



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Construcción de la Escala de Calidad de Vida (ECV) en pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico, Surquillo 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORA:

Br. Hernández Angulo, Amanda Sofía (ORCID: 0000-0001-8776-7527)

ASESOR:

Mg. Rosario Quiroz, Fernando Joel (ORCID: 0000-0001-5839-467X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

Lima – Perú

2019

Dedicatoria:

Mi presente investigación va dedicada a dos personas muy importantes en mi vida; mi papá por las buenas enseñanzas en no dejarme vencer por nada y mi hermano; por su apoyo incondicional, confianza en mí desde siempre y para siempre. A ambos por su amor brindado día a día.

Agradecimiento:

A los docentes los cuales tuve la suerte de que me enseñaran lo maravillosa que es esta carrera, por dejarme los conocimientos para poder ser una gran profesional. A mi asesor por apoyarme para el logro de mi investigación, por compartir sus enseñanzas y orientarme. A mi familia por su paciencia, apoyo y comprensión.

Página del Jurado

Declaratoria de Autenticidad

Declaratoria de Autenticidad

Yo, Amanda Sofía Hernández Angulo, con DNI: 73256896, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, con el Proyecto de Investigación titulado “Construcción de la Escala de Calidad de Vida (ECV) en pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico, Surquillo 2019”, declaro bajo juramento que:

- 1) El proyecto es de mi autoría
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
- 3) Por lo tanto, la tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en el proyecto se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 14 de febrero del 2020



Amanda Sofía Hernández Angulo
DNI: 73256896

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del Jurado	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de figuras.....	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MÉTODO.....	18
2.1 Diseño y tipo de investigación.....	18
2.2 Variables de operacionalización.....	18
2.3 Población y muestra.....	19
2.4 Técnica, instrumento y recolección de datos.....	20
2.5 Procedimiento.....	22
2.6 Método de análisis de datos	23
2.7 Aspectos éticos	25
III. RESULTADOS.....	27
IV. DISCUSIÓN.....	35
V. CONCLUSIONES.....	39
VI. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	48

Índice de tablas

Tabla 1 Análisis Descriptivo de los ítems de la Escala de Calidad de Vida	27
Tabla 2 Supuestos para el Análisis Factorial Exploratorio	28
Tabla 3 Varianza Explicada.....	28
Tabla 4 Tabla de Componentes Rotados	29
Tabla 5 Prueba de KMO y Barlett	29
Tabla 6 Análisis Factorial Exploratorio.....	30
Tabla 7 Índices de Ajuste del Modelo 1 del Análisis Factorial Confirmatorio	30
Tabla 8 Índices de Ajuste del Modelo 2 del Análisis Factorial Confirmatorio	31
Tabla 9 Índices de Confiabilidad.....	32
Tabla 10 Prueba de Normalidad Shapiro- Wilk de la Escala de Calidad de Vida	34
Tabla 11 Prueba de U de Mann Whitney según estadificación.....	48
Tabla 12 Prueba de Kruskal- Wallis según tipo de tratamiento	50
Tabla 13 Prueba de U de Mann Whitney según edad	57
Tabla 14 Percentiles generales	58
Tabla 15 Matriz de Consistencia	59
Tabla 16 Operacionalización de variables	60
Tabla 17 Resultado de Validez de V de Aiken con 10 jueces.....	60
Tabla 18 Evidencias cualitativas de Contenido de la Escala de Calidad de Vida	61
Tabla 19 Resultado de confiabilidad de Alfa de Cronbach.....	61
Tabla 20 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Bienestar Psicológico de la Escala de Calidad de Vida.....	62
Tabla 21 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Bienestar Psicológico de la Escala de Calidad de Vida.....	63
Tabla 22 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Percepción Subjetiva de la Escala de Calidad de Vida.....	64
Tabla 23 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Independencia Propia de la Escala de Calidad de Vida	65
Tabla 24 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Medio Ambiente Objetivo de la Escala	

de Calidad de Vida	66
Tabla 25 Resultado de validez de V de Aiken con 5 jueces.....	67
Tabla 26 Cuadro de análisis de la Propiedad Razonable	68
Tabla 27 Cuadro de análisis de la Propiedad Discriminación de Variables	69
Tabla 28 Cuadro de análisis de la Propiedad Justificable	69
Tabla 29 Cuadro de análisis de la Propiedad Claridad de Definición	69
Tabla 30 Cuadro de análisis de la Propiedad Fiabilidad de Obtener los Datos	70
Tabla 31 Cuadro de Análisis de V de Aiken de las propiedades y V de Aiken total.....	70
Tabla 32 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Bienestar Psicológico de la Escala de Calidad de Vida	70
Tabla 33 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Percepción Subjetiva de la Escala de Calidad de Vida.....	71
Tabla 34 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Independencia Propia de la Escala de Calidad de Vida.....	71
Tabla 35 Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Medio Ambiente Objetivo de la Escala de Calidad de Vida.....	71
Tabla 36 Primera revisión de la prueba de KMO y Barlett de la segunda muestra piloto.....	72
Tabla 37 Varianza total explicada de Componentes Principales de la segunda muestra piloto.....	72
Tabla 38 Primera revisión de la matriz de factor obtenido de la segunda muestra piloto.....	72
Tabla 39 Índices de confiabilidad por consistencia interna.....	72

Índice de figuras

Figura 1 Diagrama de Flujo para el análisis de datos	24
Figura 2 Análisis Factorial Confirmatorio con 1 dimensión. Modelo 1.....	31
Figura 3 Análisis Factorial Confirmatorio con 1 dimensión. Modelo 2.....	32

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo construir una escala de calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico en Surquillo. El diseño de estudio que se utilizó fue instrumental, con un tipo de investigación psicométrico, se trabajó con una muestra de 312 participantes cuyas edades variaron entre los 40 a 60 años. Se realizó el análisis de los ítems de la escala, arrojando valores mayores a 0,3; lo cual demuestra que todos los ítems son adecuados para la medición de la variable. Por otro lado, se realizó el análisis factorial exploratorio, donde se demostró la agrupación de 1 factor los cuales explican el 80,102% de la varianza total. Se realizó el análisis factorial confirmatorio, donde se evidencian buenos índices de ajuste: ($\chi^2 = 177,406$ / gl: 90, GFI=0.957, CFI= 0.999, TLI= 0,999, SRMR= 0.021 y RMSEA= 0.056). Además; se obtuvo una adecuada confiabilidad de la escala por el método de consistencia interna, con un coeficiente Alfa de Cronbach de ,982 y un coeficiente Omega de McDonald de 0,982. Finalmente, se estableció los baremos percentiles generales. Se concluye que; la escala de calidad de vida posee índices adecuados de propiedades psicométricas, y resulta ser un instrumento con indicadores de validez y confiabilidad para su aplicación dentro de la población establecida.

Palabras clave: Calidad de vida, cáncer ginecológico, validez, confiabilidad, propiedades psicométricas.

ABSTRACT

This research aims to build a scale of quality of life in women diagnosed with gynecological cancer from a public neoplastic hospital in Surquillo, the study design that was used was instrumental, with a type of psychometric research, we worked with a Sample of 312 participants whose ages ranged from 40 to 60 years. The analysis of the items on the scale was performed, yielding values greater than 0.3; which shows that all the items are suitable for the measurement of the variable. On the other hand, the exploratory factor analysis was carried out, where the grouping of 1 factor was demonstrated, which explain 79.187% of the total variance. The confirmatory factor analysis was performed, where good adjustment indices are evident: ($\chi^2 = 177, 406/ gl: 90$, GFI=0.957, CFI= 0.999, TLI= 0,999, SRMR= 0.021 y RMSEA= 0.056). Further; adequate inventory reliability was obtained by the internal consistency method, with a Cronbach's alpha coefficient of 982 and a McDonald's Omega coefficient of 0.982. Finally, the general percentile scales were established. It is concluded that, the scale of quality of life has adequate indices of psychometric properties, and it turns out to be an instrument with indicators of validity and reliability for its application within the established population.

Keywords: Quality of life, gynecological cancer, validity, reliability, psychometric properties.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer, se define como una enfermedad de múltiples tipos y características, desde hace muchos años se considera un cuestionado tema en todo el mundo. Para la Organización Mundial de la Salud, es la causante de muerte a nivel mundial; en el año 2015 se atribuyeron 8,8 millones de defunciones, mientras que en Latinoamérica ocupa el tercer lugar (Organización Mundial de la Salud y American Society of Clinical Oncology, 2018, p.1).

Según investigaciones el 30% del tipo de cáncer que ataca a las personas se puede prevenir si es que se reconoce una detección temprana, esto conlleva un mejor diagnóstico y tratamiento conjunto lo que en un futuro mejora tanto la supervivencia como la reducción de la mortalidad (Lanzón, 2018).

Los cánceres ginecológicos son un tipo de neoplasia que existe y que son derivados del tejido reproductivo de la mujer. Existen muchos factores de riesgo como la replicación de células alteradas y estilos de vida inadecuados, la cual puede originar algún tipo de este grupo; dentro de estos se encuentran: cáncer de cérvix, de endometrio, de útero, de ovario entre otros (OMS, 2019, p.2).

En Perú, el cáncer se ubica en segundo lugar dentro de las causas de muerte después de las infecciones, existen aproximadamente 42 mil casos nuevos por año se conocen en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El cáncer cérvico matriz se encuentra dentro de los más notificados con un total de 4 mujeres al día que pierden la vida por esta enfermedad, a pesar de ser una de las neoplasias malignas con mayor porcentaje de curación si es detectada a tiempo (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017, p.1).

Existen diferentes factores que esta neoplasia pone en riesgo, se registra un 99.9% de relación directa con el virus del papiloma humano (VPH), lo cual lleva a pensar que a pesar del esfuerzo por parte de las instituciones de salud por

implementar una completa prevención secundaria existe población la cual se encuentra ajena a todo ello. Solo en Lima Metropolitana se registran un 19% de casos, siendo la mayor incidencia en las zonas de provincia del país; llevando al análisis la importancia que cumplen los centros de salud para brindar la información y transferir conocimientos a la población para poder detectar la enfermedad en estadios tempranos (Manuel, 2013. *Entrevista del INEN*).

Por otro lado, esta enfermedad es considerada como fuente de estrés; en el manejo del proceso de enfermedad existen variedad de complicaciones las cuales repercuten de manera negativa y significativa en la vida personal del paciente, así como de sus familiares. En este caso ya que significa una caída prevalente a la “calidad de vida” es muy importante identificar cómo es que las personas afrontan dicha situación, el tiempo que permanece y los efectos consecuentes; lo cual en el ámbito de la oncología está teniendo cada vez más importancia ya que los cambios que surgen en cada persona afectan en gran parte de su vida (Cárdenas, 2006, p.5).

Mencionar Calidad de Vida, es ubicarse en Estados Unidos; finalizando aquellos tiempos por la segunda guerra mundial donde unos investigadores realizaron una tentativa para conocer la manera del percibir de las personas referente a si contaban con una buena forma de vivir o si se apreciaban económicamente seguras (Campbell, 1981). Ante esto algunos psicólogos sugirieron que algunas señales psicológicas como felicidad y satisfacción podían dar mediciones subjetivas referente a calidad de vida en la sociedad (Haas, 1999).

Existen hasta la fecha muchas diferencias según autores en lo que respecta a una definición, sin embargo; todas contienen en sí mismas el concepto de bienestar. En cierto modo la mayoría de intervenciones (médicas, psicológicas, políticas y sociales) presentan como objetivo principal aumentar la calidad de vida (Vázquez, 2009). La gran parte de los autores se centran más en el sufrimiento, reducción del dolor y carencias; no obstante, en psicología se realiza énfasis en

los estados psicológicos como factores protectores de salud (física y mental), esta relación entre estados psicológicos positivos y repercusión en la enfermedad está siendo cada vez más estudiada en los últimos años (Taylor, Kemery & Reed, 2000).

Cáncer y Calidad de vida son variables que casi siempre van en crecimiento conjunto, Escobar y Ramos (2009) resaltan que el cáncer no solo afecta el área física sino también psicoemocional debido a los acontecimientos que surgen en la persona por la severidad de la situación. Por lo tanto, es importante abordar al paciente no solo en el ambiente físico sino también psicológico y emocional (Ruiz, 2015), el estudio de esta variable es un punto que permite saber la manera en que la persona involucrada se percibe a partir de los efectos de la enfermedad.

En psicooncología se considera cada vez más el efecto psicológico que surge en un paciente neoplásico, siendo algunos aspectos relevantes para reconocer el pensamiento ya que influye en la valoración que hace de su estado físico, psíquico, social y espiritual (Sanhueza y Triviño, 2005).

Existen instrumentos los cuales evalúan esta variable desde hace varios años, por ejemplo, el grupo de pruebas de las Fact- G (evaluación funcional para el tratamiento del cáncer – general) (Cela, 1992), refiere evaluación hacia aquella calidad de vida en pacientes clasificándolos según tipo de neoplasia; siendo reconocida internacionalmente. De la misma manera un grupo de organización europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) aportó con una escala de calidad de vida llamada Escala QLQ-C30 (Arrarás, 2002), diseñada también para evaluar de manera específica; por otro lado, instrumentos genéricos relacionados con la salud como es la Escala SF-36 (Gemma, 2005) y el cuestionario WHOQOL-BREF (OMS, 1990) los cuales evalúan calidad de vida en pacientes que usan servicios de atención sanitaria.

Para este contexto los estudios oncológicos buscan entender de mejor manera la

naturaleza del cáncer para permitir se obtenga mayor supervivencia a los pacientes intentando buscar un mejor afrontamiento a una operación, a los procesos y las decisiones a lo largo de la enfermedad. Una medición tiene muchas funciones para progresar la calidad de vida de una paciente como anticipar una evolución de la enfermedad, así como, perfeccionar la atención que reciben de familiares.

Ante esta realidad en la presente investigación referente a la problemática a tratar se pretende construir y reconocer la validez de una escala que evalúe calidad de vida en una población con pacientes oncológicos específicamente de tipos ginecológicos ya que viene siendo unos de los tipos que se encuentran en gran porcentaje en mujeres, tomando de referentes pruebas ya existentes se pretende a partir de un enfoque más psicológico poder evaluar la variable en un centro de salud neoplásico. Todo ello esperando pueda ser útil para futuras investigaciones con relación a la variable con el fin de poder accionar ante dicha problemática.

De las diferentes investigaciones internacionales sobre de calidad de vida en pacientes oncológicos se puede mencionar los siguientes:

Torrecilla y Casari en 2016 realizaron un estudio descriptivo correlacional sea utilizado para describir el afrontamiento en relación con la variable, evaluaron con el cuestionario EORTC QLQ-30 específicamente diseñada para valorar esta variable en pacientes con cáncer. Su muestra de 80 mujeres de 21 a 55 años, con tratamiento oncológico, provenientes de un hospital en Argentina. El coeficiente de fiabilidad de Cronbach estuvo cercano a puntajes de 0,70 en su adaptación. Los resultados de la evaluación indicaron que algunas mujeres se encuentran *dentro del promedio* en escalas de funcionalidad; escala general de salud (insomnio, náuseas, vómitos y pérdida del apetito), asimismo obtuvieron puntajes que se encuentran *debajo del promedio* en los ítems de funcionamiento emocional, cognitivo y social. Por otra parte, se los puntajes *encima del promedio esperado* indican que hay presencia de síntomas y malestar propio de la enfermedad, finalmente si existe una prevalencia de ítems que conforman la escala de síntomas e individuales, que quiere decir que es su mayoría las mujeres

padecen de dolor, fatiga y dificultad para respirar (p.1).

Por otro lado, Sánchez en el 2017, quien en su investigación a pacientes mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer ginecológico en una institución oncológica en Colombia con 114 pacientes, fue un estudio de transversal y evaluado con la escala de FACT -G, los resultados de la evaluación estuvieron en relación con los cuatro dominios donde indica que la calidad de vida es menor en pacientes en función a los dominios bienestar funcional que son referidos al área de cuidados paliativos en un 80% de total de la muestra, su Alfa de Cronbach fue de 0.88 (p.5).

Según Castillo en el 2015 calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino (Colombia), mediante un estudio descriptivo, corte transversal y con una muestra 106 mujeres; halló la consistencia interna del cuestionario QOL- C30 en pacientes con cáncer, siendo como resultado de consistencia interna 0,86 con el Alfa de Cronbach. La evaluación dio como resultados que los aspectos más afectados en su calidad de vida están relacionados con la función psicológica (87,7%), las actividades sociales (51,9%), la interferencia al tratamiento en su vida familiar (48,1%) y los problemas económicos causados por la enfermedad (47,2%). Este autor concluyó que este tipo de neoplasia afecta de manera importante la calidad de vida que las pacientes la padecen en función al área psicológica (p.6).

