

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Tesis:

**“FACTORES ASOCIADOS CON LA SOLEDAD Y CALIDAD DE VIDA
DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL
DEPARTAMENTO DE CUSCO 2021”**

Presentada por:

Uscamayta Apaza Juan Carlos

Para obtener el título profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Yuri Leonidas Ponce de León Otazú

Cusco – Perú

2021

CONTENIDO

	Pág.
CONTENIDO	ii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Fundamento del problema.	1
1.2. Formulación del problema.	3
a) Problema General.....	3
b) Problemas Específicos.	3
1.3. Objetivos de la investigación.	4
1.3.1. Objetivo general.	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación.	5
1.5. Limitaciones de la investigación.....	6
1.6. Consideraciones éticas.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales:.....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales:	12
2.1.3. Antecedentes Locales:	13
2.2. Marco teórico.....	14
2.3. Definición de términos básicos.	23
2.4. Hipótesis.....	25
2.4.1. Hipótesis nula	25
2.4.2. Hipótesis alterna.....	25

2.5. Variables.....	26
2.4.3. Variables implicadas:.....	26
2.4.4. Variables no implicadas:.....	26
2.6. Definiciones operacionales.....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
3.1. Tipo de investigación.....	31
3.2. Diseño de la investigación.....	31
3.3. Población y muestra.....	31
3.3.1. POBLACIÓN:.....	31
3.3.2. MUESTRA:.....	32
3.3.3. MÉTODOS DE SELECCIÓN:.....	33
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.4.2. Técnica:.....	34
3.4.3. Procedimiento:.....	34
3.4.4. Instrumento:.....	34
3.5. Plan de análisis de datos.....	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	37
4.1. Resultados:.....	37
4.1. Discusión:.....	115
4.1. Conclusiones:.....	122
4.1. Sugerencias:.....	124
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
APÉNDICES.....	133

RESUMEN

“Factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021”

Antecedentes: La soledad y la calidad de vida, son pilares importantes para la salud, estos fueron afectados durante la pandemia de COVID-19. Se ha demostrado que en el departamento de Cusco hubo altos porcentajes de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial. Además, en la provincia de Cusco, el enfrentamiento al aislamiento social obligatorio al inicio fue complicado, y durante los últimos meses fue mejor tolerada, con mejoras en las relaciones sociales y un mejor afrontamiento a la soledad.

Objetivo: Analizar los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de diseño observacional de tipo transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 310 participantes del departamento de Cusco mayores de 17 años y menores de 60, que brindaron el consentimiento para su participación. Se tomó como variables dependientes a la soledad y la calidad de vida, las cuales se evaluaron con la Escala de Soledad UCLA y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-OLD respectivamente, para el análisis estadístico se empleó la prueba estadística Chi cuadrado y los coeficientes Gamma, V de Cramer y Rho de Spearman.

Resultados: La edad medio fue de 26 años, con una prevalencia de soledad de 57 %, 74 % percibieron una calidad de vida regular. Una menor edad ($\rho_{(308)} = .185$), el desempleo (V de Cramer = .162), una red social pequeña (V de Cramer = .294) y creencias negativas sobre el distanciamiento (V de Cramer = .127) se asocian con un mayor grado de soledad, así como un mayor ingreso económico (Gamma = .347), realizar con más frecuencia videollamadas (Gamma = .458), una red social más grande (V de Cramer = .282), pertenecer al género masculino (V de Cramer = .148) se asociaron con una mejor calidad de vida global.

Conclusión: Los resultados encontrados sugieren que una edad más joven presenta un mayor grado de soledad y que el ingreso económico, estado civil, el acompañamiento y el género no se asociaron con la soledad. Sin embargo, el empleo presencial o virtual, tener creencias positivas sobre el distanciamiento social o tener redes sociales más grandes se asocia con un menor grado de soledad o su ausencia, al mismo tiempo realizar videollamadas, no garantiza una reducción en la prevalencia de la soledad. Así mismo mayores ingresos económicos, el género masculino y que tengan redes sociales más grandes, se asociaron con una mejor calidad de vida global.

Palabras clave: Soledad, Calidad de Vida, Factores asociados, Distanciamiento social, Aislamiento social, Red social.

ABSTRACT

“Factors associated with loneliness and quality of life during the COVID-19 pandemic in the adult population of the department of Cusco 2021”

Background: “Loneliness and quality of life, which are important pillars for health, were affected during the COVID-19 pandemic. It has been shown that in the department of Cusco there were high percentages of anxiety, depression, somatization and experiential avoidance. In addition, in the province of Cusco, coping with compulsory social isolation at the beginning was complicated, and during the last months was better tolerated, with improvements in social relationships and better coping with loneliness”

Objective: “To analyze the factors associated with loneliness and quality of life during the COVID-19 pandemic in the adult population of the department of Cusco 2021”

Materials and Methods: “An observational, cross-sectional, relational, cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 310 participants from the department of Cusco over 17 years of age and under 60 years of age, who gave their consent to participate. The dependent variables were loneliness and quality of life, which were evaluated with the UCLA Loneliness Scale and the WHOQOL-OLD Quality of Life Scale respectively. For the statistical analysis, the Chi-square statistical test and the Gamma, Cramer's V and Spearman's Rho coefficients were used”

Results: The mean age was 26 years, with a prevalence of loneliness of 57%, 74% perceived a fair quality of life. Younger age ($\rho(308) = .185$), unemployment (Cramer's V = .162), a small social network (Cramer's V = .294), and negative beliefs about estrangement (Cramer's V = .127) were associated with a higher degree of loneliness, as were higher financial income (Gamma = .347), making more frequent video calls (Gamma = .458), a larger social network (Cramer's V = .282), belonging to the male gender (Cramer's V = .148) were associated with better overall quality of life.

Conclusion: The results suggest that younger age presents a higher degree of loneliness and that economic income, marital status, companionship and gender were not associated with loneliness. However, face-to-face or virtual employment, having positive beliefs about social distancing or having larger social networks are associated with a lower degree of loneliness or its absence, while making video calls does not guarantee a reduction in the prevalence of loneliness. Likewise, higher income, male gender and having larger social networks were associated with a better overall quality of life.

Key words: “Loneliness, Quality of life, Associated factors, Social distancing, Social isolation, Social network”

INTRODUCCIÓN

La OMS declaró el 11 de marzo del 2020 al nuevo coronavirus (COVID-19) una pandemia mundial, por su rápida distribución. Los gobiernos han implementado medidas, como el distanciamiento social, la prohibición de reuniones públicas y el cierre de servicios no indispensables ⁽¹⁾, medidas similares se han implementado durante pandemias anteriores, así como en el brote de SARS; sin embargo, el alcance actual de las restricciones sociales no tiene antecedentes ⁽²⁾. En el Perú se confirmó el 5 de marzo del 2020 el primer caso de COVID-19, el lunes 16 del mismo mes se implementa el aislamiento obligatorio y el 14 de abril el ministerio de salud aprobó el documento técnico para la “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú”, con disposiciones para la prevención de la propagación del virus SARS COV – 2 ⁽³⁾.

Estas disposiciones preventivas mitigan la propagación del SARS COV – 2; sin embargo, limitan el contacto social generando un impacto psicológico en la población como; depresión, ansiedad, estrés, intento de suicidio, sensación de soledad y la calidad de vida en general ^(9, 36, 37, 38). En la provincia de Cusco, la población manifestó que el aislamiento social obligatorio provocó; miedo, estrés y ansiedad, luego de meses indican haberse adaptado al estilo de vida impuesto ⁽¹⁷⁾.

La soledad es el sentimiento de angustia sobre las relaciones sociales inadecuadas; y la calidad de vida es la percepción individual sobre su bienestar físico, psicológico, de relaciones sociales y su ambiente; así pues, estos son pilares que influyen en la salud ^(4, 6).

El siguiente estudio tiene como objetivo identificar los factores asociados con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia del COVID-19 en el departamento de Cusco; para que en un futuro se puedan intervenir con la creación de protocolos para el apoyo social y programas de salud asistencial, por consiguiente para su desarrollo se realizó un estudio transversal correlacional con enfoque analítico, estudiándose a una muestra de individuos adultos del departamento de Cusco de acuerdo a los criterios de inclusión.

De acuerdo a nuestro estudio de una muestra de 310 participantes, la edad media fue de 26 años, donde el 68.7 % vivían acompañados, siendo el género femenino predominante con un 59.7 %; además que el 85.2 % fue soltera, el 58.1 % con un ingreso económico de S/. 1 300 en promedio, además se evidenció la asociación entre los factores sociodemográficos con la soledad y la calidad de vida global con sus dimensiones, donde la edad más joven presenta un mayor grado de soledad y que el ingreso económico, estado civil, el acompañamiento y el género no se asociaron con la soledad. Sin embargo, el empleo presencial o virtual, tener creencias positivas sobre el distanciamiento social o tener redes sociales más grandes se asocia con un menor grado de soledad o su ausencia, así mismo realizar videollamadas, no garantiza una reducción en la prevalencia de la soledad. También mayores ingresos económicos, el género masculino y que tengan redes sociales más grandes, se asociaron con una mejor calidad de vida global de manera positiva.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamento del problema.

La soledad se puede definir como "el sentimiento de angustia cuando se percibe que las relaciones sociales de una persona son cualitativa o cuantitativamente inadecuadas", y es un factor de riesgo importante para la salud física y mental ⁽⁴⁾. La evidencia muestra que las personas que viven solas o carecen de conexiones sociales tienen aproximadamente 30% más de probabilidad de morir más prematuramente, incluso es comparable con otros factores de riesgo de mortalidad, como: la actividad física, obesidad y otras ⁽⁵⁾; por lo tanto, se debe considerar como un problema de salud pública muy importante.

La OMS define la calidad de vida como "la percepción individual de su postura en la vida en el ámbito de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones" ⁽⁶⁾. La calidad de vida puede estudiarse mediante dimensiones, física, psicológica, de relaciones sociales y su entorno. Los estudios de metaanálisis han demostrado que la calidad de vida es comparable a enfermedades específicas como el cáncer y la enfermedad renal crónicas, por lo que se debe considerar como predictor del riesgo de muerte independiente ⁽⁷⁾.

Actualmente enfrentamos una pandemia, donde nuestras actividades cotidianas, percepciones y comportamientos sobre mundo en general ha cambiado por las disposiciones preventivas para la propagación del virus SARS COV – 2.

Estas medidas como el distanciamiento social, el cual "consiste en mantener una distancia segura entre usted y otras personas ajenas a su hogar, de al menos dos metros" han afectado en cierta forma la socialización innata de las personas ⁽⁸⁾, aunque se ha encontrado que más del 90% de la población cumple con esta medida porque tiene creencias positivas como proteger a sus familiares o evitar la propagación del virus ⁽⁹⁾.

Sin embargo, el contacto social limitado puede estar relacionado con el aislamiento social, definida como "la falta de conexiones sociales" o redes sociales ⁽¹⁰⁾. Se revisaron trabajos previos en los que hallaron en donde el 70% de los participantes en un estudio informó haber tenido contacto en persona con personas fuera de su hogar menos de una vez por semana ⁽⁹⁾.

La Organización Panamericana de la Salud alerta sobre la soledad, mencionando que se ha convertido en una epidemia silenciosa, con riesgos para la salud mental y física. "Es un fenómeno global, y nos preocupa especialmente debido a la pandemia", menciona el Dr. Renato Oliveira De Souza, jefe de Salud Mental de la OPS ⁽¹¹⁾.

El contacto social deficiente en Japón durante la pandemia ha provocado un aumento de suicidios. Para poder frenar este problema, el Gobierno Japonés, siguiendo las medidas tomadas por el Reino Unido, nombro un ministerio de la Soledad; porque durante el 2020, este país registró 21.919 suicidios, 479 eran escolares y 6.976 mujeres, un ascenso en los últimos 11 años, la ONG Asociación para Tomar Medidas para Prevenir la Muerte Solitaria en Japón, calcula que 4.448 personas fallecieron solas y el 14% fueron encontradas entre uno y tres meses después de su fallecimiento ⁽¹²⁾.

En Canadá, se encontró que el contacto social virtual es un factor de riesgo para soledad y una disminución de la calidad de vida, mientras que un mayor tamaño de red social se asocia con una disminución de la soledad y mayor calidad de vida; además que los adultos mayores y las personas con redes sociales más grandes se sienten menos solos ⁽⁹⁾. En cambio, en el Reino Unido la prevalencia de la soledad es del 27%, donde los factores de riesgo para la soledad fue ser joven, estar divorciado, la depresión, dificultad para manejar emociones y mala calidad del sueño. Sin embargo, niveles altos de apoyo social, estar casado y/o convivir con un mayor número de adultos fueron factores protectores ⁽¹³⁾.

Así mismo en Perú, Argentina y Colombia, se informa sobre las dificultades no específicas como consecuencia del aislamiento; en el 50,3% para estudiar virtualmente, 39,9% para practicar/entrenar un deporte o práctica artística, un 27,1% en la relación de pareja, además que, el grupo etario de 10 a 14 años presentaron mayor porcentaje de problemas como depresión y ansiedad ⁽¹⁴⁾.

En Lima, se estudió sobre el aislamiento social, donde las personas menores de 50 años, presentaron, ligeramente, mayor temor a la soledad, no así en personas mayores de 50 años ⁽¹⁵⁾. En Cusco así mismo en la población adulta y universitaria se presentó altos porcentajes de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial ⁽¹⁶⁾. Además, que el enfrentamiento al aislamiento social obligatorio al inicio fue más complicado y durante los últimos meses fueron mejor toleradas, con mejoras en las relaciones sociales y un mejor afrontamiento a la soledad ⁽¹⁷⁾.

1.2. Formulación del problema.

a) Problema General.

¿Cuáles son los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021?

b) Problemas Específicos.

- 1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas en la población adulta de estudio durante la pandemia de COVID-19 en el departamento de Cusco 2021?
- 2) ¿Cuál es la prevalencia de soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021?
- 3) ¿Cuál es la relación que existe entre las características sociodemográficas con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021?
- 4) ¿Cuál es la relación que existe entre el aislamiento social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021?
- 5) ¿Cuál es la relación que existe entre las creencias sobre el distanciamiento social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021?
- 6) ¿Cuál es la relación que existe entre la frecuencia del contacto social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general.

Analizar los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

1.3.2. Objetivos específicos.

- 1) Determinar las características demográficas durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta de estudio en el departamento de Cusco 2021.
- 2) Determinar la prevalencia de soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.
- 3) Establecer la relación que existe entre las características sociodemográficas con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.
- 4) Establecer la relación que existe entre el aislamiento social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.
- 5) Establecer la relación que existe entre las creencias sobre el distanciamiento social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.
- 6) Establecer la relación que existe entre la frecuencia de contacto social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

1.4. Justificación de la investigación.

Trascendencia:

El distanciamiento y aislamiento social, desempeñan una función importante para soslayar la propagación del virus SARS COV – 2. La OMS señala que la soledad se ha convertido en una epidemia mundial, con riesgos para la salud mental y física, el Dr. Renato Oliveira De Souza, jefe de Salud Mental de la OPS menciona "Es un fenómeno global, y nos preocupa especialmente debido a la pandemia" ⁽¹¹⁾. En Japón, así como en el Reino Unido, se nombraron ministerios de la Soledad, esto debido el gran aumento de suicidios y una mayor prevalencia de soledad en su población durante la pandemia de COVID-19 ⁽¹²⁾.

Valor teórico:

Los hallazgos van a generar más conocimientos sobre la soledad y la calidad de vida global y sus dimensiones en la población adulta, dentro de una situación de confinamiento en la región Cusco; y sobre los factores que estén relacionados. Además, ayudara a realizar nuevos trabajos, que impliquen nuevas variables conforme al desarrollo del contexto actual.

Ciencia:

Este estudio evaluará el aislamiento social, las creencias sobre el distanciamiento social, la forma contacto social y características sociodemográficas de la población como la edad, el género, nivel de instrucción, trabajo actual y el ingreso mensual como factores asociados a la soledad y la calidad de vida. No se han encontrado estudios similares en el departamento de Cusco, de modo que esta investigación mostrará datos importantes acerca de la confiabilidad y la validez de la Escala UCLA de Soledad; así como, la Escala WHOQOL-OLD de Calidad de Vida que servirán de base para el desarrollo de nuevas investigaciones.

Relevancia Social e Implicancias Prácticas:

Los resultados de la investigación pueden utilizarse para diseñar programas de prevención e intervención en la población o para la creación de protocolos de apoyo desde las organizaciones sociales y programas de salud que realizan asistencia y seguimiento de las condiciones sociales y de salud.

1.5. Limitaciones de la investigación.

En el muestreo:

En el contexto actual, las disposiciones de prevención para la propagación del virus SARS COV – 2, limita el contacto físico con los participantes, por lo que este estudio se realizó principalmente de manera virtual.

En cuanto al tipo de muestreo se realizó un muestreo por conglomerados mediante la publicación de la encuesta en las redes sociales, que puede alterar la generalización de la muestra a la población, ya que los participantes deben por lo menos tener una red social activa y poseer aparatos electrónicos de comunicación.

Con el instrumento:

Los participantes tienen una respuesta independiente y anónima sin control en el tiempo de realización de la encuesta; por lo que al no tener el control en este aspecto limita a este estudio por las respuestas que pudieran brindar apresuradamente sin una reflexión previa.

El presente estudio utiliza medidas de autoinforme, donde los instrumentos aplicados si bien son escalas internacionales bien validadas, sabemos que las entrevistas de manera presencial son los estándares de oro para la evaluación de la salud mental, por lo que los resultados pueden diferir de la realidad utilizando estándares de oro.

1.6. Consideraciones éticas.

En el presente estudio nos regimos según los principios éticos en investigación, así como; no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

El respeto a todos los participantes que realizaran la encuesta y también a los que decidieron no participar, basándose en el principio de autonomía.

A cada participante se le informara los aspectos más resaltantes, como: el objetivo de la investigación, que es lo que vamos a conseguir, otros. Plasmado en el consentimiento informado.

Se realizó la evaluación y aprobación del protocolo por el comité de ética del Hospital Antonio Lorena de Cusco, para que se pueda desarrollar la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Rumas R, Shamblaw AL, Jagtap S, Best MW; (Toronto – Canadá, 2021) En este estudio que realizaron sobre “Predictors and consequences of loneliness during the COVID-19 Pandemic”, en el cual el objetivo fue; examinar los factores asociados con el aumento de la soledad y la reducción de la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población canadiense o estadounidense. Se realizó un estudio transversal, así como longitudinal; de los 1000 que empezaron el estudio, los 408 participantes (51%) completaron la encuesta nuevamente un mes después de seguimiento, según lo requería en estudio, 13 personas (3%) fueron excluidas por responder incorrectamente a más de una pregunta de esfuerzo, lo que resultó en una muestra final de 395.

Los resultados encontrados fueron que, un mayor contacto social virtual se asocia con una mayor soledad y una disminución de la calidad de vida en los dominios físicos y ambientales, mientras que un mayor tamaño de la red social se asocia con una disminución de la soledad y una mayor calidad de vida en todos los dominios. Más del 90% de los participantes respaldaron creencias positivas sobre el distanciamiento social y más del 70% informó haber abandonado su lugar de residencia algunas veces por semana o menos y el 70% de los participantes también informó haber tenido contacto en persona. Los adultos mayores y las personas con redes sociales más grandes se sienten menos solos ⁽⁹⁾.

Hoffart A, Johnson SU, Ebrahimi OV; (Noruega, 2020) este estudio sobre “Loneliness and Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Risk Factors and Associations With Psychopathology”, en el cual el objetivo fue; evaluar los factores de riesgo y resiliencia de la soledad en la población noruega durante las estrictas intervenciones no farmacológicas (NPI) de distanciamiento social implementadas contra la pandemia y las asociaciones entre la soledad y los síntomas psicopatológicos. Se realizó un estudio de tipo transversal en la población noruega adulta en general durante la pandemia de COVID-19. Los participantes elegibles eran todas las personas de 18 años o más que vivían en

Noruega y, por lo tanto, experimentaban NPI idénticas y que habían brindado su autorización para participar en este estudio. El tamaño de la muestra general se actualizó de 10.084 a 10.061 participantes con una recopilación de datos mediante una encuesta.

Los principales resultados fueron que los factores estables, estar soltero y tener un diagnóstico psiquiátrico se relacionaron con más soledad y con efectos clínicos más pequeños. Entre los factores de riesgo estatales, más rumia y preocupación en general se asociaron con una mayor soledad, mostrando un efecto medio. Entre las conductas de afrontamiento examinadas, hacer cosas nuevas en casa que no se hicieran de otra manera se relacionó negativamente con la soledad, con un efecto pequeño. La soledad se asoció tanto con la depresión como con la ansiedad con efectos pequeños cuando se controlaron todos los posibles factores de confusión y el diagnóstico psiquiátrico. La relación con la depresión fue más marcada que la relación con la ansiedad.

En conclusión, se sugiere que los solteros y aquellos con diagnóstico psiquiátrico fueron los más afectados por la soledad durante la implementación de medidas de distanciamiento social para impedir el coronavirus. Los resultados apoyan el vínculo entre la soledad y la depresión y los síntomas de ansiedad. Los resultados del análisis de los posibles factores de riesgo y resiliencia apuntan a objetivos de intervención para reducir la soledad durante las crisis pandémicas ⁽¹⁸⁾.

Groarke JM, Berry E, Graham-Wisener L, McKenna – Plumley PE, McGlinchey E, Armour C; (Irlanda – Reino Unido, 2020) este estudio sobre “Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study”, en el cual el objetivo fue; explorar la prevalencia y los predictores de la soledad durante la pandemia de COVID-19 en el público del Reino Unido. Se realizó un estudio transversal, con recolección de datos mediante una encuesta, se analizaron los datos recopilados entre el 23 de marzo y el 24 de abril de 2020 de adultos del Reino Unido en el Estudio de bienestar psicológico COVID-19 (N = 1964, 18-87 años, M = 37,11, SD = 12,86, 70% mujeres). El análisis de regresión logística examinó la influencia de factores sociodemográficos, sociales, de salud y específicos de COVID-19 en la soledad.

Los principales resultados fueron una prevalencia de la soledad de 27% (530/1964). Los factores de riesgo para la soledad fueron el grupo de edad más

joven (OR: 4.67-5.31), estar separado o divorciado (OR: 2,29), puntuaciones que cumplen los criterios clínicos de depresión (OR: 1,74), mayores dificultades en la regulación de las emociones (OR: 1,04) y mala calidad del sueño debido a la crisis del COVID-19 (OR: 1,30). Los niveles más altos de apoyo social (OR: 0,92), estar casado / convivir (OR: 0,35) y convivir con un mayor número de adultos (OR: 0,87) fueron factores protectores.

En conclusión, las tasas de soledad durante la fase inicial del encierro fueron altas. Los factores de riesgo no fueron específicos de la crisis de COVID-19. Los hallazgos sugieren que las intervenciones de apoyo para reducir la soledad deben dar prioridad a las personas más jóvenes y a las que tienen síntomas de salud mental. Mejorar la regulación de las emociones y la calidad del sueño, y aumentar el apoyo social pueden ser objetivos iniciales óptimos para reducir el impacto de las regulaciones de COVID-19 en los resultados de salud mental ⁽¹³⁾.

Misirlis N, Zwaan M, Sotiriou A, Weber D; (Holanda - Países Bajos, 2020) este estudio sobre “International Students’ Loneliness, Depression and Stress Levels in Covid-19 Crisis: The Role of Social Media and the Host University”, en el cual el objetivo fue; analizar los niveles de soledad, depresión y estrés entre estudiantes universitarios, a partir del uso de las redes sociales y el rol de la universidad de acogida. Se realizó un estudio de tipo transversal que se apoya en el uso de la recolección de datos mediante una encuesta realizada a estudiantes internacionales. En un total de 248 respuestas válidas, se recopilaron 171 respuestas de estudiantes mujeres y 71 de hombres, de estos 105 estudiantes son de primer año, 94 en su segundo año de estudio, 27 en el tercero, 20 en el cuarto y 2 estudiantes se graduaron el verano pasado.

Los resultados indican fuertes correlaciones entre la ansiedad, la soledad y el estrés relacionado con COVID-19 con la satisfacción universitaria, junto con el capital social ⁽¹⁹⁾ El estrés, el pánico y la ansiedad por el cierre de la pandemia se asocian con altos niveles de soledad (c: 0,339; p: 0,01).

En conclusión, esta asociación entre la soledad, ansiedad y estrés tendrán implicaciones prácticas, como la formación de equipos universitarios de crisis pandémica en todo el mundo con manuales y buenas prácticas comunes, intercambiando experiencias a partir de investigaciones.

Hager NM, Judá MR, Milam AL; (Virginia - USA, 2020) este estudio sobre “Loneliness and Depression in College Students During the COVID-19 Pandemic: Boredom and Repetitive Negative Thinking as Mediators”, en el cual el objetivo fue; determinar si la soledad es un factor destacado en la depresión durante la pandemia mediante dos posibles mecanismos, el aburrimiento y el pensamiento negativo repetitivo (RNT). Se examinó asociaciones transversales entre depresión, soledad, aburrimiento y RNT en una muestra de estudiantes universitarios (N= 199) en abril de 2020 inmediatamente después del cierre del campus.

Los resultados mostraron un efecto indirecto en serie de la soledad sobre la depresión a través del aburrimiento y luego RNT. Además, se encontraron efectos indirectos específicos de la soledad sobre la depresión a través del aburrimiento y el RNT, individualmente. Estos datos se alinean con la teoría cognitivo-conductual e identifican el aburrimiento y el RNT como posibles mecanismos de asociación entre la soledad y la depresión en estudiantes universitarios. En conclusión, el aburrimiento y la RNT podrían ser objetivos de tratamiento adecuados para la depresión durante la pandemia de COVID-19 ⁽²⁰⁾.

Loades ME, Chatburn E, Higson – Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A et al; (2020) este estudio sobre “Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19”, en el cual el objetivo fue; establecer lo que se sabe sobre cómo la soledad y las medidas de contención de enfermedades que impactan en la salud mental de niños y adolescentes. Se realizó una revisión rápida, una búsqueda en MEDLINE, PsycInfo y Web of Science artículos publicados entre el 1 de enero de 1946 y el 29 de marzo de 2020. De los artículos, el 20% se revisaron dos veces con criterios predefinidos y el 20% de los datos se extrajo dos veces para garantizar la calidad.

Los resultados fueron 80 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. De estos, 63 estudios informaron sobre el impacto del aislamiento social y de la percepción de soledad en la salud mental de niños y adolescentes previamente sanos (n = 51.576; edad media 15,3 años). En total, 61 estudios fueron observacionales, 18 longitudinales y 43 fueron estudios transversales que evaluaban la soledad auto informada en niños y adolescentes sanos. Uno de estos estudios fue una investigación retrospectiva después de una pandemia y dos

estudios evaluaron intervenciones. Los estudios tuvieron un alto riesgo de sesgo, aunque los estudios longitudinales fueron de mejor calidad metodológica. El aislamiento social y la percepción de la soledad aumentaron el riesgo de depresión y posiblemente ansiedad en el momento en que se midió la soledad y entre 0,25 y 9 años después. En conclusión, los niños y adolescentes tienen más probabilidades de experimentar altas tasas de depresión y ansiedad el aislamiento forzado y puede aumentar después de este. Los servicios clínicos deben ofrecer apoyo preventivo e intervención temprana y estar preparados para un aumento de los problemas de salud mental ⁽²¹⁾.

Monterrosa AB, Monterrosa AC, González ES; (Cartagena – Colombia, 2021)

este estudio sobre “Online assessment of the perception of loneliness and associated factors in Colombian climacteric women during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study”, en el cual el objetivo fue; estimar las frecuencias de la soledad emocional, social y general y su asociación con el miedo y la ansiedad con el COVID-19, la religiosidad y el deterioro severo de la calidad de vida en mujeres de mediana edad. Se realizó un estudio transversal en mujeres colombianas (40-59 años, n=984) encuestadas con un formulario electrónico que incluyó características sociodemográficas y las escalas de Calificación de Menopausia, de Soledad de Jong Gierveld, de miedo al COVID-19, de ansiedad por coronavirus y la de Francis para la religiosidad. Se estimó asociación de soledad emocional, social y general (variables dependientes) con deterioro severo somático, psicológico, urogenital y de la calidad de vida, así como con alta religiosidad, ansiedad y alto miedo al COVID-19 (variables independientes).

Los principales resultados fueron que la edad mediana fue de 47 años y el 39,2% fue posmenopáusica. Se encontró un deterioro severo en los dominios somático, psicológico, urogenital y en la calidad de vida en mujeres con soledad emocional, social y generalizada. En modelos ajustados, el miedo a COVID-19, el deterioro de los dominios psicológicos, urogenitales y la calidad de vida se asociaron con la soledad emocional, social y general. La ansiedad por COVID-19, el dominio somático y la alta religiosidad no se asociaron con soledad. En conclusión, se identificó la soledad emocional, social y general en 4/10 mujeres, y los factores asociados fueron alto miedo al COVID-19, deterioro severo de la calidad de vida y dominios psicológicos y urogenitales ⁽²²⁾.

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Rodríguez de los Ríos LA, Gutiérrez R V, Quivio C R, Yvana Mireya Carbajal Llanos; (Lima - Perú, 2020) este estudio sobre “COVID-19: Frecuencia de temores en condiciones de cuarentena y aislamiento social, en una muestra de adultos de la ciudad de Lima, 2020.”, en el cual el objetivo fue; conocer la frecuencia de temores a la vulnerabilidad de su salud y la de su familia, y la relación entre la situación laboral y la carga familiar, en condiciones de cuarentena y aislamiento social, en dos grupos de adultos. La muestra la conformaron 465 personas (hombres y mujeres) a quienes se les aplicó un cuestionario virtual elaborado sobre la base de la guía COVIDSAM. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional.

Los principales resultados fueron que el temor a la vulnerabilidad de la salud y de la familia, en condiciones de aislamiento social, no tiene implicancias con la edad. El temor de perder la estabilidad económica y el trabajo se presentó, ligeramente, más acentuado en las personas menores de 50 años de edad, que en personas mayores de 50 años. Las personas menores de 50 años, presentaron, ligeramente, mayor temor a la calidad de las relaciones sociales, no así las personas mayores de 50 años. En ambas muestras se encontró relación negativa entre la situación laboral y el temor a la vulnerabilidad de su salud y su familia. Se halló relación positiva entre la situación laboral y la carga familiar asumida, en las personas menores a 50 años y relación negativa en las personas mayores a 50 años ⁽¹⁵⁾.

Prieto – Molinaria DE, Aguirre BG, De Pierola I, Luna VB G, Merea SL, Lazarte NC et al; (Lima - Peru, 2020) este estudio sobre “Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana”, en el cual el objetivo fue; describir la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, durante el periodo de aislamiento social en respuesta a la pandemia del COVID-19. Se utilizaron ítems de la Escala de Ansiedad de Lima [EAL-20] y de la Escala de Psicopatología Depresiva [EPD-6] en una muestra de 565 adultos que residen en Lima Metropolitana durante el Estado de Emergencia Sanitaria. El aislamiento obligatorio implica la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, los cuales se manifiestan de diferentes formas al considerar variables sociodemográficas ⁽²³⁾.

2.1.3. Antecedentes Locales:

Pacheco LE; Bravo GY; Pezúa VR; Olarte SM; Espejo AK; Rozas CV; et al; (Cusco – Perú, 2020) este estudio sobre “Impacto emocional y respuesta psicológica ante el aislamiento social producto del COVID-19”, en el cual el objetivo fue; comprender de manera profunda la forma en que el aislamiento social obligatorio ha mostrado un impacto psicológico en personas de diferentes edades y condiciones, puesto que el Cusco es una ciudad con diversos matices sociales y culturales. Se ha usado la técnica de la entrevista a profundidad y el criterio para determinar la cantidad de entrevistas ha sido la saturación, teniendo al finalizar un total de 495 entrevistas realizadas, con las cuales se ha podido estructurar diversas conclusiones en relación a la forma en que los ciudadanos han vivido el aislamiento social obligatorio y cómo sus vidas han cambiado.

Los principales resultados muestran que hubo cambios en la forma en que se ha enfrentado el aislamiento social obligatorio al inicio de las medidas impuestas por el gobierno y la forma en que se ha afrontado en los últimos meses, mostrando inicialmente dificultades en áreas importantes de la vida como las relaciones sociales y más tarde logrando establecer vínculos más cercanos con las personas con quienes pasaron el tiempo de aislamiento. Se observa también como una seria preocupación de los participantes los cambios en la situación económica del país, además de un temor al contagio de sus seres queridos, sobre todo aquellos que son considerados más vulnerables.

En conclusión, se propone en base a estos resultados, la construcción de una teoría sobre el impacto psicológico del aislamiento social obligatorio, que puede servir para entender los cambios en las conductas de las personas en estas situaciones y también qué medidas se deben tomar en cuenta para implementar estrategias que ayuden a que las personas en aislamiento obligatorio puedan adaptarse y seguir con sus vidas ⁽¹⁷⁾.

2.2. Marco teórico.

CONTEXTO ACTUAL: COVID-19

El virus del “síndrome respiratorio agudo severo tipo-2” (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. A principios de diciembre de 2019, se identificaron las primeras ocurrencias de neumonía grave de origen desconocido en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei, la cual se ha expandido al resto del mundo, por lo que “Organización Mundial de la Salud” (OMS) en marzo 11, del 2020 declaró al nuevo coronavirus (COVID-19) una pandemia mundial ⁽¹⁾.

OTRAS PANDEMIAS: No es la primera vez que nos enfrentamos a una experiencia similar, la historia nos relata sobre plagas que azotaron al mundo, cuya transmisibilidad es la misma, así como ⁽²⁾.

- a) **La Gripe de 1918** (La Influenza A H1N1) catalogada como la mayor de las catástrofes sanitaria de la historia por 50-100 millones de muertos, con una tasa de mortalidad entre el 10-20% de los infectados, esta duró poco más de un año, logró controlarse en 1919 y finalizó en 1920. Consiguió afectar hasta una cuarta parte de Estados Unidos y gracias al avance ferroviario y naval, su propagación internacional en Europa por la migración durante la Primera Guerra Mundial ⁽²⁾.
- b) **La Gripe asiática** (La Influenza A H2N2) en el año 1957-1958, que tuvo como punto de partida China, con una alta tasa de mortalidad, con estimaciones de alrededor de 1,1 millones de personas fallecidas, que en menos de un año alcanzó una distribución mundial.
- c) **Gripe de Hong Kong** (La Influenza A H3N2) en el año 1968 apareció como una nueva variación de la hemaglutinina del virus Influenza A subtipo H3N2 y neuraminidasa N2 del subtipo H2N2, aunque fue menos virulenta que sus predecesoras, causó cerca de 1 millón de muertes a nivel global con mayoría en Hong Kong ⁽²⁾.

La transmisibilidad en estas pandemias principalmente fue por su virulencia; sin embargo, cabe señalar la limitada capacidad del contacto entre personas y la movilización entre ciudades y estados a comparación de la situación actual, donde nos movilizamos para realizar diferentes actividades; por placer, negocios, etc.

- d) **SARS** (El síndrome respiratorio agudo grave) producido por un coronavirus, SARS. La primera vez que se informó sobre el SRAS fue en Asia en febrero de 2003. La enfermedad se propagó en más de dos docenas de país en Norteamérica, Suramérica, Europa y Asia antes de que se pudiera contener el brote global de 2003 ⁽²⁵⁾.
- e) **MERS** (Síndrome respiratorio de Oriente Medio), aunque también tiene una distribución mundial, la forma de transmisión es más complicada, contacto más cercano, presentándose principalmente en el personal médico ⁽²⁶⁾.

TRANSMISIBILIDAD: La evidencia actual sugiere que la transmisión del SARS CoV-2 principalmente es entre humanos. Principales vías de transmisión ⁽²⁷⁾:

- a. **Trasmisión por secreciones respiratorias:** Las personas, al hablar y respirar emiten aerosoles o gotas a través las vías respiratorias. El comportamiento aerodinámico de los aerosoles, es diferente según su tamaño. Los mayores a 100 micras descienden por la gravedad y recorren dos metros de distancia como máximo, que impactan en algún lugar (ojos, boca, nariz) y podrían provocar la infección. Los menores a 100 micras se consideran aerosoles, puesto que quedan suspendido durante cierto tiempo en el aire, que puede ser inhalado a una distancia mayor de dos metros. Por el tamaño, de 15 a 100 micras alcanzan las vías respiratorias superiores, de 5 a 15 micras alcanzan la tráquea y bronquios principales y los menores o iguales a 5 micras llegan a los alveolos. Al hablar o respirar más de un 80 % (< 2,5 micras), procedentes de los alveolos. Al toser se producen 3.000 partículas y al estornudar 40.000, de (1-10 micras) de tamaño, procedentes de las vías respiratorias superiores.

- b. Trasmisión por superficies contaminadas (fómites):** Existe evidencia que el virus se puede identificar en superficies de cobre, cartón, acero y plástico hasta las 72 horas, en otros estudios indican que, sobre superficies de papel hasta las 3 horas, hasta 24 h en madera, ropa o vidrio y más de 4 días sobre acero, plástico, billetes de dinero y mascarillas quirúrgicas. En condiciones reales, en entornos donde hay enfermos de COVID-19, se ha encontrado en las superficies cercanas a los enfermos en hospitales y domicilios; con la desinfección, el material genético del virus se detecta en pocas ocasiones, lo que indica ausencia de viabilidad. En conclusión, la transmisión mediante fómites sería muy poco frecuente.

- c. Trasmisión vertical:** La evidencia señala la expresión de receptores ACE2, como la enzima TMPRSS, así mismo proteínas S y N en la placenta y en las células fetales mononucleares, por lo que la vía de transmisión vertical es posible, empero la transmisión se produciría fundamentalmente por el contacto estrecho del bebé y la madre. En cuanto a la lactancia, se ha detectado RNA en la leche, no virus viables y en los casos detectados no se ha podido descartar la transmisión por contacto.

- d. Otras posibles vías de transmisión:** No existe evidencia actual sobre la trasmisión a través de las heces y orina, aunque se detectó genoma y el virus infectivo en heces y orina de personas enfermas. La transmisión por el semen puede existir en la fase aguda; sin embargo, su trasmisión vía sexual no se ha reportado. Al igual que por la sangre o hemoderivados.

Un factor determinante en la transmisibilidad del Covid-19 es el alto nivel de diseminación de SARS-CoV-2 en el tracto respiratorio superior, incluso en pacientes presintomáticos, a comparación del SARS-CoV-1 donde principalmente la replicación ocurre en las vías respiratorias inferiores del tracto respiratorio. En la influenza, las personas asintomáticas generalmente tienen cargas virales cuantitativamente más bajas en el tracto respiratorio superior que en el tracto respiratorio inferior y una duración más corta en la diseminación viral que los sintomáticos, sin embargo, en el SARS-CoV-2 la propagación en pacientes sintomáticos leves o asintomáticos es más frecuente ⁽²⁸⁾.

MEDIDAS PREVENTIVAS: Los gobiernos de todo el mundo han implementado medidas brindadas por la OMS, tales como el distanciamiento social para prevenir la transmisibilidad del virus, así como la prohibición de reuniones públicas para evitar contacto social y el cierre de servicios no esenciales que generalmente son bastante concurridos ⁽¹⁾.

a. Distanciamiento Social: El distanciamiento social, también llamado “distanciamiento físico”, significa mantener un espacio seguro entre usted y otras personas que no son de su residencia. Esta práctica equivale, a mantenerse al menos a 6 pies o 2 metros (aproximadamente 2 brazos) de otras personas que no sean de su residencia, tanto en espacios interiores como exteriores. El SARS-CoV-2 como se mencionó párrafos atrás puede permanecer varias horas o días en diferentes superficies, dependiendo de factores como la luz solar, la humedad y el tipo de superficie. La transmisión al tocar superficies u objetos que tenga el virus y luego tocarse la boca, la nariz o los ojos puede suceder; sin embargo, no es la forma principal de propagación del virus. El distanciamiento social limita entrar en contacto con superficies contaminadas y personas infectadas.

b. Aislamiento Social: En nuestro contexto, se refiere al corte intencional de las relaciones o redes sociales para evitar la propagación del virus, esto además se tiene que entender como parte del confinamiento que es obligatorio y restringido para actividades esenciales. El aislamiento en nuestra investigación se definirá como “la falta de conexiones sociales” o redes sociales ⁽¹⁰⁾. Y será medida a través de la escala de redes sociales LUBBEN 6 ⁽³⁰⁾. Si presenta síntomas aparentes de COVID-19 o ha estado en contacto cercano con alguien que tiene COVID-19, es importante permanecer en casa limitando el contacto con otras personas.

c. Contacto Social Limitado: El contacto social es “la relación o trato que se establece entre dos o más personas o entidades dentro de una sociedad” ⁽³¹⁾. Todos desempeñamos un papel importante para frenar la propagación y protegerse a sí mismos, a su familia y a su comunidad, y evitar el contacto físico cercano principalmente.

Además de usar mascarillas faciales, protectores faciales, lavarse las manos frecuentemente con jabón y agua durante al menos 20 segundos, mantener el distanciamiento social y el aislamiento social son las mejores medidas para evitar estar expuestos al SARS-CoV-2 y ralentizar su propagación ⁽²⁹⁾.

Contexto actual en el Perú.

En el Perú se confirmó el 5 de marzo del 2020 el primer caso importado de COVID-19 que correspondía a un paciente de sexo masculino de 25 años de edad con infección respiratoria aguda leve con antecedente de viajes en Europa durante los últimos 14 días previo al inicio de síntomas. Por lo que el 14 de abril del 2020 el ministerio de salud bajo las normas legales con Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA aprobó un documento para la “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú”, encargando a la “Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública”, la supervisión, monitoreo y difusión de lo dispuesto en el citado Documento Técnico ⁽³⁾. Este documento tiene como medidas principales de prevención para la propagación del virus SARS COV – 2 como; el aislamiento social, distanciamiento social y el uso de mascarillas, al igual que en resto del mundo, medidas ya mencionadas en párrafos anteriores.

