



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

“Evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA

**AUTOR:**

Portal Abanto, Maria Cecilia  
Torres Ruiz, Eliana Abigail

**ASESORES:**

Mgtr. Henry Santa Cruz Espinoza  
Dr. José Francisco Rodríguez Julca

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicometría

**PERÚ – 2019**



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE  
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL  
UCV**

Código : F06-PP-PP-02.02  
Versión : 09  
Fecha : 23-03-2018  
Página : 1 de 1

Yo Maria Cecilia Portal Alanta....., identificado con DNI  
Nº 73751660..., egresado de la Escuela Profesional de .....  
de la Universidad César Vallejo, autorizo  , No autorizo ( ) la divulgación y  
comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado  
"Evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos  
en el distrito de Trujillo"; en el Repositorio Institucional de la UCV  
(<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822,  
Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

  
FIRMA

DNI: 73751660.....

FECHA: 16 de Febrero del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE  
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL  
UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02  
Versión : 09  
Fecha : 23-03-2018  
Página : 1 de 1

Yo Eliana Abigail Torres Ruiz, identificado con DNI N° 70153479, egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo  No autorizo  la divulgación y comunicación público de mi trabajo de investigación titulado "Evidencias de validez de la escala de calidad de vida de inmigrantes venezolanos en el distrito de Trujillo"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Eliana Torres  
FIRMA

DNI: 70153479

FECHA: 16 de Febrero del 2019.

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

## PÁGINA DEL JURADO



---

Mg. Henry Santa Cruz Espinoza

Presidente



---

Mg. Lilia Zegarra Pereda

Secretaria



---

Mg. Tomás Caycho Rodríguez

Vocal

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, que son los pilares fundamentales que nos impulsan a continuar en nuestros proyectos y metas, por su apoyo incondicional, amor y comprensión y sus palabras de aliento que contribuyen a seguir en esta trayectoria de la carrera profesional de psicología.

Maria Cecilia Portal Abanto  
Eliana Abigail Torres Ruiz

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por brindarnos sabiduría, apoyo incondicional y fuerzas para llegar al cumplimiento de nuestra carrera.

Agradecemos a nuestras familias por estar siempre a nuestro lado, en cada uno de nuestros logros, así también por su apoyo absoluto, y palabras de aliento en cada momento.

A nuestros pastores por sus oraciones constantes en nuestras vidas y por su confianza depositada en nosotras.

A nuestros asesores Henry Santa Cruz Espinoza y José Francisco Rodríguez Julca, por sus conocimientos, apoyo, paciencia y orientación que nos brindaron en el transcurso de este trabajo de investigación.

Maria Cecilia Portal Abanto

Eliana Abigail Torres Ruiz

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo, Maria Cecilia Portal Abanto con DNI. N° 72751660, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, facultad de Humanidades, escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda documentación que acompaño es veraz y auténtica. Asimismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se muestra en la presente tesis son auténticos y veraces. En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Febrero del 2019

Maria Cecilia Portal Abanto

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo, Eliana Abigail Torres Ruiz con DNI. N° 70153479, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, facultad de Humanidades, escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda documentación que acompaño es veraz y auténtica. Asimismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se muestra en la presente tesis son auténticos y veraces. En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Febrero del 2019

Eliana Abigail Torres Ruiz

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de la Escuela de Postgrado de la Universidad “César Vallejo”, presentamos ante ustedes la tesis que lleva como título **“Evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo”**. El objetivo de la presente tesis fue determinar las evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo; la misma que ponemos a su disposición y esperando que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología.

La presente Tesis comprende seis capítulos:

El Capítulo I hace mención acerca de la Introducción de nuestra investigación, en el Capítulo II mencionamos el método de nuestra investigación, a su vez en el Capítulo III detallamos los resultados obtenidos, en el capítulo IV describimos la discusión de resultados, en el Capítulo V se detalla las conclusiones y por último en el Capítulo VI mencionamos las Recomendaciones de nuestra investigación.

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	i
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	ii
<b>DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD</b> .....	iii
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	v
<b>RESUMEN</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	11
1.1. Realidad Problemática.....	11
1.2. Trabajos Previos.....	13
1.3. Teorías relacionadas al tema .....	14
<b>1.3.1 Calidad</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3.2 Calidad de Vida</b> .....	<b>15</b>
1.4. Concepto Teórico de Calidad de Vida .....	15
1.5. Teoría de Calidad de Vida según la OMS .....	17
1.6. La OMS se basó del modelo de Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) 17	
<b>1.6.1 Indicadores sociales</b> .....	<b>20</b>
1.7. Dimensiones de la calidad de vida .....	20
1.8. Formulación Del Problema .....	20
1.9. Justificación del estudio .....	21
1.10. Objetivos .....	21
<b>1.10.1 Objetivo General</b> .....	<b>21</b>
<b>1.10.2 Objetivo Específico</b> .....	<b>21</b>
<b>II. MÉTODO</b> .....	22
<b>2.1. Diseño de Investigación</b> .....	22
2.2. Población y Muestra.....	24
<b>2.2.1 Población:</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2.2 Muestra:</b> .....	<b>24</b>
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	25
<b>2.3.1 Técnicas de recolección de datos</b> .....	<b>25</b>
<b>2.4.2 Instrumento</b> .....	<b>25</b>
2.4. Método de análisis de datos.....	27
2.5. Aspectos éticos.....	28
<b>III. RESULTADOS</b> .....	29
3.2. Confiabilidad .....	37
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	38
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	44
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	45

**VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....46**

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de Variables .....	23
Tabla 2 Media desviación estándar, asimetría y curtosis de los ítems de la Escala de Calidad de Vida. ....	29
Tabla 3 Matriz de correlaciones de los ítems de la Escala de Calidad de Vida. ....	30
Tabla 4 Índices de ajuste de los modelos de la escala de calidad de vida (n=450) .....	36
Tabla 5 Cargas factoriales de los ítems de la escala de calidad de vida, respecto a los modelos especificados .....	33
Tabla 6 Matriz de correlaciones de los factores de la Escala de Calidad de Vida .....	34
Tabla 7 Consistencia interna de la escala de Calidad de Vida. ....	37

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos de la ciudad de Trujillo”, tuvo como objetivo determinar las evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo. La muestra fue no probabilística por bola de nieve y estuvo conformada por 450 migrantes de nacionalidad venezolana de diversos lugares del distrito de Trujillo, los cuales tenían entre 18 a 50 años y a quienes se le aplicó la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF versión adaptada por el WHOQOL-100. Para determinar las evidencias de validez basada en la estructura interna se empleó el análisis factorial confirmatorio, el cual se obtuvo como resultado al estudiar tres modelos de la escala de calidad de vida del WHOQOL-BREF, siendo la tercera solución de factores con 13 reactivos la que reportó un mejor ajuste (CMIN/gl = 3.49; RSMEA = .074; SRMR=.054; CFI=.92; TLI=.90).

En cuanto a la confiabilidad, se empleó el método de consistencia interna según Coeficiente omega, obteniendo resultados de que en el tercer modelo tres de las cuatro dimensiones: relaciones sociales ( $\omega = .66$ ), ambiente ( $\omega = .61$ ) y salud física ( $\omega = .89$ ) alcanzó valores consistentes. No siendo así en el factor salud psicológica ( $\omega = .51$ ).

**Palabras claves:** calidad de vida, migrantes, validez, confiabilidad.

## ABSTRACT

The present research work entitled "Evidence of validity of the scale of quality of life of Venezuelan migrants from the city of Trujillo", aimed to determine the validity evidences of the quality of life scale of Venezuelan migrants in the district of Trujillo. The sample was non-probabilistic by snowball and consisted of 450 migrants of Venezuelan nationality from various places in the district of Trujillo, who were between 18 and 50 years old and to whom the quality of life scale was applied WHOQOL-BREF adapted version by the WHOQOL-100. To determine the evidence of validity based on the internal structure, the confirmatory factor analysis was used, which was obtained as a result of studying three models of the WHOQOL-BREF quality of life scale, the third factor solution with 13 items being the I report a better fit (CMIN / gl = 3.49, RSMEA = .074, SRMR = .054, CFI = .92, TLI = .90). In terms of reliability, the internal consistency method was used according to the omega coefficient, obtaining results that in the third model three of the four dimensions: social relations ( $\omega = .66$ ), environment ( $\omega = .61$ ) and physical health ( $\omega = .89$ ) reached consistent values. Not so in the psychological health factor ( $\omega = .51$ ).

**Keywords:** quality of life, migrants, validity, reliability.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad Problemática**

La Superintendencia Nacional de migraciones (2018) menciona que la cantidad de migrantes procedentes de Venezuela ha incrementado en los últimos meses por causa de la crisis financiera y social que sufren actualmente. El Instituto Venezolano de Análisis de Datos (Ivad, 2017) menciona que en ese país la inseguridad es percibida como el problema más importante en lo cual equivale a un 80,8%, después el desabastecimiento 54,3%, los bienes que se consumen dentro del hogar con 35%, la desocupación con 24,2% y el servicio de alumbrado con 13,1%.

La Superintendencia Nacional de Migraciones (2018) refiere que en la actualidad 456 mil venezolanos residen en Perú, siendo una cantidad vulnerable frente a los desbalances de la calidad de vida en su país.

Definitivamente las condiciones en las que los migrantes se encuentran en los países que los acogen no son las mejores, al respecto Rentería y Spears (2013) mencionan que la migración hacia otro país o continente, con distinto idioma, tradiciones, cultura y estructura social, involucra una reorganización total de las actividades en la existencia de los sujetos involucrados en tal proceso, asimismo un replanteamiento en las escaseces, los satisfactores y las estrategias necesarias para poder llevar una vida de calidad confortable.

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) manifiesta que es la apreciación que tiene el ser humano de su existencia en la vida, involucrando la cultura, valores, objetivos, expectativas, normas. Además, su estado físico, psicológico, nivel de autonomía, relaciones interpersonales y con el entorno rigen su calidad de vida de la persona.

Es por ello de suma importancia que se ha medido dicha variable porque permitirá conocer el estado en el que se encuentra el individuo referente a su calidad de vida, y en diferentes áreas vitales que le permitan desarrollarse en diversos contextos de su existencia de forma óptima y eficaz (Cardona & Higueta, 2014).

Por ese motivo es preciso contar con un instrumento con las suficientes evidencias de validez que nos permita medir la calidad de vida, uno de estos instrumentos es el:

Cuestionario de la Salud el SF-36, de Ware y Sherbourne (1992 citado en Araya et al., 2017) a pesar de tener evidencias de validez factibles, en una de sus dimensiones (función social) sus ítems se encuentran poco relacionados entre sí, además este instrumento puede aplicarse tanto para sujetos sanos como enfermos, pero en la mayoría de sus estudios psicométricos han sido aplicados solo en población con enfermedades, asimismo posee 36 ítems tipo likert siendo extensa para su aplicación. También su método de aplicación es mediante una entrevista personal o telefónica, lo cual sus resultados pueden variar (García, Vera & Lugo, 2014).

Así también, tenemos la Escala Gencat, de Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2008 citado en Verdugo et al., 2012) el cual es un instrumento que se administra específicamente de la mano con informadores profesionales de los servicios sociales los cuales deben de conocer al usuario quien será parte de la evaluación, por lo menos un período de tres semanas, siendo difícil poder aplicar sin compañía de informantes. Sus adaptaciones psicométricas han sido en poblaciones como: personas sin hogar, atendidas en la Oficina Municipal, personas con enfermedad mental y con drogodependencia, además posee 69 ítems tipo likert, lo cual es muy extenso para su aplicación, el tiempo de administración de la prueba es de 10 a 15 minutos siendo un tiempo muy limitado para su desarrollo y tedioso, además las preguntas son muy confusas en cuanto a su redacción.