De la misma manera, Cassemiro en el 2015, realizó el estudio a mujeres con neoplasia de cuello uterino de tipo transversal evaluó de la misma manera calidad de vida de las mencionadas. Su muestra la conformaron 149 mujeres de la cual los resultados generales obtenidos indicaron evaluación positiva, se presentó resultados no adecuados en los ítems de otras preocupaciones. Su autopercepción del estado de salud fue el factor de mayor preocupación, la confiabilidad del instrumento FACT-CX analizado por la consistencia interna y dominios con el coeficiente alfa de Cronbach. Alcanzó 0,78 en tres de los cuatro dominios y de 0,90 en el total de los ítems, lo que representa una alta confiabilidad. En el

dominio específico “preocupaciones adicionales”, el alfa obtenido fue de 0,65, valor satisfactorio, si considerado que un coeficiente de, por lo menos, 0,60 puede reflejar una confiabilidad aceptable (p.7).

Finalmente, Parra en el 2015, quien evaluó mujeres portadoras de cáncer de cérvix en Colombia, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo, en 50 mujeres, usó el Instrumento de Calidad de Vida de Betty Ferrel; el cual tuvo validez y confiabilidad de 0.89 en consistencia interna con del Alfa de Cronbach para el total; mientras que 0.69 a para algunas dimensiones respectivamente, demostrando así adecuadas propiedades psicométricas. En los resultados se evidencia que la gran parte de las mujeres muestran una percepción negativa en cuatro aspectos. En la dimensión de bienestar físico, el 20% presenta cambios en su ciclo menstrual, en el bienestar psicológico se observa gran percepción negativa como ansiedad y desesperación 60%, mientras que la dimensión de bienestar social; los ítems más tocados vendrían a ser el impacto/afectación de la sexualidad y la interferencia de la enfermedad 10%; finalmente el bienestar personal presenta mayor afectación en lo relacionado al poco interés con actividades 10% (p.11).

No ajenos a la problemática, en nuestro país también se realizó investigaciones lo cual me lleva a citar a los siguientes:

Para Lostaunau y Torrejón en el 2017, llevaron a cabo una investigación de muestreo intencional a pacientes mujeres adultas que han sido diagnosticadas en un centro para pacientes neoplásicos en Lima, con población de 53 de pacientes, evaluando a través del cuestionario SF-36 teniendo como objetivo identificar la reacción que produce la enfermedad, así como la forma de que el tratamiento influye; ya sea el aspecto físico y psicológico de los pacientes. Los índices de Cronbach para las 8 dimensiones específicamente entre 0.66 y 0.92, según los resultados refieren que el componente emocional obtuvo un puntaje alto, mientras que el componente físico un puntaje promedio (p.8).

Del mismo modo, Murillo en el 2015 quien ejecutó una investigación en pacientes con cáncer de cérvix, utilizó la metodología encuesta para su recolección de datos, seleccionó una población conformada por 73 pacientes con tratamiento ambulatorio. En este caso se utilizó la Escala de Evaluación Funcional de terapia del Cáncer de Cérvix (Fact-Cx) siendo validada con un 0.91 mediante el Alfa de Cronbach. Con respecto a calidad de vida el 68.5% de las pacientes que reciben tratamiento ambulatorio evidencian un resultado de nivel bajo mientras que el 31.5% presentan un mejor resultado. Se presenta bajos niveles en las áreas: estado físico con el 90.4%, con el 78,1% en el funcionamiento personal, en el estado emocional 61,6%, ambiente familiar y social con el 57.5% y el 56.2% en cuanto a otras preocupaciones (p.63).

Por otra parte, Núñez en el 2015 en su investigación en un albergue dentro del distrito de Surquillo; realizó un estudio cuantitativo, con diseño descriptivo y de corte trasversal teniendo como muestra 80 pacientes. Evaluó con el cuestionario EORTC QLE-30 con escala tipo Likert, contando con una confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,94. Los datos fueron arrojados por una formula brindada por el manual de dicho cuestionario lo cual se realizó una transformación lineal que oscilaba entre 0 y 100, asociados a salud global el 96% de los pacientes en su mayoría calidad de vida baja, de la misma manera 93% en dificultad financiera, en escala de síntomas un 75%, respecto a la función cognitiva un 71%, en el funcionamiento físico 70% y solo un 4% una calidad de vida alta (p.13).

Finalmente, Chanduví en el 2015 realizó una investigación en un hospital para pacientes oncológicos en Chiclayo, siendo una investigación cuantitativa, la muestra formada por personas adultas con enfermedad oncológica de 43 pacientes. Se empleó el instrumento WHOQOL-BREF la cual contó con un 0,96 de confiabilidad con un Alfa de Cronbach, los resultados indicaron que existía una calidad de vida muy alta 47% y alta en un 44%; en lo que respecta condiciones del ambiente se encontró un 44% satisfecho mientras quienes tienen apoyo de sus familiares y amigos un 51% ubicándolos en un nivel muy satisfecho

respectivamente (p.12).

Para poder respaldar la siguiente investigación, así como la creación del instrumento se revisó algunas teorías y conceptos para lograr entender el punto de vista de la cual es tomada la variable ayudando así a poder tener una base fundamental y teórica.

Para empezar, se brindará información sobre calidad de vida desde una perspectiva con enfoque psicológico dentro del cual se incluye la Teoría de la Cognición Social, percibida desde el concepto de autoeficacia; enlazando a ello la Teoría de la Psicología Positiva enfatizando su aspecto central de la corriente del eudaimonismo y finalmente a partir de los resultados se incluyen aspectos generales de la Teoría del Afrontamiento, los cuales aportan a esta investigación.

Para realizar un estudio científico de la calidad de vida en pacientes con alguna condición de salud, en este caso; con cáncer es importante tomar en cuenta las distintas variables psicológicas y aspectos concretos que surge desde la enfermedad, cabe mencionar que el bienestar parece tener un papel tanto en la prevención como en la recuperación de condiciones permitiendo un posible incremento en la esperanza de vida.

Para comenzar se propone la Teoría de la cognición social (Bandura, 1982) quien propone dos variables con puntos de vista diferentes, pero finalmente complementarias; expectativas de resultados y expectativas de autoeficacia. En primer lugar, cabe mencionar que existen diferencias dentro de las expectativas de resultados; las situacionales (consecuencias generadas por acontecimientos ambientales) y las que resultan de la acción (consecuencias que provienen de la actuación personal). Por ejemplo, las pacientes con factores de riesgo modificable como falta de actividad física, hábitos alimenticios no adecuados, exposición a agentes infecciosos, etc. (Organización mundial de la salud, 2020) pueden evidenciar recompensas positivas (por la situación o por la acción) que derivan de mejorar o tomar acción conllevando a un resultado gratificante.

Seguidamente, las expectativas de autoeficacia se inclinan hacia el sujeto y su creencia sobre la capacidad con la que cuentan para lograr un cambio en algún aspecto que consideren importante en su vida; puede mencionarse a las pacientes que observan a otras mujeres desarrollar sus actividades de manera adecuada, después de una intervención quirúrgica con buenos cuidados y que por ello obtienen un resultado positivo para su salud (Bandura, 1997).

A modo general, la autoeficacia percibida (aspecto nuclear) es un concepto que se adapta a la psicología y la medicina como un emisor de conductas de salud considerándose de gran importancia ya que la motivación humana y la conducta serán manejadas por el pensamiento. Influye en los aspectos de como una persona siente, piensa y actúa; en acción de conseguir sus metas y su compromiso consigo misma (Bandura, 2001).

Respecto a esto se puede mencionar a algunos autores como Schwartzamnn (2003) donde detalla que la observación que tiene una persona con relación a su existencia a través de una enfermedad va a depender del grado de limitaciones que esta le produzca en sus actividades. Sin embargo, la percepción marcada a través de un sentimiento positivo hacia uno mismo, el control personal y visión optimista; sirve como motor de recursos de afronte (Taylor, 1991).

Es importante mencionar que el concepto con un enfoque de salud, refiere una opinión muy variada y multidimensional sobre diferentes aspectos de la persona; están incluidas la salud física, estado psicológico, grado de autonomía, las conexiones que posee y su interrelación con características del entorno. Para poder comprender con sencillez puede mencionarse como una evaluación global (OMS, 2005)

Sin embargo, en esta investigación la valoración de la calidad de vida empieza desde conocer cómo afecta la enfermedad a los aspectos concretos de la vida de un paciente, desde el punto de vista subjetivo podría mencionarse como la capacidad de una persona sobre ella misma en general de encontrar un significado

ante la adversidad; en este caso su salud. No solo tratarse de una vida plena de sentido sino una existencia más saludable (Layard, 2005).

Esta estimación de su bienestar tiene como base evidencia empírica debates filosóficos donde se considera a Aristóteles quien mencionaba que el bienestar o “felicidad” provenía de la consideración de vida en conjunto y no solo en una parte de ella. El vivir de acuerdo con un ideal o criterio da valor al sentido de la vida logrando que se potencialice un estado óptimo siendo un bienestar con compromiso pleno (Avia y Vazquez, 1998). Existen aportaciones con relación al bienestar, satisfacción o felicidad ya que en su mayoría son entrelazadas debido a tres componentes: la satisfacción con la vida (valoración cognitiva sobre el bienestar), la presencia de sentimientos y emociones que se experimenta a partir de un acontecimiento; y la forma de recepción dentro de su medio (componente conductual); (Layard, 2005).

La teoría de la psicología positiva teniendo como objetivo estudiar sobre las fortalezas y virtudes del ser humano poniendo en énfasis los efectos que genera sus experiencias de vida (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), aporta por un camino con dirección hacia el aspecto central de la corriente del eudaimonismo la cual hace enfoque al bienestar no solo a partir de vivir más experiencias positivas que negativas si no de vivir de forma plena y dar desarrollo a los recursos propios: virtudes, autorrealización, resiliencia, crecimiento psicológico, fortalezas y metas (Ryan, Huta y Deci, 2008).

Para poder comprender de manera adecuada se menciona que la eudaimonía hace referencia a la tendencia de la búsqueda por el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo, se considera que bienestar o calidad de vida no es solo un estado sino el resultado de una vida bien vivida. Una persona con características de bienestar eudaimonico son aquellas capaces sentir el bien propio siendo conscientes de sus limitaciones, poder desarrollar y mantener relaciones saludables con su medio; así como resaltar un marcado nivel de autonomía y

libertad personal, finalmente, lograr reestructurar propósitos individuales (Carol Ryff, 1989)

Como todo proceso es importante mencionar que existen variables influyentes en la búsqueda de este potencial en relación a la vida de una persona, en este caso; con una enfermedad. Se pueden mencionar los siguientes: la edad, estatus de salud, el estado civil, las características individuales (personalidad) y variables dentro de su centro ambiental (Fierro y Cardenal, 1996).

Finalmente se consideran aspectos generales de la Teoría del Afrontamiento, los cuales aportan a comprender mejor tanto el proceso de adaptación a la enfermedad como las diferencias en sentido de bienestar entre las pacientes con las diferentes situaciones médicas cambiantes (pruebas, diagnósticos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, controles, etc.

Lazarus y Folkman (1986) menciona afrontamiento como aquel esfuerzo cognitivo y/o conductual con intención de manejar, reducir o tolerar situaciones estresantes o acontecimientos que ponen en riesgo los recursos internos de una persona. Se consideran dos diferencias hacia afrontar: el centrado en el problema y el centrado en las consecuencias emocionales; ambos utilizados para variar el origen de estrés dentro del entorno o aliviar estrés en sentido emocional (p.28).

El primero; busca intentar cambiar la situación incluyendo estrategias, manejando los estresores, buscando apoyo social y planificando una solución; por ejemplo, una paciente en espera de una intervención quirúrgica acude a grupos de apoyo o sesiones psicológicas para aliviar su ansiedad ante ese acontecimiento. Mientras que, por otro lado, la forma de afrontar a partir de las emociones implica adoptar técnicas internas como el distanciamiento, el autocontrol, la evitación o reevaluar ideas (Font y Cardoso, 2009) como son comparaciones optimistas asociadas al problema (p.29).

Existen diversas conceptualizaciones asociadas a un afrontamiento a una situación estresante, Moos y Shaefer (2007) ponen en énfasis considerarlo también a partir de un contexto cuantitativo, ya sea un afrontamiento como disposición estable o un afrontamiento más transitorio (respuestas concretas). Una disposición estable está relacionado a las características de personalidad al responder, mientras que una respuesta transitoria dependerá de los cambios en el entorno. Con este sentido encajaría como un proceso el cual abarca tanto factores personales duraderos como situacionales y variables en situaciones concretas (p.29).

Dicho esto; la variable será medida en una población específica en este caso; pacientes con cáncer ginecológico de los incluidos en esta investigación: cáncer de cérvix, endometrio, útero y ovario. Por lo que se menciona la siguiente información:

El cáncer se origina cuando existe una pérdida de control del crecimiento de algunas células, cualquiera de las que puede convertirse en un carcinoma y migrar a estructuras adyacentes. En este caso las células se originan en los tejidos reproductivos de la mujer, en su mayoría dentro de los epitelios escamosos del cérvix o estructuras cercanas siendo una de las partes más afectadas el cuello uterino. Esta área compuesta por dos partes diferentes cubiertas por dos capas: endocérvix, la parte más cercana al útero cubierta por células glandulares, mientras que la parte más cercana a la vagina es el exocérvix o ectocérvix cubiertas por células escamosas (Ministerio de Salud, 2017, p.12).

Como toda enfermedad existen formas de poder categorizarlos, en el cáncer se pueden dividir en estadios o grados de los que se puede mencionar: estadio I (8%), estadio II (42%), estadio III (43%) y estadio IV (7%). Los porcentajes mencionados equivalen al número de casos que se presentan en según el estadio dentro de este grupo de cáncer en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Valdivia, 2010).

Por otro lado es importante tener en cuenta que ésta se manifiesta en su mayoría primero a través de lesiones con lenta y progresiva evolución que puede surgir en cuestión de años, por ejemplo las lesiones pre invasoras se clasifican dentro del grupo como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) con una lesión intraepitelial escamosa (LIE) causadas en su mayoría por alguna infección en este caso mencionándose al virus del papiloma humano (VPH) considerándose leve en tiempo relativo a meses, seguidamente con tiempo aproximado de 1 a 15 años conforma el grupo como lesión moderada o severa, llegando a ubicarse en algunos casos ya como carcinoma invasor o cáncer (Essalud, 2011).

Reconocer una estadificación adecuada y por ende tomar acciones necesarias es adecuado primero encontrar el origen, la presencia de enfermedad pre invasiva o in situ, el tamaño del tumor, la extensión, profundidad y si existe invasión a lugares cercanos. Dentro de estas se puede mencionar según el estadio clínico: estadio I; la lesión está ubicada en un solo lugar sin abarcar otras partes es visible por microscopio con un tamaño menor a 3 mm con profundidad menor a 7 mm, estadio II; la lesión cervical invade más allá del útero con una dimensión menor a 4cm, seguidamente estadio III; el tumor puede llegar a extenderse hasta la pared pélvica comprometiendo un tercio de la vagina u otras áreas así como ganglios, finalmente el estadio IV el carcinoma se ha extendido o invadido más de un área u órgano adyacente (FIGO Staging for carcinoma, 2009).

Por otro lado, las intervenciones o tratamientos que se optan pueden ser muy variados; sin embargo, a modo general los más mencionados para estos tipos de neoplasias pueden ser los siguientes:

La intervención quirúrgica es el procedimiento en el cual tiene como objetivo extirpar o modificar el cáncer o la lesión del cuerpo. Se puede mencionar, por ejemplo; una intervención conservadora o histerectomía supra cervical laparoscópica la cual permite extirpar una parte de la tumoración no invadiendo del todo a otros órganos para que pueda continuar su funcionamiento y por otro

lado la histerectomía total laparoscópica o radical la cual permite sustraer todo el tumor localizado permitiendo complementarlo con algún tipo de tratamiento, en ciertos casos (Solá, 2006).

Seguidamente se mencionan a los tratamientos complementarios en su mayoría; en primer lugar, la Radioterapia (RT) compuesta por radiación ionizante que se dirige al órgano comprometido por la neoplasia. De la misma manera, la Quimioterapia (QT) adyuvante; conformado por un conjunto de fármacos citostático que se utiliza mayormente posterior a la cirugía. Finalmente, pero no menor importante, la Braquiterapia Intracavitaria (BIC); siendo una aplicación directa de radiación sumada a fármacos en dosis altas y bajas (Essalud, 2011).