Contexto actual en la región Cusco.

La región Cusco estuvo considerada como zona nivel de alerta extremo, desde el 31 de mayo hasta el 20 de junio bajo el Decreto Supremo N° 105-2021-PCM, durante la realización del estudio ⁽³²⁾.

En el Perú la letalidad es cercana las 10 % (9.36 %) con 200 mil fallecidos aproximadamente y con un total de casos confirmados de 2 millones. En la región de Cusco tiene una letalidad cercana al 7 % (6.60 %) con 5 mil fallecidos siendo la provincia de Cusco con mayor incidencia seguida de la provincia de La Convención, seguidos por Urubamba, Anta y Canchis, se debe notar que las provincias con más habitantes van a tener más casos ⁽³³⁾.

LA SOLEDAD: Es el “sentimiento de angustia cuando se percibe que las relaciones sociales de una persona son cualitativa o cuantitativamente inadecuadas”. Esta se estudia a partir de factores relacionadas ⁽⁴⁾:

- a) Soledad se diferencia en soledad ansiosa que es una situación aversiva que surge de problemas con otras personas y la soledad existencial donde las personas se encuentran consigo mismas y crecen.
- b) La soledad se ve como un estado temporal, vinculado a eventos externos, situaciones que pueden cambiar tu percepción de manera brusca, como por ejemplo estar en aislamiento obligatorio.
- c) La soledad es producto de deficiencias sociales, esta se centra en la apreciación de los individuos sobre su medio, como un cambio en el medio que los rodean.

Soledad en el contexto actual COVID-19: La soledad depende de factores internos y externos.

El pedido de quedarse en casa se asoció significativamente de manera positiva con la soledad y la disminución del contacto social debido a las restricciones sociales asociadas a la pandemia creó un entorno con el potencial de fomentar la soledad, una gran proporción de la población experimenta un aumento de la soledad auto informada a comparación de estudios sobre soledad antes de la pandemia; sin embargo la soledad era un problema importante antes de la pandemia por lo que representa un riesgo significativo para la salud ⁽³⁴⁾. Las investigaciones sugieren que los adultos mayores y las personas con redes sociales más grandes se sienten menos solos, a comparación de los adultos jóvenes y las personas con menos amigos tienen un mayor riesgo de soledad ⁽⁹⁾.

Además, la soledad se ha asociado con aislamiento social objetivo, depresión, introversión o habilidades sociales deficientes. Sin embargo, los estudios han demostrado que estas caracterizaciones son incorrectas y que la soledad es una condición única en la que un individuo se percibe a sí mismo como socialmente aislado incluso cuando se encuentra entre otras personas ⁽³⁵⁾.

CALIDAD DE VIDA: Es “la percepción individual de su postura en la vida en el ámbito de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Esta comprende varias dimensiones: su salud física, su estado psicológico, sus relaciones sociales y su relación con su medio ambiente; las que evalúan el grado de satisfacción y su percepción ⁽⁶⁾.

- a) **Dimensión física:** Se centra en la salud física, el dolor, la dependencia a medicamentos, energía utilizada diaria, el desplazamiento o movilidad, el sueño y descanso, las actividades diarias y las capacidades del trabajo.
- b) **Dimensión psicológica:** Se centra en la salud psicológica o mental y comprende a los sentimientos negativos y positivos, la espiritualidad, religión, las creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración, imagen corporal física y autoestima.
- c) **Dimensión de relaciones sociales:** Se centra en la salud interpersonal o social, y se refiere a las relaciones personales, a la actividad sexual y al apoyo social.
- d) **Dimensión del ambiente:** Se centra en la salud medio ambiental, a la libertad y seguridad, al ambiente físico, a los recursos económicos, la oportunidad de información, ocio y descanso, el hogar, la atención sanitaria y social y por último comprende al transporte público.

Calidad de vida en el contexto actual covid-19: La calidad de vida durante la pandemia también fue afectada, algunos estudios indican que la soledad se asocia significativamente con una mala calidad de vida global.

En casi todas las dimensiones de calidad de vida, tener una red social grande se asoció con una mayor calidad de vida, lo que sugiere que las redes sociales más grandes o personas que no estén realmente aisladas han sido protectoras contra la soledad y la calidad de vida durante la pandemia ⁽⁹⁾.

IMPACTO PSICOLOGICO DURANTE EL COVID-19: El bienestar psicológico, se puede enfocar en la salud mental como positiva, o como la ausencia ansiedad, soledad, la depresión y estrés. Durante la pandemia se estudió el impacto causado a partir de las medidas tomadas para la propagación del COVID-19.

En China se observó un 53,8% de impacto psicológico en la población durante la pandemia; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, entre moderados y severos; y los factores asociados con un alto impacto psicológico fueron el sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud ⁽³⁶⁾. En Cuba predominó la ansiedad con niveles alto (30,96 %) y medio (26,90 %); la depresión con niveles medio (36,54 %) y alto (13,70 %) y el 66,49 % presentaron estrés ⁽³⁷⁾.

En el Perú se realizó un estudio en estudiantes universitarios donde el 37,8% presentaron estrés, siendo las mujeres más vulnerables durante el aislamiento social obligatorio y con respecto a la depresión, se presentó en el 45,9% ⁽³⁸⁾

Otro estudio similar en universitarios de todo el Perú también señala altos niveles de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial, siendo el departamento de Cuzco el que más altos porcentajes presenta en los niveles medio y alto de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial, donde los estudiantes de mayor edad presentaban niveles más bajos de ansiedad, depresión y evitación experiencial, pero no en somatización ⁽¹⁶⁾, siendo más afectados los jóvenes.

En el departamento de Cusco un estudio revela que hubo cambios en la forma en que se ha enfrentado el aislamiento social obligatorio al inicio de las medidas impuestas por el gobierno y la forma en que se ha afrontado en los últimos meses, son diferentes, habiendo inicialmente dificultades para relacionarse socialmente y más tarde logrando establecer vínculos más cercanos con las personas con quienes pasaron el tiempo de aislamiento ⁽¹⁷⁾.

FACTORES ASOCIADOS A LA SOLEDAD Y CALIDAD DE VIDA:

Por lo estudios anteriores ya mencionados, se evaluaron varios factores asociados a la soledad y la calidad de vida; así como, la edad, estar acompañado, el estado civil, la forma de contacto social, el aislamiento social y el distanciamiento social. Si bien la **forma de contacto** utilizada idóneamente es la virtual, los estudios nos muestran que la mayoría de personas tuvieron un alto porcentaje de contacto físico por lo menos una vez, el 70% de los participantes informó haber tenido contacto en persona con personas fuera de su hogar ⁽⁹⁾. Así mismo, la mayoría de los participantes (86,1%) informó haber tenido **contacto virtual** con personas fuera de su hogar varias veces a la semana ⁽⁹⁾. Pero el contacto virtual puede consistir en interacciones con los **dispositivos electrónicos**, por lo que la mayoría consisten en comentarios con un solo clic (es decir, "me gusta" u otras reacciones) y estas se asocian con un bienestar reducido y el uso pasivo de las redes sociales, como ver videos y leer publicaciones, se asoció con un aumento del 33% en síntomas depresivos ⁽³⁹⁾.

El **distanciamiento social** si bien es importante para frenar la propagación del COVID-19; esta medida se puede percibir de dos maneras diferentes, bajo creencias positivas o negativas. La mayoría de la población respalda esta medida, como creencias positivas hacia el distanciamiento social; el 94% informó que el distanciamiento social era una forma en que podían ayudar a las personas, el 90% que era una forma en que podían proteger a su familia y el 93% que es útil para detener la propagación del COVID-19 ⁽⁹⁾.

En cuanto a los factores sociodemográficos asociados, se puede señalar con respecto a la **edad** que adultos mayores y las personas con redes sociales más grandes se sienten menos solos, a comparación de los adultos jóvenes y las personas con menos amigos tienen un mayor riesgo de soledad ^(9, 13, 15). Con respecto al **estado civil** los solteros y aquellos con diagnóstico psiquiátrico fueron los más afectados por la soledad durante la implementación de medidas de distanciamiento social para impedir el coronavirus ⁽¹⁸⁾. Sin embargo, con respecto al **trabajo** y el **ingreso económico** existe el temor de perder la estabilidad económica y el trabajo, ligeramente, más acentuado en las personas menores de 50 años, que en las personas mayores de 50 años ⁽¹⁵⁾ y esto a su vez está relacionado con la soledad.

2.3. Definición de términos básicos.

SOLEDAD: Es el “sentimiento de angustia cuando se percibe que las relaciones sociales de una persona son cualitativa o cuantitativamente inadecuadas” ⁽⁴⁾.

CALIDAD DE VIDA: Es “la percepción individual de su postura en la vida en el ámbito de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” ⁽⁶⁾. Y la definición de sus dimensiones:

- DIMENSIÓN DE SALUD FÍSICA: Se refiere al dolor, la dependencia de medicamentos, la energía diaria utilizada, el desplazamiento o movilidad de un lugar a otro, el sueño y descanso, las actividades diarias y las capacidades del trabajo.
- DIMENSIÓN DE SALUD PSICOLÓGICA: Se refiere a la salud mental y comprende a los sentimientos negativos y positivos, la espiritualidad, la religión, las creencias personales, sus pensamientos, el aprendizaje, la memoria, la concentración, la imagen corporal física y el autoestima.
- DIMENSIÓN DE RELACIONES SOCIALES: Se refiere a la salud interpersonal o social, y se refiere a las relaciones personales, a la actividad sexual en pareja, al apoyo social de sus amigos y familiares.
- DIMENSIÓN DE MEDIO AMBIENTE O ENTORNO: Se refiere a la salud medio ambiental, a la libertad y la seguridad, al ambiente físico, a los recursos o ingresos económicos, la oportunidad de información, el ocio y descanso, el hogar con sus servicios, la atención sanitaria social y por último comprende al transporte público.

DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Consiste en mantener una distancia segura entre una persona y otras ajenas a su hogar. Esta distancia es de al menos dos metros (la longitud aproximada de 2 brazos extendidos) con respecto a otras personas ⁽⁸⁾.

RED SOCIAL: Se puede definir como un conjunto de personas que tienen vínculos entre sí, ya sea por temas de amistad, parentesco, trabajo, aficiones, etc. Por tanto, las redes sociales “son plataformas digitales de comunicación global que pone en contacto a gran número de usuarios” ⁽⁴⁰⁾.

AISLAMIENTO SOCIAL: Se puede definir como “la falta de conexiones sociales” o redes sociales ⁽¹⁰⁾.

CONTACTO SOCIAL: Se puede definir como “la relación o trato que se establece entre dos o más personas o entidades dentro de una sociedad” ⁽³¹⁾.

POBLACIÓN ADULTA: Conformado por todas las personas que tienen una edad mayor o igual a 18 en años cumplidos ⁽⁴¹⁾ y menor a 60 años cumplidos.

2.4. Hipótesis.

2.4.1. Hipótesis nula

H0: No hay asociación entre los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

2.4.2. Hipótesis alterna

H1: Si hay asociación entre los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

H2: Existe un aumento en la prevalencia de soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

H3: Si hay relación entre las características sociodemográficas con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

H4: Si hay relación entre el aislamiento social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

H6: Si hay relación entre las creencias sobre el distanciamiento social con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

H5: Si hay relación entre la frecuencia del contacto social virtual y presencial con la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

2.5. Variables.

2.4.3. Variables implicadas:

a. Variables independientes

1. Población adulta
2. Ingreso económico
3. Estado civil
4. Trabajo
5. Acompañamiento
6. Contacto social
7. Aislamiento social
8. Distanciamiento social

a. Variables dependientes:

1. Soledad
2. Calidad de vida global
 - Dimensión de salud física
 - Dimensión de salud psicológica.
 - Dimensión de relaciones sociales.
 - Dimensión de medio ambiente.

2.4.4. Variables no implicadas:

a. Variables intervinientes:

1. Género
2. Grado de instrucción

2.6. Definiciones operacionales.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
VARIALES INDEPENDIENTES									
Población adulta	Conformado por todas las personas que tienen una edad mayor o igual a 18 en años cumplidos y menor a 60 años cumplidos ⁽⁴¹⁾ .	Cuantitativo	Indirecta	Años cumplidos	Razón	Ficha de recolección de datos	Edad: <ul style="list-style-type: none"> 18 años a 59 años 	1	La variable población adulta se expresará en años cumplidos consignado en la ficha de recolección de datos.
Ingreso económico	Es el caudal monetario que entra en poder de un individuo o familia ⁽⁴²⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Ingreso monetario mensual familiar	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Ingreso económico: <ul style="list-style-type: none"> S/. 12 660 en promedio S/. 7 020 en promedio S/. 3 970 en promedio S/. 2 480 en promedio S/. 1 300 en promedio 	5	La variable ingreso económico se expresará en ingreso monetario familiar mensual en promedio dentro de los niveles A, B, C, D y E socioeconómicos respectivos según el perfil Socioeconómico del Perú 2019.
Estado civil	La unión de personas de diferente sexo con fines de procreación y/o vida en común y que asume permanencia en el tiempo ⁽⁴³⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Estado civil del participante	Nominal	Ficha de recolección de datos	Estado civil: <ul style="list-style-type: none"> Con pareja actual Sin pareja actual 	4	La variable estado civil se expresará como tener una pareja actual a los estados (casado y conviviente) y no tener una pareja a los estados (soltero, viudo y divorciado) del participante obtenido en la ficha de recolección de datos.
Trabajo	Esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a capital ⁽⁴⁴⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Presencia de trabajo.	Nominal	Ficha de recolección de datos	Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> No trabaja actualmente Trabaja virtualmente Trabaja presencialmente 	7 8	La variable trabajo se expresará como ausencia de trabajo, presencia de trabajo de forma virtual y presencia de trabajo presencia consignado en la ficha de recolección de datos.

Acompañamiento	Estar o ir en compañía de otra u otras personas ⁽⁴⁵⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Convivencia en su residencia.	Nominal	Ficha de recolección de datos	Acompañamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Vive solo • Vive acompañado 	2	La variable acompañamiento se expresará como vivir solo o en compañía de sus familiares cercanos y muy cercanos en su residencia consignado en la ficha de recolección de datos.
Contacto social	Se puede definir como "la relación o trato que se establece entre dos o más personas o entidades dentro de una sociedad" ⁽³¹⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Frecuencia de la forma del contacto social.	Nominal	Ficha de recolección de datos	Contacto social: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del contacto de manera presencial • Frecuencia del contacto de manera virtual 	51 52 53 54 55	La variable contacto social se expresará como la frecuencia en el uso o no de un aparato tecnológico y de redes sociales para la comunicación con familiares, amigos y/o conocidos consignado en la ficha de recolección de datos.
Aislamiento social	Se puede definir como "la falta de conexiones sociales" o redes sociales ⁽¹⁰⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Tamaño de red social.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Aislamiento social: <ul style="list-style-type: none"> • Presenta aislamiento social • No presenta aislamiento social 	56 57 58 59 60 61	La variable aislamiento social se expresará como la presencia de aislamiento a un valor obtenido en la Escala de Redes Sociales de Lubben (LSNS-6) menor a 12 el cual indicaría un tamaño de red social pequeño, por lo tanto, aislamiento social y un valor mayor a 12 indicaría un tamaño de red social grande, en consecuencia, ausencia de aislamiento social, aplicada en los participantes, con la ficha de recolección de datos.
Distanciamiento social	Consiste en mantener una distancia segura entre una persona y otras ajenas a su hogar. Esta distancia es de al menos dos metros (la longitud aproximada de 2 brazos extendidos) con respecto a otras personas ⁽⁸⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Creencias sobre distanciamiento social.	Nominal	Ficha de recolección de datos	Distanciamiento social: <ul style="list-style-type: none"> • Creencias positivas sobre el distanciamiento social • Posición neutra sobre el distanciamiento social • Creencias negativas sobre el distanciamiento social 	46 47 48 49 50	La variable distanciamiento social se expresará como creencias positivas si el puntaje obtenido en la escala de creencias sobre distanciamiento social es menor a 18 puntos, será posición neutra si esta entre 18 a 22 puntos y serán creencias negativas si el puntaje es mayor a 22 puntos aplicada en los participantes, con la ficha de recolección de datos.

VARIABLE DEPENDIENTE									
Soledad	Sentimiento de angustia cuando se percibe que las relaciones sociales de una persona son cualitativa o cuantitativamente inadecuadas ⁽⁴⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Grado de soledad.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Soledad: <ul style="list-style-type: none"> • Grado severo de soledad • Grado moderado de soledad • No presenta soledad 	10 - 19	La variable soledad se expresará como grado severo para un valor menor a 20, un grado moderado entre 20 - 30 y no presenta soledad un puntaje mayor a 30 obtenido en la escala UCLA de soledad, aplicada en los participantes, con la ficha de recolección de datos.
Calidad de vida global	La percepción individual de su postura en la vida en el ámbito de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones ⁽⁶⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Nivel de calidad de vida.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Calidad de vida global: <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	20 - 45	La variable calidad de vida se expresará como buena a un puntaje obtenido de 100 a 130 puntos, regular a un puntaje de 70 a 99 puntos y mala a una puntuación menor de 69 puntos en la Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida de la OMS, consignada en la ficha de recolección de datos.
Dimensión de salud física	Se refiere al dolor, la dependencia de medicamentos, la energía diaria utilizada, el desplazamiento o movilidad de un lugar a otro, el sueño y descanso, las actividades diarias y las capacidades del trabajo ⁽⁶⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Nivel de calidad de salud física.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Calidad de salud física: <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	22 - 28	La variable dimensión de salud física se expresará como buena a un puntaje obtenido de 26 a 35 puntos, regular a un puntaje de 15 a 25 puntos y mala a una puntuación de 6 a 14 puntos en la Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida de la OMS, consignada en la ficha de recolección de datos.
Dimensión de salud psicológica	Se refiere a la salud mental y comprende a los sentimientos negativos y positivos, la espiritualidad, la religión, las creencias personales, sus pensamientos, el aprendizaje, la memoria, la concentración, la imagen corporal física y el autoestima ⁽⁶⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Nivel de calidad de salud psicológica.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Calidad de salud psicológica: <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	29 - 34	La variable dimensión de salud psicológica se expresará como buena a un puntaje obtenido de 24 a 30 puntos, regular a un puntaje de 15 a 23 puntos y mala a una puntuación de 6 a 14 puntos en la Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida de la OMS, consignada en la ficha de recolección de datos.

Dimensión de relaciones sociales	Se refiere a la salud interpersonal o social, y se refiere a las relaciones personales, a la actividad sexual en pareja, al apoyo social de sus amigos y familiares ⁽⁶⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Nivel de calidad de relaciones sociales.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Calidad de relaciones sociales: <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	35 - 37	La variable dimensión de relaciones sociales se expresará como buena a un puntaje obtenido de 11 a 15 puntos, regular a un puntaje de 7 a 10 puntos y mala a una puntuación de 3 a 6 puntos en la Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida de la OMS, consignada en la ficha de recolección de datos.
Dimensión de medio ambiente o entorno	Se refiere a la salud medio ambiental, a la libertad y la seguridad, al ambiente físico, a los recursos o ingresos económicos, la oportunidad de información, el ocio y descanso, el hogar con sus servicios, la atención sanitaria social y por último comprende al transporte público ⁽⁶⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Nivel de calidad de medio ambiente.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Calidad de medio ambiente: <ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	38 - 45	La variable calidad de vida se expresará como buena a un puntaje obtenido de 29 a 40 puntos, regular a un puntaje de 19 a 28 puntos y mala a una puntuación de 8 a 18 puntos en la Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida de la OMS, consignada en la ficha de recolección de datos.
VARIABLES INTERVINIENTES									
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico ⁽⁴⁶⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Genero del participante.	Nominal	Ficha de recolección de datos	Género: <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	3	La variable género se expresará como masculino y femenino según lo consignado en la ficha de recolección de datos.
Grado de instrucción	Caudal de conocimientos adquiridos ⁽⁴⁷⁾ .	Cualitativo	Indirecta	Grado de instrucción del participante.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Grado de instrucción: <ul style="list-style-type: none"> • Instrucción primaria • Instrucción secundaria • Instrucción universitaria • Instrucción superior 	6	La variable grado de instrucción se expresará como instrucción primaria a los terminaron o no la primaria, instrucción secundaria a los que terminaron o no la secundaria; instrucción universitaria a los que terminaron o no la universidad e instrucción superior a los que tengan un grado superior sea bachiller, licenciado, etc. que presenta cada participante, según lo consignado en la ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.

En este trabajo de tesis se ha efectuado un estudio de tipo descriptivo porque se describirán los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021, también es un estudio de tipo correlacional analítico porque estas variables se relacionarán; así como, las características sociodemográficas; el contacto social, el aislamiento social y el distanciamiento social, así mismo es un estudio de tipo transversal porque las mediciones de las variables se realizarán solo una vez sean encuestados los participantes y será retrospectivo porque los datos se obtendrán de la encuesta realizada de forma virtual y presencial, ya habiéndose presentado tanto la exposición a la variable independiente (el factor asociado) como a las variables dependientes (la soledad y la calidad de vida con sus dimensiones).

3.2. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación es no experimental (Observacional); porque se observarán los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural actual; donde no se pretenderá manipular las variables que se quieren estudiar.

3.3. Población y muestra.

3.3.1. POBLACIÓN:

La población en estudio corresponde a la población adulta del departamento de Cusco definida anteriormente, donde estos participantes tienen edades que están comprendidas entre los 18 años a más hasta los 59 años.

Los participantes tienen representación por cada provincia a la cual pertenecen dentro del departamento de Cusco.

La población en general, en el departamento de Cusco fue de 1, 324, 371 para el 2016, de esta, la población adulta fue de aproximadamente 743, 320 (56,12 %) personas para ese año en todo el departamento de Cusco según el INEI ⁽⁴⁹⁾.

3.3.2. MUESTRA:

3.3.2.1. Cálculo de la muestra:

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizará la fórmula para señalar el tamaño muestral para una población infinita, por la población en estudio de 743, 320 habitantes en el departamento de Cusco.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{e^2}$$

Dónde:

- n: Tamaño de la muestra.
- $Z_{\alpha=0.05}^2 = 1.96$, para un valor de confianza de 95 %.
- p: 0.27; probabilidad que ocurra el evento estudiado por antecedente en un estudio previo ⁽¹⁴⁾.
- q: 1 – p = 0.73; probabilidad que no ocurra el evento estudiado.
- e: 0.05; error que se prevé cometer.

Reemplazando la fórmula se obtiene 302.87 aproximadamente; entonces como muestra final se estima a 310 participantes, con el objetivo de dar mayor representatividad a los factores asociados a la soledad y la calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

3.3.2.2. Tipo de Muestreo:

El muestreo que se realizó en el trabajo de investigación corresponde a un muestreo probabilístico, por conglomerados en dos etapas; porque los participantes a los que se consideró, fueron escogidos de las provincias donde se tiene una población grande dentro del departamento de Cusco, como Cusco, La Convención, Canchis; Quispicanchis y Chumbivilcas, por la situación actual por la que atravesamos hace más aplicable este tipo de muestreo; donde cada individuo de cada provincia se contactó mediante las redes sociales al azar y enviarse la encuesta virtual o de manera presencial.

3.3.2.2.1. Unidad de muestreo:

Está constituida por las provincias seleccionadas que cumpla con los criterios de inclusión en el departamento de Cusco.

3.3.2.2.2. Unidad de selección:

Está constituida por cualquier participante de cada provincia que cumpla con los criterios de inclusión en el departamento de Cusco.

3.3.2.2.3. Unidad de análisis:

Está constituida por cualquier participante de cada provincia que cumpla con los criterios de inclusión del departamento de Cusco.

3.3.3. MÉTODOS DE SELECCIÓN:

3.3.3.1. Criterios de inclusión:

- Participantes mayores o igual a 18 años de edad y menores a 60 años del departamento de Cusco capaces de responder el cuestionario de manera virtual o presencial durante la pandemia de COVID-19.
- Participantes que no presenten patología psiquiátrica o psicológica como antecedente o durante el estudio (Trastorno depresivo, trastorno bipolar, etc.)

3.3.3.2. “Criterios de exclusión”:

- Participantes que son menores de 18 años de edad o mayores o iguales de 60 años (población adulta mayor) del departamento de Cusco.
- Participantes que presentan patología o trastorno psiquiátrico como antecedente o durante el estudio (Trastorno depresivo, trastorno bipolar, etc.)
- Participantes que tengan como diagnóstico por pruebas rápidas, moleculares o antigénicas, el COVID-19.
- Participantes que presenten incapacidad para realizar el cuestionario (no poder leer, por déficit visual o demencia).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.2. Técnica:

Para la recolección de datos se empleará de una encuesta virtual y física; la cuál será formulada por el investigador a partir de escalas validadas en previos trabajos de investigación los cuales serán revalidadas para el estudio mediante la técnica juicio de expertos.

3.4.3. Procedimiento:

Esta encuesta se realizará por el investigador y se aplicara a todos los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. El procedimiento será realizar:

- ✓ Primero: Aprobación o visto bueno del proyecto de investigación.
- ✓ Segundo: Aprobación de la encuesta y validación de esta mediante juicio de expertos.
- ✓ Tercero: Solicitud de permiso al decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud para realizar las encuestas.
- ✓ Cuarto: Se brindará un consentimiento informado para cada participante.
- ✓ Quinto: Se explicará el objetivo de la encuesta.
- ✓ Sexto: Aplicación del instrumento con la recolección de datos.
- ✓ Séptimo: Se agradecerá e informará la confidencialidad al participante.

3.4.4. Instrumento:

Se utilizará una ficha de recolección de datos (**Anexo 1**), que se organiza en 6 bloques, la primera sobre las características sociodemográficas, la segunda sobre la percepción de la soledad por la Escala UCLA de Soledad, el tercer bloque sobre la percepción de la calidad de vida por la Escala WHOQOL-BREF con sus 4 dimensiones, el cuarto bloque corresponde a las creencias sobre el distanciamiento social, el quinto bloque sobre la forma de contacto social y el último bloque sobre el aislamiento social mediante la Escala de Red Social de Lubben 6, en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

Este se elaboró en Google Forms a partir de la encuesta para la recolección de datos de manera virtual la cual duro un período que duró 8 días entre el 6 de Junio de 2021 al 14 de Junio de 2020.

La Escala WHOQOL-BREF de la OMS (**Anexo 2**) proporciona la percepción de calidad de vida por el participante. Fue diseñado para ser usado tanto en pacientes hospitalizados como en la población general. La versión utilizada aquí, WHOQOL-BREF (“WHO Quality Of Life Scale Brief Versión”) de 26 ítems reproduce un perfil de cuatro dimensiones: La salud física, la salud psicológica, la calidad de relaciones sociales y la calidad de medio ambiente ⁽⁶⁾. No existen puntos de corte propuestos; sin embargo, para la categorización de esta variable se utilizará la categorización del trabajo de tesis de Perla J. ⁽⁵¹⁾.

Donde una categoría buena corresponde a un puntaje obtenido de 100 a 130 puntos, una regular a un puntaje de 70 a 99 puntos y mala a una puntuación menor de 69 para la calidad de vida global. Respecto a cada dimensión, tienen diferentes puntuaciones; por lo que, para la dimensión de salud física, puntajes de 6 – 14 indican mala calidad, de 15 – 25 regular y de 26 – 35 buena; para la dimensión de salud psicológica un puntaje de 6 – 14 indican mala calidad, de 15 – 23 regular y de 24 – 30 buena; para la dimensión de relaciones sociales puntajes entre 3 – 6 indican mala calidad, de 7 – 10 regular y de 11 – 15 buena y para la dimensión de medio ambiente un puntaje de 8 – 18 indican mala calidad, de 19 – 28 regular y de 29 – 40 buena ⁽⁵¹⁾.

La Escala UCLA de Soledad, la versión 3 (**Anexo 3**) proporciona la percepción de la soledad por el participante. Versiones anteriores fueron usadas en pacientes adultos mayores; sin embargo, también es útil en cualquier tipo de población. La escala consta de 10 ítems, el cual permite una valoración mínima de 10 y una valoración máxima de 40. No existe un punto de corte bien establecido, empero, se utilizó puntos de corte de estudios anteriores para clasificarlos por grados, una puntuación < 20 que indicaría un severo grado de soledad, una puntuación entre 20 – 30 indican un moderado grado de soledad y una ausencia de soledad lo indica un valor mayor a 30 en el estudio de Velarde et al ⁽⁵⁰⁾.

La Escala de red social LSNS-6 (Lubben Social Network Scale) (**Anexo 4**) en su versión abreviada de 6 ítems. Se ha utilizado en diferentes poblaciones de adultos y adultos mayores de diversos orígenes étnicos. El punto de corte utilizado será de 12; una puntuación menor a 12 que significará una red social pequeña y mayor riesgo a aislamiento social, en cambio una puntuación mayor o igual a 12 significará una red más grande y un menor riesgo de aislamiento social ⁽³⁰⁾.

La escala de creencias sobre el distanciamiento social, elaborada por Rachel Rumas et. al, en su trabajo de investigación, se recategorizo en creencias positivas sobre el distanciamiento social, de carácter neutro y creencias negativas, con puntos de corte de 18 y 22 entre las categorías ⁽⁹⁾.

3.5. Plan de análisis de datos.

Los datos obtenidos de la encuesta ingresaran a la base de datos asociada, en el programa “Microsoft Excel” 2019. De la misma forma se operacionalizo cada variable para poder ingresar a la base de datos del paquete estadístico IBM-SPSS, para obtener los resultados y poder hacer las inferencias hacia la población.

El análisis estadístico se realizó empleando el paquete estadístico IBM – SPSS versión 26. Se verificaron la confiabilidad y validez de las escalas utilizadas en nuestro estudio mediante el Alfa de Cronbach para la consistencia interna de un instrumento y la validez por juicio de expertos. Para el análisis univariado se realizó un análisis con estadísticos descriptivos como medias, desviación estándar y porcentajes, en tanto el análisis bivariado se utilizó las pruebas estadísticas como Chi cuadrado, para comparar variables independientes y dependientes (Soledad y calidad de vida) así como coeficientes de asociación V de Cramer, Gamma o Rho de Spearman, para evaluar la asociación de las variables según corresponda a cada par de variables asociadas.

Para la representación gráfica, como visualización rápida y efectiva de los datos obtenidos; se usaron gráficos de barras y tablas que se confeccionaran a partir de frecuencias y porcentajes que se obtuvo de la base de datos SPSS; porque son ideales para nuestras variables.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

4.1. Resultados:

Escalas:

Tabla 1

Confiabilidad Mediante el Alfa de Cronbach en Cada Escala Utilizada.

Escala	Alfa de Cronbach	Elementos
Escala de Soledad de UCLA	0,883	10
Escala WHOQOL-BREF	0.904	26
Dimensión Física	0.772	7
Dimensión Psicológica	0.836	6
Dimensión de Relaciones Sociales	0.662	3
Dimensión de Medio Ambiente	0.778	8
Escala de Red Social LSNS-6	0.772	6
Escala Creencias Sobre Distanciamiento	0.542	5

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 1, se presentan los coeficientes de fiabilidad, Alfa de Cronbach. Para la Escala UCLA de Soledad, se obtuvo un valor de 0.883, el cual indica un coeficiente bueno de fiabilidad. Para la Escala WHOQOL-BREF de calidad de vida se obtuvo un valor de 0.904, el cual indica un coeficiente excelente de fiabilidad; también se evaluó el Alfa de Cronbach para cada dimensión, para la dimensión de salud física fue 0.772, para la dimensión de salud psicológica fue 0.836, para la dimensión de relaciones sociales fue 0.662, y para la dimensión de medio ambiente fue de 0.778. Para la Escala de red social LSNS-6 se obtuvo un valor de 0.772, lo cual indica un coeficiente aceptable de fiabilidad. Para la Escala creencias sobre el distanciamiento, se obtuvo un valor de 0.542, lo cual indica un coeficiente pobre de fiabilidad. Las escalas utilizadas en este trabajo tienen una fiabilidad aceptable con una validez de juicio de expertos excelente $CVC = 0.962$.

Características sociodemográficas:

Tabla 2

Características Sociodemográficos de la Población Adulta del Departamento de Cusco Durante la Pandemia de COVID-19, 2021.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Acompañamiento	Vivo solo	65	21.0
	Vivo con otros familiares	32	10.3
	Vivo con mis familiares cercanos	213	68.7
Género	Femenino	185	59.7
	Masculino	125	40.3
Estado Civil	Soltero (a)	264	85.2
	Divorciado (a)	1	0.3
	Viudo (a)	1	0.3
	Conviviente	34	11.0
	Casado (a)	10	3.2
Ingreso Económico	S/. 1 300 en promedio	180	58.1
	S/. 2 480 en promedio	82	26.5
	S/. 3 970 en promedio	32	10.3
	S/. 7 020 en promedio	13	4.2
	S/. 12 660 en promedio	3	1.0
Grado de instrucción	Primaria incompleta	6	1.9
	Secundaria incompleta	3	1.0
	Secundaria completa	42	13.5
	Universidad incompleta	108	34.8
	Universidad completa	57	18.4
Trabajo	Grado superior	94	30.3
	No	168	54.2
	Virtualmente	30	9.7
	Presencialmente	112	36.1

Fuente: Elaboración propia.

Participantes:

Un total de 320 participantes que completaron la ficha de recolección de datos, 268 llenaron la encuesta de manera virtual, 52 de manera física o presencial, 10 de estos participantes fueron excluidos por haber respondido incorrectamente o por no llenar completamente la ficha de recolección, lo que dio lugar a una muestra final de 310 participantes.

En la Tabla 2, se describen las características sociodemográficas de la población, donde la edad media fue de 27.26 con una desviación estándar de 8.731. El 68,7 % (213) viven acompañados de familiares cercanos (esposos, hijos, hermanos, padres) mientras que el 21 % (65) vive solo. El género más frecuente fue el femenino con 59.7 % (185) mientras que 40.3 % correspondía al sexo masculino. El 85.2 % (264) de la población fue soltera, 11 % (34) conviviente y el resto tiene los otros estados civiles. En cuanto al ingreso económico, el 58.1 % (180) tiene un ingreso de S/. 1 300 en promedio, según la clasificación en el Perú pertenece al nivel socioeconómico E, mientras que el 26.5 % (82) pertenece al nivel socioeconómico D. En cuanto a grado de instrucción de la población, el 34.8 % (108) pertenece a participantes con universidad incompleta, un 30.3 % (94) a participantes que tienen un grado superior sea bachillerato, licenciatura, etc. En cuanto al trabajo el 54.2 % no tiene un trabajo actualmente, mientras que 45.8 % (142) tienen trabajo, de estos el 36.1 % (112) lo realizan presencialmente y el 9.7 % (30) virtualmente.

Soledad:

Tabla 3

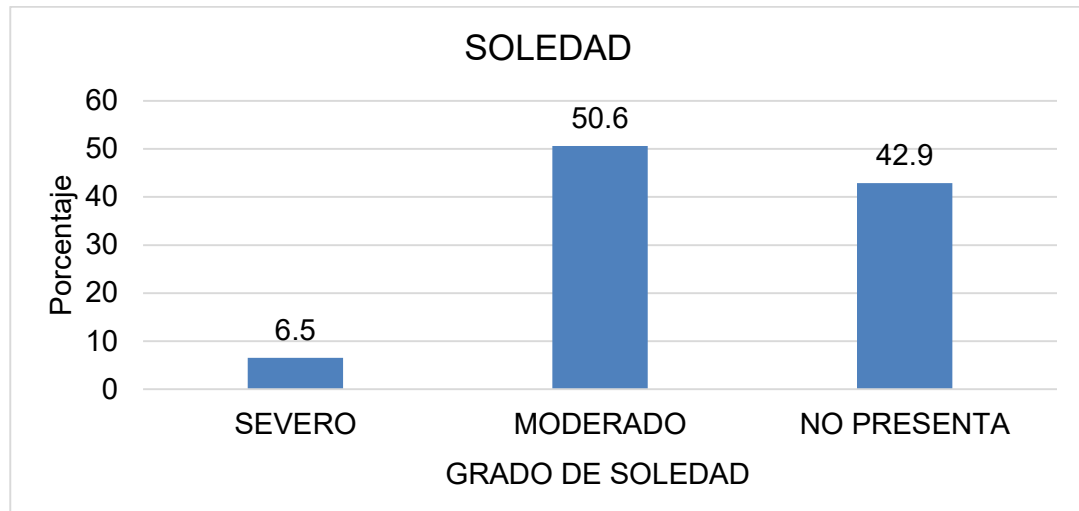
Distribución de la población del departamento de cusco 2021, según el Grado de Soledad.

Soledad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Grado severo de soledad	20	6.5
Grado moderado de soledad	157	50.6
No presenta soledad	133	42.9
Total	310	100

Fuente: Elaboración propia, por la Escala de Soledad de UCLA.

Figura 1

Distribución Porcentual de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 3 y Figura 1, se muestra la distribución de la población adulta del departamento de Cusco, según la gravedad de soledad. Donde el 50.6 % (157) percibieron un grado moderado de soledad, mientras que un 42.9 % (133) no percibieron soledad, así mismo un 6.5 % (20) percibieron un grado severo de soledad durante la pandemia de COVID-19, 2021. Por lo que la prevalencia de soledad es 57.1 % en el departamento de Cusco durante la pandemia.

Calidad de vida global:

Tabla 4

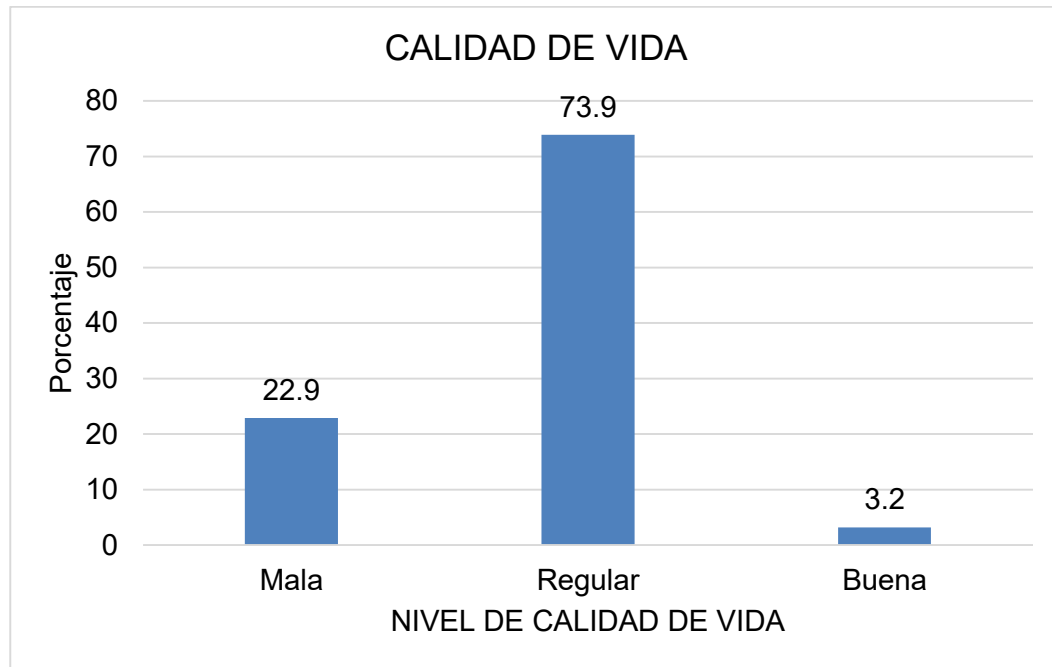
Distribución de la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Vida Global.

Calidad de vida Global	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mala	71	22.9
Regular	229	73.9
Buena	10	3.2
Total	310	100

Fuente: Elaboración propia, por la Escala WHOQOL-BREF de Calidad de Vida.

Figura 2

Distribución Porcentual de la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 y Figura 2, se presenta la distribución de la población adulta del departamento de Cusco, según el nivel de calidad de vida global, donde el 73.9 % (229) percibieron una calidad de vida global regular, un 22.9 % (71) percibieron una calidad de vida mala, mientras que solo el 3.2 % (10) participantes percibieron una calidad de vida buena, durante la pandemia de COVID-19 en el departamento de Cusco 2021. Por lo que la prevalencia de mala y regular calidad de vida global es 96.8 % en el departamento de Cusco durante la pandemia.

Tabla 5

Distribución de la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Vida en Cada Dimensión.

Dimensión	Nivel de Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Dimensión Física	Mala	2	0.6
	Regular	204	65.8
	Buena	104	33.5
Dimensión Psicológica	Mala	33	10.6
	Regular	224	72.3
	Buena	53	17.1
Dimensión de Relaciones Sociales	Mala	16	5.2
	Regular	223	71.9
	Buena	71	22.9
Dimensión de medio ambiente	Mala	18	5.8
	Regular	256	82.6
	Buena	36	11.6

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 5, se presenta la distribución de la población adulta del departamento de Cusco, según el nivel de calidad en cada dimensión; donde el 65.8 % (204) percibieron una salud física regular, un 33.5 % (104) percibieron una salud física buena, mientras que solo el 0.6 % (2) participantes percibieron salud física mala. En cuanto a la dimensión de salud psicológica, el 72.3 % (224) percibieron una salud psicológica regular, un 17.1 % (53) percibieron una salud psicológica buena, mientras que el 10.6 % (33) participantes percibieron una salud psicológica mala. En cuanto a la dimensión de relaciones sociales, el 71.9 % (223) percibieron una calidad regular, un 22.9 % (71) una calidad buena, mientras que el 5.2 % (16) participantes percibieron una calidad mala en esta dimensión. En cuanto a la dimensión de medio ambiente, el 82.6 % (256) percibieron una calidad regular, un 11.6 % (36) percibieron una calidad buena, mientras que el 5.8 % (18) participantes percibieron una calidad de vida mala en esta dimensión.

