



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS EN UN
CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 DE LIMA
METROPOLITANA**

PRESENTADA POR

PRISCILA SARAI CUYUCHI DELGADO

LESLY ELENA VALDIVIA QUISPITUPA

ASESOR

DEYVI BACA ROMERO

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS EN UN
CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 DE LIMA
METROPOLITANA**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
PRISCILA SARAI CUYUCHI DELGADO
LESLY ELENA VALDIVIA QUISPITUPA**

**ASESOR:
MG. DEYVI BACA ROMERO
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0184-0303>**

**LIMA, PERÚ
2022**

DEDICATORIA

*A mis padres Henry y Olinda,
a mis hermanas Abigail y Lizbeth,
quienes me demostraron un gran apoyo incondicional,
y se convirtieron en el motivo más significativo para concluir este trabajo.*

*A mi madre Gladys,
por ser mi principal motor,
a Consuelo, Isabel y Gregorio que,
desde el cielo fueron luz y guía siempre,
a Toño por su amor y apoyo incondicional.*

AGRADECIMIENTO

A mi amiga y compañera de tesis, ahora nos une una investigación que realizamos con mucho esfuerzo y dedicación, tuvimos el apoyo mutuo constante para continuar con perseverancia.

A nuestros docentes por sus conocimientos impartidos y apoyo para la elaboración de este trabajo.

A todas las personas que dispusieron de su tiempo para apoyar difundiendo los cuestionarios y resolviéndolos.

A los pacientes con COVID-19 en la actualidad, por su lucha, sus familiares y los que nos logramos recuperar y levantar frente a esta coyuntura.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	12
1.1. Bases teóricas.....	12
1.1.1. Autoeficacia	12
1.1.2. Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura	13
1.1.3. Desarrollo de la Autoeficacia	14
1.1.4. Calidad de Vida	15
1.1.5. Teoría de los Dominios de Olson y Barnes	16
1.1.6. Covid-19	17
1.1.7. Etiología.....	18
1.1.8. Epidemiología y Clínica	18
1.1.9. El Nuevo Coronavirus en el Perú	20
1.2. Evidencias Empíricas.....	21
1.3. Planteamiento del Problema	25
1.3.1. Descripción de la Realidad Problemática	25
1.3.2. Formulación del Problema General	27
1.3.3. Formulación de Problemas Específicos.....	27
1.4. Objetivos de la Investigación.....	28

1.4.1. Objetivo General.....	28
1.4.2. Objetivos Específicos	28
1.5. Hipótesis y Variables de la Investigación	28
1.5.1. Formulación de Hipótesis General	28
1.5.2. Formulación de Hipótesis Derivadas	29
1.6. Variables y Definición Operacional	30
1.6.1. Autoeficacia	30
1.6.2. Calidad de Vida	31
CAPÍTULO 2: MÉTODO.....	32
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	32
2.2. Participantes	32
2.3. Medición.....	35
2.3.1. Ficha Sociodemográfica	35
2.3.2. Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer	35
2.3.3. Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes	37
2.4. Procedimiento	39
2.5. Aspectos Éticos.....	40
2.6. Análisis de Datos	40
CAPÍTULO 3: RESULTADOS	42
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES.....	52

RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS.....	54
ANEXOS	60
ANEXO A.....	61
ANEXO B.....	63
ANEXO C.....	64
ANEXO D.....	65
ANEXO E	66
ANEXO F	67

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Operacionalización de variable Autoeficacia	30
<i>Tabla 2.</i> Operacionalización de variable Calidad de Vida	31
<i>Tabla 3.</i> Características sociodemográficas.....	34
<i>Tabla 4.</i> Confiabilidad a través de la Consistencia interna de Autoeficacia.	37
<i>Tabla 5.</i> Confiabilidad a través de la Consistencia interna de Calidad de Vida.....	39
<i>Tabla 6.</i> Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Calidad de Vida por rangos de Spearman.	42
<i>Tabla 7.</i> Resultados del Análisis Correlacional de la dimensión Autoeficacia y Hogar y Bienestar Económico por rangos de Spearman.	43
<i>Tabla 8.</i> Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Amigos, Vecindario y Comunidad por rangos de Spearman.....	44
<i>Tabla 9.</i> Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Vida Familiar y Familia Extensa por rangos de Spearman.....	44
<i>Tabla 10.</i> Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Educación y Ocio por rangos de Spearman.....	45
<i>Tabla 11.</i> Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Religión por rangos de Spearman.....	46
<i>Tabla 12.</i> Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Salud por rangos de Spearman.....	46

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de la ciudad de Lima Metropolitana. El estudio posee un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, predictivo correlacional simple. La muestra estuvo conformada por 209 adultos de 18 a 70 años, siendo 128 mujeres y 81 hombres. Los participantes fueron evaluados a través de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer y la Escala de Calidad de vida de Olson y Barnes, adaptadas por Grimaldo en el 2005 y 2003, respectivamente. Los resultados indicaron que existe una correlación estadísticamente significativa entre la autoeficacia y la calidad de vida ($p < .05$; $r = .389$); asimismo, se encontró correlaciones estadísticamente significativas entre la dimensión autoeficacia y seis dimensiones de la variable calidad de vida, cuyas significancias resultaron menores a $.05$, lo que demuestra que se correlacionan significativamente con la variable autoeficacia, por ende, se aceptó la hipótesis alternativa correspondiente de investigación.

Palabras claves: Autoeficacia, Calidad de vida, Adulto, Satisfacción, COVID-19, Pandemia, asociación, estudio, Lima Metropolitana.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the relationship between self-efficacy and quality of life in adults in a context of a COVID-19 pandemic in the city of Metropolitan Lima. The study has a quantitative approach of non-experimental design, simple correlational predictive. The sample consisted of 209 adults aged 18 to 70 years, 128 women and 81 men. The participants were evaluated through the Baessler and Schwarzer General Self-Efficacy Scale and the Olson and Barnes Quality of Life Scale, adapted by Grimaldo in 2005 and 2003, respectively. The results indicated that there is a statistically significant correlation between self-efficacy and quality of life ($p < .05$; $r = .389$); Likewise, statistically significant correlations were found between the self-efficacy dimension and six dimensions of the quality of life variable, whose significances were less than .05, which shows that they correlate significantly with the self-efficacy variable, therefore, the corresponding alternative hypothesis was accepted. research.

Keywords: Self-efficacy, Quality of life, Adult, Satisfaction, COVID-19, Pandemic, association, research, Metropolitan Lima.

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 una enfermedad viral denominada COVID-19 azotó al mundo entero y la OMS declaró epidemia global, dejando más de 4 mil 291 personas difuntas (Sevillano, 2020). Los efectos que produce esta enfermedad a mediano o largo plazo son físicos, psicológicos y neurológicos, a todo ello se le suman las siguientes situaciones y condiciones como la reducción de salarios, soledad, inestabilidad política y económica, entre otros aspectos que afectan en la calidad de vida (la cual tendrá las siguientes siglas CV).

Si bien el foco en políticas públicas y asignación presupuestal para llevar a cabo mejoras en la salud mental en los países a nivel mundial ya era materia de preocupación para la OMS (2018), la pandemia ha puesto de manifiesto estas problemáticas preexistentes y sus efectos en la salud mental de la población en general. Viéndose aún más afectados los países de Latinoamérica, como es el caso del Perú.

Actualmente, la calidad de vida es considerada un tema de suma relevancia en cuanto a los estudios que busquen describir y comparar los indicadores que hacen mención del bienestar social, mental y físico de una persona o grupos de acuerdo con su contexto sociocultural. En esa misma línea, se necesita investigar variables relacionadas a la calidad de vida como la variable autoeficacia, ya que podría existir dado que esta se da cuando una persona cree firmemente en sus capacidades para realizarse y desenvolverse oportunamente frente a situaciones de estrés que se le presenten (Baessler & Schwarzer, 1996).

Esta presente investigación pretende servir de guía para futuros estudios, desarrollo de intervenciones de prevención, a través de la investigación de estas

variables poco estudiadas en nuestro medio. Por lo cual, el presente estudio de naturaleza cuantitativa, de diseño no experimental, de tipo de estudio predictivo correlacional simple, tiene como objetivo final identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en 209 adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de la ciudad de Lima Metropolitana. A continuación, se detalla el desarrollo de la misma.

El presente estudio se ha organizado en cuatro capítulos con el objetivo de presentar los resultados encontrados. En el primero, se presentan las bases teóricas que permiten el acercamiento al tema de estudio, lo cual contempla las evidencias empíricas más importantes, se expone el planteamiento del problema que motiva esta investigación, además de los objetivos, hipótesis y variables, como también la definición operacional. Seguidamente, en el segundo capítulo, se describe la metodología que se aplicó, como el tipo y diseño de investigación, tipo de muestra, la medición, técnica de recolección de datos, el procesamiento, asimismo, los aspectos éticos que se han considerado para este estudio. Posteriormente, en el tercer capítulo, se presentan los resultados encontrados, además del análisis de datos, de normalidad, inferencial y correlacional. Finalmente, en capítulo IV, se desarrolla la discusión de la investigación.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teóricas

1.1.1. Autoeficacia

Autoeficacia (la cual se le denominará AF) posee como lexema eficacia, palabra que deriva del latín y refiere a una virtud, actividad, poder y fuerza para realizar las cosas (Grimaldo, 2005).

Este constructo psicológico actualmente es relevante como tema de estudio para comprender cómo el individuo logra su adaptación y superación de diversas dificultades que puedan conllevar a lo largo de su vida.

Las definiciones según los autores más resaltantes son los siguientes:

En primera instancia, Canto y Rodríguez (1998) indica que la AF consiste en valoraciones personales relacionadas a las capacidades de los individuos para su organización diaria.

En segunda instancia, según Grimaldo (2005) la AF es el conjunto de conducta cuya finalidad es la obtención de ciertos tipos de desempeño.