Avanzando con el tema debido al tipo de investigación se nombran también conceptos psicométricos que pretenden aclarar las técnicas psicométricas utilizadas:

La Psicometría, según Nunnally (1973) es la ciencia metodológica que se emplea para desarrollar métodos con medida en áreas de psicología. Encargada teórica y práctica para evaluación, así como aplicación de instrumentos, explicación y fundamentación de ésta.

Para evidenciar la validez y fiabilidad de un test psicométrico es importante saber que la consistencia del puntaje obtenido por el o los sujetos y que esta sea estable luego de un tiempo con el mismo instrumento (Gonzales, 2007).

Por otro lado, también se va a mencionar la teoría de respuesta al ítem (TRI) que tiene como finalidad la creación de herramientas de medida con propiedades inalterables de acuerdo con la población, es la relación de una reacción del sujeto frente a un ítem y el rasgo de dicha conducta (Lozzia, 2009).

Asimismo, es importante saber que para la investigación los principios psicométricos que predominan es garantizar una calidad de las medidas que son la validez, confiabilidad entre otros, como los mencionados a continuación:

La validación es un criterio que se utiliza como comprobante de la calidad del instrumento, confirmando si este evalúa lo que pretende, a través de un proceso continuo que incluye diversos procedimientos (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

De contenido es definida como útil para identificar la relación lógica que existe entre el rasgo del evaluado con lo que se incluye va a medir la prueba. Intenta determinar si las preguntas reflejan el dominio de contenido (conocimientos, habilidades o destrezas) que se va a ser medido a través del juicio de expertos (Urrutia, 2014).

La validez de constructo se enfoca en la forma en que es medido el constructo, en qué medida el instrumento refleja el contenido teórico subyacente (Barrios, 2014).

Cabe mencionar el análisis de ítems para poder identificar cuáles son los apropiados o no en la investigación, según Bernstein (1995) considera que los ítems que se mencionan adecuados son los de valor mayor o igual a 0,30.

Cuando se habla de análisis factorial se refiere al método útil para evaluar la validez del constructo debido a que informa la estructura interna de los instrumentos de medida (Zumbo, 2007).

El análisis factorial exploratorio (AFE) incluye ser un método estadístico multivariado cuyo propósito es reconocer los factores subyacentes de un grupo amplio de datos, empleado con el fin de minimizar un número de indicadores elevados en un número inferior de variables conceptuales (Blalock, 1966).

De la misma manera, análisis factorial confirmatorio (AFC) sirve para comparar con otro modelo ya creado, aquí el encargado establece a priori todo el grupo de las relaciones entre los elementos que lo configuran (Bentler, 2007).

No se deja de mencionar la confiabilidad de un instrumento que es el nivel de resultados que produce valiéndose de ser consistentes y coherentes. La aplicación del instrumento por segunda vez debe producir resultados iguales (Kerlinger, 2002)

Para terminar los baremos incluyen la acción de dar una significación numérica a cada puntuación directa por ítem, ello nos da una idea de la postura que va a ocupar el participante según su puntaje en relación del grupo donde se realiza el instrumento (Abad et al, 2006).

Después del análisis del motivo de esta investigación surge saber:

¿Es posible construir una escala que permita medir la calidad de vida en pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico, Surquillo 2019?

Para ello es conveniente contar con un material que permita evaluar la variable en personas que se encuentren atravesando por una enfermedad como es en este caso el cáncer; ya que existen pocos instrumentos adaptados a nuestro país y que su contenido tenga variedad de aspectos psicológicos.

En primer lugar, teóricamente debido a que es de corte psicométrico va a sumar como antecedente para futuros análisis, ya que la variable calidad de vida está siendo más utilizada en muchos estudios de los últimos tiempos por cual este instrumento ayudará como herramienta de evaluación.

Seguidamente, metodológica debido a la confiabilidad y validez del instrumento, se podrá demostrar la calidad de vida en pacientes evaluados a partir de los resultados y así dejar para beneficio nuevos estudios con la misma variable.

Por otro lado, con la construcción del material se pretende tomar de importancia la calidad de vida de las pacientes y así conseguir el incremento con otras investigaciones donde abarquen el tema.

Finalmente, este instrumento va a beneficiar a otros profesionales y centros de salud oncológicos o lugares que exista el área de medicina oncológica de distintos departamentos del Perú con un instrumento con propiedades psicométricas correctas que deseen medir calidad de vida en pacientes, sirve como cimiento para poder diseñar actividades u otras evaluaciones.

Para esta investigación se plantea como objetivo principal:

Construir una escala de calidad de vida en pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico, Surquillo 2019.

De la misma manera como objetivos específicos se buscó identificar evidencias de validez de constructo; mediante el análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, identificar evidencias de validez de contenido; hallar los índices de confiabilidad y finalmente elaborar percentiles de la Escala de Calidad de Vida.

II. MÉTODO

2.1 Diseño y tipo de investigación

Diseño de Investigación

Esta investigación es con diseño instrumental, debido a ser encaminado al desarrollo y diseño de una prueba a través del análisis de sus propiedades psicométricas (Montero y León, 2002) y de corte transversal debido a que la variable no fue manipulada y los datos fueron recogidos en un solo tiempo (Zapata y Mendoza, 2013).

Tipo de Investigación

Investigación tipo psicométrica, en este caso incluye la construcción de un instrumento psicológico teniendo como objetivo el desarrollo de pruebas con evidencia de validez y confiabilidad (Alarcón, 2013).

Nivel de Estudio

El estudio surge de la práctica social y genera resultados aplicables, basándose en una creación a partir de estudios revisados anteriormente; por otro lado, se dejan nuevos conocimientos para establecer y obtener un sistema para la población a investigar. (Sánchez y Reyes, 2015).

Enfoque de Estudio

Cuantitativo porque se emplea la estadística a partir de la asignación de datos numéricos, exista claridad entre los elementos de investigación, así como objetividad para alcanzar el conocimiento según una medición exhaustiva y controlada buscando la certeza de este recogiendo y analizando datos sobre variables (La Rosa, 1995).

2.2 Variables de operacionalización

Variable calidad de vida

Definición conceptual:

Calidad de vida se define desde un concepto psicológico como el conjunto de aspectos que surgen a través del pensamiento; la autoeficacia que posee una persona para lograr conseguir metas y compromiso hacia uno mismo, a través

de los sentimientos; basado en la búsqueda del desarrollo de un verdadera satisfacción vital y finalmente a través de las conductas; intentando manejar o tolerar situaciones que ponen en riesgo los recursos internos (Bandura, 1982; Seligman, 2000; Lazarus y Folkman, 1986).

Definición operacional:

La variable calidad de vida será medida por 1 dimensión: Salud Positiva (SP). Con una escala tipo Likert donde se distribuye con 1=Nada, 2=Un poco, 3= No mucho y 4=Mucho; donde permitirá medir a las evaluadas.

Escala de medición: ordinal

2.3 Población y muestra

Población

La población se considera el total de objetos/personas del cual se pretende tener algún conocimiento a partir de una investigación, incluye unidades de análisis y debe cuantificarse para un determinado estudio que integra características (Pineda et al, 1994, p.108).

La población para esta investigación fueron mujeres adultas de 40 a 60 años que han sido diagnosticadas con algún tipo de cáncer ginecológico consideradas en esta investigación (cérvix, endometrio, útero y ovario) y son pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del distrito de Surquillo; teniendo una tasa de incidencia estandarizada de 23,5 % de casos por 100 mujeres con cáncer dentro del grupo ginecológico (INEN, 2016)

Muestra

La muestra es el subconjunto de la población, los métodos utilizados para obtener la cantidad de componentes de la muestra son formulas lógicas (Mata et al, 1997, p.19).

Comrey y Lee, 1992, p.217; recomendaron un tamaño de muestra el cual podría utilizarse en una investigación es la siguiente: “50 muy poco, 100 poco, 200 no tan bueno, 300 bueno, 500 a más muy bueno, 1000 o más excelente”.

En este caso la muestra, está constituida por 312 participantes.

Muestreo

El muestreo se utiliza para elegir a las partes de la población total. Está conformado por normas, pasos y criterios los cuales representa lo que sucede en general.

Se utilizará la técnica de muestreo No probabilístico ya que representa la población ya identificada, es intencional ya que tiene un propósito particular de selección de muestra (Sánchez, 2002, p. 131).

Criterios de inclusión:

Edad: 40 a 60 años

Sexo: femenino

Estadificación: II – III

Fase del cáncer: intervención quirúrgica o tratamiento complementario

Estado civil: familia constituida o con pareja

Tipo: cáncer ginecológico (cérvix, endometrio, útero y ovario)

Criterios de exclusión:

Edad: menores de 40 o mayores de 60

Sexo: masculino

Estadificación: I – IV

Fase del cáncer: grupo en diagnóstico o tratamiento paliativo

Estado civil: solteras

Tipo: cáncer que no sea ginecológico

2.4 Muestra, instrumento y recolección de datos

Para esta investigación se construyó una Escala sobre Calidad de Vida con enfoque a un constructo psicológico, para la recolección de datos estará constituida por 312 pacientes mujeres de un centro hospitalario neoplásico, la técnica a utilizar fue la encuesta aplicada que recoge datos auto aplicados con el consentimiento de las participantes.

Está compuesta por 15 ítems, unidimensional y con 4 opciones de alternativas para dar respuesta con valores de 1 al 4 de la siguiente manera:

- 1= Nada
 2= Un poco
 3= No mucho
 4= Mucho

FICHA TECNICA	
Nombre	Escala de calidad de vida (ECV)
Autora	Amanda Sofía Hernández Angulo
Procedencia	Universidad César Vallejo Lima Norte, Perú
Aparición	2019
Significación	Instrumento para medir el nivel de calidad de vida de enfoque psicológico
Administración	Individual o colectiva
Aplicación	Mujeres adultas de 40 a 60 años
Duración	10 a 15min
Tipo de ítem	Politómicas de tipo escala de Likert
Ámbitos	Clínico, oncológico e investigación
Unidimensional	Salud Positiva (SP)
Materiales	hoja de escala, lápiz
Criterios de calidad	validez y confiabilidad
Descripción	<p>Calidad de Vida</p> <p>Calidad de vida se define desde un concepto psicológico como el conjunto de aspectos que surgen a través del pensamiento; la autoeficacia que posee una persona para lograr conseguir metas y compromiso hacia uno mismo, a través de los sentimientos; basado en la búsqueda del desarrollo de una verdadera satisfacción vital y finalmente a través de las conductas; intentando manejar o tolerar situaciones que ponen en riesgo los recursos internos (Bandura, 1982; Seligman, 2000; Lazarus y Folkman, 1986).</p>
Instrucciones	<p>En la presente escala se presentan una serie de afirmaciones relacionadas a la calidad de vida de una persona. Por favor, lea cada frase, marque la opción de respuesta que MEJOR le parezca y no deje ninguna en blanco; no hay respuestas buenas o malas, lo importante es que sea sincera al responder.</p>

Validez y confiabilidad de instrumento:

Para la construcción de la Escala de Calidad de Vida (ECV) siendo el fin de esta investigación se realizó una evaluación de 312 participantes con edades de entre 40 y 60 años, pacientes mujeres con algún tipo de cáncer ginecológico de una institución pública neoplásica. Las evidencias de validez de contenido fueron trabajadas con 15 jueces expertos en psicología clínica y oncológica donde no se

eliminó ningún ítem mediante el estadístico de V de Aiken, sin embargo, hubo cambios en la redacción; en los resultados arrojaron valores que fluctúan entre 0.8 a 1. La confiabilidad fue hallada por los estadísticos de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald's; donde se obtuvo como resultados 0.982 en ambos análisis; mostrando que la prueba es confiable para medir la calidad de vida en pacientes oncológicas mujeres respectivamente; mostrando valores adecuados altos.

2.5 Procedimiento

Para el diseño del instrumento, se utilizó la siguiente ruta:

En primer lugar, se realizó la selección y conceptualización de la variable calidad de vida; siendo el comienzo de la creación de la Escala de Calidad de Vida en pacientes con cáncer ginecológico con la finalidad de ser cuantificada. De la misma manera, la búsqueda y elección de una teoría base que avale la variable destinada a la construcción, además de diversos estudios e investigaciones tanto nacional como internacional que contengan la misma variable.

En segundo lugar, se comenzó la construcción elaborando la matriz de operacionalización de la variable y la redacción de las dimensiones, indicadores e ítems que formarían parte del instrumento psicométrico. Después de ello se realizó la evaluación por criterio de 10 jueces expertos en el área los cuales valoraron la redacción de algunos ítems en cada dimensión según los criterios de pertinencia, relevancia y claridad.

En tercer lugar, habiendo realizado el análisis de contenido a través de V de Aiken del instrumento se corrigieron algunos por indicaciones de los jueces, seguidamente se realizó la evaluación de la prueba piloto conformado por 44 participantes para determinar si los ítems eran comprendidos. Finalmente, con los datos obtenidos se realizó el análisis descriptivo de los ítems y la confiabilidad con solo con los adecuados.

En cuarto lugar, se procedió a una nueva evaluación piloto con otra muestra conformada por 200 participantes; de la misma manera se realizó el análisis descriptivo y en esta oportunidad el análisis factorial exploratorio con la finalidad de darle mayor consistencia al instrumento, posteriormente el

análisis de fiabilidad por segunda vez.

En quinto lugar, se aplicó la muestra final a una población de 312 participantes continuando con los análisis ya mencionados; agregando en esta oportunidad el análisis factorial confirmatorio logrando así conseguir una versión final del instrumento. Por otro lado, se elaboraron los baremos percentiles de forma general correspondientes a los puntajes obtenidos en la aplicación de la escala. En sexto y último lugar, se elaboró el manual de instrucciones determinando la correcta aplicación de la escala; así como, redacción acerca de la evaluación, interpretación y calificación de la escala.

2.6 Método de análisis de datos

Por otro lado, para el análisis estadístico de este instrumento se siguió los siguientes pasos:

Paso 1: Con los programas de SPSS versión 24, Amos, Excel, Jamovi y RStudio se realizaron los análisis estadísticos.

Paso 2: Después se realizó la evidencia de validez de contenido del instrumento a partir de 10 jueces expertos en el área clínica y oncológica, usando el programa Excel a través de la V de Aiken para conocer la pertenencia, claridad y relevancia de los ítems.

Paso 3: Luego se pasó a evaluar la muestra piloto que estuvo compuesta por 44 pacientes oncológicos para seguidamente; el análisis descriptivo hallándose la media, desviación estándar, índice de homogeneidad, comunalidades, coeficiente de asimetría y coeficiente de curtosis; eliminando los ítems no adecuados. Con respecto a la confiabilidad del instrumento se utilizó el Alfa de Cronbach demostrando valor adecuado.

Paso 4: Posteriormente se realizó un segundo análisis de validez de contenido con 5 jueces expertos adicionales; analizándose las propiedades: razonable, discrimina variaciones, justificable, claramente definido, datos factibles de obtener; aplicando la V de Aiken nuevamente.

Paso 5: Seguidamente se realizó la evaluación con la segunda muestra piloto compuesta por 200 pacientes oncológicos llevando a cabo también el análisis descriptivo; hallándose también media, desviación estándar, índice de

homogeneidad, comunalidades, coeficiente de asimetría y coeficiente de curtosis. Más adelante se realizó el análisis factorial exploratorio dándose a conocer los componentes rotados, KMO y valencia total.

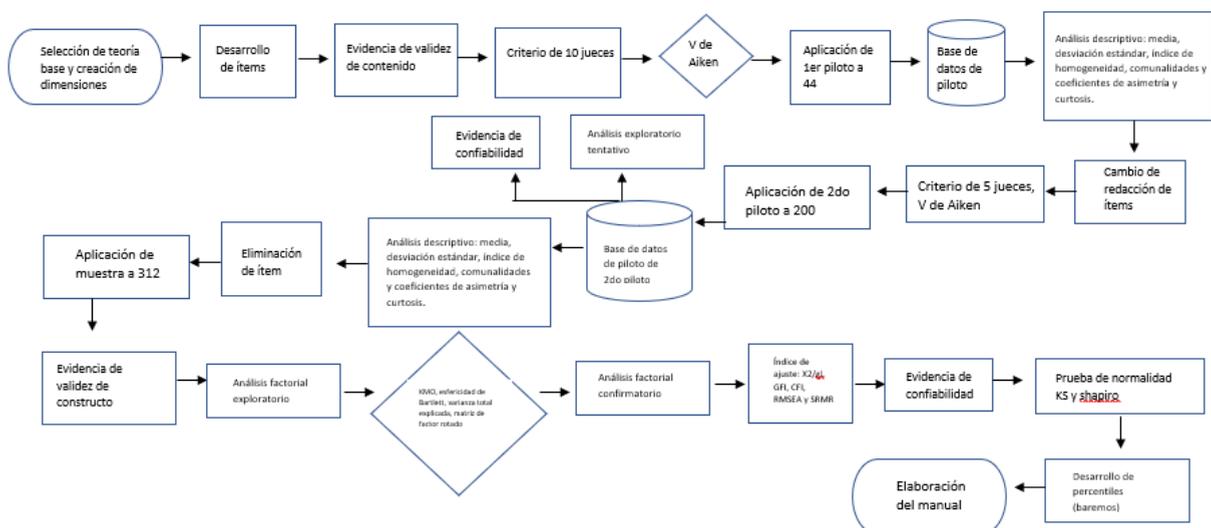
Paso 6: Continuadamente se evaluó la muestra final compuesta por 312 pacientes oncológicos pasándose a realizar nuevamente el análisis descriptivo; hallándose la media, desviación estándar, índice de homogeneidad, comunalidades, coeficiente de asimetría y coeficiente de curtosis. Seguidamente el análisis factorial exploratorio conociéndose los componentes rotados, KMO y valencia total. De la misma manera se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio logrando una versión final y adecuada de la escala de calidad de vida psicológica.