Factores asociados a la soledad y calidad de vida:

Edad:

Se observó que la población adulta en el estudio tenía una edad media de 26.27 con un intervalo de confianza al 95 % de [26.33 – 28.20].

Se realizó la prueba de normalidad a la variable cuantitativa edad, con la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov con un ($p < 0.001$), un valor estadísticamente significativo, lo que indica ausencia de normalidad en esta variable.

Edad y Soledad:

Tabla 6

Distribución de la Edad de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.

Edad	Soledad			Total
Descriptivos	Grado severo	Grado moderado	No presenta	Total
Frecuencia	20	157	133	310
Porcentaje (%)	6.5	50.6	42.9	100
Edad media	22.95	26.67	28.62	27.26

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 6, se presenta la distribución de la edad media respecto al grado de soledad, se observó que en el 6.5 % (20) con una edad media de 22.95 percibieron un grado severo de soledad, un 50.6 % (157) con una edad media de 26.67 percibieron un grado moderado y un 42.9 % (133) con una edad media de 28.62 no percibieron soledad. Según la prueba estadística Rho de Spearman existe una relación estadísticamente significativa ($p = 0.001$), y un valor rho₍₂₎ = .185, una asociación positiva muy débil.

Edad y Calidad de vida:

Tabla 7

Distribución de la Edad de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.

Edad	Calidad de Vida Global			Total
Descriptivos	Mala	Regular	Buena	Total
Frecuencia	71	229	10	310
Porcentaje (%)	22.9	73.9	3.2	100
Edad media	28.77	26.86	25.80	27.26

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7, se presenta la distribución de la edad media respecto a los niveles de calidad de vida global, donde se observó que el 22.9 % (71) con una edad media de 28.77 percibieron una mala calidad de vida, mientras que un 73.9 % (229) con una edad media de 26.86 percibieron una calidad de vida regular, así mismo un 3.2 % (10) participantes con una edad media de 25.80 percibieron una buena calidad de vida durante la pandemia de COVID-19, 2021. Según la prueba estadística Rho de Spearman no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .190$).

Edad y Dimensiones de calidad de vida:

Edad y Dimensión de salud física:

Tabla 8

Distribución de la Edad de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.

Edad	Salud Física			Total
Descriptivos	Mala	Regular	Buena	Total
Frecuencia	2	204	104	310
Porcentaje (%)	0.6	65.8	33.5	100
Edad media	23.00	27.47	26.95	27.26

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 8, se muestra la distribución de la edad media respecto calidad de vida en la dimensión de salud física, donde se observó que el 0.6 % (2) con una edad media de 23 percibieron una mala salud física, mientras que un 65.8 % (204) con una edad media de 27.47 percibieron una salud física regular, así mismo un 33.5 % (104) participantes con una edad media de 26.95 percibieron una buena salud física durante la pandemia de COVID-19, 2021. Según la prueba estadística Rho de Spearman no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .854$).

Edad y Dimensión de salud psicológica:

Tabla 9

Distribución de la Edad de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.

Edad	Salud Psicológica			Total
	Mala	Regular	Buena	Total
Frecuencia	33	224	53	310
Porcentaje (%)	10.6%	72.3%	17.1%	100.0%
Edad media	26.39	27.57	26.53	27.26

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 9, se presenta la distribución de la edad media respecto calidad en la dimensión de salud psicológica, donde el 10.6 % (33) con una edad media de 26.39 percibieron una mala salud psicológica, mientras que un 72.3 % (224) con una edad media de 27.57 percibieron una salud psicológica regular, así mismo un 17.1 % (53) participantes con una edad media de 26.53 percibieron una buena salud psicológica durante la pandemia de COVID-19, 2021. Según la prueba estadística Rho de Spearman no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .801$).

Edad y Dimensión de Relaciones Sociales:

Tabla 10

Distribución de la Edad de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según la Nivel de Calidad en las Relaciones Sociales.

Edad	Relaciones Sociales			Total
Descriptivos	Mala	Regular	Buena	Total
Frecuencia	16	223	71	310
Porcentaje (%)	5.2	71.9	22.9	100
Edad media	23.81	28.12	25.37	27.26

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 10, se presenta la distribución de la edad media respecto calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, donde se observó que el 5.2 % (16) con una edad media de 23.81 percibieron una mala calidad en las relaciones sociales, mientras que un 71.9 % (223) con una edad media de 28.12 percibieron una calidad regular en las relaciones sociales , así mismo un 22.9 % (71) participantes con una edad media de 25.37 percibieron una buena calidad en las relaciones sociales durante la pandemia de COVID-19, 2021. Según la prueba estadística Rho de Spearman no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .256$).

Edad y Dimensión de Medio Ambiente:

Tabla 11

Distribución de la Edad de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad en el Medio Ambiente.

Edad	Medio ambiente			Total
Descriptivos	Mala	Regular	Buena	Total
Frecuencia	18	256	36	310
Porcentaje (%)	5.8	82.6	11.6	100
Edad media	26.44	27.61	25.25	27.26

Fuente: Elaboración propia.

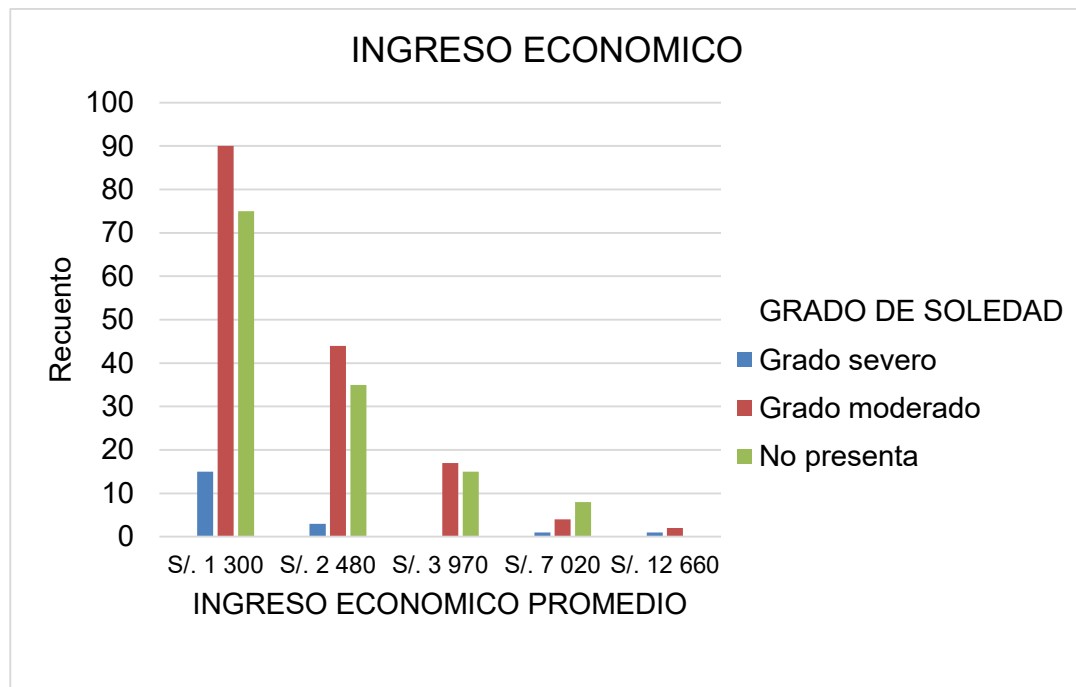
En la Tabla 11, se presenta la distribución de la edad media respecto calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, donde se observó que el 5.8 % (18) con una edad media de 26.44 percibieron una mala calidad en el medio ambiente, mientras que un 82.6 % (256) con una edad media de 27.61 percibieron una calidad regular en el medio ambiente, así mismo un 11.6 % (36) participantes con una edad media de 25.25 percibieron una buena calidad en el medio ambiente durante la pandemia de COVID-19, 2021. Según la prueba estadística Rho de Spearman no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .190$).

Ingreso económico:

Ingreso económico y Soledad:

Figura 3

Distribución de la Variable Ingreso Económico en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



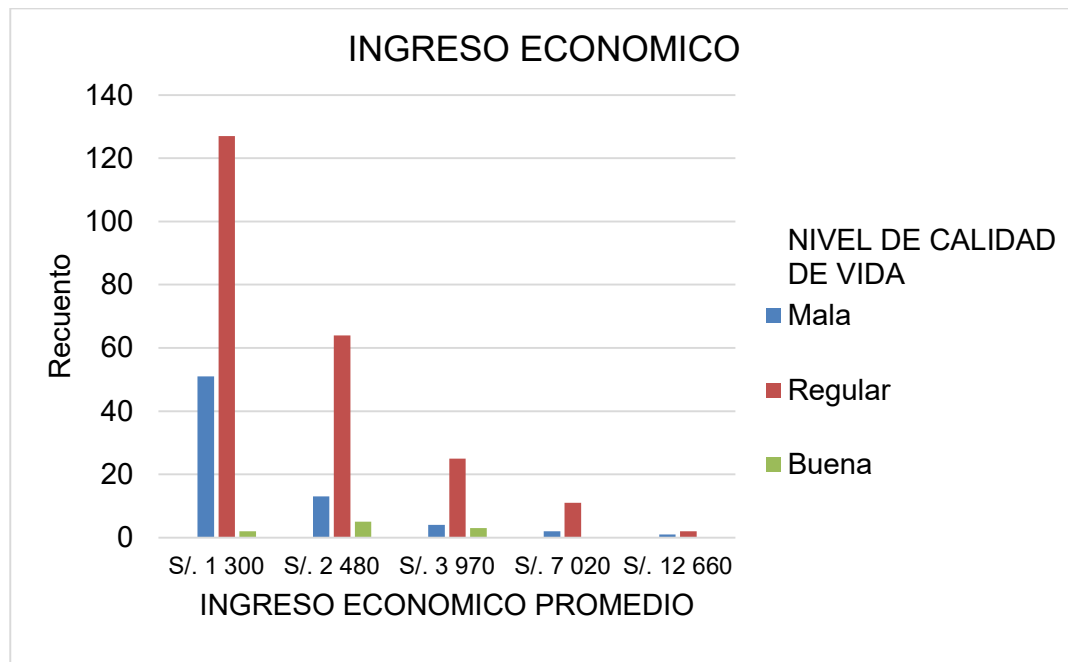
Fuente: Elaboración propia.

En la figura 3, se presenta la distribución de la variable ingreso económico en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el grado de soledad. Se observó que, en participantes con grado severo de soledad el 4.8 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 1 % tenía un ingreso de S/. 2480, el 0.3 % un ingreso de S/. 7020 y el 0.3 % tenía un ingreso de S/. 12660 en promedio; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 29 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 14.2 % tenían un ingreso de S/. 2480; el 5.5 % un ingreso de S/. 3970, el 1.3 % un ingreso de S/. 7020 y el 0.6 % tenía un ingreso de S/. 12660 en promedio. En los participantes que no presentaron soledad, el 24.2 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 11.3 % tenían un ingreso de S/. 2480; el 4.8 % un ingreso de S/. 3970, el 2.6 % un ingreso de S/. 7020. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .184$).

Ingreso económico y Calidad de Vida:

Figura 4

Distribución de la Variable Ingreso Económico en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

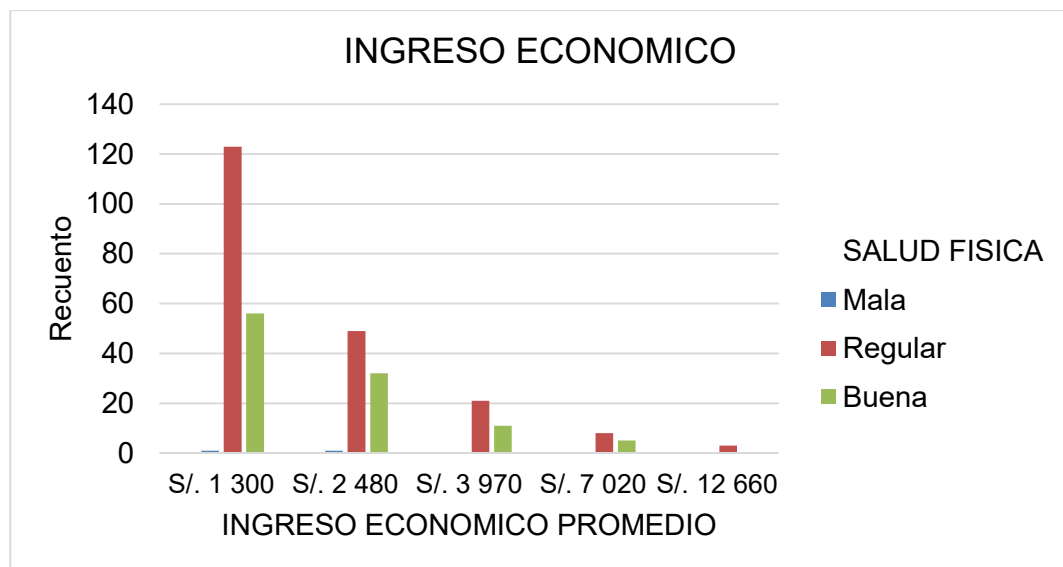
En la Figura 4, se presenta la distribución de la variable ingreso económico en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global. Se observó que, en los participantes con una calidad de vida global mala, el 16.5 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1 300, el 4.2 % tenía un ingreso de S/. 2 480; el 1.3 % de S/. 3 970, el 0.6 % de S/. 7 020 y el 0.3 % tenía un ingreso de S/. 12 660 en promedio; en cambio en participantes con una calidad de vida global regular el 41 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1 300, el 20.6 % tenía de S/. 2 480; el 8.1 % de S/. 3 970, el 3.5 % de S/. 7 020 y el 0.6 % tenía un ingreso de S/. 12 660 en promedio. En los participantes con una buena calidad de vida global solo el 0.6 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 1.6 % de S/. 2 480; el 1 % de S/. 3 970. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .047$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue el coeficiente Gamma con un valor de .347 que indica una asociación entre el ingreso económico y la calidad de vida global.

Ingreso económico y dimensiones de calidad de vida:

Ingreso económico y Dimensión de salud física:

Figura 5

Distribución de la Variable Ingreso Económico en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



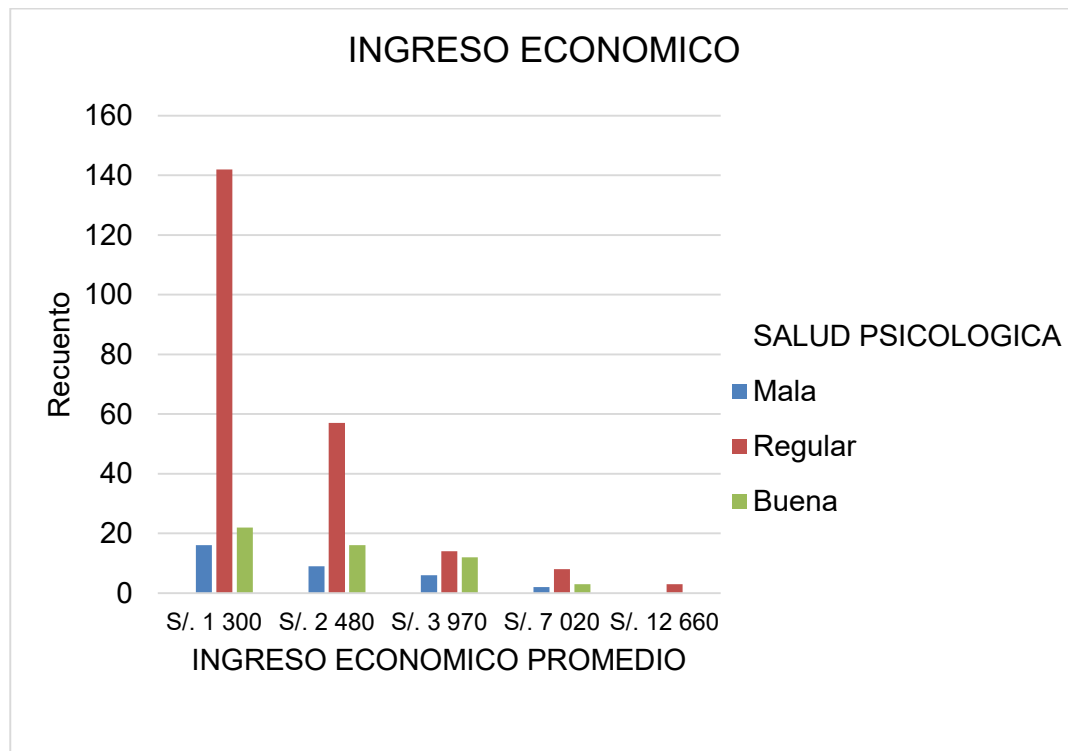
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 5, se presenta la distribución de la variable ingreso económico en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física. Se observó que, en los participantes con una mala calidad en la dimensión de salud física, el 0.3 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1 300, el 0.3 % tenía un ingreso de S/. 2 480; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud física, el 39.7 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 15.8 % tenía un ingreso de S/. 2 480; el 6.8 % un ingreso de S/. 3 970, el 2.6 % un ingreso de S/. 7 020 y el 1 % tenía un ingreso de S/. 12 660 en promedio. En participantes con buena calidad en salud física, el 18.1 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 10.3 % tenía un ingreso de S/. 2 480; el 3.5 % un ingreso de S/. 3 970 y el 1.6 % un ingreso de S/. 7 020. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .847$).

Ingreso económico y Dimensión de salud psicológica:

Figura 6

Distribución de la Variable Ingreso Económico en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



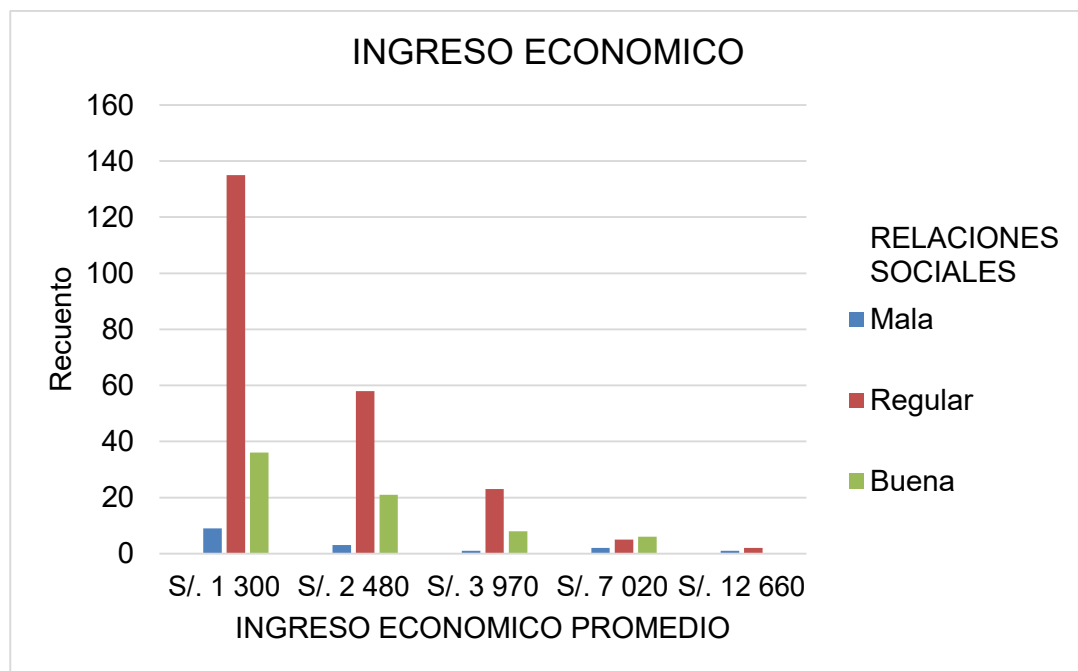
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 6, se presenta la distribución de la variable ingreso económico en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica. Se observó que, en los participantes con una mala calidad en la salud psicológica, el 5.2 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 2.9 % de S/. 2 480; el 1.9 % de S/. 3 970 y el 0.6 % un ingreso de S/. 7 020; en cambio en participantes con una regular calidad de salud psicológica, el 45.8 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 18.4 % de S/. 2 480; el 4.5 % de S/. 3 970, el 2.6 % de S/. 7 020 y el 1 % tenía un ingreso de S/. 12 660 en promedio. En los participantes con una buena calidad de salud psicológica, el 7.1 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 5.2 % de S/. 2 480; el 3.9 % de S/. 3 970 y el 1 % un ingreso de S/. 7 020. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .011$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue el coeficiente Gamma con un valor de .134 que indica una asociación positiva muy débil entre el ingreso económico y la dimensión de salud psicológica.

Ingreso económico y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 7

Distribución de la Variable Ingreso Económico en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel Calidad de Relaciones Sociales.



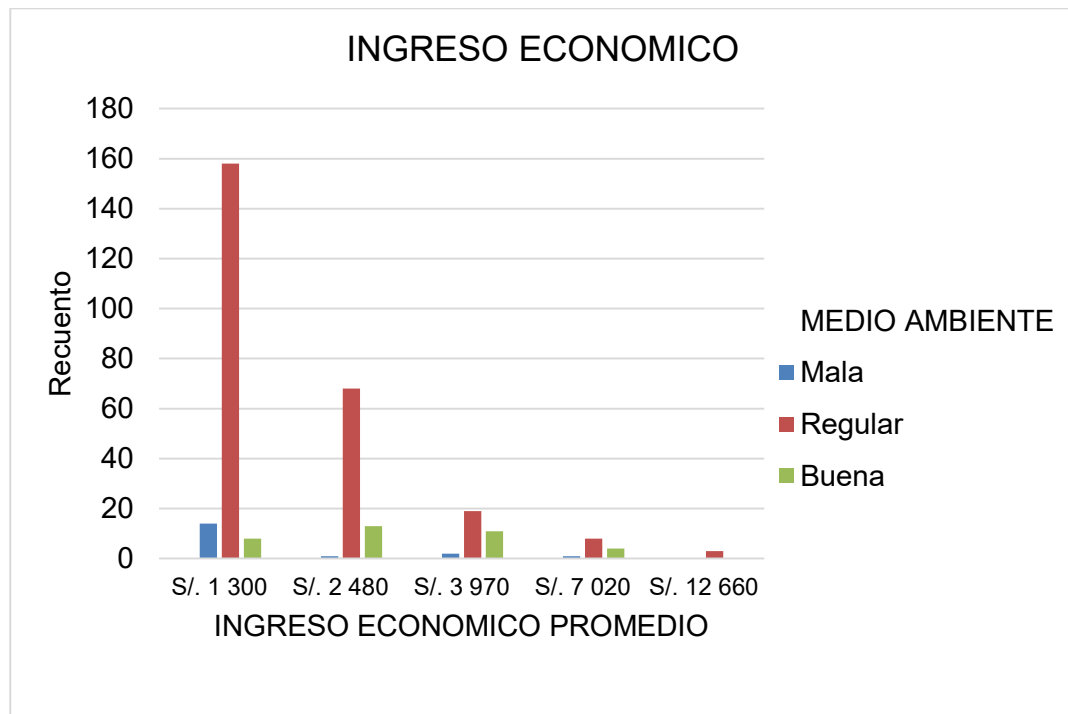
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 7, se muestra la distribución de la variable ingreso económico en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de relaciones sociales. Se observó que, en los participantes con una mala calidad en la dimensión de relaciones sociales, el 2.9 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 1 % de S/. 2480; el 0.3 % de S/. 3970, el 0.6 % de S/. 7020 y el 0.3 % tenía un ingreso de S/. 12660 en promedio; en cambio en participantes con una regular calidad en la dimensión de relaciones sociales, el 43.5 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 18.7 % de S/. 2480; el 7.4 % de S/. 3970, el 1.6 % de S/. 7020 y el 0.6 % tenía un ingreso de S/. 12660 en promedio. En los participantes con una buena calidad en la dimensión de relaciones sociales, el 11.6 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 6.8 % de S/. 2480; el 2.6 % de S/. 3970 y el 1.9 % de S/. 7020. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .061$).

Ingreso económico y Dimensión de medio ambiente:

Figura 8

Distribución de la Variable Ingreso Económico en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

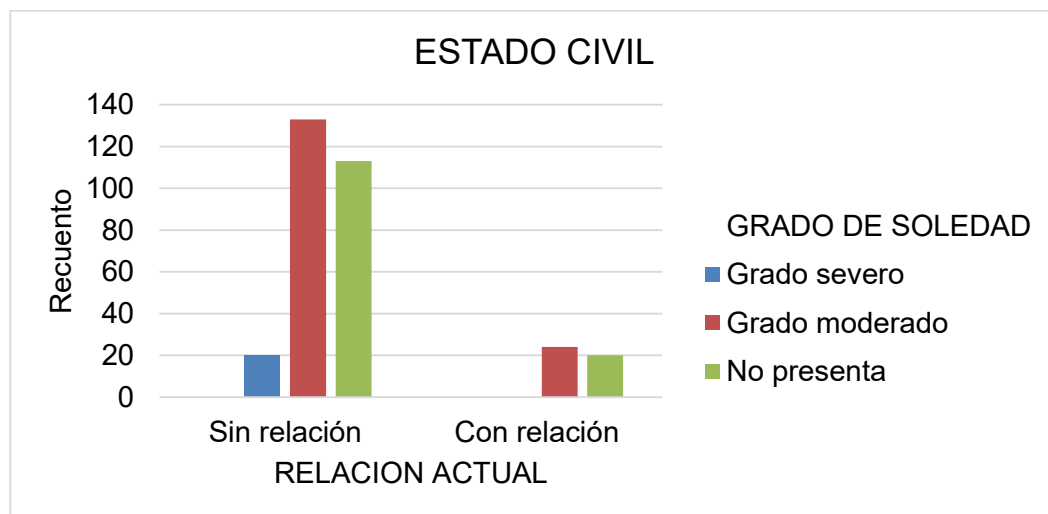
En la Figura 8, se presenta la distribución de la variable ingreso económico en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad del medio ambiente. Se observó que, en los participantes con una mala calidad en la dimensión de medio ambiente, el 4.5 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 0.3 % de S/. 2 480; el 0.6 % de S/. 3 970 y el 0.3 % un ingreso de S/. 7 020; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 51 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 21.9 % de S/. 2 480; el 6.1 % de S/. 3 970, el 2.6 % de S/. 7 020 y el 1 % tenía un ingreso de S/. 12 660 en promedio. En los participantes con una buena calidad en la dimensión de medio ambiente, el 2.6 % tenían un ingreso aproximado de S/. 1300, el 4.2 % de S/. 2 480; el 3.5 % de S/. 3 970 y el 1.3 % un ingreso de S/. 7 020. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p < .001$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue el coeficiente Gamma con un valor de .533 que indica una asociación entre el ingreso económico y la dimensión medio ambiente.

Estado civil:

Estado civil y Soledad:

Figura 9

Distribución de la Variable Estado Civil en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



Fuente: Elaboración propia.

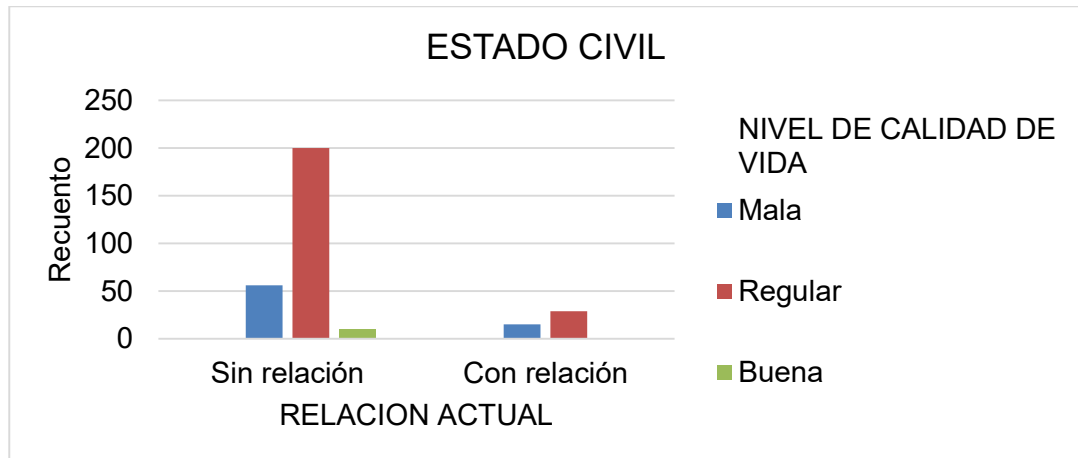
En la Figura 9, se presenta la distribución de la variable estado civil en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el grado de soledad.

Se observó que, en participantes con grado severo de soledad el 6.5 % no tenían una relación; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 42.9 % no tenían una relación, mientras que el 7.7 % tenían una relación. En los participantes que no presentaron soledad, el 36.5 % no tenían una relación, mientras que el 6.5 % tenían una relación. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .170$).

Estado civil y Calidad de vida:

Figura 10

Distribución de la Variable Estado Civil en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 10, se presenta la distribución de la variable estado civil en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global.

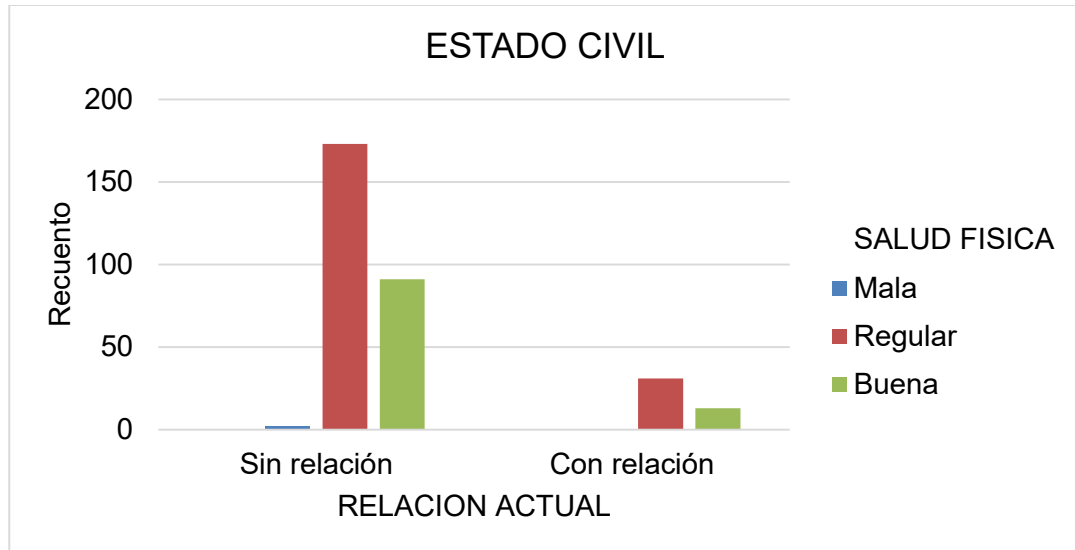
Se observó que, en los participantes con una calidad de vida global mala, el 18.1 % no tenían una relación, mientras que el 4.8 % tenían una relación; en cambio en participantes con una calidad de vida global regular el 64.5 % no tenían una relación, mientras que el 9.4 % tenían una relación. En los participantes con una buena calidad de vida global solo el 3.2 % no tenían una relación, mientras que nadie tenía una relación. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .086$).

Estado civil y dimensiones de calidad de vida:

Estado civil y Dimensión de salud física:

Figura 11

Distribución de la Variable Estado Civil en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



Fuente: Elaboración propia.

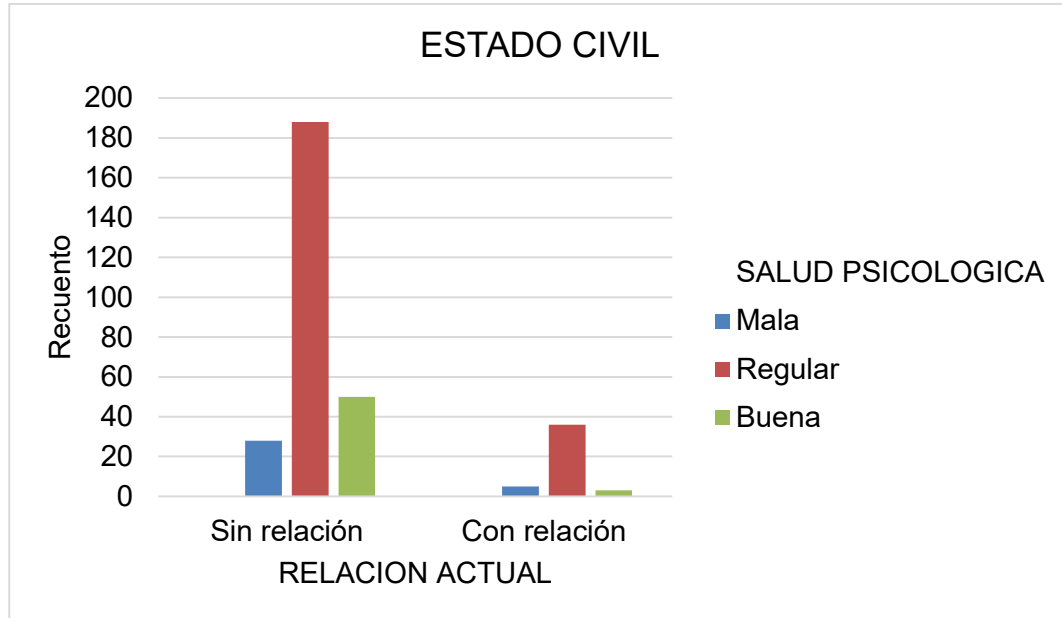
En la Figura 11, se presenta la distribución de la variable estado civil en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud física, el 0.6 % no tenían una relación, mientras que nadie tenía una relación; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud física, el 55.8 % no tenían una relación, mientras que el 10 % tenían una relación. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud física, el 29.4 % no tenían una relación, mientras que el 4.2 % tenían una relación. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .689$).

Estado civil y Dimensión de salud psicológica:

Figura 12

Distribución de la Variable Estado Civil en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



Fuente: Elaboración propia.

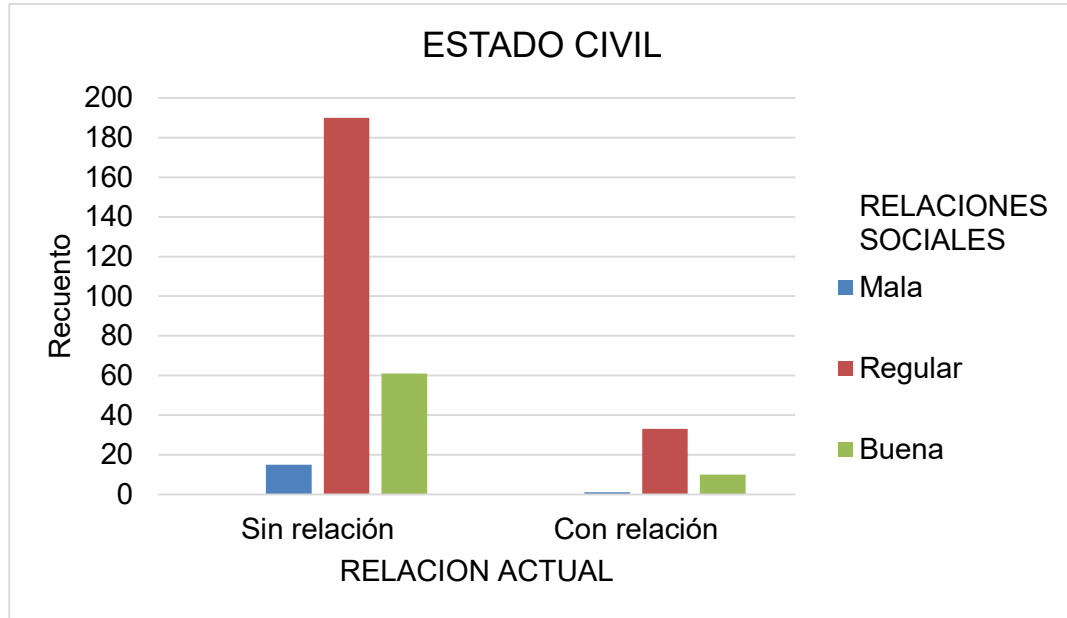
En la Figura 12, se presenta la distribución de la variable estado civil en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 9 % no tenían una relación, mientras que el 1.6 % de estos tenían una relación; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 60.6 % no tenían una relación, mientras que el 11.6 % tenían una relación. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 16.1 % no tenían una relación, mientras que el 1 % tenía una relación. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .146$).

Estado civil y dimensión de relaciones sociales:

Figura 13

Distribución de la Variable Estado Civil en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

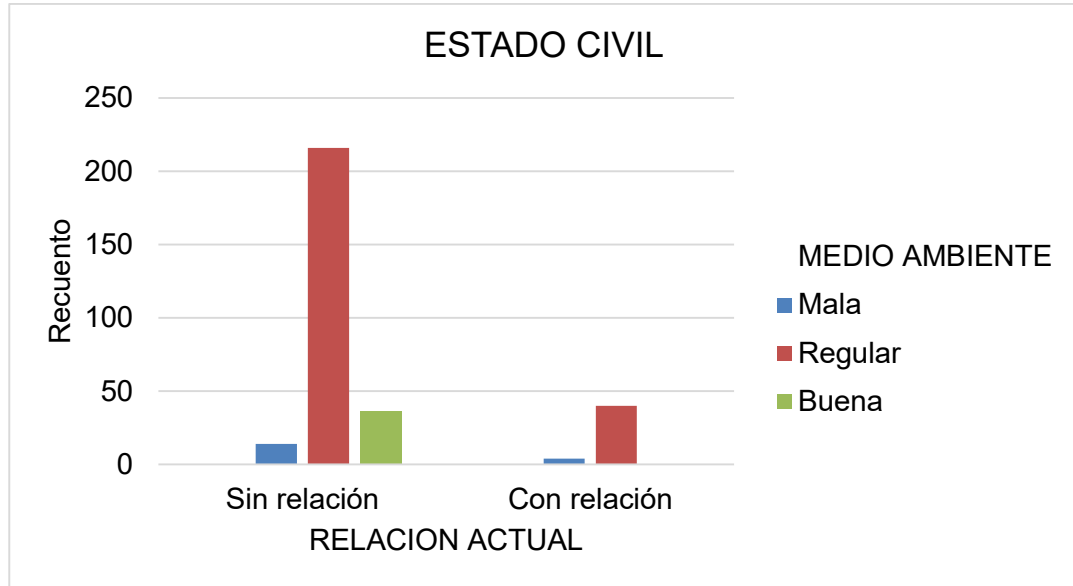
En la Figura 13, se presenta la distribución de la variable estado civil en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de relaciones sociales.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 4.8 % no tenían una relación, mientras que el 0.3 % de estos tenían una relación; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 61.3 % no tenían una relación, mientras que el 10.6 % tenían una relación. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 19.7 % no tenían una relación, mientras que el 3.2 % tenían una relación. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .639$).

Estado civil y Dimensión de medio ambiente:

Figura 14

Distribución de la Variable Estado Civil en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel Calidad de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

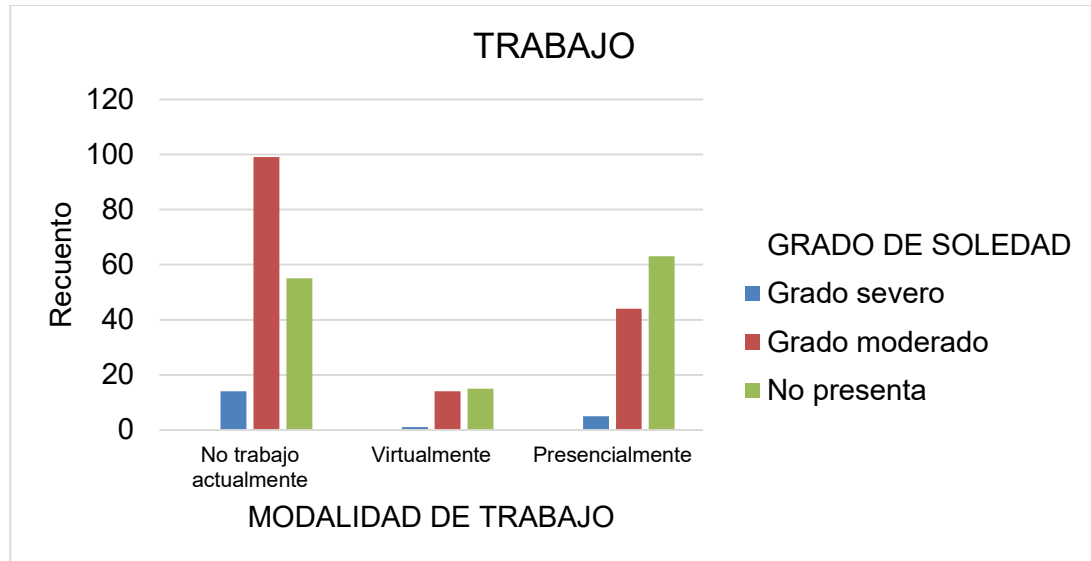
En la Figura 14, se presenta la distribución de la variable estado civil en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de medio ambiente. Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 4.5 % no tenían una relación, mientras que el 1.3 % de estos tenían una relación; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 69.7 % no tenían una relación, mientras que el 12.9 % tenían una relación. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 11.6 % no tenían una relación, mientras que nadie tenía una relación. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .025$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .154 que indica una asociación positiva muy débil entre el estado civil y la dimensión de medio ambiente.

