

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**FELICIDAD Y APOYO SOCIAL EN ENFERMERAS EN SITUACIÓN DE
AISLAMIENTO DOMICILIARIO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA**

Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentada por:

Ana Claudia Valle Rebaza

Asesor:

Dr. William Jesús Torres Acuña

LIMA-PERÚ

2021

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que me han enseñado con su ejemplo que merece la pena seguir luchando por este país, pese a las adversidades.

Y a los que han hecho posible que culminar esta etapa sea una realidad, sobre todo a mi madre, por ser la mujer más fuerte, íntegra e inteligente que conozco.

Ana Claudia Valle Rebaza

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales de las diferentes carreras que siguen luchando por un país sin violencia, informado e inclusivo, capaz de hacerle frente a la corrupción que nos aqueja.

A mis maestros de las aulas y de la vida, por enseñarme a perseverar, a no quedarme callada y a luchar por los que no tienen voz ni fuerza para continuar. Gracias por darme la plena convicción de que la carrera que elegí es la adecuada y aún hay mucho más por lo que seguir mejorando.

A mi familia, por ser mi inspiración y motivo para seguir creciendo personal y profesionalmente.

Y a todos los que posibilitaron que esta investigación se haya realizado, sobre todo que sea de utilidad para el sector salud y la comuna en general.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se está viviendo un acontecimiento sin precedentes a nivel mundial, una crisis sanitaria producto del virus SARS-COV-2 que ha impactado en diversos aspectos la vida de los seres humanos. Las nuevas medidas de bioseguridad impuestas han orillado a una redefinición de la forma de interactuar de las personas, así como promover el uso de plataformas digitales para mantener el desarrollo de actividades esenciales. Esto ha generado cambios abruptos en el estilo de vida de las personas, sobre todo para los adultos mayores que debido a su edad o comorbilidades pre existentes se han visto obligados a tomar medidas de protección más drásticas como el aislamiento domiciliario o confinamiento y, en el mejor de los casos, seguir laborando desde sus hogares, ya que de contraer el virus presentan un pronóstico de recuperación menos favorable, según reportan diferentes estudios de prevalencia epidemiológica.

Ante ello, diversos organismos internacionales de salud advierten de un incremento sustancial en problemáticas de salud mental en la población, sobre todo en las que han sido sometidas a periodos prolongados de cuarentena, así como en los sectores de mayor vulnerabilidad, por lo que recomiendan fomentar y fortalecer las redes de apoyo psicosocial para aminorar los estragos que trae consigo la pandemia. Frente a este escenario es que se plantea la presente investigación, que tuvo como objetivo analizar la relación entre la felicidad, también entendida como bienestar subjetivo, y el apoyo social en un grupo de enfermeras en situación de aislamiento domiciliario pertenecientes a un hospital público de Lima, los factores vinculados a estas dos variables a relacionar son relevantes, debido a que contribuyen a evidenciar que los seres humanos somos entes biopsicosociales y la salud está supeditada a una combinación de estos elementos, por lo que contar con un soporte social significativo puede contribuir a una mejora sustancial en el bienestar de las personas. Así, el presente estudio se estructuró de la siguiente manera:

En el capítulo I, se inicia con el planteamiento del estudio formulando la interrogante de cuál sería la relación que existe entre la felicidad y el apoyo social que percibe un grupo de enfermeras en situación de aislamiento domiciliario; posteriormente, se definen los objetivos y se profundiza en el tipo de relación de ambas variables, así como entre las dimensiones que propone la Escala de Felicidad de Lima (EFL) y el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) empleados, además se sustenta la importancia, justificación y limitaciones del estudio a tratar.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico, el cual engloba tanto a las investigaciones relacionadas con el tema propuesto como a las teorías planteadas por distintos autores las cuales fundamentan el estudio, adicionalmente se incluyen las definiciones de los términos básicos para un mejor entendimiento de la investigación.

En el capítulo III, se plantean las hipótesis del estudio las cuales, a su vez, guardan relación con los objetivos propuestos y se analiza a detalle las variables empleadas en la investigación.

En el capítulo IV, se hace referencia a la parte metodológica del estudio, llámese el tipo y diseño a emplear, las características de la muestra, las técnicas e instrumentos elegidos y, en general, todo el procedimiento y técnicas de procesamiento seguidos para la realización del estudio.

En el capítulo V, se presentan los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico realizado a los datos y contrastado con las teorías e investigaciones presentadas en el capítulo del marco teórico, lo que permite generar una discusión de las hipótesis planteadas.

Finalmente, en el capítulo VI, se expresan las conclusiones y recomendaciones consideradas pertinentes, además de adicionar un resumen general de la investigación y colocar palabras claves que faciliten en el lector la indagación del trabajo realizado.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2	OBJETIVOS.....	13
1.2.1	General	13
1.2.2	Específicos	14
1.3	IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	14
1.4	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	15

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1	MARCO HISTÓRICO	17
2.2	INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA	21
2.2.1	Internacionales	21
2.2.2	Nacionales	24
2.3	BASES TEÓRICO- CIENTÍFICAS DEL ESTUDIO	28
2.3.1	Felicidad.....	28
2.3.1.1	Definición	28
2.3.1.2	Modelos Teóricos del Bienestar Subjetivo	28
2.3.1.3	Perspectiva del Estudio de Felicidad	33
2.3.2	Apoyo Social	34
2.3.2.1	Definición	34
2.3.2.2	Modelos Teóricos del Apoyo Social.....	35
2.3.2.3	Niveles de Apoyo Social.....	37
2.3.2.4	Perspectiva del Estudio de Apoyo Social.....	37
2.4	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	40

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1	SUPUESTOS CIENTÍFICOS BÁSICOS	45
3.2	HIPÓTESIS	46
3.2.1	General	46
3.2.2	Específicas.....	46
3.3	VARIABLES DE ESTUDIO	47

CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1	POBLACIÓN.....	49
4.2	MUESTRA.....	50
4.3	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	51
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
4.4.1	Ficha Sociodemográfica	51

4.4.2	Escala de Felicidad de Lima	51
4.4.3	Cuestionario de Apoyo Social	54
4.5	PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS	56
CAPÍTULO V: RESULTADOS		
5.1	PRESENTACIÓN DE DATOS.....	59
5.2	ANÁLISIS DE DATOS.....	62
5.2.1	Psicométricos.....	62
5.2.2	Descriptivos	63
5.2.3	Prueba de Normalidad.....	65
5.2.4	Inferenciales	66
5.3	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	70
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
6.1	CONCLUSIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS	77
6.2	RECOMENDACIONES	77
6.3	RESUMEN.....	79
6.4	ABSTRACT	80
REFERENCIAS.....		81
ANEXOS.....		92
A. Consentimiento Informado.....		92
B. Material Complementario.....		93

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON RESPECTO A LA EDAD, ESTADO CIVIL, CON QUIÉN VIVE, ENFERMEDAD CRÓNICA Y TRABAJO REMOTO DE LA MUESTRA	60
TABLA 3. TAMAÑO DE LA RED SOCIAL	60
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE FELICIDAD Y SUS DIMENSIONES	61
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE APOYO SOCIAL Y SUS DIMENSIONES.....	62
TABLA 6. COEFICIENTES ALFA DE CRONBACH DE LA ESCALA DE FELICIDAD DE LIMA	62
TABLA 7. COEFICIENTES ALFA DE CRONBACH DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL	63
TABLA 8. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL PUNTAJE TOTAL DE FELICIDAD Y SUS DIMENSIONES.....	64
TABLA 9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL PUNTAJE TOTAL DE APOYO SOCIAL Y SUS DIMENSIONES	65
TABLA 10. PRUEBA DE NORMALIDAD KOLMOGOROV-SMIRNOV DEL PUNTAJE TOTAL DE FELICIDAD Y SUS DIMENSIONES	65
TABLA 11. PRUEBA DE NORMALIDAD KOLMOGOROV-SMIRNOV DEL PUNTAJE TOTAL DE APOYO SOCIAL Y SUS DIMENSIONES..	66
TABLA 12. CORRELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES TOTALES DE FELICIDAD Y APOYO SOCIAL	67
TABLA 13. CORRELACIÓN ENTRE EL PUNTAJE TOTAL DE FELICIDAD Y LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL.....	67
TABLA 14. CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN SENTIDO POSITIVO DE LA VIDA DE FELICIDAD Y LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL	68
TABLA 15. CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE FELICIDAD Y LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL	68
TABLA 16. CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DE FELICIDAD Y LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL	69
TABLA 17. CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ALEGRÍA DE VIVIR DE FELICIDAD Y LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL	70

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

A nivel mundial, la percepción de bienestar general entendida como felicidad se encuentra mermada debido a la coyuntura de pandemia por la que se viene atravesando; la crisis económica, política, social y, por supuesto, sanitaria está generando altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y somatización en la población, así para fines del presente año, la OMS (2020) espera un incremento sustancial en problemas de salud mental, sobre todo en los países que vienen liderando los rankings mundiales en cuanto a niveles de contagio por la COVID-19 como es el actual caso de España, seguido por otros países pertenecientes a la Unión Europea, así como el Reino Unido que han visto un repunte alarmante de nuevos casos de contagio, llamado por los expertos “segunda ola”, esto debido a la flexibilización de las medidas de bioseguridad impuestas a inicios de la pandemia y que los ha llevado nuevamente a adoptar medidas más restrictivas y ejecutar planes de acción preventivos en pro de una movilización segura.

Particularmente, América también engloba a muchos de los países que presentan estos altos índices de contagio, así como la mayor cantidad de fallecimientos por número de habitantes, por lo que es considerado como uno de los principales focos infecciosos de la pandemia a nivel mundial. Debido a ello, diversos gobiernos han venido implementando medidas alternas a la cuarentena global, que buscan reducir la propagación del virus en su población, pero sin paralizar la economía en su totalidad como, por ejemplo, la “cuarentena focalizada”, indicada para los sectores más álgidos respecto al número de contagios, permisos para circular de acuerdo al género o número de documento de identidad, también conocido como “pico y placa” y, para determinados grupos poblacionales considerados como “vulnerables”, quizás la medida más restrictiva, el “aislamiento domiciliario” o confinamiento. En dicho contexto, el apoyo social ha cobrado mayor relevancia, ya que periodos prolongados

de aislamiento sin soporte emocional se encuentran relacionados con menor percepción de bienestar en la población, sobre todo en las personas que debido a su edad o enfermedades pre existentes son más propensas a presentar complicaciones en su salud.

Concretamente en el Perú, la etapa de confinamiento repercutió en los niveles de bienestar de la población, ya que según cifras reportadas por la línea 113 de apoyo psicosocial hasta el mes de mayo, se recibió 24.802 llamadas, en su mayoría de mujeres con altos índices de estrés y sintomatologías depresivas (INFOSALUD, 2020, como se citó en MINSA, 2020b). Asimismo, las medidas de bioseguridad obligan a las personas a adaptarse a una “nueva normalidad”, se presentan grandes retos como el trabajo remoto a través de medios digitales, relaciones interpersonales con distanciamiento físico, entre otros tantos cambios, lo que torna aún más necesario el contar con una red de soporte, un círculo familiar-amical, que sirva de amortiguador frente a los estresores que trae consigo la pandemia.

En dicho contexto, la presente investigación se centró en el personal de enfermería de un hospital público de Lima quienes podrían estar percibiendo bajos niveles de bienestar debido a la situación de aislamiento domiciliario en la que se encuentran desde inicios de la pandemia. Esto aunado a diversos factores, primero se trata de un personal denominado “de riesgo”, ya que en su mayoría es adulta mayor y/o con presencia de comorbilidades; asimismo, ha visto restringidos sus derechos de acceso a diversos lugares y servicios, debido a que son más propensas a generar complicaciones, requerir hospitalización o asistencia mecánica de contraer el virus, además dicho personal al ser “inmigrante digital” necesita de mayor apoyo, sobre todo para desempeñarse bajo la modalidad de “trabajo remoto”, que demanda una serie de competencias digitales, como el capacitarse a través de plataformas de e-Learning sobre nuevas terminologías de diagnóstico o manejo de programas específicos, lo cual promueve el Estado a fin de darle continuidad a los pacientes crónicos y, finalmente, deben retomar actividades

presenciales ni bien se levante el Estado de Emergencia Sanitaria, lo que podría agravar su condición de salud, además de incrementar su preocupación o angustia frente a la coyuntura.

Si bien las medidas adoptadas hasta la fecha han sido pensadas bajo la consigna de “salvaguardar” la integridad y bienestar de este grupo poblacional catalogado como “de riesgo”, además de que los trabajadores sean vinculados o reintegrados a sus labores aprovechando los recursos digitales, en la práctica el panorama se está vislumbrando un tanto diferente, ya que no se está tomando en consideración que como punto de partida debemos interesarnos en saber cómo es que se sienten, cuáles son sus necesidades y si cuentan con el apoyo necesario para hacerle frente a los grandes desafíos que trae consigo la pandemia. Se trata de aprovechar al máximo un capital humano valioso con amplia experiencia de servicio y que podría darle atención de calidad a pacientes que actualmente se encuentran desatendidos, pero como dice Jiménez (2020) “es difícil sanar en otros lo que nosotros no tenemos previamente sanado y tolerar emociones ajenas si antes no me permito sentir las mías” (p.12).

Por lo antes mencionado, se sugiere incluir a los profesionales de la salud que se encuentran con licencia o laborando de manera remota dentro del servicio de acompañamiento psicosocial que indican en el plan de Salud Mental 2020-2021 elaborado por el MINSA, el cual centra su atención exclusivamente en el personal que atiende a la población con sospecha o diagnóstico confirmatorio de COVID-19 (2020b).

1.1 Formulación del Problema

¿Cuál es la relación que existe entre felicidad y apoyo social en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Determinar la relación que existe entre felicidad y apoyo social en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

1.2.2 Específicos

- ✓ Identificar los niveles de felicidad en cada una de las dimensiones de la Escala de la Felicidad de Lima (sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.
- ✓ Identificar el tamaño de la red y los niveles de apoyo social en cada una de las dimensiones del Cuestionario de Apoyo Social (emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.
- ✓ Determinar la relación que existe entre felicidad total y las dimensiones de apoyo social (como son; emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.
- ✓ Determinar la relación que existe entre las dimensiones de felicidad, según la Escala de la Felicidad de Lima (sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir), y las dimensiones de apoyo social, según el Cuestionario de Apoyo Social (emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo), en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

1.3 Importancia y Justificación del Estudio

Esta investigación presenta una justificación principalmente práctica, pues permitió describir las dimensiones de la felicidad y el apoyo social, así como sus niveles y la relación que existe entre ambas variables en las enfermeras que se encuentran confinadas en sus domicilios por ser parte del grupo de riesgo de un hospital público de Lima. Dicha información sirvió para evidenciar la situación actual de este grupo poblacional, tanto en su percepción de bienestar como en la relación que posee con su entorno, sobre todo en tiempos de pandemia, pues según el comunicado que emitió la Defensoría del Pueblo:

La prolongación del aislamiento social obligatorio para prevenir el contagio del COVID-19 con relación al grupo de riesgo, si bien busca proteger su salud, a más de siete meses de iniciada la pandemia ha generado una severa afectación de otros derechos fundamentales y de su bienestar... (La República, 2020).

De cara a la actual coyuntura, es relevante conocer la realidad de este grupo de enfermería, sobre todo para que las autoridades impulsen acciones que eviten sumar agravantes a su condición de salud, ya que ello mellaría el proceso natural de envejecimiento de dicho personal y lo tornaría más dependiente e incapaz de retomar sus actividades laborales, dejando así a miles de asegurados con afecciones crónicas desatendidos en sus necesidades de salud.

1.4 Limitaciones del Estudio

Debido a la emergencia sanitaria por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) y que el gobierno decretara como principal medida de bioseguridad el distanciamiento social, todo contacto físico con los participantes de la investigación quedó restringido, impulsando el uso de las tecnologías de información y comunicación (TICs) para generar coordinaciones, así como la construcción de formularios online, lo cual impidió la generación de un rapport previo a la evaluación, además de dejar al investigador sin control de las variables tiempo y ambiente, entendidos como la hora del día y el lugar elegidos para resolver los instrumentos.

Otra limitante para considerar fue la población a quien estuvo dirigida la investigación, ya que al ser adulta mayor e inmigrantes digitales, su dominio de las plataformas se tornó un tanto reducido en algunos casos, conllevando a la necesidad que, de preferencia, pudieran contar con un apoyo adicional en casa para desarrollar sin dificultades los instrumentos virtuales. Asimismo, un punto a tomar en cuenta es la escasez de investigaciones relacionadas con la muestra de estudio, si bien existen autores que han analizado sobre todo la relación entre el bienestar, ya sea psicológico o subjetivo y la variable apoyo social, no se ha dado con personal

sanitario en situación de confinamiento o en trabajo remoto, pues dicho panorama es producto de la situación de pandemia por la que se viene atravesando, acontecimiento nunca antes visto a nivel mundial.

Finalmente, el alcance de los resultados obtenidos se encuentra limitado a participantes con características similares a la del estudio, por lo cual la generalización de los resultados no podrá ser aplicada a muestras diferentes a la estudiada, sobre todo teniendo en cuenta la gran diversidad de sectores y regiones existentes en el territorio de Perú.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Histórico

A partir del discurso de posesión de Seligman como presidente de la APA, se crea formalmente la rama de la Psicología Positiva que da paso a un esfuerzo colectivo por generar intervenciones basadas en comprobación científica, lo que hoy se conoce como “ciencia de la felicidad”, las cuales exploran cómo las experiencias traumáticas y difíciles pueden crear caminos para la transformación positiva que va más allá de ser únicamente optimistas, resilientes o positivos propiamente dicho, a lo cual Ortega (2019) denomina la segunda ola de la psicología positiva.

Pero ¿qué se va a hacer cuando pase un evento traumático? y ¿cómo se va a convertir en una puerta para el crecimiento positivo? Son las actuales interrogantes en las que vienen trabajando los investigadores para dar respuestas que aporten soluciones a las grandes problemáticas mundiales como, por ejemplo, desde el ámbito educativo, lograr un mejor rendimiento académico, incrementar la creatividad, mejorar las relaciones interpersonales, erradicar el bullying; en el ámbito laboral, incrementar la satisfacción y el rendimiento del trabajador y, en general, mejorar los niveles de bienestar de la población para disminuir los problemas de salud mental y la tasa de suicidio.

Ya varios países vienen realizando grandes avances al respecto, en Bután, país budista en los Himalayas y pionero en implementar mediciones de bienestar general en su población, se contrató al psicólogo Adwell para capacitar a los profesores de once colegios públicos en educación positiva y, a su vez, hacer un comparativo de los resultados obtenidos con otros colegios que no fueron capacitados. Se encontró que la satisfacción con la vida de estos estudiantes, que sí recibieron instrucción positiva, aumento al cabo de uno a dos años y sus calificaciones en materias como matemática y lenguaje también se incrementaron, por lo que

se concluyó que el bienestar sí se puede enseñar y genera grandes resultados, desestimando la antigua concepción de que la felicidad y el rendimiento no van de la mano. (Universidad del Sinú Montería, 2015, 52m19s).