Paso 7: Por otro lado, se pasó a asegurar la confiabilidad a través del Alfa de Cronbach y Omega de McDonald's el cual se realizó con el análisis de las cargas factoriales siendo la suma de las variables estandarizadas, la cual tiene más estabilidad a los cálculos y refleja un adecuado nivel de fiabilidad.

Paso 8: Finalmente todo ello con un análisis de frecuencia estadísticos percentiles se obtuvo los baremos y elaboración del manual del instrumento.

Figura 1

Diagrama de Flujo para el análisis de datos



2.7 Aspectos éticos

La bioética surge como disciplina después de la mitad del siglo XX, este término fue utilizado por el oncólogo norteamericano Potter (1970, p.1) quien a través de su artículo *Bioethics: the science of survival* introduce la bioética muy próxima a la ética médica, la cual se centraba más en el individuo en relación de investigar a seres humanos.

El congreso de los Estados Unidos en 1974 creó un equipo para gestionar la dirección de ética teniendo como finalidad cuidar y avalar los derechos de las personas que estaban incluidas dentro de una investigación. Después de ello en 1978, se redactó el Informe Belmont que sería uno de los documentos sobre bioética.

Debido a ello, se distinguía la acción del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficiante y de la justicia; Beauchamp y Childress (1979, p.2) agregarían el concepto de no maleficencia, un año más adelante siendo aceptado como cuarto principio.

El principialismo, teoría creada de la bioética; es un enfoque norteamericano la cual tiene como primera expresión el informe Belmont como ya se había mencionado. Los principios bioéticos en una investigación son parte importante para que pueda ser un estudio legal.

Para esta investigación se realizó la continuidad de los lineamientos establecidos en el manual APA para las citas y redacción de las fuentes utilizadas, se obtuvo el permiso de la institución a través de una carta de presentación.

Dentro de los principios se mencionará, el principio de autonomía encargado de hacer respetar valores y decisiones de cada miembro de la investigación, principio de beneficencia el cual rige al referir que un estudio es para el bien de la población, principio de no maleficencia; respetando la integridad de la persona y principio de justicia para realizar un reparto igualitario de beneficios.

La bioética sigue en su trabajo de hallar otros principios con el fin de mejorar la calidad de una investigación. Hasta hoy se pueden hablar también de: principios de dignidad, de sacralidad de la vida, de científicidad, de seguridad, de proporcionalidad, de vulnerabilidad, de precaución y de las 3 R (reemplazo, reducción y refinamiento), Gilbert Hottois (2009, p.3).

Por todo lo sustentado anteriormente; se realizó el consentimiento informado a los pacientes que están participando para la aplicación del instrumento autorizado por la coordinadora del área del equipo de salud mental para la investigación, respetando así los principios bioéticos ya que protegen y garantizan los derechos de las personas que forman parte en una investigación científica.

Para terminar, se destaca la autenticidad de los resultados, indicando que ninguna prueba fue falsificada o adulterada; mostrando la honradez de la presente investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1

Análisis Descriptivo de los Ítems de la Escala de Calidad de Vida (21 ítems; n= 312 sujetos)

D	Ítems	Frecuencia				M	DE	g ¹	g ²	IHC	h ²	id	Aceptable
		1	2	3	4								
BP	7	29,5	24,0	18,3	28,2	2,45	1,198	,092	-1,499	,846	,850	0.00	SI
	9	19,9	31,7	34,0	14,4	2,43	,966	,018	-,972	,805	,770	0.00	SI
	10	23,1	33,3	26,0	17,6	2,38	1,026	,170	-1,098	,862	,794	0.00	SI
PS	11	18,9	36,5	25,0	19,6	2,45	1,010	,151	-1,063	,833	,728	0.00	SI
	12	21,5	31,4	26,6	20,5	2,46	1,045	,077	-1,171	,866	,783	0.00	SI
	13	21,5	29,8	21,5	27,2	2,54	1,107	,015	-1,342	,871	,773	0.00	SI
	15	23,1	28,2	29,8	18,9	2,45	1,044	,035	-1,178	,872	,816	0.00	SI
	16	22,4	26,3	33,0	18,3	2,47	1,033	-,037	-1,152	,879	,804	0.00	SI
	17	22,1	31,4	28,8	17,6	2,42	1,021	,091	-1,107	,875	,793	0.00	SI
	20	21,8	29,5	27,5	21,5	2,48	1,058	,034	-1,209	,852	,762	0.00	SI
IP	21	25,3	34,0	24,7	16,0	2,31	1,023	,248	-1,058	,007	,452	0.00	NO
	22	31,7	30,8	19,6	17,9	2,24	1,085	,367	-1,155	-,063	,825	0.00	NO
	25	23,7	24,7	32,4	19,2	2,47	1,054	-,040	-1,209	,167	,270	0.00	NO
	28	22,4	42,0	23,7	11,9	2,25	,936	,358	-,716	,090	,576	0.00	NO
MAO	33	18,3	37,2	28,8	15,7	2,42	,962	,142	-,923	,204	,454	0.00	NO
	34	20,2	30,4	30,8	18,6	2,48	1,014	,015	-1,095	,837	,802	0.00	SI
	36	22,4	27,9	33,3	16,3	2,44	1,012	-,002	-1,105	,780	,733	0.00	SI
	37	19,6	31,1	30,1	19,2	2,49	1,014	,017	-1,095	,830	,804	0.00	SI
	38	32,4	26,3	23,7	17,6	2,27	1,095	,270	-1,254	,040	,812	0.00	NO
	39	22,4	29,2	26,9	21,5	2,47	1,064	,043	-1,224	,803	,787	0.00	SI
	40	20,5	29,5	27,9	22,1	2,52	1,052	-,001	-1,196	,818	,799	0.00	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h²: Comunalidad; ID: Índice de discriminación. D: dimensión, D1: Bienestar Psicológico (aceptable), D2: Percepción Subjetiva (aceptable), D3: Independencia Propia (no aceptable), D4: Medio Ambiente Objetivo (aceptable).

En la tabla 1, se puede observar que con respecto a las frecuencias de respuestas para las 4 opciones de la escala la mayoría no supera el **80%**, lo que indica que las respuestas emitidas por las participantes fueron contestadas correctamente. Se comprobó indicadores de coeficiente de asimetría y curtosis los cuales se encuentran entre valores cercanos a $+1,5$ y $+3$ respectivamente (Navarro, 2019). De la misma manera, los valores de la homogeneidad corregida son superiores a 0,30 (ítems: 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 34, 36, 37, 39, 40) mientras que los ítems (21, 22, 25, 28, 33, 38) por ser inferiores no fueron aceptados (Kline, 1993); por otro lado, se evidencian cargas factoriales superiores a 0.4 en la comunalidad. Finalmente, todos los reactivos mostraron capacidad discriminativa por el método de grupos extremos ($p < 0.05$).

3. 1 *Análisis de supuestos previos al análisis factorial exploratorio (15 ítems; n=312 sujetos)*

Tabla 2
Supuestos para el AFE

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin	,974
Prueba de esfericidad de Bartlett	
gl	105
Sig.	,000

En la tabla 2, se puede apreciar que la medida de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de 0,974 evidenciando buena adecuación con los datos muestrales (312 encuestados) permitiendo realizar el análisis (<0.8). La prueba de esfericidad de Bartlett ($p<0.05$), muestra correlaciones entre las variables.

3. 2 *Varianza total explicada por análisis factorial exploratorio de la Escala de Calidad de Vida (15 ítems)*

Tabla 3
Varianza Explicada

Varianza total explicada			
Factor	Total	Autovalores iniciales	
		% de varianza	% acumulado
1	12,015	80,102	80,102
2	,429	2,858	82,960
3	,323	2,156	85,116
4	,299	1,993	87,109
5	,279	1,858	88,967
6	,265	1,766	90,733
7	,212	1,413	92,146
8	,198	1,317	93,463
9	,184	1,225	94,688
10	,166	1,106	95,795
11	,158	1,056	96,851
12	,149	,994	97,845
13	,130	,866	98,710
14	,106	,709	99,419
15	,087	,581	100,000

En la tabla 3, se observa que el análisis factorial exploratorio solo extrajo un factor unidimensional, con un 80,102% de la varianza total explicada (Blalock,1996).

3. 3 Distribución de los ítems por factores de la Escala de Calidad de Vida

Tabla 4

Tabla de Componentes Rotados

	Factor
	1
item7	,922
item9	,879
item10	,890
item11	,854
item12	,884
item13	,885
item15	,903
item16	,897
item17	,891
item20	,871
Item34	,896
item36	,855
item37	,897
item39	,887
Item40	,895

En la tabla 4, se muestran las cargas factoriales de los ítems agrupados a un solo factor de la Escala de Calidad de Vida; determinan que valores entre ,854 y ,922; cargas factoriales que superan el valor mínimo aceptado de 0,40 (Nunnally, 1967).

3. 4 Segunda revisión de prueba de KMO y Barlett

Tabla 5

Prueba de KMO y Barlett

Bartlett's Test of Sphericity		
χ^2	df	p
,606	105	< .001

En la tabla 5, se puede apreciar que la medida de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es de 0,606 con relación a los datos muestrales. De la misma manera, la prueba de esfericidad

de Bartlett ($p < 0.05$); aproximando correlaciones entre las variables.

3. 5 Matriz de análisis Factorial Exploratorio de la Escala de calidad de vida

Tabla 6
Análisis Factorial Exploratorio

	Factor Loadings	
	Factor	
	1	Uniqueness
ítem7	0.922	0.150
ítem9	0.879	0.227
ítem10	0.890	0.208
ítem11	0.854	0.271
ítem12	0.884	0.219
ítem13	0.885	0.217
ítem15	0.903	0.184
ítem16	0.897	0.195
ítem17	0.891	0.206
ítem20	0.871	0.241
ítem34	0.896	0.197
ítem36	0.855	0.269
ítem37	0.897	0.196
ítem39	0.887	0.213
ítem40	0.895	0.198

En la tabla 6, de la misma manera; indica la extracción a un solo factor.

3. 6 Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Calidad de Vida por IBM SPSS Amos

Medidas de ajuste al análisis factorial confirmatorio en base a 1 dimensión con 15 ítems
Primer modelo

Tabla 7
Índices de Ajuste del Modelo 1 del Análisis Factorial Confirmatorio

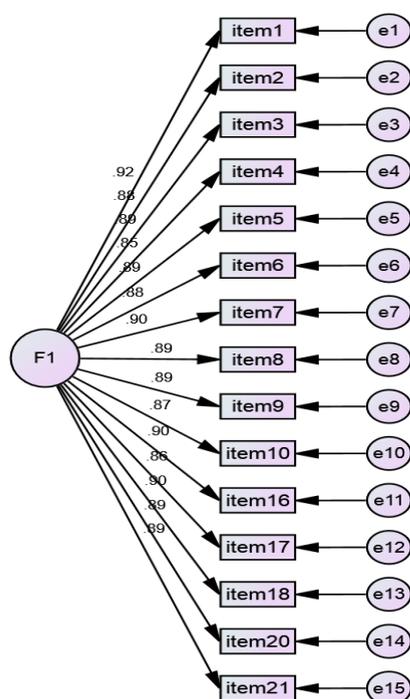
Índices de Ajuste					
χ^2/gf	GFI	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
3.980	0.860	0.950	0.957	0.0210	0.098

El modelo 1 evidencia las siguientes medidas de ajuste:

Se obtiene un valor de Chi- Cuadrado ($\chi^2/g.l$) = 3.980, GFI= 0.860 en su índice de bondad de ajuste, CFI= 0.957 indicando ajuste comparativo adecuado, TLI= 0.950 se considera un ajuste aceptable, SRMR= 0.0245 ubicándolo como un ajuste aceptable y finalmente RMSEA= 0.098 como error cuadrático medio de aproximación (Byrne, 2001).

Figura 2

Análisis Factorial confirmatorio con 1 dimensión (15 ítems)



Medidas de ajuste al análisis factorial confirmatorio en base a 1 dimensión con 15 ítems

Segundo modelo

Tabla 8

Índices de Ajuste del Modelo 2 del Análisis Factorial Confirmatorio RStudio

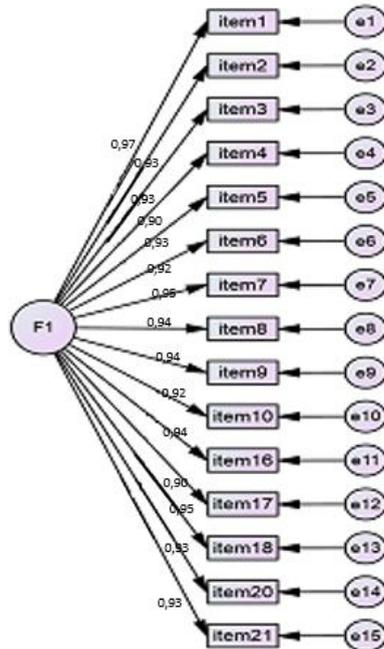
Índices de Ajuste					
$\chi^2/g.l$	GFI	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
177.406	0.957	0.999	0.999	0.021	0.056

El modelo 2 demuestra las siguientes medidas de ajuste:

Se obtiene un valor de Chi- Cuadrado (χ^2/df) = 177. 406 – df = 90 siendo mejor aceptable, GFI= 0.957 en su índice de bondad de ajuste considerándose apropiado, CFI= 0.999 refiriendo ajuste comparativo más adecuado, TLI= 0,999 se considera un ajuste aceptable, el valor del SRMR= 0.021 y finalmente RMSEA= 0.056 demostrando un ajuste aceptable (Schreiber, 2006).

Figura 3

Análisis Factorial confirmatorio con 1 dimensión. Modelo 2 (15 ítems)



En la figura 3, se pueden apreciar mejores cargas factoriales para los 15 ítems adecuados para la versión final.

3. 7 Confiabilidad de Alfa de Cronbach y coeficiente Omega de la Escala de Calidad de vida

Tabla 9

Índices de Confiabilidad

		Estadísticas de fiabilidad	
Calidad de Vida	Alfa de Cronbach	Omega de McDonal's ω	N de elementos
	,982	,982	15

En la tabla 11, se muestra el Alfa de Cronbach general hallado de ,982; del mismo modo se observa el coeficiente Omega de McDonald de ,982; en ambos análisis se obtienen los mismos valores de los que se determina aceptable nivel de confiabilidad (Welch y Comer, 1988).

3. 8 Prueba de Normalidad

Tabla 10

Prueba de Normalidad Shapiro-wilk de la Escala de Calidad de Vida

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
TOTAL	,927	312	,000

En la tabla 10, se puede apreciar que los datos no se ajustan a una distribución normal, ya que el valor de significancia es menor a 0,05 ($p=000$); por lo que se utilizan estadísticos no paramétricos (Mendes y Pala, 2003).

Tabla 11

Prueba U de Mann Whitney para diferencias según la estadificación

	Estadio	N	U de Mann-Whitney
Calidad de Vida	II	226	U: 8837,000
	III	86	
	Total	312	P: ,215

En la tabla 11, se evidencia que el análisis de comparación de la prueba de U de Mann Whitney entre la estadificación II y III obtiene significancia mayor a 0,05 ($p= ,215$), lo que significa que no existe diferencias entre ambas variables.

Tabla 12

Prueba de Kruskal-Wallis para diferencias según el tipo de tratamiento

	Tratamiento	N	Prueba Kruskal-Wallis
Calidad de vida	Quimioterapia	37	
	Radioterapia	249	KW: 2,379
	Braquiterapia	26	P: ,305
	Total	312	

En la tabla 12, se observa que el análisis de comparación de la prueba de Kruskal- Wallis entre tipos de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y braquiterapia) obtiene significancia mayor a 0,05 ($p=,305$) lo que significa no existe diferencias entre variables.