Trabajo:

Trabajo y Soledad:

Figura 15

Distribución de la Variable Trabajo en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



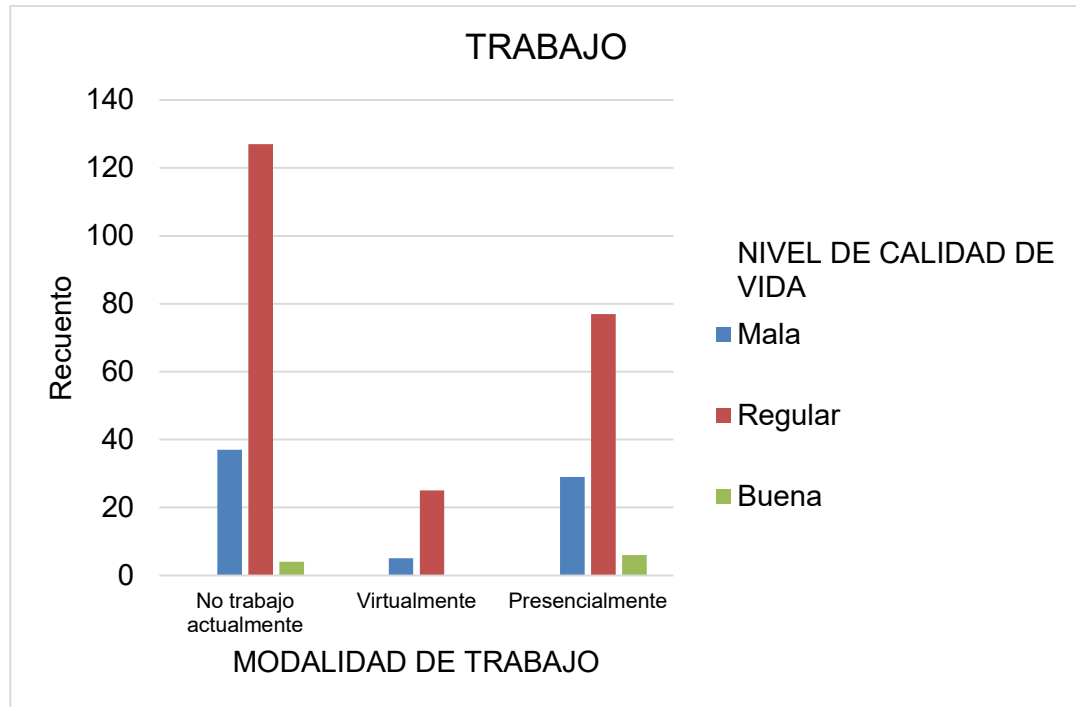
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 15, se presenta la distribución de la variable trabajo en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el grado de soledad. Se observó que, en participantes con grado severo de soledad el 4.5 % no tenían trabajo actual, mientras que del 1.9 % que tenían trabajo actual; 0.3 % lo hacía virtualmente mientras 1.6 % lo hacía presencialmente; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 31.9 % no tenían trabajo actual, mientras que del 18.7 % que tenían trabajo actual, 4.5 % lo hacía virtualmente mientras 14.2 % lo hacía presencialmente. En los participantes que no presentaron soledad, el 17.7 % no tenían trabajo actual, mientras que del 25.1 % que tenían trabajo actual, 4.8 % lo hacía virtualmente mientras 20.3 % lo hacía presencialmente. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .003$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .162 que indica una asociación positiva muy débil entre el trabajo y la soledad.

Trabajo y Calidad de vida:

Figura 16

Distribución de la Variable Trabajo en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

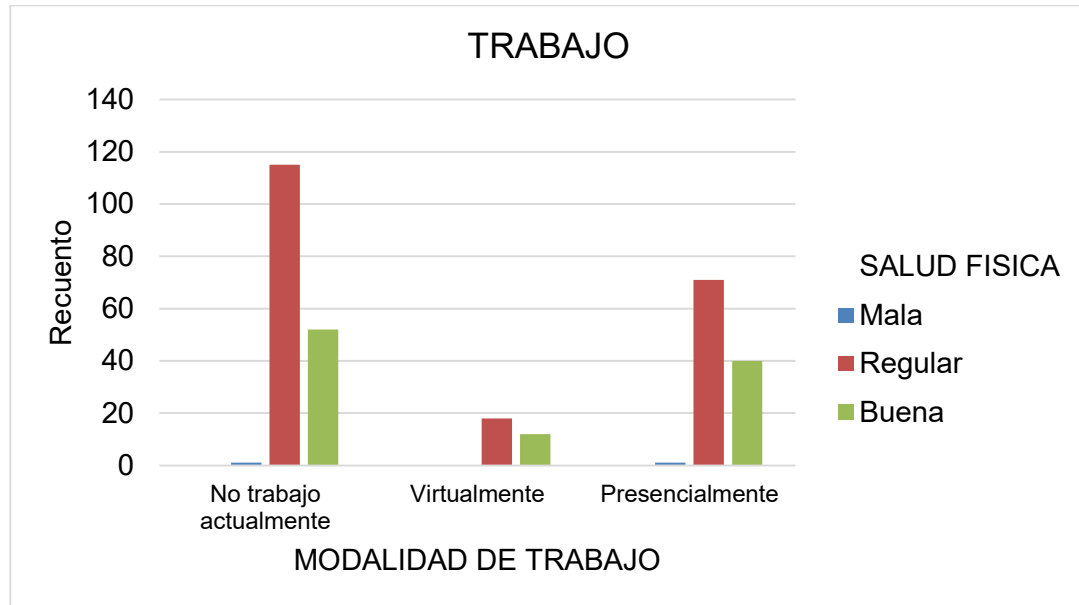
En la Figura 16, se presenta la distribución de la variable trabajo en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global. Se observó que, en los participantes con una calidad de vida global mala, el 11.9 % no tenían trabajo actual, mientras que del 11 % que tenían trabajo actual, 1.6 % lo hacía virtualmente mientras 9.4 % lo hacía presencialmente; en cambio en participantes con una calidad de vida global regular el 41 % que no tenían trabajo actual, mientras que del 32.9 % que tenían trabajo actual, 8.1 % lo hacía virtualmente mientras 24.8 % lo hacía presencialmente. En los participantes con una buena calidad de vida global el 1.3 % no tenían trabajo actual, mientras que del 1.9 % que tenían trabajo actual, nadie lo hacía virtualmente mientras 1.9 % lo hacía presencialmente. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .314$).

Trabajo y Dimensiones de calidad de vida:

Trabajo y Dimensión de salud física:

Figura 17

Distribución de la Variable Trabajo en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



Fuente: Elaboración propia.

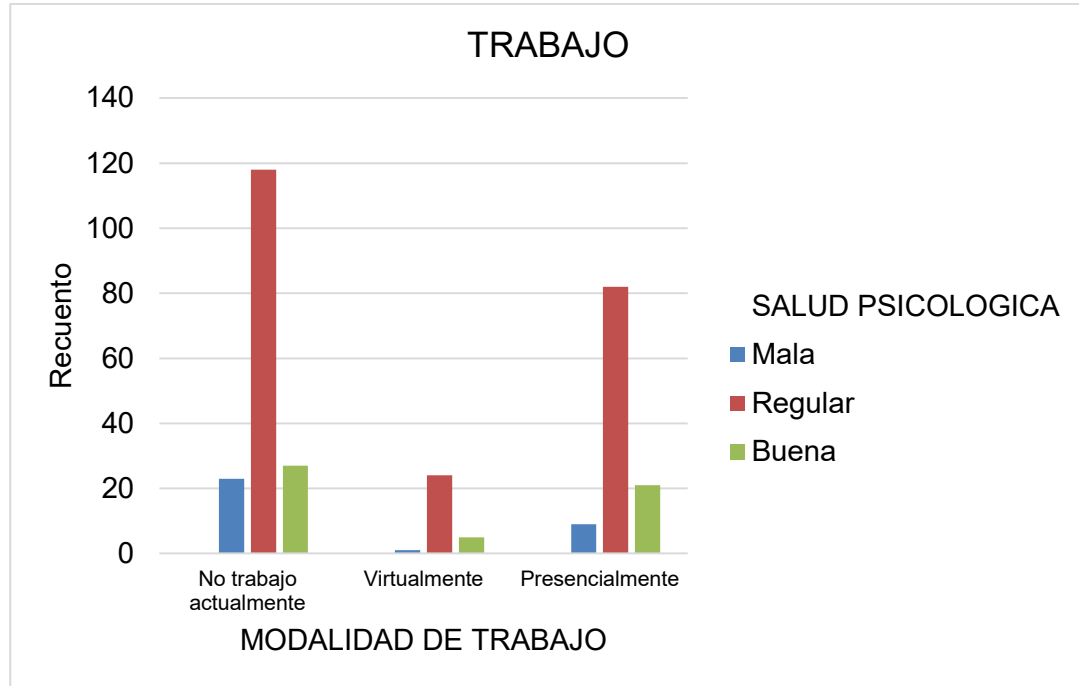
En la Figura 17, se muestra la distribución de la variable trabajo en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud física, el 0.3 % no tenían trabajo actual, mientras que del 0.3 % que tenían trabajo actual, nadie lo hacía virtualmente mientras 0.3 % lo hacía presencialmente; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud física, el 37.1 % no tenían trabajo actual, mientras que del 28.7 % que tenían trabajo actual, 5.8 % lo hacía virtualmente mientras 22.9 % lo hacía presencialmente. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud física, el 16.8 % no tenían trabajo actual, mientras que del 16.8 % que tenían trabajo actual, 3.9 % lo hacía virtualmente mientras 12.9 % lo hacía presencialmente. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .808$).

Trabajo y Dimensión de salud psicológica:

Figura 18

Distribución de la Variable Trabajo en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



Fuente: Elaboración propia.

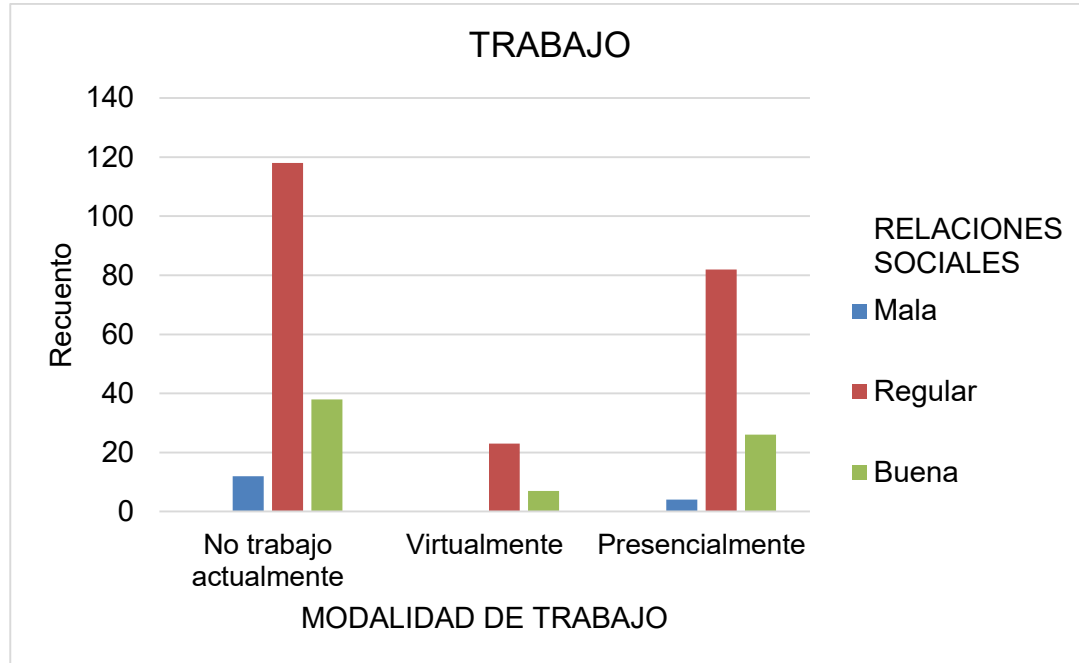
En la Figura 18, se presenta la distribución de la variable trabajo en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 7.4 % no tenían trabajo actual, mientras que del 3.2 % que tenían trabajo actual, 0.3 % lo hacía virtualmente mientras 2.9 % lo hacía presencialmente; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 38.1 % no tenían trabajo actual, mientras que del 34.2 % que tenían trabajo actual, 7.7 % lo hacía virtualmente mientras 26.5 % lo hacía presencialmente. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 8.7 % no tenían trabajo actual, mientras que del 8.4 % tenían trabajo actual, 1.6 % lo hacía virtualmente mientras 6.8 % lo hacía presencialmente. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .363$).

Trabajo y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 19

Distribución de la Variable Trabajo en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

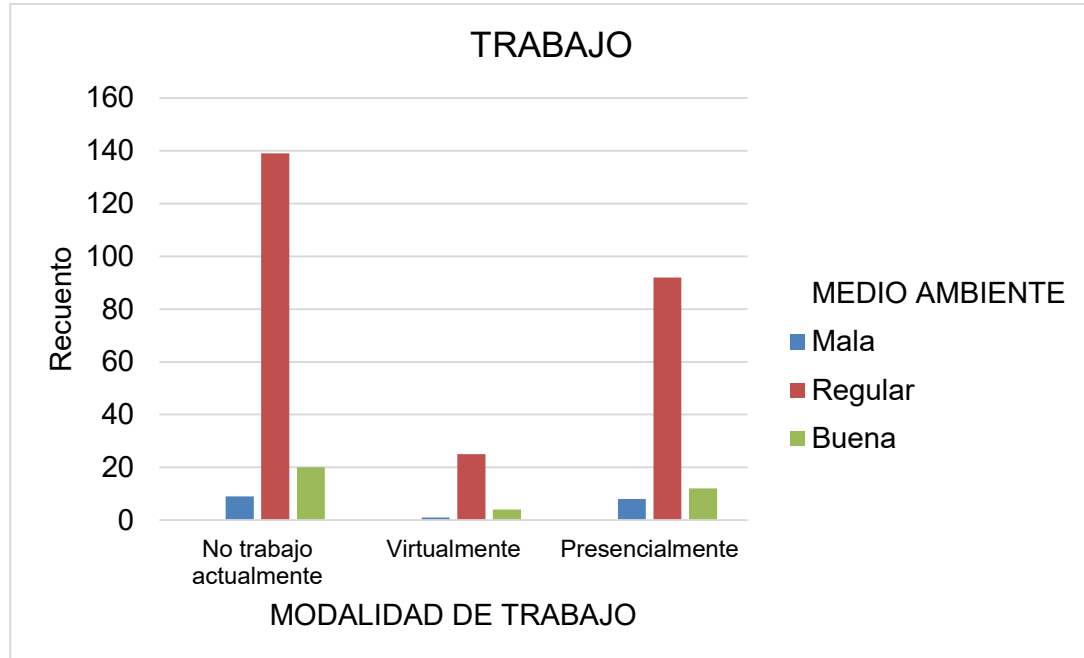
En la Figura 19, se presenta la distribución de la variable trabajo en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de las relaciones sociales.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 3.9 % no tenían trabajo actual, mientras que del 1.3 % que tenían trabajo actual, nadie lo hacía virtualmente mientras 0.3 % lo hacía presencialmente; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 38.1 % no tenían trabajo actual, mientras que del 33.9 % que tenían trabajo actual, 7.4 % lo hacía virtualmente mientras 26.5 % lo hacía presencialmente. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 12.3 % no tenían trabajo actual, mientras que del 10.7 % que tenían trabajo actual, 2.3 % lo hacía virtualmente mientras 8.4 % lo hacía presencialmente. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .467$).

Trabajo y Dimensión de medio ambiente:

Figura 20

Distribución de la Variable Trabajo en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 20, se presenta la distribución de la variable trabajo en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de medio ambiente.

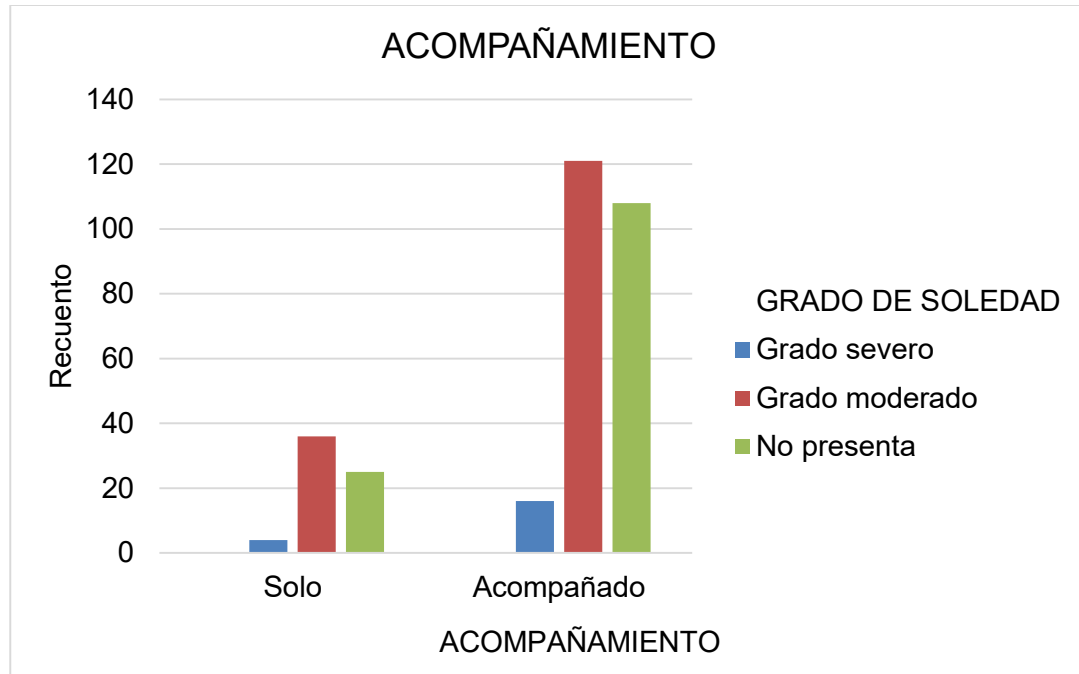
Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 2.9 % no tenían trabajo actual, mientras que del 2.9 % que tenían trabajo actual, 0.3 % lo hacía virtualmente mientras 2.6 % lo hacía presencialmente; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 44.8 % no tenían trabajo actual, mientras que del 37.8 % que tenían trabajo actual, 8.1 % lo hacía virtualmente mientras 29.7 % lo hacía presencialmente. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 6.5 % no tenían trabajo actual, mientras que del 5.2 % que tenían trabajo actual, 1.3 % lo hacía virtualmente mientras 3.9 % lo hacía presencialmente. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .926$).

Acompañamiento:

Acompañamiento y Soledad:

Figura 21

Distribución de la Variable Acompañamiento en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



Fuente: Elaboración propia.

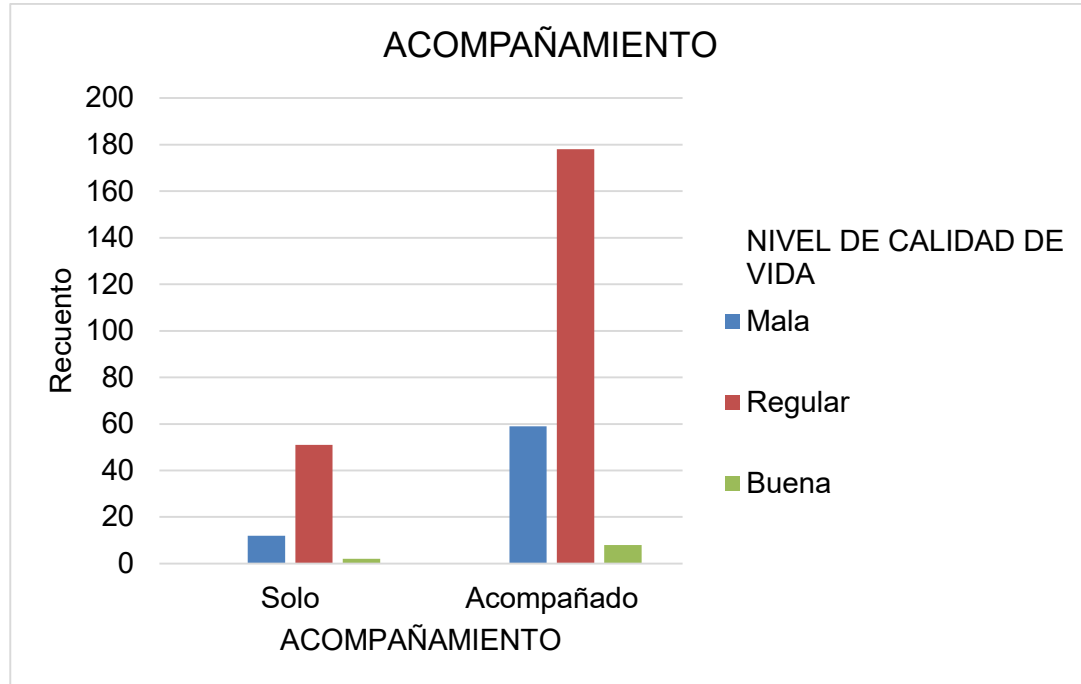
En la Figura 21, se presenta la distribución de la variable acompañamiento en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el grado de soledad.

Se observó que en participantes con grado severo de soledad el 1.3 % vivía solo, mientras que el 5.2 % de estos vivía acompañado; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 11.6 % vivía solo, mientras que el 39 % vivía acompañado. En los participantes que no presentaron soledad, el 8.1 % vivía solo, mientras que el 34.8 % vivía acompañado. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .686$).

Acompañamiento y Calidad de vida:

Figura 22

Distribución de la Variable Acompañamiento en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 22, se presenta la distribución de la variable acompañamiento en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global.

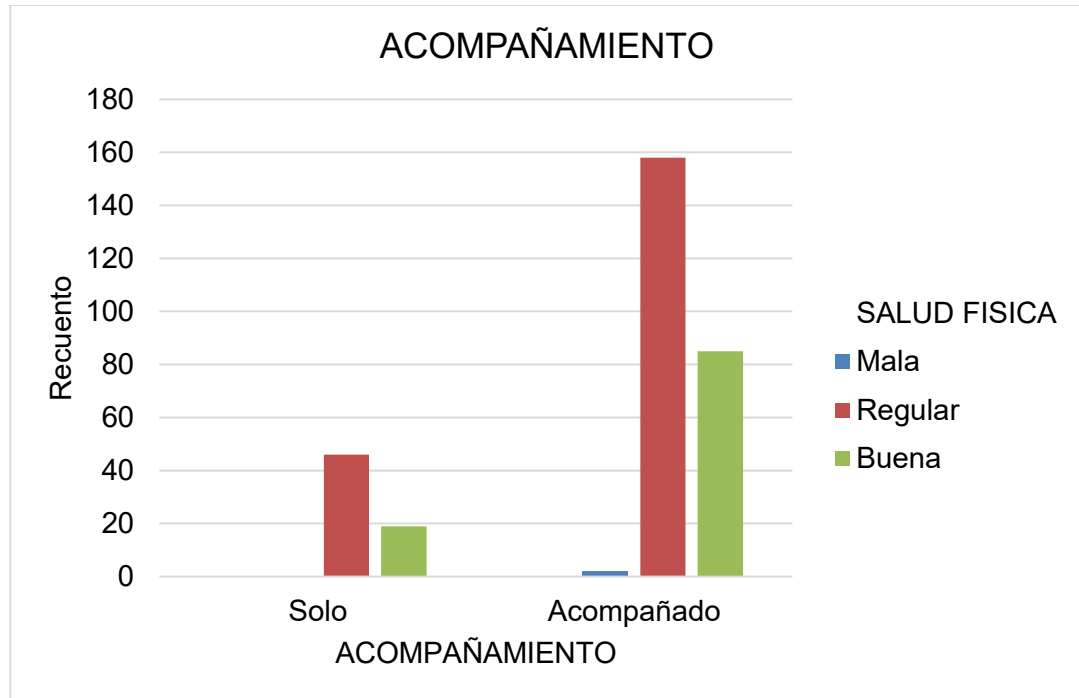
Se observó que, en los participantes con una calidad de vida global mala, el 3.9 % vivía solo, mientras que el 19 % de estos vivía acompañado; en cambio en participantes con una calidad de vida global regular el 16.5 % vivía solo, mientras que el 57.4 % vivía acompañado. En los participantes con una buena calidad de vida global solo el 0.6 % vivía solo, mientras que el 2.6 % vivía acompañado. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .622$).

Acompañamiento y Dimensiones de calidad de vida:

Acompañamiento y Dimensión de salud física:

Figura 23

Distribución de la Variable Acompañamiento en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



Fuente: Elaboración propia.

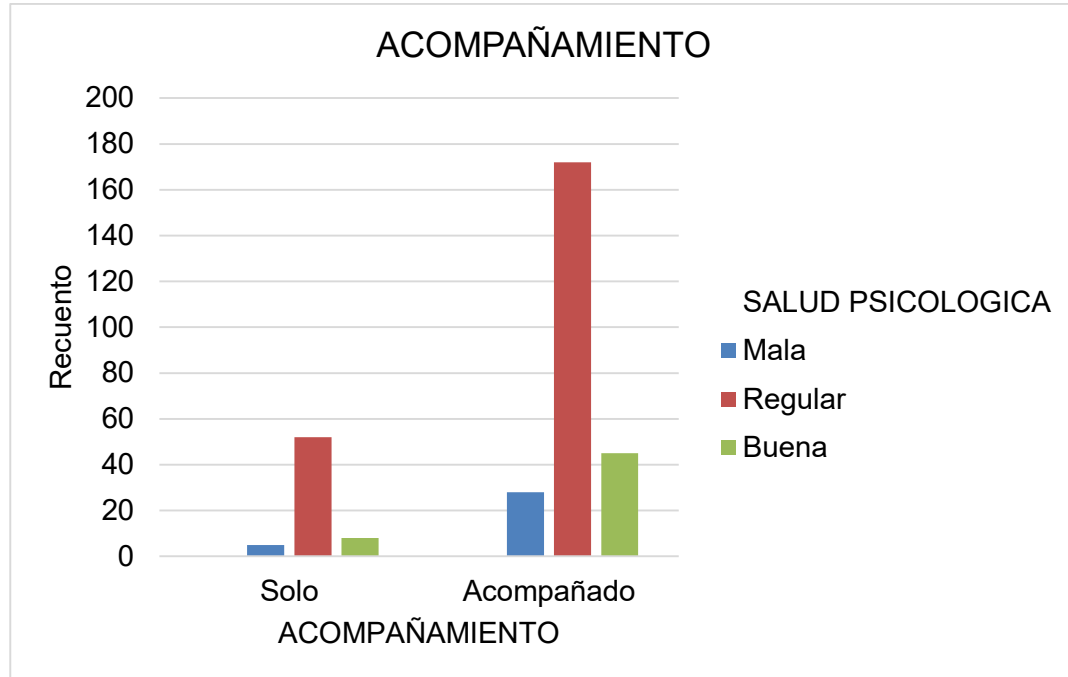
En la Figura 23, se presenta la distribución de la variable acompañamiento en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud física, el 0 % vivía solo, mientras que el 0,6 % de estos vivía acompañado; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud física, el 14.8 % vivía solo, mientras que el 51 % vivía acompañado. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud física, el 6.1 % vivía solo, mientras que el 27.4 % vivía acompañado. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .523$).

Acompañamiento y Dimensión de salud psicológica:

Figura 24

Distribución de la Variable Acompañamiento en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



Fuente: Elaboración propia.

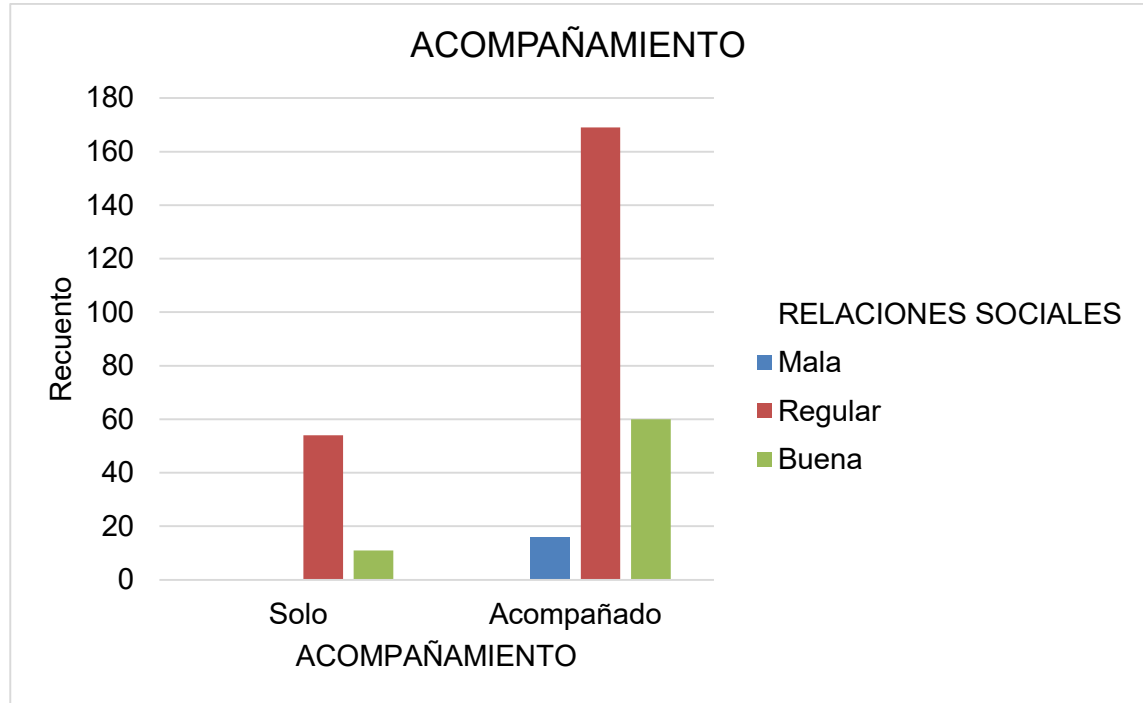
En la Figura 24, se presenta la distribución de la variable acompañamiento en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 1.6 % vivía solo, mientras que el 9 % de estos vivía acompañado; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 16.8 % vivía solo, mientras que el 55.5 % vivía acompañado. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 2.6 % vivía solo, mientras que el 14.5 % vivía acompañado. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .292$).

Acompañamiento y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 25

Distribución de la Variable Acompañamiento en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

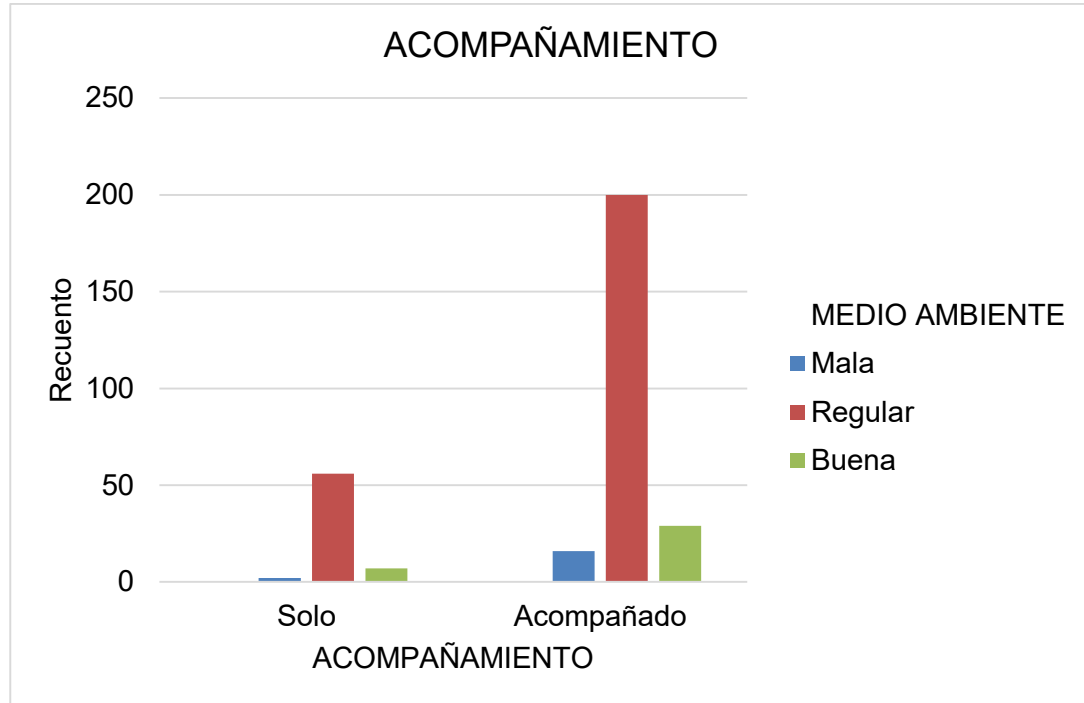
En la Figura 25, se presenta la distribución de la variable acompañamiento en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de las relaciones sociales.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, nadie vivía solo, mientras que el 5.2 % de estos vivía acompañado; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 17.4 % vivía solo, mientras que el 54.5 % vivía acompañado. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 3.5 % vivía solo, mientras que el 19.4 % vivía acompañado. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .031$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .150 que indica una asociación positiva muy débil entre el acompañamiento y la calidad de las relaciones sociales.

Acompañamiento y Dimensión de medio ambiente:

Figura 26

Distribución de la Variable Acompañamiento en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel del Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

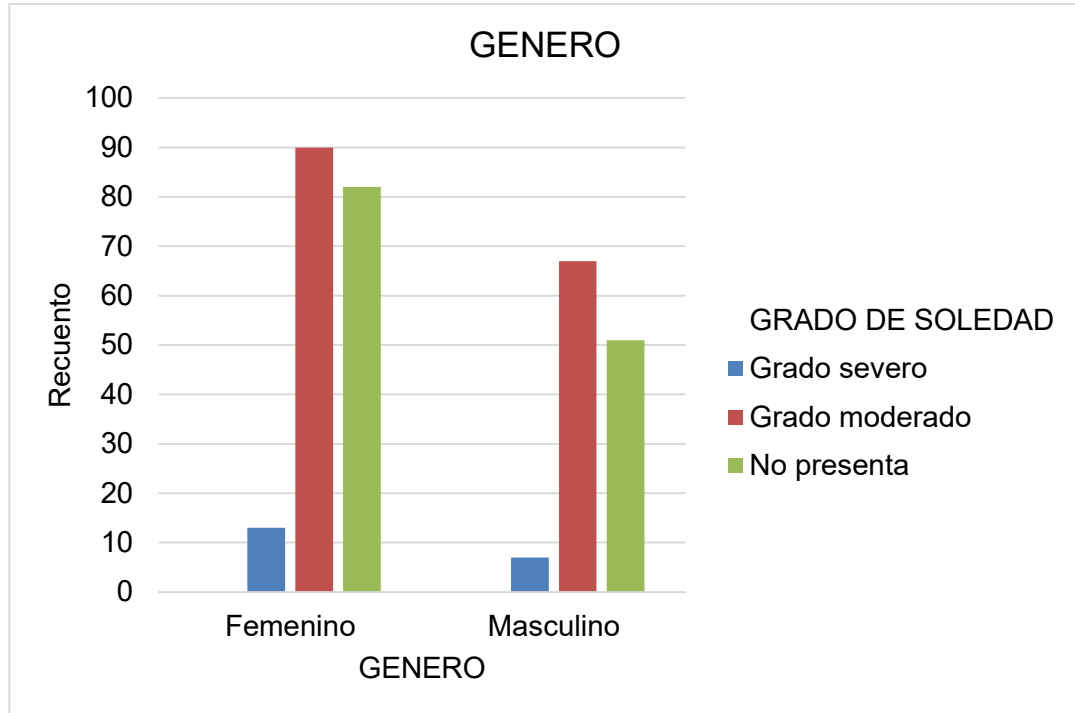
En la Figura 26, se presenta la distribución de la variable acompañamiento en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de medio ambiente.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 0.6 % vivía solo, mientras que el 5.2 % de estos vivía acompañado; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 18.1 % vivía solo, mientras que el 64.5 % vivía acompañado. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 2.3 % vivía solo, mientras que el 9.4 % vivía acompañado. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .540$).

Género y Soledad:

Figura 27

Distribución de la Variable Género en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



Fuente: Elaboración propia.

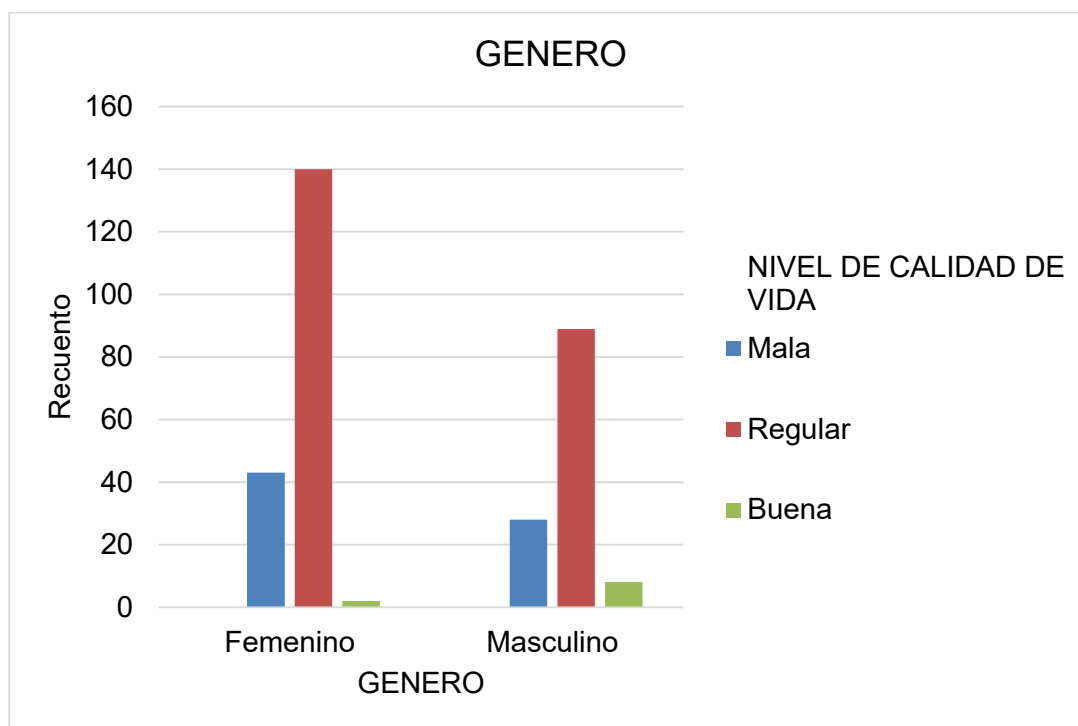
En la Figura 27, se presenta la distribución de la variable género en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el grado de soledad.

Se observó que en participantes con grado severo de soledad el 4.2 % era femenino, mientras que el 2.3 % era masculino; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 29 % era femenino, mientras que el 21.6 % era masculino. En los participantes que no presentaron soledad, el 26.5 % era femenino, mientras que el 16.5 % era masculino. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .666$).

Género y Calidad de vida:

Figura 28

Distribución de la Variable Género en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

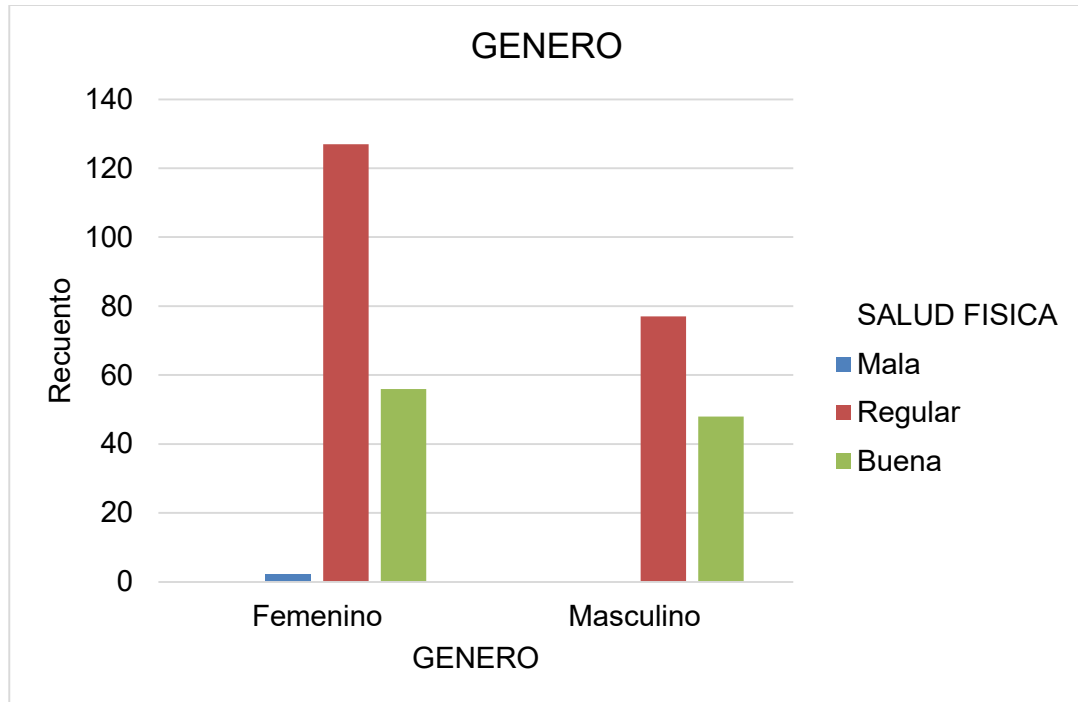
En la Figura 28, se presenta la distribución de la variable género en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global. Se observó que, en los participantes con una calidad de vida global mala, el 13.9 % era femenino, mientras que el 9 % era masculino; en cambio en participantes con una calidad de vida global regular el 45.2 % era femenino, mientras que el 28.7% era masculino. En los participantes con una buena calidad de vida global solo el 0.6 % era femenino, mientras que el 2.6 % era masculino. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .034$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .148 que indica una asociación positiva muy débil entre el género y la calidad de vida global.

Género y Dimensiones de calidad de vida:

Género y Dimensión de salud física:

Figura 29

Distribución de la Variable Género en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



Fuente: Elaboración propia.