Por otra parte, el propio Seligman fue convocado por el Jefe del Estado Mayor del Pentágono de los Estados Unidos de América para enseñar psicología positiva a los soldados que participaron en la guerra con Irak, los cuales presentaban altos niveles de estrés pos traumático, pánico, ansiedad y depresión, problemáticas que incrementan el abuso de sustancias y dificultan su reinserción a la sociedad. A través del “programa de capacitación integral de soldados y familias”, se instruyó a más de veinte mil sargentos, quienes fueron los encargados a su vez de enseñarle a los soldados habilidades y ganancias mentales, así como resiliencia en la vida real, parte del currículo elaborado para trabajar con dicho grupo, y que dejó tan buenos resultados que actualmente es un programa que se sigue impartiendo de forma habitual y, sumado a ello, se extendió su aplicación tanto a las parejas como a los hijos de estos (Universidad del Sinú Montería, 2015, 54m33s).

De cara a los nuevos hallazgos, muchos gobiernos ya vienen incorporando la felicidad como un objetivo de sus políticas públicas, sobre todo desde el 2011 cuando la ONU demandó “la construcción de un enfoque hacia el desarrollo que apuntara a la sostenibilidad y la felicidad” (Arellano Consultoría et al., 2019, p.36) y, para ello, existe un creciente interés por emplear mediciones que abarquen aspectos no económicos, debido a que se han encontrado datos interesantes que apuntan a que el dinero no es el principal factor que determina la felicidad, pues superado el mínimo necesario (línea de pobreza) el aumento de la riqueza pierde efecto sobre el bienestar (Arellano Consultoría et al., 2019, p.35). Eso podría explicar por qué países que obtienen una buena puntuación en evaluaciones internacionales como Noruega, Australia, Suiza, Dinamarca y Holanda presentan altos índices de depresión y suicidio que se contraponen con lo que denominamos felicidad, a los cuales Yamamoto considera “estudios mundiales que

confunden la seguridad social con la felicidad y el desarrollo humano” (2019, p.34); por el contrario, se encontró que países de ingreso medio, como los Latinoamericanos, son los que puntúan muy por encima de la media en cuanto a bienestar y felicidad, debido a ello la línea que siguen las recientes investigaciones apuntan a que esto se encuentra relacionado con variables como la capacidad de adaptación a las condiciones en las que se vive, así como de las relaciones familiares-amicales con las que se cuenta, es decir el apoyo social que se percibe de estos.

Un estudio que refuerza esta idea fue el que realizaron Yamamoto y Feijoo en el 2007, quienes investigaron sobre el bienestar en países en vías de desarrollo, con el financiamiento de la Universidad de Bath, los cuales querían entender cómo podían existir países de bajo y mediano ingreso como Bangladesh, Etiopía, Perú y Tailandia que gozaran de un nivel de bienestar superior al de países como el Reino Unido.

Así decidieron estudiar a un conjunto de localidades, a partir de una primera fase de investigación cualitativa y empleo de la técnica etnográfica de convivencia con los pobladores de zonas periféricas urbano- marginales de Junín, rurales del valle del Mantaro e incluyendo al barrio de Huaycán en Lima, a lo que denominaron “corredor migratorio”, los resultados hallados fueron que los componentes de la felicidad en estas poblaciones eran: “tener un lugar para vivir mejor”, “formar una familia” y “percibir desarrollo”, sustentado en la teoría evolucionista que señala a estos componentes como parte de la constitución ancestral del ser humano. Con respecto a los recursos para satisfacer dichas necesidades, indican que son de tipo material, subjetivos y de redes sociales, los cuales se encuentran enlazados entre sí y que al contrastar estas necesidades y su percepción de logro se pudo determinar lo que denominamos como “satisfacción con la vida” (Yamamoto y Feijoo, 2007, pp.221-222).

Con respecto a las relaciones sociales y, concretamente, las interacciones interpersonales que de estas se derivan, es decir el modo de vincularse que tienen las personas en espacios determinados, y al que diversos autores hacen mención como un componente importante en la

felicidad de los latinoamericanos, sobre todo relacionado a la percepción de apoyo que se tenga de dicha red, esta concepción fundamenta su análisis en las teorías sobre la integración social, que a su vez tienen como punto de partida los trabajos de Durkheim, desde el ámbito de la sociología y Bowlby, desde el psicoanálisis. El primero, analiza la relación entre la cohesión e integración social con la salud y el segundo, formuló la *attachment theory* que relaciona el medio ambiente y la patología, lo que guarda relación con la existencia de la necesidad universal de poseer vínculos afectivos (Fernández Peña, 2005, pp.2-3).

No es hasta los años setenta que se da inicio al estudio del apoyo social como variable de investigación científica, siendo Cassel reconocido como el pionero de dicho trabajo; posteriormente, este autor aunado al trabajo de Cobb concluyen que las personas que están expuestas a situaciones estresantes, entendidas como “acontecimientos vitales que demandan un cambio o reajuste y que son percibidos como indeseables para el individuo”, y cuentan con apoyo social presentan un menor descenso en su nivel de salud física y mental en comparación con las que no poseen dicho soporte (Gallardo, 2013, como se citó en Ravello, 2018, p.16).

A partir de estas conclusiones, se prestó especial atención al apoyo social como elemento reductor del estrés, para ello se analiza dicho apoyo a partir de tres niveles (comunitario, redes sociales e íntimos), los cuales cumplen una serie de funciones de tipo emocional, material, informacional, entre otros (Barrón y Chacón, 1990, p.54). Las investigaciones posteriores de autores como Lin (1986) generan una polémica entre las definiciones de apoyo social, entendido como “provisiones materiales o expresivas, reales o percibidas que aportan las redes formales o informales llámese comunidad, profesionales o amigos íntimos” (como se citó en Baca, 2016, p.178); en cuanto a lo real y percibido se genera un debate sobre si se debe tomar en cuenta solo los aspectos objetivos del apoyo (apoyo recibido) o también la dimensión subjetiva de este (apoyo percibido). Para estos últimos, lo conceptualizan a partir de términos cognitivos como por ejemplo la “percepción de que uno es amado o estimado por los demás” y aseveran que

dicha percepción promueve la salud; lo que se sabe gracias al avance científico es que ambas posturas del apoyo social guardan estrecha relación con el bienestar, no son incompatibles como muchos autores pensaban y a partir de ello se han desarrollado diferentes posturas, ahondado en los tipos de efectos de contar con redes de apoyo y se han realizado más investigaciones que aporten a la comunidad científica como lo hizo Gottlieb en su momento, que a partir de sus trabajos en la población americana, puso en manifiesto la importancia que le dan las personas a las “redes de apoyo informales”, llámese familia y amigos por encima de profesionales de la salud mental como recurso para hacerle frente a situaciones difíciles.

2.2 Investigaciones Relacionadas con el Tema

En cuanto al panorama internacional y local, no se han encontrado muchos estudios específicos con las variables felicidad y apoyo social directamente relacionadas entre sí y menos en la coyuntura actual; sin embargo, existen diversas investigaciones que indagan por separado ambas variables, así como algunas que enlazan dichas variables con otras directamente afines, sobre todo en población adulta mayor, así tenemos a continuación:

2.2.1 Internacionales

Alhatef (2018) analizó la relación entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico en adultos mayores en centros de jubilados de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. El estudio que realizó fue descriptivo-correlacional, no probabilístico accidental y con una muestra de cien participantes, excluyendo a personas con problemas clínicos que dificulte su comprensión, mayoritariamente mujeres (78%) y en un rango etario de 65 a 76 años. Utilizó una ficha sociodemográfica, la Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet. Los resultados que obtuvo fue de una correlación positiva, media y significativa entre las variables de estudio a nivel general ($r=.49$), así mismo el nivel general de apoyo social percibido presentó correlaciones positivas con todas las dimensiones del bienestar psicológico. En cuanto a las variables sociodemográficas, la de

tener pareja e hijos indicaron una correlación más alta con respecto al apoyo social y bienestar psicológico a diferencia de variables como género y edad. Finalmente, sugiere ampliar el estudio adicionando otras variables a la correlación.

Pacheco y Alfaro (2018) buscaron encontrar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores del área urbana de la Paz, Bolivia. La investigación incluyó factores socioeconómicos, sociodemográficos, el apoyo social evaluado con la Escala de Zimet y la depresión, con la Escala Geriátrica de Yesavage. A partir de un diseño descriptivo-correlacional y un muestro no probabilístico en avalancha, trabajaron con doscientos cuarenta participantes mayores de 60 años, en su mayoría menores de 70 años (50%). Encontraron que el mayor porcentaje de participantes vive con dos a más familiares, cuentan con los servicios básicos, son personas casadas y, con respecto a la frecuencia en la interacción con sus familiares y amigos, un 43% reportó visitas semanales periódicas. A su vez, dicha muestra presentó un alto nivel de apoyo social familiar a diferencia del apoyo social amical que fue bajo, pero repuntando en el nivel referido a otras personas 'significativas' para el evaluado y, con respecto a la depresión, reportaron que el 60% no presenta dicha afección. En resumen, indicaron que existe un relación inversa y significativa de -0.438 entre el nivel de apoyo social percibido total y el grado de depresión, es decir, a mayor apoyo de la red social, menor será el nivel de depresión.

Torres y Flores (2018) evaluaron el efecto de las variables satisfacción con la vida, autopercepción de salud, apoyo social y estilos de enfrentamiento sobre el bienestar subjetivo en adultos mayores mexicanos de la ciudad de Mérida en el Estado de Yucatán. Su investigación fue tipo descriptivo de campo, con dos muestras independientes divididas por sexo (probabilístico intencional), el tamaño de tal constó de ciento veintidós participantes de entre 60 a 93 años. Obtuvieron como resultados una media de 71 años, mayoritariamente mujeres, casadas y de nivel socioeconómico medio. Para medir las variables del estudio, utilizaron los cuestionarios Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), la Escala de Apoyo Social Percibido

(CASPE), además de la Escala de Autopercepción de Salud en el Adulto Mayor, la Escala Multidimensional y Multisituacional de Estilos de Enfrentamiento y, finalmente, la Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo (EMMBSAR) compuesta por dos dimensiones: experiencia emocional y evaluación socio-cognitiva, estos tres últimos instrumentos diseñados para la población mexicana. Como resultados, evidencian bajos niveles de apoyo social a pesar de contar con compañía, debido a la baja calidad de confianza en estos, pero perciben altos niveles de satisfacción con la vida y bienestar subjetivo. Asimismo, las variables “satisfacción con la vida”, “autopercepción de salud” y “estilos de enfrentamiento” son los mejores predictores del bienestar subjetivo en su componente cognitivo, sobre todo en el caso de las mujeres. Por último, los autores recomiendan limitar el número de reactivos a administrar, dado que este grupo etario presentó en algunos casos cansancio y ampliar el estudio del bienestar subjetivo haciendo uso de otras variables.

Alfonso et al. (2016) tuvieron como objetivo investigar la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores de un policlínico de la Universidad 5 de Setiembre en Cuba. Para ello, realizaron un estudio de tipo descriptivo, con un diseño no experimental y transversal, muestreo no probabilístico y emplearon la Escala M.G.H. de Calidad de Vida, así como la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y una entrevista semi-estructurada. Su muestra estuvo conformada por veinticinco participantes, mayoritariamente mujeres de entre 60 a 69 años con estudios universitarios. Los resultados obtenidos fueron un nivel alto en calidad de vida y apoyo social, siendo la familia el principal sostén referido; en resumen, se concluyó que la alta percepción de apoyo social se expresa en una mayor calidad de vida, sobre todo en adultos mayores tempranos.

Cuadra et al. (2015) optaron por relacionar las variables bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica en Chile. El diseño fue de tipo ex post facto retrospectivo de grupo único y correlacional,

su muestreo no probabilístico intencional. La muestra constó de ciento cincuenta participantes, en su mayoría mujeres con edad promedio de 70 años; asimismo, usaron como instrumentos de evaluación el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) diseñado por la OMS, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, el Cuestionario de Apoyo Social (Ducke-Unc-11) y el Cuestionario Genérico de Salud Física y Mental (SF-36). Como resultados obtuvieron correlaciones significativas y positivas entre calidad de vida y bienestar psicológico ($r=.763$), apoyo social ($r=.431$) y el estado físico y mental ($r=.586$). Se evidencia que la salud constituye un estado global de bienestar y no solo ausencia de enfermedades y la percepción de funcionalidad guarda relación con una mejor calidad de vida.

2.2.2 Nacionales

Gómez (2020) buscó determinar si existe relación entre el apoyo social percibido, resiliencia y los niveles de felicidad en pacientes de hemodiálisis atendidos en la Clínica Cena durante el mes de enero del presente año en la ciudad de Arequipa. Para ello, realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal con una muestra de ciento cuarenta y nueve pacientes de entre 24 a 64 años en su mayoría (53%), utilizando una ficha sociodemográfica, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, la Escala de Felicidad de Lima y la Escala de Resiliencia de Wagnild. Los resultados obtenidos arrojaron una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y la resiliencia ($\chi^2=41.56$, $p<.05$), pero no encontró relación estadísticamente significativa entre apoyo social y niveles de felicidad ($\chi^2=9.29$, $p>.05$), por otro lado, la relación entre resiliencia y niveles de felicidad sí fue estadísticamente significativa ($\chi^2=4.84$, $p<.05$). Finalmente, recomienda ejecutar programas de apoyo psicológico para estos pacientes, que el personal de salud que les brinda atención lo haga desde un enfoque más humanitario y empático, así como que se amplíen los estudios en donde se incluyan otros factores que puedan asociarse con los niveles de resiliencia y felicidad.

Quispe (2019) tuvo como objetivo conocer la relación que existe entre la resiliencia y el apoyo social percibido sobre la satisfacción con la vida de los adultos mayores del distrito de Santa Anita, en Lima Metropolitana. Para medir sus variables empleó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, adaptado para la realidad peruana por Castilla et al. (2016), el Cuestionario MOS de Apoyo Social, adaptación al español de Rodríguez y Enrique (2007), así como la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, en su versión al español empleada por De Los Heros (2017). Realizó una investigación de tipo básica, con una estrategia asociativa que buscaba conocer la relación funcional entre las variables en cuestión. Su muestra estuvo conformada por ciento quince participantes mayores de 60 años y pertenecientes al CIAM de ese distrito, siendo 55.7% mujeres y en su mayoría con alguna afección crónica; por otra parte, un 46% reportó estar casado/a seguido de un 40% como viudo/a, la mayoría contaba con estudios universitarios (48%), además indicaron no estar laborando a la fecha y contar con un cuidador. Con respecto a los resultados, el estudio arrojó que las tres variables se relacionaban de forma directa y estadísticamente significativa ($p < .01$), siendo las variables resiliencia y apoyo social percibido, así como resiliencia y satisfacción con la vida de tipo positiva y moderada en su correlación (.411 y .437); mientras que, las variables apoyo social percibido y satisfacción con la vida también obtuvieron una correlación de tipo positiva, pero en este caso alta (.645). Por último, advierte que dichos resultados pueden ser producto de que estos adultos mayores pertenecen a un centro cuyos servicios van dirigidos explícitamente a proporcionar asesoría psicológica, esparcimiento y, en general, actividades que promuevan un envejecimiento activo, por lo que recomienda que futuras investigaciones incluyan a participantes con otro tipo de características a fin de contrastar lo hallado en el estudio.

Vives (2019) realizó una investigación con el propósito de analizar la relación entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en adultos mayores que viven en casas de reposo en Lima Metropolitana, para ello empleó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la Escala de Satisfacción con la Vida y la Escala de Experiencias Positivas y Negativas. El tipo de

diseño fue correlacional y la muestra conformada por setenta y uno participantes con una edad promedio de 79 años, grado de instrucción secundaria completa, nivel socioeconómico medio y en su mayoría viudos. En cuanto a los resultados, encontró correlación positiva y de mediana intensidad entre el apoyo social percibido y los dos componentes del bienestar subjetivo: satisfacción con la vida (.36) y balance afectivo (.23). Halló diferencias significativas entre esas dos variables y el grado de instrucción, siendo mayor en niveles de educación superior; encontró mayores niveles de bienestar general en personas casadas. Finalmente, concluye que una percepción adecuada de apoyo por parte del entorno cercano estaría asociado a un mayor nivel de bienestar subjetivo, favoreciendo en la calidad de vida; asimismo, recomienda llevar a cabo otras investigaciones donde se exploren más variables relevantes para el estudio de dicho grupo poblacional.

Ravello (2018) buscó determinar la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores en Lima, para lo cual realizó un estudio correlacional, tomando como muestra a ciento noventa y dos adultos mayores de entre 60 a 90 años pertenecientes a ocho locales comunales donde se brinda actividades que promueven el envejecimiento activo, para lo cual empleó el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) y la Escala de Satisfacción con la vida de Diener, para ambos realizó una adaptación piloto con su muestra. Los resultados de su investigación arrojaron que un 82.8% de su muestra eran mujeres, mayoritariamente de 60 a 75 años (65%), asimismo, presentan un nivel de apoyo social general promedio y a nivel de las dimensiones el percentil más elevado lo obtuvo en el de apoyo emocional con un nivel promedio y el más bajo, el de apoyo afectivo. En cuanto a la satisfacción con la vida, encontró que presentan un nivel promedio de satisfacción, no encontró diferencias significativas por género, edad (60-75, 76-85, 85 a más), pero sí detectó que las personas casadas presentan mayor nivel de satisfacción en comparación con las solteras o viudas, así como las que tienen grado de instrucción superior con respecto a las que cuentan con primaria o secundaria. Por otro lado, en lo que respecta a las correlaciones, su investigación evidencia una

correlación moderada y muy significativa entre el apoyo social y satisfacción con la vida ($r=.599$), entendiéndose como que aquellos adultos mayores que cuenten con niveles altos de apoyo social sentirán mayor grado de satisfacción con su vida, de igual manera, con respecto a las dimensiones, la correlación entre el apoyo emocional y satisfacción con la vida es la que alcanzó un nivel de $r=.525$, siendo la más significativa. Finalmente, concluye la investigación recomendando ampliar el estudio a otros distritos de Lima y con otros grupos poblacionales, así como incorporar programas psicológicos que fortalezcan el empoderamiento del adulto mayor.