Asimismo, tenemos la Escala de Resultados Personales, de Van Loon, Van Hove, Schalock y Claes (2008 citado en Carbó-Carrete et al., 2015) aunque es un instrumento con validez confiable y adaptado a la versión española está dirigido a personas con discapacidad intelectual, posee 102 ítems tipo likert, siendo muy amplio y tedioso para su desarrollo.

Además, tenemos el Cuestionario de calidad de vida de la Fundación Europea para la Osteoporosis el QUALEFFO-41, de la Fundación Europea (1999 citado en Mohammadbeigi et al., 2013) el instrumento está dirigido para poblaciones con osteoporosis, asimismo, contiene algunos ítems de los cuales algunos funcionan menos de lo deseado ya que existe evidencia de redundancia entre estos, también son muy extensos ya que son 41 ítems tipo Likert y el tiempo de administración de la prueba es limitado, dificultando así su

aplicación.

De igual manera tenemos el Cuestionario de calidad de vida de Olson y Barnes, (1982 citado en Sespas, 2015) siendo un instrumento viable, sin embargo, posee 62 ítems tipo likert, en cuanto a la redacción de los ítems presentan un lenguaje confuso y el tiempo de la prueba es de 20 minutos siendo un tiempo limitado para su administración.

Por otro lado tenemos el cuestionario The World Health Organization Quality of Life el WHOQOL-BREF, fue creado por la Organización Mundial de la Salud (1993) siendo un instrumento viable, además se aplica a diversas poblaciones (enfermeras, personas de áreas rurales, pacientes con enfermedad crónica, población general, adolescentes, padres de niños asmáticos, etc.) y nacionalidades (México, Chile, Colombia, entre otras), se han realizado estudios psicométricos hasta el 2017, sus adaptaciones están en constante actualización. Así también, posee 26 ítems de tipo likert, siendo estos de fácil comprensión y corto para su desarrollo. En cuanto al tiempo de la administración no tiene límite. Es por ello que se tomado en cuenta este instrumento ya que ha sido creado por la Organización mundial de la Salud (OMS), siendo reconocida a nivel mundial, además no ha sido aplicado anteriormente en una población de nacionalidad venezolana en la ciudad de Trujillo, por lo cual queremos conocer su validez de dicho instrumento (Rodríguez, Jara, Pereira & Luengo, 2018).

Finalmente, y tomando a modo de referencia lo anteriormente señalado consideramos que es necesario determinar las evidencias validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo.

## **1.2. Trabajos Previos**

López, Gonzáles y Tejada (2017) llevaron a cabo una investigación sobre “Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala de calidad de vida whoqol bref como muestra en adultos de México”. Esta investigación tiene como objetivo examinar las propiedades psicométricas del Whoqol - Bref en una muestra de adultos mexicanos, donde se evaluará la validez y la consistencia interna de este instrumento. La muestra estuvo conformada por 678 personas, 491 alumnos de la universidad, 87 conductores de autobús y, 100 encargados de pacientes crónicos. Durante el procedimiento se realizó un análisis factorial confirmatorio, considerado importante para la evaluación de las propiedades

psicométricas. Se obtuvo como resultado que la validez de contenido fue de 0.85, su confiabilidad del Whoqol - Bref se estableció mediante el coeficiente alpha de cronbach, a su vez se obtuvieron valores  $\alpha > 0.70$  en toda la dimensión y un  $\alpha = .895$  global, indicando que este instrumento cuenta con una alta consistencia, pero para llegar con este resultado se tuvo que llevar a cabo el análisis de 3 modelos, optando por el tercer ya que logro un grado de ajuste aceptable, obteniendo 17 reactivos, llegando así a una conclusión que este instrumento WHOQOL BREF es útil para la evaluación de la calidad de vida en el contexto de la muestra mexicana analizada.

Roncada, Pieta, Goecks, Falcáo y Condessa (2015) realizaron una investigación en Brasil sobre “Valor del empleo del cuestionario WHOQOL-BREF en la valoración de calidad de vida de progenitores de niños con asma” teniendo como objetivo, evaluar la calidad de vida de progenitores con hijos asmáticos y analizar la consistencia interna del instrumento genérico de calidad de vida WHOQOL-BREF, a su vez la propiedad psicométrica estudiada se evaluó con la consistencia interna y el alfa de cronbach, con la finalidad de confirmar si el instrumento presenta una buena validez para la población. La muestra estuvo conformada por 162 padres de niños asmáticos y saludables entre 8 a 16 años, en el análisis de los datos, se logró dividir por grupos a padres de niños asmáticos y a los padres de niños saludables donde se aplicó el alfa de cronbach con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . Llegando a la conclusión que los padres de niños asmáticos muestran un compromiso de calidad de vida en la función de la enfermedad de sus hijos. Asimismo, el WHOQOL-BREF, aun siendo un instrumento genérico, se mostró práctico y eficiente para evaluar dicha variable en padres de niños con asma obteniendo una validez de contenido mayor de 0.87, una confianza del 95% y un margen de error estándar del 5%.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

#### **1.3.1 Calidad**

Calidad es algo que se encuentra incluido en los genes de la humanidad; es decir, es el interés que tienen las personas para realizar todas las actividades de la mejor manera posible (Ardila, 2014).

### **1.3.2. Calidad de Vida**

La calidad de vida ha sido históricamente estudiada comenzando en las ciencias sociales, donde la literatura registra cinco grandes aproximaciones. Sociológica, Económica, Psicológica, Filosófica y Ética (Taylor, Gibson y Franck, 2008, citados por Salas & Garzón, 2013).

### **1.4. Concepto Teórico de Calidad de Vida**

La palabra calidad de vida comenzó a tener valor en la época pasada, donde el período de bienestar de las personas, tenía relación con las irregularidades socioeconómicas que sucedían en los años 30, mejora y se encuentra inmerso durante el periodo de la posguerra (1945-1960). En este acontecimiento comienza una tendencia a nivel mundial en que el estado tenía la responsabilidad de aplicar valoraciones sobre el bienestar de sus poblaciones, para conocer cómo estas personas se encontraban por el suceso vivido. El bienestar en la persona tiene que ver con la seguridad que se le da al sujeto para que este se sienta protegido, además el estado no brinda una adecuada calidad de vida a los sujetos que se encontraban en ese periodo ya que no podían tener las mismas condiciones que una sociedad moderna. (Salas & Garzón, 2013).

Este término empezó a definirse como el que incluye la mayor parte de áreas importantes, que le permite al ser humano desarrollarse de forma equilibrada. El primer uso, de la definición se empleó en los 60, en la mencionada investigación científica social protectora de las responsabilidades del grupo de Wolfgang Zapf.

Por lo cual, fue considerado que existe una correlación entre la vida objetiva y un número determinado de sujetos, además se encuentra presente el valor relativo, la complacencia y prosperidad (Prada et al., 2015).

En los períodos subsiguientes la palabra “calidad de vida” se empleó sin distinción alguna para designar innumerables aspectos diversos de la subsistencia tenemos: estabilidad de la salud, funcionamiento físico, bienestar físico (síntomas), ajuste psicosocial, bienestar universal, complacencia con la vida, conllevando a una tranquilidad. En cuanto a la palabra “calidad de vida” es indefinida, pese a que tenga un arreglo conveniente en determinadas condiciones no desiste de poseer un conflicto filosófico (Grimaldo, 2018).

Durante los 80 se dio inicio a las investigaciones para esta expresión. Por lo cual, dicho término, da lugar a una calidad de vida bajo circunstancias del sujeto, conjuntamente

con la complacencia de las personas ante otras prácticas que se deduce como una serie de valores, ambiciones y representaciones particulares (Salas & Garzón, 2013).

En el proceso de investigación sobre calidad de vida, ha habido diversas definiciones y conceptualizaciones teóricas, cada una distinta y a la vez similar a la otra. A continuación, se describen algunas de ellas:

Para Jenney (2013) menciona que la calidad de vida puede precisarse a modo de un bienestar relativo, estando de acuerdo que la subjetividad de ésta es una de las partes para el conocimiento de la estructura. La calidad de vida muestra una distinción, el vacío, entre las expectativas e intereses del individuo y su práctica actual dentro de su vivencia. La acomodación humana es tal que las perspectivas de vida son por lo habitual concretas dentro de los términos de lo que la persona suele percibir a ser permisible; esto consiente a los individuos que presentan condiciones de subsistencia difíciles, conservar una calidad de vida moderada.

Según Espinoza (2013) menciona que para algunos autores el término “Calidad de vida” comprende una gama de conceptos diversos, pero la mayoría de ellos no dan a revelar la opinión personal sobre “Calidad de vida”, es así que este término da lugar y está inmerso dentro de la misma, como la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación.

Asimismo, Gómez (2014) refiere que la calidad de vida consta de la contribución de distintas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, referente a la salud y de la conducta humanitaria. Es por ello que dentro de esta se visualiza múltiples acercamientos y se asocia, por una parte, con nivel o condición de vida, y por otro, con prosperidad y salud, complacencia e inclusive con felicidad.

Para Salas y Garzón (2013) la palabra Calidad de vida comienza a especificarse como una concepción que contiene la suma mayor de áreas importantes. Durante el período de los 80's fue donde comenzaron investigaciones para esta terminología. Sin embargo, existen dos aproximaciones esenciales: aquella que lo toma a modo propio, y la que lo considera una definición que está dentro dos dimensiones. Es así, que esta terminología se precisa como las condiciones primordiales de una persona, así como la satisfacción frente a diversas costumbres que se deduce como el nivel de valores, ambiciones y aspectos propios.

La Comunidad de Madrid (2018) precisa la calidad de vida como el logro de una complacencia completa en el sujeto, frente a circunstancias objetivas de la vida, los valores y creencias personales; abarcando no tan solo un bienestar físico sino también el bienestar psicológico, socioeconómico y espiritual.

### **1.5. Teoría de Calidad de Vida según la OMS**

Tiempos posteriores de la segunda guerra mundial la Organización mundial de la salud (OMS), expuso su conocida definición de la salud, que hace hincapié en que “la salud es un estado de un bienestar completo que se refleja de manera físico, mental y social, y no solamente por la ausencia de enfermedades”, cincuenta años después, parece casi una definición de la calidad de vida que se relaciona con la salud. En 1980 la OMS propagó la clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalía, pero era muy compleja para su uso general por ello nunca se adoptó de forma amplia, por último, la OMS elaboró un instrumento genérico de valoración de la calidad de vida denominado Whoqol brief (García, 2013).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) refiere que la calidad de vida es la apreciación que posee el ser humano de su existencia en la vida, involucrando la cultura, valores, objetivos, expectativas, normas. Además, su estado físico, psicológico, nivel de autonomía, relaciones interpersonales y el entorno son los que rigen la calidad de vida de la persona.

### **1.6. La OMS se basó del modelo de Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud establece parte del marco conceptual de la OMS hacia poder tener conocimiento sobre los términos del funcionamiento, la discapacidad y la salud.

La CIF es una fuente de referencia para representar la salud y detallar los aspectos concernientes ya que se fundamenta en dos elementos con significativos impedimentos en la definición y organización de los servicios sanitarios: universal (funcionamiento y discapacidad son inseparables a la situación humana, nos son usuales a todos), continuidad (funcionamiento y discapacidad es parte de la persistencia en el transcurso de la vida) (OMS, 2013).

