



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en  
Adultos Mayores de Trujillo**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:**

**Br. Ramos Alania, Xiomara Yeny**

**ASESORAS:**

**Dra. Azabache Alvarado, Karla Adriana**

**Mg. Molina Alvarado, Janeth**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Psicometría**

**Trujillo – Perú**

**2017**



## PAGINA DEL JURADO

---

Dra. Karla Adriana Azabache Alvarado

Presidente

---

Mg. Janeth Molina Alvarado

Secretaria

---

Mg. Ronald Wilfredo Castillo Blanco

Vocal

## DEDICATORIA

*A Dios por brindarme salud, luz y esperanza, por haberme permitido llegar a cumplir una de mis tantas metas planteadas, y por su infinito amor.*

*A mis padres Elsa y Martin, por haberme brindado su apoyo incondicional en todo momento, porque creyeron en mí, porque siempre me brindaron valores a través de su ejemplo y consejos, porque esta meta alcanzada es gracias a ustedes, sé que este escalón es solo el principio de todo. Gracias por ser mis padres y amigos. Mi amor y respeto infinito hacia ustedes.*

*A mi hermana Yaneth, por ser mi amiga, mi ejemplo a seguir para cumplir cada una de mis metas, y extenderme tu mano amiga cuando lo necesito, por compartir memorias de infancia y sueños de adultos.*

*A mi ángel Tatiana por haberme enseñado a ser mejor persona a través de su ejemplo, por su amor, paciencia, complicidad, comprensión en los años de vida que pudo brindarme mientras se encontraba a mi lado, porque es por ti que voy a donde voy y llegare mucho más lejos.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme guiado a elegir la profesión adecuada, por guiarme en el transcurso de mi carrera y hacerme perseverante.

A la Universidad Cesar Vallejo por brindarnos una excelente formación académica y a todo el personal docente por los conocimientos obtenidos.

Al Centro del Adulto Mayor de Trujillo por brindarme su apoyo incondicional para realizar la aplicación del presente trabajo en dicha institución.

A los asistentes del Centro del Adulto Mayor quienes con amabilidad y respeto me brindaron su ayuda para la realización de este trabajo, así mismo, por su compartir de experiencia y consejos brindados.

A mis asesores: A la Mg. Janeth Molina Alvarado y a la Dra. Karla Azabache, por sus conocimientos brindados, y apoyo incondicional para el desarrollo de este trabajo.

Y con todo el infinito amor que les tengo, gracias a mi familia por su apoyo incondicional.

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo, Xiomara Yeny Ramos Alania con DNI. N° 70654163 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y autentica. Así mismo declaro bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, 09 de Setiembre de 2017

---

Br. Xiomara Yeny Ramos Alania

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Psicología.

Trujillo, 09 de Setiembre de 2017

---

Br. Xiomara Yeny Ramos Alania

## ÍNDICE

PAGINA DEL JURADO .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
PRESENTACIÓN.....	vi
I. INTRODUCCIÓN .....	13
1.1. Realidad Problemática .....	13
1.2. Trabajos Previos .....	16
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	19
1.3.1. Teoría General de Sistemas .....	19
1.3.2. Modelo Biopsicosocial .....	20
1.3.3. Definición de Calidad de Vida .....	20
1.3.4. Calidad General de la Vida y la Salud.....	21
1.3.4.1. Ámbito Físico .....	21
1.3.4.2. Ámbito Psicológico .....	23
1.3.4.3. Ámbito Relaciones Sociales .....	24
1.3.4.4. Ámbito Medio.....	25
1.3.5. Adulto Mayor.....	27
1.3.6. Salud del Adulto Mayor.....	27
1.3.7. Envejecimiento .....	29
1.3.8. Papel del Psicólogo.....	30
1.4. Formulación del problema.....	31
1.5. Justificación del estudio .....	31
1.6. Objetivos.....	32
1.6.1. General .....	32
1.6.2. Específicos .....	32
II. MÉTODO .....	32
2.1. Diseño de Investigación .....	32
2.2. Variables, Operacionalización .....	33
2.3. Población y muestra .....	33
2.3.1. Población .....	33
2.3.2. Muestra .....	34
2.3.3. Unidad de Análisis .....	34