Vargas y Vargas (2017) buscaron investigar la relación entre apoyo social y bienestar psicológico en los adultos mayores que asisten a los Centros Integrales de Atención a la Persona Adulta Mayor de diferentes distritos de Lima Metropolitana, para ello utilizaron el Cuestionario de Apoyo Social (MOSS) en su versión adaptada a la realidad limeña por Cruz y la Adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff realizada por Díaz, a su vez llevaron a cabo un estudio de tipo correlacional con un muestreo no probabilístico intencional y la obtención del tamaño de su muestra fue a través del programa estadístico G*Power, arrojando un tamaño de doscientos nueve adultos mayores. Como resultados se obtuvo un promedio de edad de 70 años, en su mayoría mujeres, casadas y con educación superior. Asimismo, el 82.7% de la población reportó padecer de una enfermedad física, en su mayoría de tipo crónica como, por ejemplo: hipertensión arterial, cáncer, insuficiencia renal, diabetes, entre otras. Se encontró que los adultos que no presentan enfermedad y cuentan con pareja presentan niveles más elevados de apoyo social y afectivo (rango entre .85 y .49); por otro lado, se evidencia una correlación positiva entre las variables de estudio ($r=.80$). Finalmente, los autores recomiendan fomentar investigaciones utilizando otras variables afines al bienestar psicológico, debido a que procesos de adaptación satisfactorios propician una mejor preparación ante eventos de crisis.

2.3 Bases Teórico- Científicas del Estudio

2.3.1 Felicidad

2.3.1.1 Definición

Actualmente, el concepto de felicidad se encuentra relacionado con el de bienestar subjetivo, ello gracias al aporte de las ciencias sociales y estudios como los de Diener, quien lo define como “las conclusiones cognoscitivas y afectivas que las personas alcanzan cuando evalúan su existencia. En otras palabras, se denomina felicidad al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando se está comprometido en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas” (2000, como se citó en Rubio, 2016, p.121), es por ello que Alarcón menciona que “las diferencias semánticas entre felicidad y bienestar subjetivo se desdibujan cuando se define operacionalmente bienestar utilizando algunos indicadores de la felicidad” (2006, p.100).

2.3.1.2 Modelos Teóricos del Bienestar Subjetivo

a) Modelo Hedónico y Eudaimónico

Diversos teóricos, principalmente anglosajones, proponen estos dos modelos del bienestar; la hedónica concibe al bienestar como subjetivo y lo hace a partir de dos componentes: el cognitivo, entendido como la satisfacción con la vida y el afectivo, desde la obtención de un balance hedónico. Así los autores que respaldan este modelo lo definen como una “categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida” (Diener et al., 1999, como se citó en Muñoz, 2007, p.165).

En otras palabras, se entiende como juicio global de satisfacción con la vida, a la evaluación que hace una persona sobre su desempeño en la vida en cuanto a metas, logros personales y valores sociales que se tienen, a su vez el dominio de satisfacción que se menciona hace referencia a una serie de variables externas como la satisfacción

con el trabajo, la pareja, los ingresos, el lugar donde se vive, etc., por lo que ambos aspectos conforman el componente cognitivo (Muñoz, 2007, pp. 165-166). Por otro lado, los afectos positivos se entienden como aquellas emociones que causan placer y los afectos negativos, las que generan malestar psicológico o sufrimiento, así el balance entre la sumatoria de ambos constituye el componente afectivo del bienestar subjetivo, con la salvedad que dicho estado de ánimo debe tener una temporalidad a largo plazo.

Con respecto al modelo Eudaimónico, este se encuentra claramente representado en la “teoría del bienestar psicológico”, entendiéndolo no solo como la ausencia de afectos negativos y presencia de afectos positivos, sino que además advierte de la existencia de “necesidades universales” y que solo a partir de su satisfacción se puede llegar a la felicidad. En otras palabras, el bienestar es alcanzable a través de la consecución de los siguientes rasgos positivos: el propósito en la vida, el dominio del medio ambiente, las relaciones positivas, la auto aceptación, el crecimiento personal y la autonomía (Flores et al., 2018, pp.116-117).

b) Modelo PERMA

Al plantear que la psicología no solo debe estar orientada a definir, clasificar y dar tratamiento a las diferentes patologías, sino que también se debe ocupar de hacer más felices, plenas y productivas las vidas de las personas, Seligman y otros investigadores estudiaron las vidas de las personas catalogadas como “extremadamente felices” y las compararon con el resto, encontrando tres tipos de vidas felices: la placentera, de compromiso y la significativa, dando pie para que a partir de ello este autor desarrollara su modelo PERMA de bienestar.

P: Emociones positivas o vida placentera, ruta hedonista que consiste en incrementar la mayor parte del tiempo la cantidad de emociones positivas a lo largo de la vida para ser felices. Ello se puede obtener viviendo el momento presente a través del

savoring y *mindfulness*, el primero de ellos consiste en “saborear el momento” deleitando los sentidos, mientras que el segundo es un estado mental que consiste en la “atención plena a los propios pensamientos, acciones o sensaciones”. A su vez, se pueden obtener dichas emociones positivas enfocándose en el pasado, traducido en saber perdonar y ser agradecidos o centrándonos en el futuro, a través de la esperanza y el optimismo frente a la vida. Sin embargo, esta vía para alcanzar la felicidad presenta dos dificultades: por un lado, el nivel de emocionalidad positiva está supeditado a la personalidad y los componentes hereditarios (de 40 a 50%), es decir tiene poca posibilidad de cambio y; por otro lado, la habituación hedónica que producen las emociones positivas hace que cada vez se requiera más de estas y llegado a cierto punto no cause mayor impacto, traducido en felicidad (Lupano y Castro, 2010, p.47).

E: Participación absorbente o vida de compromiso, este camino consta en obtener placer a través de realizar actividades que te mantengan en tal estado de concentración intensa que sientas que el tiempo se detuviera con ello, al que se denomina “*flow*”. Seligman adopta este término de la “teoría del flujo” de su colega Csikszentmihalyi, quien lo concibe como “la capacidad de concentrar energía psíquica y la atención en planes y objetivos de nuestra elección, pues se siente que vale la pena realizarlo, ya que se ha elegido ese tipo de vida” (1990, pp.42-43), donde las habilidades están en equilibrio con el reto que se tiene que hacer, pues si es muy aburrida la actividad, el flujo no se alcanza y si por el contrario es muy estresante, este se pierde. En resumen, “si se es consciente de las propias fortalezas y se aplican a una tarea específica, entonces se logra esa conexión denominada compromiso” (Lupano y Castro, 2010, p.48).

R: Relaciones positivas, siendo seres sociables por naturaleza, todos entablamos relaciones con los demás, aunque con diferentes grados de intensidad, que supone un

elemento de protección y apoyo importante. Debido a ello, este factor se entiende como fomentar mejores relaciones personales con vínculos de tipo “activo-constructivos”, en donde prime la empatía y reciprocidad (Alpizar y Salas, 2010, como se citó en Domínguez e Ibarra, 2017, p.673). Al respecto, Lupano y Castro (2010) indican que las recientes investigaciones sobre este punto identifican a las personas más sociables como las más felices (p.48).

M: Significado y propósito o vida significativa, se refiere a la búsqueda de pertenencia a algo más grande que uno mismo, de tal manera que se englobe en un sentido de trascendencia. Con ello se busca aplicar las fortalezas personales para pertenecer y servir a un objetivo o proyecto mayor, por lo general se da a través de la familia, escuela, el trabajo o comunidad (Universidad del Sinú Montería, 2015, 21m49s).

A: Sentido del logro, incluye establecer metas claras que permitan generar sentido de competencia al ser alcanzadas, además de fortalecer la autonomía de las personas al percibir obtención de éxito. Las recientes investigaciones apuntan a que conseguir dichos logros está ligado más a aspectos como la perseverancia, autodisciplina y motivación que al talento y coeficiente intelectual (Domínguez e Ibarra, 2017, pp.674-675).

Así para Seligman, una vida plena puede alcanzarse a través de las tres rutas, pero aquellos que denotan mayor satisfacción son los que logran integrarlo de manera conjunta; de cara a los recientes hallazgos, hoy en día es posible una medición de la felicidad a gran escala gracias al uso de la tecnología de la *big data* y ajustar las políticas públicas en pro de lograr un aumento del PERMA en la población.

c) Modelo Matemático Integrado

Yamamoto y Feijoo indagaron el bienestar en diferentes zonas del Perú y lo contrastaron con las propuestas teóricas internacionales que concebían

fundamentalmente la felicidad a partir de medidas objetivas como el ingreso, la salud, entre otras (Arellano consultoría et al., 2019, p.43), así lograron desarrollar un protocolo de entrevista a profundidad de Componentes Émicos de Bienestar (EBC) que a modo de respuesta abierta indaga cinco áreas fundamentales: metas de vida, recursos, valores y episodios más felices e infelices (2007, p.205). A partir de ello desarrollaron el cuestionario *Wellbeing in Developing Countries Quality of Life Dimension*- versión Perú (WQP) y propusieron un modelo alternativo de bienestar subjetivo al que llamaron “matemático integrado”.

Los procesos que interactúan para concebir felicidad como tal constan de dimensiones o capas universales, culturales y de ajuste circunstancial. El punto de partida son las necesidades universales, que pueden ser ancestrales como las fisiológicas, ancestrales indirectas o no ancestrales, posteriormente estas se concretan en metas específicas a las circunstancias ambientales, sociales e históricas del contexto, las cuales requieren de recursos para ser satisfechas, todo ese proceso es denominado “dimensión circunstancial”, adicionalmente los valores sociales influyen en las necesidades y en la percepción de logro de dichas necesidades, conformando la “dimensión cultural” del bienestar subjetivo (Yamamoto, 2015, pp.14-15).

En resumen, la felicidad es un proceso complejo que busca la satisfacción de necesidades universales, estructuradas gracias a la larga evolución ancestral, en donde la cultura, a través de los valores, impulsa la fijación de metas importantes para la vida, además fomenta la adquisición de recursos para cubrir dichas necesidades y refuerza el logro de estas aumentando las emociones positivas cuando se percibe coherencia con los valores; en otras palabras, la felicidad es un “complejo mecanismo de regulación, más que un fin en sí mismo” (Yamamoto, 2019, pp.144-145).

2.3.1.3 Perspectiva del Estudio de Felicidad

Para la construcción de su propia Escala de la Felicidad, empleada en el presente estudio, Alarcón (2010) parte de la revisión de diversas teorías tanto de psicólogos humanistas como Maslow, investigadores de la psicología positiva como Diener y estudios realizados por otros autores en el propio contexto peruano en donde se toman en consideración aspectos ligados directamente con dicha variable, como lo son: la edad, el género, el estado conyugal, la pobreza, así como otros ya analizados por representantes de los modelos clásicos en diversos contextos.

Así mismo, resalta como principal motivación para la creación de su Escala, las evidencias halladas por diferentes psicólogos latinoamericanos sobre la influencia que ejercen los “factores culturales” sobre el significado que les atribuyen las personas a los términos felicidad, bienestar, necesidad, meta, entre otros, además de que el tipo de “conceptualización teórica” que tienen los expertos sobre una conducta, la cual se ve plasmada en los tests psicológicos, pueden hacer que pierdan sus propiedades psicométricas de emplearse en otra cultura distinta a la de origen (Alarcón, 2006, p.99), coincidiendo en este último punto con los hallazgos mencionados por investigadores como Yamamoto, que le sirve como punto de partida para la posterior concepción de su propio modelo teórico.

Según la literatura revisada por Alarcón (2010), la cual guarda relación con lo ya dicho por Seligman y la misma ONU, los gobiernos deben priorizar un desarrollo de tipo sostenible y que tenga como meta máxima el bienestar o felicidad de sus ciudadanos, ya que solo así se puede hablar de “progreso”. Al respecto, refiere que este último es visto como una acción que tiende a producir un cambio satisfactorio en la persona, el cual conlleva a su mejoramiento, antes considerada como “acción voluntaria” por ser premeditada y tener como finalidad el satisfacer una necesidad u obtener una meta, pero que hoy en día se le denomina “motivación intrínseca”, gracias a los aportes de diversos teóricos; por otro lado, señala la distinción entre el

progreso personal y el colectivo, pues el segundo está regido por el interés de toda la comunidad, para la cual el Estado debe establecer metas basadas en las necesidades que tengan en común, sobre todo en sociedades con tanta diversidad como las latinoamericanas (pp.1-3).

Con respecto a las necesidades fijadas, Alarcón (2010) hace referencia a la “Teoría de la Jerarquización de las Necesidades” propuesta por Maslow, centrando su análisis en las cuatro primeras de esta, ya que considera comunes a todos los seres humanos (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia y de estimación), mientras que, en la cumbre, la autorrealización depende de cada persona al entenderse como una necesidad de crecimiento en dirección hacia metas como salud, satisfacción de las necesidades, desarrollo corporal y espiritual, como refiere también Rogers, y que para Bühler lo engloba el anhelo de “plenitud” que poseen las personas (pp.4-5).

La relevancia de mencionar a las necesidades básicas, es que diversos investigadores han analizado el efecto de su insatisfacción sobre el comportamiento de las personas, sobre todo debido a la pobreza que está relacionada con la desnutrición, bajos niveles educativos, hacinamiento, desocupación, entre otros hechos que evidencian una “baja calidad de vida” en comparación con los estratos socioeconómicos medio y alto, pero que Alarcón también hace hincapié en diferenciarlo con lo que se denomina “felicidad” desde la psicología positiva, estimando que cierto nivel de seguridad económica que cubra las necesidades más básicas si bien favorece el bienestar personal y brinda tranquilidad mental, no es condición necesaria para que haya felicidad, aunque resalta lo prioritario de seguir trabajando por una sociedad más igualitaria en todos los ámbitos.

2.3.2 Apoyo Social

2.3.2.1 Definición

Durante los años 90, Cornes (1994) lo define como “el acceso directo e indirecto a la utilización formal e informal de personas, grupos y organizaciones para reducir lo máximo

posible el sentimiento de aislamiento, soledad e indefensión de los individuos”. Para el nuevo milenio, Ponce y cols. (2009) mencionan que es un “proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad o acontecimiento vivido”. Finalmente, Herrero y García (2010) incluyeron el término *online* a su definición de apoyo social y redes de apoyo, definiéndolo como “aquellas relaciones que se mantienen con una relativa base de sinceridad y confianza, que pueden significar un acercamiento renovado al mundo social” (como se citó en Aranda & Pando, 2013, pp. 236-239).

2.3.2.2 Modelos Teóricos del Apoyo Social

a) Modelo de los Tipos de Efectos

Tanto el apoyo real como el percibido se relacionan con el bienestar y a partir de ello se han desarrollado dos posturas de tipos de efectos de dicho apoyo:

De Efectos Directos:

Según esta hipótesis, a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico y a menor grado de apoyo social mayor presencia o incidencia de trastornos, ello independientemente de los acontecimientos estresantes vividos; en otras palabras, el apoyo social ejerce una influencia independiente (Gottlieb, 1983, como se citó en Barrón y Chacón, 1990, p.54).

De Efectos Indirectos:

También llamada efecto protector o amortiguador del estrés, asevera que los estresores sociales o acontecimientos vitales estresantes solo tendrán efectos negativos en las personas que tengan un nivel de apoyo social bajo, pero resaltan el hecho que sin dichos estresores el apoyo social no tendría influencia sobre el bienestar, por lo que su papel está limitado a la protección de los efectos “patogénicos” del estrés (Cohen et al., 1984, como se citó en Barrón y Chacón, 1990, pp.54-55).

b) Modelo Sintético

Representado por el investigador Lin, quien se ha centrado en analizar la relación entre el apoyo social y la salud psicológica y física, este autor generó una definición del apoyo social al que denomina “sintética”, ya que engloba la historia y definiciones de otros autores, así lo define como: “un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza” (1986, como se citó en Herrero, 2014, p.22).

Así la definición de apoyo social que plantea se rigen bajo tres ejes fundamentales:

- ✓ Es un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales.
- ✓ Es un conjunto de provisiones percibidas o recibidas.
- ✓ Las fuentes de dicho apoyo son la comunidad, redes sociales y personas de confianza.

Dimensión Expresiva o Instrumental: En la primera dimensión el apoyo social cumple una función expresiva que hace referencia a que “la provisión es tanto un medio como un fin en sí misma”. Por ejemplo, expresar nuestras emociones como frustraciones o preocupaciones con alguien cercano es una vía para sentirnos mejor y tiene como fin justamente el expresarnos. Para la segunda dimensión el apoyo social cumple la función de “medio para conseguir un fin”, que incluye el consejo y la ayuda material, por lo que el objetivo es lo que pretendemos conseguir con la conducta que tenemos (Herrero, 2014, p.22).

Dimensión Percibida y Recibida: Aquí se indica que el apoyo social puede ser observable (recibida) o la sensación de que podríamos contar con ello de ser necesario (percibida). Según la evidencia que menciona el autor, llegado el momento de necesitar dicha ayuda,

las personas no necesitan pedirla como tal, sino que saben que contarán con ella y esa “percepción” predice mejor el bienestar de la persona que la recepción directa del apoyo.

Fuentes de Apoyo Social: existen tres tipos de fuentes que brindan apoyo a las personas- las personas íntimas y de confianza, la red social y la comunidad- y el efecto que generan sobre el bienestar es diferente, según refiere el autor.

2.3.2.3 Niveles de Apoyo Social

Para Lin (1986) existen niveles desde donde la persona puede obtener apoyo, los cuales se encuentran interconectados y, a su vez, pueden formar sistemas más complejos, así tenemos:

- a) **Macrosocial:** conformado por la sociedad o comunidad en el que se desarrolla la persona y donde cumple un rol, además de verse regulado por la normativa que esta demanda. Aquí también podemos encontrar a las organizaciones sin fines de lucro o instituciones gubernamentales que brindan un “apoyo de tipo formal” a la población, a través de profesionales especializados; proporcionan un sentimiento de pertenencia a una estructura social más amplia.
- b) **Mesosocial:** aquí encontramos a las redes de apoyo social, que brindan un sentido de vinculación hacia un grupo y unidad con sus miembros.
- c) **Microsocial:** en este nivel se comparten lazos afectivos más íntimos, donde se desataca por lo general a la familia, como fuente recíproca de apoyo y cuidado, se caracteriza por ser el tipo de “apoyo informal” más común para las personas; proporcionan un sentimiento de compromiso que generan una genuina preocupación por el bienestar del otro.