La CIF, constituye cuatro elementos fundamentales y son los siguientes:

- El primer elemento son las **funciones y estructuras corporales**, comprende las funciones fisiológicas y con las psicológicas (atención, percepción, memoria, lenguaje y aprendizaje) y los elementos físicos y si en algunos de estos dos elementos existe una ausencia o alteración de ellos, lo que se determinará es “deficiencias” tanto para las funciones como para las estructuras.
- El segundo elemento, es la **actividad**, hace referencia a lo que la persona puede realizar o llevar a cabo elaboraciones de manera individual y si esta no lo ejecuta con facilidad, sino que suele ser dificultoso para ella (él), pues se le asigna el término de “limitaciones” ya que hace referencia a las dificultades que presenta una persona para efectuar algunas actividades.
- El tercer elemento, es la **participación**, el cual representa al desarrollo o involucramiento del sujeto en contextos sociales y en este hay cierta dificultad para poder acoplarse frente a las personas o círculo amical o social, pues se le asigna con el término de “restricciones” ya que se hace alusión a los inconvenientes o dificultades que presenta la persona en su desenvolvimiento dentro de su entorno social.
- El cuarto elemento, son los **factores contextuales**, el cual da lugar al contexto personal del individuo, asimismo al mundo físico, social, actitudes, condiciones de la persona frente a su entorno, siendo así la capacidad que tiene el sujeto para poder estar y sentirse bien dentro de su entorno que lo rodea, si tiene ciertas dificultades pues se le asigna el término de “barreras” que se presentan durante su desarrollo.
- Las funciones corporales son la actividad de los órganos del cuerpo, es decir la fortaleza con que funcionan los músculos a partir de la parte inferior del cuerpo, que a su vez se definida como las “relaciones que generan las fuerzas por la contorsión de los músculos y también los músculos agrupados que se ubican en la parte inferior del organismo". Los elementos de actividades y de la intervención representan a la ejecución de acciones y hechos, donde se implica en un ambiente vital, puesto que puede ser el caminar o el efectuar cierto tipo de deporte, siendo la parte contextual donde se relaciona con el entorno en el que está metido.

Estos cuatro componentes del modelo CIF están compuestos con los términos de “funcionamiento” y “discapacidad” ambos dependen mucho de la condición de salud de una

persona como también de la interacción con los factores personales por último el cuarto componente de factores contextuales se relaciona con los factores ambientales. El “Funcionamiento” es una palabra general que rodea la ocupación, actividad y contribución mostrando así las formas positivas de esa integración. A su vez, “discapacidad” es una expresión general que contiene deficiencias, limitaciones y restricciones y revela algunas formas negativas en cuanto a la relación existente entre el sujeto (con una condición de salud) y el entorno contextual (que son el ambiente y personas).

Es por ello, que la discapacidad es una representación genérica que engloba las deficiencias, limitaciones de una persona para realizar alguna actividad y condiciones o restricciones de la participación; así también, las deficiencias se definen como una dificultad que trae consecuencia a una distribución o a una función corporal; las limitaciones de una actividad son los problemas ya que no permiten poder realizar actividades o trabajos, y las prohibiciones de una participación son dificultades para participar en situaciones vitales (OMS, 2015).

A su vez, la discapacidad es un fenómeno confuso que se manifiesta en la relación existente entre las peculiaridades del organismo humano y sus características de la colectividad en la que vive. La igualdad dinámica y el funcionamiento como la discapacidad constituyen el núcleo central del modelo CIF. Son relaciones similares y que a su vez dependen del estado de salud y de la impresión de los factores contextuales.

Los factores contextuales se dividen en factores externos conocidos como (ambientales) o internos (personales). Los ambientales dan lugar a las actitudes generales, el clima, las disposiciones reglamentarias y sociales, etc.

Particulares se refiere a la edad, el sexo, la biografía propia, a su formación, carrera, a las representaciones generales del comportamiento, el carácter, etc.

La impresión de los componentes contextuales es muy significativa ya que se puede intervenir a modo de facilitadores o como defensas del funcionamiento, es decir que el ser humano pueda desarrollarse adecuadamente en diversas áreas. En la actualidad aún se ha podido catalogar a los factores ambientales, sin embargo, a los factores personales aún no se pueden clasificar (Aybar, 2016).

La calidad de vida comprende diversos indicadores como son:

### **1.6.1. Indicadores sociales**

Para Andrew y Whitley (1976, citado por Juárez, 2013) manifiesta que los contextos externos, ambientales, así como la salud, las expectativas de vida, educación, bienestar social, amistades, empleos, analfabetismo, vivienda, etc. Son aquellos que engloban a que la persona pueda desenvolverse y obtener buenos resultados a través de un adecuado manejo en cuanto a los indicadores sociales.

### **1.7. Dimensiones de la calidad de vida**

Según la OMS (2018), menciona que la calidad de vida está regida en diversas dimensiones que son:

- **Salud física:** Referido a todo lo que comprende dolor, malestar, energía, cansancio, sueño y descanso que presenta la persona.
- **Salud psicológica:** Referido a todo lo que comprende emociones, y sentimientos positivos como negativos, reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporales.
- **Relaciones sociales:** Referido a todo lo que comprende las relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.
- **Ambiente:** Referido a todo lo que se relaciona con seguridad física, vivienda, recursos económicos, atención sanitaria y social (dentro de esta se encuentra la disposición y aptitud), además oportunidades a fin de enriquecer conocimientos y competitividades nuevas, acciones entretenidas (contribución y oportunidades), en el medio físico (contaminación, bullicio, comercio, clima y exportación).

De esta manera, para perfeccionar la condición de calidad de vida y poder llevar una subsistencia saludable, se considera diversas dimensiones, así como se describe en la Escala de Calidad de Vida de Woqool-Bref, donde se evalúa a la persona considerando todos los aspectos de su existencia, permitiendo conocer sus estados físicos, psicológico, relaciones sociales y ambiente que permiten que se desarrolle en la vida.

### **1.8. Formulación Del Problema**

¿Cuáles son las evidencias de validez de la Escala de Calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo?

## **1.9. Justificación del estudio**

Tras la problemática actual respecto a la calidad de vida en extranjeros venezolanos en la ciudad de Trujillo, el presente proyecto de investigación se justifica porque permite conocer las evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo, lo cual va a aportar a los psicólogos profesionales una prueba que ayudará a evaluar la calidad de vida en venezolanos, facilitando y enriqueciendo el trabajo profesional. A su vez, sirve como un instrumento de evaluación ya que es una prueba que permite usar una puntuación conforme a las características de la urbe. Asimismo, la presente investigación es novedosa porque el instrumento que se utilizó no ha sido administrado en una población de nacionalidad venezolana en el distrito de Trujillo; además, es factible por que la población fue accesible para llevar a cabo la investigación; también, es relevante porque contribuye a un nuevo conocimiento para los profesionales de psicología.

Cabe mencionar, que este trabajo es un aporte a la psicometría ya que podrá servir como referencia o antecedente para futuras investigaciones, que busquen los mismos propósitos.

## **1.10. Objetivos**

### **1.10.1. Objetivo General**

Determinar las Evidencias de Validez de la Escala de Calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo.

### **1.10.2. Objetivo Específico**

Determinar las evidencias de validez basada en la estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo.

Determinar la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de Calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo.

## **II. MÉTODO**

### **2.1. Diseño de Investigación**

Según, Ato, López y Benavente (2013) menciona que el diseño de esta investigación es instrumental, por lo tanto, se analizan las propiedades psicométricas de cualquier instrumento psicológico ya sea un nuevo instrumento o para su adaptación de los test ya existentes, haciendo referencia a la elaboración, diseño, construcción de instrumentos psicométricos válidos y confiables.

Tabla 1

Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Calidad de Vida	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) refiere que a la apreciación que tiene el ser humano de su existencia en la vida, involucrando la cultura, valores, objetivos, expectativas, normas. Además, su estado físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y la relación con el entorno rigen su calidad de vida del individuo.	La calidad de vida se medirá a través del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, el cual posee ítems de tipo likert	<p><b>Salud física:</b> Comprende dolor, malestar, energía, cansancio, sueño y descanso que presenta la persona.</p> <p><b>Salud psicológica:</b> Comprende sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos.</p> <p><b>Relaciones sociales:</b> Comprende las relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.</p> <p><b>Ambiente:</b> Comprende seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social (dentro de esta se encuentra la disposición y aptitud), además oportunidades a fin de enriquecer conocimientos y competitividades nuevas, acciones entretenidas (contribución y oportunidades), en el medio físico (contaminación, bullicio, comercio, clima y exportación).</p>	<p><b>Salud física:</b> 3, 4, 7, 9, 10, 11</p> <p><b>Salud Psicológica:</b> 5, 6, 8, 12, 13</p> <p><b>Relaciones sociales:</b> 14, 15 y 16</p> <p><b>Ambiente:</b> 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26</p>	<p><b>Intervalo:</b> Según Alarcón (2018) menciona que una escala de medición proporciona un orden en cuanto a los objetos mediados así también, contiene intervalos numéricos igualitarios entre valores que se adjudican los objetos en relación al grado medido.</p>

## **2.2. Población y Muestra**

### **2.2.1. Población:**

Para el presente estudio, se trabajó con migrantes venezolanos del distrito de Trujillo, según Sevilla (2018) menciona que hasta la fecha hay un total 456 mil venezolanos en el Perú, de este total el 51.7% se encuentran en condición de turista, 25 % que equivale a 114 mil están tramitando el Permiso Temporal de Permanencia y el 23.3% restante que equivale a 106 mil ya han obtenido el Permiso Temporal de Permanencia. De estos el 4.1%, se encuentran en la ciudad de Trujillo, lo cual equivale a 1854.922, entre hombres y mujeres, que oscilan entre 18 a 50 años de edad. Así mismo, estos migrantes se caracterizan por poseer formación académica desde estudios primarios hasta educación superior, además que se encuentran laborando en diversas partes del distrito de Trujillo como; restaurantes, gimnasios, centros comerciales, avenidas (vendedores ambulantes), etc. Cabe resaltar, que la gran mayoría no presentan un ingreso económico estable. Algunos venezolanos por carencia económica se dedican no tan solo a trabajar en un solo lugar, sino suelen trabajar en dos lugares el mismo día, para poder así obtener mayor ingreso (Paredes, 2018).

### **2.2.2. Muestra:**

Para efectos del presente estudio la muestra estuvo conformada por 450 venezolanos, ya que se consideró una cantidad adecuada para los fines que persigue la investigación, según la categoría esperada, por lo que la adecuación del tamaño de muestra es siguiendo una escala: 50 es muy deficiente; 100 deficiente; 200 refiere a aceptable; 300 da lugar a bueno; 500 muy bueno y 1000 o más excelente; es así que un tamaño de 200 casos o más es suficiente para la mayor parte de análisis descriptivos como psicométricos de los ítems, si el test a validar no es muy largo (MacCallum et al. 1999, citado por Lloret et al., 2014). Además, se escogió por accesibilidad a diversos lugares del distrito de Trujillo, los venezolanos a quienes se les administró la prueba tenían entre 18 a 50 años.

El muestreo que se utilizó fue el no probabilístico, bola de nieve por que los individuos que fueron parte del estudio reclutarán a nuevos participantes entre sus conocidos, permitiendo que el tamaño de la muestra vaya incrementándose a medida que los seleccionados invitan a otros, los participantes se escogieron a partir de los siguientes

criterios de inclusión; que presenten una edad entre 18 a 50 años, de ambos géneros, que residan en el distrito de Trujillo con un tiempo de permanencia a partir de 4 meses en adelante, a su vez a los que no cuenten con un trabajo o que se encuentren laborando en diversos lugares como: gimnasios, restaurantes, centros comerciales, avenidas (vendedores ambulantes), entre otros, y se evitaron aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión (Otzen & Manterola, 2017).