2.3.4.	Criterios de Inclusión .....	34
2.3.5.	Criterios de Exclusión .....	34
2.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	34
2.4.1.	Técnicas .....	34
2.4.2.	Instrumento .....	35
2.5.	Métodos de análisis de datos .....	35
2.6.	Aspectos éticos .....	37
III.	RESULTADOS .....	38
IV.	DISCUSIÓN .....	49
V.	CONCLUSIÓN .....	56
VI.	RECOMENDACIONES .....	57
VII.	REFERENCIAS .....	57
VIII.	ANEXOS .....	63
	Anexo 1 .....	64
	Anexo 2 .....	68

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro de Operacionalización de variables: Variable de Calidad de Vida.....	35
Tabla 2 Matriz de cargas factoriales estandarizadas de los modelos Teórico de cuatro factores y Estimado de seis factores.....	42
Tabla 3 Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Calidad de Vida.....	43
Tabla 4 Matriz estructura de dos factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo.....	44
Tabla 5 Matriz estructura de tres factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo.....	45
Tabla 6 Matriz estructura de cuatro factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo.....	46
Tabla 7 Matriz estructura de cinco factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo.....	47
Tabla 8 Matriz estructura de seis factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo.....	48
Tabla 9 Estadísticos de Consistencia Interna del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo.....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Determinación del número de factores según autovalores y método paralelo basado en el análisis factorial de rangos mínimos.....	41
--	----

## RESUMEN

La presente investigación es de tipo instrumental y carácter psicométrico tuvo por objetivo determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Trujillo. Se trabajó con una muestra de 369 adultos mayores entre varones y mujeres de edades entre 60 y 90 años. En cuanto a la validez basado en el contenido se realizó mediante el criterio de jueces obteniéndose la modificación de 3 ítems; así mismo para conocer la validez basada en la estructura interna se realizó análisis factorial confirmatorio mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados donde se obtuvo como resultado que el modelo de 4 factores presenta índices de bondad de ajuste no satisfactorios, por lo que se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio con el método de mínimos cuadrados no ponderados y rotación promin se obtuvo como resultados una nueva estructura de seis factores el cual muestra cargas factoriales entre .36 y .77, comunalidades entre .28 a .69 explicando el 59.6% de la variabilidad. La confiabilidad, por consistencia interna mediante el Omega corregido del modelo teórico de cuatro factores muestra valores de .49 a .75, y del modelo estimado de seis factores con valores entre .44 a .75.

Palabras claves: Cuestionario de Calidad de Vida, Adultos Mayores, Propiedades Psicométricas.

## **ABSTRACT**

This research is of instrumental type and psychometric character aimed to determine the psychometric properties of the questionnaire of quality of life in older adults of the center of the adult elderly of Trujillo. We worked with a sample of 369 older adults between males and females aged between 60 and 90 years. As for the validity based on the content was carried out by the criterion of judges obtaining the modification of 3 items; Also to know the validity based on the internal structure was made confirmatory factorial analysis using the method of least squares unweighted where it was obtained as a result that the model of 4 factors presents indices of goodness of adjustment not Satisfactory, so we proceeded to perform the exploratory factor analysis with the method of least squares unweighted and rotation promin was obtained as results a new structure of six factors which shows factorial loads between .36 and .77, Communities between .28 and .69 explaining 37.0% of variability. Reliability, by internal consistency using the corrected Omega of the four-factor theoretical model, shows values of .49 a .75, and the estimated model of six factors with values between .44 a .75, which indicates a moderate reliability to Acceptable.

Key words: Quality of life questionnaire, older adults, psychometric properties.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad Problemática

Desde el momento de la concepción, los seres humanos pasan por un proceso de cambios que continúa durante toda la vida, siendo la etapa de la vejez un proceso en el cual en algunos casos las personas temen pasar, comienzan a presentar dudas sobre el envejecer y lo que implica socialmente, por la incertidumbre del desconocer su destino en relación a su calidad de vida. Por lo que, según la World Health Organization (1998) la calidad de vida es la percepción que tiene un individuo en base al contexto, la cultura y sistema de valores en los que vive, en relación con sus expectativas, objetivos, normas e inquietudes.