Tabla 13
Prueba U de Mann Whitney para diferencias según edad

	Edad	N	U de Mann-Whitney
Calidad de Vida	40 a 50	190	U: 10703,500
	51 a 60	122	
	Total	312	P: ,254

En la tabla 14, se evidencia que el análisis de comparación de la prueba de U de Mann Whitney entre las edades (40 a 50 y 51 a 60) obtiene significancia mayor a 0,05 ($p = ,254$), lo que significa que no existe diferencias entre ambas variables.

3. 9 Normas en Percentiles general de la Escala de Calidad de Vida

Tabla 9
Percentiles generales

ECV		
PERCENTILES		
1	15,00	Muy Bajo
10	14.00	
20	19.00	
30	22.00	Bajo
40	30.00	
50	32.00	Medio
60	33.00	Alto
70	43.00	
80	45.00	Muy Alto
90	48.00	
99	52.00	

En la tabla 13, se muestran los percentiles para la calificación y corrección de la escala de calidad de vida en base a los puntajes directos totales al factor bienestar psicológico en mujeres.

IV. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo principal la construcción de la Escala de Calidad de Vida (ECV) en mujeres diagnosticadas cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico, Surquillo 2019; permitiendo realizar una evaluación a la calidad de vida de esta población ante una enfermedad oncológica; a partir de un concepto psicológico. Dicha variable está definida como el conjunto de aspectos que surgen a través del pensamiento; la autoeficacia que posee una persona para lograr conseguir metas y compromiso hacia uno mismo, a través de los sentimientos; basado en la búsqueda del desarrollo de una verdadera satisfacción vital y finalmente a través de las conductas; intentando manejar o tolerar situaciones que ponen en riesgo los recursos internos (Bandura, 1982; Seligman, 2000; Lazarus y Folkman, 1986).

La escala ECV de calidad de vida psicológica en pacientes mujeres oncológicas, cuenta con 15 ítems y 4 opciones de respuesta; siendo una escala unidimensional. Pasó por un proceso de evaluación con la finalidad de hallar las propiedades psicométricas adecuadas; a continuación, se detalla los resultados que se obtuvieron al desarrollar un instrumento que permita cuantificar esta variable.

Partiendo del primer objetivo específico; los resultados en cuanto al análisis de los ítems, el índice de homogeneidad corregida obtuvo valores adecuados superiores a 0,30 como lo indica (Kline, 1993) en los siguientes ítems: 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 34, 36, 37, 39, 40; sin embargo, los ítems 21, 22, 25, 28, 33, 38; no alcanzaron valor adecuado por el cual pasaron a ser no aptos y no considerados para los análisis posteriores. Con relación a la frecuencia de respuesta para las 4 opciones de la escala, la mayoría no supera el 80% indicando respuestas correctamente contestadas, continuando con la desviación estándar, asimetría y curtosis se comprobó adecuados indicadores ya que alcanzan valores entre $+1,5$ y $+3$ respectivamente (Navarro, 2019).

Continuando con los objetivos; mediante el análisis factorial exploratorio, uno de los métodos más utilizados para el diseño de instrumentos (Nunnally, 1967) se demostró

que la medida de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para la dimensión es de 0,974 lo que indica que la cantidad de observaciones o casos en la base de datos están adecuados para realizar el análisis (Kaiser,1970); es por ello por lo que la prueba de esfericidad de Bartlett no es significativa ($p < 0$).

Por otra parte, la varianza total es de 80,102% agrupando los ítems a un solo factor en la versión final, cada ítem con cargas factoriales de entre 0,854 y 0,922 respectivamente. Cabe mencionar que desde la versión inicial se ha ido eliminando ítems y reordenando según factor mencionado, así como el renombre de la dimensión (Salud Positiva). El renombre de la dimensión se basa en un concepto de salud que incorpora elementos de la psicología positiva con enfoque eudaimonista (Sistema Nacional de Salud, 1994).

Por otro lado, con respecto al análisis factorial confirmatorio se realizó planteando modelos de ecuaciones estructurales a través del programa SPSS AMOS y RStudio, considerándose más adecuado el segundo modelo donde se evidenciaron los índices de ajustes aceptables en cuanto ajuste absoluto, comparativo y armonioso. Los ajustes hallados fueron: $\chi^2/df = 177,406$, $gl = 90$, CFI= 0.999, GFI= 0.957, TLI= 0.999, SRMR= 0.021 y RMSEA=0.056; confirmando valores adecuados que proponen (Schreider,2006). Cabe mencionar también, que cada ítem demostró cargas factoriales aceptables ya que presentan valores que superan el valor mínimo de 0.40 reconfirmando que los restantes desde la primera propuesta son los adecuados y miden lo que pretenden medir; ítem 1 (0.97), ítem 2 (0.93), ítem 3 (0.93), ítem 4 (0.90), ítem 5 (0.93), ítem 6 (0.92), ítem 7 (0.95), ítem 8 (0.94), ítem 9 (0.94), ítem 10 (0.92), ítem 11 (0.94), ítem 12 (0.90), ítem 13 (0.95), ítem 14 (0.93) e ítem 15 (0.93). Los ítems para la versión final fueron estructurados de manera ordinal (Schreiber, 2006).

Seguidamente, cumpliendo el siguiente objetivo para hallar la validez de contenido se llevó a cabo a través del criterio de jueces por el coeficiente de V de Aiken, donde los valores oscilan entre 0.80 y 1; mediante los criterios de propiedad razonable, propiedad discrimina variaciones, propiedad justificable, propiedad claramente definido y finalmente propiedad datos factibles de obtener.

Respecto a la confiabilidad del instrumento a través del coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonalds, encontrándose la confiabilidad adecuada del inventario general “ $\alpha=0,982$ y $\omega=0,982$ ” (Welch y Comer, 1988). estos valores se pueden asemejar a las investigaciones realizadas en nuestro contexto como son el caso de Núñez (2015) quien en su estudio a pacientes con enfermedad neoplásica con el instrumento EORTC QLE-30 obtuvo un adecuado coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94, así mismo Chanduví (2015) tras una investigación empleando el WHOQLQ-BREF a pacientes oncológicos en Chiclayo pudo obtener un 0.96 en la confiabilidad del instrumento. En cuanto a la comparación de la presente investigación y hallazgos de otros estudios, se puede observar que la Escala de Calidad de Vida; es altamente fiable debido a que ha obtenido puntuaciones elevadas a las investigaciones revisadas.

En cuanto a la elaboración de baremos, se realizó la prueba de normalidad de Shapiro- Wilk mostrando un valor de significancia menor a 0,05 demostrando que los datos no se ajustan a una distribución normal, utilizándose estadísticos no paramétricos (Mendes y Pala, 2003), utilizándose análisis de comparación de la pruebas U de Man- Whitney (grupos estadificación y edad) así como, Kruskal- Wallis (grupo de tratamientos) obteniendo significancias mayores a 0,05 expresando que no existe diferencias entre variables. Por lo tanto, se realizaron los percentiles de forma general para la interpretación de la escala.

Entonces, considerando que las propiedades psicométricas de la Escala de Calidad de Vida para la población participante en esta investigación arrojan indicadores adecuados, demostrando buenos valores en cuanto a validez de constructo, validez de contenido con alta confiabilidad; a pesar de que el modelo teórico inicialmente intentó cuatro factores, mediante el mismo proceso de eliminación de ítems; demuestra que los restantes representan la idea original de la variable. Los resultados corroboran que instrumentos unidimensionales pueden también obtener resultados aceptados.

No se conoce una escala creada ni validada en Perú que mida calidad de vida con enfoque tan solo en el aspecto psicológico en relación a la salud, volviendo esta investigación importante para permitir identificar características de riesgo en relación a la búsqueda de una verdadera satisfacción vital que tiene una persona sobre sí misma, sobre los demás y sobre su entorno. Hago hincapié a lo necesario que es contar con instrumentos válidos y confiables que nos permita evidenciar resultados veraces demostrando una buena identificación del problema.

Finalmente, en relación de toda la evidencia presentada, se puede afirmar que la escala ECV es un instrumento válido y confiable para medir calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA: se construyó la Escala de Calidad de Vida aplicable a pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro público neoplásico.

SEGUNDA: la Escala de Calidad de Vida tiene indicadores de evidencias de validez; ya que cuenta con valores superiores de 0.03 en sus ítems para esta población de pacientes mujeres con algún tipo de cáncer ginecológico de un centro público neoplásico.

TERCERA: se halló la validez de constructo con el análisis factorial exploratorio, donde se pudo demostrar una agrupación única (instrumento unidimensional); dando razón superior de la varianza total.

CUARTA: se identificó evidencias de validez de constructo con el análisis factorial confirmatorio utilizando métodos robustos, evidenciando buenos índices de ajuste.

QUINTA: se determinó adecuada validez de contenido, mediante 10 jueces expertos evidenciando que los ítems cumplen con los análisis de las propiedades.

SEXTA: se reconoció adecuados indicadores de evidencia de confiabilidad de la escala mediante el método de consistencia interna, a través del coeficiente Alfa de Cronbach (0,982) y omega de McDonald (0.982).

SÉPTIMA: se implementó los baremos percentiles generales de la escala para la aplicación del constructo en la población establecida.

VI. RECOMENDACIONES

1. Ampliar y profundizar los estudios psicométricos de la variable, ya sea midiendo las propiedades psicométricas de diferentes instrumentos en otra población o seguir aportando con instrumentos adecuados creados en nuestro país.
2. Utilizar la variable calidad de vida con otra variable que se relacione, sean descriptivos o correlacionales para así poder conocer nuevos factores y detectar futuras problemáticas en otros contextos.
3. Para futuras investigaciones, sería importante revisión de nuevos ítems para poder mejorar las versiones de instrumentos para medir esta variable.
4. Realizar análisis psicométricos con otros procedimientos no utilizados en esta investigación para corroborar datos obtenidos.
5. Utilizar el presente estudio como cimiento para futuras investigaciones en nuestra población.

REFERENCIAS

- Abad, F., Garrido, J., y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la psicometría: teoría clásica de los test y respuesta al ítem*. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseño de investigación*. Lima, Perú: Editorial Universitaria.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Avia, M. & Vásquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Psicología de las emociones positivas. Madrid: Alianza Editorial.
- Bandura, A. (1982). *The assessment and predictive generality of self – percepts of efficacy*. *Jbehav ther exp Psychiatry*, 13(3), 195-199.
- Bandura, A. (1997). *Self- Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. Oxford: Elsevier Science.
- Beauchamp, T. Childress, F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. Fourth edition. New York: Oxford University Press.
- Bentler (2007). *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Pearson. Educación: Colombia.
- Blalock (1996). *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Pearson. Educación: Colombia.
- Bowling (1988). *El bienestar subjetivo*. Variables que influyen en el bienestar subjetivo p.23.
- Byrne, B. (2001). *Structural Equation Modeling whith Amos*. Basic Concepts, applications and programing.
- Carrera, I. (2018) *Satisfacción del usuario ante el despistaje del cáncer de cuello*

uterino en mujeres atendidas en el hospital regional del Huacho. (Tesis de licenciatura). Huaura, Perú.

Carmines, Edward and Zeller, Richard. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. SAGE Publications. USA.

Castro, L. (2012). *El cáncer de Cérvix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres.* (Diplomado de psicología).

Castillo, I. y Canencia, J. (Enero/marzo, 2015). *Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico -uterino.* Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 66(1), 22-31.

Castillo, I., Canencia, J., Zurbarán, M., Pertuz, D., Montes, M. y Jiménez, E. (2015). *Quality of life in women with cervical cancer.* Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Campell, A. (1981). *The sense of well-being in america.* Revisión teórica de calidad de vida. Terapia psicológica 30(1), 61-71.

Campell, A. (1976). *El bienestar subjetivo.* Variables que influyen en el bienestar subjetivo, p.16.

Cella, D. (1988). *Calidad de vida durante y después del tratamiento del cáncer.*

Revista Science Direct 14 (5), 69-75.

Cella, D. (abril, 1994). *Calidad de vida: conceptos y definición.* Journal of pain and symptom management (3ra ed.), pag. 186-192.

Cella, D. (1992). *FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (constitutes the core of all subscales; the FACT-G can be used with patients of any tumor type). EE.UU.

Cummins, R. (2004). *Moving from the quality of life concept to a theory.* Journal of intellectual disability research 30(49), pag.699-706.

Cummins, R (1996). *Bienestar Subjetivo.* Valoración o juicio sobre la satisfacción

- con la vida, p.6.
- Cuadra, H. y Florenzano, U. (enero, 2003). *El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva*. Revista de Psicología.
- Chamberlain (1988). *El bienestar subjetivo, análisis de la estructura del bienestar subjetivo*, p.8.
- Diener, E. (1998). *Subjective well-being and personality*. Revista escritos de psicología 6, 18-19.
- Diener, E. (1984). *El bienestar subjetivo, variables que influyen en el bienestar subjetivo*, p.23.
- Eddy, G. & Spiegel, G. (2009). *Assignment of Figo stage in cervical cancer*. Gynecol Oncol.
- Escobar y Ramos (2009). *¿Cómo afecta el tratamiento oncológico en los pacientes?* Revista oncológica, 7-10. Chile
- Essalud, Mas salud para mas peruanos (2011). Guía de práctica clínica para el cáncer de cuello uterino. Lima, Perú: gerencia central de prestaciones de salud.
- Fernandes, W y Kimura, M. (Mayo/junio, 2010). *Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino*. Revista Latino-Am Enfermagen, 13(3), 0-8.
- Fierro y Cardenal (1996). *El bienestar subjetivo, variables que influyen en el bienestar subjetivo*, p.21
- Font, A. & Cardoso, A. (2009). *Afrontamiento en cáncer: pensamientos, conductas y reacciones emocionales*. Revista de Psicooncología, Barcelona. Vol. 6
- Fregnani, C. (2013). *Propiedades psicométricas de dos instrumentos para validar la calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de cuello de útero* (Tesis de Doctorado).
- García, J. (diciembre, 2014). *Psicología positiva, bienestar y calidad de vida*. Revista: En claves del pensamiento.
- George, Okun y Landerman (1985). *El bienestar subjetivo, variables que influyen en el bienestar subjetivo*, p. 17

- Gonzales, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica - validez y fiabilidad*. Cuidad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Gutierrez, L. (2018). *VPH y cáncer cervicouterino como un estigma social: desde el punto de vista psicosocial*. Revista científica.
- Haas, B. (1999). *Clarification and integration of similar quality of life concepts*. Journal of nursing scholarshigs 31(1), 215-220.
- Hernández, L., y Cella, D. (2016). *La Calidad de Vida Relacionada a la Salud: Resultado Importante de los Tratamientos para el cáncer*. Health Sciences Journal, 17(1), 89-91.
- Huamán, L., Mori, F., Flores, L. y Balarezo, M. (2015). *Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo, 2014*. TZHOECOEN. Revista científica institucional Universidad Señor de Sipán.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Valdivia, H. (2010). *Cáncer de cuello uterino y cervix*. Lima, Perú: INEN.
- Kline, P. (1993). *A Handbook of Test Construction*. New York: Methuen.
- Lanzón, A. (17 de mayo del 2018). Entrevista de Quirozsalud [cinta de audio].
- La rosa (1995). *Metodología de la investigación científica*. Lima: Centro de producción imprenta de la UNMSM.
- Lawton, M (1999). *Quality of life in chronic illness*. Gerontology 45(1), 181-183.
- Lawton, M (1983). *El bienestar subjetivo, perspectiva psicológica de la calidad de vida*, p.4
- Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Coping strategies. A multidisciplinary model*. New York: Plenum Press.