## **2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.3.1. Técnicas de recolección de datos**

Evaluación Psicométrica

### **2.4.2. Instrumento**

Para efectos del presente estudio se utilizó la Escala de Calidad de vida WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) quien ha sido creado por la Organización Mundial de la Salud, con el apoyo de un grupo de investigadores de quince países diferentes en el periodo de 1990 a 1999. Es por ello, que para llevar a cabo el análisis se obtuvo 2000 preguntas de acuerdo con los centros iniciales, sin embargo, se decidió que para la prueba se tomará en cuenta 236 preguntas; la cual contiene seis áreas y 29 facetas. Cabe resaltar que cada una de ellas está representada por cinco preguntas tipo likert; dicho instrumento tiene el objetivo de obtener una definición consensuada de calidad de vida y poder desarrollar un instrumento que sea aplicable en diferentes culturas y para distintas personas. Esta prueba se aplicó a partir de grupos de opinión que estuvieron clasificados por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general, las cuales fueron mayores de 18 años. El tiempo de duración de la prueba no tiene límite. Teniendo en cuenta que su sustento teórico se basa del modelo de Clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL, que tenemos: WHOQOL-100 y WOQOOL-BREF, en cuanto a la adaptación del WHOQOL-100, fue creado por la OMS, el cual está compuesto por 100 ítems, comprende seis áreas entre ellas tenemos: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, creencias personales; cabe resaltar que cada una de ellas

está representada por 4 preguntas tipo Likert, tiene como objetivo tener una representación global de calidad de vida. Esta prueba se aplicó a una muestra de 558 personas ambulatorios, población general, pacientes esquizofrénicos y cuidadores de pacientes con dicho trastorno, en cuanto al tiempo de duración de la prueba no posee límite.

Teniendo en cuenta que su sustento teórico se basa del modelo de Clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad.

Por otro lado, el WOQOOL-BREF, fue una adaptación del WOQOOL-100, siendo como autor la OMS, está conformado por 26 ítems, está constituida por cuatro áreas que son: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, Cabe mencionar que presenta dos preguntas globales: una sobre calidad de vida global y la otra sobre salud general y cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert, tiene como objetivo la evaluar calidad de vida teniendo en cuenta las esperanzas, placeres, costumbres y preocupaciones de la persona y no solo la presencia de una enfermedad. Esta prueba se aplicó a 1,520 participantes, entre ellos hombres y mujeres, sus edades oscilaban entre 72 a 80 años, referente al tiempo no presenta límite para su aplicación. Teniendo en cuenta que su sustento teórico se basa del modelo de Clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad.

Este instrumento ha sufrido varios cambios a lo largo del tiempo donde se ha realizado varios estudios en cuestión de sus ítems, es por ello que se disminuyeron de 100 a 26 ítems, con referente a las 6 áreas se redujeron ya que se agrupó la 1 y 3 y la 2 y 6 quedando así cuatro áreas. En cuanto a la prueba WHOQOL-BREF, administrada en una población de 1.186 mujeres y 334 hombres de nacionalidad chilena, se obtuvo mediante un análisis factorial confirmatorio un índice de bondad de ajuste adecuado .90. Para obtener la confiabilidad se llevó a cabo la consistencia interna obteniendo un alpha de cronbach de .88 para el total y para cada una de las preguntas .87 a .88, además tuvo una alta correlación ítem test (Espinoza, et al. 2011, citado por Brito-Rhor, 2017).

## **2.4. Método de análisis de datos**

Para realizar el análisis de los instrumentos administrados se procedió a una revisión de los test, con la finalidad de eliminar aquellos inválidos, por doble marcación, ausencia de respuesta, exceso de tachaduras en las contestaciones, entre otros errores que invalidan el instrumento; posteriormente, se clasificó cada test, asignándole un número, el cual fue plasmado en la base de datos que se tuvo que elaborar en el software Microsoft Excel 2016, del paquete Microsoft Office 2016, donde se vaciaron las respuestas plasmadas por la muestra piloto de 50 sujetos.

Para la revisión de la estructura interna, la cual fue analizada tomando en cuenta el análisis factorial confirmatorio [AFC], dado que la intención en sí misma es confirmar la estructura ya existente del instrumento (Rios y Wells, 2014); se inició obteniendo estadísticos de resumen de las puntuaciones obtenidas para cada ítem, tales como la media, desviación estándar, asimetría y curtosis, los últimos útiles además para la evaluación de la distribución univariada de los ítems. En este punto, siguiendo a (Campo-Arias y Oviedo, 2008), los valores de asimetría superiores a  $\pm 1.5$  se consideraron como predictores de sesgo en las estimaciones. Luego, la especificación del modelo se realizó siguiendo el método de Máxima Verosimilitud, que aparece por defecto en el programa estadístico Amos y el cual García (2012) no se ve afectado por el incumplimiento de la propiedad de normalidad univariada de los datos. Los puntos de corte para valorar a los índices de ajuste fueron, considerados aceptables la combinación de índice de ajuste comparativo [CFI] mayores a .92 con índice de Tucker-Lewis [TLI] mayores a .90 (Hu-Bentler, 1999) y [RSMEA] inferior a .70 (Calvo-Porrá, 2016), [SRMR] valores por debajo .05 ya se considera buen ajuste (García, 2011) además de un ajuste absoluto ponderado [ $\chi^2/df$ ] con valores entre 1 y 3 (Pérez Medrano y Sánchez, 2013). Las cargas factoriales, por su parte serán aceptadas como más relevantes cuando su valor supere el .40 (Hu-Bentler, 1999).

Se culminó el análisis con la estimación de la confiabilidad, para lo cual se decidió el uso del método basado en la covariación de los ítems, a partir de este método se considera consistente al instrumento con menor presencia de errores de medición y a su vez mayor precisión en las estimaciones (Anastasi y Urbina, 2009). El coeficiente elegido para la estimación fue el omega, dado que presenta mejores bondades en el cálculo (Ventura & Caycho, 2017), tales como ser más estable, ya que, se estima con las cargas factoriales (Gerbing & Anderson, 1988), quienes son ponderadas y estandarizadas (Timmerman,

2005); segundo, no exigir la demostración de la equivalencia Tau (McDonald, 1999). Se considerará consistente la medida que obtenga un valor omega superior a .65 (Campo y Oviedo, 2008). Es preciso señalar que, en uno de los factores, donde se encontró la presencia de errores correlacionados se utilizó la fórmula de omega corregido, para estimar la confiabilidad, tal como lo sugiere Domínguez-Lara (2016), a fin de evitarla sobreestimación de la confiabilidad en los factores que presenten el caso señalado.

## **2.5. Aspectos éticos**

La presente investigación está basada en los principios éticos de la práctica profesional, respetando así las normas establecidas por la universidad, es por ello que se brindó la información al participante para que antes de que participe del estudio conozca cuál es el propósito de la investigación, también si existen algunos riesgos implicados de participar, sí tendrá algunos beneficios; además, se le refirió que esta información va hacer guardada y si desea puede abandonar en cualquier momento la investigación, por último estuvieron de acuerdo con todo lo antes mencionado y firmaron el consentimiento informado.

### III. RESULTADOS

De los 24 ítems que forman parte del instrumento para medir el constructo, solamente el ítem 16 reporto haber obtenido puntuación que advierten de una distribución sesgada en ( $g^1 > 1.5$ ), donde, a tendencia es relativamente exagerada en calificar debajo de la media ( $M = 2.75$ ) en un rango de 1 a 5 puntos. En tanto los restantes 23, reportaron distribución de sus puntuaciones dentro del estándar de normalidad ( $g^1 < +/-1.5$ ), con cierta tendencia a calificar por sobre y debajo de la media (Ver tabla 2).

Tabla 2

*Media desviación estándar, asimetría y curtosis de los ítems de la Escala de Calidad de Vida.*

Variable	min	max	M	$\sigma$	$g^1$	$g^2$
It25	1	5	3.39	0.998	-0.311	-0.755
It24	1	5	3.42	0.962	-0.289	-0.176
It23	1	5	3.39	0.987	0.026	-0.395
It14	1	5	2.25	0.918	-0.331	-0.599
It13	1	5	3.06	0.908	0.384	-0.052
It8	1	5	3.67	0.905	-0.124	-0.554
It9	1	5	3.30	0.844	-0.14	0.387
It12	1	5	2.75	0.803	0.155	0.026
It18	1	5	3.51	0.918	0.049	-0.418
It17	1	5	3.33	0.880	-0.207	-0.575
It16	1	5	2.75	1.000	2.043	3.667
It15	1	5	3.82	0.936	0.909	-0.013
It3	1	5	1.87	0.994	-0.001	-0.447
It4	1	5	1.46	0.883	-0.116	-0.075
It10	1	5	3.77	0.887	0.474	0.638
It26	1	5	3.22	0.981	0.061	-0.741
It19	1	5	3.99	0.931	-0.551	-0.217
It11	1	5	4.31	0.830	-0.076	-0.216
It5	1	5	3.85	1.019	0.013	-0.493
It6	1	5	4.33	0.832	0.607	0.285
It7	1	5	3.69	0.837	0.189	0.311
It20	1	5	3.67	0.964	-0.926	0.14
It21	1	5	3.40	1.223	-0.626	-0.142
It22	1	5	3.37	1.042	-1.205	1.456
Multivariate						123.34

*Nota: M: Media;  $\sigma$ : Desviación estándar;  $g^1$ : Asimetría;  $g^2$ : curtosis.*

En la tabla 3, se presenta la matriz de correlaciones entre ítems de la escala WOQOOL-BREF a partir de las fórmulas de Pearson, donde se obtiene el grado en que cada ítem se relaciona linealmente con los otros 23 que forman parte del instrumento. Los valores obtenidos alcanzaron índices desde -.12 (ítem 16 – ítem 17) hasta .55 (ítem 23 – ítem 24). Lo cual indica que no hay la presencia de multicolinealidad en las relaciones, es decir, que todos los ítems en sí, no miden exactamente lo mismo, tal cumplimiento se identifica en el hecho que el criterio de multicolinealidad se convierte en un indicador cuando los valores superan el umbral de .90 ( $r_{xy} < .90$ ), y, según se aprecia en la matriz el valor de relación máximo es de .56. Esto, además, permite descartar la probabilidad de que en estimaciones posteriores los datos generen inestabilidad en su cálculo.