Por último, pero no menos relevante, Baessler y Schwarzer (1996) autores de la Escala de Autoeficacia General, refieren que la AF asegura el control personal sobre la conducta activa. En otras palabras, una persona se siente autoeficaz cuando cree que es capaz de poder realizar una determinada actividad, lo cual, le atribuye un sentimiento de confianza, dominio y autonomía en sus capacidades y sobre la situación a enfrentar.

1.1.2. Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura

El concepto AF fue introducido por el psicólogo Albert Bandura. Refiere al concepto como producto de dos ideas; en primer lugar, indica que las intervenciones que se dan en el ambiente son determinantes para realizar modificaciones en la conducta; y, en segundo lugar, que es imprescindible que exista una intervención cognitiva (Valencia, 2006).

Asimismo, el término AF fue desarrollado en su Teoría del Aprendizaje Social, que refería que la motivación y la acción humana es regulada por tres implicancias: las expectativas de la AF percibida, las expectativas de acción-resultado y situación-resultado (García-Allen, 2017). Esta última es la que se estudiará y aplicará en la presente investigación.

La teoría de Bandura fue el punto de partida para futuras investigaciones. Este plantea que la AF es el proceso cuando los individuos perciben su capacidad, las cuales son vías para la consecución de sus metas y poder tener control de lo que hacen y, a su vez, del ambiente en el que se encuentran (Canto y Rodríguez, 1998).

Por consiguiente, lo que ellos conciben de sí mismos y lo que son capaces de desarrollar en diferentes situaciones influye en la forma en la que tomen sus decisiones sobre las mismas (Velásquez, 2012), ya que las personas aceptarán los retos que se le propongan si es que se sienten lo suficientemente capaces para realizarlos, de lo contrario, si se sienten débiles o ineficientes se presentará cierto rechazo a dichas actividades.

También es relevante tomar en cuenta que existe una relación recíproca entre la conducta del ser humano, el ambiente en el que se desenvuelve y los pensamientos que posee (Grimaldo, 2005).

La teoría de Bandura postula a la AF como las creencias intermedias de las habilidades que un individuo posee de sí mismo para lidiar con las circunstancias. También como el constructo principal para poner en acción una conducta, debido a que el conocimiento y la acción estarán altamente influenciados por el pensar propio eficaz, es decir, la AF (García-Allen, 2017). Sin embargo, no es el único determinante de la conducta.

En la misma línea, señala que la manera en la que las personas actúan es resultado de lo que ellos creen de sí mismos como de sus habilidades y conocimientos previos (Grimaldo, 2005).

Este concepto es propio de la psicología, porque resalta la función de la experiencia social, aprendizaje observacional y la relevante influencia que ejerce en el desarrollo personal del individuo (García-Allen, 2017).

1.1.3. Desarrollo de la Autoeficacia

En relación con lo dicho anteriormente, se puede añadir que la AF toma la forma de pensamientos autorreferenciales. Asimismo, el proceso interactivo entre el ambiente y las conductas del sujeto, permiten que estas creencias se desarrollen a temprana edad durante la infancia al vivenciar diversos eventos.

Sin embargo, el desarrollo de la AF no se detiene en dicha etapa ni en la adolescencia, es más, evoluciona con el paso de los años al adquirir nuevas destrezas, conocimientos o experimentar nuevas vivencias (García-Allen, 2017).

Estas ideas se forman a través de cuatro fuentes, según García-Allen (2017a):

En primer lugar, se encuentran los logros de ejecución, es decir, que lograr determinadas tareas incrementa la evaluación positiva que se tenga sobre sí mismo

(autoeficacia); mientras que los fracasos que se repiten las disminuyen, se toma en mayor consideración cuando estos no pueden a circunstancias externas.

En segundo lugar, la experiencia vicaria y observación; cabe resaltar el proceso de modelamiento, es decir, el visualizar cómo otros individuos realizan eficazmente cierta actividad podrá producir en uno la creencia que tiene la destreza adecuada para lograr el mismo éxito.

En tercer lugar, la persuasión verbal es relevante ya que, es una característica de la AF en aquellas personas cuyo nivel es elevado, y requieren de mayor confianza para realizar un esfuerzo extra y alcanzar la meta.

Por último, el estado fisiológico del individuo, este influye en el sentido que si un individuo presenta indicadores como: dolores y fatiga, o interpretan síntomas de ansiedad elevados como signos de vulnerabilidad y bajo rendimiento, no podrá cumplir con lo que se propone, como también los estados emocionales generan un impacto en la interpretación de las nuevas experiencias.

1.1.4. Calidad de Vida

A lo largo de los años, distintos autores estudiaron e incorporaron diversos dominios al concepto calidad de vida, asimismo, la definen como:

Según Guillén et al. (1997) vivir de manera amena y satisfactoria, en condiciones físicas y mentales adecuadas que implican una mayor esperanza de vida.

Por otro lado, Diener (1984) señala a la CV como una valoración subjetiva del nivel de felicidad y satisfacción alcanzado; o como un sentimiento individual de bienestar; estos a su vez relacionados puntualmente a indicadores sociales, psicológicos, objetivos, del comportamiento y biológicos.

Asimismo, la OMS refiere que la CV es lo que percibe la persona sobre su situación de vida en el entorno cultural y sistema de valores en el cual se desarrolla, esto, incluye sus metas, estándares, preocupaciones y expectativas (Grimaldo, 2012).

1.1.5. Teoría de los Dominios de Olson y Barnes

Esta teoría diseñada por Olson y Barnes en 1982 define que la CV es una construcción multidimensional que está relacionada con la salud como elemento subjetivo; con lo que se refiere a bienestar o malestar como expresión y trasciende de forma objetiva en las interacciones con su ambiente (Summers, et al. 2005).

De la mayoría de las investigaciones sobre la CV, ellos indican que se pueden determinar ciertas características en común que cada una refleja una faceta particular de la experiencia vital.

La forma en cómo el individuo satisface estos dominios es de acuerdo con la percepción que tiene de las oportunidades que el ambiente le brinda (Grimaldo, 2012).

Olson y Barnes (1982, citado en Summers, 2005) establecen dos tipos de CV:

Objetiva, en relación con la producción, hace referencia a la manera en cómo una sociedad se organiza, esquemas laborales y de consumo que distinguen a los grupos sociales.

Subjetiva, en relación con el nivel de satisfacción e insatisfacción que el individuo percibe de su vida.

De la misma manera, Ardila (2003) concluye que el concepto tiene dos aspectos: lo subjetivo, basado en la percepción de la seguridad, la productividad personal, la intimidad, la salud propia, la expresión emocional; mientras que lo

objetivo, en base al bienestar económico, la interacción con el sistema físico y social, con la comunidad, y la salud autopercebida.

En relación con lo antedicho, la CV se da por la interacción de la persona en sus condiciones objetivas y subjetivas, lo cual permite que esto lo perciba satisfactoriamente en mayor o menor grado en relación con su bienestar. Esto le atribuye un nivel de complejidad en cuanto a una definición exacta (Grimaldo, 2003).

Por lo tanto, se debe tomar en cuenta que no existe una CV óptima y absoluta, esta se desarrolla de acuerdo con el equilibrio de un individuo con el ambiente, cómo percibe el logro de satisfacción de sus dominios, y la búsqueda constante y perseverante del ser humano en mantener o potenciar su calidad de vida. Esa es la pauta distintiva entre el ser racional y el instintivo.

1.1.6. Covid-19

A finales del mes de diciembre del año 2019 es detectada en China, en la ciudad de Wuhan, un brote de casos de neumonía grave en 27 personas con dicha sintomatología de causa desconocida. El Ministerio de sanidad de China realiza la identificación de un nuevo coronavirus como posible etiología, el 7 de enero del siguiente año, conociéndose para el 24 de enero más de 835 casos reportados en dicha provincia y con el pasar de los días se expandía en todo el país. La siguiente nación en presentar su primer contagio fue Tailandia en ese mismo mes. Posterior a ello, se reportaron contagios en el país vecino, Corea del Sur y de esa forma, sucesivamente, otros países se vieron afectados con el contagio masivo.

Se conoce con un impacto viral en más de 180 países, se especula que provino de un mamífero denominado pangolín, el cual era usado en el país asiático como un alimento exótico regional (Maguiña et al., 2020).

1.1.7. Etiología

Este virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2) es el causante de COVID-19. Los coronavirus que hoy tienen mayor relevancia médica son siete y se dividen en dos grupos; coronavirus adquiridos entre humanos y coronavirus zoonóticos. Del primer tipo se encuentran circulando alrededor del mundo de forma libre generando resfriados gradualmente leves. Por el contrario, los coronavirus zoonóticos que poseen una duración limitada son los que pueden generar grandes epidemias con enfermedades respiratorias graves. El origen del coronavirus presente parece ser zoonótico, en específico el grupo de betacoronavirus zoonóticos, los cuales se relacionan con coronavirus de mamíferos teniendo a estos animales como fuente para el humano, ya sea directa o a través de un intermediario, teniendo como ejemplo que la civeta, un animal silvestre, fue hospedero intermediario para el SARSCoV. Sin embargo, no se tiene claro con exactitud cuál animal pudo haber sido el huésped originario para el SARS-CoV-2 (Díaz & Toro, 2020).

1.1.8. Epidemiología y Clínica

A la actualidad del 24 de mayo del 2022, a nivel mundial, se tiene registrado más de 526 millones de casos y más de 6 millones de muertes confirmadas por coronavirus. Se encuentra Estados Unidos como el país con más número de contagios; sobrepasa los 80 millones de casos, y cuenta con más de 1 millón de muertes. A este le sigue la India, en segundo puesto; y, Brasil como tercer país a nivel mundial; sin embargo, toma el primer lugar en Sudamérica con más de 30 millones de contagios y más de seiscientos mil muertes registradas. Asimismo, Perú ocupa el trigésimo cuarto lugar con más de 3 millones de casos confirmados y más de doscientas mil muertes, conforme con la Universidad de Johns Hopkins, el cual posee

el mejor y actualizado conjunto de datos disponibles sobre la pandemia (Our World in Data, 2022).