- Lostanau, V., Torrejón, C., y Cassaretto, M. (2017). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama*. Actualidades en Psicología.
- Lupano, M. (2010). *Psicología positiva: análisis desde su surgimiento*. Ciencias psicológicas, 4(1), 43-56.
- Manuel, A. (17 de julio de 2013). Entrevista del INEN [cinta de audio].
- Mendes, M. & Pala, A. (2003). *Type error rate and power of three normality test*. Cannakkale Onsekiz Mark University.
- Millán (2011) incorporación reflexiva sobre la vida
- Montero, Y. (2018). *Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino*. Revista Medisan.
- Montero, I. y León, O. (2002). *Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, p.507.
- Moss, R. & Holahan, C. (2007). *Adaptative tasks and methods of coping whith liness and disability*. New York.
- Murillo (2015) *.Cómo investigar en psicología*. México D. F.: Trillas.
- Nansook, C. (2013). *La psicología positiva: investigación y aplicación*. Revista Sociedad chilena de psicología clínica.
- Navarro, D (2019). *Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España.
- Nunnally, J. (1967 -1973). *Teoría psicométrica*. (3.ed). México DF: McGraw Hill.
- Núñez López, S. (2015). *Calidad de vida en pacientes con Cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria Albergue Padre Robuscini-2014* (Tesis de Licenciatura), Perú.
- Ochochoque, A. (2016). *Calidad de vida relacionada al tratamiento ambulatorio en pacientes con cáncer de cérvix* (Tesis de Licenciatura). Perú

- Sanchez, Reyes (2015). *Principios de psicometría*. Madrid: Síntesis.
- Solidoro, A. (2018). *Cáncer en el siglo XXI*. Organización mundial de la salud y American Society of Clinical Oncology
- Parra, L. (diciembre, 2015). *Instituto Nacional de Cancerología-ESE*. Revista colombiana de cancerología (2015)
- Organización mundial de la salud (2019). *Papilomavirus humanos (VPH) y cáncer cervicouterino*.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *¿Qué es calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida*.
- Organización Mundial de la salud (2020). *Guía de prevención en cáncer a nivel mundial*. España.
- Pedraza, E. (2019). *Caracterización clínica del dolor y calidad de vida en pacientes con tumores malignos*. Revista infomed. Universidad de ciencias médicas de Pinar del Río.
- Pineda (1994). *Principios de Psicometría*. Madrid: Síntesis.
- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2008). *Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia*. Journal of happiness studies,
- Ryff, C. (1989). *Happiness is everything or is it?*. Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology.
- Sanhueza y Triviño (2005). *Efecto psicológico del paciente oncológico*. Revista Madrid.
- Sánchez, R., Sierra, F., y Morales, O. (marzo, 2017). *Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: un estudio transversal*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
- Sánchez, A. (2015). *Reacciones emocionales en mujeres con cáncer de cuello uterino*. (Tesis de Licenciatura). Colombia.
- Seifert, C., & Rial, B. (2000). *Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico*. Revista de Psicooncología.

- Seligman, M. (2012). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. P.12
- Solá, V. (2006). *Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico*. Revista Ginecológica. Santiago, Chile, 71(5).
- Schalock, R., y Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schawartzmann (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2) 9-21.
- Schreider, J., Stage, F. & Nora, A. (2006). *Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review*. The Journal of Education Research.
- Stiglitz, J. (junio, 2019). *El concepto de calidad de vida*. Revista global finance.
- Taylor, S (1991). *Positive Illusions*. New York: Basic Books.
- The WHOQOL group (1995). *The world health organization quality of life assessment. Position paper from the world* 41 (1), 1403-1409.
- Urrutia, M. y Barrios, A. (2019). *Métodos óptimos para determinar validez de contenido*. Educación Médica Superior.
- Urrutia, M.; Concha, X. y Padilla, O. (2014) *Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino*. Revista chilena de obstetricia y ginecología.
- Vargas, V. (2018). *La asociación de la microbita, virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino*. Revista Hospital Juan Juarez.
- Welch, S & Conner (1988). *Quantitative Methods for Public Administration*. California.
- World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL, 1994). *Development of the rationale and current status*. International Journal of Mental Health.
- Ybaseta, J. (2014). *Cáncer de cuello uterino: sin prevención no hay futuro*. Revista Cubana. 4(3), 59-6.

ANEXOS: Anexo A

Tabla 15

Matriz de Consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
TÍTULO: “Construcción de la Escala de Calidad de Vida (ECV) en pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico, Surquillo 2019”					
AUTOR: Amanda Sofía Hernández Angulo					
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES			Medición de la variable
Problema principal: ¿Es posible construir una escala que permita medir la calidad de vida en pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico?	Objetivo general: Construir una escala de calidad de vida en pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico de un centro hospitalario público neoplásico, Surquillo 2019.	Variable: Calidad de Vida			Calidad de vida
	Objetivos específicos: 1. Identificar evidencias de validez de constructo de la ECV. 2. Hallar el análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio de la ECV. 3. Identificar evidencias de la validez de contenido de la ECV. 4. Hallar la confiabilidad de la ECV. 5. Elaborar los percentiles y manual de la ECV.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	
		Salud			
		Positiva (SP)	Sentimientos positivos		
			Satisfacción intrapersonal		
		Relaciones interpersonales	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, 11, 12, 13, 14, 15	Ordinal	
		Habilidades funcionales			
		Desenvolvimiento social			

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO:</p> <p>Investigación de tipo psicométrica ya que en este caso incluye la construcción de un instrumento psicológico teniendo como objetivo el desarrollo de pruebas con evidencia de validez y confiabilidad (Alarcón, 2013)</p> <p>DISEÑO:</p> <p>Esta investigación es de diseño instrumental, debido a que es encaminado al desarrollo y diseño de una prueba a través del análisis de las propiedades psicométricas (Montero y León, 2002) y de corte transversal debido a que la variable no fue manipulada y los datos fueron recogidos en un solo tiempo (Zapata y Mendoza, 2013).</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>La población para esta investigación fueron mujeres adultas de 30 a 60 años que han sido diagnosticadas con algún tipo de cáncer ginecológico y son pacientes de un centro hospitalario público neoplásico.</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA:</p> <p>Mínima de 312 pacientes</p>	<p>Variable: Calidad de vida</p> <p>Técnicas: construcción de una Escala de Calidad de Vida</p> <p>Instrumento: está compuesta por 15 ítems, unidimensional con 4 opciones de alternativas con valores de 1 al 4 de la siguiente manera:</p> <p>1= Nada</p> <p>2= Un poco</p> <p>3= No mucho</p> <p>4= Mucho</p> <p>Autor: Amanda Sofía Hernández Angulo</p> <p>Año: 2019</p> <p>Ámbito de Aplicación: clínico-oncológico o investigación</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Según la estadística descriptiva, se trabajó: media, mediana, desviación estándar, promedio, porcentajes y frecuencias</p> <p>Presentación de datos:</p> <p>Los resultados hallados fueron mostrados en tablas (de acuerdo con el manual APA), empleándose el programa estadístico SPSS 25.</p>

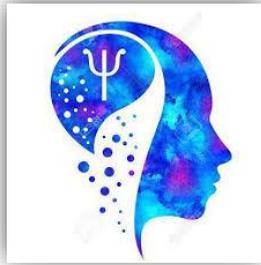
Anexo B:

Tabla 16

Operacionalización de variables

		Dimensiones	Indicadores	Ítem	
Variable	Definición Conceptual		Sentimientos positivos		Escala de Medición
Calidad de vida	Calidad de vida se define como el conjunto de aspectos que surgen a través del pensamiento; la autoeficacia que posee una persona para lograr conseguir metas y compromiso hacia uno mismo a través de los sentimientos; basado en la búsqueda del desarrollo de una verdadera satisfacción vital y finalmente a través de las conductas; intención de manejar o tolerar situaciones que ponen en riesgo los recursos internos (Bandura, 1982; Seligman, 2000; Lazarus y Folkman, 1986).	Salud Positiva (SP)	Satisfacción intrapersonal Relaciones interpersonales. Habilidades funcionales Desenvolvimiento social	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	Ordinal

Escala ECV



Hernández Angulo,
Amanda

Edad: Fecha: Servicio.....

INSTRUCCIONES:

En la presente escala se presentan una serie de afirmaciones relativas a calidad de vida de una persona. Por favor, lea cada frase y marque la opción de respuesta que MEJOR la describa y no deje ninguna en blanco; no hay respuestas buenas o malas y lo importante es que sea sincera al responder:

Espera la orden del psicólogo para empezar

MU Mucho	NM No Mucho	UP Un Poco	NA Nada	
1. Acepto mi estilo de vida	MU	NM	UP	NA
2. He aprendido a confiar en mí	MU	NM	UP	NA
3. Confío en que lograré mis metas, objetivos e intereses personales	MU	NM	UP	NA
4. Suelo sentirme triste con la situación que vivo	MU	NM	UP	NA
5. Me acepto como persona de manera individual	MU	NM	UP	NA
6. Suelo sentirme tranquila y relajada	MU	NM	UP	NA
7. Tengo confianza de que me irá bien	MU	NM	UP	NA
8. Me siento segura y con capacidad de hacer mis cosas	MU	NM	UP	NA
9. Siento que mi situación actual es una prueba para mí (enfermedad)	MU	NM	UP	NA
10. Creo en mis fortalezas y virtudes	MU	NM	UP	NA
11. Me siento satisfecha /a gusto con mi vida actual	MU	NM	UP	NA
12. Me agrada defender mis ideas y opiniones	MU	NM	UP	NA
13. Me siento a gusto eligiendo mis actividades de tiempo libre	MU	NM	UP	NA

14. Estoy satisfecha con mi vida sexual (si no la tiene, omitir)	MU	NM	UP	NA
15. Recibo apoyo por parte de mi familia	MU	NM	UP	NA
16. Me mantengo en comunicación con mis amistades	MU	NM	UP	NA
17. realizo actividades que me agradan con otras personas	MU	NM	UP	NA
18. La mayoría de personas con las que me relaciono, tienen la misma enfermedad que yo	MU	NM	UP	NA
19. tengo dificultades para iniciar una relación de pareja	MU	NM	UP	NA
20. Me siento apreciada por las personas importantes para mí	MU	NM	UP	NA
21. Puedo trabajar y/o realizar mis actividades (incluidos trabajos del hogar)	MU	NM	UP	NA
22. Realizo bien mi trabajo	MU	NM	UP	NA
23. Mi enfermedad me produce dolor físico	MU	NM	UP	NA
24. Tengo conocimiento de las limitaciones que produce mi enfermedad	MU	NM	UP	NA
25. Mi estado de salud me permite llevar mis actividades de manera normal	MU	NM	UP	NA
26. Busco tener una buena relación con mis compañeros de trabajo (puede incluirse compañeros del hospital)	MU	NM	UP	NA
27. Cuido que mis alimentos sean saludables	MU	NM	UP	NA
28. Disfruto de mis pasatiempos de siempre	MU	NM	UP	NA
29. Muestro dificultades para adaptarme a situaciones nuevas	MU	NM	UP	NA
30. Participo de actividades de integración (talleres, charlas, etc)	MU	NM	UP	NA
31. Me siento desconectada con el entorno donde me relaciono	MU	NM	UP	NA
32. Observo dificultades físicas, culturales o sociales que dificultan mi aceptación	MU	NM	UP	NA
33. Acudo a lugares públicos (cine, supermercados, restaurantes)	MU	NM	UP	NA
34. En mi entorno soy tratada con respeto	MU	NM	UP	NA
35. Tengo acceso a una atención de salud adecuada	MU	NM	UP	NA
36. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	MU	NM	UP	NA
37. Dispongo de los recursos económicos para cubrir mis necesidades básicas	MU	NM	UP	NA
38. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	MU	NM	UP	NA
39. En el hospital que acudo respetan y defienden mis derechos	MU	NM	UP	NA
40. Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud	MU	NM	UP	NA

FIN

Gracias por su colaboración

Escala ECV



Hernández Angulo, Amanda

Edad: Fecha: Servicio.....

INSTRUCCIONES:

En la presente escala se presentan una serie de afirmaciones relativas a calidad de vida de una persona. Por favor, lea cada frase y marque la opción de respuesta que MEJOR la describa y no deje ninguna en blanco; no hay respuestas buenas o malas y lo importante es que sea sincera al responder:

Espere la orden para empezar

MU Mucho	NM No Mucho	UP Un Poco	NA Nada	
1. Tengo confianza de que me irá bien	MU	NM	UP	NA
2. Siento que mi situación actual es una prueba para mi (enfermedad)	MU	NM	UP	NA
3. Creo en mis fortalezas y virtudes	MU	NM	UP	NA
4. Tengo confianza de que me irá bien	MU	NM	UP	NA
5. Me agrada defender mis ideas y opiniones	MU	NM	UP	NA
6. Me siento a gusto eligiendo mis actividades de tiempo libre	MU	NM	UP	NA
7. Recibo apoyo por parte de mi familia	MU	NM	UP	NA
8. Me mantengo en comunicación con mis amistades	MU	NM	UP	NA
9. Realizo actividades que me agradan con otras personas	MU	NM	UP	NA
10. Me siento apreciada por las personas importantes para mi	MU	NM	UP	NA
11. En mi entorno soy tratada con respeto	MU	NM	UP	NA
12. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	MU	NM	UP	NA
13. Dispongo de los recursos económicos para cubrir mis necesidades básicas	MU	NM	UP	NA
14. En el hospital que acudo respetan y defienden mis derechos	MU	NM	UP	NA
15. Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud	MU	NM	UP	NA

FIN

Gracias por su colaboración

Anexo D: Ficha sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

Elaborada por: Hernández, Amanda

Fecha:

Datos personales:

1. Edad:

2. Grado de instrucción:

Prim. Incompleta

Prim. completa

Sec. incompleta

Sec. completa

Téc. incompleta

Téc. completa

Sup. incompleta

Sup. completa

3. ¿tiene usted pareja?

Si

No

4. Estado civil:

Soltera

Conviviente

Casada

Separada

Viuda

5. Situación laboral:

En actividad

En paro

Ama de

casa

6. Lugar de procedencia:

(si es de Lima pasar a la N° 10)

7. ¿primera vez en Lima?

Si

No

8. ¿Por qué se encuentra en Lima actualmente?

Enfermedad

Tratamiento

Controles

9. ¿con quién vivía usted?

Pareja

Hijos

Padres

Otro

10. Actualmente vive en:

Su casa

En casa de un pariente

Albergue

Otro

11. Tratamiento actual:

Quimioterapia

Radioterapia

Braquiterapia

Sin tratamiento

12. ¿Paso usted por cirugía?

Si

Conservadora

No

Radical

Anexo E: Carta de presentación



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Los Olivos, 03 de mayo de 2019

CARTA INV. N° 01009- 2018/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sra.
Rosa Arguelles
Coordinadora
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplástica
Av. Angamos 2520 Surquillo
Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **AMANDA HERNANDEZ ANGULO** estudiante de la carrera de psicología, quien desea realizar su trabajo de investigación realizando una aplicación de una prueba psicológica para fines de su Licenciatura, agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso, en la entidad que está bajo su dirección.

En Esta Oportunidad Hago Propicia La Ocasión Para Renovarle Los Sentimientos De Mi Especial Consideración Y Estima Personal.

Atentamente,




Mg. Melisa Sevillano Gamboa
Coordinadora Académica de la
Escuela Profesional de Psicología
Filial Lima Campus Lima Norte

MSG/ALF


LIC. ROSA M. ARGUELLES TORRES
Psicóloga Clínica
C. Ps. P. 6693
Coordinadora del Servicio de Psicología
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Anexo F: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es Amanda Sofía Hernández Angulo, estudiante de último año de la Carrera de Psicología de la Universidad César Vallejo – Lima y actual interna del servicio de Psicología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre Calidad de vida en pacientes con cáncer ginecológico; y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración. El proceso consiste en la aplicación de una Escala de evaluación: Escala de Calidad de Vida (ECV). De aceptar participar en la investigación, se le pedirá completar una ficha de datos y responder al cuestionario de la misma manera afirma haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. Si tuviera alguna pregunta posterior sobre el estudio o desea información sobre los resultados, puede comunicarse con la investigadora al correo asofiahernandez14@gmail.com.

¡Muchas gracias por colaborar!