*Tabla 3 Matriz de correlaciones de los ítems de la Escala de Calidad de Vida.*

Ítems	25	24	23	14	13	8	9	12	18	17	16	15	3	4	10	26	19	11	5	6	7	20	21	22	
It25	-																								
It24	.43	-																							
It23	.45	.56	-																						
It14	.10	.12	.13	-																					
It13	.25	.32	.33	.07	-																				
It8	.28	.36	.37	.08	.21	-																			
It9	.25	.31	.32	.07	.18	.20	-																		
It12	.20	.25	.25	.06	.15	.16	.14	-																	
It18	.25	.31	.32	.07	.18	.20	.18	.14	-																
It17	.27	.34	.35	.08	.20	.22	.19	.15	.54	-															
It16	.19	.23	.24	.05	.14	.16	.13	.11	.38	.41	-														
It15	.14	.18	.18	.04	.10	.12	.10	.08	.28	.31	.21	-													
It3	-.04	-.05	-.05	-.01	-.03	-.03	-.03	-.02	-.07	-.08	-.06	-.04	-												
It4	-.03	-.04	-.04	-.01	-.03	-.03	-.02	-.02	-.07	-.07	-.05	-.04	.01	-											
It10	.21	.27	.28	.06	.16	.18	.15	.12	.43	.47	.33	.25	-.07	-.06	-										
It26	-.06	-.08	-.08	-.02	-.05	-.05	-.04	-.04	-.11	-.12	-.08	-.06	.02	.02	-.10	-									
It19	.23	.29	.30	.07	.17	.19	.17	.13	.41	.45	.31	.23	-.06	-.06	.36	-.12	-								
It11	.16	.20	.21	.05	.12	.13	.11	.09	.28	.30	.21	.16	-.04	-.04	.24	-.08	.31	-							
It5	.15	.19	.20	.05	.11	.13	.11	.09	.27	.29	.21	.15	-.04	-.04	.24	-.08	.30	.20	-						
It6	.15	.19	.19	.04	.11	.12	.11	.08	.26	.28	.20	.15	-.04	-.04	.23	-.08	.29	.19	.19	-					
It7	.20	.26	.27	.06	.15	.17	.15	.12	.36	.39	.27	.20	-.05	-.05	.31	-.11	.39	.27	.26	.25	-				
It20	.32	.41	.42	.09	.24	.27	.23	.19	.40	.44	.31	.23	-.06	-.06	.35	-.10	.38	.26	.25	.24	.34	-			
It21	.24	.30	.31	.07	.17	.20	.17	.13	.29	.32	.22	.17	-.04	-.04	.25	-.07	.28	.19	.18	.18	.24	.41	-		
It22	.25	.31	.32	.07	.19	.21	.18	.14	.31	.34	.24	.18	-.05	-.04	.27	-.08	.29	.20	.19	.19	.26	.44	.32	-	

En la especificación del modelo propuesto por los creadores, los índices de ajuste obtenidos no llegaron a cumplir los estándares mínimos sugeridos para los índices de ajuste comparativo y de Tukey-Lewis (Ver tabla 4), por lo que, después de estudiar las cargas factoriales e identificar en ellas que los ítems 14 y 12, presentan cargas factoriales debajo del criterio de relevancia estadística y los ítems 3, 4 y 26, además, obtuvieron cargas factoriales inversas, se procedió a retirarlos (Ver tabla 5), realizando con ello una reespecificación del modelo 2, en el cual también se liberó los errores de los pares de ítems 8 y 9 ( $e_8 - e_9 = .15$ ) y 23 y 24 ( $e_{23} - e_{24} = .47$ ), por acaparar bastante variabilidad. Esto permitió que el ajuste mejorara, pero aun sin alcanzar los criterios mínimos de ajuste (Ver tabla 4).

Ante tal situación se volvió a revisar las cargas factoriales, tomando como criterio de selección un punto de corte de más clara relevancia del Ítem, el .50, ello sugirió el que sean retirados los ítems 3, 9, 15, 11, 5 y 6. Esta tercera re-especificación para un tercer modelo, en el cual se mantuvo liberados a los errores de los ítems 24 y 23, tuvo una mejora en el ajuste, alcanzo mínimamente los estándares sugeridos (CMIN/gl = 3.49; RSMEA = .074; SRMR=.054; CFI=.92; TLI=.90).

*Tabla 4*

*Índices de ajuste de los modelos de la escala de calidad de vida (n=450)*

Modelo	CMIN	gl	CMIN/gl	RSMEA	IC 90%	S-RMR	CFI	TLI
Modelo 1	895.254	246	3.64	.077	(.071 - .082)	.072	.75	.73
Modelo 2	436.232	144	3.03	.067	(.060 - .075)	.056	.88	.85
Modelo 3	202.285	58	3.49	.074	(.063 - .086)	.054	.92	.90

*Nota:*  $\chi^2$ : Chi cuadrado; gl: Grados de libertad; RSMEA: Raíz cuadrada media del error de aproximación; SRMR: Raíz del residuo cuadrático media estandarizado; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice de Tucker-Lewis

Las cargas factoriales del tercer modelo alcanzo valores de .53 a .63 en el factor ambiente, de .54 a .78 en el factor salud física, de 53 a .64 en el factor salud psicológica y de .54 a .76 en el factor relaciones sociales (Ver tabla 5). Por su parte, el modelo reporto que los factores de la escala están correlacionados entre sí, dado que alcanzaron valores de entre .68 y .96 (Ver tabla 6).

Tabla 5

*Cargas factoriales de los ítems de la escala de calidad de vida, respecto a los modelos especificados*

Factor	Ítem	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Ambiente	It25	0.58	0.59	0.60
	It24	0.73	0.59	0.59
	It23	0.76	0.63	0.63
	It14	0.17	-	-
	It13	0.43	0.46	-
	It8	0.49	0.56	0.53
	It9	0.42	0.41	-
	It12	0.33	-	-
Salud Física	It18	<b>0.70</b>	<b>0.70</b>	<b>0.73</b>
	It17	<b>0.77</b>	<b>0.77</b>	<b>0.78</b>
	It16	<b>0.54</b>	<b>0.53</b>	<b>0.54</b>
	It15	<b>0.40</b>	<b>0.40</b>	-
	It3	<b>-0.11</b>	-	-
	It4	<b>-0.10</b>	-	-
	It10	<b>0.61</b>	<b>0.61</b>	<b>0.58</b>
Salud Psicológica	It26	-0.18	-	-
	It19	0.67	0.67	0.64
	It11	0.46	0.46	-
	It5	0.44	0.44	-
	It6	0.43	0.43	-
	It7	0.59	0.60	0.53
Relaciones Sociales	It20	<b>0.75</b>	<b>0.76</b>	<b>0.76</b>
	It21	<b>0.55</b>	<b>0.54</b>	<b>0.54</b>
	It22	<b>0.58</b>	<b>0.58</b>	<b>0.58</b>

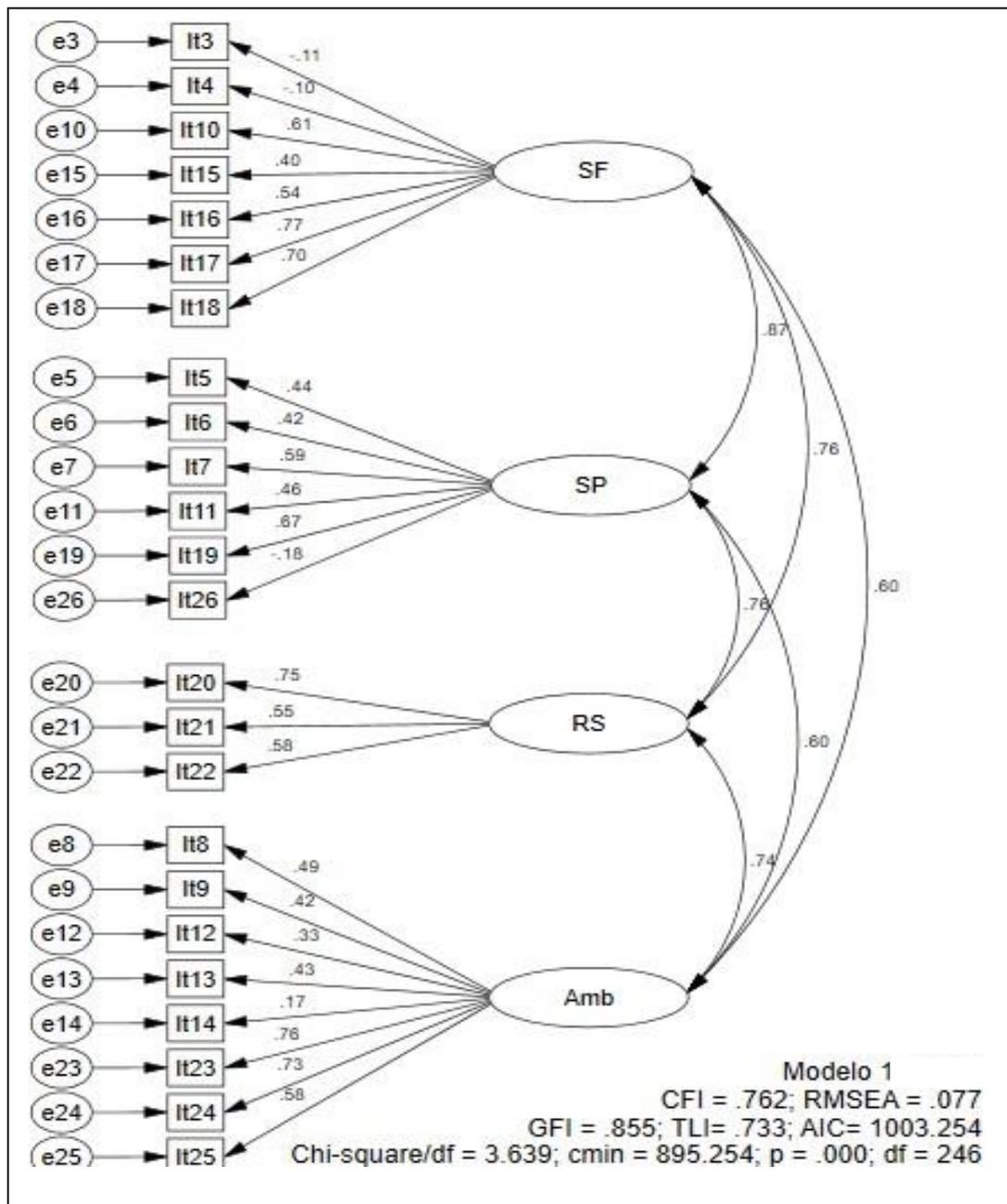
Nota: Amb: Ambiente; SF: Salud física; SP: Salud psicológica; RS: Relaciones sociales

Tabla 6

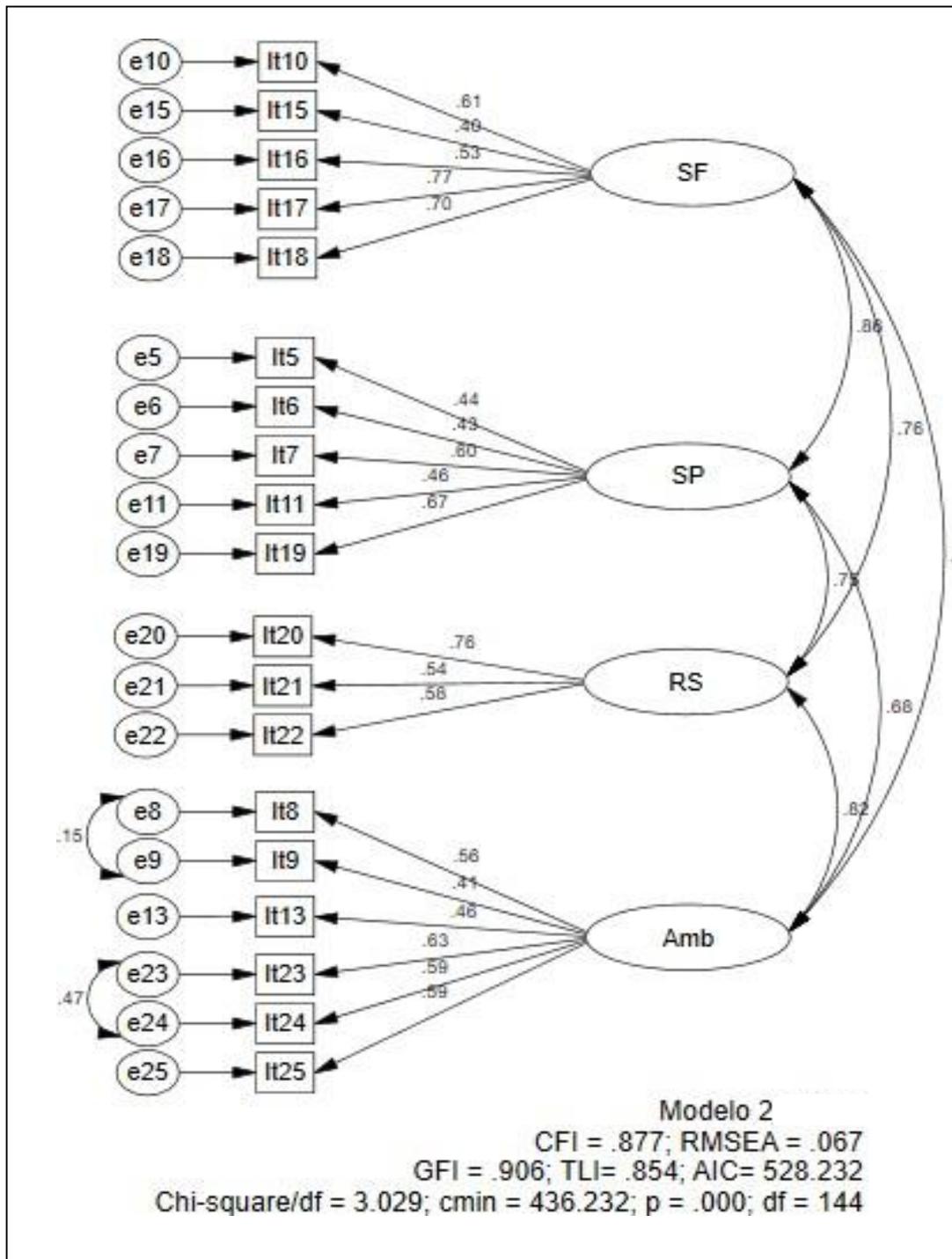
Matriz de correlaciones de los factores de la Escala de Calidad de Vida