Por otro lado, Laslett (1996) refiere la posibilidad de distinguir cuatro etapas del ciclo de vida: la "primera edad", relacionada con la infancia y la juventud; la "segunda edad", vinculada con la vida activa y reproductiva; la "tercera edad" (60-75 años), referida a la etapa activa de retiro; y la "cuarta edad" (más de 75 años), que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado. Así mismo, los pertenecientes al periodo de la tercera edad se caracterizan por tener un mejor estado físico y de salud. Sin embargo, el grupo perteneciente de la cuarta edad, en su mayoría sufre por lo menos alguna pérdida de su capacidad para las actividades de la vida diaria (Ham, 1996).

En la actualidad, la población del adulto mayor va aumentando día tras día por lo que la vulnerabilidad en la que se encuentran es aún mayor, según la Organización Mundial de la Salud (2016) entre el 2000 y 2050, el número de personas mayores de 60 años aumentara pasando de un 11% a 22%. Esto indica que en un futuro próximo se tendrá una población aún más grande de la que se tiene en la actualidad lo cual implicaría mayor búsqueda de la calidad de vida en los adultos mayores, es decir, encontrar la manera de que la población anciana tenga una buena vejez.

Siendo así que es importante el apoyo holístico en la población longeva ya que puede contribuir a una mejor adaptación en su etapa de adultos mayores. Así también, en Portugal la población longeva dependientes institucionalizados

cuentan con el apoyo de sus familias lo cual es favorable para una mejor calidad de vida (Araújo, Jesus, Araújo & Ribeiro, 2017).

Respecto a la población de adulto mayor en el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) en los años 50' la mayoría de la población peruana eran jóvenes de 15 años de edad, por lo que en esos momentos era primordial realizar investigaciones para suplir sus necesidades, con la finalidad de buscar un bienestar físico, mental y social, sin embargo la población longeva peruana también ha ido aumentando, por lo que se encontrará en la mira de los profesionales de la salud.

Según la INEI (2016), en los primeros tres meses del año 2016, el número de adultos mayores en los hogares de familias peruanas tienen en un 40.7% entre los miembros de su familia a un longevo de 60 años en adelante. A partir de ello se puede inferir que, en el contexto peruano, los adultos mayores conforman una pieza fundamental para el funcionamiento de su hogar, ya que décadas atrás era de suma importancia el respeto y el valor a la experiencia que maneja el adulto mayor.

Por otro lado, una mayor cantidad de población anciana implica también mayor probabilidad de enfermedades físicas y psicológicas, además de una menor capacidad para desarrollar actividades por sí solos, es allí donde radica la importancia de evaluar si cuentan con una buena calidad de vida ya que la necesidad de asistencia psicológica, física y comunitaria irá aumentando. Según la OMS (2016) "En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa." (párr. 6). En tal sentido, en el contexto de necesidades y atención que irán requiriendo con el tiempo por parte de las redes de apoyo más cercanas, como lo son la familia y entorno social se forma una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez.

A nivel nacional, el diario El Comercio (2013) señala que el Perú está dentro de los peores países de Latinoamérica para envejecer, ubicándose en el puesto 43; por lo que se puede inferir que en los últimos años la familia peruana ha ido

sufriendo múltiples cambios, lo que da a lugar en algunos casos a la desvalorización, marginación y maltrato hacia los adultos mayores por parte de sus familiares o asistentes de salud públicos, lo cual podría desencadenar en problemas psicológicos, tales como la depresión, puesto que forman parte de una población vulnerable. Asimismo, se evidencia que el cuidado de cierto porcentaje de la población longeva se da de manera agresiva por la poca tolerancia y sensibilidad por parte de sus cuidadores.