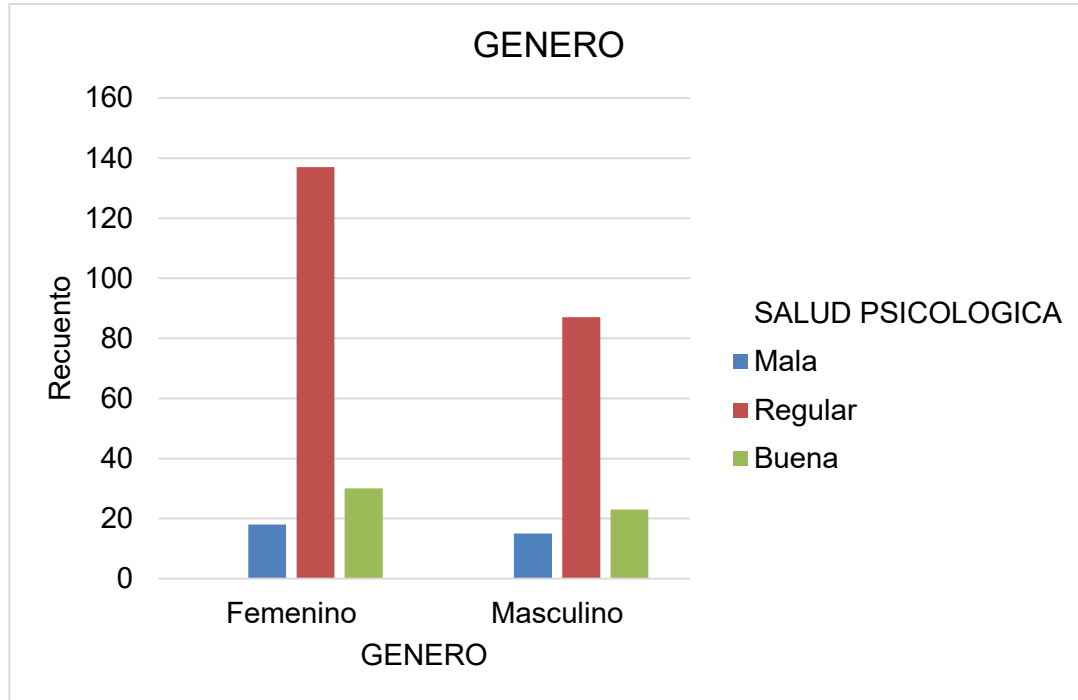
En la Figura 29, se presenta la distribución de la variable género en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud física, el 0.6 % era femenino, mientras que ninguno era masculino; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud física, el 41 % era femenino, mientras que el 24.8 % era masculino. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud física, el 18.1 % era femenino, mientras que el 15.5 % era masculino. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .184$).

Género y Dimensión de salud psicológica:

Figura 27

Distribución de la Variable Género en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



Fuente: Elaboración propia.

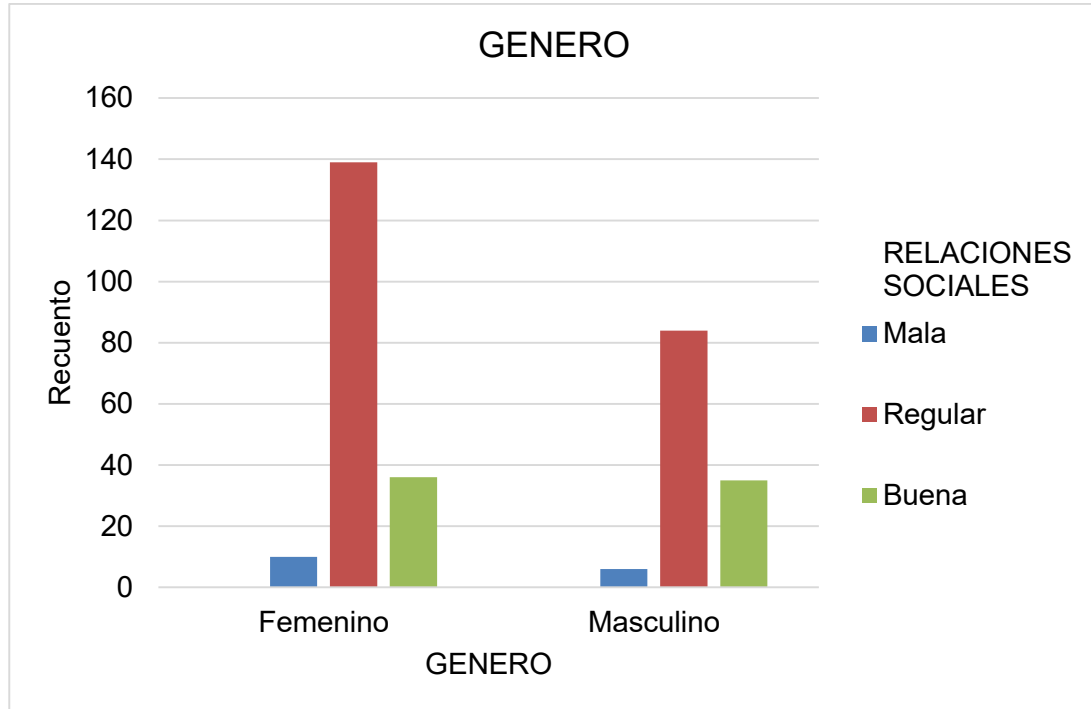
En la Figura 30, se presenta la distribución de la variable género en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 5.8 % era femenino, mientras que el 4.8 % de estos era masculino; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 44.2 % era femenino, mientras que el 28.1 % era masculino. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 9.7 % era femenino, mientras que el 7.4 % era masculino. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .679$).

Género y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 28

Distribución de la Variable Género en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

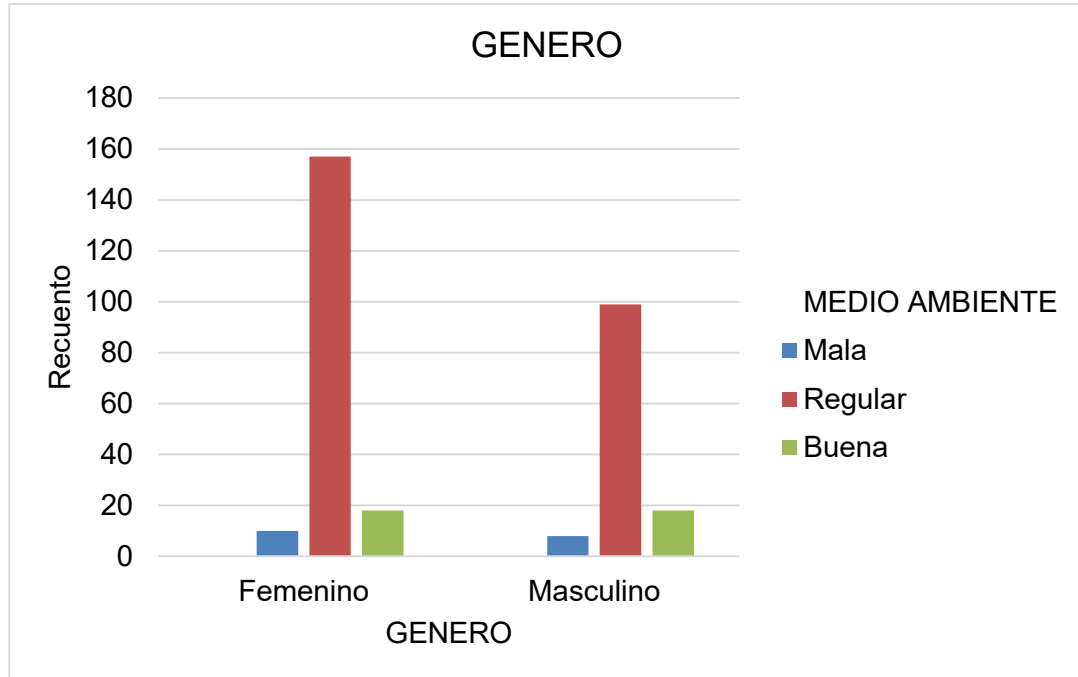
En la Figura 31, se presenta la distribución de la variable género en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de las relaciones sociales.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 3.2 % era femenino, mientras que el 1.9 % de estos era masculino; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 44.8 % era femenino, mientras que el 27.1 % era masculino. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 11.6 % era femenino, mientras que el 11.3 % era masculino. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .214$).

Género y Dimensión de medio ambiente:

Figura 32

Distribución de la Variable Género en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 32, se presenta la distribución de la variable género en la población adulta del departamento de cusco 2021, según el nivel de calidad del medio ambiente.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 3.2 % era femenino, mientras que el 2.6 % de estos era masculino; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 50.6 % era femenino, mientras que el 31.9 % era masculino. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de medio ambiente, el 5.8 % era femenino, mientras que el 5.8 % era masculino. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .403$).

Aislamiento social:

Tabla 12

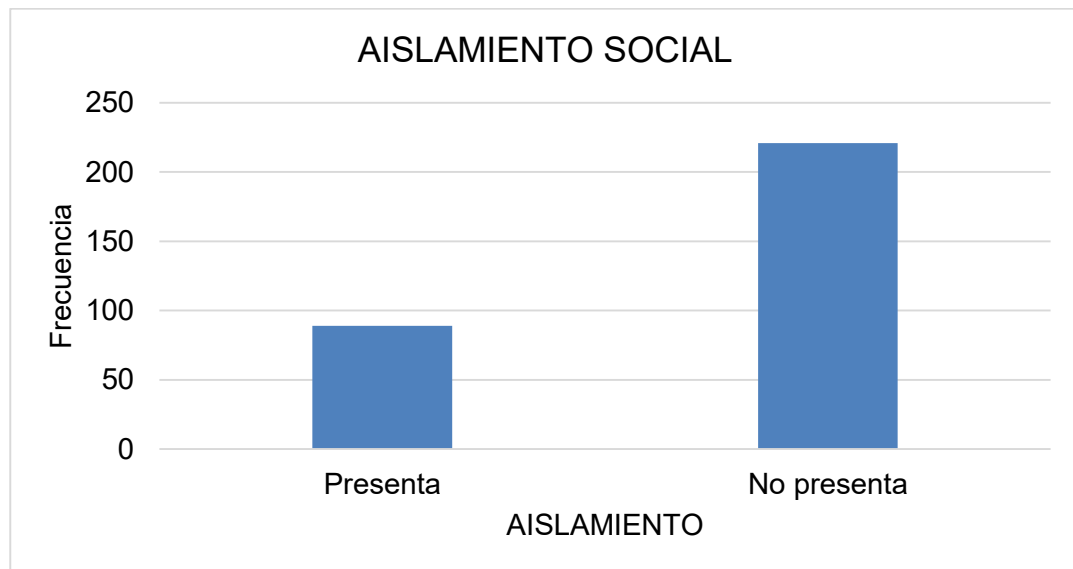
Distribución de la población del departamento de cusco 2021. Según el Aislamiento Social.

Aislamiento Social	Frecuencia	Porcentaje (%)
Presenta	89	28.7
No presenta	221	71.3
Total	310	100

Fuente: Elaboración propia, usando la Escala de Red Social LSNS-6.

Figura 33

Distribución de la población del departamento de cusco 2021. Según el Aislamiento Social.



Fuente: Elaboración propia.

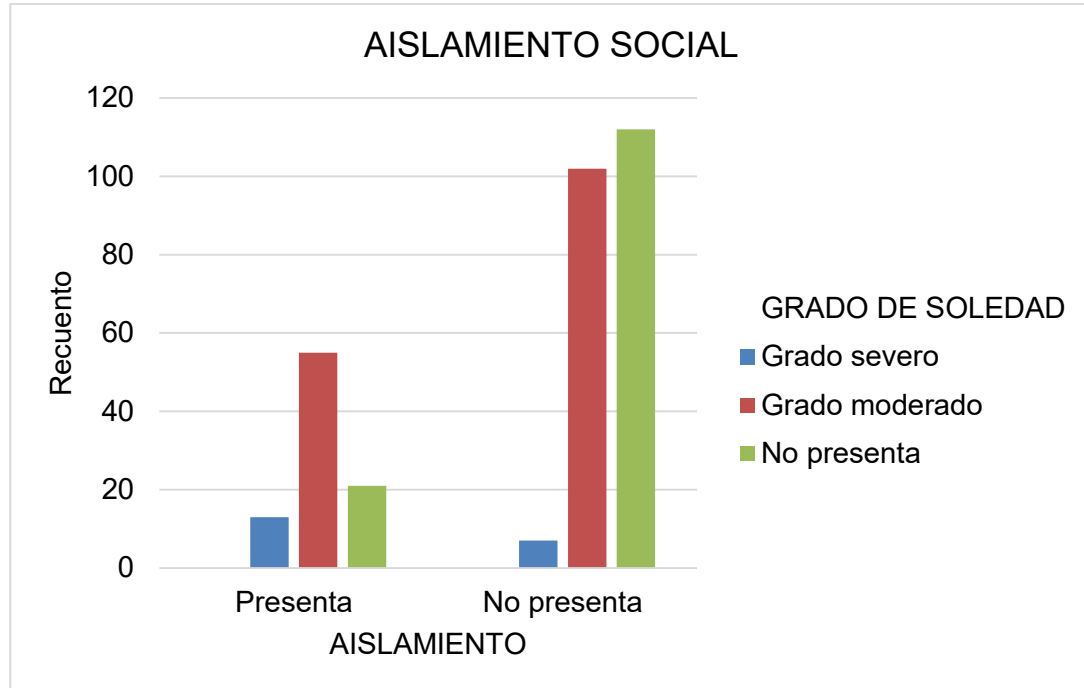
En la Tabla 12 y la Figura 33, se muestra la distribución de la población del departamento de Cusco 2021, según el aislamiento social.

Se observó que, el 28.7 % (89) participantes de la población tienen redes sociales pequeñas por lo que tienen mayor riesgo de presentar aislamiento social, mientras que el 71.3 % (221) participantes tienen una red social más grande por lo que tienen menos riesgo de presentar aislamiento social.

Aislamiento social y Soledad:

Figura 34

Distribución de la Variable Aislamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



Fuente: Elaboración propia.

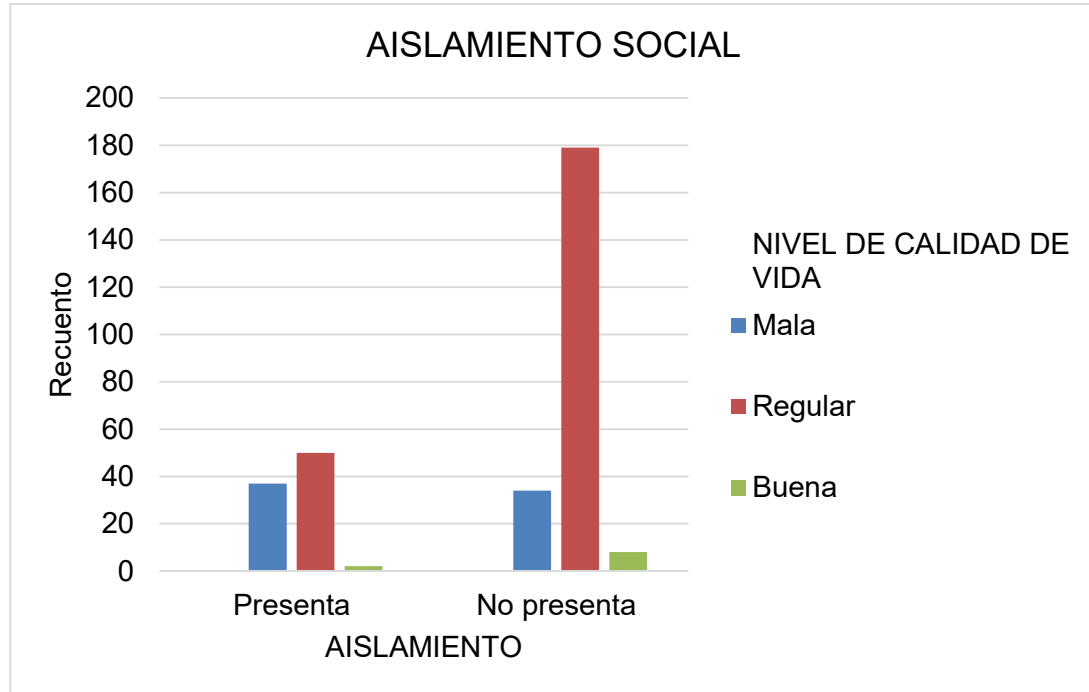
En la Figura 34, se presenta la distribución de la variable aislamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el grado de soledad.

Se observó que en participantes con grado severo de soledad el 4.2 % presento aislamiento, mientras que el 2.3 % de estos no presento aislamiento social; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 17.7 % presento aislamiento, mientras que el 32.9 % no presento aislamiento. En los participantes que no presentaron soledad solo el 6.8 % presento aislamiento social, mientras que el 36.1 % no presento aislamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p < .001$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .294 que indica una asociación positiva débil entre el aislamiento social y la soledad.

Aislamiento social y Calidad de vida:

Figura 35

Distribución de la Variable Aislamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 35, se presenta la distribución de la variable aislamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global.

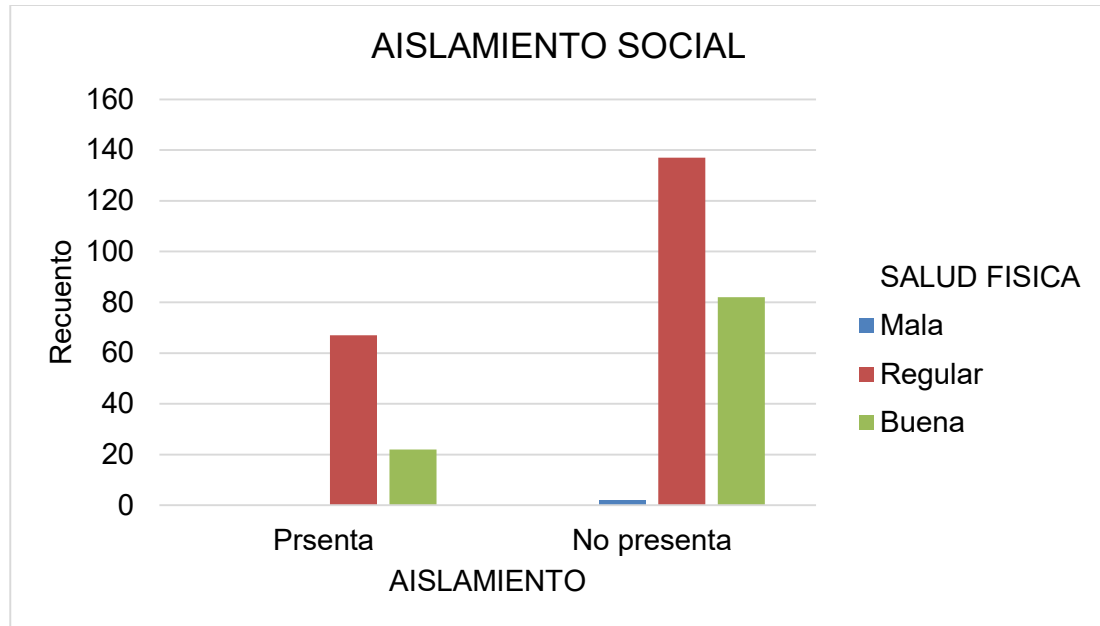
Se observó que en los participantes con una calidad de vida global mala el 11.9% presentó aislamiento, mientras que el 11% de estos no presentó aislamiento social; en cambio en participantes con una calidad de vida global regular el 16.1% presentó aislamiento, mientras que el 57.7% no presentó aislamiento social. En los participantes con una buena calidad de vida global solo el 0.6% presentó aislamiento social, mientras que el 2.6% no presentó aislamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p < .001$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .282 que indica una asociación positiva débil entre el aislamiento social y calidad de vida.

Aislamiento social y Dimensiones de calidad de vida:

Aislamiento social y Dimensión de salud física:

Figura 35

Distribución de la Variable Aislamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



Fuente: Elaboración propia.

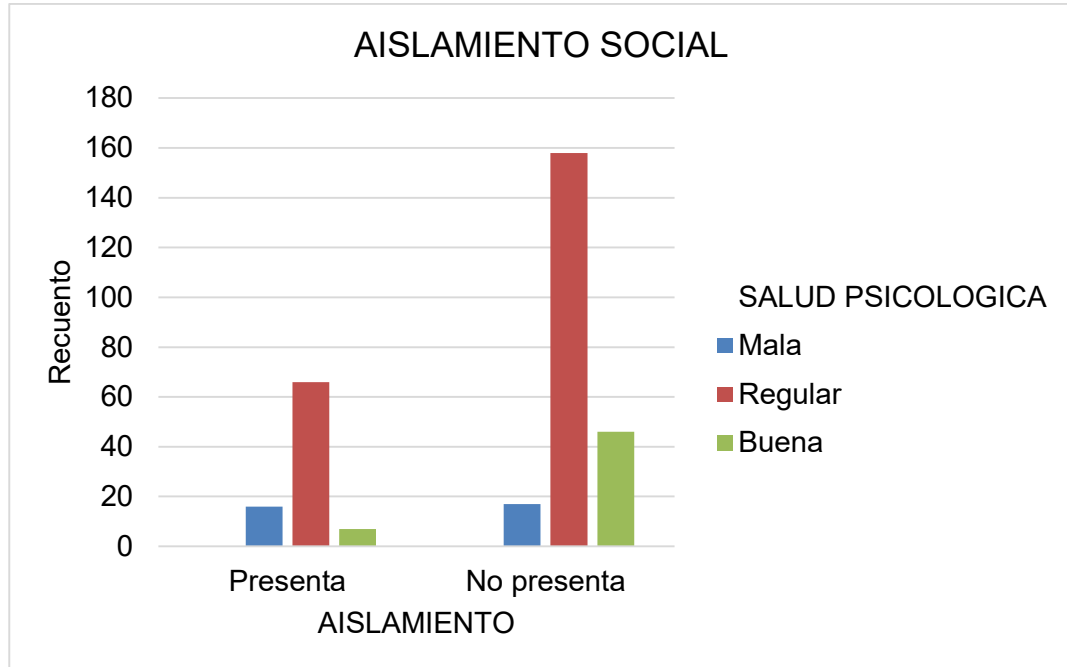
En la Figura 35, se presenta la distribución de la variable aislamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud física, nadie presentó aislamiento, mientras que el 0.6 % de estos no presentó aislamiento social; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud física, el 21.6 % presentó aislamiento, mientras que el 44.2 % no presentó aislamiento social. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud física, el 7.1 % presentó aislamiento social, mientras que el 26.5 % no presentó aislamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .067$).

Aislamiento social y Dimensión de salud psicológica:

Figura 36

Distribución de la Variable Aislamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



Fuente: Elaboración propia.

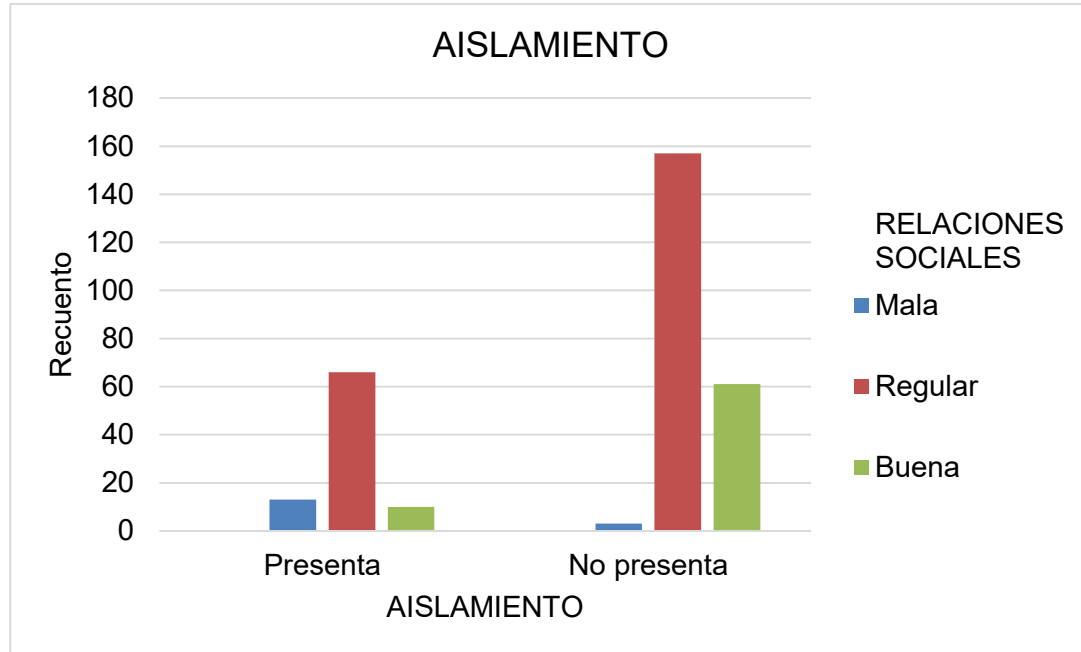
En la Figura 36, se presenta la distribución de la variable aislamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 5.2 % presento aislamiento, mientras que el 5.5 % de estos no presento aislamiento social; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 21.3 % presento aislamiento, mientras que el 51.0 % no presento aislamiento social. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de salud psicológica, el 2.3 % presento aislamiento social, mientras que el 14.8 % no presento aislamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .002$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .202 que indica una asociación positiva débil entre el aislamiento social y salud psicológica.

Aislamiento social y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 37

Distribución de la Variable Aislamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

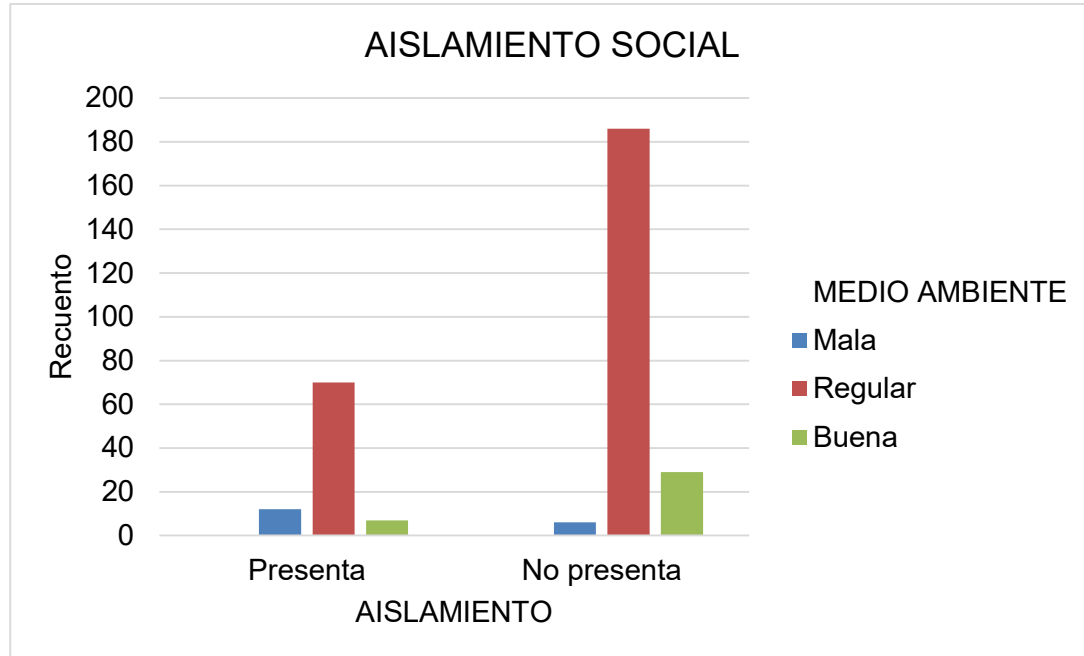
En la Figura 37, se presenta la distribución de la variable aislamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de las relaciones sociales.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 4.2 % presentó aislamiento, mientras que el 1 % de estos no presentó aislamiento social; en cambio en participantes con una regular calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 21.3 % presentó aislamiento, mientras que el 50.6 % no presentó aislamiento social. En los participantes con una buena calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales, el 3.2 % presentó aislamiento social, mientras que el 19.7 % no presentó aislamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p < .001$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .306 que indica una asociación positiva débil entre el aislamiento social y las relaciones sociales.

Aislamiento social y Dimensión de medio ambiente:

Figura 38

Distribución de la Variable Aislamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 38, se presenta la distribución de la variable aislamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad del medio ambiente.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad en la dimensión de medio ambiente, el 3.9 % presento aislamiento, mientras que el 1.9 % de estos no presento aislamiento social; en cambio en participantes con una regular calidad en la dimensión de medio ambiente, el 22.6 % presento aislamiento, mientras que el 60 % no presento aislamiento social. En los participantes con una buena calidad en la dimensión de medio ambiente, el 2.3 % presento aislamiento social, mientras que el 9.4 % no presento aislamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .001$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .216 que indica una asociación positiva débil entre el aislamiento social y el medio ambiente.

Creencias sobre el distanciamiento social:

Tabla 13

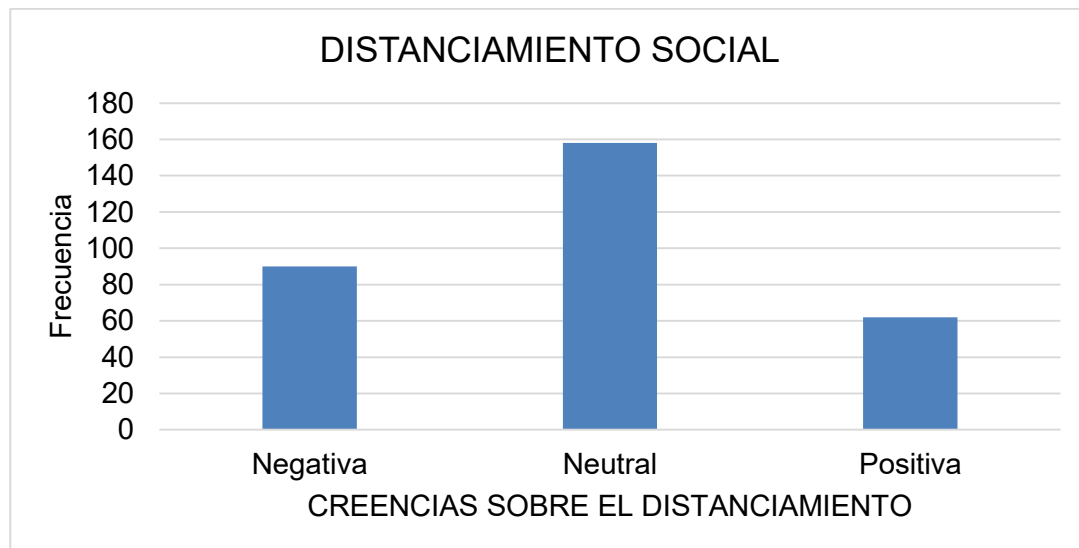
Distribución de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según las Creencias Sobre el Distanciamiento Social.

Creencias sobre el distanciamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Negativa	90	29.0
Neutral	158	51.0
Positiva	62	20.0
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Figura 39

Distribución de la Población del Departamento de Cusco 2021, Según las Creencias Sobre el Distanciamiento Social.



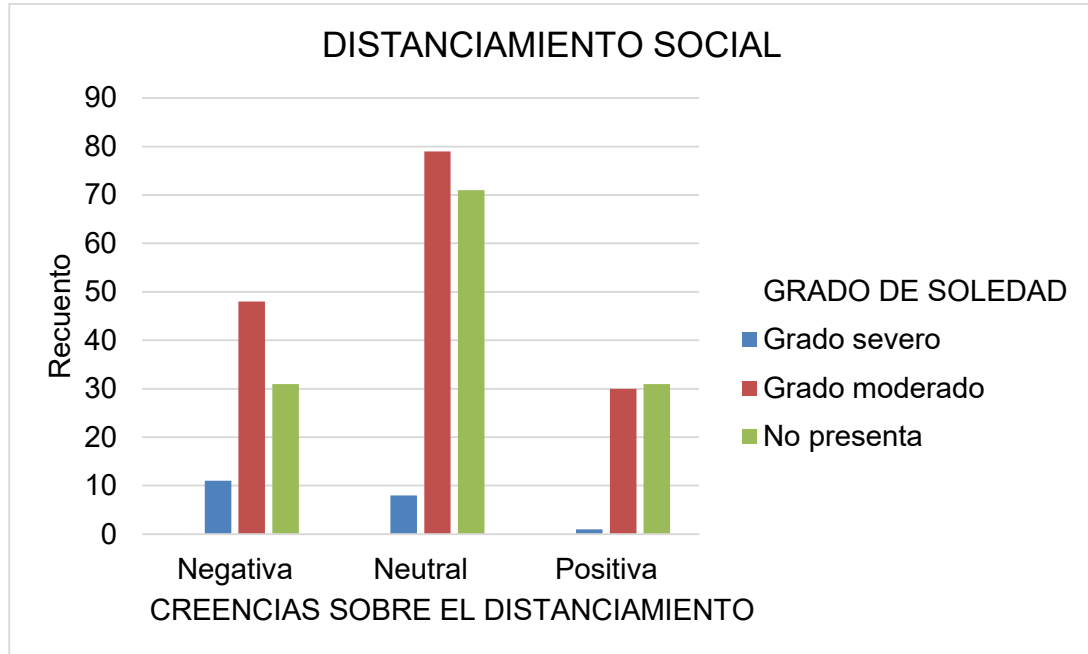
Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 13 y la Figura 39, se muestra la distribución de la población del departamento de Cusco 2021, según las creencias sobre el distanciamiento social. Se observó que, el 29 % (90) participantes de la población tienen creencias negativas sobre el distanciamiento social, en cambio 51 % (158) participantes tienen creencias neutras sobre el distanciamiento social; sin embargo, el 20 % (62) tienen creencias positivas sobre el distanciamiento social.

Creencias sobre el distanciamiento social y Soledad:

Figura 40

Distribución de la Variable Creencias Sobre el Distanciamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



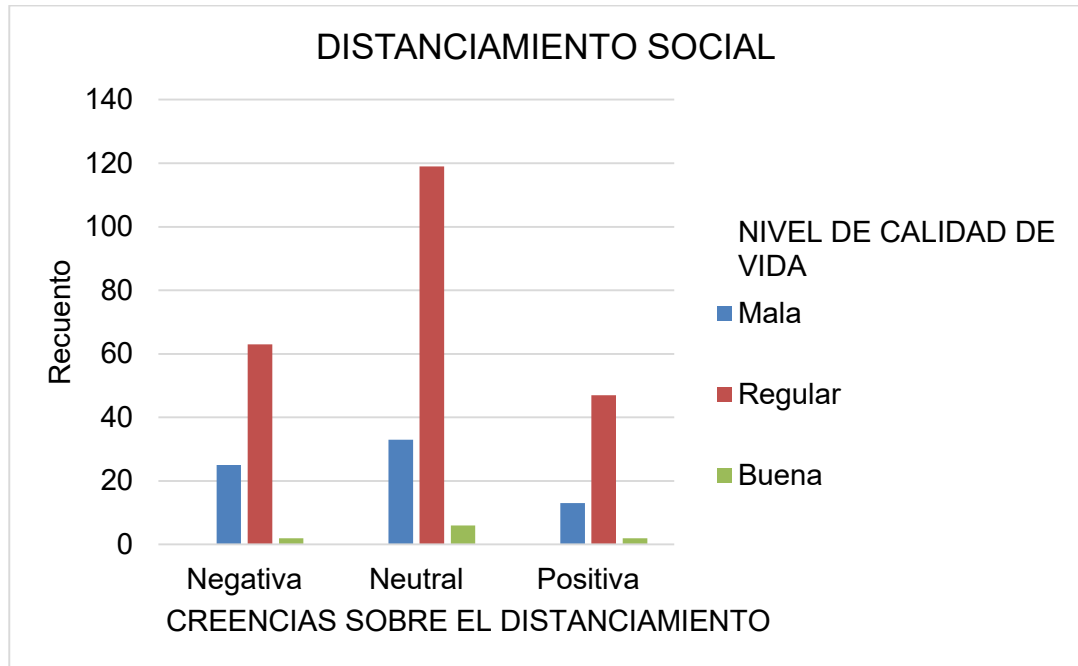
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 40, se presenta la distribución de la variable creencias sobre el distanciamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el grado de soledad. Se observó que, en participantes con grado severo de soledad el 3.5 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 2.6 % tenían creencias neutras y el 0.3 % tenían creencias positivas; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 15.5 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 25.5 % tenían creencias neutras y el 9.7 % tenían creencias positivas. En los participantes que no presentaron soledad, el 10 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 22.9 % tenían creencias neutras y el 10 % tenían creencias positivas sobre el distanciamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .041$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .127 que indica una asociación positiva muy débil entre las creencias sobre el distanciamiento social y la soledad.

Creencias sobre el distanciamiento social y Calidad de vida:

Figura 41

Distribución de la Variable Creencias Sobre el Distanciamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 41, se presenta la distribución de la variable creencias sobre el distanciamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global.

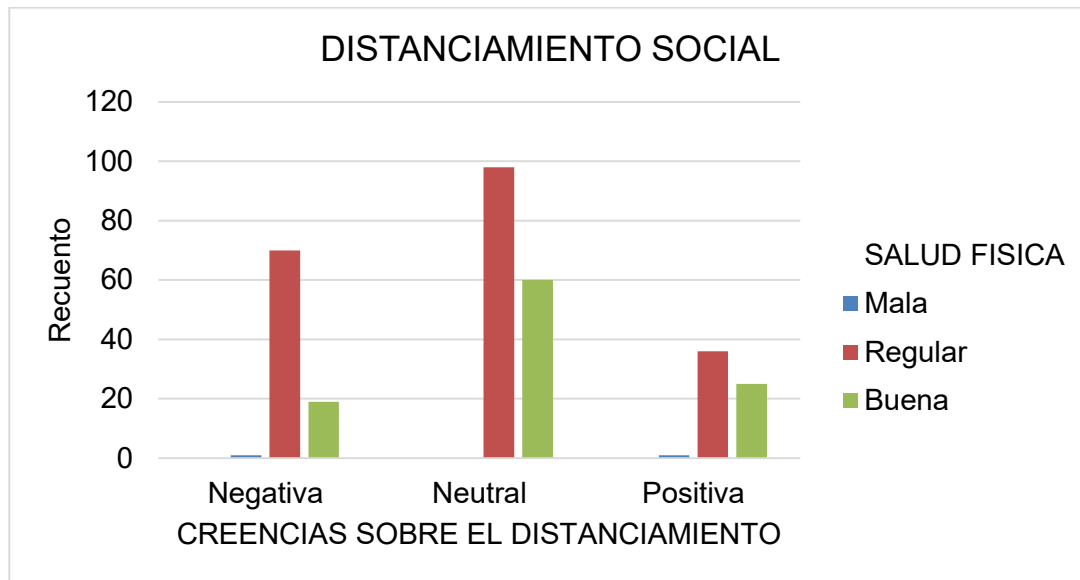
Se observó que, en los participantes con una calidad de vida global mala, el 8.1 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 10.6 % tenían creencias neutras y el 4.2 % tenían creencias positivas; en cambio en participantes con una calidad de vida global regular el 20.3 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 38.4 % tenían creencias neutras y el 15.2 % tenían creencias positivas. En los participantes con una buena calidad de vida global el 0.6 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 1.9 % tenían creencias neutras sobre el distanciamiento social y el 0.6 % tenían creencias positivas sobre el distanciamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .733$).

Creencias sobre el distanciamiento social y Dimensiones de calidad de vida:

Creencias sobre el distanciamiento social y Dimensión de salud física:

Figura 42

Distribución de la Variable Creencias Sobre el Distanciamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



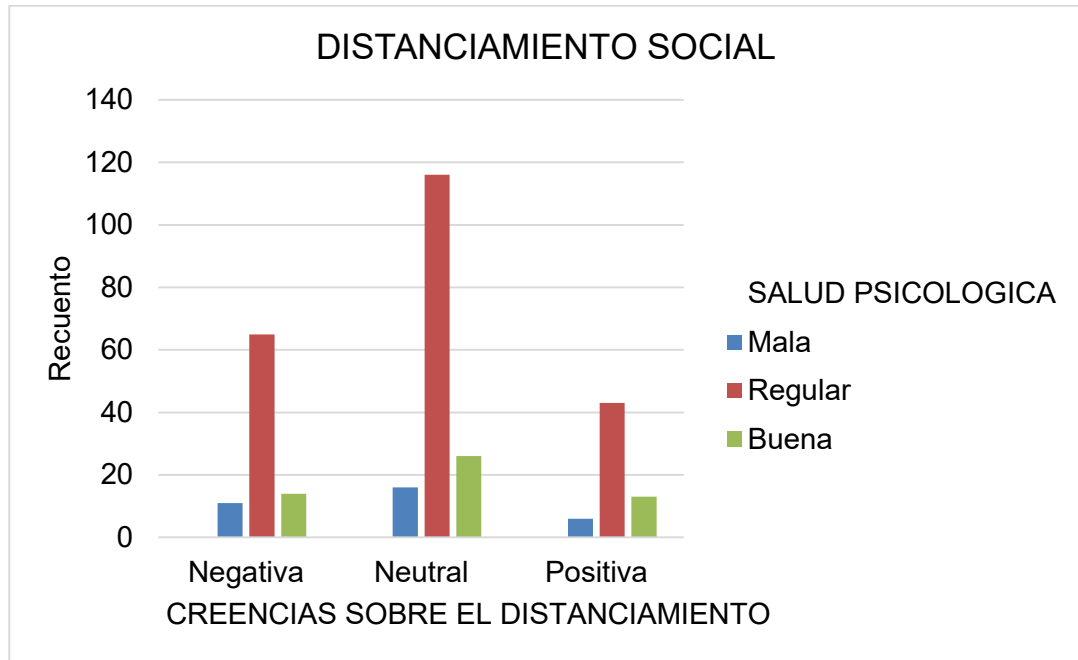
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 42, se presenta la distribución de la variable creencias sobre el distanciamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física. Se observó que, en los participantes con una mala salud física, el 0.3 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social y el 0.3 % tenían creencias positivas; en cambio en participantes con una regular salud física, el 22.6 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 31.6 % tenían creencias neutras y el 11.6 % tenían creencias. En los participantes con una buena salud física, el 6.1 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 19.4 % tenían creencias neutras y el 8.1 % tenían creencias positivas. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .026$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue V de Cramer con un valor de .133 que indica una asociación positiva muy débil entre las creencias sobre el distanciamiento social y la soledad.