Variable	1	2	3	4
1. Ambiente	-			
2. Salud física	0.68	-		
3. Salud psicológica	0.75	0.96	-	
4. Relaciones sociales	0.84	0.76	0.89	-

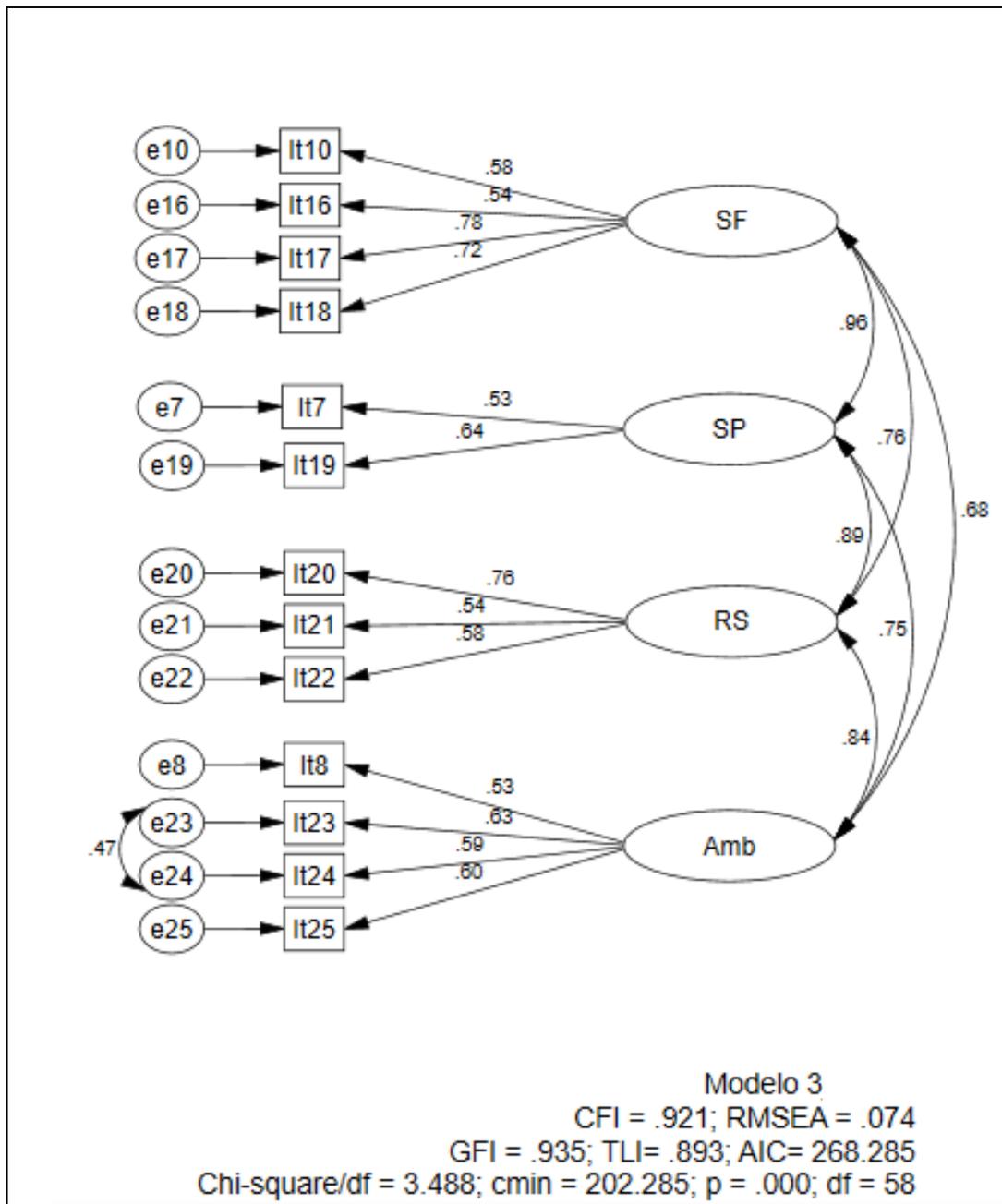
Figura 1. Diagrama estructural del modelo1 de la Escala de Calidad de Vida.



**Figura 2.** Diagrama estructural del modelo 2 de la Escala de Calidad de Vida.



**Figura 3.** Diagrama estructural del modelo 3 de la Escala de Calidad de Vida.



### 3.2. Confiabilidad

En estudio de la confiabilidad, de los tres modelos estudiados fue el segundo quien alcanzo valores de consistencia en los 4 factores: Ambiente ( $\omega = .66$ ); salud física ( $\omega = .70$ ); salud psicológica ( $\omega = .83$ ) y relaciones sociales ( $\omega = .66$ ). Pero, el tercer modelo, de mejor ajuste, reporto que el factor salud psicológica reduce su consistencia a  $\omega = .51$ , tras la eliminación de los ítems y el factor ambiente obtiene un valor de  $\omega = .61$ .

Tabla 7

Consistencia interna de la escala de Calidad de Vida.

Variable	$\omega$ IC 95%		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
1. Ambiente	.79 [.75 - .82]	.66 [.60 - .71]	.61 [.55 - .67]
2. Salud física	.70 [.65 - .74]	.91 [.89 - .93]	.89 [.87 - .91]
3. Salud psicológica	.62 [.56 - .67]	.83 [.80 - .86]	.51 [.44 - .58]
4. Relaciones sociales	.66 [.60 - .71]	.66 [.60 - .71]	.66 [.60 - .71]

Nota:  $\omega$ : Coeficiente de consistencia interna

#### **IV. DISCUSIÓN**

Migrar hacia otro país por causa de la crisis financiera y social implica poder adaptarse a una distinta cultura, idioma y tradición, a la vez repercusiones en la parte emocional saliendo de su zona de confort y dejando a la familia por la misma necesidad que atraviesa su país, buscando un futuro mejor para poder brindar a sus parientes. Definitivamente las condiciones en las que los migrantes se encuentran en los países que los acogen no son las mejores, ya que esto involucra una reorganización total de las actividades en la existencia de los sujetos involucrados en tal proceso, asimismo un replanteamiento en los escasos, los satisfactores y las estrategias necesarias para poder llevar una vida de calidad confortable (Rentería y Spears, 2013).

En el presente capítulo se discuten los hallazgos de la investigación la cual tiene como objetivo principal determinar las evidencias de validez de la escala de calidad de vida de migrantes venezolanos en el distrito de Trujillo, en este sentido se procederá a discutir las evidencias encontradas sobre la revisión del WOQOOL-BREF. Dado que, el primer objetivo fue revisar la estructura interna del instrumento, por ello es necesario señalar que el modelo propuesto por la OMS en esta versión corta del instrumento corresponde a un modelo de 4 factores con 26 ítems distribuidos en ellos, los factores son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. La revisión de la estructura interna, pretende responder a la relación que existen entre los ítems y su pertinencia respecto al factor que los subyace (Kline, 2010). En el caso de esta investigación se aplicó el análisis factorial confirmatorio, dado que permite partir de una hipótesis previa del modelo previamente definido (Brown, 2006).

El instrumento se utilizó en una muestra de 450 migrantes venezolanos, en cuanto a los resultados se encontró que la estructura original del instrumento obtuvo índices de ajuste que no llegaron a superar los valores mínimos sugeridos en la literatura especializada por autores Hu y Bentler (1999) sobre los índices de ajuste comparativo y Pérez et al. (2013) sobre el ajuste absoluto. Las implicancias de no haber alcanzado índices de ajuste aceptables son la necesidad de reestructurar el modelo original en uno que pueda adaptarse mejor a la realidad en que se está revisando el instrumento, dejando en evidencia aspectos diferenciales entre el contexto de origen del instrumento y el contexto donde se está revisando, algunos de los cuales pueden ser: variables culturales, variables individuales o condiciones de vida. Después de realizar un análisis específico, es decir, revisar las cargas factoriales, decidió

retirarse a los ítems que no llegaron a superar el criterio de pertinencia. Tal es un procedimiento aconsejable, cuando sobre la prueba existen justificaciones teóricas y empíricas para realizarse (Morales, 2013)

El procedimiento de re-especificación resulto factible debido a que la teoría de calidad de vida planteada en el modelo de la OMS presenta indicadores generales (dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente), además de, una cantidad representativa de ítems que permiten identificar el constructo. Entonces, el retiro de alguno ítem no afectaría su comprensión de las dimensiones.

Con la eliminación de 5 reactivos, 14 *“Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio”*, 12 *“Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades”*, 3 *“Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita”*, 4 *“Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria”*, las respuestas fueron en su mayoría nunca o pocas veces, esto puede implicar de acuerdo a las condiciones de vida de los migrantes ya que ellos suelen trabajar y obtener ganancias del día a día para sobrevivir en un país distinto, y es así no se pueden dar el tiempo de recrearse, descansar, o recibir atención médica. Por su parte, el ítem 26 que refiere *“Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión”* también obtuvo una baja representatividad del factor salud psicológica, las respuestas fueron medianamente, frecuentemente y siempre, esto se da porque se encuentran lejos de su familia, sin embargo, a pesar de tener dichos sentimientos suelen tener en cuenta la situación que están viviendo sus parientes en Venezuela y eso le impulsa a seguir trabajando. Es evidente que por las características de la población estos ítems no estén midiendo bien el constructo, por lo que, es necesario la re-especificación del modelo (Fadlelmula, 2011). La eliminación de cada reactivo obedeció tanto a la revisión de criterios estadísticos como el análisis de la semántica y contenido de cada ítem en función del contexto y población, de tal manera que pueda existir una justificación teórica para la decisión que se tomó en cada procedimiento.

Del modelo 1 a un modelo 2, no se consiguió una mejora considerable en los índices de ajuste. Los resultados del modelo re-especificado, referente al ajuste obtuvieron valores que, por mínimas cifras, no superaban los puntos críticos. Entonces, se consideró tomar en cuenta ítems con un mayor grado de representatividad y pertinencia, en el estándar de referencia sugerido por Morales (2013). Esto llevo a una tercera re-especificación, donde con tan solo 13 reactivos, distribuidos en los cuatro factores subyacentes, se encontró un

mejor ajuste. En este modelo se indicaría que la calidad de vida en migrantes venezolanos se valora con mayor correspondencia entre evidencia empírica y teórica con un modelo de 4 factores y trece reactivos distribuidos en ellos.