Así también, según la INEI (2016) la mayoría de la población longeva peruana, es decir el 81,2% presenta acceso a un seguro de salud, ya sea privado o público. Siendo el seguro integral de salud (SIS) un beneficio que se tiene en la actualidad el cual cubre gratuitamente los servicios médicos. Asimismo, también existe un seguro regular en el que se encuentran afiliados todos los trabajadores activos o jubilados que laboraron bajo una entidad pública o privada (ESSALUD); el Centro del Adulto Mayor (CAM) forma parte del seguro y tiene como finalidad a través de un programa orientado a mejorar el proceso del envejecimiento en los adultos mayores y otorgar una mayor calidad de vida.

Sin embargo, según el INEI (2016), existe un 45,3% de ciudadanos longevos que no pertenecen a la población económicamente activa (NO PEA), lo cual indica que en el Perú existe una exclusión laboral en los adultos mayores. Por otro lado, según la INEI (2014) en la provincia de la Libertad existe un 9,6% de población de adultos mayores que se encuentran por encima del promedio nacional; es decir en la provincia de la Libertad, se ubica en el octavo lugar con mayor población de adultos mayor en el Perú.

Finalmente, se puede obtener como conclusión que la necesidad de asistencia e importancia a esta población irá aumentando, por lo que será un reto mundial suplir dichas necesidades de salud pública. Bajo este contexto y, debido a los cambios en el aceleramiento de la población longeva, es importante conocer la calidad de vida con la que se encuentran inmersos en esta etapa, siendo este un conocimiento de interés primordial en el área de la salud física y mental, sin embargo, la calidad de vida no solo se encuentra enfocada a evaluar el aspecto



de salud, sino también se evalúa de una manera holística donde incluyen los factores psicológicos, relaciones sociales y ambiente.

Es por ello la importancia y necesidad de haber realizado una medición psicométrica exacta, precisa y certera sobre calidad de vida, ya que no existía ningún instrumento adaptado en la zona seleccionada, el cual arroje un resultado verídico y útil para la detección temprana de un bajo nivel de calidad de vida. Al respecto, existen otros instrumentos como el Cuestionario de Salud SF – 36 que evaluó la calidad de vida a personas afectadas por problemas o dificultades de salud, sin embargo, el WHOQOL – BREF mide la calidad de vida global, a través de sus diferentes dimensiones, tales como son la física, psicológica, social y ambiental por lo que se creyó más apropiado para la presente investigación (Vilagut et al., 2005).

Por otro lado, también existe la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, el cual no presenta unas buenas o aceptables propiedades psicométricas, por el que es apropiado realizar la investigación con el WHOQOL – BREF, ya que es un cuestionario el cual se puede aplicar a una población global, abarca varias dimensiones de la vida y cuenta con buenas propiedades psicométricas. Por tales motivos, se creyó necesario realizar la presente investigación para contribuir al campo de la investigación, y así realizar mayores aportes en relación a programas e intervención según las necesidades verídicas de la población longeva, dentro de Trujillo.

## 1.2. Trabajos Previos

World Health Organization (1998) construyeron una prueba denominada “WHOQOL - BREF” la cual es una versión abreviada del WHOQOL – 100, en donde extrajeron 26 ítems de la evaluación original que estaba compuesta por 26 reactivos, su adaptación se realizó en una población de 8294 sujetos adultos, de ambos géneros, entre sus resultados destaca, para la validez, realizada mediante el análisis factorial exploratorio, el cual determinó una composición de 4 factores, que explican mayor al 50% de la varianza, asimismo se realizó el análisis factorial confirmatorio el cual alcanza índices de Ajuste, (CFI, GFI y TPI) mayor a .90; con

un Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) menor a .050, mientras que para la confiabilidad, se obtuvo mediante el método de consistencia interna del coeficiente Alfa de Cronbach de .68 para la faceta de seguridad a .95 para la dependencia de la medicación, finalizando con la elaboración de nomas percentilares específicos por género y zona geográfica.