Investigadora principal
Amanda Sofía Hernández Angulo
DNI: 73256896

Acepto participar en la investigación Calidad de vida en pacientes con cáncer ginecológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Fecha:

Firma del participante

Firma de la investigadora

Tabla 18*Evidencias Cualitativas de Contenido de la Escala de Calidad de Vida*

ÍTEM ORIGINAL		JUEZ1	JUEZ2	JUEZ3	JUEZ4	ÍTEM REVISADO
		Mg. Galarza Torres, Giovanna Alicia <i>CPP 6041</i>	Lic. Sánchez Ramírez, José Carlos <i>CPP 20699</i>	Mg. Arrunátegui Reyes, Flor de María <i>CPP 2474</i>	Lic. Fernández Montoya, Yvo Luren <i>CPP 10674</i>	
ÍTEM 4	Tiene metas, objetivos e intereses personales	Me agrada defender mis ideas y opiniones	-	-	-	<i>Me agrada defender mis ideas y opiniones</i>
ÍTEM 8	Muestra sentimiento de incapacidad o inseguridad	-	-	-	Tengo sentimientos de incapacidad o inseguridad	<i>Me siento insegura y poco capaz de hacer mis cosas</i>
ÍTEM 12	Defiendo mis ideas y opiniones	-	-	-	-	<i>Me agrada defender mis ideas y opiniones</i>
ÍTEM 13	Elijo y organizo mis actividades de tiempo libre	Me gusta elegir y organizar mis actividades de tiempo libre	-	-	-	<i>Me siento a gusto eligiendo mis actividades de tiempo libre</i>
ÍTEM 24	Soy consciente de mi enfermedad	-	Tengo conocimiento y consciencia de mi enfermedad	Tengo conocimiento y consciencia de mi enfermedad	-	<i>Tengo conocimiento de las limitaciones que produce mi enfermedad</i>
ÍTEM 28	Disfruto de mis pasatiempos de siempre	Elijo disfrutar en tener pasatiempo libre	-	-	-	<i>Disfruto de mis pasatiempos de siempre</i>
ÍTEM 29	Muestro dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	Suelo demorarme en resolver con eficacia los problemas que se me plantean	-	-	-	<i>Muestro dificultades para adaptarme a situaciones nuevas</i>
ÍTEM 32	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan	Tengo acceso a una atención integral en salud	-	El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para	-	<i>Observo dificultades físicas, culturales o sociales que dificultan mi</i>

	su inclusión social			vivir		<i>aceptación</i>
ÍTEM 35	Tengo acceso de atención de salud (atención general, en el hospital, a domicilio)					<i>Tengo acceso a una atención de salud adecuada</i>
ÍTEM 36	El lugar donde vivo cuenta con luz, agua, ventilación, etc.	-	El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	-	-	<i>Igual</i>
ÍTEM 38	El lugar donde vivo me impide llevar una vida saludable (ruidos, acceso, escasa ventilación, limpieza)	-	En el lugar donde vivo puedo llevar una vida saludable (iluminación, acceso, ventilación, seguridad)	En el lugar donde vivo puedo llevar una vida saludable (iluminación, acceso, ventilación, seguridad)	-	<i>Igual</i>
ÍTEM 41	El servicio al que acudo se respeta su intimidad	Mantengo una buena comunicación con el personal de salud	-	-	-	<i>Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud</i>

Tabla 19
Resultado de Confiabilidad de Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,800	40

Tablas: Resultado de análisis descriptivo por dimensiones de la Escala de Calidad de Vida

Tabla 20

Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Bienestar Psicológico de la Escala de Calidad de Vida ECV (40 ítems; n=44 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría g ¹	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
1	3,55	,761	-1,321	,109	,076	,369	NO
2	3,61	,784	-1,609	,682	,041	,497	NO
3	3,80	,553	-2,669	6,042	,316	,646	SI
4	3,73	,660	-2,186	3,161	,122	,655	NO
5	3,77	,605	-2,507	4,838	,183	,655	NO
6	2,39	,993	,330	-,874	,228	,637	NO
7	2,41	1,168	,230	-1,419	,452	,695	SI
8	1,82	,896	,782	-,325	,221	,999	NO
9	2,00	,988	,606	-,699	,516	,841	SI
10	2,50	1,089	,226	-1,268	,312	,380	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Tabla 21

Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Percepción Subjetiva de la Escala de Calidad de Vida ECV (40 ítems; n=44 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría g ¹	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
11	3,14	1,002	-,576	-1,202	,600	,491	SI
12	3,64	,780	-2,016	2,928	,586	,637	SI
13	3,77	,677	-2,982	8,11	,605	,918	SI
14	1,73	,997	1,177	,215	,165	,044	NO
15	3,64	,750	-2,051	3,408	,486	,722	SI
16	3,27	,899	-,984	,014	,634	,758	SI
17	3,20	,930	-,976	,070	,558	,577	SI
18	2,00	1,078	,699	,808	-,249	,247	NO
19	2,25	,918	,022	-,734	-,090	,121	NO
20	3,75	,615	-2,950	9,625	,467	,637	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Tabla 22

Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Independencia Propia de la Escala de Calidad de Vida ECV (40 ítems; n=44 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría g ¹	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
21	3,50	,665	-,995	-,105	,414	,680	SI
22	3,59	,693	-1,441	-,711	,454	,646	SI
23	2,11	,945	,630	-,339	-,172	,280	NO
24	3,05	,963	-,584	-,756	-,133	,280	NO
25	3,41	,726	-,816	-,619	,371	,463	SI
26	3,68	,674	-1,902	2,114	,301	,628	SI
27	3,77	,605	-2,507	4,838	,637	,881	SI
28	3,41	,844	-1,159	,193	,444	,699	SI
29	2,57	1,021	,151	-1,134	-,128	,697	NO
30	2,84	1,055	-,414	-1,044	,185	,999	NO

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Tabla 23

Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Medio Ambiente Objetivo de la Escala de Calidad de Vida ECV (40 ítems; n=44 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría g ¹	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
31	1,98	1,017	,648	-,917	-,057	,669	NO
32	1,86	,878	,492	-,987	,092	,214	NO
33	2,61	,920	,070	-,765	,414	,388	SI
34	3,70	,701	-2,478	5,623	,459	,727	SI
35	3,84	,526	-4,216	20,282	,520	,835	SI
36	3,45	,875	-1,274	,202	,471	,693	SI
37	2,64	,810	,499	-,814	,497	,303	SI
38	3,14	,905	-,477	-1,145	,506	,662	SI
39	3,61	,784	-1,912	2,574	,598	,755	SI
40	3,66	,776	-2,127	3,326	,584	,825	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Segundo piloto

Tabla 24

Resultado de Validez de V de Aiken con 5 jueces

Análisis de coincidencia de las ubicaciones propuestas por los 5 jueces (25 ítems)

Ítems	PORCENTAJE DE ACUERDO DE LA UBICACIÓN DE LOS ÍTEMS DE LOS JUECES EN LA UBICACIÓN				COINCIDENCIA DE LA UBICACIÓN DE LOS ÍTEMS CON LA PROPUESTA					ACEPTABLE		
	BP	PS	IP	MAO	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Si	No	
3	100%	0%	0%	0%	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
7	60%	20%	20%	0	1	1	0	1	0	60%	40%	SI
9	60%	20%	20%	0	1	1	0	1	0	60%	40%	SI
10	60%	40%	0	0	0	1	1	1	0	60%	40%	SI
11	20%	60%	20%	0	0	1	0	1	1	60%	40%	SI
12	0	60%	40%	0	1	1	0	1	1	80%	20%	SI
13	0	80%	20%	0	1	1	1	1	0	80%	20%	SI
15	0	60%	20%	20%	0	1	1	1	0	60%	40%	SI
16	0	60%	20%	20%	1	0	1	1	0	60%	40%	SI
17	0	60%	40%		1	0	1	1	0	60%	40%	SI
20	0	100%	0	0	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
21	20%	0	60%	20%	0	1	0	1	1	60%	40%	SI
22	0	0	100%	0	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
25	20%	0	80%	0	1	1	0	1	1	80%	20%	SI
26	0	0	100%	0	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
27	20%	0	60%	20%	1	1	0	1	0	60%	40%	SI
28	20%	0	60%	20%	1	1	0	1	0	60%	40%	SI
33	0	0	40%	60%	0	1	1	1	0	60%	40%	SI
34	0	0	40%	60%	1	1	0	1	0	60%	40%	SI
35	0	0	0	100%	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
36	0	0	0	100%	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
37	20%	0	20%	60%	1	0	0	1	1	60%	40%	SI
38	0	0	0	100%	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
39	0	0	0	100%	1	1	1	1	1	100%	0%	SI
40	0	0	40%	60%	1	0	0	1	1	60%	40%	SI

Nota: BP= bienestar psicológico; PS= percepción subjetiva; IP= independencia propia; MAO= medio ambiente objetivo

Tabla 25
Cuadro de Análisis de la Propiedad Razonable

PROPIEDAD: Ranozable									
Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Suma	V aiken		
3	2	2	2	2	2	10	1		
7	2	2	0	2	0	6	0.6		
9	2	2	2	2	2	10	1		
10	2	2	0	2	0	6	0.6		
11	1	2	1	2	2	8	0.8		
12	2	2	2	2	2	10	1		
13	2	2	2	2	2	10	1		
15	2	2	2	2	2	10	1		
16	2	2	2	2	2	10	1		
17	2	2	2	2	2	10	1		
20	2	2	2	2	2	10	1		
21	2	2	2	2	2	10	1		
22	2	2	2	2	2	10	1		
25	2	2	2	1	0	7	0.7		
26	2	2	1	2	1	8	0.8		
27	2	2	2	2	2	10	1		
28	2	2	0	2	0	6	0.6		
33	2	2	2	2	2	10	1		
34	2	2	2	2	2	10	1		
35	2	2	2	2	2	10	1		
36	2	2	2	2	2	10	1		
37	2	2	2	2	2	10	1		
38	2	2	2	2	2	10	1		
39	2	2	2	2	2	10	1		
40	2	2	2	2	2	10	1		

Tabla 26*Cuadro de Análisis de la Propiedad Discriminación de Variaciones*

PROPIEDAD: Discrimina Variaciones								
Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Suma	V aiken	
3	1	1	1	2	1	6	0.6	
7	2	2	2	2	2	10	1	
9	2	2	2	2	2	10	1	
10	2	2	2	2	2	10	1	
11	1	1	2	2	2	8	0.8	
12	2	2	2	1	2	9	0.9	
13	2	2	2	2	2	10	1	
15	2	2	2	2	2	10	1	
16	2	2	2	2	2	10	1	
17	2	2	2	2	2	10	1	
20	2	2	2	2	2	10	1	
21	2	2	1	2	1	8	0.8	
22	2	2	2	2	2	10	1	
25	2	2	2	1	1	8	0.8	
26	1	2	1	2	1	7	0.7	
27	2	2	2	2	2	10	1	
28	2	2	2	2	2	10	1	
33	2	2	2	2	1	9	0.9	
34	2	2	2	2	2	10	1	
35	2	2	2	2	2	10	1	
36	2	2	2	2	2	10	1	
37	2	2	2	2	1	9	0.9	
38	2	2	2	2	2	10	1	
39	2	2	2	2	2	10	1	
40	2	2	2	2	1	9	0.9	

Tabla 27
Cuadro de Análisis de la Propiedad Justificable

PROPIEDAD: Justificable							
Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Suma	V aiken
3	1	1	1	2	2	7	0.7
7	2	2	2	2	2	10	1
9	2	2	2	2	2	10	1
10	2	2	2	2	2	10	1
11	1	2	1	2	2	8	0.8
12	2	2	2	2	2	10	1
13	2	2	2	2	2	10	1
15	2	2	2	2	2	10	1
16	2	2	2	2	2	10	1
17	2	2	2	2	2	10	1
20	2	2	2	2	2	10	1
21	2	2	2	2	2	10	1
22	2	2	2	2	2	10	1
25	1	2	2	2	2	9	0.9
26	2	2	2	1	2	9	0.9
27	2	2	2	2	2	10	1
28	2	2	2	2	2	10	1
33	2	2	2	2	2	10	1
34	2	2	2	2	2	10	1
35	2	2	2	2	2	10	1
36	2	2	2	2	2	10	1
37	2	2	2	2	2	10	1
38	2	2	2	2	2	10	1
39	2	2	2	2	2	10	1
40	2	2	2	2	2	10	1

Tabla 28*Cuadro de Análisis de la Propiedad Claridad de Definición*

PROPIEDAD: Claramente definido							
Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Suma	V aiken
3	2	2	1	2	1	8	0.8
7	2	2	2	2	2	10	1
9	2	2	2	2	2	10	1
10	2	2	2	2	2	10	1
11	1	2	2	2	1	8	0.8
12	2	2	2	1	2	9	0.9
13	2	2	2	2	2	10	1
15	2	2	2	2	2	10	1
16	2	2	2	2	2	10	1
17	2	2	2	2	2	10	1
20	2	2	2	2	2	10	1
21	1	2	1	2	1	7	0.7
22	2	2	2	2	2	10	1
25	1	2	2	2	1	8	0.8
26	2	2	2	1	1	8	0.8
27	2	2	2	2	2	10	1
28	2	2	2	2	2	10	1
33	2	2	2	2	2	10	1
34	2	2	2	2	2	10	1
35	2	2	2	2	2	10	1
36	2	2	2	2	2	10	1
37	2	2	2	2	2	10	1
38	2	2	2	2	2	10	1
39	2	2	2	2	2	10	1
40	2	2	2	2	2	10	1

Tabla 29*Cuadro de Análisis de la Propiedad Factibilidad de Obtener los Datos*

PROPIEDAD: Datos factibles de obtener							
Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Suma	V aiken
3	2	2	2	2	2	10	1
7	2	2	2	2	2	10	1
9	2	2	2	2	2	10	1
10	2	2	2	2	2	10	1
11	1	2	2	2	1	8	0.8
12	2	2	2	1	2	9	0.9
13	2	2	2	2	2	10	1
15	2	2	2	2	2	10	1
16	2	2	2	2	2	10	1
17	2	2	2	2	2	10	1
20	2	2	2	2	2	10	1
21	1	2	2	2	2	9	0.9
22	2	2	2	2	2	10	1
25	2	2	2	1	2	9	0.9
26	1	2	2	1	2	8	0.8
27	2	2	2	2	2	10	1
28	2	2	0	2	0	6	0.6
33	2	2	2	2	2	10	1
34	2	2	2	2	2	10	1
35	2	2	2	2	2	10	1
36	2	2	2	2	2	10	1
37	2	2	2	2	2	10	1
38	2	2	2	2	2	10	1
39	2	2	2	2	2	10	1
40	2	2	2	2	2	10	1

Tabla 30*Cuadro de Análisis de V de Aiken de las Propiedades y V de Aiken total (25 ítems)*

Ítems	Razonable	Discrimina	Justificable	Claramente	Datos factibles	V de Aiken Total	Aceptable
	V Aiken	variaciones V Aiken	V Aiken	definido V Aiken	de obtener V Aiken		
3	1	0.6	0.7	0.8	1	0.82	Sí
7	0.6	1	1	1	1	0.92	Sí
9	1	1	1	1	1	1	Sí
10	0.6	1	1	1	1	0.92	Sí
11	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	Sí
12	1	0.9	1	0.9	0.9	0.94	Sí
13	1	1	1	1	1	1	Sí
15	1	1	1	1	1	1	Sí
16	1	1	1	1	1	1	Sí
17	1	1	1	1	1	1	Sí
20	1	1	1	1	1	1	Sí
21	1	0.8	1	0.7	0.9	0.88	Sí
22	1	1	1	1	1	1	Sí
25	0.7	0.8	0.9	0.8	0.9	0.82	Sí
26	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.8	Sí
27	1	1	1	1	1	1	Sí
28	0.6	1	1	1	0.6	0.84	Sí
33	1	0.9	1	1	1	0.98	Si
34	1	1	1	1	1	1	Si
35	1	1	1	1	1	1	Si
36	1	1	1	1	1	1	Si
37	1	0.9	1	1	1	0.98	Si
38	1	1	1	1	1	1	Si
39	1	1	1	1	1	1	Si
40	1	0.9	1	1	1	0.98	Si

Tabla 31

Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Bienestar Psicológico de la Escala de Calidad de Vida ECV (25 ítems; n= 200 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría ^{g1}	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
3	3,55	,686	-1,202	-,118	-,353	,631	NO
7	2,72	,946	-,014	-1,106	,514	,623	SI
9	2,56	1,021	-,035	-1,114	,423	,470	SI
10	2,78	,984	-1,73	1,091	,412	,387	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Tabla 32

Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Percepción Subjetiva de la Escala de Calidad de Vida ECV (25 ítems; n= 200 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría ^{g1}	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
11	2,98	,921	-,340	-1,010	,423	,296	NO
12	3,81	,582	-2,887	7,064	,376	,404	SI
13	3,80	,570	-2,952	8,366	,470	,453	SI
15	3,64	,710	-2,061	3,776	,524	,474	SI
16	3,21	,812	-,744	-,152	,544	,576	SI
17	3,21	,863	,732	-,272	,610	,496	SI
20	3,70	,626	-2,284	5,172	,432	,563	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Tabla 33

Análisis descriptivo de los ítems de la dimensión Independencia Propia de la escala de calidad de vida ECV (25 ítems; n= 200 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría ^{g1}	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
21	3,13	,759	-,362	-,759	,636	,870	SI
22	3,15	,798	-,447	-,789	,634	,904	SI
25	3,07	,783	-,241	-,986	,558	,634	SI
26	3,77	,546	-2,320	4,272	,228	,356	NO
27	3,81	,495	-2,628	6,041	,237	,479	NO
28	3,34	,759	-,716	-,671	,440	,483	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Tabla 34

Análisis Descriptivo de los ítems de la Dimensión Medio Ambiente Objetivo de la Escala de Calidad de Vida ECV (25 ítems; n= 200 sujetos)

Ítems	Media	DE	Asimetría g ¹	Curtosis g ²	Índice Homogeneidad Corregida	Comunalidad	Aceptable
33	2,76	,824	-,389	-,258	,336	,646	SI
34	3,85	,482	-3,394	11,742	,373	,640	SI
35	3,78	,544	-2,554	6,286	,268	,356	NO
36	3,52	,730	-1,228	,279	,572	,589	SI
37	3,00	,789	-,186	-,912	,486	,479	SI
38	3,30	,756	-,620	-,752	,611	,658	SI
39	3,81	,528	-2,872	7,999	,433	,685	SI
40	3,76	,569	-2,444	5,429	,378	,601	SI

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h2: Comunalidad

Tabla 35

Primera Revisión de Prueba de KMO y Barlett de de la Segunda Muestra Piloto (21 ítems; n= 200 sujetos)

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,788
Prueba de esfericidad de Bartlett Aprox. Chi-cuadrado	1527,846
gl	210
Sig.	,000

Tabla 36

Varianza Total Explicada de los Componentes Principales de la Segunda Muestra Piloto (21 ítems; n= 200 sujetos)

Factor	Total	Varianza total explicada	
		% de varianza	% acumulado
1	5,099	24,281	24,045
2	2,872	13,677	37,958
3	1,838	8,751	46,710
4	1,503	7,158	53,868
5	1,235	5,880	59,759

Tabla 37

Primera Revisión de Matriz de Factor Obtenido de la Segunda Muestra Piloto (21 ítems; n= 200 sujetos)

	Matriz factorial				
	Factor				
	1	2	3	4	5
Ítem12	,933				
Ítem13	,769				
Ítem14	,662				
Ítem23		,774			
Ítem21		,697			
Ítem22		,661			
Ítem17		,684			
Ítem8			,703		
Ítem9			,626		
Ítem10		,317	,620		
Ítem11			,461	,379	
Ítem18			,573		
Ítem5			,454		
Ítem25				,740	
Ítem24				,592	
Ítem19				,557	
Ítem6		,333		,472	,359
Ítem7				,456	
Ítem2					
Ítem3			,778		
Ítem4			,635		
			,602		

Tabla 38

Índices de Confiabilidad por Consistencia Interna. (21 ítems; n= 200 sujetos)

Instrumento	Alfa de Cronbach	Coefficiente Omega	N de elementos
Escala Calidad de Vida	,760	0.803	21

Nota: los ítems alcanzan cargas factoriales adecuadas (0.4 >)

Anexo H: Criterio de Jueces



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Jose Carlos Sandoval R.