2.3.2.4 Perspectiva del Estudio de Apoyo Social

En el caso del presente estudio, este se da desde dos aspectos: el estructural, que tiene que ver con las características objetivas del apoyo social y el funcional, donde se analizan los

tipos de funciones que cumple dicho apoyo social para las personas, es decir desde una postura subjetiva.

a) Aspecto Estructural

Desde esta mirada se plantea que las relaciones sociales con las que se cuenta reflejan el grado de integración social que se tenga; asimismo se analiza la red de apoyo social desde una medida cuantitativa, así tenemos las siguientes características (Ravello, 2018, p.18):

- ✓ **Tamaño de la red:** número de personas con las que se tiene cercanía o intimidad.
- ✓ **Densidad:** interconexión de la persona con el grupo y a su vez los contactos entre ellos.
- ✓ **Reciprocidad:** intercambio en materia de apoyo que se tiene de ambas partes.
- ✓ **Homogeneidad:** características comunes que comparten las personas de un grupo llámese intereses, valores, etc.

b) Aspecto Funcional

Los estudios de diversos autores toman como punto de partida la función emocional, tangible e informacional del apoyo social (Barrón, 1996, como se citó en Baca, 2016, p.178), pero gracias a la amplitud de dichas investigaciones se han ido incluyendo varias otras, así las más resaltantes son:

- ✓ **Emocional e Informacional:** Expresión de los sentimientos personales que se perciben por medio del afecto positivo, la empatía, el interés, amor, la confianza, estima y el soporte; a su vez consta de recibir consejo, asesoramiento o retroalimentación de parte de la red social con la que se cuenta y que lo hace percibir como un miembro valioso de este.

- ✓ **Instrumental o Tangible:** Referido a la ayuda directa de tipo material o asistencia tangible con el que pueda contar la persona para darle solución a sus problemas.
- ✓ **Interacción Social Positiva:** Esta referido a la disposición de otros para realizar actividades agradables y de entretenimiento, lo cual brinda armonía o relajación en la persona.
- ✓ **Afectivo:** Representado por las expresiones de amor y afecto brindadas por un grupo cercano o íntimo de la persona como lo son la familia o amigos cercanos.

Con respecto a ello, a partir de la construcción de su cuestionario de Apoyo social (MOSS) dirigido originalmente para pacientes con enfermedades crónicas, Sherbourne y Stewart (1991) encuentran que los instrumentos que median este constructo bajo los aspectos estructural y funcional de forma separada presentaban puntuaciones psicométricas poco fiables, por lo que optaron por englobar ambas posturas en su análisis (Ravello, 2018). A partir de ello, determinan que el apoyo emocional e informativo forman parte de un solo constructo, construyendo así su instrumento bajo la premisa de cuatro dimensiones del apoyo social: emocional, material, de interacción social positiva y afectivo, los cuales han sido empleados bajo otras denominaciones conforme ha sido adaptado el cuestionario a diferentes realidades, específicamente en el caso de la traducción al español y adaptación limeña, se emplea el término “instrumental” en vez de material, además de emplear alternadamente “de interacción social positiva” con “interactivo”.

2.4 Definición de Términos Básicos

Felicidad:

Alarcón (2006) plantea su propia definición de felicidad, basado en una revisión minuciosa de las construcciones teóricas de los autores que le antecedieron, definiéndola como un “estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado” (p.101). Por su parte, Yamamoto (2019), a partir de su modelo integrado, concibe a la felicidad como un proceso en el que intervienen diferentes componentes, los cuales se encuentran íntimamente conectados e influyéndose mutuamente, adicionando así al camino del bienestar una capa cultural, determinado por los valores que aporta la sociedad (pp.141-142).

Apoyo Social:

Sherbourne y Stewart (1991) sugieren que para definir este constructo primero hay que analizarlo desde sus componentes: el apoyo estructural y funcional, además de evaluar cómo estos se relacionan con la salud de las personas. Para dichos autores, el primer componente se refiere a la presencia y cantidad de relaciones sociales que tiene la persona, así como la interconexión de las mismas, mientras que el segundo tiene que ver con el grado en que las relaciones interpersonales sirven para funciones particulares. Así, distinguen cinco tipos de apoyo: emocional, informacional, tangible, de interacción social positiva y afectivo; para Barrón y Chacón (1992) tanto la dimensión objetiva (recibido) como la subjetiva (percibido) del apoyo social se relacionan con el bienestar de las personas (como se citó en Rodríguez et al., 2015, p.35).

Adulto Mayor:

Se considera población adulta mayor a partir de los 60 años de edad y la OMS destaca la enorme diversidad en los estados de salud y funcionalidades dentro de este grupo poblacional, además de hacer un llamado a que las políticas públicas deban centrar su labor en

umentar en las personas una “trayectoria positiva del envejecimiento” desde una participación social activa y su contribución a ella (2015, p.7).

Los autores Sherbourne y Steward coinciden con dicha postura considerando a la etapa de la vejez como una más del ciclo vital del ser humano, por lo que resaltan la importancia de que cuente con los mismos derechos y recursos que las anteriores etapas; asimismo, afirman que la conducta del adulto mayor es modificada de manera positiva según obtenga vínculos afectivos y emocionales de su red de apoyo, esto ayuda a que su calidad de vida sea más duradera y cuente con el bienestar necesario para aliviar momentáneamente las patologías que puedan presentar (Figueroa, 2018, pp.17-18).

Salud Mental:

“Proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los colectivos que conforman la sociedad” (MINSA, 2020^b, p.10). Dicho proceso incluye la presencia de conflictos, pero también la capacidad de superación de los mismos y de una forma constructiva.

Acompañamiento Psicosocial:

“Actividades que desarrolla el personal de la salud con el fin de proteger, promover la autonomía y participación de las personas afectadas por una situación de crisis, considerando sus recursos y derechos” (MINSA, 2020^b, p.8). Para el caso del propio personal sanitario, el equipo encargado de impartir este acompañamiento se denomina EDAPS y está conformado por profesionales de medicina, principalmente psiquiatras, pero también psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, quienes realizan actividades de cuidado y autocuidado para todos los trabajadores del sector de las diferentes instituciones (IPRESS), además de identificar al personal que presente problemas de salud mental mediante una ficha de tamizaje, que de ser positiva pasan a recibir un tratamiento diferenciado (EsSalud, 2020^a).

Pandemia por COVID-19:

Originado por la enfermedad del coronavirus en el 2019 y causado por el virus SARS-COV-2 o síndrome respiratorio agudo grave; la Organización Mundial de la Salud lo reconoció como pandemia global el 11 de marzo de 2020 (MINSA, 2020^a).

A causa de dicha pandemia se han reportado incrementos de problemas de salud mental en la población, así en situaciones de estrés intenso se pueden experimentar reacciones como las siguientes:

- ✓ **Emocionales:** ansiedad, impotencia, frustración, miedo, culpa, irritabilidad, tristeza, etc.
- ✓ **Conductuales:** hiperactividad, aislamiento, dificultades para el autocuidado y descanso, entre otras.
- ✓ **Cognitivas:** pensamientos contradictorios, dificultades de concentración, pensamientos obsesivos y dudas, pesadillas, imágenes intrusivas, negación, etc.
- ✓ **Físicas:** dificultad respiratoria, presión en el pecho, hiperventilación, cefaleas, insomnio, alteraciones del apetito, entre otras.

“Para el caso del personal de salud, los problemas de salud mental pueden afectar su calidad de atención, comprensión y toma de decisiones, además de generar dilemas morales y de culpa, impactando negativamente en su bienestar y calidad de vida” (MINSA, 2020^a, p.10).

Estado de Emergencia Sanitaria:

Se da a través del Decreto Supremo N°008-2020-SA en donde por un plazo de 90 días calendario se dictan medidas de prevención y control de la COVID-19 a nivel nacional, así mismo mediante el Decreto Supremo N°044-2020-PCM, se prorroga este tiempo y se declara Estado de Emergencia Nacional con la disposición de aislamiento social obligatorio por las graves circunstancias que afectan a la vida el brote del virus SARS-COV-2 (EsSalud, 2020^b). Posteriormente, para el mes de julio se levanta la cuarentena obligatoria en Lima y otras

provincias con menor incidencia del virus y, paulatinamente, se han ido adoptando medidas más flexibles de acuerdo a las cuatro fases de la reactivación económica del país.

Factores de Riesgo para COVID-19:

Características del paciente asociadas a mayor riesgo de complicaciones por la COVID-19. Dentro de las cuales se detalla: ser mayor de 65 años y/o con diagnóstico de una o más enfermedades de larga duración y de progresión lenta, se consideran los pacientes con los siguientes grupos de enfermedades (El Peruano, 2020^c):

- ✓ Hipertensión arterial no controlada
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Cáncer
- ✓ Insuficiencia renal crónica
- ✓ Enfermedades cardiovasculares graves
- ✓ Enfermedad pulmonar crónica
- ✓ Enfermedad del sistema osteomuscular y tejido conectivo
- ✓ Enfermedad neurológica
- ✓ Enfermedad o en tratamiento inmunosupresor
- ✓ Obesidad IMC de 40 a más
- ✓ Asma moderada o grave

Aislamiento Domiciliario:

Medida de confinamiento adoptada desde el Ejecutivo con el objetivo de proteger la salud de las personas más vulnerables por ser adultas mayores y/o presentar factores clínicos crónicos agravantes ante un posible contagio de la COVID-19. Excepcionalmente podrán salir siempre que necesiten de atención médica, así como para la adquisición de alimentos o servicios de no tener una persona de apoyo; actualmente, se han flexibilizado los permisos en pro de la salud mental, recomendando una salida cercana al domicilio de máximo tres veces por semana

y tiempo no mayor a una hora (Gestión, 2020). Por otro lado, para el caso específico del personal sanitario que tiene alto riesgo de exposición, se recomienda la vinculación laboral mediante la “modalidad de trabajo remoto” (MTPE, 2020, p.3).

Trabajo Remoto en Salud:

También llamado “telesalud”, es el servicio de salud brindado a distancia por personal sanitario competente a través de las tecnologías de la información y comunicación (TICs). Para el caso del personal de enfermería, consta de atención en teleconsulta, telemonitorio y teleorientación del paciente crónico continuador de salud, es decir consejería, asesoría y monitorización con fines de promoción, prevención y recuperación de las enfermedades del usuario o asegurado (EsSalud, 2020^b).

Personal de Salud:

“Conformado por personal asistencial y administrativo de los servicios de atención primaria, emergencias, cuidados intensivos e intermedios, hospitalización, laboratorio, equipos itinerantes y de respuesta rápida que participan en el proceso del cuidado de la salud” (MINSAL, 2020^a, p.5).

Hospital Público:

Establecimiento que brinda atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, orientado a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal sanitario bajo un enfoque biopsicosocial. “Constituye la unidad operativa de la oferta de servicios de salud, según nivel de atención y clasificado en una categoría” (EsSalud, 2013, p.51).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Supuestos Científicos Básicos

El principal soporte científico para la presente investigación es el estudio de la felicidad desde el enfoque de la psicología positiva y sus diversas teorías que nacen a partir de ella, de las cuales se nutre Alarcón (2006) para construir su propia escala, sobre todo porque reconoce la importancia de crear instrumentos para una determinada realidad, ya que la cultura influye en la percepción de lo que denominamos “felicidad”, “bienestar” y “necesidad”, tema en el que hacen hincapié diversos investigadores latinoamericanos.

De acuerdo a ello, señala Seligman (2002) en su modelo PERMA, en donde hace mención a la “vida significativa”, que las personas buscan un sentido de pertenencia y trascendencia a través de formar vínculos donde prime la empatía y reciprocidad y que sirvan de apoyo ante cualquier eventualidad; de igual manera, Yamamoto (2019) señala que “fundamentalmente la felicidad está en las personas que tienen como meta central la calidad de las relaciones familiares y amicales por encima de las materiales”, ello sustentado en el estudio realizado junto con Feijoo en el 2007, en el corredor migratorio urbano-marginal, que arrojó que el “formar una familia” es un componente importante de la felicidad de estos pobladores peruanos.

Por otro lado, con respecto al apoyo social, el estudio se fundamenta en las aseveraciones de Gottlieb (1983) en donde indica que, a mayor nivel de apoyo social, menor será el malestar psicológico presentado y en Cohen et al. (1984), los cuales mencionan que existe una protección de los efectos patogénicos del estrés en el apoyo social percibido. Asimismo, en las diversas investigaciones que se han realizado principalmente con adultos mayores pertenecientes a centros asistenciales, así como en contextos hospitalarios con pacientes oncológicos u otras afecciones crónicas debido a que el apoyo estructural y funcional en su

conjunto se encuentran asociados a percepción de bienestar, traducido en mejores niveles de salud (Sherbourne y Stewart, 1991, como se citó en Baca, 2016).

Varios estudios, sobre todo en zonas urbanas, no arrojan diferencias significativas en los niveles de felicidad de las personas con relación al sexo, más sí por edad (se reporta un incremento a partir de los 50 años con respecto a otros grupos etarios) y también por estado conyugal, siendo las personas que cuentan con pareja las que se perciben como más felices a diferencia de las solteras, esto último coincide con los niveles de apoyo social reportados por este mismo grupo, que puntúan alto sobre todo en el tipo de apoyo funcional (Alarcón, 2001).

Por último, las repercusiones del aislamiento social en la salud mental de las personas se han venido estudiando a nivel mundial, sobre todo debido a la coyuntura de pandemia por la que se viene atravesando y los resultados arrojan un incremento en problemáticas relacionadas con el estrés, ansiedad, somatizaciones, entre otros (MINSA, 2020^b).

3.2 Hipótesis

3.2.1 General

H₁: Existe una relación significativa entre felicidad y apoyo social en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

3.2.2 Específicas

H₂: Existe una relación significativa entre felicidad total y las dimensiones del apoyo social (como son; emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

H₃: Existe una relación significativa entre la dimensión sentido positivo de la vida de felicidad y las dimensiones del apoyo social (como son; emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

H₄: Existe una relación significativa entre la dimensión satisfacción con la vida de felicidad y las dimensiones del apoyo social (como son; emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

H₅: Existe una relación significativa entre la dimensión realización personal de felicidad y las dimensiones del apoyo social (como son; emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

H₆: Existe una relación significativa entre la dimensión alegría de vivir de felicidad y las dimensiones de apoyo social (como son; emocional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima.

3.3 Variables de Estudio o Áreas de Análisis

- ✓ Dependiente : Felicidad, medido con la Escala de Felicidad de Lima (tabla 1).
- ✓ Independiente : Apoyo Social, medido con el Cuestionario de Apoyo Social (tabla 1).
- ✓ A controlar : Sexo - Mujer
 - : Grado de Instrucción - Superior Universitaria
 - : Profesión - Enfermería
 - : Condición - Pertenecer al grupo de riesgo
 - : Situación laboral - Activa, con licencia o trabajo remoto
 - : Institución - Hospital Público de Lima
 - : Respuestas - Inconsistencia y omisión de respuesta

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable 1	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	ítems	Escala	Instrumento
Felicidad	Estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado (Alarcón, 2006).	Puntaje obtenido a través de la Escala de Felicidad de Lima.	Sentido positivo de vida	-Sin estados depresivos -Sentimientos positivos hacia sí mismo y la vida	2, 7, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 26	Ordinal, tipo Likert	Escala de Felicidad de Lima (2006)
			Satisfacción con la vida	-Estado subjetivo positivo	1, 3, 4, 5, 6, 10		
			Realización personal	-Autosuficiencia -Tranquilidad emocional -Placidez	8, 9, 21, 24, 25, 27		
			Alegría de vivir	-Experiencias positivas de la vida -Sentirse bien	12, 13, 15, 16		
Variable 2	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	ítems	Escala	Instrumento
Apoyo Social	Es un factor multidimensional, que abarca diversas funciones como la ayuda afectiva, instrumental, interactiva y emocional, entre otros soportes que disponen la red social y la persona percibe de esta. (Sherbourne y Stewart, 1989).	Puntaje obtenido a través del cuestionario de Apoyo Social.	Apoyo emocional	-Confianza -Empatía -Dicha	2, 3, 7, 8, 12, 15, 16, 18	Ordinal, tipo Likert	Cuestionario de Apoyo Social (1991), adaptación de Cruz (2009)
			Apoyo Instrumental	-Bienestar -Cordialidad -Satisfacción	1, 4, 11, 14		
			Interacción social positiva	-Alivio -Entusiasmo -Tranquilidad	6, 10, 13, 17		
			Apoyo afectivo	-Aceptación -Afinidad -Interés	5, 9, 19		

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Población

Entidad pública peruana prestadora de servicios de salud con 84 años de historia brindando servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a los más de 11 millones de asegurados tributarios a nivel nacional. Cuenta con autonomía técnica, administrativa, económica, presupuestal y contable, perteneciendo desde el 2010 al Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) y vinculado al Ministerio de Salud como parte del Sistema Nacional de Salud (EsSalud, 2018).

Según cifras oficiales hasta diciembre del 2018, contaba con 402 instituciones prestadoras de servicios (IPRESS), siendo 307 de primer nivel de atención, 85 de segundo nivel y 10 de tercer nivel de atención, ello de acuerdo al tipo de complejidad y especialización. Asimismo, los colaboradores ascendían a 56,563 a nivel nacional. En cuanto a Lima y Callao, estas provincias albergan a tres de las redes prestacionales más grandes e importantes de la institución, como lo son: la red Rebagliati, Almenara y Sabogal, los tres órganos desconcentrados regidos directamente por la gerencia general.

Dentro de la primera red, su hospital emblema hasta antes de la Emergencia Sanitaria contaba con 1.100 médicos, 1500 enfermeros, 46 nutricionistas, 41 psicólogos, 60 tecnólogos médicos, entre otro personal sanitario; asimismo, tenía 93 especialidades médicas, 1.600 camas y 115 consultorios externos, además de atender más de 60.000 consultas al mes. Sin embargo, hasta el mes de mayo del 2020, más de 9.000 trabajadores ya se habían acogido al aislamiento domiciliario voluntario, dentro de ellos 7.000 pertenecían al cuerpo de profesionales y técnicos de la salud, esto debido a tener más de 60 años y/o presentar enfermedades de riesgo que los hacen más vulnerables al COVID-19; en palabras de su Gerente Central de Gestión “la deserción del personal registró entre un 11 a 18% aproximadamente” (Andina, 2020).

4.2 Muestra

El tipo de muestro elegido fue no probabilístico intencional, ya que se seleccionó del universo poblacional particularmente a las enfermeras de un hospital público de Lima, que actualmente se encuentran en la situación de aislamiento domiciliario, debido a que pertenecen al denominado “grupo de riesgo”, ya sea por edad (65 años a más) o factores clínicos crónicos pre existentes que ponen en riesgo su salud de ser expuestas a trabajar presencialmente durante la pandemia por la COVID-19. Dicho grupo sigue vinculado con la institución laboral para la que prestaban servicios de forma regular antes de la declaratoria del Estado de Emergencia; por ende, se encuentran en situación de “activas” laboralmente, ya sea bajo la modalidad de licencia con goce de haber sujeto a compensación posterior, descanso médico o trabajo remoto.