Por lo que, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades señala que para evitar el aumento de casos por coronavirus y el colapso de la atención en los sistemas de salud, se recomienda el distanciamiento social como medida principal, esto consiste en evitar multitudes y mantener una distancia de por lo menos dos metros, en especial con aquellos que presenten sintomatología previamente indicada (Díaz & Toro, 2020).

También se debe tomar en cuenta que el curso de la enfermedad suele ser de carácter variable mostrándose desde una infección asintomática (mayormente presentes en niños, adolescentes y adultos jóvenes) hasta una neumonía grave que requerirá de una ventilación asistida y en frecuencia fatal (observándose mayormente en adultos de 65 años en adelante y en individuos con condiciones crónicas (Guan et al., 2020, citado por Díaz & Toro, 2020).

Es importante tomar en cuenta que con el pasar del tiempo la genética de los virus sufren de modificaciones, estos cambios o mutaciones, en su mayoría, con un escaso o nulo efecto en sus propiedades, pueden llegar a alargar la propagación de la enfermedad o elevar su gravedad, también influyen en la eficacia de las vacunas y/o tratamientos, los medios para el diagnóstico entre otras medidas de salud pública y social. Todo esto se ve reflejado en el SARS-CoV-2, virus que causa el COVID-19, por lo que, redes de expertos, autoridades nacionales, institucionales e investigadores se mantienen vigilantes y en constante evaluación de las evoluciones que se presenten. A finales del 2021, se dieron a conocer los nombres de algunas variantes tales como Ómicron, Delta, Gamma, entre otros linajes genéticos del SARS-CoV2, a

través de nomenclaturas establecidas por los científicos, sin embargo, esto también conllevó a que se refuercen los sistemas y estrategias de salud, a nivel mundial, a través de la vacunación obligatoria, con la finalidad de brindar activa respuesta y reaccionar ante las variantes para prevenir su propagación (OMS, 2022).

1.1.9. El Nuevo Coronavirus en el Perú

En el mes de marzo del 2020, el gobierno anunció el primer caso por coronavirus confirmado en un adulto joven de 25 años con la sintomatología de Infección Respiratoria Aguda Leve, el cual registraba viajes recientes alrededor de Europa. Cinco días después, el gobierno, a través del Decreto Supremo N.º 008-2020-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, declara al país en estado de Emergencia Sanitaria y se decretaron medidas preventivas y de control para impedir la propagación del virus, el cual es agresivamente contagioso y su transmisión a través de la tos, secreciones respiratorias o contactos cercanos que incluyan el contacto físico con las manos u otras partes del cuerpo.

Por ello, se implementaron medidas en el país, tales como: cuarentena obligatoria y distanciamiento social, además del uso de mascarillas y la promoción de la higiene constante en el lavado de las manos con jabón por 20 segundos y el alcohol como desinfectante.

A medida que aumentaron los nuevos casos de coronavirus en el Perú, se realizaron investigaciones clínicas que evidenciaron que entre la sintomatología de los pacientes peruanos se destacan la tos seca, dolor de garganta, fiebre y cansancio. Se indica que el periodo de incubación es entre 4 días a una semana, aunque en el 95% de los casos tenían una duración de 12 días, y según otros estudios de poblaciones en Europa estiman que suele ser de 2 a 14 días (Maguiña et al., 2020).

Claramente, este nuevo virus ha causado una severa conmoción en todos los aspectos de la salud, desde el colapso de los servicios básicos de atención de Salud como Epidemiológicos, Emergencia y Cuidados Intensivos (Falcón, 2020) y se evidencia en la persona, con notoriedad, en la instauración de nuevos hábitos y comportamientos sociales. Esto último se pudo ver afectado desde el punto más básico en el que el ser humano está en constante interacción con su entorno y como se puede detallar en investigaciones que se realizaron a nivel mundial.

Por ello, se detallan las variables estudiadas y tomadas como relevantes en un contexto único y particular que difícilmente se previó como lo es esta pandemia. Tal como se puede puntualizar en las conclusiones de una reciente investigación por Falcón en el 2020 en la provincia de Huaral, en Perú, con pacientes dados de alta por COVID-19, se evidenció que su CV se encontraba deteriorada manifestando dolor y malestar corporal, dificultad para realizar sus actividades cotidianas, lo cual afectó su percepción de autonomía y eficacia; y otros, con comportamientos ansiosos y depresivos.

Asimismo, en otro estudio realizado en Chile por Guzmán et al. (2021) donde se evaluó la calidad de vida entre dos contextos diferentes con y sin pandemia en jóvenes adultos, se encontró que su estado de salud en relación con la variable mencionada se vio disminuida durante el confinamiento por COVID-19, siendo mayormente afectadas su percepción psicológica y social.

1.2. Evidencias Empíricas

Respecto a trabajos nacionales, en el 2021, Huayanay et al., estudiaron descriptivamente a la autoeficacia y calidad en el diario vivir de personas que padecen diabetes mellitus de tipo 2 y así relacionarlas con variables clínicas, demográficas y

metabólicas. Parte de un análisis posterior de una investigación de corte transversal. Se utilizó la evaluación clínica y cuestionarios generalizados como la Escala de Autoeficacia General y el de Diabetes – 39 para identificar su CV. Como resultado, no se halló relación significativa entre ambas variables.

En esa misma línea, en el 2020, Camarena estudió la CV de 102 personas con diabetes y diagnóstico de COVID-19 de un hospital del distrito de Lima. Cuyo diseño metodológico fue transversal y descriptivo. Mediante una encuesta y el cuestionario D-39, se concluyó que la muestra estudiada presentaba un nivel medio en relación con su CV y, en relación con sus escalas, la que mostró mayor afectación fue la de función sexual.

Falcón (2020) evaluó la calidad de vida de 345 personas recuperadas de COVID-19 en la provincia de Huaral. Este diseño fue de corte transversal, no experimental y correlacional. Se hizo uso del instrumento EUROQOL-5D-5L. Se concluyó que en su mayoría los pacientes dados de alta percibieron alguna limitación o deterioro en su estado de salud.

Trujillo (2020) investigó la relación entre el bienestar psicológico y CV profesional en 133 miembros de la Policía Nacional del Perú en pandemia por COVID-19. El estudio fue de tipo correlacional-simple, y se hizo un análisis comparativo entre participantes con y sin diagnóstico de COVID-19. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Bienestar Psicológico para adultos (EBP-A) de Casullo (2002) y la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35), ambas validadas en el Perú. Se concluyó que una correlación significativa entre las variables no existía; además, sobre el análisis comparativo, este demostró que no existía una relación entre las variables y los grupos de estudio.

Por último, Veramendi et al. (2020) estudiaron la relación entre CV y estilos de vida. Este estudio fue de tipo cuantitativa, correlacional, transversal y observacional, en 163 estudiantes de una universidad en Tarma, reclutados vía electrónica. Se utilizaron la Escala de Estilos de Vida con cuatro dimensiones y la Escala GENCAT de Calidad de vida, de Verdugo et al., en el 2009. En la población estudiada se encontró una relación directa entre la CV y estilos de vida.

Respecto al ámbito internacional, en Colombia, Santiago (2021) abordó una investigación para estudiar la relación de la pandemia con la CV en una institución laboral del sector eléctrico colombiano. Este estudio tuvo una orientación cuantitativa, transversal, de tipo correlacional y no experimental realizado en 113 personas y se utilizaron cuestionarios en línea adaptados para medir las variables. Se concluyó que existen relaciones significativas los objetos de estudio y sus dimensiones, resultó también que los trabajadores se mostraron más comprometidos y motivados bajo los parámetros de trabajo en casa.

En ese mismo país, pero en el año 2020, Cano et al., realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar las condiciones de bienestar de 155 adultos mayores en la ciudad de Neiva durante el confinamiento por COVID-19. Esta investigación fue descriptiva, de corte transversal. Para ello se elaboró el cuestionario Condiciones de bienestar de los adultos mayores del Huila; obteniendo como resultado que aún hay mucho por indagar al respecto, debido al contexto de los casos presentes en cada región relacionados con los elementos biopsicosociales, culturales y de políticas de estado.

Sánchez (2020) realizó un estudio en México acerca del impacto de la capacitación virtual sobre AF para el desarrollo de actividades para 70 docentes,

frente a la contingencia del Covid-19. El diseño fue no experimental con alcance descriptivo. Los resultados arrojaron que existen diferencias significativas en las puntuaciones de AF de los docentes antes y después de la capacitación.

En el mismo país, Salgado y Álvarez (2020) realizaron una investigación cuantitativa, correlacional, comparativa y transversal sobre la relación de la autoeficacia con los hábitos de salud y CV de 300 estudiantes de una universidad del noreste. Se aplicó la EAP, el Cuestionario de Hábitos de la Salud y la subescala de Satisfacción General con la Vida y Bienestar. Se encontró que la autoeficacia es determinante en el ejercicio físico y para prevenir el consumo del tabaco. Además, al incrementarse la autoeficacia en la persona, existe una mayor calidad de vida.

Por último, en Argentina, Florencia y Domingo (2018) desarrollaron una investigación para evaluar la relación entre los diferentes niveles de AF en 126 universitarios y los estilos de afrontamiento al estrés que utilizan. El diseño fue correlacional y transversal, con una muestra no probabilística e intencional. Se utilizaron la EAG, el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés y un cuestionario sociodemográfico. Se encontró que quienes presentan un mayor nivel de AF hacen uso de los estilos de afrontamiento al estrés focalizando la solución del problema y lo reevalúan positivamente; mientras que los que no, recurren al estilo de afrontamiento negativo.