DNI: 441457825

LC. JOSE CARLOS SANDOVAL RAMIREZ
Psicólogo Clínico, C.P. P. 20699
Especialidad en Salud Mental
Especialista Vacante de Enfermería Hospitalaria

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	INEN	Psicólogo Clínico	2007 - 2012

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	INEN	Psicólogo	Perú	2015 - Actual	Asesorar
02	UCV	Jefe de Práctica	2014	2016	Jefe de Práctica

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

VI

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Dr. Sandoval Anacleto Rubio

DNI: 41284951

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Univ. Nacional Federico Villarreal - Lic. Psicología		2001 - 2006

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Inst. Nac. Psiquiátrica	Psicólogo	Salud Mental	2018 - Act.	Psicólogo Clínico asistencial
02					

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Sandoval Anacleto Rubio
LIC. SANDOVAL ANACLETO RUBIO
Psicólogo Clínico
C.P. P. 15530
Especialista Vacante de Salud Mental Hospitalaria
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable | Aplicable después de corregir | No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: FLOR DE MARÍA ARRUNATEGUI REYES

DNI: 08019737

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD RICARDO PALMA	PSICOLOGIA CLINICA	2014 - 2016

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	INEN	PSICOLOGA	UNIDAD DE SALUD MENTAL	2012	CONSULTORIO, CUIDADOS PSICOTRABAJOS, EMERGENCIAS
02	CLINICA INTERNACIONAL	PSICOLOGA	PSICOLOGIA	2014	CONSULTORIO

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Mg. Flor de María Arrunategui Reyes
 Psicóloga Clínica
 C.Ps.P. 2474
 UNIDAD DE SALUD MENTAL
 Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable | Aplicable después de corregir | No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: ROSA MARÍA ARGÜELLES TORRES

DNI: 08447879

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD NACIONAL TECNICO VILLAVIEJA	PSICOLOGIA CLINICA	1989 - 1994

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	PSICOLOGA CLINICA	AV. ANGHUO ESTE	2000 - 2019	COORDINADORA DE PSICOLOGIA
02					

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 LIC. ROSA M. ARGÜELLES TORRES
 Psicóloga Clínica
 C.Ps.P. 6659
 Coordinadora del Servicio de Psicología
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: ninguna

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Bernardo del Carrizo, Hernan

DNI: 0982663

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<u>Universidad Peruana Cayetano Heredia</u>	<u>Maestría Psicología de la Salud Honduras en Neuropsicología</u>	<u>2005 - 2007</u>

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<u>INEN</u>	<u>Psicólogo</u>	<u>Servicio de Psicología</u>	<u>2014 - actualidad</u>	<u>Psicólogo Institucional</u>
02	<u>Hospital San Bartolome</u>	<u>Psicólogo</u>	<u>Servicio de Psicología</u>	<u>2010 - 2014</u>	<u>Psicólogo Institucional</u>

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 HERNAN BERNARDO DEL CARRIZO
 Psicólogo Clínico C.P.S. 4965
 UNIDAD DE SALUD MENTAL
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Barboza Zelada Luis Alberto

DNI: 07068974

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<u>Univ. de San Martín de Porres</u> <u>Univ. César Vallejo</u>	<u>Licenciado - Magister en Psicología</u> <u>Doctor en Psicología</u>	<u>1981-1994 / 2000-2002</u> <u>2013 - 2017</u>

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<u>DIRSIT ONKAS SNP</u>	<u>Psicólogo</u>	<u>Lima</u>	<u>1987 - 2018</u>	<u>Psicólogo Educativo</u>
02	<u>Univ. César Vallejo</u>	<u>Doc. Univ.</u>	<u>Lima</u>	<u>2010 - 2019</u>	<u>Asesor Metodológico</u>

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Luis Alberto Barboza Zelada
 Doctor en Psicología
 C.P.S. 3516

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Luis Mario Valencia Soida

DNI: 41316243

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Peruana Unión	Psicología	Pregrado

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	INEN	Psicólogo	Lima	2016 - Actual	
02	IND	Psicólogo	Lima	2011 - Actual	

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 Lc. Loida Espinoza Valencia
 Psicóloga Clínica
 C.P. P. 10448
 UNIDAD DE SALUD MENTAL
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: Tomar muestra para validar algunos ítems.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Dr. Jho Juan Ferrnandez Huanca

DNI: 10287405

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Nacional "Federico Villarreal"	Psicología Clínica	1995 - 2000

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	INEN	Psicólogo	Unidad Perinatal de Salud Mental Oncológica	Lima / Guayaquil	Psicólogo Ats Perinatal, Unidades Psicológicas, Consulta Psicológica
02					

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 Jho Juan Ferrnandez Huanca
 Psicólogo
 C.P. P. 106749

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable / Aplicable después de corregir [] / No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Psic. Oscar Villanueva Cortés

DNI: 437901741

OSCAR VILLANUEVA CORTÉS
PSICÓLOGO
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
CALLE 1000 N° 1000

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Univ. Cesar Vallejo	Psicología	2007 - 2012

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCU	docente	Lima Norte	2000-2005	docencia
02	INEN	psicólogo	Surquillo	2005-2008	asesoría/docencia

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: "ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (ECV)"

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable / Aplicable después de corregir [] / No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: GALARRZA TORRES GIOVANNIS ALICIA

DNI: 09488264

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	INCA GARCILASO DE LA VEGA	PSICOLOGIA	1989 - 1995

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	INEN	PSICOLOGA	PSICOLOGIA	2001 - actualidad	PSICOLOGA ASISTENCIAL
02					

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Mg. GIOVANNIS GALARRZA TORRES
 PSICÓLOGA
 C.P.S. 6091
 UNIDAD DE SALUD MENTAL - PSICOLOGÍA
 Instituto Nacional de Enfermedades Periféricas

29. Muestr dificultades para adaptarme a situaciones nuevas	2	2	2	2	2
30. Participo de actividades de integración (talleres, charlas, etc.)	2	2	2	2	2
31. Me siento desconectada con el entorno donde me relaciono	2	2	2	2	2
32. Observo dificultades físicas, culturales o sociales que dificultan mi aceptación	2	2	2	2	2
33. Acudo a lugares públicos (supermercados, restaurantes, centros comerciales)	2	2	2	2	2
34. En mi entorno soy tratada con respeto	2	2	2	2	2
35. Tengo acceso a una atención de salud adecuada	2	2	2	2	2
36. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	2	2	2	2	2
37. Dispongo de los recursos económicos para cubrir mis necesidades básicas	2	2	2	2	2
38. El lugar donde vivo puedo llevar una vida saludable (iluminación, acceso, ventilación, seguridad)	2	2	2	2	2
39. En el hospital que acudo respetan y defienden mis derechos	2	2	2	2	2
40. Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud	2	2	2	2	2

Por último si usted desea expresar alguna sugerencia sobre el cuestionario (estructura, organización, extensión, entre otros) que a su juicio sea importante señalar, pueda hacerlo.

Gracias por su Colaboración

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ VALIDADOR Dr / Mgr: Caro Quevedo, Jaquelin Kory

DNI: 41142816 COLEGIATURA- CPP: 21494

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Nacional Federica	Psicología Educativa	2013-2015
02	Villarreal	Muestra	

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Intova schools	Psicóloga	Carabamba	2011-2015	Psicóloga Inicial- Primaria
02	ISA	Psicóloga	San Isidro	2016-2018	Psicóloga Reclamación

[Firma]
Mg. Jaquelin Kory Caro Quevedo
PSICOLOGA
C.P.S.P. 21494

Firma: _____

29. Muestr dificultades para adaptarme a situaciones nuevas	2	2	2	2	2
30. Participo de actividades de integración (talleres, charlas, etc.)	2	2	2	2	2
31. Me siento desconectada con el entorno donde me relaciono	2	2	2	2	2
32. Observo dificultades físicas, culturales o sociales que dificultan mi aceptación	2	2	2	2	2
33. Acudo a lugares públicos (supermercados, restaurantes, centros comerciales)	2	2	2	2	2
34. En mi entorno soy tratada con respeto	2	2	2	2	2
35. Tengo acceso a una atención de salud adecuada	2	2	2	2	2
36. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	2	2	2	2	2
37. Dispongo de los recursos económicos para cubrir mis necesidades básicas	2	2	2	2	2
38. El lugar donde vivo puedo llevar una vida saludable (iluminación, acceso, ventilación, seguridad)	2	2	2	2	2
39. En el hospital que acudo respetan y defienden mis derechos	2	2	2	2	2
40. Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud	2	2	2	2	2

Por último si usted desea expresar alguna sugerencia sobre el cuestionario (estructura, organización, extensión, entre otros) que a su juicio sea importante señalar, pueda hacerlo.

Gracias por su Colaboración

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ VALIDADOR Dr / Mgr: Carayo, del Carmen, Marcel

DNI: 08823488 COLEGIATURA- CPP: 5916

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UICV	Psicología	1977-1982
02	UIGV	Magister	2004-2010

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UICV	Docente	Lima	2008-2011	Docencia
02	UAP	Docente	Lima	2011-2014	Docencia
	UICV	Docente	Lima	2014-2019	Docencia

Firma: _____

[Firma]
Mg. Marcel Carayo del Campo
PSICOLOGA
C.P.S.P. 5916

29. Muestro dificultades para adaptarme a situaciones nuevas	2	2	2	2	2
30. Participo de actividades de integración (talleres, charlas, etc.)	2	2	2	2	2
31. Me siento desconectada con el entorno donde me relaciono	2	2	2	2	2
32. Observo dificultades físicas, culturales o sociales que dificultan mi aceptación	2	2	2	2	2
33. Acudo a lugares públicos (supermercados, restaurantes, centros comerciales)	2	2	2	2	2
34. En mi entorno soy tratada con respeto	2	2	2	2	2
35. Tengo acceso a una atención de salud adecuada	2	2	2	2	2
36. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	2	2	2	2	2
37. Dispongo de los recursos económicos para cubrir mis necesidades básicas	2	2	2	2	2
38. El lugar donde vivo puedo llevar una vida saludable (iluminación, acceso, ventilación, seguridad)	2	2	2	2	2
39. En el hospital que acudo respetan y defienden mis derechos	2	2	2	2	2
40. Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud	2	2	2	2	2

Por último si usted desea expresar alguna sugerencia sobre el cuestionario (estructura, organización, extensión, entre otros) que a su juicio sea importante señalar, pueda hacerlo.

Gracias por su Colaboración

APPELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ VALIDADOR Dr. / Mgr. Sánchez Navarro, Raimundo

DNI: 40639063 COLEGIATURA- CPP:

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Cesar V.	Maestría	2013-2014
02	Univ. Inca Garcilaso de la U	truncada	2003-2009.

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	U.C.V	Docente	Los Olivos -	2014-2019	Docente.
02					

Firma:


Raimundo Sánchez Navarro
 PSICOLOGA
 CPPP. 23810

29. Muestro dificultades para adaptarme a situaciones nuevas	2	2	2	2	2
30. Participo de actividades de integración (talleres, charlas, etc.)	2	2	2	2	2
31. Me siento desconectada con el entorno donde me relaciono	2	2	2	2	2
32. Observo dificultades físicas, culturales o sociales que dificultan mi aceptación	2	2	2	2	2
33. Acudo a lugares públicos (supermercados, restaurantes, centros comerciales)	2	2	2	2	2
34. En mi entorno soy tratada con respeto	2	2	2	2	2
35. Tengo acceso a una atención de salud adecuada	2	2	2	2	2
36. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	2	2	2	2	2
37. Dispongo de los recursos económicos para cubrir mis necesidades básicas	2	2	2	2	2
38. El lugar donde vivo puedo llevar una vida saludable (iluminación, acceso, ventilación, seguridad)	2	2	2	2	2
39. En el hospital que acudo respetan y defienden mis derechos	2	2	2	2	2
40. Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud	2	2	2	2	2

Por último si usted desea expresar alguna sugerencia sobre el cuestionario (estructura, organización, extensión, entre otros) que a su juicio sea importante señalar, pueda hacerlo.

Gracias por su Colaboración

APPELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ VALIDADOR Dr. / Mgr. GIOVANNA ALICIA GALARZA TORRES

DNI: 09498264 COLEGIATURA- CPP: 6091

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	INCA GARILAZO DE LA VEGA	Psicología	1989-1993
02			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	INEN	Psicóloga	PSICOLOGIA	2001-Actualidad	Psicologa ASISTENCIAL
02					

Firma:


GIOVANNA ALICIA GALARZA TORRES
 PSICOLOGA
 CPPP. 6091
 UNIDAD DE SALUD MENTAL - PSICOLOGIA
 Instituto Nacional de Estadística e Informática

29. Muestro dificultades para adaptarme a situaciones nuevas	2	2	2	2	2
30. Participo de actividades de integración (talleres, charlas, etc.)	2	1	2	2	2
31. Me siento desconectada con el entorno donde me relaciono	2	2	2	2	2
32. Observo dificultades físicas, culturales o sociales que dificultan mi aceptación	2	2	2	2	2
33. Acudo a lugares públicos (supermercados, restaurantes, centros comerciales)	2	1	2	2	2
34. En mi entorno soy tratada con respeto	2	2	2	2	2
35. Tengo acceso a una atención de salud adecuada	2	2	2	2	2
36. El lugar donde vivo cuenta con las necesidades básicas para vivir	2	2	2	2	2
37. Dispongo de los recursos económicos para cubrir mis necesidades básicas	2	1	2	2	2
38. El lugar donde vivo puedo llevar una vida saludable (iluminación, acceso, ventilación, seguridad)	2	2	2	2	2
39. En el hospital que acudo respetan y defienden mis derechos	2	2	2	2	2
40. Mantengo una buena comunicación y buen trato con el personal de salud	2	1	2	2	2

Por último si usted desea expresar alguna sugerencia sobre el cuestionario (estructura, organización, extensión, entre otros) que a su juicio sea importante señalar, pueda hacerlo.

Gracias por su Colaboración

APellidos y Nombres del Juez Validador Dr. / Mg: Gotardo Alomia Frank Jorano

DNI: 09904133 COLEGIATURA- CPP: 12224

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNMSM	Ps. Clínica y de la Salud	2009- 2010
02			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCV	DTC	Los Olivos	2014-2019	Difusión de datos epidemiológicos
02					


ERIK R. ESCOBAR ALOMIA
 PSICOLOGA
 C. Ps. P.12224

Firma: _____