En la especificación del modelo 2 se identificó la presencia de errores correlacionados en los pares ítems: 8 (*¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?*) con 9 (*¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?*) y 23 (*¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?*) con 24 (*¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?*). Los cuales al liberarse aportaron una mejora sustancial en el ajuste del modelo. De estos pares de ítems correlacionados en sus errores, la encontrada entre los ítems 23-24 se mantuvo en la especificación del modelo 3, valiéndole una mejora en su ajuste, mientras que la correspondiente en los pares de ítems 8-9 no se mantuvo al haberse eliminado el ítem 9, tras la decisión de exigir en su carga factorial un punto de corte de mayor representatividad. El procedimiento modificación de índices por medio de la liberación de sus errores, es una práctica cada vez más común en los procedimientos de AFC, llevados a cabo para mejorar la presentación de modelos y su validez basada en la estructura (Batista-Foguet, Coenders y Alonso, 2004). Sin embargo, su uso es aconsejada cuando exista de por medio una justificación teórica (Herrero, 2010).

En el caso de esta investigación, los parámetros identificados correspondientes a los pares de ítems “*¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?*” y “*¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?*”, encuentran justificación teórica para la liberación de sus errores, al revisar su contenido semántico en comparación con los demás reactivos del factor ambiente, estos hacen referencia a la satisfacción sobre condiciones del lugar y servicios sanitarios, aspectos que encierran un mayor vínculo que lo representado los demás, mismos que hacen referencia a la seguridad y el transporte. Aun cuando los cuatro forman parte de la conceptualización del factor ambiente, en el contenido de los ítems se puede estipular una mayor similitud en el contenido de los ítems 23 y 24 respecto a: condiciones del lugar donde vive y servicios sanitarios, aspectos que, para cada familia son principales en la calidad de vida del ambiente. Lo cual podría justificar el establecimiento de error común entre ambos.

Tal evidencia, constituye un aporte a las investigaciones que se han llevado a cabo

por medio del WOQOOL-BREF, ya que coincidiendo con un antecedente donde se encontró que el instrumento empleado fue práctico y eficiente para evaluar dicha variable en una muestra mexicana (López et al., 2017). Este autor, sin embargo, concluyó que el modelo original propuesto por el creador no se ajustaba correctamente a dicha comunidad; por lo tanto, se quedó con 17 reactivos en su tercer modelo.

Por ello, se concuerda a lo encontrado en esta investigación, donde, para conseguir tal conclusión fue necesario el realizar modificaciones al modelo inicial. A esto, se pueden atribuir ciertos cambios en el contexto y cultura, considerando que la misma comisión internacional de los test [ITC], sugiere revisiones de las pruebas cuando son realidades diferentes en las que se pretende aplicar, dado que en ellas existen cambios sustanciales en varios aspectos, costumbres, percepciones, lenguaje, entre otras.

Luego, aprobado el modelo 3, se pasó a revisar la confiabilidad con el propósito de garantizar que este tenga, además de una medida empírica y teóricamente probada (Prieto et al., 2010), la capacidad de precisión al obtener las puntuaciones. Tal aspecto lleva a plantear la revisión de la confiabilidad del instrumento, siendo el método elegido para cumplir con dicho propósito la evaluación de la consistencia interna mediante la cual se podrá corroborar cierto grado de homogeneidad en los ítems para una misma medida (Morales, 2007).

Para cumplir con el objetivo se tomó en cuenta al coeficiente omega, dadas las virtudes que posee, sobre otros coeficientes para la estimación de lo propuesto. Así, autores como Timmerman (2005) señalaban que su estimación es más estable, por ser estimado a partir de las cargas factoriales, en tanto, el mismo McDonald (1999), creador del coeficiente, resaltaron su capacidad para resistir a estructuras que incumplan el criterio de medidas tau equivalente.

Los resultados que se obtuvieron, permitieron corroborar que el último modelo propuesto, solo presenta consistencia en dos de las cuatro dimensiones que los componen: salud física logro, quien supero el estándar propuesto por Campo-Arias y Oviedo (2008), y relaciones sociales, quien supero el estándar de menor exigencia sugerido en Katz (2006). Mientras que, dos dimensiones reportaron ser inconsistentes: la dimensión salud psicológica, definida por emociones y sentimientos positivos como negativos, reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal (OMS, 2018) y la dimensión ambiente, referida a la seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, además de oportunidades para enriquecer conocimientos y competitividades nuevas, acciones entretenidas en el medio físico (OMS, 2018); no llegaron a superar los estándares esperados.

Al respecto, al analizar los factores inconsistentes, de acuerdo al criterio de Brown (1980) en que se afirma que en un instrumento cuanto más ítem ostente mayor será su consistencia, se entendería que, los factores ambientes y salud psicológica, en el tercer modelo reportan menos consistencia, por haberse quedado con menos ítems de los que inicialmente poseían en el modelo original. Cuando se hace la revisión de la consistencia, en los modelos 1 y 2 donde estos factores presentan una mayor cantidad de ítems, se obtiene un mayor grado de consistencia, superando inclusive el estándar más alto (Campo-Arias et al., 2008). Lo cual llevaría a suponer que es la cantidad de ítems una de las razones por las cuales dichos factores no alcanzaron un valor aceptable, puesto que de los 6 ítems con los que inicia salud psicológica, en la solución final solo queda con 2, mientras que, ambiente de iniciar con 8 ítems, solo queda con 4.

En otro sentido, la definición sugerida por Morales (2007) sobre la consistencia puede aportar en explicar el comportamiento de estos factores, dicho autor manifiesta que los ítems deben reportar cierto grado de homogeneidad entre ellos para ser consistentes, es decir, además de estar correlacionados, deben tener cargas factoriales similares, lo cual para (Meliá, 2000) haría referencia a la propiedad tau equivalente. Pero, al revisar el valor de las cargas factoriales en el tercer modelo, las diferencias son considerables al ser solamente dos reactivos, lo que se hace más notorio dicho resultado.

Al comparar con los estudios citados en el apartado de antecedentes, donde se reportaron valores consistentes. Los autores sugerían que el WHOQOL-BREF alcanzó medidas estadísticamente significativas en su valoración en un conjunto de padres de niños con asma (Roncada et al., 2015) mientras que otros autores hizo lo suyo al revisar el

instrumento en pobladores mexicanos (López et al., 2017). En ambos estudios, a diferencia del aquí desarrollado, se utilizó el coeficiente alfa de Crombach, en esta investigación en cambio se optó por el omega, dadas las bondades resaltadas párrafos atrás. En tales diferencias se resalta que el instrumento es resistente al cambio de coeficientes. Finalmente se evidenció en los tres estudios que el modelo original alcanza medidas consistentes, no siendo así, en la tercera re-especificación.

En resumen, es posible aseverar un ajuste idóneo por parte de un nuevo diseño del instrumento, con tan solo trece reactivos. No obstante, uno de sus factores se vería afectado en lo correspondiente a la consistencia, siendo necesario, para garantizar la idoneidad del instrumento la revisión del original por parte de expertos, quizá sea la posibilidad de encontrar algún reactivo con contenido incoherente, o incongruente, lo cual generaría discrepancias con el creador del instrumento, dado que los estudios iniciales se hizo revisión del contenido de los ítems. Sin embargo, dado los resultados encontrados lo recomendable replicar los estudios con fines de sobre lo encontrado verificar si la dimensión salud psicológica y ambiente, con baja consistencia, mantiene su comportamiento en otros contextos o mejora, esto permitiría realizar un análisis de mayor evidencia sobre variabilidad en aspectos culturales en la redacción de los ítems que la conformas.

## **V. CONCLUSIONES**

- Se estudió la estructura WHOQOL-BREF, a partir de tres modelos: El modelo original (modelo 1) de 4 factores con 24 reactivos; la primera re-especificación (modelo 2) de 4 factores con 19 ítems, y, la segunda re-especificación (modelo 3) de 4 factores con 13 ítems; de los cuales el tercero es quien reporta mejor ajuste, respaldando la existencia de validez en la estructura del instrumento.
- El tercer modelo, sin embargo, en la revisión de la consistencia solamente en dos de las cuatro dimensiones: relaciones sociales ( $\omega = .66$ ) y salud física ( $\omega = .89$ ) alcanzo valores consistentes, no siendo así en los factores ambiente ( $\omega = .61$ ) y salud psicológica ( $\omega = .51$ ).

## **VI. RECOMENDACIONES**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos y el análisis realizado sobre ellos se recomienda:

- Llevar a cabo una revisión minuciosa del contenido para descartar errores en la redacción, coherencia y contenido de cada reactivo, sobre todo los que componen el factor salud psicológica y ambiente.
- En la medida posible estudiar una solución que ofrezca tanto buenos ajustes como medidas consistentes.
- Considerar otras realidades o contextos para analizar el instrumento.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, M. (2018). Escala de medición en estadística. *Revista Redalyc*, 12(2), 243-247. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/993/99315569009.pdf>
- Alayo, F. (2018). Un éxodo creciente: hay casi 300 mil venezolanos en el país. Grupo el comercio. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/peru/exodo-creciente-hay-300-mil-venezolanos-pais-noticia-523124>
- Anastasi, A. y Urbina, S. (2009). *Tests psicológicos* (7ma ed.). México: Prentice Hall.
- Araya, N. Barrantes, K., Fernández, M., Rodríguez, M & García J. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica. *Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica*, 18(38), 67-87. doi: <https://doi.org/10.15517/isucr.v18i38>
- Ardila, R. (2014). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/26595141\\_Calidad\\_de\\_vida\\_una\\_definicion\\_integradora](https://www.researchgate.net/publication/26595141_Calidad_de_vida_una_definicion_integradora)
- Ato, M., López, J & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Revistas Scielo*, 29(3), 207-2017. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000300043](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043).

- Aybar, S. (2016). *Propiedades Psicométricas De La Escala De Calidad De Vida En Estudiantes De Secundaria, La Esperanza*. (Tesis de Licenciatura), Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Benito, E., Alsinet, C & Maciá, A. (2016). Propiedades Psicométricas de la Escala GENCAT de calidad de vida en una muestra de personas sin hogar. *Siglo Cero Revistas sobre Discapacidad Intelectual*, 47(1), 23-67. doi: <http://dx.doi.org/10.14201/scero201612336>
- Brito-Rhor, M. (2017). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL- BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica Chile*, 139(1), 579-586. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
- Brown, G. F. (1980). Principios de la medición en psicología y educación. México: El Manual Moderno.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmtory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford Press.
- Calvo-Porrá, C. (20016). Análisis de la invarianza factorial causal con Amos. *Rev Scielo*, 2(3), pp. 221-225
- Carbó-Carreté, M., Guàrdia-Olmos, J & Giné, C. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Resultados Personales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 236-252. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/337/33741175007/>
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de

una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10(5), pp. 831-839

Cardona, J & Higuera, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista cubana Salud Pública*, 40(2), 5-13. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40\\_2\\_14/spu03214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm)

Comunidad de Madrid. (2018). Estrategias de atención a pacientes crónicos. *Revista Madrid*, 9(2), Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1354319\\_576173&pagename=ComunidadMadrid/Estructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354319_576173&pagename=ComunidadMadrid/Estructura)

Domínguez, S. (2013). Análisis Psicométrico de la Escala de cansancio Emocional en estudiantes de una Universidad Privada. *Revista Ridu*, 7(3), 2223-2516. Recuperado de [file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet\\_PsychometricAnalysisOfTheEmotionalExhaustionScaleO-4775418.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet_PsychometricAnalysisOfTheEmotionalExhaustionScaleO-4775418.pdf)

Dominguez-Lara, S. (2016). Errores correlacionados y estimación de la fiabilidad en estudios de validación: comentarios al trabajo validación de la escala ehealth literacy (ehealth) en población universitaria española. *Rev Esp Salud Pública*. 90, 1- 2.