Según estudios revisados, se puede concluir que a nivel nacional e internacional existe información reciente con las variables y con los instrumentos utilizados y también en sus versiones originales, pero no haciendo uso de ambas variables en el contexto de pandemia por Covid 19, con lo cual se podría utilizar como

base para esta investigación y con ello forjar indicadores para futuros estudios en contextos similares.

1.3. Planteamiento del Problema

1.3.1. Descripción de la Realidad Problemática

Actualmente la calidad de vida es considerada un tema de suma relevancia en cuanto a los estudios que busquen describir y comparar los indicadores que hacen mención del bienestar social, mental y físico de una persona o grupos de acuerdo con su contexto sociocultural. Así también, se puede entender como calidad de vida al nivel de felicidad y satisfacción y recompensa alcanzado, comprendido y analizado mediante experiencias y vivencias propias vitales que establecen a un individuo como existente en su ambiente (Grimaldo, 2003).

En el 2019 la consultora Mercer elaboró su Encuesta Anual de Calidad de Vida, la cual evalúa las condiciones de vida de los habitantes, teniendo en consideración factores como entorno natural, la educación, alojamiento, político, bienes de consumo, social, recreación, económico, transporte, sociocultural, servicios públicos y, de la cual, Lima ocupó el puesto 124 de 230 ciudades, en el caso de América del Sur obtuvo el octavo lugar de la región, considerándose como el distrito con peor calidad de vida.

En el mismo año, CENTRUM de la Pontificia Universidad Católica del Perú presentó el Índice de Progreso Social Regional 2019, el cual evalúa la capacidad de cubrir las necesidades básicas, bienestar y oportunidades de sus ciudadanos y comunidades, además evalúa el rendimiento que concierne a los territorios. Este estudio reveló que Moquegua y Lima son los departamentos con mayor CV, con un nivel medio alto y le sigue Tacna, Ica y Arequipa. Por otro lado, las 21 regiones

restantes presentaron índices de baja y muy baja calidad, como en el caso de Ucayali con un rango muy bajo (Marquina & Del Carpio, 2019).

Asimismo, una encuesta realizada por Lima Cómo Vamos (2019) reveló el índice de satisfacción de Lima como ciudad para vivir, donde el 21.7% de la población se siente insatisfecha; el 40.8% se muestra indiferente y el 37.5%, satisfecha. Por otro lado, dentro de los problemas más relevantes que impactan en la CV de los habitantes de Lima son la inseguridad ciudadana en un 82.2%, el transporte público 46.2%, la corrupción de funcionarios o servidores públicos 38.6%, la limpieza pública en un 32.5% y la contaminación ambiental en un 28.5%.

En el año 2020 una enfermedad viral denominada COVID-19 azotaba al mundo entero y la OMS declaró epidemia global, con más de 4.291 personas difuntas (Sevillano, 2020). Los efectos de esta enfermedad a mediano o largo plazo son físicos, psicológicos y neurológicos, a ello se le suma la reducción de salarios, soledad, inestabilidad política y económica, entre otros aspectos que impactan en la CV de los pacientes que son dados de alta. Por lo que, el Ministerio de Salud del Perú (2020) implementó un programa de rehabilitación para pacientes dados de alta que tengan complicaciones respiratorias o físicas con discapacidad moderada, con el objetivo de minimizar la posibilidad de complicaciones en el paciente y lograr la reinserción social y mejorar la CV de ellos.

En esa misma línea, se necesita investigar variables relacionadas a la calidad de vida y se tomará en cuenta a la variable autoeficacia, ya que, como Morales y Blanco (1995, citado por Grimaldo, 2003) indican que la primera hace inclusión a todos los aspectos que intervienen en la autorrealización del individuo, en tal sentido, podría existir una relación con autoeficacia, ya que esta se da cuando una persona

crea firmemente en sus capacidades para realizarse y manejar oportunamente situaciones de estrés que se le presenten (Baessler & Schwarzer, 1996).

1.3.2. Formulación del Problema General

¿Qué relación tiene la autoeficacia y calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?

1.3.3. Formulación de Problemas Específicos

¿Qué relación tiene la autoeficacia y el hogar y bienestar económico en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?

¿Qué relación tiene la autoeficacia y los amigos, vecindario y comunidad en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?

¿Qué relación tiene la autoeficacia y la vida familiar y familia extensa en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?

¿Qué relación tiene la autoeficacia y la educación y ocio en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?

¿Qué relación tiene la autoeficacia y la religión en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?

¿Qué relación tiene la autoeficacia y la salud en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

1.4.2. Objetivos Específicos

Identificar la relación entre la autoeficacia y el hogar y bienestar económico en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la autoeficacia y los amigos, vecindario y comunidad en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la autoeficacia y la vida familiar y familia extensa en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la autoeficacia y la educación y ocio en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la autoeficacia y la religión en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

Identificar la relación entre la autoeficacia y la salud en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

1.5. Hipótesis y Variables de la Investigación

1.5.1. Formulación de Hipótesis General

H1: Existe relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

1.5.2. Formulación de Hipótesis Derivadas

H1: Existe relación entre la autoeficacia y el hogar y bienestar económico en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre la autoeficacia y el hogar y bienestar económico en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H2: Existe relación entre la autoeficacia y los amigos, vecindario y comunidad en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre la autoeficacia y los amigos, vecindario y comunidad en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H3: Existe relación entre la autoeficacia y la vida familiar y familia extensa en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre la autoeficacia y la vida familiar y familia extensa en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H4: Existe relación entre la autoeficacia y la educación y ocio en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre la autoeficacia y la educación y ocio en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H5: Existe relación entre la autoeficacia y la religión en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre la autoeficacia y la religión en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H6: Existe relación entre la autoeficacia y la salud en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre la autoeficacia y la salud en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.

1.6. Variables y Definición Operacional

1.6.1. Autoeficacia

Tabla 1

Operacionalización de variable Autoeficacia

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Ítems	Instrumento
Autoeficacia	La autoeficacia asegura el control personal sobre la conducta activa, lo cual, le atribuye un sentimiento de confianza, dominio y autonomía en sus capacidades y sobre la situación a enfrentar (Baessler y Schwarzer, 1996, citado por Grimaldo, 2005).	Unidimensional	(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer.

1.6.2. Calidad de Vida

Tabla 2

Operacionalización de variable Calidad de Vida

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Ítems	Instrumento
Calidad de Vida	La calidad de vida es una construcción multidimensional que está relacionada con la salud como componente subjetivo; con lo que se refiere a bienestar o malestar como expresión y va más allá de lo que ocurre de forma objetiva en las interacciones con su ambiente (Olson y Barnes, 1982, citado en Summers, et al. 2005, a su vez citado por Grimaldo, 2012).	Hogar y bienestar económico.	(1,2,3,4, 5)	Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes.
		Amigos, vecindario y comunidad.	(6,7,8,9,10)	
		Vida familiar y familia extensa.	(11, 12,13,14)	
		Educación y ocio.	(15,16,17)	
		Medios de comunicación.	(18,19,20,21)	
		Religión.	(22,23)	
Salud.	(24,25)			

CAPÍTULO 2: MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación, según autores como Ato y Vallejo (2015), sostienen que toda investigación debe responder a un objetivo específico; considerar que lo más importante es la replicación de este con el fin de desarrollar un conocimiento científico coherente; en cuanto a las variables, debe incluir información detallada de los instrumentos utilizados y la naturaleza de los datos; y, en cuanto al análisis estadístico, los métodos utilizados deben ser entendibles para otros investigadores.

Por lo que, la presente investigación es de naturaleza cuantitativa, de diseño no experimental, de tipo de estudio predictivo correlacional simple; es decir, lo que se busca es explorar la relación funcional entre una o más variables, con el fin de tener predicción de su comportamiento (Ato & Vallejo, 2015).

2.2. Participantes

Para el presente estudio los participantes fueron adultos desde los 18 años a 70 años que se encuentran en un contexto debido a la pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. La técnica de muestreo usada fue de tipo intencional dada la accesibilidad y proximidad de las investigadoras a los participantes (Otzen & Manterola, 2017). Así, la muestra considerada fueron 128 fueron mujeres y 81 hombres.

Como parte de los criterios de exclusión no se considera a las personas fuera del rango de edad; tampoco se considera a los que presenten algún tipo de discapacidad visual y auditiva, y a los que no desearon participar.

En relación con los estadísticos descriptivos relacionados a las características de la muestra (Tabla 3), esta estuvo conformada por 128 mujeres (61.2%), y 81 hombres (38.8%). En relación con la edad, la muestra presentó edades desde los 18 a 70 años, resultando la media de la edad de 34 años. Acerca del estado civil de la muestra, 117 personas (56%) son solteros, 66 personas (31.6%) son casados, 14 personas (6.7%) son convivientes, 11 personas (5.3%) son separados y 1 persona (.5%) es viudo. Respecto a los datos relacionados al lugar de residencia, 209 personas (100%) viven en Lima. Según el grado de instrucción, 32 personas (15.3%) se encontraron en el nivel secundaria, 50 personas (23.9%) en técnico, y 127 personas (60.8%) en el nivel universitario. Por otro lado, 16 personas (7.7%) viven solos y 193 personas (92.3%) viven acompañados. En cuanto a los que han sido diagnosticado con Covid-19 con resultado positivo de prueba rápida, antígenos o molecular, 155 personas (74.2%) indicaron como respuesta que No, y 54 personas (25.8%) señalaron como respuesta que Sí. En relación con los que han sido responsables del cuidado de algún familiar diagnosticado con Covid-19, 138 personas (66%) indicaron como respuesta que No, y 71 personas (34%) señalaron como respuesta que Sí. Por último, los que se habían visto impactados económicamente por el contexto de la pandemia por Covid-19, 49 personas (23.4%) indicaron como respuesta que No, y 160 personas, superando en porcentaje con un 76.6%, señalaron que Sí se habían visto impactados.