Creencias sobre el distanciamiento social y Dimensión de salud psicológica:

Figura 43

Distribución de la Variable Creencias Sobre el Distanciamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



Fuente: Elaboración propia.

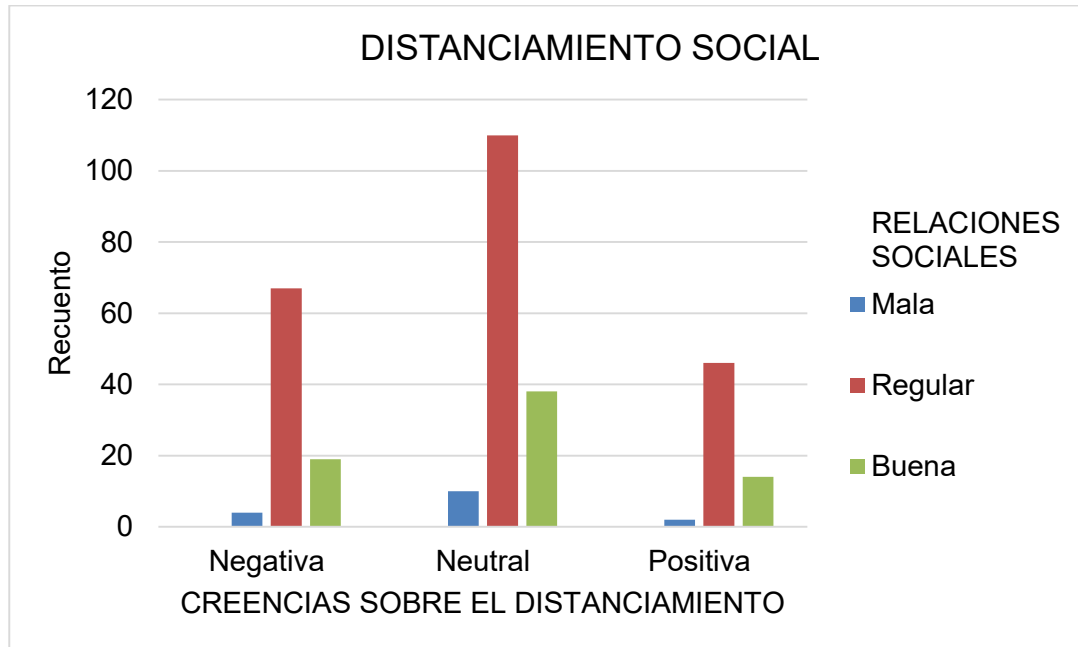
En la Figura 43, se presenta la distribución de la variable creencias sobre el distanciamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad de salud psicológica, el 3.5 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 5.2 % tenían creencias neutras y el 1.9 % tenían creencias positivas; en cambio en participantes con una regular calidad salud psicológica, el 21 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 37.4 % tenían creencias neutras y el 13.9 % tenían creencias positivas. En los participantes con una buena calidad en la salud psicológica, el 4.5 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 8.4 % tenían creencias neutras y el 4.2 % tenían creencias positivas. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .892$).

Creencias sobre el distanciamiento social y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 44

Distribución de la Variable Creencias Sobre el Distanciamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

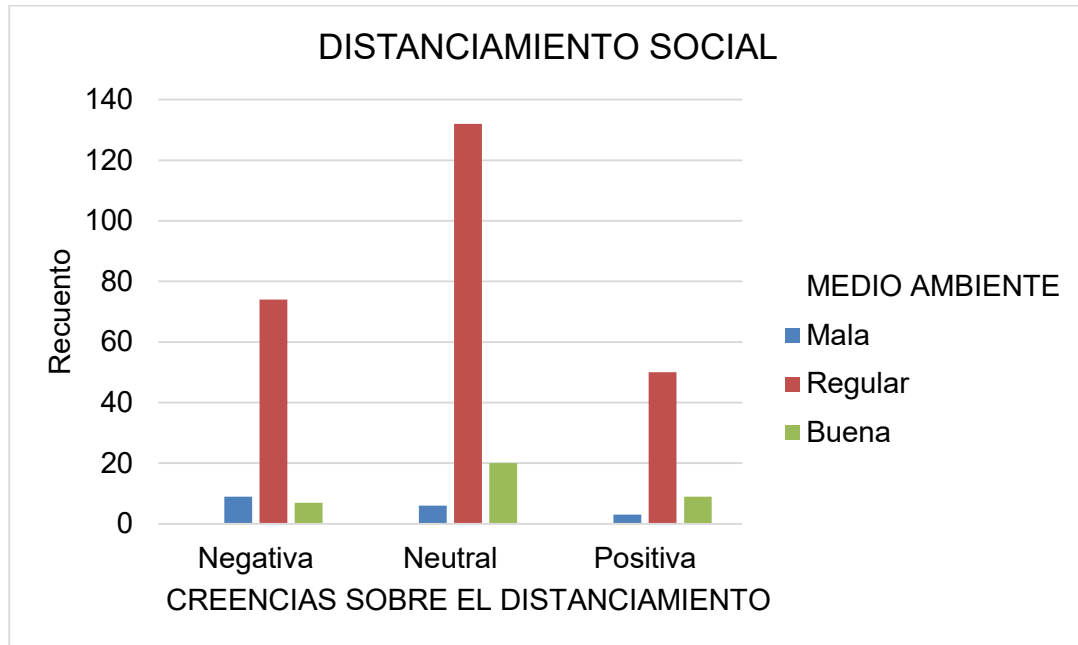
En la Figura 44, se muestra la distribución de la variable creencias sobre el distanciamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de relaciones sociales.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad en la dimensión de relaciones sociales, el 1.3 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 3.2 % tenían creencias neutras y el 0.6 % tenían creencias positivas; en cambio en participantes con una regular calidad en la dimensión de relaciones sociales, el 21.6 % tenían creencias negativas, el 35.5 % tenían creencias neutras y el 14.8 % tenían creencias positivas. En los participantes con una buena calidad en la dimensión de relaciones sociales, el 6.1 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 12.3 % tenían creencias neutras y el 4.5 % tenían creencias positivas sobre el distanciamiento social. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .841$).

Creencias sobre el distanciamiento social y Dimensión de medio ambiente:

Figura 45

Distribución de la Variable Creencias Sobre el Distanciamiento Social en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 45, se muestra la distribución de la variable creencias sobre el distanciamiento social en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad del medio ambiente.

Se observó que, en los participantes con una mala calidad en la dimensión de medio ambiente, el 2.9 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 1.9 % tenían creencias neutras y el 1 % tenían creencias positivas; en cambio en participantes con una regular calidad en la dimensión de medio ambiente, el 23.9 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 42.6 % tenían creencias neutras y el 16.1 % tenían creencias positivas. En los participantes con una buena calidad en la dimensión de medio ambiente, el 2.3 % tenían creencias negativas sobre el distanciamiento social, el 6.5 % tenían creencias neutras y el 2.9 % tenían creencias positivas. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .222$).

Contacto social:

Salió de su residencia:

Tabla 14

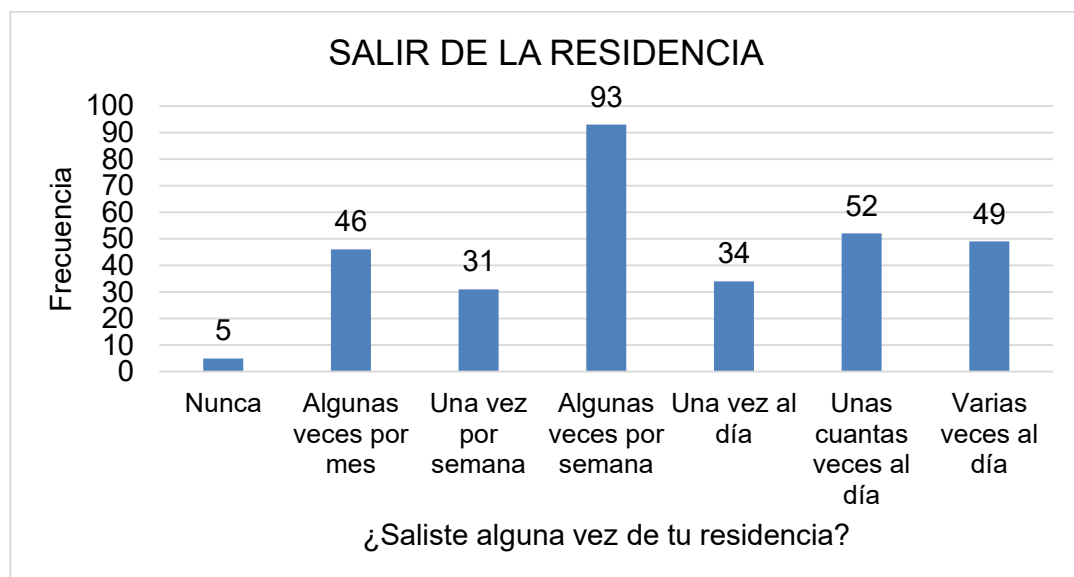
Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Pregunta si Salió de su Residencia.

¿Saliste de tu residencia?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	5	1,6
Algunas veces por mes	46	14,8
Una vez por semana	31	10,0
Algunas veces por semana	93	30,0
Una vez al día	34	11,0
Unas cuantas veces al día	52	16,8
Varias veces al día	49	15,8
Total	310	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Figura 46

Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Pregunta si Salió de su Residencia.



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 14 y la Figura 46, se muestra la distribución la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la pregunta si salió de su residencia.

Se observó que, respecto a la pregunta si salieron de su residencia, el 30 % (93) salieron algunas veces por semana, el 16.8 % (52) salieron unas cuantas veces por día, 15.8 % (49) salieron varias veces por día, 14.8 % (46) salieron algunas veces por mes, 11 % (34) salió al menos una vez por día, 10 % (31) salieron una vez por semana y el 1.6 % (5) no salieron nunca.

Frecuencia del contacto presencial:

Tabla 15

Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Contacto Presencial que Tuvieron.

Contacto presencial	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	9	2.9
Algunas veces por mes	90	29.0
Una vez por semana	43	13.9
Algunas veces por semana	68	21.9
Una vez al día	20	6.5
Unas cuantas veces al día	27	8.7
Varias veces al día	53	17.1
Total	310	100.0

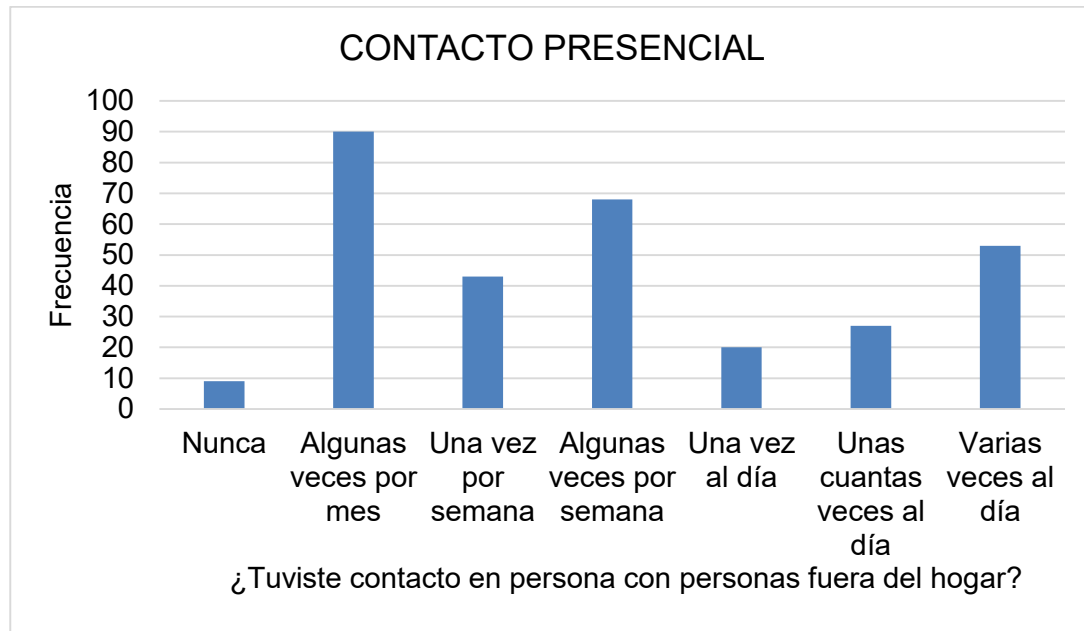
Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 15 y la Figura 47, se muestra la distribución la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el contacto presencial que tuvieron.

Se observó que, el 29 % (90) tuvieron contacto presencial algunas veces por mes, el 21.9 % (68) algunas veces por semana, 17.1 % (53) varias veces al día, 13.9 % (43) lo tuvieron al menos una vez por semana, 8.7 % (27) unas cuantas veces por día, 6.5 % (20) una vez por día y el 2.9 % (5) no tuvieron contacto presencial.

Figura 47

Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Contacto Presencial que Tuvieron.



Fuente: Elaboración propia.

Frecuencia de contacto virtual:

Tabla 16

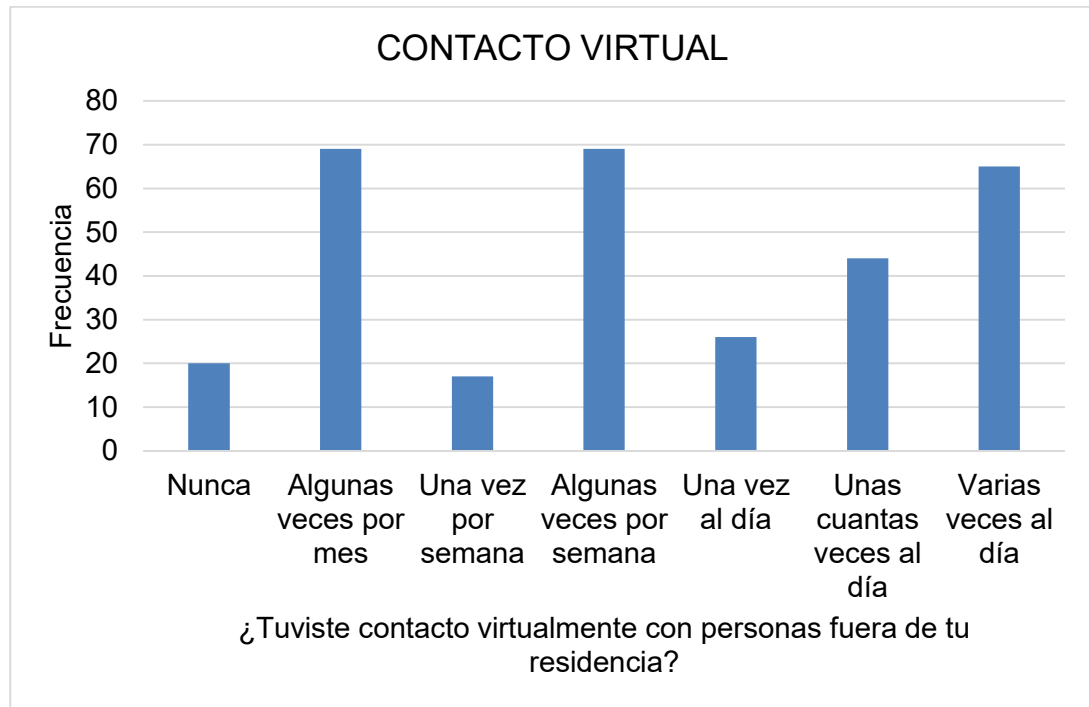
Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Contacto Virtual que Tuvieron.

Contacto virtual	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	20	6.5
Algunas veces por mes	69	22.3
Una vez por semana	17	5.5
Algunas veces por semana	69	22.3
Una vez al día	26	8.4
Unas cuantas veces al día	44	14.2
Varias veces al día	65	21.0
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Figura 48

Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Contacto Virtual que Tuvieron.



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 16 y la Figura 48, se muestra la distribución la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el contacto virtual que tuvieron.

Se observó que, el 22.3 % (69) tuvieron contacto de manera virtual algunas veces por mes, el 22.3 % (69) algunas veces por semana, 21 % (65) varias veces al día, 14.2 % (44) unas cuantas veces al día, 8.4 % (26) por lo menos una vez al día, 5.5 % (17) una vez por semana y el 6.5 % (20) no tuvieron contacto virtual.

Red social más utilizada:

Tabla 17

Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Contacto Virtual que Tuvieron.

Contacto presencial	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	10	3.2
WhatsApp	31	10.0
Facebook (Messenger)	236	76.1
Instagram	11	3.5
Por correo electrónico (Meet, Zoom)	21	6.8
Otra	1	0.3
Nunca	10	3.2
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 17, se muestra la distribución la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la red social más frecuente. Se observó que, el 76.1 % (236) utilizaban con más frecuencia Facebook (Messenger), 10 % (31) utilizaban WhatsApp, 6.8 % (21) utilizaban correo electrónico, 3.5 % (11) utilizaban Instagram, 0.3 % (1) otras redes sociales y el 3.2 % (10) no utilizaron ninguna red social.

Frecuencia al realizar videollamada:

Tabla 18

Distribución la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según si Realizo Videollamada.

¿Realizo videollamada?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	26	8.4
Al menos una vez	104	33.5
Más de una vez	180	58.1
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia.

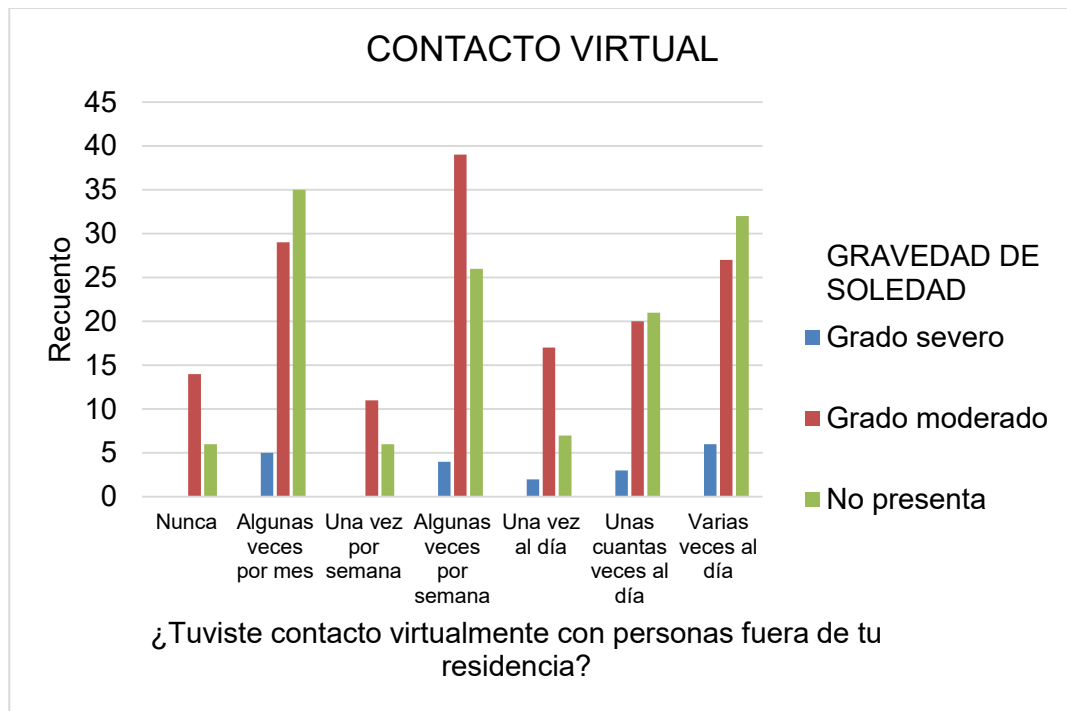
En la Tabla 18, se muestra la distribución la población adulta del departamento de Cusco 2021, según si realizo videollamada.

Se observó que, el 58.1 % (180) realizaron videollamada más de una vez, 33.5 % (104) lo realizaron al menos una vez, 8.4 % (26) nunca realizaron una videollamada.

Frecuencia de contacto virtual y Soledad:

Figura 49

Distribución de la Variable Contacto Virtual en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



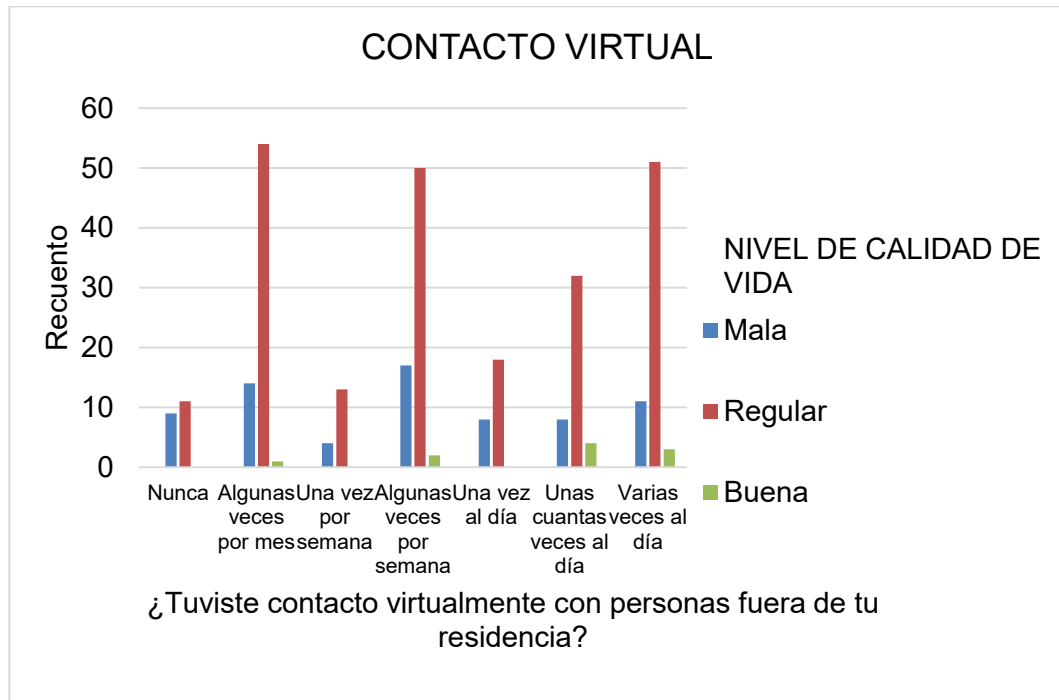
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 49, se presenta la distribución de la variable contacto virtual en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la gravedad de la soledad. Se observó que, en participantes con grado severo de soledad, el 1.6 % algunas veces por mes, el 1.3 % algunas veces por semana, el 0.6 % una vez al día, el 1 % unas cuantas veces al día y el 1.9 % varias veces por día; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 4.5 % nunca se comunicó virtualmente, el 9.4 % algunas veces por mes, el 3.5 % una vez por semana, el 12.6 % algunas veces por semana, el 5.5 % una vez al día, el 6.5 % unas cuantas veces al día y el 8.7 % varias veces por día. En los participantes que no presentaron soledad, el 1.9 % nunca se comunicó virtualmente, el 11.3 % algunas veces por mes, el 1.9 % una vez por semana, el 8.4 % algunas veces por semana, el 2.3 % una vez al día, el 6.8 % unas cuantas veces al día y el 10.3 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .288$).

Frecuencia de contacto virtual y Calidad de vida:

Figura 50

Distribución de la Variable Contacto Virtual en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad Global.



Fuente: Elaboración propia.

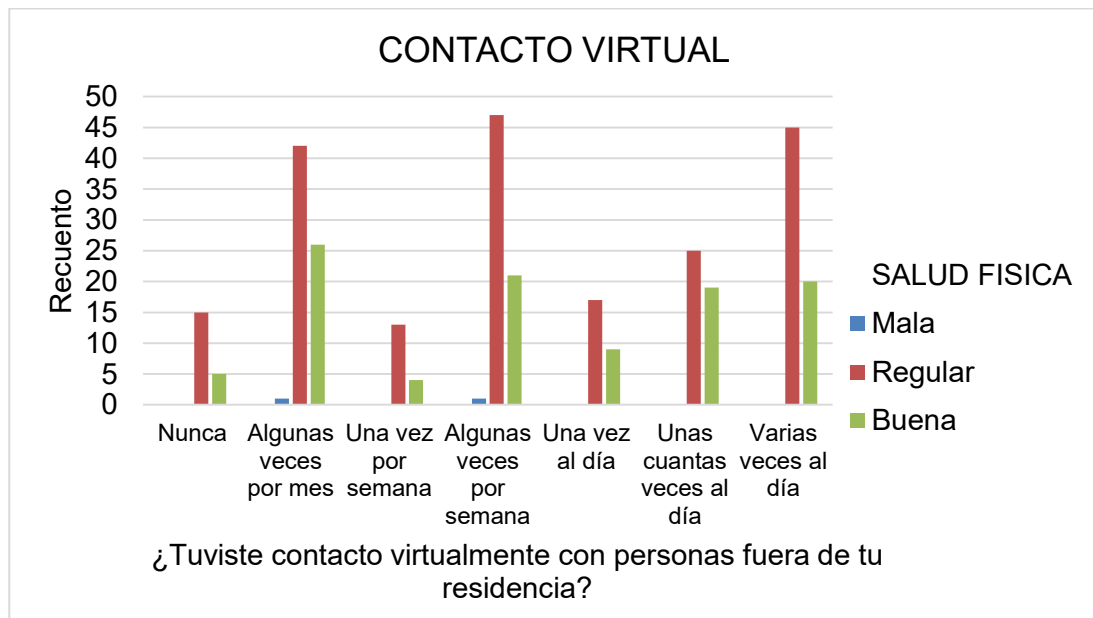
En la Figura 50, se presenta la distribución de la variable contacto virtual en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global. Se observó que, en participantes con una calidad de vida mala, el 2.9 % nunca se comunicó virtualmente, el 4.5 % algunas veces por mes, el 1.3 % una vez por semana, el 5.5 % algunas veces por semana, el 2.6 % una vez al día, el 2.6 % unas cuantas veces al día y el 3.5 % varias veces por día; en cambio en participantes con una calidad de vida regular, el 3.5 % nunca se comunicó virtualmente, el 17.4 % algunas veces por mes, el 4.2 % una vez por semana, el 16.1 % algunas veces por semana, el 5.8 % una vez al día, el 10.3 % unas cuantas veces al día y el 16.5 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una calidad de vida buena, el 0.3 % algunas veces por mes, el 0.6 % algunas veces por semana, el 1.3 % unas cuantas veces al día y el 1 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .193$).

Frecuencia de contacto virtual y Dimensiones de calidad de vida:

Frecuencia de contacto virtual y Dimensión de salud física:

Figura 51

Distribución de la Variable Contacto Virtual en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Salud Física.



Fuente: Elaboración propia.

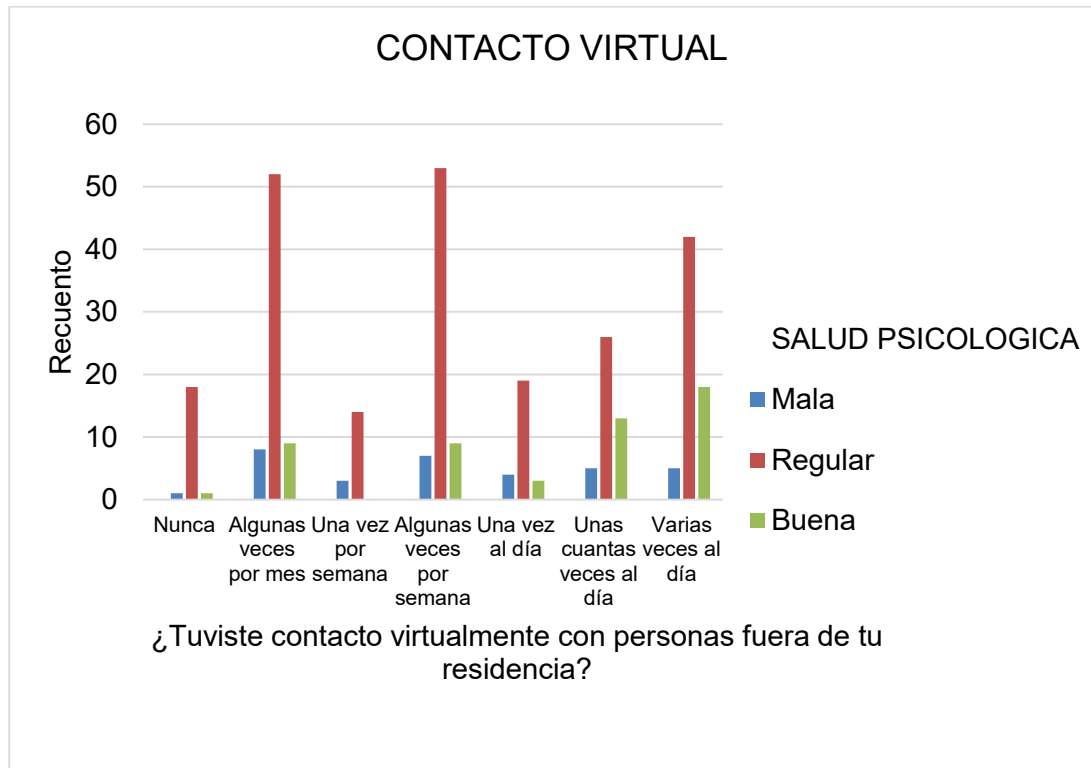
En la Figura 51, se presenta la distribución de la variable contacto virtual en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la salud física.

Se observó que, en participantes con una salud física mala, el 0.3 % algunas veces por mes, el 0.3 % algunas veces por semana; en cambio en participantes con una salud física regular, el 4.8 % nunca se comunicó virtualmente, el 13.5 % algunas veces por mes, el 4.2 % una vez por semana, el 15.2 % algunas veces por semana, el 5.5 % una vez al día, el 8.1 % unas cuantas veces al día y el 14.5 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una salud física buena, el 1.6 % nunca se comunicó virtualmente, el 8.4 % algunas veces por mes, el 1.3 % una vez por semana, el 6.8 % algunas veces por semana, el 2.9 % una vez al día, el 6.1 % unas cuantas veces al día y el 6.5 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .865$).

Frecuencia de contacto virtual y Dimensión de salud psicológica:

Figura 52

Distribución de la Variable Contacto Virtual en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Salud Psicológica.



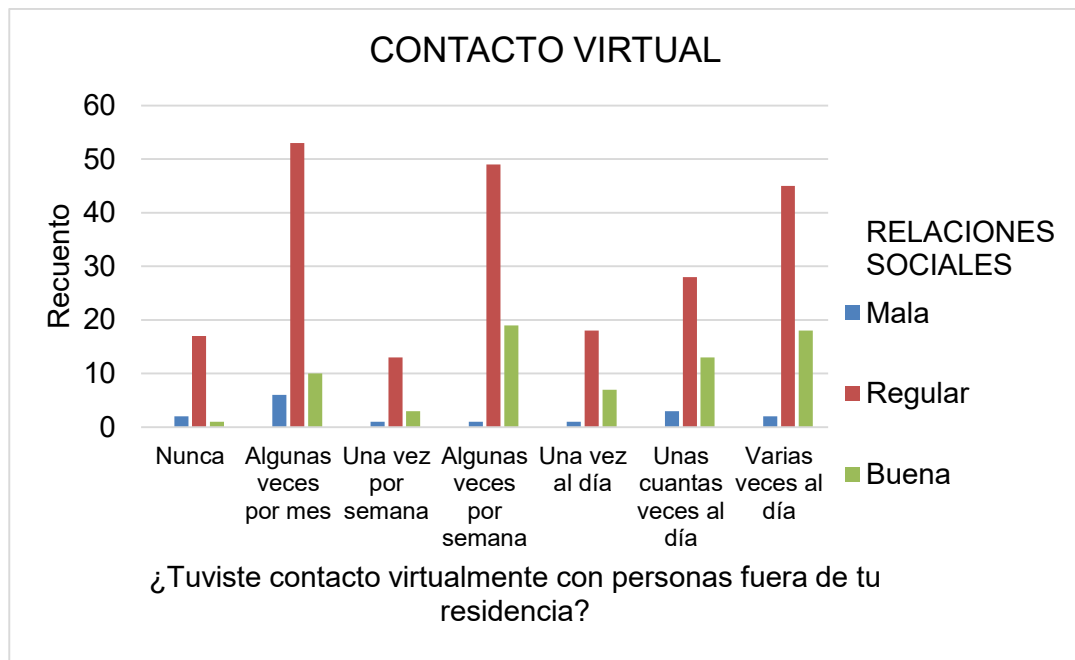
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 52, se presenta la distribución de la variable contacto virtual en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la salud psicológica. Se observó que, en participantes con una salud psicológica mala, el 0.3 % nunca se comunicó virtualmente, el 2.6 % algunas veces por mes, el 1 % una vez por semana, el 2.3 % algunas veces por semana, el 1.3 % una vez al día, el 1.6 % unas cuantas veces al día y el 1.6 % varias veces por día; en cambio en participantes con una salud psicológica regular, el 5.8 % nunca se comunicó virtualmente, el 16.8 % algunas veces por mes, el 4.5 % una vez por semana, el 17.1 % algunas veces por semana, el 6.1 % una vez al día, el 8.4 % unas cuantas veces al día y el 8.4 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una salud psicológica buena, el 0.3 % nunca se comunicó virtualmente, el 2.9 % algunas veces por mes, el 2.9 % algunas veces por semana, el 1 % una vez al día, el 4.2 % unas cuantas veces al día y el 5.8 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .063$).

Frecuencia de contacto virtual y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 53

Distribución de la Variable Contacto Virtual en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Relaciones Sociales.



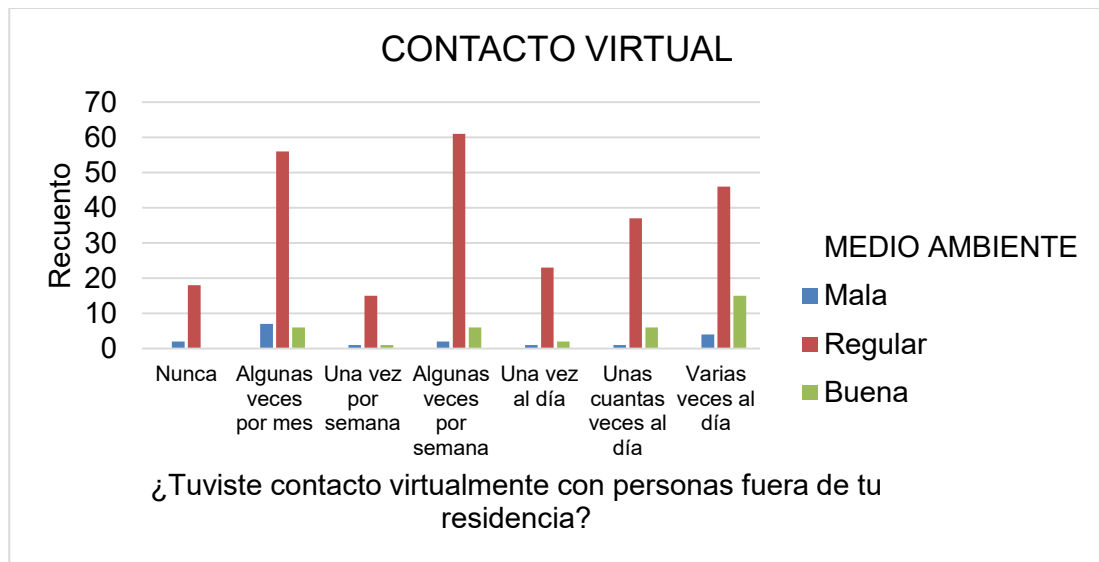
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 53, se presenta la distribución de la variable contacto virtual en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la calidad en las relaciones sociales. Se observó que, en participantes con una mala calidad en las relaciones sociales, el 0.6 % nunca se comunicó virtualmente, el 1.9 % algunas veces por mes, el 0.3 % una vez por semana, el 0.3 % algunas veces por semana, el 0.3 % una vez al día, el 1 % unas cuantas veces al día y el 0.6 % varias veces por día; en cambio en participantes con una regular calidad en las relaciones sociales, el 5.5 % nunca se comunicó virtualmente, el 17.1 % algunas veces por mes, el 4.2 % una vez por semana, el 15.8 % algunas veces por semana, el 5.8 % una vez al día, el 9 % unas cuantas veces al día y el 14.5 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una buena calidad en las relaciones sociales, el 0.3 % nunca se comunicó virtualmente, el 3.2 % algunas veces por mes, el 1 % una vez por semana, el 6.1 % algunas veces por semana, el 2.3 % una vez al día, el 4.2 % unas cuantas veces al día y el 5.8 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .298$).

Frecuencia de contacto virtual y Dimensión de medio ambiente:

Figura 54

Distribución de la Variable Contacto Virtual en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Medio Ambiente.



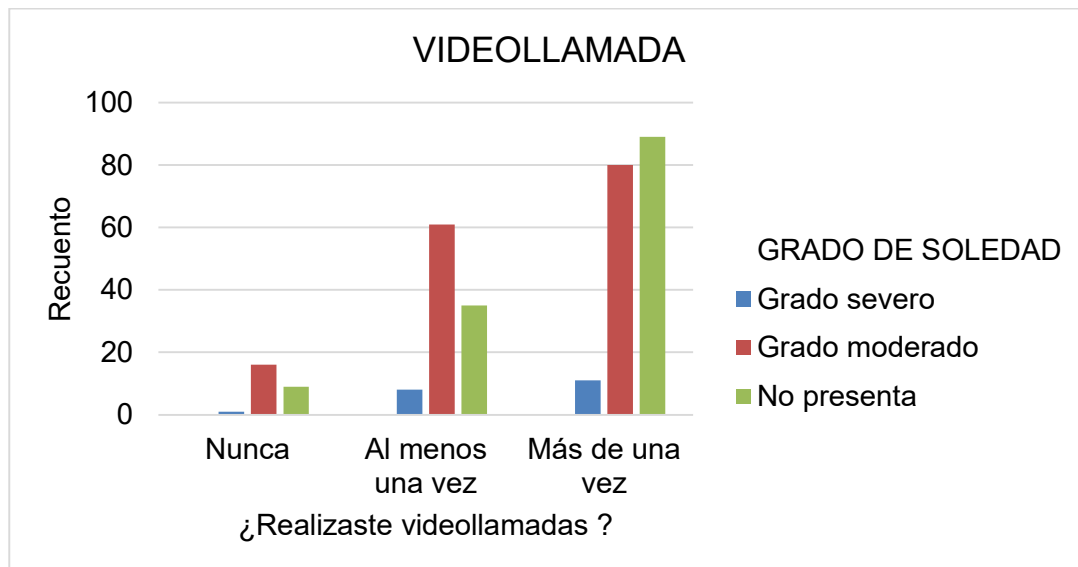
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 54, se presenta la distribución de la variable contacto virtual en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la calidad en el medio ambiente. Se observó que, en participantes con una mala calidad en el medio ambiente, el 0.6 % nunca se comunicó virtualmente, el 2.3 % algunas veces por mes, el 0.3 % una vez por semana, el 0.6 % algunas veces por semana, el 0.3 % una vez al día, el 0.3 % unas cuantas veces al día y el 1.3 % varias veces por día; en cambio en participantes con una regular calidad en el medio ambiente, el 5.8 % nunca se comunicó virtualmente, el 18.1 % algunas veces por mes, el 4.8 % una vez por semana, el 19.7 % algunas veces por semana, el 7.4 % una vez al día, el 11.9 % unas cuantas veces al día y el 14.8 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una buena calidad en el medio ambiente, el 1.9 % algunas veces por mes, el 0.3 % una vez por semana, el 1.9 % algunas veces por semana, el 0.6 % una vez al día, el 1.9 % unas cuantas veces al día y el 4.8 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .105$).

Frecuencia de realizar videollamada y Soledad:

Figura 55

Distribución de la Variable Realizo Videollamada en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



Fuente: Elaboración propia.

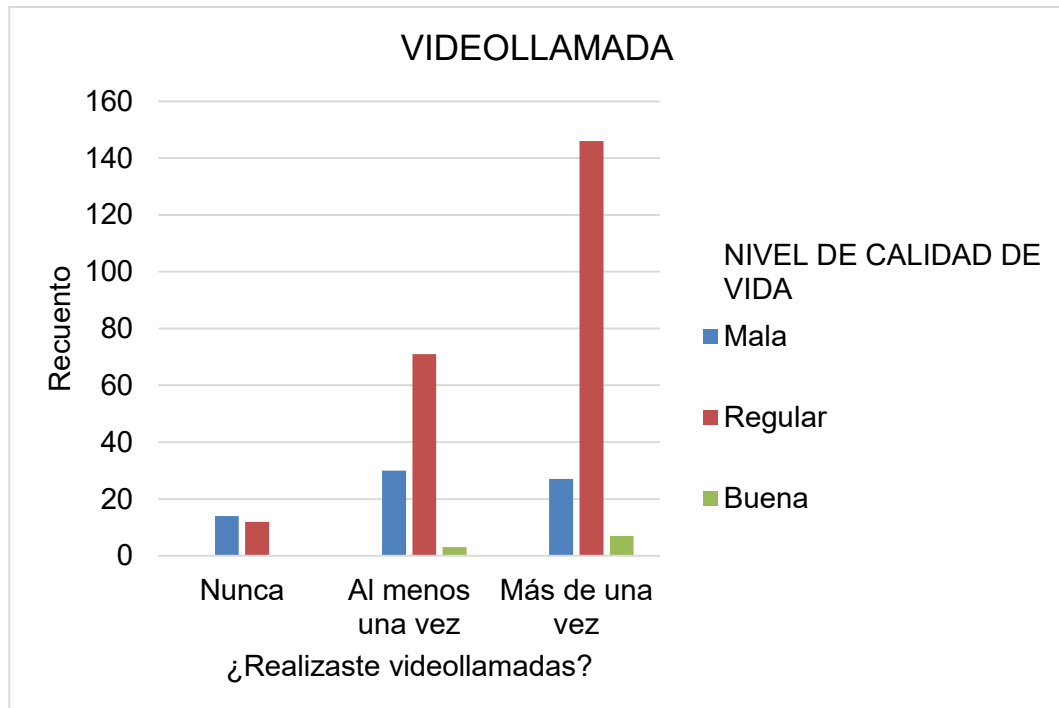
En la Figura 55, se presenta la distribución de la variable realizar videollamada en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la gravedad de la soledad.