Espinoza, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana Salud Pública*. 39(1), 1-3. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=e2013http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40\\_2\\_14/spu03214.htm](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=e2013http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm)

Fadlelmula, F. K. (2011). Assessing power of structural equation

modeling studies: A meta-analysis. *Educational Research Journal*, 1(3), 37-42.

García, M. (2011). Análisis causal con Ecuaciones Estructurales de la satisfacción ciudadana con los servicios municipales. University of Acoruña

García, H. Vera, C. & Lugo, L. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con la aplicación del SF-36. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 26-39. *Recuperado de* <http://www.redalyc.org/pdf/120/12029652004.pdf>

García, M. (2012). *Análisis de las ecuaciones estructurales de la satisfacción ciudadana con los servicios* (Tesis de maestría). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Gerbing, D. W. & Anderson J. C. (1988). An update paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25(2), pp. 186-192.

Gómez, I. (2014). *Calidad de vida en la tercera edad*. *Revista Scielo*, 30(1), 61-71. *Recuperado de* [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003)

Grimaldo, M. (2018). Cuestionario de vida en profesionales de la salud. Calidad de vida en Profesionales de la Salud en la Ciudad de Lima. *Revista LIBERABIT*, 24(6), 31-42. *Recuperado de* [https://www.researchgate.net/publication/256375254\\_Calidad\\_de\\_vida\\_en\\_profesionales\\_de\\_la\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/256375254_Calidad_de_vida_en_profesionales_de_la_salud)

Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación. 5ta Edición. México: Editorial McGraw Hill.

Hu-Bentler (1999). Criterios de corte para los índices de ajuste en el análisis de la estructura de covarianza: criterios convencionales frente a nuevas alternativas. *Revista Peruana de Psicometría*, 1(1), 15-18. doi: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Instituto Venezolano de Análisis de Datos, (21 de agosto del 2017). Los principales problemas de los venezolanos según el Ivad: la inseguridad y el desabastecimiento. *Noticias 24*, pp. 1-9.

Jenney, M. (2013). The concept of quality of life and measurement. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 37-46. Recuperado de [file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion4549356%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion4549356%20(1).pdf)

Juárez, G. (2013). Revisión del concepto de Desarrollo Local desde una Perspectiva Territorial. *Revista Lider*, 23(1), 9-28. Recuperado de [http://ceder.ulagos.cl/lider/images/numeros/23/1.-LIDER%2023\\_Juarez\\_pp9\\_28.pdf](http://ceder.ulagos.cl/lider/images/numeros/23/1.-LIDER%2023_Juarez_pp9_28.pdf)

Katz, M. H. (2006). *Multivariable analysis* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press

Kline, R.B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

- López, J. González, R & Tejada, M. (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WhoqoL Bref en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 44(2), 105-115. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/12029582004.pdf>
- Lloret, S. Ferreres, A., Hernández, A & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Melia, J. (2000). La cuestión de las mediciones paralelas. *Psicothema*, 12(2), 386-388
- Mohammadbeigi, A. Hassanzadeh, J., Mohammadsalehi, N., Nasimi, B & Omrani, G. (2013). Impacts of osteoporosis on quality of life in elderly women. *Chronic Diseases Journal*, 1(1), 13-7. doi: [10.22122/cdj.v1i1.18](https://doi.org/10.22122/cdj.v1i1.18)
- Morales, P. (2007). La fiabilidad de los tests y escalas. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Recuperado de: <https://matcris5.files.wordpress.com/2014/04/fiabilidad-tests-y-escalas-morales-2007.pdf>

- Morales, P. (2013). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Revista de Psicología, 2(1), 145-155. Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial>
- Muratori, M; Zubieta, E; Ubillos, S & González, J. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: Estudio Comparativo entre Argentina y España. *Revista Scielo*, 24(2), 1-18. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282015000200003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282015000200003)
- Organismo de las Naciones Unidas para la Migración, (14 de marzo del 2018). Venezolanos en Perú: ¿Qué distritos de Lima concentran la mayor cantidad de migrantes?. *América Noticias*, pp. 1-2.[1]
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Instrumento de calidad y derechos de la OMS: Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social*. (1<sup>ra</sup>ed.). Chile: Escuela de Salud Pública
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Calidad de Vida. *Revista EcuRed*, Recuperado de [https://www.ecured.cu/Calidad\\_de\\_vida](https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida)
- Otzen, T & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Revista Scielo*, 35(1) 227-332. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Paredes, V. (25 de enero del 2018). El impacto económico de los venezolanos en Trujillo. *Correo*, pp. 3-4

- Pérez, E., Medrano, L. y Sanchez, J. (2013) *El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación*. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 5(1), 52-66
- Prada, D. Hernández, C., Gómez, A., Gil, R., Reyes, Y., Solís, U & Molinero, C. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(1), 48-60. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962015000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100008)
- Prieto, G., & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=77812441007>
- Rentería, V. & Spears, A. (2016). Migración y calidad de vida: el caso de los migrantes latinoamericanos resididos en el este de Los Ángeles, California. *Revista Internacional de Ciencias Sociales Interdisciplinarias*, 5(1), 130-142. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/300777051\\_Migracion\\_y\\_calidad\\_de\\_vida\\_el\\_caso\\_de\\_los\\_migrantes\\_latinoamericanos\\_resididos\\_en\\_el\\_este\\_de\\_Los\\_Angeles\\_California](https://www.researchgate.net/publication/300777051_Migracion_y_calidad_de_vida_el_caso_de_los_migrantes_latinoamericanos_resididos_en_el_este_de_Los_Angeles_California)

Rios, J. y Wells, C. (2014). Validity evidence based on internal structure.

*Psicothema*, 26, 108-116

Rodríguez, A. Jara, P., Pereira, D & Luengo, L. (2018). Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de cuidado humanizado en enfermería para una muestra de población Chilena, *Revista Cuidarte*, 9(2) 2245-2256. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.531>

Roncada, C. Pieta, C., Goecks, S., Falcá, S. & Condessa, P. (2015). Valor del empleo del cuestionario WHOQOL-BREF en la evaluación de la calidad de vida de padres de niños con asma. *Revista Paulista de pediatría*, 33(3), 267-273. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4620952/>

Salas, C. & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4549356.pdf>

Salvatore, M. (2016). Felicidad en el Trabajo. *Revista Redalyc*, 37(2), 143-151. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77846055007.pdf>

Sanabria, M. (2016). *Calidad de vida e Instrumentos de medición* (Tesis de Grado), Universidad de La Laguna, San Cristóbal, España.

Sespas, I. (2015). Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. *Revista redalyc*, 29(2), 123-126. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111>

4002441

Sevilla (05 de octubre del 2018). Venezolanos en Perú: cifras actualizadas de la migración venezolana. *El Comercio*, pp. 3-4

Shessira, A. (2016). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Calidad de Vida en Estudiantes de Secundaria, La Esperanza*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.

Superintendencia Nacional de Migraciones (01 de febrero del 2018). En Perú hay 100 mil venezolanos, ¿cuántos son en otros países?. *Perú 21*, pp. 1-2.

Timmerman, M. (2005). *Factor analysis*. Recuperado de <http://www.ppsw.rug.nl/~metimmer/FAMET.pdf>.

Torres, T; Munguía, J & Aranda, C, (2015). Concepciones Culturales del Concepto Bienestar de Personas con enfermedades Crónicas y Profesionales de la Salud. *Revista Scielo*, 20(1), 96-110. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a07.pdf>

Urzua, A. & Caqueo-Urizar, A. (2013). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQOL-BREF en población adulta chilena. *Revista médica de Chile*, 141(12), 1547-1554. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001200008&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001200008&script=sci_arttext)

Urzúa, A. Vega, M., Jara, A., Trujillo, N & Muñoz, L. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista Scielo*, 33(2), 28-190. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0)

Ventura-León, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649.

Verdugo, M., Arias, B., Gomez, L & Schalock, R. (2012). Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida. Barcelona: *Institut Catala d Assistencia i Serveis Socials*. Recuperado de <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>

Zapata, R. Aurazo, J. Urbina, L & Zenaida, C. (15 de abril del 2018). ¿Cuál es la situación de los venezolanos en las regiones?. *El Comercio*, pp 3-6.

Batista-Foguet, J., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(1), 21-27.

Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14, *Psychosocial Intervention*, 19(3), 289 – 300.

## ANEXOS

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto que se me ha brindado información para la participación en la investigación científica titulada “Evidencias de Validez de la escala de calidad de vida en migrantes venezolanos del distrito de Trujillo” la misma que está registrada en la Universidad Privada César Vallejo.

Se me ha explicado que:

- El objetivo del estudio es Determinar las evidencias de validez de la escala de calidad de vida en migrantes venezolanos del distrito de Trujillo.
- El procedimiento consiste en participar en el llenado de una prueba que contiene 26 preguntas con cinco opciones de respuesta, la cual nos ayudará a medir la calidad de vida.
- El tiempo para desarrollar la prueba no tiene límite, por lo cual se le indica leer bien cada pregunta.
- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.
- En caso de alguna duda sobre la investigación, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación. De igual forma, soy libre de rehusarme en participar en cualquier momento en la investigación, sin que ello me perjudique.
- Además, su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para usted.
- Los beneficios esperados de mi participación son que ayudaré a la aportación de esta importante investigación ya que nos ayudará a conocer la validez de la escala de calidad de vida.
- No se me identificará mi identidad y se reservará la información que yo proporcione.
- Sin embargo, se me ha informado que los resultados agrupados de manera conjunta con los demás participantes serán publicados en páginas académicas

por parte de la universidad César Vallejo sin que mi nombre se revele.

- El investigador asume el compromiso de proporcionar información obtenida durante el desarrollo del estudio que pueda afectar mi deseo de permanecer en el mismo.
- Puedo contactarme con las investigadoras Eliana Abigail Torres Ruiz y Maria Cecilia Portal Abanto, mediante correo electrónico, [elianaabi\\_ruiz@hotmail.com/mariceciportalhotmail.com](mailto:elianaabi_ruiz@hotmail.com/mariceciportalhotmail.com) para presentar mis preguntas y recibir respuestas.
- En caso de alguna duda o inquietud relacionada a la participación en el estudio puede dirigirse a la dirección: Av. Víctor Larco Herrera de la UCV. Se entrega una copia de este documento se extiende por duplicado a los participantes de la investigación y un ejemplar queda en poder del investigador.
- La Dirección de Investigación o el Comité de Ética puede solicitar este documento en cuanto lo considere necesario. El documento será conservado por el investigador responsable durante un mínimo de cinco años, bajo estas condiciones acepto ser participante de la investigación.

Trujillo, \_\_\_de\_\_\_de 2018

-----  
Firma de la Investigadora

-----  
Firma de la Investigadora

-----  
Nombre del Participante

-----  
Firma del Participante

-----  
Carnet de Extranjería

## INSTRUMENTO

### CUESTIONARIO WHOQOL BREF

**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida *durante las dos últimas semanas*. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5

<b>4</b>	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	¿Cuánto disfruta de la vida?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>7</b>	¿Cuál es su capacidad de concentración?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8</b>	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>9</b>	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>
<b>10</b>	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>11</b>	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>12</b>	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>13</b>	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>14</b>	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	ocio?					
		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
<b>15</b>	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
<b>16</b>	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17</b>	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18</b>	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19</b>	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>20</b>	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>21</b>	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>22</b>	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>23</b>	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>24</b>	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>25</b>	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Medianamente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
<b>26</b>	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>