Tabla 3*Características sociodemográficas*

	N	%
Sexo		
Femenino	128	61,2
Masculino	81	38,8
Edad		
Entre 18 a 33 años	104	49,8
Entre 34 a 47 años	68	32,5
Entre 48 a 70 años	37	18
Estado civil		
Soltero	117	56,0
Casado	66	31,6
Conviviente	14	6,7
Separado	11	5,3
Viudo	1	,5
Lugar de residencia		
Lima	209	100
Grado de instrucción		
Secundaria	32	15,3
Técnico	50	23,9
Universitario	127	60,8
Vive con		
Solo	16	7,7
Acompañado	193	92,3
Diagnóstico de Covid-19		
Sí	155	74,2
No	54	25,8
Responsable Cuidador		
No	138	66,0
Sí	71	34,0
Impacto económico		
No	49	23,4
Sí	160	76,6

2.3. Medición

2.3.1. Ficha Sociodemográfica

Se hizo uso de un cuestionario creado para recolectar información acerca de cada participante adulto que se encuentra en confinamiento por la presente pandemia. Para realizar una descripción más objetiva y precisa sobre la muestra, se recogió información respecto a datos demográficos y sobre su calidad de vida actual. Se registró variables sociodemográficas como la edad, el sexo, lugar de residencia, el estado civil, grado máximo de escolaridad, con quién vive, si es que ha sido diagnosticado con COVID-19 con o sin necesidad de un resultado positivo de prueba rápida, antígenos o molecular, si ha sido responsable de algún familiar diagnosticado con COVID-19 y si se ha visto impactado económicamente por el contexto pandémico o no.

2.3.2. Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer

La Escala de Autoeficacia general fue creada en 1996 por Baessler y Schwarzer, la cual busca calificar la valoración estable de las competencias personales para tener un manejo eficaz de diversas situaciones de estrés. El presente instrumento es una prueba dirigida a personas desde los catorce años en adelante, la manera de administrarla puede ser tanto individual como grupal y está conformada por diez ítems, en donde la modalidad de respuesta se desarrolla en una escala de cuatro puntos, por lo que, los puntajes de la escala fluctúan entre 10 y 40. Asimismo, el tiempo aproximado en el desarrollo es de 8 minutos como promedio, presenta una sola dimensión, la cual es Autoeficacia y esta comprende los ítems del 1 al 10.

En relación con las propiedades psicométricas de la prueba en la versión original, se utilizó la validez de criterio, para la cual se usaron medidas específicas de

optimismo, depresión y ansiedad. Se alcanzó una correlación negativa entre la variable depresión y autoeficacia ($r = -.42$), con ansiedad ($r = -.43$), de otro lado, con optimismo se obtuvo una correlación positiva ($r = .57$; Grimaldo, 2005).

En cuanto a la confiabilidad de la prueba en la versión original fue realizada mediante un análisis de ítems para evaluar la correlación que existe entre la puntuación total y las respuestas a cada ítem. El coeficiente de correlación alfa de Cronbach hallado es de .81 (Grimaldo, 2005).

Respecto a las propiedades psicométricas de la versión adaptada por Grimaldo en el 2005 para Perú, mediante un estudio se obtuvo la validez y confiabilidad con 589 alumnos, de edades entre los 14 y 17 años, de secundaria de instituciones públicas y particulares.

Grimaldo (2005), trabajó la validez de constructo, la cual indica que los ítems se explican por su relación con un solo factor, siendo las cargas factoriales superiores al valor máximo determinado (\geq de 3). Se obtuvo como total tres autovalores sobre uno, lo cual indica que un modelo de tres factores posibilita la explicación de cómo se relacionan los ítems entre sí, sin embargo, el instrumento de Autoeficacia General se mantuvo en un modelo unidimensional. De igual forma, se utilizó la Validez Divergente con el método de Coeficiente r de Pearson para determinar el análisis correlacional entre la Prueba de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer y Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, donde se obtuvo como resultado una baja correlación de .311 al cuadrado entre ambas pruebas.

En cuanto a la confiabilidad de la prueba en la versión adaptada por Grimaldo para Perú, se realizó de acuerdo con la Consistencia Interna a través del Coeficiente

Alfa y se tuvo como resultado un valor de .75, lo cual indica la presencia de confiabilidad (Grimaldo, 2005).

En cuanto la confiabilidad del presente estudio, la variable Autoeficacia (Tabla 4), alcanzó un nivel de fiabilidad bueno a través del alfa de Cronbach.

Tabla 4

Confiabilidad a través de la Consistencia interna de Autoeficacia.

Dimensión	Alfa de Cronbach
Total Autoeficacia	.897

2.3.3. Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes

David Olson y Howard Barnes crearon la escala de calidad de vida en 1982, la cual está conformada por 25 ítems y busca determinar los niveles de CV a través de los dominios: Vida familiar, amigos, hogar, familia extensa, educación, salud, religión, bienestar económico, ocio, medios de comunicación, vecindario y comunidad, las cuales fueron agrupadas en las siguientes dimensiones: bienestar económico y hogar, que conforma los ítems del 1 al 5; Amigos, vecindario y comunidad, del 6 al 10; Vida familiar y familia extensa, del 11 al 14; Educación y ocio, que conforma del 15 al 17; Medios de comunicación, del 18 al 21; Religión, del 22 y 23; por último, Salud, conformado por los ítems 24 y 25. Las puntuaciones van del 1 al 5 respectivamente, de tipo Likert. Esta prueba se administra de forma colectiva o individual y está dirigido al público a partir de los trece años en adelante, asimismo, el tiempo de aplicación dura aproximadamente 20 minutos.

En relación con las propiedades psicométricas de la prueba en la versión original, se trabajó la validez de constructo, a partir del análisis factorial, el cual sirvió

de sustento para la estructura conceptual inicial de la escala con reducidas desigualdades. Asimismo, ciertas escalas conceptuales se unieron para definir un solo factor, en el caso de la escala hogar que fue dividida en ítems relativos al espacio y a las responsabilidades domésticas. Por otro lado, la confiabilidad se analizó mediante el método de test-retest, teniendo como resultados que la correlación para la Escala Total es de .64 y las correlaciones para las dimensiones oscilan desde .40 hasta .72 (Grimaldo, 2003).

En relación con la versión adaptada por Grimaldo en el 2003 para Perú: la autora estimó la validez de constructo, a través del Análisis Factorial, resultando un valor de .87; asimismo, a través de la Determinación del Número de Factores se identificó que los siete factores extraídos contienen el 56% de la varianza de los ítems; por último, mediante el Análisis Factorial de Primer Orden se identificaron siete factores extraídos los cuales resultan con una moderada correlación ítem-test. Respecto a la confiabilidad, el alfa de Cronbach para el total de la muestra obtenido fue .86; para la muestra de colegios privados, resultó un valor de .83; para los colegios estatales, un .86; por último, para la muestra de Norteamérica, se observó un .86. Asimismo, se analizó la Confiabilidad Factor por Factor, obteniendo en el Factor 1 ($\alpha = .82$), Factor 2 ($\alpha = .67$), Factor 3 ($\alpha = .71$), Factor 4 ($\alpha = .56$), Factor 5 ($\alpha = .64$), Factor 6 ($\alpha = .47$) y Factor 7 ($\alpha = .58$; Grimaldo, 2003).

En cuanto al análisis de confiabilidad del presente estudio, el puntaje total de la variable CV (Tabla 5), se obtuvo el coeficiente en un nivel de fiabilidad excelente. En cuanto a las dimensiones de la escala, se encontró en la dimensión Hogar y Bienestar Económico un coeficiente bueno. Asimismo, en la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad se obtuvo un coeficiente en la categoría aceptable. En la dimensión Vida Familiar y Familia Extensa, su coeficiente se ubicó en la categoría

aceptable; en la dimensión Educación y Ocio, se obtuvo un coeficiente en la categoría aceptable; en la dimensión Religión, su coeficiente correspondió a la categoría baja (Campo-Arias y Oviedo, 2008). Por otro lado, en la dimensión Salud se obtuvo un coeficiente en un nivel de fiabilidad aceptable en la muestra.

Tabla 5

Confiabilidad a través de la Consistencia interna de Calidad de Vida.

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Hogar y Bienestar Económico	.844
Amigos, Vecindario y Comunidad	.753
Vida Familiar y Familia Extensa	.797
Educación y Ocio	.728
Religión	.636
Salud	.721
Total Calidad de Vida	.909

2.4. Procedimiento

Se realizó la automatización en forma de cuestionario tanto el consentimiento informado, como las Escalas de AF y CV, para proceder con el envío, de manera virtual, a los participantes de 18 a 70 años de Lima Metropolitana.

Los participantes fueron comunicados sobre el objetivo general del presente estudio, además del aspecto de confidencialidad respecto a los resultados, el anonimato y la colaboración voluntaria en el estudio.

Todas las preguntas e ítems se configuraron de forma obligatoria para evitar vacíos en las respuestas y se guardaron de forma automática en un archivo de Microsoft Excel.

2.5. Aspectos Éticos

De acuerdo con la ética de la aplicación del trabajo, esta se rigió bajo los establecimientos descritos en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018) y considerando los principios básicos de la investigación, se hizo uso del consentimiento informado con el fin de informar sobre los objetivos del estudio, la participación voluntaria en el mismo y la confidencialidad de los resultados, con lo cual, se indicó a la responsabilidad del investigador a cargo sobre dichos aspectos del trabajo (Delclós, 2018).

2.6. Análisis de Datos

Se utilizó el IBM SPSS versión 25 y consistió en cuatro fases.

En la primera se realizó el análisis de confiabilidad donde se obtuvo el alfa de Cronbach de las dimensiones y los totales de las variables AF y CV.