Para determinar el tamaño de la muestra se empleó el programa estadístico G*Power versión 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) diseñado para realizar estimaciones de la potencia estadística y el tamaño del efecto. Para el cálculo se consideró una correlación normal y bivariada, es decir de dos colas, con un tamaño de efecto de .30, por encima de la mínima indicada por Cohen de .20 (1988, como se citó en Cárdenas, 2014, p.211) que evita poner en cuestionamientos los hallazgos que se deriven del estudio, además se estimó un nivel de confianza del 95%, lo que permite que la hipótesis nula se rechace si la probabilidad es igual o menor al alfa fijado, además de permitir una generalización de los resultados obtenidos y, finalmente, .90 de potencia, que indica un 90% de probabilidad de advertir un efecto considerable entre las variables analizadas. De este modo se estimó un tamaño de muestra de al menos ciento doce participantes que cumplieran con las características esperadas: profesionales adultas mayores entre 60 a 69 años o menores de 60 que presenten una afección severa de su salud, siendo la muestra finalmente constituida por ciento treinta y dos enfermeras con dichas especificaciones.

En resumen, estimar el tamaño del efecto, que tiene que ver con la magnitud de las diferencias encontradas en el estudio y la potencia estadística, que se deriva del grado de validez

que tienen los hallazgos de la investigación, se exigen cada vez más por razones éticas y técnicas, como refiere Cohen (1998, como se citó en Cárdenas, 2014, p.213).

4.3 Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación se dio desde un enfoque cuantitativo, ya que se buscó “analizar la certeza de las hipótesis formuladas y aportar evidencias sobre los lineamientos del estudio” (Hernández et al., 2014, p.128). A su vez, es de tipo no experimental con un diseño transversal- correlacional, pues estudia las variables en su contexto natural, buscando describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento determinado; en otras palabras, el estudio tuvo como propósito establecer la relación no causal entre las variables felicidad y apoyo social utilizando la Escala de Felicidad de Lima de Alarcón y el Cuestionario de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart, adaptado por Cruz (2009) para la realidad limeña. Asimismo, se utilizó una muestra representativa de una población determinada, siendo la estadística la herramienta básica para el análisis de los datos y el paquete SPSS V.27 el utilizado.

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.4.1 Ficha Sociodemográfica

Incluye datos generales relacionados a la edad, estado civil de la encuestada y actualmente con quién vive, además de si presenta alguna comorbilidad, como factores clínicos crónicos. En relación al entorno social, se adiciona características como la cantidad de amigos y familiares cercanos que posee para evidenciar el tamaño de la red con la que cuenta. Finalmente, en el ámbito laboral, se consulta si actualmente se encuentra trabajando bajo la modalidad remota.

4.4.2 Escala de Felicidad de Lima

Ficha Técnica

Nombre : Escala de Felicidad de Lima (EFL)

Autor : Reynaldo Alarcón (2006)

Institución	: Universidad Ricardo Palma
Grados de Aplicación	: Jóvenes y adultos
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: 10 minutos aproximadamente
Significación	: Tiene como objetivo la medición de la felicidad de la persona y, para ello, establece cuatro factores o dimensiones: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir.
Características	: Consta de 27 ítems, medidos según una escala tipo Likert de cinco alternativas: totalmente de acuerdo (TA), acuerdo (A), ni acuerdo ni desacuerdo (?), desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD).
Calificación	: Cada ítem puede poseer el valor de 1 a 5 puntos. Para una sumatoria correcta, se indica que los ítems 2, 7, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23 y 26 poseen una valoración inversa; asimismo, el puntaje directo se obtiene del sumatorio total de ítems, siendo un puntaje alto, índice de un nivel alto de felicidad, mientras que un puntaje bajo denota baja felicidad. A su vez, los cuatro factores o dimensiones que componen el instrumento se distribuyen de la siguiente manera. - a) Sentido positivo de la vida, que implica actitudes y experiencias positivas hacia la vida, sin presencia de estados depresivos profundos. Su puntaje directo o PD(SPV) es: =ítem2+ítem7+ítem11+ítem14+ítem17+ítem18+ítem19+ítem20+ítem22+ítem23+ítem26. El valor mínimo es de 11 y el máximo es 55 puntos para esta dimensión.

- b) Satisfacción con la vida, referido a estados subjetivos positivos de satisfacción por la posesión de un bien deseado o su perspectiva futura. Su puntaje directo o PD(SV) es:
 $=\text{ítem1}+\text{ítem3}+\text{ítem4}+\text{ítem5}+\text{ítem6}+\text{ítem10}$. El valor mínimo es 6 y el máximo 30 puntos.
- c) Realización personal, orientado a metas que la persona supone valiosas para su vida y referido a estados más duraderos de felicidad. Su puntaje directo o PD(RP) es:
 $=\text{ítem8}+\text{ítem9}+\text{ítem21}+\text{ítem24}+\text{ítem25}+\text{ítem27}$. El valor mínimo es 6 y el máximo 30.
- d) Alegría de vivir, describe experiencias positivas de la vida y un sentimiento general de bienestar. Su puntaje directo o PD(AV) es:
 $=\text{ítem12}+\text{ítem13}+\text{ítem15}+\text{ítem16}$. Su valor mínimo es 4 y el máximo 20.

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante correlaciones ítem- Escala, obteniendo valores “r” altamente significativos ($p < .001$, para dos colas), con una media igualmente elevada. Asimismo, presenta coeficientes Alfa de Cronbach para cada uno de los 27 ítems altamente significativos con rangos de entre .909 a .915 y la escala total también presenta una consistencia interna alta de .916, para ítems estandarizados. Con respecto a la validez, su enfoque se dio a partir de dos maneras: la primera, basada en resultados de estudios que evidencian alta relación entre la felicidad y algunas variables psicológicas que se consideran como predictores de esta; la segunda, a partir del análisis factorial de la estructura interna del instrumento, así el análisis de componentes principales arrojó cuatro componentes con valores Eigen que van de 1.50 a 8.59, siendo el primer componente el que explica el 31% de varianza y la suma de los cuatro el 49.79% del total de varianza.

Por otra parte, la rotación Varimax agrupó coherentemente a los 27 ítems en los cuatro factores independientes mencionados con anterioridad como dimensiones de la Escala. En palabras de Alarcón, “la escala en mención presenta adecuada validez factorial que garantiza cierta coherencia entre las medidas referidas al constructo que se mide” (2006, pp. 101-104).

4.4.3 Cuestionario de Apoyo Social

Ficha Técnica

Nombre : Cuestionario de Apoyo Social/ Medical Outcomes Study (MOS)

Autores : Sherbourne y Stewart (1991)

Cruz (2009), adaptación peruana para la ciudad de Lima Metropolitana

Aplicación : Adultos

Administración : Individual y colectiva

Duración : 15 minutos aproximadamente

Significación : Tiene como objetivo la medición del apoyo social en dos aspectos: estructural y funcional. El primero de ellos a través del tamaño de la red social con la que cuenta la persona y el segundo, mediante los niveles de apoyo social en sus cuatro dimensiones: emocional, instrumental, de interacción social positiva y afectivo.

Características : Consta de 20 ítems, uno de apoyo estructural y 19 ítems de apoyo funcional, medidos según una escala tipo Likert de cinco alternativas: nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), la mayoría de veces (4), siempre (5).

Cabe resaltar que Cruz agregó el ítem que valora el apoyo estructural ¿Cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tiene usted? (se refiere a características

cuantitativas como tamaño y densidad) en la ficha sociodemográfica como el primer reactivo.

Calificación : Para el reactivo que se incluyó en la ficha sociodemográfica, se evalúa contando la cantidad de personas que brindan apoyo para el encuestado. Con relación a los 19 ítems restantes, a cada alternativa se le asigna un valor numérico para, posteriormente, realizar la sumatoria respectiva. A su vez, las cuatro dimensiones que componen el instrumento se distribuyen de la siguiente manera. -

a) Apoyo emocional, referido a la expresión de los propios sentimientos que son percibidos con afecto, interés y generan una genuina preocupación que se traduce en orientación y consejos. Su puntaje directo o PD(AE) es:

$$= \text{ítem2} + \text{ítem3} + \text{ítem7} + \text{ítem8} + \text{ítem12} + \text{ítem15} + \text{ítem16} + \text{ítem18}.$$

b) Apoyo instrumental, relacionado a la conducta que realiza otro para cubrir una necesidad requerida o el material que se provee para tal fin. Su puntaje directo o PD(AI) es: $= \text{ítem1} + \text{ítem4} + \text{ítem11} + \text{ítem14}.$

c) Interactiva social positiva o interactivo, tiene que ver con la disponibilidad de individuos para realizar actividades de recreación. Su puntaje directo o PD(I) es: $= \text{ítem6} + \text{ítem10} + \text{ítem13} + \text{ítem17}.$

d) Apoyo afectivo, consta de expresiones de amor y afecto que percibe la persona del entorno. Su puntaje directo o PD(AA) es:

$$= \text{ítem5} + \text{ítem9} + \text{ítem19}.$$

Para obtener el índice global se realiza la sumatoria de los 19 reactivos relacionados al apoyo funcional. Un muy alto nivel de apoyo social corresponde a puntajes que van de 84 a más puntos,

un nivel alto de apoyo los que se ubican entre 76 a 83 puntos, un nivel medio de 42 a 75 puntos, un bajo nivel de apoyo de 37 a 41 puntos y un nivel muy bajo de 36 a menos.

La escala original, propuesta por Sherbourne y Stewart (1991), obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach .97 a nivel general y con respecto a las dimensiones, niveles entre .91 y .96, así tenemos: apoyo emocional =.96, apoyo instrumental =.92, interacción positiva =.94 y apoyo afectivo =.91, por lo que denota adecuada consistencia interna. Por otra parte, el instrumento presenta correlaciones para las dimensiones de entre .72 a .88, considerados niveles altos; diversos estudios indican a través de AFE niveles entre 59% y 69% de la varianza explicada (Baca, 2016, p.181).

Por otro lado, Vargas y Vargas (2017) mencionan que Cruz en el 2009 llevó a cabo una adaptación del instrumento para ser usado en adultos mayores de Lima Metropolitana, obteniendo también evidencias de confiabilidad a través del coeficiente de Alfa de Cronbach de .97 para la escala total y entre .91 y .96, para las dimensiones, a su vez en la correlación test-retest obtuvo un $r=.91$; por otro lado, para demostrar validez realizó un análisis factorial de los componentes principales y por criterio de expertos (pp. 15-16).

4.5 Procedimiento y Técnicas de Procesamiento de Datos

A través de la supervisora de enfermería a cargo de un grupo de trabajo remoto del área de hemodiálisis se realizó el primer acercamiento con otras enfermeras en aislamiento domiciliario de los servicios: consulta externa adultos, quimio ambulatoria, unidad de hemorragia digestiva, imagenología, salud mental I y II y consulta externa de salud mental, todo personal perteneciente al grupo de riesgo con 60 años a más y/o alguna enfermedad pre existente.

Las coordinaciones se realizaron vía correo electrónico y el aplicativo de *whatsapp*, una vez explicada la finalidad de la investigación, así como asegurada su participación de la misma,

se procedió a indicarles que el envío de la encuesta con el consentimiento informado respectivo se estaría dando durante el transcurso del mes de noviembre por correo electrónico o enlace directo a sus celulares, que de preferencia contaran con un familiar presente al momento del desarrollo para absolver cualquier duda, así mismo para el personal que se le dificultara o no contara con un familiar en casa, se dio como opción realizar una reunión por el aplicativo *zoom* o una transmisión en vivo vía *Facebook live* para dispersar cualquier duda que pudieran tener, la fecha fue fijada para fines de dicho mes.

Como segundo paso, se procedió a la obtención de los permisos respectivos para el uso de los instrumentos: con respecto a la Escala de la Felicidad de Lima de Alarcón, es de uso libre para la comunidad científica, así su autor lo manifestó antes de su sensible fallecimiento, por lo que no fue necesario generar algún tipo de permiso previo. Por otro lado, para emplear la adaptación limeña del Cuestionario de Apoyo Social de Cruz, dicho autor realizó esta adaptación para su tesis de licenciatura de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos sobre la “relación entre el apoyo social y el nivel de autoestima en adultos mayores que asisten al programa del centro de salud de surquillo” en el año 2009, actualmente esta tesis solo se encuentra disponible de manera física en la biblioteca de dicha universidad y, debido al contexto de pandemia, no se ha podido acceder a ella de manera directa, por lo que se recurrió a otros tesisistas, Vargas y Vargas (2017), para su validación y uso correspondiente.

Posteriormente, se procedió a transcribir el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica, así como los instrumentos requeridos al modelo de *google forms*, pues debido a las medidas de bioseguridad, como el distanciamiento social recomendados por los expertos de salud, acceder a dicho grupo poblacional de manera presencial no es factible.

Finalmente, una vez recopilado los datos, se realizó el tratamiento de los resultados, para ello se procedió a:

- ✓ Transferir los datos obtenidos del *google forms* a una nueva hoja de cálculo en el programa MS Excel, ello con la finalidad de codificar la data antes de exportarla al programa informático IBM SPSS Statistics 27.
- ✓ Ya en dicho programa, se efectuó la sumatoria de los puntajes totales para cada una de las variables y sus respectivas dimensiones, así como obtener información sobre las características sociodemográficas de la muestra.
- ✓ Posteriormente, se analizó la consistencia interna para las variables felicidad y apoyo social, además de sus dimensiones a través del índice Alfa de Cronbach; de igual manera, se obtuvieron los percentiles para la muestra, con la finalidad de tener una medida general de los puntajes y se construyeron los baremos correspondientes, además de clasificar el rango de respuestas para determinar los niveles a emplear.
- ✓ Por otro lado, para el análisis final de los datos, se emplearon los siguientes estadísticos: descriptivos (media, para conocer los promedios a nivel de felicidad y apoyo social; desviación estándar, para conocer el nivel de dispersión de la muestra; mediana, para determinar el valor central de los datos; asimetría, para conocer cómo es la simetría de la distribución de las variables con respecto a la media; curtosis, para saber el nivel de concentración de los datos en la curva; frecuencias y porcentajes, para indagar qué niveles se presentan reiteradamente y qué proporción les corresponden), prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov, para conocer qué tipo de distribución tiene la muestra) e inferenciales (correlación de Spearman, para determinar la relación entre las variables felicidad y apoyo social, así como con sus dimensiones).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Presentación de Datos

Finalizada la recopilación de los datos de las enfermeras que cumplían las condiciones de encontrarse en aislamiento domiciliario por ser personal del grupo de riesgo de un hospital público de Lima, a través del formulario de Google se recogió ciento treinta y dos pruebas completas que, posteriormente, fueron sometidas a un análisis estadístico del cual derivan una serie de datos como son los puntajes generales de las variables felicidad y apoyo social, así como el de sus respectivas dimensiones, además de información relacionada a las características sociodemográficas de la muestra en cuestión. Los resultados se detallan a continuación.

En la tabla 2, se observa la distribución de la muestra, según las variables sociodemográficas consideradas para la investigación: la edad de las participantes, su estado civil, con quiénes viven, así como si padecen de alguna enfermedad crónica y si a la fecha se encuentran laborando de manera remota. Así tenemos que el grupo de edad mayoritario fue el comprendido entre 60 a 67 años, representado por el 91.7%, perteneciendo la mayoría de las encuestadas al grupo de adultas mayores. Con respecto al estado civil, un 41.7% manifiesta estar casada o conviviendo, seguido de un 34.1% que afirma estar divorciada o separada. Por otro lado, en cuanto a con quién comparten vivienda, el 62.9% indica con parte de su familia, además de ello aseguran en su mayoría presentar a la fecha una enfermedad de tipo crónica, representado por el 92.4%, pero no se evidencia una diferencia tan notable con respecto a laborar o no de manera remota, pues un 59.8% indica que sí se encuentran bajo esa modalidad, mientras que un 40.2% refiere que no.

Tabla 2

Características sociodemográficas con respecto a la edad, estado civil, con quién vive, enfermedad crónica y trabajo remoto de la muestra

Características Sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Grupos de edad	43-59 años	11	8.5%
	60-67 años	121	91.7%
Estado civil	Soltera	14	10.6%
	Viuda	18	13.6%
	Separada-Divorciada	45	34.1%
	Casada-Conviviente	55	41.7%
Con quién vive	Sola	24	18.2%
	Con amigos	3	2.3%
	Con parte de la familia	83	62.9%
Enfermedad crónica	Con toda la familia	22	16.7%
	Sí	122	92.4%
Trabajo remoto	No	10	7.6%
	Sí	79	59.8%
	No	53	40.2%

En la tabla 3, se observa que el promedio que conforma la red de apoyo social de las encuestadas es de 9 personas, siendo de aproximadamente 4 amigos íntimos y 6 familiares cercanos, la mediana es de 8 y el número que más repetición tiene es el 6. El mínimo de personas con las que cuentan para brindarles apoyo es de 2 y el máximo de 48, según refieren.

Tabla 3

Tamaño de la red social

Red Social	Estadísticos				
	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Amigos íntimos	3.60	3.00	3	0	23
Familiares cercanos	6.08	5.00	4	1	40
Red total	9.68	8.00	6	2	48

En la tabla 4, se evidencia la distribución de frecuencias y porcentajes de los puntajes obtenidos para la variable felicidad, correspondiente al total de enfermeras en aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima. Como se observa, el 63.6% evidencian un nivel alto de felicidad, seguido de un 22.7% que manifiestan sentirse medianamente felices a la fecha de

realizada la prueba. Asimismo, podemos observar dicha distribución con relación a cada dimensión de la variable; se encontró que la mayoría de participantes que conforman la muestra se ubican en un nivel alto de felicidad, así tenemos que un 64.4% se siente altamente feliz con respecto al sentido que tienen sobre su vida, el 53.8% se considera altamente satisfechas con la vida que llevan, el 43.9% percibe una alta realización a nivel personal y, finalmente, un 66.7% manifiesta un alto nivel de alegría por vivir. Este análisis se realizó según las respuestas obtenidas y ordenado de acuerdo al valor de la escala utilizada, del nivel muy bajo al muy alto, mostrado en el baremo del Anexo B.

Tabla 4

Distribución de frecuencias y porcentajes de felicidad y sus dimensiones

Nivel	Felicidad total		Sentido positivo de la vida		Satisfacción con la vida		Realización personal		Alegría de vivir	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Muy bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bajo	1	.8	-	-	8	6.1	13	9.8	1	.8
Medio	30	22.7	13	9.8	43	32.6	49	37.1	34	25.8
Alto	84	63.6	85	64.4	71	53.8	58	43.9	88	66.7
Muy alto	17	12.9	34	25.8	10	7.6	12	9.1	9	6.8

En la tabla 5, se aprecia el análisis de frecuencias y porcentajes de la variable apoyo social total y sus dimensiones. Así tenemos que, un 39.4% denota recibir un apoyo social de tipo alto, seguido de un 35.6% que indica sentir un apoyo medio de su red familiar-amical. En cuanto a cada dimensión de la variable, se evidenció que los resultados más comunes de la muestra se ubican entre un nivel medio a alto de apoyo, así tenemos que los de tipo emocional (37.9%), de interacción social positiva (47.7%) y afectivo (45.5%) presentan un nivel alto de percepción de apoyo, mientras que la dimensión instrumental se ubica en un nivel medio a bajo, conformado por un 33.3% y 31.1% respectivamente. El presente análisis se realizó de acuerdo a los valores de respuestas obtenidos del cuestionario empleado y se organizó según las categorías de muy bajo a muy alto, como se visualiza en el Anexo B.