Se observó que, en participantes con grado severo de soledad, el 0.3 % nunca se realizó videollamadas, el 2.6 % lo realizó al menos una vez, el 3.5 % lo realizó más de una vez; en cambio en participantes con grado moderado de soledad el 5.2 % nunca se realizó videollamadas, el 19.7 % lo realizó al menos una vez, el 25.8 % lo realizó más de una vez. En los participantes que no presentaron soledad, el 2.9 % nunca se realizó videollamadas, el 11.3 % lo realizó al menos una vez, el 28.7 % lo realizó más de una vez. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .087$).

Frecuencia de realizar videollamada y Calidad de vida:

Figura 56

Distribución de la Variable Realizo Videollamada en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad de Vida Global.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 56, se presenta la distribución de la variable realizar videollamada en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global. Se observó que, en participantes una mala calidad de vida global, el 4.5 % nunca se realizó videollamadas, el 9.7 % lo realizo al menos una vez, el 8.7 % lo realizo más de una vez; en cambio en participantes con una regular calidad de vida el 3.9 % nunca se realizó videollamadas, el 22.9 % lo realizo al menos una vez, el 47.1 % lo realizo más de una vez. En los participantes con una buena calidad de vida, el 1 % lo realizo al menos una vez, el 2.3 % lo realizo más de una vez. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p < .001$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue el coeficiente Gamma con un valor de .458 que indica una asociación positiva regular entre realizar videollamada y la calidad de vida global.

Frecuencia de realizar videollamada y Dimensiones de calidad de vida:

Frecuencia de realizar videollamada y Dimensión de salud física:

Figura 58

Distribución de la Variable Realizo Videollamada en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Física.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 58, se presenta la distribución de la variable realizar videollamada en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud física. Se observó que, en participantes una mala calidad en la salud física, el 0.6 % lo realizo más de una vez; en cambio en participantes con una regular calidad en la salud física el 7.4 % nunca se realizó videollamadas, el 22.9 % lo realizo al menos una vez, el 35.5 % lo realizo más de una vez. En los participantes con una buena calidad en la salud física, el 1 % nunca se realizó videollamadas, el 10.6 % lo realizo al menos una vez, el 21.9 % lo realizo más de una vez. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .061$).

Frecuencia de realizar videollamada y Dimensión de salud psicológica:

Figura 59

Distribución de la Variable Realizo Videollamada en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Salud Psicológica.



Fuente: Elaboración propia.

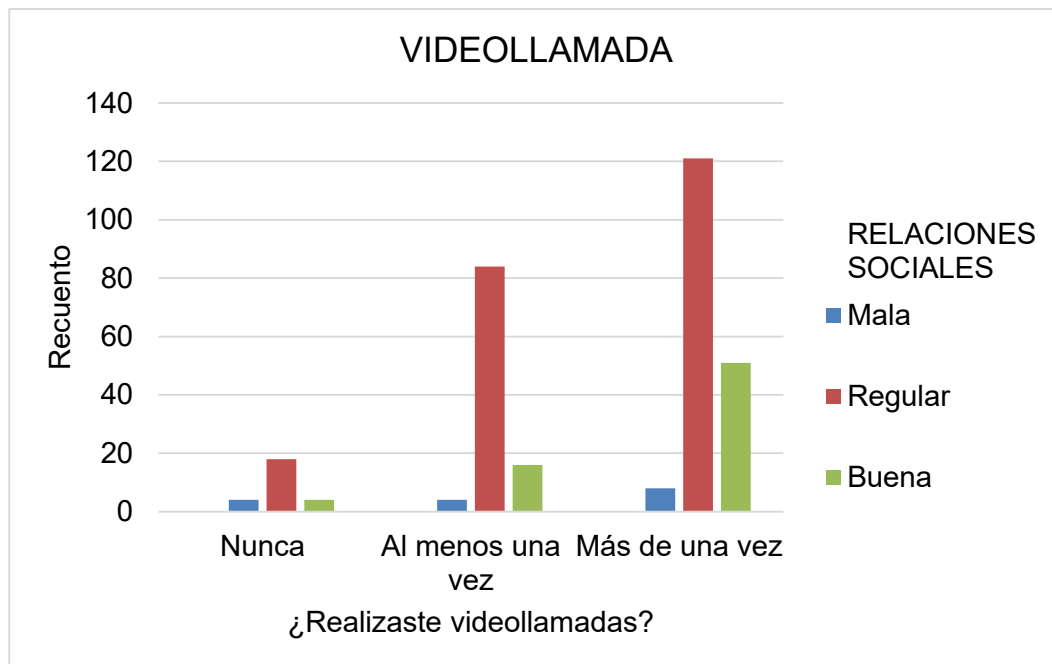
En la Figura 59, se presenta la distribución de la variable realizar videollamada en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de salud psicológica.

Se observó que, en participantes una mala calidad de salud psicológica, el 2.6 % nunca se realizó videollamadas, el 3.5 % lo realizo al menos una vez, el 4.5 % lo realizo más de una vez; en cambio en participantes con una regular calidad de salud psicológica 4.8 % nunca se realizó videollamadas, el 25.2 % lo realizo al menos una vez, el 42.3 % lo realizo más de una vez. En los participantes con una buena calidad de salud psicológica, el 1 % nunca se realizó videollamadas, el 4.8 % lo realizo al menos una vez, el 11.3 % lo realizo más de una vez. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .009$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue el coeficiente Gamma con un valor de .256 que indica una asociación positiva débil entre realizar videollamada y la dimensión de salud psicológica.

Frecuencia de realizar videollamada y Dimensión de Relaciones Sociales:

Figura 60

Distribución de la Variable Realizo Videollamada en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 60, se presenta la distribución de la variable realizar videollamada en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de relaciones sociales.

Se observó que, en participantes una mala calidad de relaciones sociales, el 1.3 % nunca se realizó videollamadas, el 1.3 % lo realizo al menos una vez, el 2.6 % lo realizo más de una vez; en cambio en participantes con una regular calidad de relaciones sociales 5.8 % nunca se realizó videollamadas, el 27.1 % lo realizo al menos una vez, el 39 % lo realizo más de una vez. En los participantes con una buena calidad de relaciones sociales, el 1.3 % nunca se realizó videollamadas, el 5.2 % lo realizo al menos una vez, el 16.5 % lo realizo más de una vez. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .011$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue el coeficiente Gamma con un valor de .311 que indica una asociación positiva débil entre realizar videollamada y la dimensión de relaciones sociales.

Frecuencia de realizar videollamada y Dimensión de Medio Ambiente:

Figura 61

Distribución de la Variable Realizo Videollamada en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

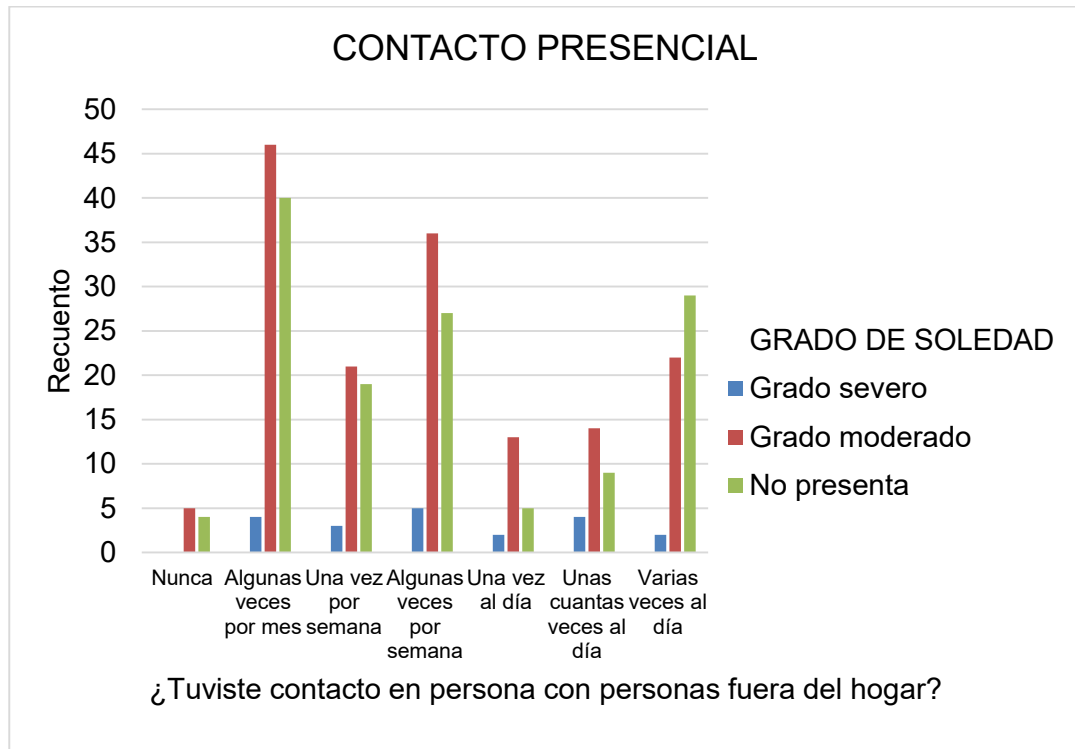
En la Figura 61, se presenta la distribución de la variable realizar videollamada en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de medio ambiente.

Se observó que, en participantes una mala calidad de medio ambiente, el 1.3 % nunca se realizó videollamadas, el 2.3 % lo realizo al menos una vez, el 2.3 % lo realizo más de una vez; en cambio en participantes con una calidad regular en el medio ambiente 6.8 % nunca se realizó videollamadas, el 27.1 % lo realizo al menos una vez, el 48.7 % lo realizo más de una vez. En los participantes con una buena calidad de medio ambiente, el 0.3 % nunca se realizó videollamadas, el 4.2 % lo realizo al menos una vez, el 7.1 % lo realizo más de una vez. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .138$).

Frecuencia de contacto presencial y Soledad:

Figura 62

Distribución de la Variable Contacto Presencial en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Grado de Soledad.



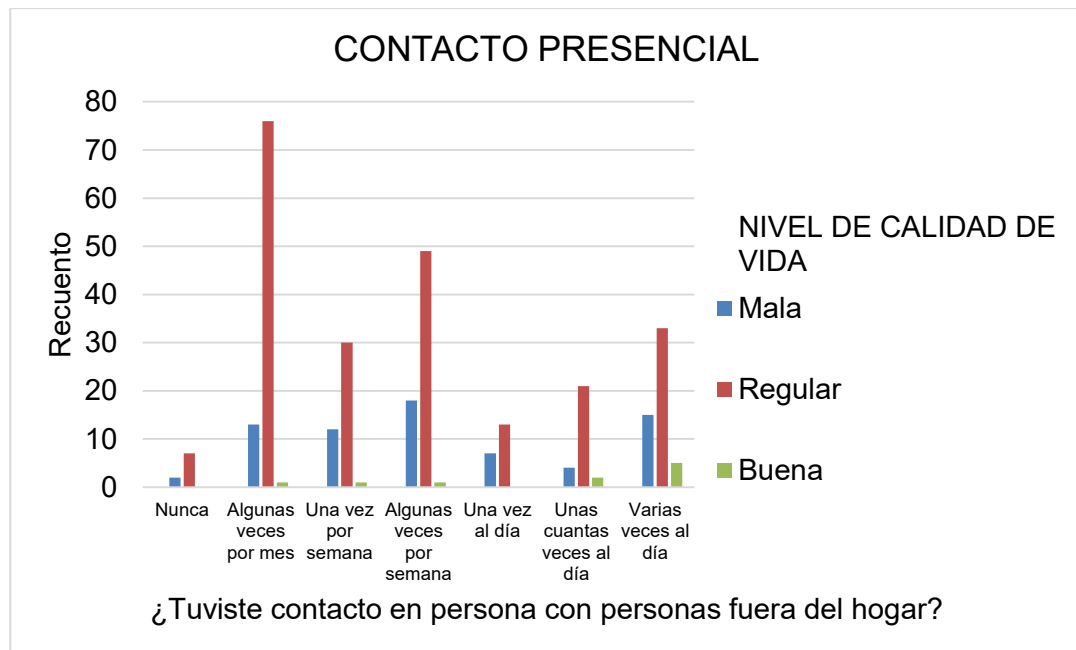
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 62, se presenta la distribución de la variable contacto presencial en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la gravedad de la soledad. Se observó que, en participantes con grado severo de soledad el 0 % nunca tuvo contacto presencial, el 1.3 % algunas veces por mes, el 1 % una vez por semana, el 1.6 % algunas veces por semana, el 0.6 % una vez al día, el 1.3 % unas cuantas veces al día y el 0.6 % varias veces por día; en cambio en participantes con grado moderado de soledad, el 1.6 % nunca tuvo contacto presencial, el 14.8 % algunas veces por mes, el 6.8 % una vez por semana, el 11.6 % algunas veces por semana, el 4.2 % una vez al día, el 4.5 % unas cuantas veces al día y el 7.1 % varias veces por día. En los participantes que no presentaron soledad, el 1.3 % nunca tuvo contacto presencial, el 12.9 % algunas veces por mes, el 1.6 % una vez por semana, el 8.7 % algunas veces por semana, el 1.6 % una vez al día, el 2,9 % unas cuantas veces al día y el 9.4 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .527$).

Frecuencia de contacto presencial y Calidad de Vida:

Figura 63

Distribución de la Variable Contacto Presencial en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según el Nivel de Calidad Global.



Fuente: Elaboración propia.

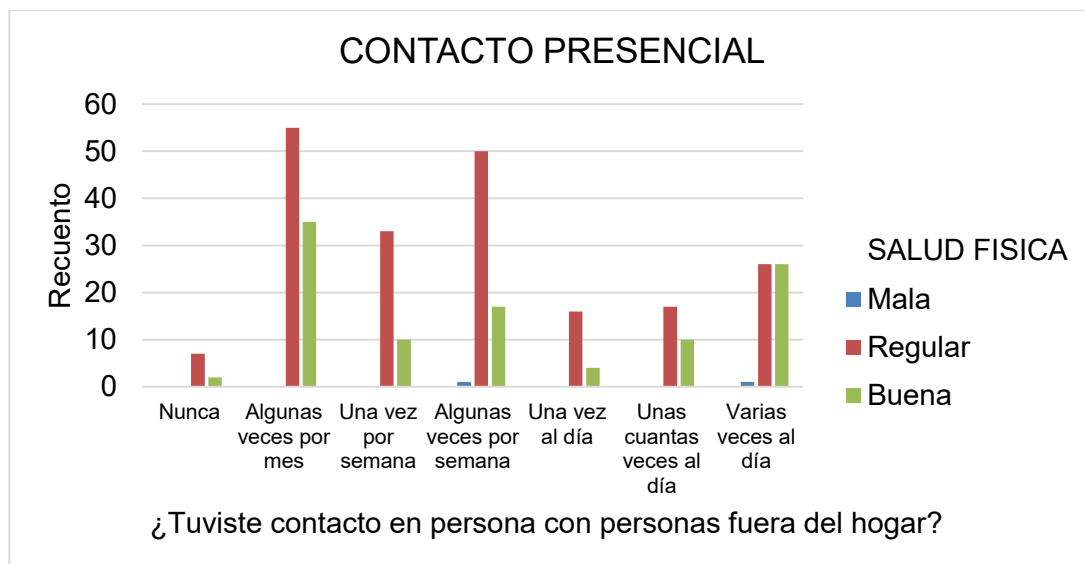
En la Figura 63, se presenta la distribución de la variable contacto presencial en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según el nivel de calidad de vida global. Se observó que, en participantes con una calidad de vida mala, el 0.6 % nunca tuvo contacto presencial, el 4.2 % algunas veces por mes, el 3.9 % una vez por semana, el 5.8 % algunas veces por semana, el 2.3 % una vez al día, el 1.3 % unas cuantas veces al día y el 4.8 % varias veces por día; en cambio en participantes con una calidad de vida regular, el 2.3 % nunca tuvo contacto presencial, el 24.5 % algunas veces por mes, el 9.7 % una vez por semana, el 15.8 % algunas veces por semana, el 4.2 % una vez al día, el 6,8 % unas cuantas veces al día y el 10.6 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una calidad de vida buena, el 0.3 % algunas veces por mes, el 0.3 % una vez por semana, el 0.3 % algunas veces por semana, el 0.6 % unas cuantas veces al día y el 1.6 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .070$).

Frecuencia de contacto presencial y Dimensiones de calidad de vida:

Frecuencia de contacto presencial y Dimensión de salud física:

Figura 64

Distribución de la Variable Contacto Presencial en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Salud Física.



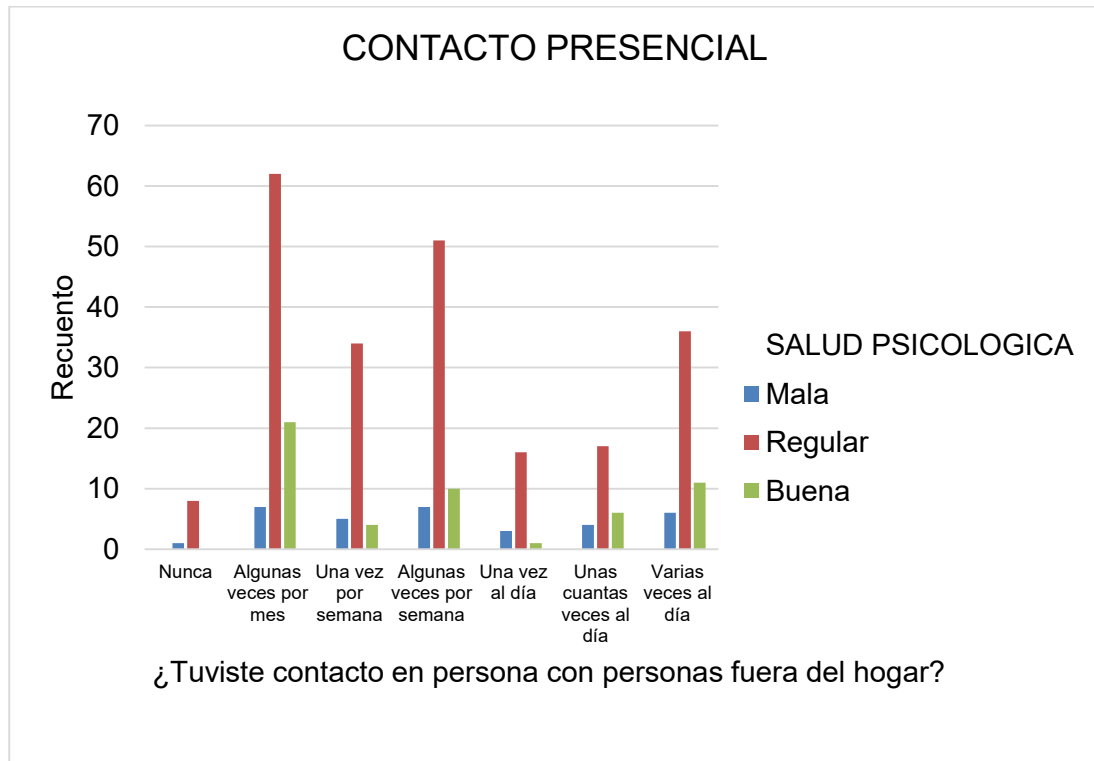
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 64, se presenta la distribución de la variable contacto presencial en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la salud física. Se observó que, en participantes con una salud física mala, el 0.3 % algunas veces por semana, y el 0.3 % varias veces por día; en cambio en participantes con una salud física regular, el 2.3 % nunca tuvo contacto presencial, el 17.7 % algunas veces por mes, el 10.6 % una vez por semana, el 16.1 % algunas veces por semana, el 5.2 % una vez al día, el 5,5 % unas cuantas veces al día y el 8.4 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una salud física buena, el 0.6 % nunca tuvo contacto presencial, el 11.3 % algunas veces por mes, el 3.2 % una vez por semana, el 5.5 % algunas veces por semana, el 1.3 % una vez al día, el 3.2 % unas cuantas veces al día y el 8.4 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = 0.152$).

Frecuencia de contacto presencial y Dimensión de salud psicológica:

Figura 65

Distribución de la Variable Contacto Presencial en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Salud Psicológica.



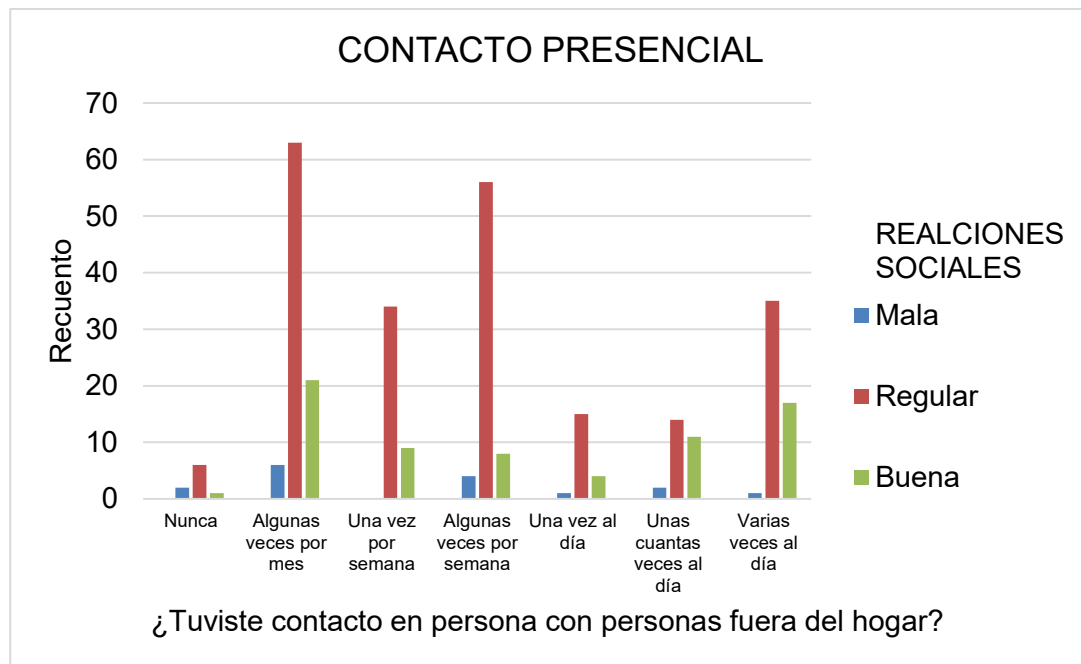
Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 65, se presenta la distribución de la variable contacto presencial en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la salud psicológica. Se observó que, en participantes con una salud psicológica mala, el 0.3 % nunca tuvo contacto presencial, el 2.3 % algunas veces por mes, el 1.6 % una vez por semana, el 2.3 % algunas veces por semana, el 1 % una vez al día, el 1.3 % unas cuantas veces al día y el 1.9 % varias veces por día; en cambio en participantes con una salud psicológica regular, el 2.6 % nunca tuvo contacto presencial, el 20 % algunas veces por mes, el 11 % una vez por semana, el 16.5 % algunas veces por semana, el 5.2 % una vez al día, el 5.5 % unas cuantas veces al día y el 11.6 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una salud psicológica buena, el 6.8 % algunas veces por mes, el 1.3 % una vez por semana, el 3.2 % algunas veces por semana, el 0.3 % una vez al día, el 1.9 % unas cuantas veces al día y el 3.5 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .537$).

Frecuencia de contacto presencial y Dimensión de relaciones sociales:

Figura 66

Distribución de la Variable Contacto Presencial en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Relaciones Sociales.



Fuente: Elaboración propia.

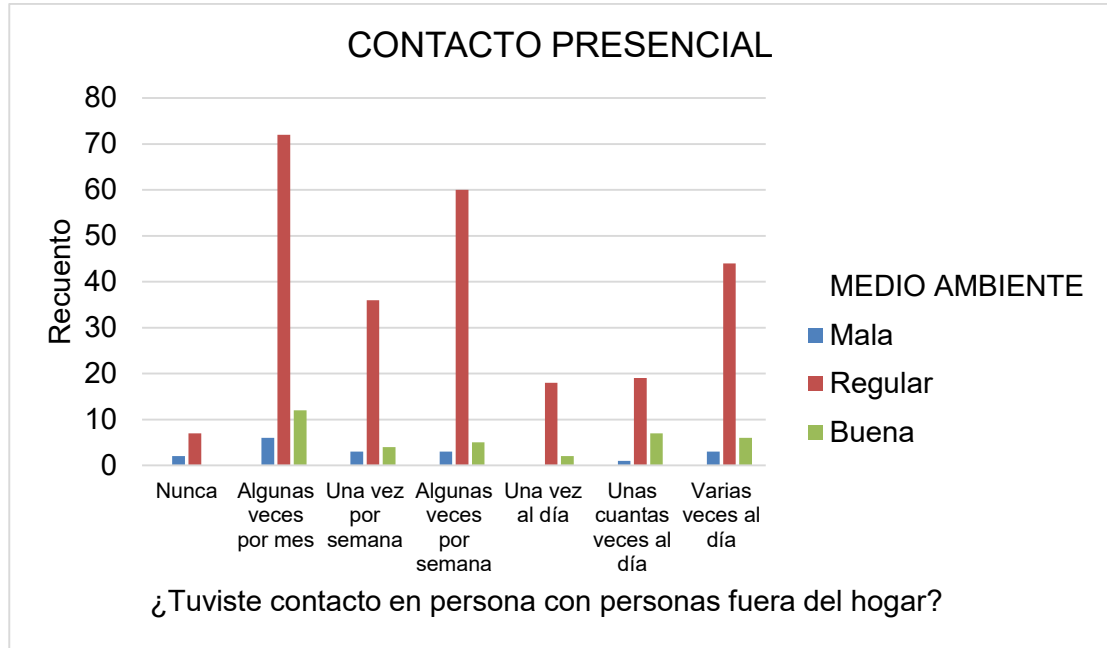
En la Figura 66, se presenta la distribución de la variable contacto presencial en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la calidad en las relaciones sociales.

Se observó que, en participantes con una mala calidad en las relaciones sociales, el 0.6 % nunca tuvo contacto presencial, el 1.9 % algunas veces por mes, el 1.3 % algunas veces por semana, el 0.3 % una vez al día, el 0.6 % unas cuantas veces al día y el 0.3 % varias veces por día; en cambio en participantes con una regular calidad en las relaciones sociales, el 1.9 % nunca tuvo contacto presencial, el 20.3 % algunas veces por mes, el 11 % una vez por semana, el 18.1 % algunas veces por semana, el 4.8 % una vez al día, el 4.5 % unas cuantas veces al día y el 11.3 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una buena calidad en las relaciones sociales, el 0.3 % nunca tuvo contacto presencial, el 6.8 % algunas veces por mes, el 2.9 % una vez por semana, el 2.6 % algunas veces por semana, el 1.3 % una vez al día, el 3.5 % unas cuantas veces al día y el 5.5 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, existe una relación estadísticamente significativa ($p = .033$). La prueba de asociación para evaluar la intensidad entre las variables fue el coeficiente Gamma con un valor de .155 que indica una asociación positiva muy débil entre el contacto presencial y la dimensión de relaciones sociales.

Frecuencia de contacto presencial y Dimensión de medio ambiente:

Figura 67

Distribución de la Variable Contacto Presencial en la Población Adulta del Departamento de Cusco 2021, Según la Calidad de Medio Ambiente.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 61, se presenta la distribución de la variable contacto presencial en la población adulta del departamento de Cusco 2021, según la calidad en el medio ambiente. Se observó que, en participantes con una mala calidad en el medio ambiente, el 0.6 % nunca tuvo contacto presencial, el 1.9 % algunas veces por mes, el 1 % una vez por semana, el 1 % algunas veces por semana, el 0.3 % unas cuantas veces al día y el 1 % varias veces por día; en cambio en participantes con una regular calidad en el medio ambiente, el 2.3 % nunca tuvo contacto presencial, el 23.2 % algunas veces por mes, el 11.6 % una vez por semana, el 19.4 % algunas veces por semana, el 5.8 % una vez al día, el 6.1 % unas cuantas veces al día y el 14.2 % varias veces por día. En los participantes que tuvieron una buena calidad en el medio ambiente, el 3.9 % algunas veces por mes, el 1.3 % una vez por semana, el 1.6 % algunas veces por semana, el 0.6 % una vez al día, el 2.3 % unas cuantas veces al día y el 1.9 % varias veces por día. Según la prueba estadística Chi cuadrado, no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .280$).

4.1. **Discusión:**

Evaluando la hipótesis planteada, existe asociación entre los factores asociados con la soledad y la calidad de vida, se acepta la hipótesis alternativa, de asociación. En seguida, se observará el contraste entre los resultados del presente trabajo de investigación con trabajos previos que tengan variables relacionadas.

En cuanto a las variables sociodemográficas, de los 310 participantes, la edad medio fue de 26 años, donde el 68.7 % viven acompañados de sus familiares más cercanos, siendo el género femenino más predominante con un 59.7 %; además el 85.2 % de la población fue soltera, el 58.1 % de la población tuvo un ingreso económico de S/. 1 300 en promedio, 34.8 % con universidad incompleta; el 54.2 % no trabaja actualmente, mientras que el 36.1 % lo realizan presencialmente y 9.7 % virtualmente; estos datos sociodemográficos concuerdan con el estudio de Rachel Rumas et. al, donde 395 individuos fueron encuestados y se encontró una edad media de 32.2 en el grupo inicial y 32.7 años en el grupo de seguimiento, con mayoría 54.6 % de género femenino, 38.1 % era soltero, 62.1 % actualmente trabajaba, 12.3 % vivía solo y el ingreso económico anual más frecuente fue de \$ 50.001 - 70.000 en promedio, así mismo la mayoría en un 43.9 % tuvieron un nivel educativo con licenciatura; al igual que Jenny Groarke et. al, quienes encuestaron 10 061 participantes, con una edad media de 37.11, con una gran mayoría 70% de género femenino, 56.1% habían obtenido un título universitario.

Se encontró una prevalencia de la soledad de 57 %, entre un grado moderado y severo, una prevalencia realmente alta, aún más que en el estudio de Jenny Groarke et. al, donde la prevalencia fue del 27 % en general y hasta un 41 % en el grupo etario de 18 a 24 años, en la población noruega. En cuanto a la prevalencia de la calidad de vida, 74 % percibieron una calidad de vida regular, 23 % una calidad de vida mala, mientras que solo el 3 % una calidad de vida buena; en cuanto a sus dimensiones, más del 65 % percibieron una calidad física, psicológica, de relaciones sociales y de medio ambiente regular, durante la pandemia de COVID-19, 2021.

Se evaluó la relación de la edad con la soledad, encontrándose una asociación positiva débil con un valor de $\rho_{(308)} = .185$ y un valor ($p = .001$) estadísticamente significativo, dicha relación puede comprenderse por lo mencionado por Jenny Groarke et. al, para quienes una edad joven, significa tener mayor riesgo de soledad (OR: 4.67–5.31), así mismo Asle Hoffart et. al, menciona que las jóvenes entre (18 a 30 años) y las jóvenes de mediana edad (31 a 44 años) se sentían más solas que los participantes de mediana a edad (45 a 64 años) y mayores (65+); así mismo en el trabajo de Luis Rodríguez de los Ríos et. al, quienes encontraron que las personas mayores de 50 años tienen con menos frecuencia sentimientos soledad. Lo contrario sucede al relacionar la edad con la calidad de vida global y sus cuatro dimensiones, donde no existe una relación estadísticamente significativa, con un valor ($p > .05$); a diferencia del estudio de Rachel Rumas et. al, donde una mayor edad se relaciona con una mejor calidad de vida en la dimensión psicológica con un valor ($p < .05$) estadísticamente significativo y no así en las demás dimensiones; en el presente trabajo no se encontró asociación entre la edad con la calidad de vida global y sus dimensiones.

La relación entre el ingreso económico y la soledad no fue estadísticamente significativa con un $X^2 (8, N = 310) = 11.324$, ($p = .184$), por lo que se concluye que el ingreso económico y la soledad no se asocian; así como en el trabajo de Rachel Rumas et. al, donde el ingreso económico en el grupo de seguimiento y la soledad no se asociaron con un ($p > .05$) estadísticamente no significativo, muy contrario al estudio de Jenny Groarke et. al, donde la soledad se asoció con ingresos más bajos con un valor ($p < .001$) estadísticamente significativo. Por otro lado la relación entre el ingreso económico con la calidad de vida global en cambio fue estadísticamente significativa con un $X^2 (8, N = 310) = 15.695$, ($p = .047$) y un valor Gamma = .347 que indica una asociación positiva débil, así como con su dimensión psicológica $X^2 (8, N = 310) = 19.763$, ($p = .011$) y un valor Gamma = .134 que indica una asociación positiva muy débil y su dimensión de medio ambiente $X^2 (8, N = 310) = 35.893$, ($p < .001$) y un valor Gamma = .533 que indica una asociación positiva regular; resultados coherentes con el trabajo de Rachel Rumas et. al, quienes mencionan que a mayores ingresos económicos mayor calidad de vida en las dimensiones física ($p < .001$), psicológica ($p < .05$) y de medio ambiente ($p < .001$) y finalmente en la calidad de vida global ($p < .05$).

En cuanto a las demás variables se recategorizaron de acuerdo a las definiciones operacionales, para un mejor estudio de estas ya que no fueron representativas en la población adulta del departamento de Cusco, durante la pandemia de COVID-19.

Tal es el caso del estado civil, con las categorías, tener una relación que abarca a los estados casado y conviviente, y no tener una relación actual que abarca a los solteros, viudos y divorciados. La relación entre el estado civil y la soledad no fue estadísticamente significativa con un $X^2 (2, N = 310) = 3.540$, ($p = .170$), hallazgo diferente del trabajo de Asle Hoffart et. al, que mencionan que estar casado o en una unión civil se asocia con una menor soledad ($p < 0.001$), para Jenny Groarke et. al, la soledad fue menos frecuente en personas casadas o que viven en pareja. La ausencia de asociación de estas variables podría deberse a que la gran mayoría, un 85 % eran solteros, por lo que las otras categorías no tenían representatividad. De la misma manera la relación entre el estado civil y la calidad de vida global no fue estadísticamente significativa con un $X^2 (2, N = 310) = 4.896$, ($p = .086$), así como con las dimensiones física ($p = .689$), psicológica ($p = .146$), de relaciones sociales ($p = .639$), mas no con la dimensión de medio ambiente donde existe una relación estadísticamente significativa $X^2 (2, N = 310) = 7.338$, ($p = .025$) y un valor V de Cramer = .154 que indica una asociación positiva muy débil; en el trabajo de Rachel Rumas et. al; sin embargo, se menciona que estar en una relación se asocia con una menor calidad de la salud física ($p < .05$), pero con una mayor calidad en las relaciones sociales ($p < .001$).

La relación entre el trabajo y la soledad fue estadísticamente significativa con un $X^2 (4, N = 310) = 16.332$, ($p = .003$) y un valor V de Cramer = .162 que indica una asociación positiva muy débil, se contrasta este resultado con lo encontrado por Asle Hoffart et. al, que estar desempleado se relacionan con puntajes de soledad más elevados que en los empleados, como en el trabajo de Jenny Groarke et. al, donde la soledad fue más frecuente en personas desempleadas. Pero la relación entre en trabajo y la calidad de vida global fue estadísticamente no significativa con un $X^2 (4, N = 310) = 4.749$, ($p = 0.314$) al igual que con sus dimensiones, física ($p = .808$), psicológica ($p = .363$), de relaciones sociales ($p = .467$) y de medio ambiente ($p = .926$), por lo que se demuestra que no existe relación entre el trabajo y la calidad de vida global con sus cuatro dimensiones.

La variable acompañamiento se recategorizó en, vivir solo y estar acompañado ya sea de familiares cercanos o muy cercanos. La relación entre acompañamiento y la soledad fue estadísticamente no significativa con un $X^2 (2, N = 310) = .754$, ($p = 0.686$), a diferencia de lo comentado por Asle Hoffart et. al, donde los que vivían solos tuvieron puntajes más altos de soledad que los que estaban casados o en una unión civil, así también lo menciona Jenny Groarke et. al, que las probabilidades de soledad disminuyeron con un mayor número de adultos viviendo en el mismo hogar (OR: 0.87, IC: 0.76–1.00); sin embargo, en el presente trabajo no se demuestra este hecho, como lo encontrado por Rachel Rumas et. al, que vivir solo y la soledad no es estadísticamente no significativa ($p > .05$). La relación del acompañamiento y la calidad de vida global fue estadísticamente no significativa con un $X^2 (2, N = 310) = .949$, ($p = .622$), así como en sus dimensiones física ($p = .523$), psicológica ($p = .292$) y de medio ambiente ($p = .54$), no así con la dimensión de relaciones sociales, el cual fue estadísticamente significativa $X^2 (2, N = 310) = 6.948$, ($p = .031$) y un valor V de Cramer = .150 en cual indica una asociación positiva muy débil, por lo que se concluye que en la población que vive acompañada de familiares tiene una mayor calidad en las relaciones sociales.

En cuanto al género y la soledad, la relación fue estadísticamente no significativa con un $X^2 (2, N = 310) = .813$, ($p = .666$) como en el trabajo de Jenny Groarke et. al, donde no hubo asociación entre género y soledad, caso contrario sucede en lo encontrado por Asle Hoffart et. al, donde los hombres tenían niveles más bajos de soledad que las mujeres, transgénero e intersexuales juntos, estos hallazgos sobre el género y la soledad son mixtos, en este estudio no se encontró asociación. En cuanto a la relación entre el género y la calidad de vida global fue estadísticamente significativa con un $X^2 (2, N = 310) = 6.768$, ($p = .034$) y un valor V de Cramer = .148 que indica una asociación positiva muy débil, contrario a la relación entre el género con la dimensión física ($p = .184$). salud psicológica ($p = .679$), de relaciones sociales ($p = .214$) y de medio ambiente ($p = .403$), se comprende por lo encontrado por Rachel Rumas et. al, donde el género no se asoció con las dimensiones de calidad de vida; sin embargo, en este trabajo se encontró que los varones perciben una mayor calidad de vida global que las mujeres.

El aislamiento se midió a partir de la escala de Red Social Lubben 6, donde una red social pequeña significa presencia de aislamiento y una red social grande, su ausencia; así pues, la relación entre el aislamiento social y la soledad fue estadísticamente significativa con un $X^2 (2, N = 310) = 27.783$, ($p < .001$) y un valor V de Cramer = .294 que indica una asociación positiva débil que concuerda con el hallazgo de Rachel Rumas et. al, las redes sociales más grandes han sido protectoras contra la soledad durante la pandemia ($p < .001$) para el grupo inicial y de seguimiento. También la relación entre el aislamiento social y la calidad de vida global fue estadísticamente significativa $X^2 (2, N = 310) = 24.659$, ($p < .001$) y un valor V de Cramer = .282 que indica una asociación positiva débil; así como con la dimensión salud psicológica con un $X^2 (2, N = 310) = 12.590$, ($p = .002$) y un valor V de Cramer = .202 que indica una asociación positiva débil, con la dimensión de relaciones sociales con un $X^2 (2, N = 310) = 29.085$, ($p < .001$) y un valor V de Cramer = .306 que indica una asociación positiva débil y con la dimensión de medio ambiente con un $X^2 (2, N = 310) = 14.414$, ($p = .001$) y un valor V de Cramer = .216 que indica una asociación positiva débil, no así con la dimensión física ($p = .067$); Rachel Rumas et. al, menciona que las redes sociales más grandes se asociaron consistentemente con una mayor calidad de vida global y en todas sus dimensiones.

La relación entre las creencias sobre el distanciamiento social y la soledad fue estadísticamente significativa con un $X^2 (2, N = 310) = 14.414$, ($p = .041$) y un valor V de Cramer = .127 que indica una asociación positiva muy débil, en el trabajo de Rachel Rumas et. al, el 94% informaron creer que el distanciamiento social era una forma en que podían ayudar a las personas; sin embargo, no se asociaron estas variables; en el presente trabajo se demostró que las creencias negativas se asocian con una mayor soledad. Y la relación entre las creencias sobre el distanciamiento social y la calidad de vida global no fue estadísticamente significativa con un $X^2 (4, N = 310) = 2.016$, ($p = .733$), en cuanto a las relaciones con la dimensión física fue estadísticamente significativa $X^2 (4, N = 310) = 11.011$, ($p = .026$) y un valor V de Cramer = .133 que indica una asociación positiva muy débil; por lo que se demostró que no existe asociación con la calidad de vida global, la dimensión psicológica, de relaciones sociales y de medio ambiente; empero las creencias positivas se asocian a una mayor calidad de vida en la dimensión física.