Subsiguientemente, se hizo el análisis descriptivo donde se hallaron las unidades de medición central, de dispersión y los centiles de autoeficacia y CV.

Posteriormente, se realizó el análisis de normalidad, en el que, se midió la homogeneidad de las distribuciones para la toma de decisiones sobre pruebas paramétricas o no paramétricas, por lo que, se llevó a cabo la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las distribuciones de AF y CV, en lo que, se encontró que la significancia de los datos resultaron menor a 0.05, significando esto una distribución no normal, por lo que, para la investigación se hizo uso de análisis estadísticos no paramétricos.

Por último, en el análisis inferencial se emplea el estadístico de correlación de Spearman para identificar las asociaciones, es decir si dos variables se dicen

correlacionadas entre sí debe existir un cambio en la magnitud de una de ellas que esté asociado a un cambio en la magnitud de la otra y viceversa. Esta correlación resulta en un coeficiente, y este número decimal puede tomar un valor -1 y 1, si se encuentra cerca del "1", las variables presentan una correlación positiva (relación directa). Si este coeficiente resulta cerca del "0", las variables no se correlacionan o su correlación es muy baja. Por último, si el coeficiente está cerca de "-1", esto significa que se relacionan inversamente, es decir, el aumento de una variable se asocia con la disminución de la otra.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

Se analizó la normalidad con los datos obtenidos, con el propósito de comprobar si estos cumplen con los requisitos de una distribución normal. Esta comprobación se realizó a través de la prueba K-S dado que la muestra fue mayor a 50 casos, el cual dio como resultado ,012 siendo valores estadísticamente significativos ($p < .05$), lo cual indicó que no muestran una distribución normal, justificándose el uso de estadísticas no paramétricas.

Objetivo General:

En relación con la correlación entre las variables Autoeficacia y Calidad de Vida, la significancia obtenida implica un valor menor al .05 ($p < .05$) lo cual señala que existe una asociación significativa directa de magnitud baja entre estas variables. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación estableciendo que a mayor autoeficacia mayor calidad de vida (Tabla 6).

Tabla 6

Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Calidad de Vida por rangos de Spearman.

	Total Autoeficacia
Total Calidad de Vida	$r = .389^{**}$
	$p = .000$

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Objetivo Específico 1:

En relación con la correlación entre las dimensiones Autoeficacia y Hogar y Bienestar Económico, la significancia que se obtuvo resulta un valor menor al .05 ($p < .05$) lo cual señala que existe una asociación significativa directa de magnitud baja entre estas variables. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación estableciendo que a mayor autoeficacia mayor satisfacción con el hogar y bienestar económico (Tabla 7).

Tabla 7

Resultados del Análisis Correlacional de la dimensión Autoeficacia y Hogar y Bienestar Económico por rangos de Spearman.

	Total Autoeficacia
Hogar y Bienestar Económico	$r = .374^{**}$ $p = .000$

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

Objetivo Específico 2:

En relación con la correlación entre las dimensiones Autoeficacia y Amigos, Vecindario y Comunidad, la significancia que se obtuvo es un valor menor al .05 ($p < .05$) lo cual indica que existe una asociación significativa directa de magnitud baja entre estas variables. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación estableciendo que a mayor autoeficacia mayor satisfacción con los amigos, vecindario y comunidad (Tabla 8).

Tabla 8

Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Amigos, Vecindario y Comunidad por rangos de Spearman.

	Total Autoeficacia
Amigos, Vecindario y Comunidad	r= .261** p= .000

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

Objetivo específico 3:

En relación con la correlación entre las dimensiones Autoeficacia y Vida Familiar y Familia Extensa, la significancia que se obtuvo implica un valor menor al .05 ($p < .05$) lo cual indica que existe una correlación significativa directa de magnitud baja entre estas variables. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación estableciendo que a mayor autoeficacia mayor satisfacción con la vida familiar y la familia extensa (Tabla 9).

Tabla 9

Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Vida Familiar y Familia Extensa por rangos de Spearman.

	Total Autoeficacia
Vida Familiar y Familia Extensa	r= .288** p= .000

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

Objetivo específico 4:

En relación con la correlación entre las dimensiones Autoeficacia y Educación y Ocio, la significancia que se obtuvo es menor al .05 ($p < .05$) lo cual indica que existe una correlación significativa directa de magnitud baja entre estas variables. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación estableciendo que a mayor autoeficacia mayor satisfacción con la educación y ocio (Tabla 10).

Tabla 10

Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Educación y Ocio por rangos de Spearman.

	Total Autoeficacia
Educación y Ocio	$r = .362^{**}$
	$p = .000$

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

Objetivo específico 5:

En relación con la correlación entre las dimensiones Autoeficacia y Religión, la significancia que se obtuvo es menor al .05 ($p < .05$) lo cual indica que existe una correlación significativa directa de magnitud muy baja entre estas variables. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación estableciendo que a mayor autoeficacia mayor satisfacción con la religión (Tabla 11).

Tabla 11

Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Religión por rangos de Spearman.

	Total Autoeficacia
Religión	r= .189**
	p= .006

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

Objetivo específico 6:

En relación con la correlación entre las dimensiones Autoeficacia y Salud, la significancia que se obtuvo resulta un valor menor al .05 ($p < .05$) lo cual indica que existe una correlación significativa directa de magnitud muy baja entre estas variables. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación estableciendo que a mayor autoeficacia mayor satisfacción con la salud (Tabla 12).

Tabla 12

Resultados del Análisis Correlacional de las variables Autoeficacia y Salud por rangos de Spearman.

	Total Autoeficacia
Salud	r= .316**
	p= .000

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como fundamental objetivo identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. En este apartado se discute la relación entre las variables del estudio y sus dimensiones.

De acuerdo con los resultados, estos indican en primera instancia, que la autoeficacia está relacionada con la calidad de vida. Estos resultados se corroboran con la investigación de Cohrdes y Mauz (2020), quienes refieren que los niveles más altos de autoeficacia se asocian con una mejor calidad de vida mental ($r=.21$) y física ($r=.12$). De igual manera Medrano, Ortega y Benitez (2020) mencionan la estrecha relación de la autoeficacia y la calidad de vida, las cuales pueden influirse mutuamente; además de la importancia del rol que cumple la autoeficacia en el logro de los niveles de bienestar y calidad de vida en adultos de mediana y avanzada edad, lo cual puede beneficiar el cambio de comportamiento. De otro lado, considerando que la calidad de vida es una valoración subjetiva del nivel de felicidad, bienestar y satisfacción alcanzado (Diener, 1984), una persona se siente autoeficaz cuando cree que tiene la capacidad para realizar algo (Baessler y Schwarzer, 1996), y esta interacción puede generar que el individuo modifique su conducta a favor de su salud física y/o mental, tal como lo afirmaba Albert Bandura (Valencia, 2006).

Respecto a las dimensiones autoeficacia y hogar y bienestar económico se encuentran correlacionados con una magnitud baja. Para esto Havighurst (citado por Izquierdo, 2007) con su teoría clásica de la crisis normativa formuló que la tarea general del desarrollo en el adulto es la adaptación, y una de aquellas se refiere a su consecuente descenso de recursos económicos. En la misma línea, según una encuesta de CV realizada en Chile entre el 2007 y el 2010 recopilados en una guía

por la Pontificia Universidad Católica de Chile (2011) indicaron que los adultos que organizan mejor el dinero y tienen saldos para satisfacer sus necesidades de alimentación y de vivienda, incrementan su sensación de bienestar y satisfacción con su vida cotidiana. Lo cual, apoyándose en una de las cuatro fuentes para el desarrollo de la autoeficacia según Bandura (citado por García-Allen, 2017) postuló que el éxito en determinadas tareas o situaciones, como poseer el sustento económico para satisfacer ciertas necesidades básicas, incrementa las percepciones positivas de autoeficacia, por el contrario, los fracasos continuos o un estado permanente del mismo que no pueden a circunstancias externas, las disminuyen.

La hipótesis sobre la relación entre las dimensiones Autoeficacia y Amigos, Vecindario y Comunidad es aceptada; se observa que, a mayor autoeficacia, mayor satisfacción con los amigos, vecindario y comunidad. Los resultados coinciden con lo presentado por la PUCC (2011) donde se informó que las relaciones y actividades sociales conforman las redes sociales que el adulto necesita para el mejoramiento de su CV, pese a ello, cualquier individuo sin estas relaciones sociales implicaría en su vida una situación de vulnerabilidad lo que se traduce en un deterioro físico, cognitivo y emocional. Esto se apoya en lo postulado por Albert Bandura (Valencia, 2006), quien afirmaba que, para modificar la conducta del individuo, las interacciones que se dan en el ambiente son determinantes; además sostuvo que la persona desarrolla su autoeficacia en función de lo que le dicen los demás (persuasión social) y que la percepción de autoeficacia incrementa cuando observa a otros individuos actuar con éxito (experiencia vicaria; Caligiore y Ison, 2018).

Respecto a las dimensiones Autoeficacia y Vida Familiar y Familia Extensa se encuentra correlacionados de magnitud baja. Esto lo explicaron en una investigación de Acuña-Gurrola y González (2010) que la percepción de autoeficacia es

influenciada por el apoyo familiar para la realización de actividades, por lo que, se refirieron que el apoyo familiar, el contacto y el tipo de apoyo proporcionado por sus familiares (pareja, hijos, nietos, etc.) en dicho caso el emocional, más que el material, resultó más influyente en la autoeficacia percibida, como consecuencia brindó un mejor bienestar.