Cardona, Ospina y Eljadue (2015) realizaron una investigación, titulada “Validez discriminante, consistencia interna, fiabilidad y convergente/divergente, del SF – 36 y WHOQOL – BREF de un municipio colombiano en adultos sanos”, siendo su objetivo evaluar las propiedades psicométricas de los cuestionarios SF-36 y WHOQOL-BREF en una población adulta de 565 pertenecientes a Rionegro, Antioquia, los cuales fueron seleccionados por un muestreo probabilístico. Así mismo, se utilizó el alfa de Cronbach y coeficientes de correlación de Pearson, con la finalidad de determinar las propiedades psicométricas; se obtuvo como resultados que la validez y la consistencia interna discriminante tienen un 100% de éxito en todas las dimensiones y la fiabilidad fue mayor o igual a 0.7. Las dimensiones del WHOQOL – BREF y el SF – 36 obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas y superiores a .40 lo cual evidencio la validez convergente de las escalas. Finalmente se llegó a la conclusión que el WHOQOL-BREF y el SF - 36 obtuvieron buenos resultados psicométricos, por lo que su aplicación en la población colombiana presenta buenas medidas válidas y confiables para la calificación de la calidad de vida.

Flores et al. (2013) realizaron la investigación correlacional para estimar la percepción de calidad de vida y salud mental en los adultos mayores, en una muestra no probabilística conformada por 333 adultos mayores; por otro lado, se utilizaron instrumentos validados para evaluar calidad de vida el WHOQOL-BREF en la población mexicana, los cuales tuvieron como resultados un alfa de Cronbach de .88 y para la evaluación de la salud mental se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg el cual obtuvo como fiabilidad de .76. Así también, los resultados en la calidad de vida por dimensiones, fueron los siguientes: Ambiente 85.8%, Salud Física 87.9%, Salud Psicológica 72% y Relaciones Sociales 79.2%; en el puntaje total, un 60.1% de los participantes evaluó como

buen su calidad de vida. Finalmente se obtuvo como resultado que un 41.7% de insatisfacción y mala calidad de vida en relación a la edad ( $p=0.05$ ); un 34.2% como buena y en el área de salud, 46.8% la consideraron como regular.

Espinoza et al. (2011) realizaron la validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL - BREF) en adultos mayores chilenos. El objetivo fue evaluar y adaptar las propiedades psicométricas de la versión española del instrumento WHOQOL-BREF en un grupo de sujetos de edad avanzada que radican en Chile Metropolitana de Santiago. Así mismo, se realizó una adaptación cultural y lingüística de la versión española del WHOQOL-BREF, el cual fue probado y realizado en una muestra piloto. Posteriormente, la escala modificada lingüísticamente se aplicó a un grupo de 1186 mujeres mayores edad, asimismo 334 varones con edades oscilantes de 72 años en adelante. Siendo así que las propiedades psicométricas tales como la correlación ítem – total de las respuestas, el Alfa de Cronbach, análisis confirmatorio y, la validez de constructo fueron evaluados. Finalmente, el instrumento de calidad de vida WHOQOL BREF obtuvo una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,88 para la escala total y que van desde 0,70 a la 0,79 en cada una de las dimensiones; por lo que se llegó a la conclusión que el instrumento de evaluación WHOQOL-BREF tiene una fiabilidad y validez aceptable, siendo así, un instrumento adecuado para la evaluación de la calidad de vida en adultos mayores en Chile.

Urzúa y Caqueo (2013) realizaron la investigación titulada “Estructura factorial y valores de referencia del WHOQOL – BREF en población adulta chilena”, con el objetivo de evaluar la estructura factorial del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Así mismo, el instrumento fue aplicado a 2016 personas con edades oscilantes entre los 20 y los 59 años, los cuales pertenecían a diversas organizaciones sociales y públicas de una ciudad en el norte de Chile; así también, se evaluó la estructura factorial y de confianza del cuestionario. Por otro lado, se obtuvo como resultado que la consistencia interna del instrumento, de acuerdo con el alfa de Cronbach fue de 0,89, así mismo, para las dimensiones de salud física .71, en la dimensión psicológica .75, para la dimensión ambiente 0.76 y para la dimensión relaciones sociales .63, lo que indica que el ajuste de los valores de

un modelo con cuatro factores fue moderado. Finalmente, a pesar de un ajuste absoluto para el modelo de cuatro factores teórico no es compatible con estos resultados, el WHOQOL-BREF es capaz de discriminar la percepción de la calidad de vida y la influencia de la edad, el sexo y la enfermedad en esta percepción.