Tabla 5

Distribución de frecuencias y porcentajes de apoyo social y sus dimensiones

Nivel	Apoyo social total		Apoyo emocional		Apoyo instrumental		Interacción social positiva		Apoyo afectivo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Muy bajo	-	-	-	-	7	5.3	-	-	-	-
Bajo	15	11.4	22	16.7	41	31.1	4	3.0	9	6.8
Medio	47	35.6	48	36.4	44	33.3	55	41.7	38	28.8
Alto	52	39.4	50	37.9	34	25.8	63	47.7	60	45.5
Muy alto	18	13.6	12	9.1	6	4.5	10	7.6	25	18.9

5.2 Análisis de Datos**5.2.1 Psicométricos****Confiabilidad por consistencia interna para el constructo Felicidad**

En la tabla 6, se obtuvo el índice Alfa de Cronbach para la Escala de Felicidad, con la finalidad de demostrar las propiedades psicométricas que posee, por lo que podemos observar que el instrumento presenta un coeficiente $>.70$, es decir indica adecuada confiabilidad por consistencia interna; por otro lado, en comparación con el índice reportado por Alarcón (2006), de $.916$ para su escala total, la presente investigación evidencia un índice mayor que el mencionado anteriormente, de $.958$, siendo altamente significativo y con respecto a los coeficientes para cada una de sus dimensiones, denotan rangos que van de entre $.791$ a $.903$, también significativos.

Tabla 6

Coefficientes Alfa de Cronbach de la Escala de Felicidad de Lima

Escala de la Felicidad	Alfa de Cronbach	N de elementos
Sentido positivo de la vida	.885	11
Satisfacción con la vida	.903	6
Realización personal	.892	6
Alegría de vivir	.791	4
Felicidad total	.958	27

Confiabilidad por consistencia interna para el constructo Apoyo Social

En la tabla 7, se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach $>.70$ para el Cuestionario de Apoyo Social, denotando adecuada confiabilidad por consistencia interna; así mismo, en comparación con el índice reportado por los autores del cuestionario original, Sherbourne y Stewart (1991), de .97 para su nivel general, la presente investigación reporta un índice parecido al mencionado anteriormente, así como el indicado por Cruz (2009) en su adaptación del instrumento, asimismo, se observa que los coeficientes para sus dimensiones van de .922 a .964, siendo altamente significativos y semejantes a los reportados por los autores en cuestión.

Tabla 7

Coefficientes Alfa de Cronbach del Cuestionario de Apoyo Social

Cuestionario de Apoyo Social	Alfa de Cronbach	N de elementos
Apoyo emocional	.964	8
Apoyo instrumental	.942	4
Interacción social positiva	.939	4
Apoyo afectivo	.922	3
Apoyo social total	.977	19

5.2.2 Descriptivos

En la tabla 8, se puede evidenciar que la muestra se ubica en el nivel alto con respecto a la variable total de felicidad, obteniendo una media de 101.57, equivalente al percentil 45, ver Anexo B. En cuanto a las dimensiones, se observa que las medias también pertenecen al nivel alto, salvo en realización personal, que se ubica en un nivel medio (20.48), correspondiéndoles el Pc 40 a todas las dimensiones, excepto la primera, sentido positivo de la vida, que se ubica en el Pc 50. En relación a la dispersión de los datos, la desviación estándar es baja por lo que podemos advertir una homogeneidad en la muestra. En cuanto a la mediana, observamos que es de 103 a nivel general, es decir el 50% de la muestra está por encima y por debajo de ese puntaje y, a su vez, la moda, el puntaje más repetido, también es de 103. Finalmente, se evidencia una curva asimétrica con sesgo hacia la izquierda en sus dimensiones sentido positivo

de la vida y alegría de vivir, excepto los dos restantes que denotan una asimetría con sesgo hacia la derecha; por último, la concentración de datos o curtosis evidencia un apuntamiento negativo o distribución platicúrtica para la dimensión alegría de vivir y un apuntamiento positivo o curva leptocúrtica para el resto de dimensiones, mientras que el puntaje total de felicidad al ser más próximo a 0, denota una distribución más parecida a la normal.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos del puntaje total de felicidad y sus dimensiones

Estadístico	Felicidad Total	Sentido positivo de la vida	Satisfacción con la vida	Realización personal	Alegría de vivir
Media	101.57	43.51	21.22	20.48	16.36
Mediana	103.00	430.0	22.00	21.00	16.50
Moda	103	43	23	21	16
Desv.	12.793	4.906	3.580	3.591	1.954
Asimetría	-.081	-.270	.216	.300	-.282
Curtosis	.30	.354	.92	.351	-.161

En la tabla 9, se observa que la muestra posee un nivel alto de apoyo social en general, con una media de 67.12 y ubicado entre el percentil 45 a 50, ver Anexo B. Con respecto a las dimensiones de la variable, todas se encuentran en un nivel medio de percepción de apoyo y entre los Pc 35 al 55. En cuanto a la mediana para el constructo total de apoyo social que es 69, nos indica que el 50% de la muestra está por encima y por debajo de ese puntaje; la moda, es decir el número con mayor frecuencia, es de 73. Por otro lado, la dispersión de la muestra respecto de la media se visualiza con una mayor variabilidad, sobre todo en las dimensiones de apoyo emocional, instrumental y de interacción social positiva. Por último, el puntaje de asimetría refleja que la curva es asimétrica y sesgada hacia la derecha para el puntaje total de apoyo social y las dimensiones de apoyo emocional, instrumental y de interacción social positiva, mientras que sesgada hacia la izquierda o negativa para la dimensión de apoyo afectivo. Y, finalmente, con respecto a la curtosis o concentración de datos, se evidencian puntajes

negativos tanto para el apoyo social total como para sus dimensiones, denotando colas más livianas que en la distribución normal, por lo que se aprecia una curva platicúrtica.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos del puntaje total de apoyo social y sus dimensiones

Estadístico	Apoyo Social Total	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo
Media	67.12	27.80	12.58	14.90	11.84
Mediana	69.00	26.50	12.00	16.00	12.00
Moda	73	32	16	16	12
Desv.	13.560	5.962	3.772	2.523	2.321
Asimetría	.081	.082	.132	.188	-.258
Curtosis	-.819	-.750	-.849	-.578	-.902

5.2.3 Prueba de Normalidad

Culminada la recopilación de los datos descriptivos, las variables de interés para la investigación fueron sometidas a la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, ello para conocer si dichas variables de análisis presentan una distribución normal o alejada de ella, con el objetivo de determinar el empleo de una prueba paramétrica o no paramétrica. Los resultados se detallan a continuación.

En la tabla 10, se observa el análisis de los datos de la felicidad y sus cuatro dimensiones, en ella podemos evidenciar que la distribución del puntaje total de felicidad se presenta como normal con un $p > .05$, mientras que sus cuatro dimensiones en general presentan puntajes diferentes a una distribución normal, al respecto Hernández et al. (2014) mencionan que estos datos demandan ser tratados con estadísticos no paramétricos, siendo la Rho de Spearman el más adecuado.

Tabla 10

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov del puntaje total de felicidad y sus dimensiones

Índices	Media	Desviación Estándar	K-S	Significatividad (Bilateral)	Normalidad
Felicidad total	101.57	12.793	.073	.080	normal
Sentido positivo de la vida	43.51	4.906	.080	.038	no normal

Satisfacción con la vida	21.22	3.580	.113	.000	no normal
Realización personal	20.48	3.591	.109	.001	no normal
Alegría de vivir	16.36	1.954	.163	.000	no normal

En la tabla 11, se evidencia que tanto el puntaje total de apoyo social como sus cuatro dimensiones presentan una distribución no normal, siendo su $p < .05$, estos datos junto con los puntajes de asimetría y curtosis justifican el empleo de estadísticos no paramétricos como el Rho Spearman para el análisis correspondiente.

Tabla 11

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov del puntaje total de apoyo social y sus dimensiones

Índices	Media	Desviación Estándar	K-S	Significatividad (Bilateral)	Normalidad
Apoyo social total	67.12	13.560	.082	.029	no normal
Apoyo emocional	27.80	5.962	.153	.000	no normal
Apoyo instrumental	12.58	3.772	.121	.000	no normal
Interacción social positiva	14.90	2.523	.221	.000	no normal
Apoyo afectivo	11.84	2.321	.171	.000	no normal

5.2.4 Inferenciales

En la tabla 12, se puede evidenciar que existe una correlación positiva y directa, con un nivel alto y significativo entre los puntajes totales de felicidad y apoyo social ($r = .855$), asimismo los coeficientes de correlación son utilizados como una medida estandarizada para estimar el tamaño del efecto, según los criterios formulados por Cohen (Cárdenas, 2014) quien refiere tres niveles de clasificación (.20 pequeño, .50 mediano y .80 grande), por lo que se observa un

tamaño del efecto grande, además de la significatividad respectiva, lo que permite aceptar la hipótesis general H_1 planteada en el presente estudio.

Tabla 12

Correlación entre los puntajes totales de felicidad y apoyo social

		Felicidad Total	
Rho de Spearman	Apoyo Social Total	Coeficiente de correlación	.855*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132

* $p < .05$

En la tabla 13, se muestran las correlaciones entre la variable felicidad y las dimensiones del apoyo social en la muestra total, en ella se evidencia una correlación positiva y directa entre la felicidad y las cuatro dimensiones del apoyo social, así mismo denota ser fuerte ($r = .824$) y de tamaño de efecto grande con respecto al apoyo emocional y moderada con tamaño de efecto de mediano a grande para las subsiguientes. A su vez, se observa la significatividad respectiva en todas las correlaciones, lo que permite aceptar la hipótesis específica H_2 planteada para la presente investigación.

Tabla 13

Correlación entre el puntaje total de felicidad y las dimensiones de apoyo social

		Felicidad Total	
Rho de Spearman	Apoyo emocional	Coeficiente de correlación	.824*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo instrumental	Coeficiente de correlación	.778*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Interacción social positiva	Coeficiente de correlación	.773*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo afectivo	Coeficiente de correlación	.793*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132

* $p < .05$

En la tabla 14, denotamos que la dimensión sentido positivo de la vida del constructo felicidad presenta una correlación positiva, moderada, con tamaño de efecto mediano y

significativa con todas las dimensiones de la variable apoyo social, lo que permite aceptar la hipótesis H₃ planteada en el estudio.

Tabla 14

Correlación entre la dimensión sentido positivo de la vida de felicidad y las dimensiones de apoyo social

Sentido Positivo de la Vida			
Rho de Spearman	Apoyo emocional	Coefficiente de correlación	.724*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo instrumental	Coefficiente de correlación	.629*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Interacción social positiva	Coefficiente de correlación	.720*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo afectivo	Coefficiente de correlación	.679*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132

*p < .05

En la tabla 15, podemos observar que la dimensión satisfacción con la vida de la variable felicidad correlaciona positivamente con las dimensiones del constructo apoyo social, siendo especialmente fuerte y de tamaño grande del efecto con la de apoyo instrumental ($r=.810$) y moderada, además de mediano efecto con las restantes; por otro lado, se evidencian correlaciones significativas con todos los tipos de apoyo social, lo que permite aceptar la hipótesis H₄.

Tabla 15

Correlación entre la dimensión satisfacción con la vida de felicidad y las dimensiones de apoyo social

Satisfacción con la Vida			
Rho de Spearman	Apoyo emocional	Coefficiente de correlación	.738*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo instrumental	Coefficiente de correlación	.810*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
		Coefficiente de correlación	.661*

Interacción social positiva	Sig. (bilateral) N	.000 132
Coeficiente de correlación		.771*
Apoyo afectivo	Sig. (bilateral) N	.000 132

*p < .05

En la tabla 16, se evidencia una correlación positiva y directa entre la dimensión realización personal del constructo felicidad y las dimensiones de la variable apoyo social, siendo particularmente fuerte y de efecto grande con la dimensión instrumental ($r=.818$) y moderada, con tamaño del efecto de mediano a grande con la de tipo emocional ($r=.796$), afectivo ($r=.791$) y de interacción social positiva ($r=.709$). Asimismo, se presentan correlaciones significativas en todos los casos, lo que permite aceptar la hipótesis H_5 del estudio.

Tabla 16

Correlación entre la dimensión realización personal de felicidad y las dimensiones de apoyo social

Realización Personal			
Rho de Spearman	Apoyo emocional	Coeficiente de correlación	.796*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo instrumental	Coeficiente de correlación	.818*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Interacción social positiva	Coeficiente de correlación	.709*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo afectivo	Coeficiente de correlación	.791*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132

*p < .05

Finalmente, en la tabla 17, las correlaciones entre la dimensión alegría de vivir de la variable felicidad y las dimensiones del constructo apoyo social evidencian ser positivas, directas, moderadas y con un tamaño del efecto mediano. Se observa que todas las correlaciones son significativas, por lo que existe una asociación lineal que permite aceptar la hipótesis H_6 planteada para la investigación.

Tabla 17

Correlación entre la dimensión alegría de vivir de felicidad y las dimensiones de apoyo social

		Alegría de Vivir	
Rho de Spearman	Apoyo emocional	Coefficiente de correlación	.726*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo instrumental	Coefficiente de correlación	.638*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Interacción social positiva	Coefficiente de correlación	.688*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132
	Apoyo afectivo	Coefficiente de correlación	.673*
		Sig. (bilateral)	.000
		N	132

*p < .05

5.3 Análisis y Discusión de Resultados

A continuación, se discutirán los objetivos e hipótesis propuestos para el presente estudio a través de la contrastación con los resultados obtenidos y sustentado en trabajos previos con hallazgos relevantes.

De manera general, se tuvo como finalidad determinar la relación que existe entre la felicidad y el apoyo social que perciben las enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima, debido a que pertenecen al grupo poblacional vulnerable frente a la Covid-19, el cual, de contraer el virus, es más propenso a requerir hospitalización y tener un pronóstico de recuperación menos favorable. Asimismo, dicho grupo viene experimentando cambios abruptos en su estilo de vida, situación que puede generar alteraciones en el bienestar de las personas y en donde la red social cobra mayor protagonismo, ya que según Cohen et al. (Barrón y Chacón, 1990) esta sirve como una protección frente a los acontecimientos percibidos como estresantes y los efectos patogénicos que se deriven de ello.

Como primer objetivo se buscó identificar los niveles de felicidad en cada una de las dimensiones que propone la escala diseñada por Alarcón (2006) para el grupo de enfermeras en confinamiento, por lo que se construyó un baremo referencial, dado que el instrumento en

cuestión no consigna uno (Anexo B); así tenemos que, el 63.6% de la muestra se ubicó en un nivel alto de felicidad, obteniendo una media de 101.57 (Tabla 8), lo que significa ausencia de estados depresivos, pesimismo y sentimientos generales de bienestar a partir de experiencias positivas de la vida en las encuestadas. En cuanto a las dimensiones de la escala, si bien todas también se encuentran en un rango alto, el factor de realización personal presenta una tendencia más marcada de alto a medio en cuanto al nivel de consecución de metas importantes para las participantes, con un 43.9% y 37.1% respectivamente, corroborado por la distribución de la muestra que presenta valores más separados de la media hacia la izquierda en dicha dimensión (Tabla 8), esto guarda coherencia con los cambios en el estilo de vida experimentados a partir de la pandemia en dicho grupo, que puede haber alterado los propósitos que tenían inicialmente para su vida y generar un replanteamiento de los mismos.

Estos resultados se contraponen a lo encontrado por San Martín (2020) quien al analizar los efectos del aislamiento social en el bienestar subjetivo de 175 adultos chilenos de Santiago, 90.3% correspondiente a mujeres con educación superior, halló una elevación de los afectos negativos en oposición al de los positivos, mismos indicados por Ríos y Palacios (2020) en adultos paraguayos donde se advierte la prevalencia de sintomatología depresiva, así como cuadros de ansiedad y estrés a raíz de la crisis sanitaria. Más bien, los altos niveles de felicidad encontrados son similares a lo reportado anteriormente por la consultora Arellano en su investigación Estilos de Vida del 2017, en donde el 51% de los peruanos encuestados se ubicó como “sobresaliente” con respecto a su percepción de felicidad, siendo los jóvenes de 18 a 24 años los más felices y los adultos de 45 a 55 años los menos felices, pero evidenciando un significativo repunte superado los 55 años de edad. Igualmente, Cerna et al. (2018) hallaron indicadores parecidos en los ciudadanos del distrito limeño de Magdalena del Mar donde obtuvieron puntajes altos de felicidad, sobre todo en las personas remuneradas y mayores de 50 años; por otro lado, Ravello (2018) en su estudio con adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores pertenecientes

a locales comunales, encontró niveles medios de satisfacción con la vida en dichos ciudadanos, aumentando este nivel en los que se encontraban casados y poseían instrucción superior.

Como segundo objetivo, se indagó por el tamaño de la red social con el que cuenta el grupo de enfermeras, así como los niveles de apoyo que percibe de esta de acuerdo a las dimensiones que propone el cuestionario elaborado por Sherbourne y Stewart (1991); como podemos apreciar en la tabla 2, la mayoría de participantes se encuentra con pareja y viviendo con más miembros en su hogar, estando su red familiar-amical conformada por un mínimo de dos personas y con una media de nueve miembros aproximadamente (Tabla 3). Además, la muestra percibe de su círculo cercano un alto a medio nivel de apoyo, representado por el 39.4% y 35.6% respectivamente, para la variable total (Tabla 5), con una media de 67.12 ubicada entre el percentil 45 y 50; por último, en cuanto al desglose por dimensiones del constructo de apoyo social, también se evidencia una tendencia a percibir de alto a medio nivel de ayuda, con puntajes promedios, salvo en la dimensión de apoyo instrumental, donde se observa que tiende a disminuir esa percepción, ubicándose el porcentaje mayoritario (33.3%) como medianamente ayudado al momento de cubrir una necesidad material o que se le provea de esta y el 31.1% siguiente teniendo una baja impresión del mismo (Tabla 9); sin embargo, para Reinhardt et al. (2006) poseer demasiado apoyo de tipo instrumental no necesariamente es algo adecuado, ya que podría generar un impacto negativo en el bienestar subjetivo de las personas si deriva en una pérdida de la autonomía y en consecuencia genera dependencia de la red (como se citó en Lara, 2014), pero recordemos que ese no es el caso de este grupo de enfermeras, ya que el 59.8% se encuentra laborando de manera remota desde sus hogares y el resto bajo licencia con goce de haber, permitiéndoles cubrir sus gastos de manutención y hacerle frente a la crisis económica que se vive actualmente producto de la pandemia.