Respecto a las dimensiones Autoeficacia y la Educación y Ocio se encuentra correlacionados de magnitud baja. Según una encuesta realizada por la PUCC (2011) reportaron que el nivel de educación es un factor que tiene mayor influencia en la satisfacción con la vida, ya que las personas con mayor educación eran quienes indicaban una mejor calidad de vida, sin embargo, esto no era determinante sobre quienes demostraron un nivel bajo educacional tuvieran una mala CV sino que eran más vulnerables ante las amenazas que se presentaran en su vida o requerían de un mayor esfuerzo para mejorar sus condiciones vitales. Por lo tanto, si esta conducta de minusvalía respecto al nivel educacional es percibida por el ambiente o el entorno, trata al sujeto como incapaz, lo cual refuerza la percepción de incompetencia e inutilidad, por ende, su sensación de bienestar decrece al igual que su nivel de satisfacción con la vida disminuye.

Respecto a las dimensiones Autoeficacia y Religión se encuentra correlacionados de magnitud muy baja. Este resultado se apoya en lo que Bandura (1997, citado por Chacón, 2006, quien a su vez es citado por Hernández & Barraza, 2013) postuló acerca que las valoraciones o juicios de personas cercanas sobre sus posibilidades para alcanzar el éxito, que puede ser por persuasión verbal parece confortar el sentido de autoeficacia, lo cual anima a la persona a luchar para lograr sus metas, ya sea por nuevos planes o poniendo mayor ahínco y esfuerzo de su parte. Lo cual puede justificar el hecho que un adulto que se considere un profesante

religioso al mostrarse convencido de dicha posición ya sea por sugestión o persuasión de su entorno también religioso, generaría un incremento en sus niveles de autoeficacia y lo impulsaría a vencer los problemas que se susciten, por consecuencia, en ese aspecto su calidad de vida no se perturbaría. Sin embargo, no se obtiene una aceptable confiabilidad de la dimensión Religión para esta investigación, de igual manera sucedió con la confiabilidad de dicha dimensión en la prueba de CV de la versión adaptada por Grimaldo para Perú (Grimaldo, 2003).

Respecto a las dimensiones Autoeficacia y Salud se encuentran correlacionados significativamente. Se toma en cuenta que los indicadores de salud y el bienestar físico y mental están directamente relacionados con la CV de las personas adultas (PUCC, 2011). Además, las investigaciones revelaron que altos niveles de AF favorecen el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski et al., 1993; Klein-Hessling et al., 2005, citado por Olivar & Urra, 2007). De tal manera que cuando existe una alta autoeficacia percibida, aumentan las probabilidades de tener conductas preventivas en cuanto a su salud, buscar e iniciar tratamientos anticipados, ser más optimistas sobre la eficiencia de estos y hasta considerar que su salud es óptima. Además, pueden sentirse menos dolientes o tristes, su recuperación ante las enfermedades es mejor y más rápida en comparación con las personas que presentan baja autoeficacia (Grembowski et al, 1993, citado por Olivar & Urra, 2007).

Entre las limitaciones del estudio puede señalarse que, debido al estado de emergencia declarado en el Perú por la pandemia, podrían existir las siguientes dificultades que limitarían los objetivos planteados: la falta de comprensión de los ítems de las pruebas por los participantes, la falta de tiempo para la corrección de las pruebas aplicadas y la amplitud del rango de edad para la investigación. Además, la

ausencia de investigaciones nacionales e internacionales con ambas variables estudiadas y en un contexto de pandemia, lo cual puede influir en alguna de las variables o en ambas, dificultando la extrapolación con otras variables. Asimismo, la mayoría de las investigaciones que se han realizado con ambas variables son en población con patologías clínicas, lo cual dificulta hacer una comparación en cuanto a resultados.

CONCLUSIONES

Existe una correlación significativa de magnitud baja entre la autoeficacia y la calidad de vida.

Existe correlación de magnitud baja entre la unidimensional autoeficacia y Hogar y Bienestar.

Existe correlación de magnitud baja entre la unidimensional autoeficacia y Económico.

Existe correlación de magnitud baja entre la unidimensional autoeficacia y Amigos, Vecindario y Comunidad.

Existe correlación de magnitud baja entre la unidimensional autoeficacia y Vida Familiar y Familia Extensa.

Existe correlación de magnitud baja entre la unidimensional autoeficacia y Educación y Ocio.

Existe correlación de magnitud muy baja entre la unidimensional autoeficacia y Religión.

Existe correlación de magnitud baja entre la unidimensional autoeficacia y Salud.

RECOMENDACIONES

Elaborar investigaciones con un tamaño muestral mayor y aleatorio, pero con una delimitación del rango de edad de la muestra, con el objetivo de lograr una generalización de los resultados a esa población de adultos, así no existiría escasez de referencias bibliográficas.

Realizar estudios en muestras con diagnóstico de Covid-19 con las mismas variables del presente estudio con el objetivo de establecer diferencias.

Enfatizar el estudio de la dimensión de calidad de vida “medios de comunicación” en futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- Acuña, M. & González, A. (2010). Autoeficacia y Red de Apoyo Social en Adultos Mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 71-81. <https://bit.ly/3MnSdbH>
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseño de Investigación en Psicología*. Ediciones Pirámide.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la Autoeficacia: Adaptación Española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-7. <https://psycnet.apa.org/record/1999-00958-001>
- Caligiore, M., & Ison, M. (2018). La participación de los padres en la educación: su influencia en autoeficacia y control ejecutivo de sus hijos. Una revisión teórica. *La Revista Contextos de Educación*. 20(25), 138-149. <https://bit.ly/3wKpliX>
- Camarena, M. (2020). *Calidad de vida en pacientes diabéticos con COVID 19 del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UNW. <https://bit.ly/3KBHMzN>
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*. 10(5), 831-839. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>
- Cano, L., Collazos, D., Suarez, C., & Villalba, L. (2020). *Condiciones de bienestar de los adultos mayores en la ciudad de Neiva durante el confinamiento por*

- COVID-19. [Tesis de Licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia].
Repositorio Institucional UCC.
- Canto y Rodríguez, J. (1998). Autoeficacia y Educación. *Educación y Ciencia*, 2(18), 45-53. <https://bit.ly/3LRQIRO>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de Ética y Deontología*.
<https://cutt.ly/cZqY5UA>
- Cohrdes, M., & Mauz, E. (2020). Self-efficacy and emotional stability buffer negative effects of adverse childhood experiences on young adult health-related quality of life. *Journal of Adolescent Health*. 67(1), 93-100. <https://bit.ly/3JNykJy>
- Delclós, J. (2018). *Ética en la investigación científica*. <https://cutt.ly/cZqYJvR>
- Díaz, F., & Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*, 24(3), 183-05. <https://bit.ly/3lO3aRw>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Falcón, M. (2020). Percepción de calidad de vida después del alta en pacientes COVID-19. *Ciencia y Arte de Enfermería*, 5(2), 11-18. <https://bit.ly/3lPprhS>
- Florencia, L., & Domingo, P. (2018). Autoeficacia y estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 17-23.
<https://bit.ly/3lO0cN8>
- García-Allen, J. (2017). *La Autoeficacia de Albert Bandura: ¿crees en ti mismo?*
<https://bit.ly/377Ce1p>

- Guillén, F., Castro, J., & Guillén, M. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: Una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Deporte*, 12, 91-108.
- Guzmán, E., Concha, Y., Oñate, A., Lira, C., Cigarroa, I., Méndez, G., Castillo, M., Valdés, P., & Zapata, R. (2020). Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por COVID-19. *Revista Médica de Chile*, 148, 1759-1766. <https://bit.ly/3KgyKry>
- Grimaldo, M. (2003). *Manual Técnico de la Escala de Calidad de Vida de Barnes & Olson*. Universidad de San Martín de Porres.
- Grimaldo, M. (2005). Propiedades Psicométricas de la escala de Autoeficacia General de Baessler & Schwarzer. *Revista Cultura*, 1(19). <https://bit.ly/3slHS25>
- Grimaldo, M. (2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria en la ciudad de Lima. *Avances en psicología*, 20(1), 89-102. <https://bit.ly/3u9weNr>
- Guzmán, E., Concha, Y., Lira, C., Vásquez, J., & Castillo, M. (2021). Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2). <https://bit.ly/3KiQOkP>
- Hernández, L. & Barraza, A. (2013). *Rendimiento académico y autoeficacia percibida*. Red Durango de Investigadores Educativos. <https://n9.cl/tafr>
- Huayanay, I., Guerra, F., Reyes, M., Lazo, M., De la Cruz, C., Herrera, D., & Málaga, G. (2021). Calidad de vida y autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital público peruano. *Medwave*, 21(2). <https://bit.ly/3hEuUfC>

- Lima Cómo Vamos (2019). *Lima y Callao según sus ciudadanos Décimo Informe Urbano de Percepción sobre Calidad de Vida en la Ciudad*. <https://bit.ly/36TDbtV>
- Maguiña, C., Gastelo, R., & Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *RMH*, 31(2), 125-31. <https://bit.ly/3pFQ3KP>
- Marquina, P., & Del Carpio, L. (2019). *Índice del Progreso Social Regional del Perú 2019*. Lima, Perú: CENTRUM Publishing. <https://bit.ly/3slAyn9>
- Medrano, M., Ortega, R., & Benitez, J. (2020). Physical Fitness, Exercise Self-Efficacy, and Quality of Life in Adulthood: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6343. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176343>
- Mercer. (2019). *Quality of living city ranking*. <https://bit.ly/3CkNf13>
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Minsa implementa programa de rehabilitación para pacientes post COVID-19*. <https://bit.ly/3hKxBMN>
- Trujillo, M. (2020). Bienestar Psicológico y calidad de vida profesional en miembros de la Policía Nacional del Perú en pandemia por Covid19 (Tesis de Licenciatura). <https://n9.cl/lon2f>
- Olivar, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15. <https://bit.ly/3Knt92z>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2*. <https://bit.ly/3z1Cnzd>
- OMS. (18 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://cutt.ly/oZqCnQM>

- OMS. (2020). *Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)*. <https://bit.ly/3hNqXVP>
- Our World in Data. (2022). *Estadística e investigación: Pandemia de coronavirus (COVID-19) - los datos*. <https://bit.ly/3CvkWXL>
- Otzen, T., Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://bit.ly/3IHATvn>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez: Herramientas para vivir más y mejor*. <https://bit.ly/3sJx9V8>
- Salgado, M., & Álvarez, J. (2020). Autoeficacia: Relación con los hábitos de salud y la calidad de vida en universitarios del noreste de México. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(1), 53-64. <https://bit.ly/35Tbb9b>
- Sánchez, J. (2020). Intervención en línea para el aumento de la autoeficacia en habilidades docentes por Internet ante la contingencia del COVID-19. *Enseñanza & Teaching: Revista interuniversitaria de didáctica*, 38(1), 125-145. <https://bit.ly/34m2qV2>
- Santiago, C. (2021). Pandemia Covid19 y calidad de vida. Relación dentro de una organización del sector eléctrico colombiano. *Innovation and Technological Development*, 1(2). <https://n9.cl/55paq>
- Sevillano, E. (11 de marzo de 2020). *La OMS declara el brote de coronavirus pandemia global*. <https://bit.ly/34hC8TH>
- Summers, J., Poston, D., Turunbull, A., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H., & Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(2), 777-783.