López, Gonzáles y Tejada (2016) realizaron la investigación titulada “Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO Qol BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos”, se examinó la estructura factorial y consistencia interna, de un total de 678 participantes. Se obtuvo como resultado que la consistencia interna, con el coeficiente alpha de Cronbach valores mayores a .70 en las diferentes dimensiones. En cuanto al análisis factorial confirmatorio los datos mostraron un ajuste débil con el modelo teórico de cuatro factores; por lo que se eliminaron 7 reactivos observándose mejores resultados en el ajuste del modelo aunque de manera insuficiente (GFI .869, RFI .539, RMR .092, PGFI .713). Finalmente, se concluyó que el modelo de cuatro dimensiones propuesto originalmente en el instrumento Whoqol Bref se ajusta de forma débil, sin embargo recomendó una evaluación cultural de los reactivos eliminados para un mejor ajuste con el modelo teórico original.

### 1.3. Teorías relacionadas al tema

#### 1.3.1. Teoría General de Sistemas

La propuesta de sistemas tiene varios autores, ya que es una teoría que fue concebida en la antigüedad, fue propuesto por Bertalanffy como una teoría general. Así mismo, se puede definir a un sistema como la unión de distintas partes que dependen unos de otros para que se obtenga un resultado, es decir, tiene una perspectiva de manera holística. La definición es lo suficientemente amplia como un sistema de identificación de una máquina, un ser humano, o una organización, lo que nos lleva inmediatamente a un mundo de sistemas, o, como menciona Bertalanffy se puede llegar a la conclusión de que los sistemas están en todas partes, ya que un claro ejemplo es la familia, en donde se encuentra conformado por varias personas que asumen un rol (padre, madre, hijos, abuelos,

etc.) en el que si faltase alguno el sistema podría fallar, es decir, ser disfuncional y tendría como consecuencia una serie de dificultades en el grupo (Wilson, 1986).

### 1.3.2. Modelo Biopsicosocial

Este modelo, de gran importancia y valor en la actualidad, fue propuesto por Engel en 1997, quien afirma que el mismo se basa de la teoría general de sistemas, la cual asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud, es decir que las causas que se interrelacionan en los procesos patológicos y saludables tienen diversos orígenes, ya que intervienen distintos factores de tipo biológico, ambiental, genético, y social.

En el presente modelo, se le otorga mayor importancia a la salud que a la enfermedad lo cual en relación con la psicología positiva o las terapias centradas en soluciones tienen mayor recepción positiva por parte del paciente y familiares, puesto que existe una interrelación y compartir de ideas u opiniones de distintos ámbitos del entorno y vida del paciente obteniendo un mejor resultado para el mismo.

De acuerdo al modelo biopsicosocial, se requiere una amplia perspectiva e integrativa para entender las alteraciones y a partir de ello elaborar un diagnóstico. Así mismo, las interacciones profesionales de distintos ámbitos de la salud y del paciente, ya sean familiares, médicos, psicólogos, entorno social y otros, lograra una mejor adhesión al tratamiento, es decir, se lograría que la terapia sea más eficaz y reducir el tiempo de recuperación de la enfermedad, por lo que es recomendable que la práctica médica deba integrar, las distintas variables tales como: psicológicas, biológicas y socioambientales que intervienen en el paciente en cada una de las etapas del proceso terapéutico (Oblitas, 2010).

### 1.3.3. Definición de Calidad de Vida

Según la WHO (1998) es una descripción de una capacidad, así mismo, de una conducta, una percepción, un estado, de experiencias subjetivas o de un potencial, es decir, que el sentimiento o percepción que tiene una persona es

subjetiva, ya que a través de la experiencia, cultura u otra hará que defina su propio constructo de lo que es una buena calidad de vida para cierto individuo a diferencia de otro, así mismo, en la calidad de vida influyen diversos factores ya sean psicológicos, físicos, ambientales, familiares, económicos y otros, los cuales según la percepción y experiencia de vida a través de los años, cada individuo lograra formar un concepto de su calidad de vida.