En relación con el contacto de manera virtual y la soledad no fue estadísticamente significativa con un X^2 (12, N = 310) = 14.209, ($p = .288$); sin embargo, Asle Hoffart et. al, menciona que la interacción digital y telefónica reemplazaron las interacciones físicas, y se acompañaron a una mayor soledad; así como Rachel Rumas et. al, en donde el 86,1% informaron contacto virtual con personas fuera de su hogar varias veces por semana, y la frecuencia del contacto virtual al inicio del estudio se relacionó con una mayor soledad en el seguimiento; por lo que se concluye que el contacto virtual no se asocia con la soledad en nuestro medio. Lo mismo sucede con el contacto de manera virtual y la calidad de vida global no fue estadísticamente significativa con un X^2 (12, N = 310) = 15.967, ($p = .193$); así mismo con dimensión física ($p = .865$), con la dimensión psicológica ($p = .063$), con la dimensión de relaciones sociales ($p = 0.298$) y con la de medio ambiente ($p = .105$), pero en el trabajo de Rachel Rumas et. al, se encontró que a mayor frecuencia de contacto virtual se asoció con una menor calidad de vida en la dimensión física y de medio ambiente; sin embargo, en el presente trabajo no se demostró tal asociación entre el contacto virtual con la calidad de vida y sus dimensiones.

La relación entre realizar videollamada y la soledad tampoco no fue estadísticamente significativa con un X^2 (4, N = 310) = 8.132, ($p = .087$), esto es concordante con la relación entre el contacto virtual en general y la soledad en nuestro trabajo, donde tampoco se encontró relación con la soledad. Sin embargo, la relación entre realizar videollamada y la calidad de vida global fue estadísticamente significativa con un X^2 (4, N = 310) = 22.926, ($p < .001$) con un valor Gamma = .458 que indica una asociación positiva regular, y con la dimensión física no fue estadísticamente significativa ($p = .061$), con la dimensión psicológica fue estadísticamente significativa ($p = .009$) con un valor Gamma = .256 que indica una asociación positiva débil, con la dimensión de relaciones sociales fue estadísticamente significativa ($p = .011$) con una valor Gamma = .311 que indica una asociación positiva débil y con la dimensión de medio ambiente no fue estadísticamente significativa ($p = .138$), por lo que se comprobó que a mayor frecuencia en realizar videollamadas mejor calidad de vida global, en la dimensión psicológica y en las relaciones sociales.

En relación con el contacto de manera presencial y la soledad no fue estadísticamente significativa con un $X^2 (12, N = 310) = 11.021$, ($p = .527$), por lo que el contacto presencial y la soledad no se asocian. Y la relación con el contacto de manera presencial y la calidad de vida global no fue estadísticamente significativa con un $X^2 (12, N = 310) = 19.866$, ($p = .070$), la relación con la dimensión física no fue estadísticamente significativa ($p = 0.152$), con la dimensión psicológica no fue estadísticamente significativa ($p = .537$), pero con la dimensión de relaciones sociales fue estadísticamente significativa ($p = .033$) con un valor Gamma = .155 que indica una asociación positiva muy débil y con la dimensión de medio ambiente no fue estadísticamente significativa ($p = .280$), lo encontrado por Rachel Rumas et. fue que contacto presencial con personas fuera del hogar se asoció con una menor calidad de vida ambiental, empero en este trabajo se demostró que no hubo asociación entre en contacto presencial y la calidad de vida global, la dimensión física, la dimensión psicológica y la dimensión de medio ambiente, no así con la dimensión de relaciones sociales donde a una mayor frecuencia en el contacto presencial hay una mayor calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales.

Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas; sin embargo, estas asociaciones son débiles o moderadas, esto explica la complejidad de las variables percepción de soledad y calidad de vida, por lo que el resultado de estas, dependen de las múltiples variables asociadas, de tal modo intervenir en estas variables modificables de manera efectiva; en consecuencia, disminuir la percepción de la soledad y mejorar la calidad de vida.

4.1. Conclusiones:

De acuerdo a los resultados encontrados en la investigación se concluyeron en los siguientes puntos:

- **Primera conclusión:** De los 310 participantes del departamento de Cusco durante la pandemia COVID-19, la prevalencia de soledad, entre grado severo y moderado fue alta, 5 de cada 10 participantes presentaron soledad. Así mismo, la calidad de vida prevalece de la siguiente manera, 7 de 10 individuos perciben una calidad de vida global regular y 2 de cada 10 perciben una calidad de vida global mala.
- **Segunda conclusión:** En la población adulta, a mayor edad menor riesgo de percibir mayor gravedad de soledad, por lo que los adultos más jóvenes tenían mayor riesgo de percibir mayor gravedad de soledad durante la pandemia COVID-19; mientras que la edad en la población adulta no se asocia con la calidad de vida global o con sus cuatro dimensiones. En cambio, el ingreso económico, el estado civil, el acompañamiento y el género son factores sociodemográficos que no se asociaron con la soledad; tener o no trabajo no se asoció con una buena calidad de vida o una buena calidad en sus cuatro dimensiones.
- **Tercera conclusión:** Sin embargo, tener trabajo de manera presencial o virtual, tener creencias positivas sobre el distanciamiento social o tener redes sociales más grandes se asocia con un menor grado de soledad o su ausencia. Participantes con mayores ingresos económicos, que principalmente sean de género masculino y que tengan redes sociales más grandes, se asociaron con una mejor calidad de vida global.
- **Cuarta conclusión:** En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida; se encontró que un mayor ingreso económico o tener redes sociales más grandes, se asociaron a una buena calidad en la dimensión psicológica. En cambio, se encontró que, en aquellos participantes con creencias positivas sobre el distanciamiento social, se asociaron a una mejor calidad de vida en

la dimensión física. Así mismo, se encontró que, participantes con un mayor ingreso económico, estar en una relación actual o tener redes sociales más grandes se asocian a una buena calidad en la dimensión de medio ambiente.

- **Quinta conclusión:** Mientras que vivir en compañía de tus familiares cercanos o muy cercanos, tener redes sociales más grandes, tener una mayor frecuencia en el contacto de manera presencial, se asociaron a una mejor calidad de vida en la dimensión de las relaciones sociales, por lo que poseer relaciones sociales que puedan ofrecer placer, confianza, compañerismo, donde incluso el contacto presencial puede ser poco frecuente, puede mejorar la calidad de vida en las relaciones sociales.
- **Sexta conclusión:** Incrementar la frecuencia del contacto social de manera virtual, específicamente si es realizando videollamadas, no garantiza una reducción en la prevalencia de la soledad, así como también incrementar una mayor frecuencia del contacto social de manera virtual no se asocia con una buena la calidad de vida global o en sus dimensiones. Sin embargo, una mayor frecuencia al realizar videollamadas se asoció con una calidad de vida global mejor, y una mejor calidad en la dimensión psicológica y de las relaciones sociales.

4.1. Sugerencias:

- Plantear medidas de apoyo social o programas de intervención por parte de las instituciones públicas como hospitales de la región, universidades regionales, para la reducción de la percepción de soledad y mala calidad de vida global y en sus dimensiones en los grupos vulnerables encontrados.
- Al mismo tiempo debe ser de importancia identificar aquellos grupos etarios más jóvenes, con menores ingresos económicos, de género femenino, aquellos que poseen redes sociales más pequeñas, o aquellos que no tengan un empleo actualmente o que tengan creencias negativas sobre el distanciamiento social para poder intervenir adecuadamente e intervenir con programas de apoyo social por los hospitales y universidades regionales.
- Brindar apoyo mediante el contacto social de manera presencial en lugares abiertos y con las disposiciones preventivas dispuestas por el gobierno, por parte de las instituciones públicas como las universidades y los hospitales regionales a los grupos vulnerables ya mencionados.
- Realizar campañas para promover una mayor frecuencia del contacto de manera virtual mediante videollamadas a sus amigos y familiares para crear una red social más grande y establecer redes con más confianza, por parte del ministerio de salud, mediante los medios de comunicación.
- Promover trabajos de investigación por parte de las universidades locales, y por sus diferentes escuelas afines al problema planteado, donde se puedan intervenir procedimientos para reducir la alta prevalencia de soledad y mala o regular calidad de vida en el contexto actual.
- Seguir con la misma línea de investigación con trabajos de investigación donde se evalúen otras variables con un nivel investigativo superior al aplicado en este trabajo de investigación en contextos diferentes, para relacionar con mayor precisión los factores con la soledad y calidad de vida, por parte de escuelas profesionales de psicología o de la facultad de ciencias de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. Paho.org. 2018 [consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
2. Culebras J, San Mauro M, Vicente-Vacas L. COVID-19 y otras pandemias. JONNPR [Internet]. 2020 [consultado 16 de Junio del 2021]; 5 (6): 644-664. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529850X2020000600644&lng=es.
3. Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA [Internet]. Www.gob.pe. 2020 [consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/473575-193-2020-minsa>
4. Perlman D, Peplau LA. Hacia una psicología social de la soledad. Relaciones personales. Academic Press, Londres. [Internet]. 1981 [consultado 16 de Junio del 2021]: 31 – 56. Disponible en: <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>
5. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. Perspectives on Psychological Science [Internet]. 2015 Mar [consultado 16 de Junio del 2021]; 10 (2): 227–37. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691614568352?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
6. EL GRUPO WHOQOL. Desarrollo de la Evaluación de la Calidad de Vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud. Medicina Psicológica. Prensa de la Universidad de Cambridge; 1998 [consultado 16 de Junio del 2021]; 28 (3): 551–8. Disponible en: <https://pdf4pro.com/cdn/escala-de-calidad-de-vida-whoqol-bref-1f5756.pdf>

7. Phyo AZZ, Freak-Poli R, Craig H, Gasevic D, Stocks NP, Gonzalez-Chica DA, et al. Quality of life and mortality in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Nov 6 [consultado 16 de Junio del 2021]; 20 (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33153441/>
8. MINSA - Coronavirus: Evita enfermarte [Internet]. *Minsa.gob.pe*. 2020 [consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/covid-19/?op=6>
9. Rumas R, Shamblaw AL, Jagtap S, Best MW. Predictors and consequences of loneliness during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research* [Internet]. 2021 Jun [consultado 16 de Junio del 2021]; 300: 113934. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121002316?via%3Dihub#bib0045>
10. CDC. Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves [Internet]. 2021 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>
11. Deutsche W. Cada vez más solos: el impacto de la pandemia en la salud mental. [Internet]. *www.dw.com*. 2021 [consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/cada-vez-m%C3%A1s-solos-el-impacto-de-la-pandemia-en-la-salud-mental/a-56719451>
12. Robledo G. Japón ya tiene ministro contra la soledad [Internet]. *EL PAÍS*. 2021 [consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2021/03/21/mundo_global/1616345219_386599.html
13. Groarke JM, Berry E, Graham-Wisener L, McKenna-Plumley PE, McGlinchey E, Armour C. Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. Murakami M, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2020 Sep 24 [consultado 16 de Junio del 2021]; 15 (9): e0239698. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239698>

14. Bogotá L. Salud mental y resiliencia en adultos jóvenes de Sudamérica durante el aislamiento (distanciamiento social obligatorio) por la pandemia de COVID-19 [Internet]; 2020 [consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ESM+Jo%C2%BFvenes+-+Present+MinSalud+versi%C3%B3n+3.pdf/c5414e93-e078-4e0a-971f-99dfd9adbdbd>
15. Rodríguez de los Ríos LA, Gutiérrez Vásquez R, Quivio Cuno R, Carbajal Llanos YM. Covid-19: Frecuencia de temores en condiciones de cuarentena y aislamiento social, en una muestra de adultos de la ciudad de Lima, 2020. Revista EDUCA UMCH [Internet]. 2020 Jun 1 [consultado 16 de Junio del 2021]; (15): 19. Disponible en: <https://revistas.umch.edu.pe/EducaUMCH/article/view/136>
16. Sánchez H, Alberto L, Alva LJ, Rocío E, Iparraguirre CA, Luisa M, et al. Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. [Internet]. 2021 [consultado 16 de Junio del 2021]; 21 (2): 346–53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230805312021000200346&lng=es&nrm=iso
17. Pacheco L E, Bravo G Y, Pezúa V R, Olarte S M, Espejo A K, Rozas C V, et al. Impacto emocional y respuesta psicológica ante el aislamiento social producto del COVID-19. Memoria del I ENCUENTRO VIRTUAL. INVESTIGACIONES EN SALUD MENTAL EN CONDICIONES DE POR EL COVID-19. UAC. [Internet]. 2021; [consultado 17 de Junio del 2021] pág. 69 – 83. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3311/Investigaciones%20en%20salud%20mental%20en%20Pandemia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Hoffart A, Johnson SU, Ebrahimi OV. Loneliness and Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Risk Factors and Associations with Psychopathology. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov 20 [consultado 16 de Junio del 2021]; 11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7714714/>
19. Misirlis N, Zwaan M, Weber D. International students' loneliness, depression and stress levels in COVID-19 crisis. The role of social media and the host university [Internet];

[consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en:
<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2005/2005.12806.pdf>

20. Hager NM, Judah M, Milam AL. Loneliness and Depression in College Students During the COVID-19 Pandemic: Boredom and Repetitive. [Internet]. ResearchGate. unknown; 2020 [consultado 16 de Junio del 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/346640601_Loneliness_and_Depressio_in_College_Students_During_the_COVID-19_Pandemic_Boredom_and_Repetitive_Negative_Thinking_as_Mediators
21. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov [consultado 16 de Junio del 2021]; 59 (11): 1218 – 1239. Disponible en: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(20\)30337-3/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(20)30337-3/fulltext)
22. Monterrosa BA, Monterrosa CA, González SA. Online assessment of the perception of loneliness and associated factors in Colombian climacteric women during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Health Promotion Perspectives* [Internet]. 2021 [consultado 16 de Junio del 2021]; 11 (2): 230–9. Disponible en: <https://hpp.tbzmed.ac.ir/Article/hpp-34083>
23. Prieto Molinari DE, Aguirre Bravo GL, De Pierola I, Victoria-De Bona GL, Merea Silva LA, Lazarte Núñez CS, et al. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología* [Internet]. 2020 Dec 21 [consultado 16 de Junio del 2021]; 26 (2): e425. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272020000200009&script=sci_arttext&tIng=en
24. Virus origin / Origins of the SARS-CoV-2 virus [Internet]. WHO.INT. 2018 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/origins-of-the-virus>

25. SARS [Internet]. CDC. 2021 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sars/index.html>
26. World Health Organization: WHO. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2019 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
27. Ministerio de la sanidad. Transmisión de SARS-CoV-2. Aportaciones de esta actualización [Internet]; 2021 May [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20210507_TRANSMISION.pdf
28. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 May 28 [consultado 17 de Junio del 2021]; 382 (22): 2158–60. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejme2009758>
29. CDC. Social Distancing [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.htm>
30. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist* [Internet]. 2006 Aug [consultado 17 de Junio del 2021]; 46 (4): 503–13. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/4/503/623897>
31. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/contacto>
32. Coronavirus: medidas para enfrentar la pandemia según nivel de alerta y región [Internet]. Wwww.gob.pe. 2021 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/12365>

33. Actualizado al 14 – Febrero – 2021 Día 336 del Estado de Emergencia SALA SITUACIONAL COVID-19 REGIÓN CUSCO 2021 [Internet]; [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/salacovid19/salacovid19-CUSCO.pdf>
34. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020 Aug [consultado 17 de Junio del 2021]; 290: 113117. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120312257>
35. Cacioppo JT, Cacioppo S. The growing problem of loneliness. *The Lancet* [Internet]. 2018 Feb [consultado 17 de Junio del 2021]; 391 (10119): 426. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30142-9/fulltext)
36. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *RNP* [Internet]. 11abr.2020 [consultado 17 de Junio del 2021]; 83 (1): 51-6. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687>
37. Arias M Y, Herrero S Y, Cabrera H Y, Chibás G D, García M Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2021 [consultado 17 de Junio del 2021]; 19 (0): 3350. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>
38. Apaza P; Cynthia M; Seminario Sanz, Roberto Simón; Santa-Cruz A; Johanna Elena. Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, [consultado 17 de Junio del 2021] 25 (90), 2020. Universidad del Zulia, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022>
39. Burke M, Kraut RE. The Relationship Between Facebook Use and Well-Being Depends on Communication Type and Tie Strength. *Journal of Computer-Mediated Communication* [Internet]. 2016 Jul [consultado 17 de Junio del 2021]; 21 (4): 265–81. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcmc/article/21/4/265/4161784?login=true>

40. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/red>
41. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. JAMA [Internet]. 2020 Jul 7 [consultado 17 de Junio del 2021]; 324 (1): 93. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766941>
42. Características de los niveles socioeconómicos en el Perú [Internet]. Ipsos. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/caracteristicas-de-los-niveles-socioeconomicos-en-el-peru>
43. INEI - ESTADO CIVIL [Internet]. Inei.gob.pe. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0044/C6-6.HTM
44. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/trabajo>
45. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/acomp%C3%B1ar>
46. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero>
47. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/instrucci%C3%B3n>

48. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/residencia>
49. MINISTERIO DE SALUD [Internet]. Minsa.gob.pe. 2021 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?08>
50. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. SEMERGEN - Medicina de Familia [Internet]. 2016 Abril. [consultado 17 de Junio del 2021]; 42 (3): 177–83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359315001896?via%3DiHub>
51. Perla J. Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” los Olivos Lima 2016. [Tesis]. [Lima]. Universidad de San Martín de Porres. 2016 [consultado 17 de Junio del 2021]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2276/pablo_j.pdf?sequence=3&isAllowed=y
52. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. Acción Psicológica [Internet]. 2014 [consultado 17 de Junio del 2021] Jun 6; 10 (2): 3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n2/02monografico2.pdf>

APÉNDICES

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



“UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO”



“FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD”
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Encuesta para determinar los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19

Buenos días/tardes/noches, estimado (a) señor (a). Soy estudiante de la “Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco”. Realizo una encuesta para un trabajo de investigación; que tiene como objetivo identificar los factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021.

Esta encuesta se realizará de manera anónima y voluntaria. **Los resultados que se obtengan serán reservados de manera confidencial por el grupo investigador y se publicaran de manera anónima.**

PEDIMOS QUE NOS BRINDE INFORMACIÓN SINCERA, PUES EL ESTUDIO NO LLEGARIA ALCANZAR LOS OBJETIVOS PLANTEADOS. NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, TODAS LAS RESPUESTAS SON VÁLIDAS. Si tiene alguna duda, pida la aclaración correspondiente.

Consentimiento informado

He leído la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación titulada “**Factores asociados con la soledad y calidad de vida durante la pandemia de COVID-19 en la población adulta del departamento de Cusco 2021**” y entiendo que tengo el derecho de suspender la entrevista en cualquier momento. Por lo tanto, manifiesto libremente mi conformidad para participar.

INDICACIONES:

- Lea atentamente las siguientes preguntas y marque **una** de las alternativas que usted considere **más** conveniente.

EJEMPLO:

¿Cuál es su deporte favorito?

- () Fútbol
- () Básquet
- () Vóley
- (x) Natación

Características sociodemográficas:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene?
2. ¿Con quienes vives en tu residencia?
 Vivo solo
 Vivo con mis padres y hermanos/Esposa e hijos
 Vivo con otros familiares (Primos, tíos, etc.)
3. ¿Cuál es su género?
 Femenino
 Masculino
4. ¿Cuál es su estado civil?
 Casado (a)
 Conviviente
 Divorciado (a)
 Soltero (a)
 Viudo (a)
5. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de tu familia? Ponga el promedio más cercano de toda su familia.
 S/. 1 300 en promedio
 S/. 2 480 en promedio
 S/. 3 970 en promedio
 S/. 7 020 en promedio
 S/. 12 660 en promedio
6. ¿Cuál es el grado de instrucción que tiene?
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Universidad incompleta
 Universidad completa
 Grado superior
7. ¿Trabaja actualmente?
 No
 Si
8. Si tu respuesta anterior es Si ¿En qué modalidad trabaja?
 No trabajo actualmente

- Virtualmente
 Presencialmente

ESCALA DE SOLEDAD UCLA:

9. ¿Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo todas sus cosas solo?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
10. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
11. ¿Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
12. ¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
13. ¿Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
14. ¿Con qué frecuencia se siente completamente solo?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo

15. ¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
16. ¿Con qué frecuencia se siente deseoso de compañía?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
17. ¿Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo
18. ¿Con qué frecuencia se siente intimidado y excluido por los demás?
 Me siendo así a menudo
 Me siento así con frecuencia
 Raramente me siento así
 Nunca me siento de ese modo

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-OLD:

19. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?
 Muy mala
 Regular
 Normal
 Bastante buena
 Muy buena
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?
 Muy insatisfecho/a
 Poco
 Lo normal
 Bastante satisfecho/a
 Muy satisfecho/a

Dimensión física:

21. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
 Nada
 Un poco
 Lo normal
 Bastante
 Extremadamente
22. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
 Nada
 Un poco
 Lo normal
 Bastante
 Extremadamente
23. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?
 Nada
 Un poco
 Lo normal
 Bastante
 Totalmente
24. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?
 Nada
 Un poco
 Lo normal
 Bastante
 Totalmente
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?
 Muy insatisfecho/a
 Poco
 Lo normal
 Bastante satisfecho/a
 Muy satisfecho/a
26. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?
 Muy insatisfecho/a
 Poco
 Lo normal

- () Bastante satisfecho/a
- () Muy satisfecho/a
- 27. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?
- () Muy insatisfecho/a
- () Poco
- () Lo normal
- () Bastante satisfecho/a
- () Muy satisfecho/a

Dimensión Psicológica:

- 28. ¿Cuánto disfruta de la vida?
- () Nada
- () Un poco
- () Lo normal
- () Bastante
- () Extremadamente
- 29. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?
- () Nada
- () Un poco
- () Lo normal
- () Bastante
- () Extremadamente
- 30. ¿Cuál es su capacidad de concentración?
- () Nada
- () Un poco
- () Lo normal
- () Bastante
- () Extremadamente
- 31. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?
- () Nada
- () Un poco
- () Lo normal
- () Bastante
- () Totalmente
- 32. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?
- () Muy insatisfecho/a
- () Poco
- () Lo normal
- () Bastante satisfecho/a

- () Muy satisfecho/a
- 33. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?
- () Nunca
- () Raramente
- () Moderadamente
- () Frecuentemente
- () Siempre

Dimensión de relaciones sociales:

- 34. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?
- () Muy insatisfecho/a
- () Poco
- () Lo normal
- () Bastante satisfecho/a
- () Muy satisfecho/a
- 35. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?
- () Muy insatisfecho/a
- () Poco
- () Lo normal
- () Bastante satisfecho/a
- () Muy satisfecho/a
- 36. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?
- () Muy insatisfecho/a
- () Poco
- () Lo normal
- () Bastante satisfecho/a
- () Muy satisfecho/a

Dimensión ambiental:

- 37. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?
- () Nada
- () Un poco
- () Lo normal
- () Bastante
- () Extremadamente

38. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?
- Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Extremadamente
39. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
- Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Extremadamente
40. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?
- Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Totalmente
41. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?
- Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Totalmente
42. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?
- Muy insatisfecho/a
 - Poco
 - Lo normal
 - Bastante satisfecho/a
 - Muy satisfecho/a
43. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?
- Muy insatisfecho/a
 - Poco
 - Lo normal
 - Bastante satisfecho/a
 - Muy satisfecho/a

44. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?
- Muy insatisfecho/a
 - Poco
 - Lo normal
 - Bastante satisfecho/a
 - Muy satisfecho/a

CREENCIAS SOBRE EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL:

45. ¿El distanciamiento social es una forma en la que puedo ayudar a las personas?
- Estoy de acuerdo
 - Parcialmente de acuerdo
 - Neutral
 - Algo en desacuerdo
 - Desacuerdo
46. ¿Al realizar el distanciamiento social protejo a mi familia?
- Estoy de acuerdo
 - Parcialmente de acuerdo
 - Neutral
 - Algo en desacuerdo
 - Desacuerdo
47. ¿El distanciamiento social es útil para detener la propagación de COVID-19?
- Estoy de acuerdo
 - Parcialmente de acuerdo
 - Neutral
 - Algo en desacuerdo
 - Desacuerdo
48. ¿Realizo distanciamiento social porque el gobierno me obliga?
- Estoy de cuerdo
 - Parcialmente de acuerdo
 - Neutral
 - Algo en desacuerdo
 - Desacuerdo
49. ¿Realizo distanciamiento social porque todo está cerrado?
- Estoy de acuerdo

- Parcialmente de acuerdo
- Neutral
- Algo en desacuerdo
- Desacuerdo

FORMA DE CONTACTO SOCIAL:

50. ¿Saliste alguna vez de tu residencia? "De donde vives"
- Nunca
 - Algunas veces por mes
 - Una vez por semana
 - Algunas veces por semana
 - Una vez al día
 - Unas cuantas veces al día
 - Varias veces al día
51. ¿Tuviste contacto virtualmente con personas fuera de tu residencia?
- Nunca
 - Algunas veces por mes
 - Una vez por semana
 - Algunas veces por semana
 - Una vez al día
 - Unas cuantas veces al día
 - Varias veces al día
52. ¿Utilizaste alguna red social con más frecuencia para comunicarte?
- Nunca
 - Facebook (Messenger)
 - WhatsApp
 - Instagram
 - Telegram
 - Por correo electrónico (Meet, Zoom)
 - Otra
53. ¿Realizaste videollamadas por alguno de los medios mencionados en la pregunta anterior:
- Nunca
 - Al menos una vez
 - Más de una vez
54. ¿Tuviste contacto en persona con personas fuera del hogar?

- Nunca
- Una vez por mes
- Una vez por semana
- Algunas veces por semana
- Una vez al día
- Unas cuantas veces al día
- Varias veces al día

ESCALA DE RED SOCIAL DE LUBBEN

6

55. ¿A cuántos familiares ve o tiene noticias al menos una vez al mes?
- Ninguno
 - Uno
 - Dos
 - Tres o cuatro
 - Cinco a ocho
 - Nueve o más
56. ¿Con cuántos parientes se siente cercano a los que podría acudir en busca de ayuda?
- Ninguno
 - Uno
 - Dos
 - Tres o cuatro
 - Cinco a ocho
 - Nueve o más
57. ¿Con cuántos familiares se siente cómodo con los que puede hablar de asuntos privados?
- Ninguno
 - Uno
 - Dos
 - Tres o cuatro
 - Cinco a ocho
 - Nueve o más
58. ¿A cuántos de sus amigos ve o tiene noticias al menos una vez al mes?
- Ninguno
 - Uno
 - Dos
 - Tres o cuatro

- Cinco a ocho
 - Nueve o más
59. ¿Con cuántos amigos te sientes cercano de modo que podrías pedirles ayuda?
- Ninguno
 - Uno
 - Dos
 - Tres o cuatro
 - Cinco a ocho

- Nueve o más
60. ¿Con cuántos amigos se siente cómodo con los que puede hablar de asuntos privados?
- Ninguno
 - Uno
 - Dos
 - Tres o cuatro
 - Cinco a ocho
 - Nueve o más

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Este cuestionario sirve para conocer la opinión acerca de la calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida, durante las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. Indica: Muy mala
2. Indica: Regular
3. Indica: Normal
4. Indica: Bastante Buena
5. Indica: Muy buena

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?				
1	2	3	4	5

1. Indica: Muy insatisfecho
2. Indica: Poco
3. Indica: Lo normal
4. Indica: Bastante satisfecho
5. Indica: Muy satisfecho

1. ¿Cuán satisfecho está con su salud?				
1	2	3	4	5

1. Indica: Nada
2. Indica: Un poco
3. Indica: Lo normal
4. Indica: Bastante
5. Indica: Extremadamente

1. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?				
1	2	3	4	5
2. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?				
1	2	3	4	5
3. ¿Cuánto disfruta de la vida?				
1	2	3	4	5
4. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?				
1	2	3	4	5
5. ¿Cuál es su capacidad de concentración?				
1	2	3	4	5
6. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?				
1	2	3	4	5
7. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?				
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

1. Indica: Nada
2. Indica: Un poco
3. Indica: Moderado
4. Indica: Bastante
5. Indica: Totalmente

1. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?				
1	2	3	4	5
2. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?				
1	2	3	4	5
3. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?				
1	2	3	4	5
4. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?				
1	2	3	4	5

5. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?				
1	2	3	4	5

1. Indica: Nada

2. Indica: Un poco

3. Indica: Lo normal

4. Indica: Bastante

5. Indica: Extremadamente

1. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?				
1	2	3	4	5

1. Indica: Muy insatisfecho

2. Indica: Poco

3. Indica: Lo normal

4. Indica: Bastante satisfecho

5. Indica: Muy satisfecho

1. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?				
1	2	3	4	5
2. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?				
1	2	3	4	5
3. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?				
1	2	3	4	5
4. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?				
1	2	3	4	5
5. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?				
1	2	3	4	5
6. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?				
1	2	3	4	5
7. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?				

1	2	3	4	5
8. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?				
1	2	3	4	5
9. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?				
1	2	3	4	5
10. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?				
1	2	3	4	5

1. Indica: Nunca

2. Indica: Raramente

3. Indica: Medianamente

4. Indica: Frecuentemente

5. Indica: Siempre

1. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?				
1	2	3	4	5

ANEXO 3. ESCALA DE SOLEDAD DE UCLA

Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes.

1. Indica: «me siendo así a menudo».
2. Indica: «me siento así con frecuencia».
3. Indica: «raramente me siento así».
4. Indica: «nunca me siento de ese modo».

6. ¿Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo todas sus cosas solo?			
1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar?			
1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo?			
1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia siente que nadie le entiende?			
1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba?			
1	2	3	4
11. ¿Con qué frecuencia se siente completamente solo?			
1	2	3	4
12. ¿Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean y comunicarse con ellos?			
1	2	3	4
13. ¿Con qué frecuencia se siente deseoso de compañía?			
1	2	3	4
14. ¿Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos?			
1	2	3	4
15. ¿Con qué frecuencia se siente intimidado y excluido por los demás?			
1	2	3	4

Anexo 4: ESCALA DE RED SOCIAL DE LUBBEN (LSNS-6)

Señale según corresponda cada respuesta:

1. Indica: Ninguno
2. Indica: Uno
3. Indica: Dos
4. Indica: Tres o cuatro
5. Indica: Nueve a mas

FAMILIA: Teniendo en cuenta las personas con las que está relacionado, ya sea por nacimiento o matrimonio.

1. ¿A cuántos familiares ve o tiene noticias al menos una vez al mes?
 Ninguno Uno Dos Tres o cuatro
 Cinco a ocho Nueve o más
2. ¿Con cuántos parientes se siente cercano a los que podría acudir en busca de ayuda?
 Ninguno Uno Dos Tres o cuatro
 Cinco a ocho Nueve o más
3. ¿Con cuántos familiares se siente cómodo con los que puede hablar de asuntos privados?
 Ninguno Uno Dos Tres o cuatro
 Cinco a ocho Nueve o más

AMISTAD: Considerando a todos tus amigos, incluidos los que viven en tu vecindario.

4. ¿A cuántos de sus amigos ve o tiene noticias al menos una vez al mes?
 Ninguno Uno Dos Tres o cuatro
 Cinco a ocho Nueve o más
5. ¿Con cuántos amigos te sientes cercano de modo que podrías pedirles ayuda?
 Ninguno Uno Dos Tres o cuatro
 Cinco a ocho Nueve o más
6. ¿Con cuántos amigos se siente cómodo con los que puede hablar de asuntos privados?
 Ninguno Uno Dos Tres o cuatro
 Cinco a ocho Nueve o más

ANEXO 5: CARTAS DE ACEPTACION DE EXPERTOS, PARA VALIDACION DE INSTRUMENTO.

EXPERTO A:



CARTA DE PRESENTACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: Llolla Concha Diana
Cargo e Institución donde labora: Médico Piquelto H.R.C.

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la **ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**, tesista del décimo cuarto ciclo, requiero validar el instrumento con el cuál recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cuál optare el grado de Médico Cirujano titulado.

El título de mi proyecto de investigación es: "**FACTORES ASOCIADOS CON LA SOLEDAD Y CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO 2021**" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado recurrir a usted convenientemente, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

Para la validación del cuestionario se plantearon 62 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representara una absolución suficiente de la interrogante planteada.
- 4: Representara una absolución en gran medida de la interrogante planteada.
- 3: Representara una absolución intermedia de la interrogante planteada.
- 2: Representara una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representara una absolución ausente de la interrogante planteada.

Indicaciones: Marque con un aspa (x) en la escala de valoración.

Expresándole mi más sincero respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención.

Atentamente

Firma
DNI: 76187590
Bach. Juan Carlos Uscamayta Apaza



Aspectos Generales	Si	No	Observación
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder a los cuestionarios	✓		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma secuencial y lógica	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información	✓		

Opinión de aplicabilidad:

.....

Lugar y Fecha: 25-05-2021 H.R.C. Psiquiatría



Diana M. Lloclla Concha
MEDICO PSIQUIATRA
CMP. 63732 RNE. 37906

Firma del experto informante

DNI: 45072275 .

CMP: 63732 .

Telf: 999562116

EXPERTO B:



CARTA DE PRESENTACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: PAREDES CALCEÑA SANCHEZ

Cargo e Institución donde labora: Doc. Medicina - UNCSAC

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la **ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**, tesista del décimo cuarto ciclo, requiero validar el instrumento con el cuál recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cuál optare el grado de Médico Cirujano titulado.

El título de mi proyecto de investigación es: "**FACTORES ASOCIADOS CON LA SOLEDAD Y CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO 2021**" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado recurrir a usted convenientemente, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

Para la validación del cuestionario se plantearon 62 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representara una absolución suficiente de la interrogante planteada.
- 4: Representara una absolución en gran medida de la interrogante planteada.
- 3: Representara una absolución intermedia de la interrogante planteada.
- 2: Representara una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representara una absolución ausente de la interrogante planteada.

Indicaciones: Marque con un aspa (x) en la escala de valoración.

Expresándole mi más sincero respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención.

Atentamente

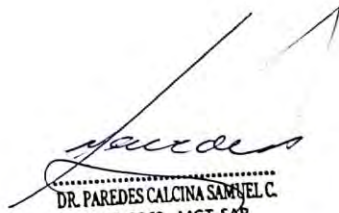
Firma
DNI: 76187590
Bach. Juan Carlos Uscamayta Apaza



Aspectos Generales	Si	No	Observación
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder a los cuestionarios	✓		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma secuencial y lógica	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información	✓		

Opinión de aplicabilidad: REVISAR LA PREGUNTA 2. Y CATEGORIZAR EDAD

Lugar y Fecha: 26-05-2021 U.NONC.


DR. PAREDES CALCINA SAMUEL C.
CMP. 9362 MGT. SAP.

Firma del experto informante

DNI: 23817244

CMP: 9362

Tel: 984398592

EXPERTO C:



CARTA DE PRESENTACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: Roberto Amaru Zegarra

Cargo e Institución donde labora: Médico Cirujano H.R.C

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la **ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**, tesista del décimo cuarto ciclo, requiero validar el instrumento con el cuál recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cuál optare el grado de Médico Cirujano titulado.

El título de mi proyecto de investigación es: "**FACTORES ASOCIADOS CON LA SOLEDAD Y CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO 2021**" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado recurrir a usted convenientemente, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

Para la validación del cuestionario se plantearon 62 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representara una absolución suficiente de la interrogante planteada.
- 4: Representara una absolución en gran medida de la interrogante planteada.
- 3: Representara una absolución intermedia de la interrogante planteada.
- 2: Representara una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representara una absolución ausente de la interrogante planteada.

Indicaciones: Marque con un aspa (x) en la escala de valoración.

Expresándole mi más sincero respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención.

Atentamente

Firma
DNI: 76187590
Bach. Juan Carlos Uscamayta Apaza



Aspectos Generales	Si	No	Observación
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder a los cuestionarios	X		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación	X		
Los ítems están distribuidos en forma secuencial y lógica	X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información	X		

Opinión de aplicabilidad: Retirar la pregunta 2
.....

Lugar y Fecha: H.A.R.C. 25-05-2021

HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO
SERVICIO DE EMERGENCIA

Dr. Roberto Amaru Zújarra
MEDICO CIRUJANO
CMP: 39681

Firma del experto informante

DNI: 23980262

CMP: 39681

Telf: 984 761672

EXPERTO D:



CARTA DE PRESENTACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: Ramirez Bengoa Roberto Renc
Cargo e Institución donde labora: Psicología - Hospital Regional Cusco

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la **ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**, tesista del décimo cuarto ciclo, requiero validar el instrumento con el cuál recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cuál optare el grado de Médico Cirujano titulado.

El título de mi proyecto de investigación es: "**FACTORES ASOCIADOS CON LA SOLEDAD Y CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO 2021**" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado recurrir a usted convenientemente, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

Para la validación del cuestionario se plantearon 62 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representara una absolución suficiente de la interrogante planteada.
- 4: Representara una absolución en gran medida de la interrogante planteada.
- 3: Representara una absolución intermedia de la interrogante planteada.
- 2: Representara una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representara una absolución ausente de la interrogante planteada.

Indicaciones: Marque con un aspa (x) en la escala de valoración.

Expresándole mi más sincero respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención.

Atentamente

Firma
DNI: 76187590
Bach. Juan Carlos Uscamayta Apaza



Aspectos Generales	Si	No	Observación
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder a los cuestionarios	✓		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma secuencial y lógica	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información	✓		

Opinión de aplicabilidad: *Adelantar las preguntas 42, 39, 26*

.....

Lugar y Fecha: *29-05-2021 Psicología HoR.C*


Dr. ROBERTO RENÉ RAMÍREZ BENGÓA (PhD)
PSICÓLOGO CLÍNICO - PSICOTERAPEUTA
HIPNÓTERAPEUTA - T. LASER - T. EMDR
MÁSTER - DOCTOR - POST. DOCTORADO BELUJ

Firma del experto informante

DNI: *2 399 87 83*

CMP:

Telf:

EXPERTO E:



CARTA DE PRESENTACIÓN

Apellidos y Nombres del Experto: *Yepez Chauca Elvia*

Cargo e Institución donde labora: *DINESA - Dirección de Gestión y Calidad
Sindicata*

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la **ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA** de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**, tesista del décimo cuarto ciclo, requiero validar el instrumento con el cual recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Médico Cirujano titulado.

El título de mi proyecto de investigación es: **"FACTORES ASOCIADOS CON LA SOLEDAD Y CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO 2021"** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado recurrir a usted convenientemente, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

Para la validación del cuestionario se plantearon 62 interrogantes, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representara una absolución suficiente de la interrogante planteada.
- 4: Representara una absolución en gran medida de la interrogante planteada.
- 3: Representara una absolución intermedia de la interrogante planteada.
- 2: Representara una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representara una absolución ausente de la interrogante planteada.

Indicaciones: Marque con un aspa (x) en la escala de valoración.

Expresándole mi más sincero respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención.

Atentamente

Firma
DNI: 76187590
Bach. Juan Carlos Uscamayta Apaza



Aspectos Generales	Si	No	Observación
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder a los cuestionarios	✓		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma secuencial y lógica	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información	✓		

Opinión de aplicabilidad:

.....

Lugar y Fecha: 27-05-2021 Diosa, Cusco.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
 Unidad Ejecutora de Gestión de Salud Bucal y Odontología
 Oficina de Gestión de Salud Bucal y Odontología
 M.C. Bibia L. López-Chamán
 C. P. 14177
 Ciudad de Diosa, Cusco

Firma del experto informante

DNI: 23922172

CMP: 24898

Tel: 989469990

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez por criterio de expertos, utilizando el método CVC (Coeficiente de Validez de contenido) de Hernández – Nieto, 2011 ⁽⁵²⁾.

PROCEDIMIENTO

Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por cinco especialistas en el tema.

N° ÍTEMS	EXPERTO					Mx	CVCi	CVCic	CVCct
	A	B	C	D	E				
1	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
2	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
3	5	4	5	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
4	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
5	5	4	4	5	5	4.6	0.92	0.91968	0.01475672
6	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
7	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
8	4	4	4	5	5	4.4	0.88	0.87968	0.01410098
9	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
10	4	5	4	4	5	4.4	0.88	0.87968	0.01410098
11	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
12	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
13	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
14	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
15	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
16	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
17	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
18	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
19	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
20	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
21	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
22	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
23	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
24	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
25	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
26	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
27	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
28	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
29	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682

30	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
31	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
32	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
33	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
34	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
35	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
36	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
37	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
38	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
39	5	4	5	4	5	4.6	0.92	0.91968	0.01475672
40	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
41	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
42	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
43	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
44	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
45	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
46	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
47	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
48	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
49	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
50	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
51	5	5	5	4	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
52	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
53	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
54	5	5	4	5	5	4.8	0.96	0.95968	0.01541246
55	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
56	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
57	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
58	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
59	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
60	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682
61	5	5	5	5	5	5	1	0.99968	0.0160682

- Pe: Probabilidad de error:

$$Pe = \left(\frac{1}{j}\right)^j$$

J = Numero de jueces.

$$Pe = 0.00032$$

- CVC_{ic} = Coeficiente de validez de contenido Insesgado Corregido.

$$CVC_{ic} = \frac{Mx}{Vmx} - \left(\frac{1}{j}\right)^j$$

Donde:

- Mx: Promedio de valoración de expertos.
- Vmx: Valoración máxima posible de la escala.
- Pe: Probabilidad de error.

- CVC_t : Coeficiente de validez de contenido total.

$$CVC_t = \frac{CVC_{ic}}{N^{\circ} \text{ Items}}$$

- CVC_{ct} : Coeficiente de validez de contenido total corregido.

$$CVC_{ct} = CVC_t - \left(\frac{1}{j}\right)^j$$

Sumatoria total de CVC_{ct} :

$$\sum CVC_{ct} = CVC_{ct1} + CVC_{ct2} + \dots + CVC_{ct61}$$

$$\sum CVC_{ct} = 0.96179934$$

Con este último valor hallado realiza una suma para cada ítem, la suma se puede valorar de la siguiente manera:

- ✓ De 0 a 0.6: Inaceptable
- ✓ Mayor a 0.6 y menor de 0.7: Deficiente
- ✓ Mayor a 0.7 y menor de 0.8: Aceptable
- ✓ Mayor a 0.8 y menor de 0.9: Buena
- ✓ Mayor a 0.9: Excelente

CONCLUSION:

El valor hallado del CVC en nuestro estudio fue de 0.962. encontrándose, lo cual significa una EXCELENTE calificación, por lo que se hace posible su uso.