Valencia, L. (2006). Teoría del aprendizaje social y/o teoría cognitivo social de Bandura. *Psicología Social: Pasado, Presente y Futuro*, 193-221.

Velásquez, A. (2012). Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. *Revista Pequén*, 2(1), 148-160. <https://bit.ly/3Htiz9z>

Veramendi, N., Portocarero, E., & Espinoza, F. (2020). Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de Covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 246-251. <https://bit.ly/3hHKp>

ANEXOS

ANEXO A

Matriz de Consistencia

	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
GENERAL	¿Qué relación tiene la autoeficacia y calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana?	Identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.	H1: Existe relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. H0: No existe relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana	1. Autoeficacia (Unidimensional)	Estudio de naturaleza cuantitativa, de diseño no experimental, de tipo de estudio predictivo correlacional simple.
ESPECÍFICOS		<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la relación entre la autoeficacia y el hogar y bienestar económico en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 2. Identificar la relación entre la autoeficacia y los amigos, vecindario y comunidad en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 3. Identificar la relación entre la autoeficacia y la vida familiar y familia extensa en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 4. Identificar la relación entre la autoeficacia y la educación y ocio en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 5. Identificar la relación entre la autoeficacia y la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. H1: Existe relación entre la autoeficacia y el hogar y bienestar económico en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. H0: No existe relación entre la autoeficacia y el hogar y bienestar económico en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 2. H2: Existe relación entre la autoeficacia y los amigos, vecindario y comunidad en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. H0: No existe relación entre la autoeficacia y los amigos, vecindario y comunidad en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 3. H3: Existe relación entre la autoeficacia y la vida familiar y familia extensa en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. H0: No existe relación entre la autoeficacia y la vida familiar y familia extensa en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 4. H4: Existe relación entre la autoeficacia y la educación y ocio en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. H0: No existe relación entre la autoeficacia y la educación y ocio en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 5. H5: Existe relación entre la autoeficacia y la religión en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. H0: No existe relación entre la autoeficacia y la religión en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Calidad de Vida <ul style="list-style-type: none"> - Hogar y bienestar económico Satisfacción con relación a los medios materiales. Capacidad económica. Satisfacción de las necesidades recreativas, educativas, de vestido y salud. - Los amigos, vecindario y comunidad Satisfacción con las amistades. Actividades con amigos/as. Tiempo compartido con amigos/as. Satisfacción con el número de amigos. Centros comerciales. Seguridad. Espacios de recreación. Centros de salud. Iglesias. Relación afectiva con los demás. - La vida familiar y familia extensa Número de hijos. Responsabilidades domésticas. Seguridad afectiva. Satisfacción de las necesidades de amor en el hogar. Tiempo en familia. Apoyo afectivo. 	Técnica de muestreo usada fue de tipo intencional.

		<p>religión en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.</p> <p>6. Identificar la relación entre la autoeficacia y la salud en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.</p>	<p>6. H6: Existe relación entre la autoeficacia y la salud en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.</p> <p>H0: No existe relación entre la autoeficacia y la salud en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19 de Lima Metropolitana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La educación y ocio Tiempo libre. Actividades de ocio. Percepción de competencia. Confianza en las capacidades. Seguridad de sí mismo y de su rendimiento - Religión Vida religiosa de la familia Vida religiosa de la comunidad - Salud Salud propia Salud de la familia 	
--	--	--	---	--	--

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La meta de este estudio es conocer la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por COVID-19. La presente investigación ha sido desarrollada por Priscila Sarai Cuyuchi Delgado y Lesly Elena Valdivia Quispitupa.

La información recabada aquí será confidencial; por lo tanto, la información que se publique a partir de este estudio no revelará la identidad de ningún participante.

Agradecemos su colaboración voluntaria en este estudio, esperando que se responda con sinceridad y seriedad, dado el aporte de este estudio a la salud desde la psicología.

Firma

ANEXO C

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En esta primera parte, pedimos que registre algunos datos que serán importantes para el presente estudio.

- 1) Sexo: Hombre Mujer
- 2) Edad: _____ años.
- 3) Lugar de Residencia: Lima Fuera de Lima
- 4) Grado máximo de escolaridad:
 Inicial Primaria Secundaria Técnico Universitario
- 5) Estado civil:
 Soltero(a) Conviviente Casado(a) Separado(a) Viudo(a)
- 6) Vives con:
 Solo(a)
 Acompañado(a)
- 7) ¿Ha sido diagnosticado con Covid-19 con resultado positivo de prueba rápida, de antígenos o molecular? No Sí
- 8) ¿Ha sido responsable del cuidado de algún familiar diagnosticado con Covid-19? No Sí
- 9) ¿Se ha visto impactado económicamente por el contexto de la pandemia por Covid-19? No Sí

ANEXO D

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA AUTORA MIRIAN GRIMALDO



Lesly Valdivia <leslyvq.lvq@gmail.com>

Solicitud de consentimiento informado de la Escala de Calidad de Vida de Barnes & Olson y Escala de Autoeficacia General de Baessler & Schwarzer

2 mensajes

Lesly Valdivia <leslyvq.lvq@gmail.com>
Para: mgrimaldo2001@yahoo.com

15 de mayo de 2021, 21:07

Buenas tardes, Dra. Grimaldo:

El presente correo es para saludarla cordialmente, esperando que su familia y usted se encuentren bien de salud.

Asimismo, tenemos el agrado de solicitarle el consentimiento informado de la Escala de Calidad de Vida de Barnes & Olson y de la Escala de Autoeficacia General de Baessler & Schwarzer, con motivos de investigación para la realización de nuestra tesis que nos encontramos realizando mi compañera Priscila Cuyuchi Delgado y mi persona Lesly Valdivia Quispitupa, el cual tiene como nombre "Autoeficacia y Calidad de vida en adultos en un contexto de pandemia por Covid 19 de Lima Metropolitana" y como asesor al Mg. Paul Brocca.

Cabe mencionar que los resultados de nuestra investigación serán enviados a su persona como parte de nuestro aporte a las investigaciones que ya viene realizando.

De ante mano agradecemos su atención y la colaboración con nuestra investigación.

Saludos cordiales.

Mirian Grimaldo <mgrimaldo2001@yahoo.com>
Para: Lesly Valdivia <leslyvq.lvq@gmail.com>

15 de mayo de 2021, 23:55

Muy bien, pueden usarlo
Saludos

Mirian Grimaldo
Enviado desde mi iPhone

ANEXO E

CUESTIONARIO DE AGBS

Instrucciones:

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad para resolver problemas.

Lee cada una de ellas, y marca la alternativa que consideres conveniente para cada caso.

No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

1	2	3	4
NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

MARCA TODAS LAS AFIRMACIONES

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles, si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

ANEXO F

CUESTIONARIO DE CVOB

Instrucciones:

A continuación, te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida.

Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente.

Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

QUE TAN SATISFECHO ESTAS CON:	1	2	3	4	5
	INSATISFECHO	UN POCO SATISFECHO	MAS O MENOS SATISFECHO	BASTANTE SATISFECHO	COMPLETAMENTE SATISFECHO

MARCA TODAS LAS AFIRMACIONES

1. Tus actuales condiciones de vivienda.	1	2	3	4	5
2. Tus responsabilidades en la casa.	1	2	3	4	5
3. La capacidad de tu familia para satisfacer sus necesidades básicas.	1	2	3	4	5
4. La capacidad de tu familia para darles lujos.	1	2	3	4	5
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar.	1	2	3	4	5
6. Tus amigos.	1	2	3	4	5
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad.	1	2	3	4	5
8. La seguridad en tu comunidad.	1	2	3	4	5
9. El barrio donde vives.	1	2	3	4	5
10. Las facilidades para recreación (clubes, parque, campo de juegos, etc.).	1	2	3	4	5
11. Tu familia.	1	2	3	4	5
12. Tus hermanos.	1	2	3	4	5
13. El número de hijos en tu familia.	1	2	3	4	5
14. Tu relación con tus parientes (nietos, tíos, primos...).	1	2	3	4	5
15. Tu actual situación escolar.	1	2	3	4	5
16. El tiempo libre que tienes.	1	2	3	4	5
17. La forma como usas tu tiempo.	1	2	3	4	5

18. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión.	1	2	3	4	5
19. Calidad de los programas de televisión.	1	2	3	4	5
20. Calidad del cine.	1	2	3	4	5
21. La calidad de periódicos y revistas.	1	2	3	4	5
22. La vida religiosa de tu familia.	1	2	3	4	5
23. La vida religiosa de tu comunidad.	1	2	3	4	5
24. Tu propia salud.	1	2	3	4	5
25. La salud de otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5