#### 1.3.4. Calidad General de la Vida y la Salud

La WHO (1998) se basa en las siguientes dimensiones para crear los ítems:

##### 1.3.4.1. Ámbito Físico

###### a. Dolor y malestar

En la presente dimensión se identifican las experiencias físicas desagradables y en qué grado es trabajoso y forma parte de interferencias de su vida. Es decir, es la capacidad que tiene la persona para utilizar el dolor y la habilidad para poder sobrellevar y obtener la mejoría del mismo. Es por ello que a medida que les resulte menos complicado sobrellevar el dolor, menor será el temor que proyectan y las consecuencias como resultado en relación con su calidad de vida (WHO, 1998).

###### b. Energía y fatiga

En la presente dimensión se examina el entusiasmo, la resistencia y la energía que obtiene un individuo con la finalidad de realizar actividades primarias en el día a día; así también el realizar tareas de su elección, como las recreativas. Es decir, hace referencia a niveles extremos tales como la energía y fatiga, en el cual consiste que puede presentar desde un agotamiento que imposibilite hasta un grado adecuado de su vitalidad y energía (WHO, 1998).

###### c. Sueño y descanso

Se manifiesta que en este ítem se refiere al nivel en el que el descanso, el sueño y las dificultades relacionados al mismo, perjudican a la

calidad de vida de las personas. Es decir, si una persona presenta problemas en la conciliación del sueño, tales como: insomnio o hipersomnia, puede generar en él una mala calidad de vida ya que un factor principal de la salud física y mental de la persona es la conciliación del sueño para que de esta manera pueda realizar sus actividades cotidianas con normalidad (WHO, 1998).

d. Movilidad

En esta dimensión se determina el criterio del individuo en relación a su suficiencia para trasladarse de un sitio a otro sin necesitar la ayuda de otros, desplazarse por su hogar, en su centro de trabajo o asistir a los servicios de transporte. La discapacidad de una persona no afecta necesariamente a su movilidad, ya que puede transportarse satisfactoriamente y por sí solo en su silla de ruedas. Así también, tampoco implicar esta faceta los servicios de transporte, como: automóvil, carros, etcétera (WHO, 1998).

e. Actividades de la vida diaria

En esta área se evalúa la competencia de un individuo para llevar a cabo funciones comunes en el día a día, los cuales incluyen labores como el cuidado de sí mismo y su casa. Es decir, se centra en la competencia de la persona para realizar labores que tenga que realizar diariamente. Así mismo, el grado de dependencia hacia otras personas para que le ayuden a realizar dichas actividades lo cual podría afectar en su calidad de vida (WHO, 1998).

f. Dependencia de una medicación o de tratamiento

En esta dimensión se evalúa la necesidad que tiene una persona a una medicina alternativa o medicación para ayudar a su bienestar psicológico y físico. Los tratamientos médicos pueden influir positiva (por ejemplo, pacientes con cáncer que consuman analgésicos) o negativamente (por ejemplo, una persona a la que le realizan

quimioterapias) en su calidad de vida. Así mismo, esta área implicar las intervenciones médicas no farmacológicas, pero de las que todas maneras dependen el individuo (por ejemplo, un miembro artificial, un marcapasos, etc.) (WHO, 1988).

g. Capacidad de trabajo

En esta fase se analiza el uso de su energía de una persona para laborar, lo cual implica cualquier actividad relevante en la que participe sea pagado o no remunerado, el cuidado de la casa, voluntario, de los niños, u otros (WHO, 1988).

