adultas-mayores-en-el-peru-y-la-necesidad-de-garantizar-sus-derechos-por-francisco-mamani/>
52. Puig, M., & Rodríguez, N. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/16208642.pdf>
53. Puig, M., Rodríguez, N., Farras, J., & Lluch, M. (2011). “Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_04.pdf

54. Puig, M., Rodríguez, N., Farras, J., & Lluch, M. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_04.pdf
55. Quintanilla, V. (2014). Estilo de vida y depresión en el adulto mayor . Obtenido de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4768/76.0258.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Ramirez, M., & Lee, S. -L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682012000300020
57. Rico, J. (2013). Salud y Felicidad: Relación Epistemológica. Obtenido de <http://fs-feg.sites.olt.ubc.ca/files/2013/06/Rico-Velasco-2013-Salud-y-Felicidad.pdf>
58. RPP. (2017). Perú es el tercer país más infeliz de Sudamérica, según la ONU. Obtenido de <http://rpp.pe/economia/economia/peru-es-el-tercer-pais-mas-infeliz-de-sudamerica-segun-la-onu-noticia-1038156>
59. RPP. (2019). Afrontar la depresión en el adulto mayor . Obtenido de <https://vital.rpp.pe/expertos/afrontar-la-depresion-en-el-adulto-mayor-noticia-1188277>
60. Sabogal, K., Herrera, S., & Farfán, D. (2015). Estilo de vida y síndrome de burnout en trabajadores de la salud de una clínica privada de Lima.

Obtenido de
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/352/360

61. Salavera, C., & Usán, P. (2017). Repercusión de las estrategias de afrontamiento de estrés. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6111466.pdf>

62. SENAMA. (2012). El Adulto Mayor. Obtenido de <http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>

63. Tabachnick, F. y Fidell, L. (2013). Multivariate Statistics Estadísticas multivariable. Nueva York: Pearson.

64. Universidad Católica San Pablo. (2014). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos. Obtenido de <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2014/12/Felicidadydepresionenancianos.pdf>

65. Villareal Marcelo, E. (2016). Estilos de vida en vendedores informales de una asociación de comerciantes . Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5908/1/Villareal_me.pdf

66. Wong, C. (2012). Estilos de vida. Obtenido de <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

67. Wong, J., & Vilchez, M. (2017). Determinantes de la salud en adultos mayores del “Club Adulto Mayor”. Obtenido de

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1970/DETERMINANTES_SALUD_WONG_AYALA_JULIANA_NARDY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

68. Yamamoto, J. (2013). Bienestar, gestión de recursos humanos y desarrollo social . Obtenido de

https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2013/06/11/tiempo_de_opinion_jorge_yamamoto.pdf

69. Zavala, G. & Núñez, R. (2011). Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle, marzo 2011. Obtenido de

<http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-2-2011-3.pdf>

Anexos

Anexo 1

Calendario

Actividades	Mes 1				Mes 2				Mes 3	Mes 4
	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	De la sem.1 a la sem.4	Sem.1
Se llevó a cabo una entrevista con el autor de la Escala de Felicidad de Lima	X									
Trámite administrativo para poder llevar a cabo la investigación en un hospital de Lima.	X	X								
Coordinación de los permisos con los respectivos representantes de la institución		X	X							
Se realizó la validez de constructo del cuestionario de estilo de vida para la población adulto mayor			X							
Convocatoria de los participantes.			X							
Explicación a los directivos y participantes el motivo de nuestra investigación.				X						

Anexo 3

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica

EDAD:

SEXO: Masculino Femenino

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completo

Educación superior tecnológica

Educación superior universitaria

LUGAR DE RESIDENCIA: Lima Provincia

LUGAR DE NACIMIENTO: Lima Provincia

¿CON QUIEN VIVE?:

ENFERMEDAD

DIAGNOSTICADA:

.....

**Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida
(PEPS-I) Pender (1996)**

Sexo: Masculino Femenino

Fecha: _____

Instrucciones:

- a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.
- b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder.
- c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1=Nunca 2 =A veces 3=Frecuentemente 4 =Rutinariamente

1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
3	Te quieres a ti misma (o)	1	2	3	4
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	1	2	3	4
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	1	2	3	4
7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento(a)	1	2	3	4
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre como cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estas de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo	1	2	3	4

	supervisión				
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4

25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4

31	Pasas tiempo con amigos cercanos	1	2	3	4
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4

37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	1	2	3	4
39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4

43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)				
48	Creas que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4

Escala de felicidad de Lima

Sexo: Masculino Femenino

Fecha: _____

Instrucciones:

Más abajo encontrará una serie de afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo, en desacuerdo o en duda. Lea detenidamente cada afirmación y luego utilice la escala para indicar su grado de aceptación o de rechazo a cada una de las frases. Marque su respuesta con X. No hay respuestas buenas ni malas.

Totalmente de Acuerdo (TA)

Acuerdo (A)

Ni acuerdo ni desacuerdo (?)

Desacuerdo (D)

Totalmente en Desacuerdo (TD)

Ítems	TA	A	?	D	TD
1. En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal.					
2. Siento que mi vida está vacía.					
3. Las condiciones de mi vida son excelentes.					
4. Estoy satisfecho con mi vida.					
5. La vida ha sido buena conmigo.					
6. Me siento satisfecho con lo que soy.					
7. Pienso que nunca seré feliz.					
8. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes.					
9. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada en mi vida.					
10. Me siento satisfecho porque estoy donde tengo que estar.					
11. La mayoría del tiempo me siento feliz.					
12. Es maravilloso vivir.					
13. Por lo general me siento bien.					
14. Me siento inútil.					
15. Soy una persona optimista.					
16. He experimentado la alegría de vivir.					
17. La vida ha sido injusta conmigo.					
18. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad.					
19. Me siento un fracasado.					
20. La felicidad es para algunas personas, no para mí.					

21. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado.					
22. Me siento triste por lo que soy.					
23. Para mí, la vida es una cadena de sufrimientos.					
24. Me considero una persona realizada.					
25. Mi vida transcurre plácidamente.					
26. Todavía no he encontrado sentido a mi existencia.					
27. Creo que no me falta nada.					