En cuanto a otros autores que hayan investigado al respecto, se encontró que Ravello (2018) también obtuvo un nivel promedio de apoyo social, con el 55.7% de su muestra ubicada

en esta categoría, siendo más elevada en la dimensión emocional (56%) y material (58%), es decir reportaron que contaban con alguien a quien confiarle sus preocupaciones, que les proporcionaba orientación y consejos, así como ayuda cuando se encontraban enfermos, requerían de apoyo para movilizarse a sus citas médicas o realizar tareas domésticas, pero en el caso de su estudio la muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres con grado de instrucción menor y pertenecientes a locales comunales, de allí podría deslizarse la diferencia en los niveles hallados.

De acuerdo a Lara (2014), para Andrews y Withey (1976) y Diener et al. (1984) el efecto de los factores sociodemográficos sobre los niveles de felicidad es débil y solo explicaría entre un 10 a 15% de estos, mientras que el grueso restante estaría asociado a variables de tipo psicosocial o personal, llámese la relación que se tiene con el entorno familiar, social, cultural, así como los rasgos de la personalidad y variables cognitivas, motivacionales, actitudinales, afectivas, entre otras; debido a ello se buscó, como tercer objetivo, determinar la relación que existe entre la felicidad total y el constructo apoyo social, así como con las dimensiones de este, para lo cual se planteó como hipótesis (H_2) que existe una relación significativa entre ambas, guiado además en lo indicado por Fernández-Ballesteros et al. (2001), así como Waldinger y Schulz (2010) quienes mencionan que “la actividad social es un fuerte correlato de la felicidad entre los adultos mayores”, tal como reporta Lara (2014, p. 64).

Se halló entonces una correlación positiva, directa y altamente significativa entre los puntajes totales de felicidad y apoyo social con un sig. <0.05 , además de un tamaño de efecto grande ($r=.855$), lo que para Cohen (1992) significa el grado en que la hipótesis nula es falsa y permite un aumento directo de la potencia estadística (como se citó en Cárdenas, 2014). De igual manera, se da con todas las dimensiones del apoyo social, presentando un tamaño de efecto especialmente grande en la dimensión emocional ($r=.824$), ello permite aceptar la H_2 planteada para el presente estudio, lo cual evidencia que el estado de bienestar de las

enfermeras se encuentra compuesto por diversos recursos de corte biopsicosociales, dentro de las cuales se destacan las redes de apoyo y las relaciones significativas que se posean dentro de ellas, como ya Myers y Diener comentaban en sus investigaciones de 1995, influiría más la calidad que la cantidad de las relaciones y el apoyo recibido de estas en el bienestar subjetivo de los adultos mayores. Estudios más actuales y en el contexto limeño, como el de Vargas y Vargas (2017) quienes encontraron en su investigación una relación directa y positiva entre las variable apoyo social total y bienestar psicológico en 209 adultos mayores pertenecientes a cinco distritos de Lima, reforzarían la idea de dichos autores extranjeros. De igual manera, Quispe (2019) obtuvo hallazgos, para su muestra conformada por 115 adultos mayores de 60 años del distrito limeño de Santa Anita, de correlación directa, positiva, moderada y significativa entre la resiliencia, es decir la adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios propios de su etapa vital, el apoyo social percibido y la satisfacción con la vida, siendo estos dos últimos de relación positiva y moderada a fuerte ($r=.645$).

Como cuarto objetivo, se buscó determinar la relación que existe entre las dimensiones de las variables felicidad y apoyo social, planteándose como hipótesis específicas que existen relaciones significativas entre ellas. Se encontró para la H₃, una correlación positiva, altamente significativa ($\text{sig.}<0.05$), moderada y de tamaño de efecto mediano (de .629 a .724) entre la dimensión sentido positivo de la vida, del constructo felicidad, y todas las dimensiones del apoyo social (Tabla 14) permitiendo aceptar la hipótesis propuesta para el estudio. Esto guarda correspondencia con lo indicado por Lara (2014) quien afirma que un apoyo emocional e instrumental positivo puede estar asociado con la salud mental, en este caso como mecanismo de protección frente a síntomas depresivos y de ansiedad; por ende, una actitud positiva hacia la vida.

Analizando la H₄ propuesta, se evidencian correlaciones significativas entre la dimensión satisfacción con la vida, de la variable felicidad, y todas las dimensiones del apoyo social, lo que

permite aceptar dicha hipótesis. Adicionalmente, dicha correlación se torna especialmente fuerte y de tamaño grande de efecto con la dimensión de apoyo instrumental ($r=.810$) como se aprecia en la tabla 15, lo que indica que las enfermeras se encuentran satisfechas con la cobertura que tienen de sus necesidades materiales y en su perspectiva futura de ellas, recordemos que este grupo sanitario recibe ingresos de su entidad empleadora, lo que les permite tener solvencia económica, pese al mediano a bajo respaldo material que perciben de su red social. Resultados diferentes fueron los hallados por Del Risco (2007) en su investigación con adultos mayores pertenecientes a un CAM de Lima Metropolitana, cuando indicó que el área en donde los familiares brindaban mayor soporte a su muestra era en la instrumental y material, en su caso al proporcionar apoyo físico como acompañamiento a citas médicas y de movilización, pero también referido al tema económico, ya que sus participantes eran mayoritariamente mujeres jubiladas, pero coinciden en la correlación significativa que hallan entre el nivel de satisfacción con la vida de dichos adultos mayores y el soporte social recibido, en el caso del grupo de enfermeras, sobre todo durante esta coyuntura de pandemia es coherente este resultado, ya que se ha tornado más riesgoso que la población vulnerable realice actividades como compras o pagos en espacios cerrados por las altas probabilidades de contagio y en contraposición, importante contar con una red de soporte efectiva que brinde este tipo de ayuda, siempre que se requiera.

Para la H_5 , al visualizarse correlaciones positivas, directas y significativas entre la dimensión realización personal, del constructo felicidad, y todas las dimensiones del apoyo social se puede aceptar la hipótesis planteada, además se desprende una relación especialmente fuerte y de tamaño de efecto grande con la dimensión de apoyo instrumental ($r=.818$) (Tabla 16) y, aunque en la tabla 4 se reporta un alto nivel con tendencia al promedio en cuanto a estados prolongados de felicidad como tranquilidad emocional por el desempeño personal y en la tabla 5 niveles de medios a bajos de soporte instrumental, para el grupo de enfermeras contar con el apoyo suficiente ante cualquier contingencia, sobre todo de sus seres

queridos, les permite visualizar un mejor panorama a futuro. Finalmente, para la última hipótesis planteada (H_6), se advierten correlaciones positivas, moderadas, con tamaño de efecto mediano y altamente significativas entre la dimensión alegría de vivir, de la variable felicidad, y todas las dimensiones del apoyo social, sobre todo con la emocional ($r=.726$) y de interacción social positiva ($r=.688$), como se aprecia en la tabla 17, este resultado es coherente con el hecho de que sentirse validado y percibir afecto ayuda a tener una visión más optimista de la vida, además de generar una sensación de mayor bienestar en las personas, relación que también encuentra Paternina (2019) en su estudio con adultos mayores pertenecientes un programa en REDCUNA, los cuales reportaron un aumento en su percepción de bienestar y felicidad relacionado a la participación en actividades de esta fundación, sobre todo en las áreas de compañía y diversión; es decir, sentirse parte de un grupo con los cuales poder conversar, distraerse y pasar momentos de alegría. Al respecto Paternina (2019) agrega lo que indica Cardona (2011), que la compañía permite tener una visión activa del envejecimiento contribuyendo positivamente a su impresión sobre la vida, debido a que regula los niveles de estrés, aumenta la percepción sobre la funcionalidad y, por ende, mejora los niveles de salud y bienestar.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones Generales y Específicas

Considerando los resultados se puede concluir lo siguiente:

- ✓ La muestra presenta niveles altos de felicidad, tanto en su constructo total como en cada una de sus dimensiones.
- ✓ Además, se evidencian niveles de altos a medios con respecto al apoyo social que perciben de su círculo familiar-amical y en el desglose por dimensiones.
- ✓ La relación entre la felicidad y el apoyo social como constructos totales es positiva, directa, significativa y con tamaño de efecto grande.
- ✓ La relación entre las dimensiones de las variables felicidad y apoyo social son positivas, directas, significativas y con un tamaño de efecto entre moderado a grande.

Además, las correlaciones más fuertes y de tamaño grande de efecto se dan entre la dimensión instrumental, del constructo de apoyo social, y las dimensiones satisfacción con la vida, así como realización personal, de la variable felicidad, por lo que se advierte que la muestra se siente satisfecha en su cobertura de necesidades materiales, ya sea de ayuda física o monetaria, lo que permite tranquilidad emocional, una percepción más segura a futuro y el cumplimiento de metas valiosas para su vida.

6.2 Recomendaciones

Después de analizar la relación entre la felicidad y el apoyo social, así como entre sus respectivas dimensiones, en el grupo de enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima, y en base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se considera relevante realizar las siguientes recomendaciones:

- ✓ Considerar realizar nuevos estudios partiendo de una base cualitativa, con el empleo de técnicas etnográficas, como plantea Yamamoto en sus investigaciones en zonas rurales y urbano-marginales del Perú, a fin de obtener resultados más fidedignos y que abarquen a una mayor población, es decir que permita reflejar distintas realidades del país.
- ✓ Que el presente estudio sirva de precedente para evidenciar que existe una relación significativa entre la felicidad y el apoyo social e impulsar a que futuros investigadores profundicen en dicho análisis, sobre todo con el personal asistencial que se encuentra en la primera línea de batalla contra la covid-19, ya que según lo reportado por EsSalud (2020^a) bajo este contexto sanitario dicho personal se enfrenta a diferentes retos como mayor agotamiento físico y mental, estrés laboral, riesgo de infección, insuficiente contacto con sus familiares, entre otros.
- ✓ Implementar indicadores de felicidad que permitan medir las fortalezas y capacidades de los trabajadores de la salud y, a su vez, orientarlo al desarrollo de actividades que beneficien tanto al trabajador como a la organización y, por ende, a los pacientes o asegurados.
- ✓ Por último, cumplir y fortalecer los programas de cuidado de la salud mental del personal de la salud especificados en la guía técnica del MINSA (2020^a) e incluir a los profesionales adultos mayores y/o con afecciones crónicas que se encuentran laborando de manera remota; por otro lado, fomentar redes de apoyo, especialmente para los trabajadores que reporten bajos niveles de bienestar, lo cual puede repercutir no solo en su estado físico-mental y emocional, sino además en su calidad de atención a los pacientes e incluso generar una pérdida de talentos para la institución.

6.3 Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal evidenciar la relación que existe entre la felicidad y el apoyo social en enfermeras en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima. La muestra estuvo conformada por ciento treinta y dos participantes pertenecientes a la población considerada como vulnerable frente a la covid-19, al ser adulta mayor (65 años a más) y/o presentar alguna enfermedad crónica y que, de contraer el virus, su pronóstico de recuperación es menos favorable, por lo que se encuentran con licencia o laborando de manera remota desde sus hogares mientras dure la crisis sanitaria.

Para el estudio se empleó la Escala de Felicidad de Lima (EFL) de Alarcón (2006), la cual consta de cuatro dimensiones: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir, para las cuales se pueden obtener puntajes mínimos y máximos, además de un puntaje total de felicidad con su sumatoria; asimismo, se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) de Sherbourne y Stewart en su versión adaptada por Cruz (2009) el cual mide el tipo de apoyo desde dos aspectos: uno estructural, a través del tamaño de la red social con la que cuenta la persona y otro funcional, mediante los niveles de ayuda que percibe de dicha red, este último se compone de cuatro dimensiones (emocional, instrumental, de interacción social positiva y afectivo).

Finalmente, se obtuvieron niveles altos de felicidad en las participantes, así como niveles de altos a medios en la percepción del apoyo que les brinda su círculo familiar-amical y, al realizar un sistema de hipótesis para indagar por el objetivo principal de la investigación, se encontraron correlaciones significativas entre las variables felicidad y apoyo social, así como entre sus dimensiones.

Palabras claves: Felicidad, apoyo social, aislamiento domiciliario, enfermeras, hospital público de Lima, adulto mayor, pandemia.

6.4 Abstract

The main objective of this research was to show the relationship between happiness and social support in nurses in a situation of home isolation in a public hospital in Lima. The sample consisted of one hundred thirty-two participants belonging to the population considered vulnerable to covid-19, being an older adult (65 years or older) and / or presenting a chronic disease and, if contracted by the virus, their recovery prognosis is less favorable, so they are on leave or working remotely from their homes while the health crisis lasts.

For the study, the Lima Happiness Scale (EFL) by Alarcón (2006) was used, which consists of four dimensions: positive sense of life, satisfaction with life, personal fulfillment and joy of living, for which you can obtain minimum and maximum scores, in addition to a total happiness score with its sum; Likewise, the Sherbourne and Stewart Social Support Questionnaire (MOS) was used in its version adapted by Cruz (2009), which measures the type of support from two aspects: a structural one, through the size of the social network with which the person and another functional account, through the levels of help perceived from said network, the latter is made up of four dimensions (emotional, instrumental, positive and affective social interaction).

Finally, high levels of happiness were obtained in the participants, as well as high to medium levels in the perception of the support provided by their family-friend circle and, when making a hypothesis system to inquire about the main objective of the research, significant correlations were found between the variables happiness and social support, as well as between their dimensions.

Key words: Happiness, social support, home isolation, nurses, Lima public hospital, elderly, pandemic.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2001). Relaciones entre felicidad, género, edad y estado conyugal. *Revista de Psicología de la PUCP*. 19 (1), 29-46.
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/3620>
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una Escala Factorial para Medir la Felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*. 40 (1), 99-106.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n1/v40n1a10.pdf>
- Alarcón, R. (2010). *El Bienestar Subjetivo o Felicidad como Meta Suprema del Progreso de las Sociedades* [Archivo PDF].
http://www.psicologiapositivaperu.org/docs/descarga/28_El_Bienestar_subjetivo_o_felicidad_como_meta_suprema.pdf
- Alfonso, L., Soto, D. y Santos, N. (2016). Calidad de Vida y Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores. *Revista Ciencias Médicas*. 15 (20), 14-20.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012
- Alhatef, E. (2018). *Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores* [Tesis de Licenciatura, Universidad Argentina de la Empresa].
<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/6620/ALHATEF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Agencia Peruana de Noticias- Andina (2020). *Coronavirus: más de 9 mil trabajadores de EsSalud se acogieron a aislamiento voluntario*.
<https://andina.pe/Agencia/noticia-coronavirus-mas-9-mil-trabajadores-essalud-se-acogieron-a-aislamiento-voluntario-797922.aspx>
- Autoridad Nacional de Servicio Civil (2020). *Orientación para implementar el trabajo remoto en las entidades públicas en el marco de la emergencia por el COVID -19*.
https://storage.servir.gob.pe/archivo/2020/Pautas_para_implementar_trabajo_remoto_Covid19.pdf

Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del Apoyo Social y las Redes de Apoyo Social. *Revista IIPSI Facultad de Psicología de la UNMSM*. 16 (1), 233-245.

<file:///C:/Users/ANA%20CLAUDIA/Downloads/3929-Texto%20del%20art%C3%ADculo-13284-1-10-20140305.pdf>

Arellano Consultoría, Universidad San Ignacio de Loyola y Ernst & Young (2019). *La Felicidad de los Peruanos, Kusikuy* [Archivo PDF].

<https://www.arellano.pe/kusikuy-la-felicidad-los-peruanos/>

Baca, D. (2014). Resiliencia y Apoyo Social Percibido en Pacientes Oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*. 3 (1), 107-124.

<http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/59/65>

Baca, D. (2016). Confiabilidad y Validez del Cuestionario de Apoyo Social en Pacientes con Cáncer de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*. 19 (1), 177-190.

https://scholar.google.com/citations?user=NBqOpDIAAAAJ&hl=es#d=gs_md_cita-d&u=%2Fcitations%3Fview_op%3Dview_citation%26hl%3Des%26user%3DNBqOpDIAAAJ%26citation_for_view%3DNBqOpDIAAAAJ%3A1jCSPb-OGe4C%26tzom%3D300

Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Apoyo Social Percibido: Su Efecto Protector frente a los Acontecimientos Vitales Estresantes. *Revista de Psicología Social*. 7 (1), 53-59.

https://www.researchgate.net/publication/28276449_Apoyo_social_percibido_su_efecto_protector_frente_a_los_acontecimientos_vitales_estresantes

BBVA Aprendemos Juntos (2019). *V. Completa. Ser feliz no consiste en sonreír siempre y pensar en positivo*. Laurie Santos. [Archivo de Vídeo]. YouTube.

https://www.youtube.com/watch?v=_3mrA1_Hctk&list=WL&index=6

Cárdenas, M. (2014). Potencia Estadística y Cálculo del Tamaño del Efecto en G*Power: Complementos a las Pruebas de Significación Estadística y su Aplicación en Psicología. *Salud y Sociedad*. 5 (2), 210-224.

https://www.researchgate.net/publication/304215586_REVISION_TEORICA_STATISTICAL_POWER_AND_EFFECT_SIZE_CALCULATING_IN_GPOWER_COMPLEMENTARY_ANALYSIS_OF_STATISTICAL_SIGNIFICANCE_TESTING_AND_ITS_APPLICATION_IN_PSYCHOLOGY

- Centeno K., E.; Díaz G., S.; Rondón S., L. y Velásquez C., C. (2018). *Felicidad en los colaboradores de una empresa del sector logístico*. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/13178>
- Cerna, D., Mendoza, W., Palacios, R. y Quispe, M. (2018). *Medición de la Felicidad en el Distrito de Magdalena del Mar* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/13328>
- Copestake, J. (2009). *Wellbeing and Development in Peru: Global and Local Views Confronted*. Prepared for delivery at the 2009 Congress of the Latin American Studies. [PDF File].
- https://www.researchgate.net/publication/228942146_Wellbeing_and_Development_in_Peru_Global_and_Local_Views_Confronted
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Fluir. Una Psicología de la Felicidad* [Archivo PDF].
- https://www.academia.edu/38623771/Mihaly_Csikszentmihalyi_FLUIR_FLOW
- Cuadra, A., Medina, E. y Salazar, K. (2015). Relación de Bienestar Psicológico, Apoyo Social, Estado de Salud Física y Mental con Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Ciudad de Arica. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*. 11 (35), 2016, 56-67.
- <https://www.redalyc.org/pdf/836/83646545005.pdf>
- Del Risco, P. (2007). *Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un Grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/399>

Diario Gestión (2020). *Gobierno prevé flexibilizar más restricciones para adultos mayores en octubre*. <https://gestion.pe/peru/gobierno-preve-flexibilizar-mas-restricciones-para-adultos-mayores-en-octubre-nndc-noticia/>

Diario Oficial El Peruano (2017). *Decreto supremo que aprueba el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2017 – 2021*.

<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-nacional-de-seguridad-y-decreto-supremo-n-005-2017-tr-1509246-3>

Diario Oficial El Peruano (2020a). *Decreto supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19*.

<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2>

Diario Oficial El Peruano (2020b). *Decreto supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del brote del COVID-19*.

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf

Diario Oficial El Peruano (2020c). *Modifican el Documento Técnico: “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con Riesgo de Exposición a Covid-19”*.

<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/modifican-el-documento-tecnico-lineamientos-para-la-vigila-resolucion-ministerial-n-283-2020-minsa-1866328-1>

Domínguez, R. e Ibarra, E. (2017). La Psicología Positiva: Un Nuevo Enfoque para el Estudio de la Felicidad. *Razón y Palabra*. 21 (96), 660-679.

<https://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buncher, A. y Lang, A-G. (2009). Statistical Power Analyses Using G*Power 3.1: Test for Correlation and Regression Analyses. *Behavior Research Methods*. 41 (4), 1149-1160.
- https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower31-BRM-Paper.pdf
- Fernández Peña, R. (2005). Redes Sociales, Apoyo Social y Salud. *Revista de Investigación en Antropología Periferia*. <https://core.ac.uk/download/pdf/13287343.pdf>
- Figuroa B., G. (2018). *Apoyo Social en los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro del distrito del Rímac, Período 2018* [Tesis de Licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3314>
- Flores, P., Muñoz, R., y Medrano, R. (2018). Concepciones de la Felicidad y su Relación con el Bienestar Subjetivo: Un Estudio Mediante Redes Semánticas Naturales. *Liberabit*. 24 (1), 115-130.
- <http://www.scielo.org/pe/pdf/liber/v24n1/a08v24n1.pdf>
- Gómez, P. (2020). *Relación entre Apoyo Social Percibido, Resiliencia y Niveles de Felicidad en Pacientes en Hemodiálisis Atendidos en la Clínica Cena en Enero 2020* [Tesis para Optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10910/MCgochpa1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta edición.

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Herrero, J. (2014). *Redes Sociales y Apoyo Social. Psicología Comunitaria y Bienestar Social*.

http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78705/8/Psicolog%C3%ADa%20comunitaria%20y%20bienestar%20social_M%C3%B3dulo%207_Redes%20sociales%20y%20apoyo%20social.pdf

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (2020). *Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en personal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19*.

http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/salud_mental_personal_de_salud.pdf

Jiménez G., B. (2020). *Manual de gestión emocional para médicos y profesionales de la salud*.

Transformar la vulnerabilidad en recursos [Archivo PDF].

<https://www.edescllee.com/colecciones/serendipity-maior/manual-de-gestion-emocional-para-medicos-y-profesionales-de-la-salud>

Lara, R. (2014). *Correlatos Psicosociales de la Felicidad en la Vejez. Predictores y Perfiles*

Multidimensionales. [Tesis de Doctorado, Universidad de Granada].

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/49469/24465604.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

La República (2020). *Defensoría del Pueblo demanda al Ejecutivo que modifique confinamiento a personas adultas mayores*. <https://larepublica.pe/sociedad/2020/10/02/defensoria-del-pueblo-demanda-al-ejecutivo-que-modifique-confinamiento-a-personas-adultas-mayores/?fbclid=IwAR1QA0rbT2I8AoH-PRrc4xEZph-Wjta0-U0PhuKHuc4NcUG0iszhh1nKDSQ>

<https://larepublica.pe/sociedad/2020/10/02/defensoria-del-pueblo-demanda-al-ejecutivo-que-modifique-confinamiento-a-personas-adultas-mayores/?fbclid=IwAR1QA0rbT2I8AoH-PRrc4xEZph-Wjta0-U0PhuKHuc4NcUG0iszhh1nKDSQ>

- Lupano, M. y Castro, A. (2010). Psicología Positiva: Análisis desde su Surgimiento. *Ciencias Psicológicas*. 4 (1), 43-56. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v4n1/v4n1a05.pdf>
- Ministerio de Salud (2020a). *Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19. Guía técnica* [Archivo PDF].
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
- Ministerio de Salud (2020b). *Documento Técnico: Plan de Salud Mental (En el contexto Covid-19-Perú, 2020-2021)* [Archivo PDF].
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/804253/RM_363-2020-MINSA.PDF
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2020). *Guía para la Aplicación del Trabajo Remoto*. [Archivo PDF]. <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/informes-publicaciones/541100-guia-para-la-aplicacion-del-trabajo-remoto>
- Muñoz, C. (2007). Perspectiva Psicológica del Bienestar Subjetivo. *Psicogente*. 10 (18), 163-173.
<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1559>
- Organización Internacional del Trabajo (2020). *Guía para empleadores sobre el trabajo desde casa en respuesta al brote de la COVID-19*.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---act_emp/documents/publication/wcms_747014.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud* [Archivo PDF].
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=68BAA2E2F1EF5D6F61AB96AB576474D6?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental* [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

Ortega B., A. (2019). *Una científica de la felicidad en busca de la paz*/ Entrevistada por Ishwara.

<http://hojasdeinspiracion.com/una-cientifica-de-la-felicidad-en-busca-de-la-paz/>

Pacheco, M. y Alfaro, A. (2018). Influencia del Apoyo Social Percibido, Factores

Sociodemográficos y Socioeconómicos sobre la Depresión en Personas Adultas

Mayores del Área Urbana de la Ciudad de la Paz. *Fides et Ratio- Revista de Difusión*

Cultural y Científica de la Universidad La Salle en Bolivia. 15 (15), 15-28.

<http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2071->

[081X2018000100003&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2071-081X2018000100003&script=sci_arttext)

Paternina, J. (2019). *El Incremento de la Felicidad y Bienestar Subjetivo del Adulto Mayor: La*

importancia de la Cultura y el Fortalecimiento de las Redes Sociales en el Programa

REDCUNA [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/15248>

Quispe, B. (2019). *Resiliencia, Apoyo Social Percibido y Satisfacción con la Vida del Adulto*

Mayor del distrito de Santa Anita, Lima-Perú [Tesis de Bachillerato, Universidad San

Ignacio de Loyola].

http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9614/1/2019_Quispe-Cangahuala.pdf

Ravello, I. (2018). *Apoyo Social y Satisfacción con la Vida en Adultos Mayores del Distrito de*

San Juan de Miraflores [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú].

<http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/76>

Ríos, C. y Palacios, J. (2020). *Symptoms of Anxiety and Depression during the outbreak of Covid-*

19 in Paraguay [PDF File].

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/152>

Rodríguez, M., Couto, M. D., Díaz, N. (2015). Modelo salutogénico: enfoque positivo de la

salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*.53 (3).

<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art19/#:~:text=Esta%20concepci%C3%B3n%20muestra%20a%20la,que%20no%20existe%20un%20estado>

Rodríguez, Y., Negrón, N., Maldonado, Y., Quiñones, A. y Toledo, N. (2015). Dimensiones del Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido con Relación al Sexo y Nivel de Estudio en Universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 33 (1), 31-43.

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/apl33.01.2015.03/2512>

RPP Noticias (2021). *Jorge Yamamoto: "el 23% de las personas reportó más bienestar familiar"*

[Archivo de Vídeo]. YouTube

<https://www.youtube.com/watch?v=Micq72NA01M&list=WL&index=8&t=81s>

Rubio, J. (2016). *Implicaciones de la Inteligencia Emocional en los Constructos Resiliencia y Satisfacción Vital* [Tesis de Doctorado, Universidad de Castilla-La Mancha].

<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/9018/TESIS%20Rubio%20Martín.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salinas, N. (2019). *Felicidad y Clima Organizacional en Trabajadores de una Empresa Privada de Lima Metropolitana* [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma].

https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2855/T030_45531216_T%20%20%20SALINAS%20HUARANCA%20NATALY%20CECILIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

San Martín, P. (2020). *Efectos del Aislamiento Social y la Cuarentena sobre el Bienestar Subjetivo de los chilenos durante el brote de Covid-19* [Archivo PDF].

<https://scholar.google.com/citations?user=3NZPwTIAAAAJ&hl=es>

Seguro Social de Salud (2013). *Glosario de Términos de la Seguridad Social* [Archivo PDF].

http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/GLOSARIO_06052016.pdf

Seguro Social de Salud (2018). *Memoria Anual 2018* [Archivo PDF].

<http://www.essalud.gob.pe/memoria-institucional/>

Seguro Social de Salud (2020a). *Recomendaciones Clínicas para la Prevención y Manejo de Problemas de Salud Mental en Personal de Salud en el Marco de la Pandemia por Covid-19*.

http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/salud_mental_personal_de_salud.pdf

Seguro Social de Salud (2020b). *Resolución de Gerencia General N°632-GG-ESSALUD-2020*.

http://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_632_GG_ESSALUD_2020.pdf

Seligman, M. (2002). *La Auténtica Felicidad* [Archivo PDF].

<https://idoc.pub/documents/martin-seligman-la-autentica-felicidadpdf-on2307zqeml0>

Sony, G. (2016). *Sicología Positiva para Transición hacia la Paz. El Nuevo Siglo*.

<https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/07-2016-implementarian-sicologia-positiva-para-transicion-hacia-la-paz>

Torres, W. y Flores, M. (2018). Factores Predictores del Bienestar Subjetivo en Adultos Mayores. *Revista de Psicología*. 36 (1), 9-48.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/19473>

Universidad del Sinú Montería (2015). *Presentación de Martin Seligman* [Archivo de Vídeo].

YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xFgbV-0xgqQ>

Vargas A., C. y Vargas S., L. (2017). *Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Adultos Mayores que asisten a los CIAM de Lima Metropolitana* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas].

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622168>

Vives, J. (2019). *Apoyo Social Percibido y Bienestar Subjetivo en Adultos Mayores en Casas de Reposo* [Tesis de Bachillerato, Pontificia Universidad Católica del Perú].

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/PUCP_2bc460e4647b85ac87ca4f8f0d204266

Yamamoto, J. (2015). *Un Modelo de Bienestar Subjetivo para Lima Metropolitana*. [Tesis de Doctorado, Pontificia Universidad Católica del Perú].

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7682>

Yamamoto, J. (2019). *La Gran Estafa de la Felicidad*. Paidós.

Yamamoto, J., y Feijoo, A. R. (2007). Componentes Émicos del Bienestar. Hacia un Modelo Alternativo de Desarrollo. *Revista de Psicología*. 25 (2), 197-231.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1412/1362>

ANEXOS

A. Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Ana Claudia Valle, bachiller de psicología de la Universidad Ricardo Palma. La meta de este estudio es conocer la relación que existe entre la felicidad y el apoyo social en un grupo de enfermeras que se encuentra en situación de aislamiento domiciliario de un hospital público de Lima, ya que pertenecen al grupo de riesgo. Si usted accede a participar, se le pedirá responder unos cuestionarios, que le tomará no más de 30 minutos de su tiempo. Su participación será voluntaria y la información que se recoja será anónima y confidencial, la cual no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Asimismo, usted es libre de finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que ello represente algún perjuicio. Si tuviera alguna duda o consulta acerca de la investigación, puede hacerla llegar al correo: aclaudiavalle@gmail.com

Muchas gracias por su participación.

Confirmando mi participación voluntaria en el presente estudio:

Sí

No

B. Material Complementario**Ficha Sociodemográfica**

Le agradezco compartir algunos datos individuales, la información que usted reporte solo será empleada para realizar el estudio, se le garantiza confidencialidad. ¡Muchas gracias!

- a. Edad _____
- b. Estado Civil
- Soltera Casada/ conviviente Separada/divorciada Viuda
- c. Actualmente, ¿con quién vive?
- Con toda mi familia
- Solo con parte de mi familia
- Con amigos
- Sola
- d. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos tiene usted? _____
- e. Aproximadamente, ¿Cuántos familiares cercanos tiene usted? _____
- f. A la fecha, ¿presenta alguna enfermedad crónica?
- Sí No
- g. Actualmente, ¿se encuentra laborando bajo la modalidad de trabajo remoto?
- Sí No

Escala de Felicidad de Lima (EFL)

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 rechazo a cada una de las frases. Marque su respuesta con una X. No hay respuestas buenas ni malas.

Escala:

Totalmente de acuerdo	(TA)
Acuerdo	(A)
Ni acuerdo ni desacuerdo	(¿?)
Desacuerdo	(D)
Totalmente en desacuerdo	(TD)

	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.					

Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con una X uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Hay alguien que le ayude cuando tiene que estar en cama.					
2. Existe alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.					
3. Tiene a alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
4. Tiene a alguien que le lleve al médico cuando lo necesite.					
5. Hay alguien que le demuestre amor y afecto.					
6. Existe alguna persona con quien pueda pasar un buen rato.					
7. Hay una persona que le informe y que le ayude a entender la situación.					
8. Tiene a alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
9. Tiene a alguien que lo abraze.					
10. Tiene a alguien con quien pueda relajarse.					
11. Alguien le prepara la comida si es que no puede hacerlo.					
12. Tiene a alguien cuyo consejo realmente lo desee.					
13. Existe alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar los problemas.					
14. Hay alguien que le ayude en sus tareas domésticas cuando está enfermo.					
15. Existe alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
16. Tiene alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
17. Tiene con quien pueda divertirse.					
18. Existe alguien que comprenda sus problemas.					
19. Existe alguien a quien pueda demostrarle amor y afecto.					

Percentiles de felicidad y sus dimensiones

Pc	Felicidad Total	Sentido positivo de la vida	Satisfacción con la vida	Realización personal	Alegría de vivir
1	69.64	29.33	14.00	13.00	11.33
2	75.00	31.32	14.00	13.00	12.00
3	75.00	32.99	14.99	13.99	12.99
4	78.32	33.64	15.00	14.00	13.00
5	79.65	35.00	15.00	14.65	13.00
6	80.98	35.00	15.00	15.00	13.00
7	81.31	35.31	16.00	15.00	13.00
8	82.64	36.00	16.00	15.00	13.00
9	83.00	36.97	16.00	15.00	13.00
10	84.00	37.30	16.30	15.30	13.00
15	86.95	39.00	17.00	16.95	14.00
20	89.60	40.00	18.00	17.60	15.00
25	94.00	40.00	19.00	18.00	15.00
30	96.90	41.00	19.00	19.00	16.00
35	98.55	42.00	20.00	19.00	16.00
40	100.00	43.00	21.00	20.00	16.00
45	101.00	43.00	21.00	20.00	16.00
50	103.00	43.00	22.00	21.00	16.50
55	104.00	44.00	22.00	21.00	17.00
60	104.80	45.00	22.00	21.00	17.00
65	106.00	45.00	23.00	21.00	17.00
70	108.10	46.00	23.00	22.00	17.00
75	109.00	47.00	23.00	22.00	18.00
80	111.00	47.00	23.40	23.00	18.00
85	114.00	49.00	24.00	24.00	18.00
90	116.00	49.00	25.00	25.00	19.00
91	116.03	50.03	25.00	26.00	19.00
92	117.00	51.00	25.72	26.00	19.00
93	119.76	51.00	27.00	26.00	19.69
94	122.04	51.04	27.02	27.02	20.00
95	125.40	53.00	28.35	28.00	20.00
96	128.68	53.00	29.68	28.68	20.00
97	129.02	53.00	30.00	29.00	20.00
98	131.00	53.34	30.00	29.34	20.00
99	131.00	54.00	30.00	30.00	20.00

Baremos generales para la Escala de Felicidad de Lima

Niveles y Rangos	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Felicidad total	[27-48]	[49-70]	[71-92]	[93-114]	[115-135]
Sentido positivo de la vida	[11-19]	[20-28]	[29-37]	[38-46]	[47-55]
Satisfacción con la vida	[6-10]	[11-15]	[16-20]	[21-25]	[26-30]
Realización personal	[6-10]	[11-15]	[16-20]	[21-25]	[26-30]
Alegría de vivir	[4-7]	[8-11]	[12-15]	[16-19]	[20-+]

Percentiles de apoyo social y sus dimensiones

Pc	Apoyo Social Total	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo
1	40.66	16.33	4.66	9.66	7.00
2	42.66	17.00	6.00	11.00	7.00
3	43.99	17.00	6.00	11.00	7.00
4	44.64	17.00	7.00	12.00	7.32
5	46.00	17.00	7.00	12.00	8.00
6	46.00	17.98	7.98	12.00	8.00
7	46.31	19.00	8.00	12.00	8.31
8	47.64	19.00	8.00	12.00	9.00
9	48.00	19.97	8.00	12.00	9.00
10	49.00	20.00	8.00	12.00	9.00
15	52.00	21.00	8.00	12.00	9.00
20	54.00	23.00	9.00	12.00	9.00
25	55.25	24.00	9.00	12.00	10.00
30	58.00	24.00	10.00	12.00	10.00
35	60.00	24.00	11.00	13.00	11.00
40	62.00	25.00	12.00	15.00	12.00
45	64.85	26.00	12.00	15.85	12.00
50	69.00	26.50	12.00	16.00	12.00
55	71.00	30.00	13.00	16.00	12.00
60	72.00	31.00	13.00	16.00	12.00
65	73.00	32.00	14.00	16.00	13.00
70	75.10	32.00	16.00	16.00	13.00
75	77.00	32.00	16.00	16.00	14.00
80	78.40	32.00	16.00	16.00	14.00
85	80.00	33.00	16.00	16.05	15.00
90	85.70	34.70	17.00	18.70	15.00
91	86.00	37.00	18.00	19.00	15.00
92	86.72	37.00	18.36	19.36	15.00
93	89.38	37.69	19.00	20.00	15.00
94	90.00	38.02	19.00	20.00	15.00
95	91.05	39.00	19.35	20.00	15.00
96	93.00	39.00	20.00	20.00	15.00
97	93.02	40.00	20.00	20.00	15.00
98	95.00	40.00	20.00	20.00	15.00
99	95.00	40.00	20.00	20.00	15.00

Baremos generales para el Cuestionario de Apoyo Social

Niveles y Rangos	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Apoyo social total	[19-34]	[35-50]	[51-66]	[67-82]	[83-95]
Apoyo emocional	[8-14]	[15-21]	[22-28]	[29-35]	[36-40]
Apoyo instrumental	[4-7]	[8-11]	[12-15]	[16-19]	[20-+]
Interacción social positiva	[4-7]	[8-11]	[12-15]	[16-19]	[20-+]
Apoyo afectivo	[3-5]	[6-8]	[9-11]	[12-14]	[15-+]