1.3.4.2. Ámbito Psicológico

a. Sensaciones positivas

En la presente fase se evalúa el grado que un sujeto experimenta felicidad, satisfacción, alegría, paz, esperanza, sensaciones positivas de equilibrio y disfrute de las cosas buenas de la vida. Así mismo, es de gran relevancia las ideas y opiniones de una persona hacia el futuro, ya que existe relación con la calidad de vida (WHO, 1988).

b. Espiritualidad/religión/creencias personales

En esta dimensión se evalúa las creencias del entrevistado y las consecuencias en la calidad de vida. Este ámbito comprende a individuos con creencias del tipo religiosas distintas, por ejemplo, musulmanes, cristianos, hindúes, budistas, etc., así también a personas que no tengan creencias espirituales o personales determinadas. Para muchos individuos las creencias personales, la religión, y la espiritualidad son una fuente de bienestar, alivio, sentido, seguridad y fuerza. En cambio, para otras personas tiene una influencia negativa en su vida (WHO, 1998).

c. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Esta referida a la exploración del criterio de un individuo sobre su memoria, aprendizaje, pensamiento, capacidad para tomar decisiones



y concentración. Así mismo, se identifica que en algunos casos con dificultades o problemas cognoscitivos pueden no entender sus impedimentos, por lo que sería útil sumar a la calificación subjetiva del individuo otras ajenas (WHO, 1998).

d. Autoestima

En esta dimensión se evalúa los sentimientos que tienen las personas en relación a sí mismas, los cuales pueden ser sentimientos negativos o positivos, así mismo, se evalúa la sensación que tiene el sujeto de su capacidad como tal, satisfacción consigo misma y el control (WHO, 1998).

e. Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto

En este aspecto se analiza la concepción que un sujeto tiene sobre su propio cuerpo, lo cual comprende si se observa de una manera negativa o positiva, centrándose en el agrado que siente el sujeto con su apariencia y su consecuencia en el concepto que tiene de sí mismo, y el cómo puede corregir dichos defectos percibidos o reales (WHO, 1998).

f. Sentimientos negativos

Esta área consiste en el nivel en que el sujeto experimenta sentimientos negativos, como la desesperanza, la culpa, intranquilidad, abatimiento, tristeza, nerviosismo y falta de placer en la vida; así mismo evalúa los efectos en el funcionamiento en el día a día de la persona implicada (WHO, 1998).

1.3.4.3. Ámbito Relaciones Sociales

a. Relaciones Personales

En esta área se evalúa el grado en que los sujetos perciben el amor, el soporte y compañía de su entorno cercanas en su vida. Así mismo, se indaga la experiencia presente, compromiso de proteger y sostener a otros sujetos. Es decir, consiste en la suficiencia y la oportunidad de

ser amado, amar y conservar relaciones cercanas, ya sean físicas como afectivas (WHO, 1998).

b. Apoyo Social

En esta área se evalúa el compromiso, la disponibilidad y aprobación que siente la persona de apoyo o asistencia por parte de su familia y sus amigos, en las cuales implica compartir responsabilidades, resolución de problemas y aliento. Por ejemplo, los malos tratos de palabra o de acción (WHO, 1998).

c. Actividad Sexual

Esta área hace referencia al deseo e impulso sexual de un sujeto, y el nivel en que el sujeto logra expresar y disfrutar de su deseo sexual apropiadamente (WHO, 1998).

1.3.4.4. Ámbito Medio

a. Seguridad Física

Esta fase hace referencia a la sensación de estabilidad de un sujeto respecto del daño físico, es decir, cualquier tipo de amenaza que la persona perciba y sienta en riesgo la sensación de libertad. Así mismo, las interrogantes se concentran en la sensación de seguridad/inseguridad de una persona, en la medida que afecte a la calidad de su vida (WHO, 1998).

b. Medio Doméstico

Según la presente área se evalúa el sitio principal en el que vive el sujeto, es decir, en donde descansa y cuida la mayor parte de sus bienes; y la manera de como el ambiente en donde vive influye en su vida ya sea positiva o negativamente (WHO, 1998).

c. Recursos Financieros

En la presente dimensión se examina el criterio del sujeto en relación a los recursos económicos, financieros y hasta qué grado pueden suplir

un estilo de vida saludable y placentero; es decir, se evalúa lo que el sujeto puede o no adquirir y en la medida que ello afecte a la calidad de su vida (WHO, 1998).

d. Salud y atención social: disponibilidad y calidad

En la presente área se evalúa la opinión del sujeto en relación a la asistencia y salud en la zona en donde vive, por motivos de que no transcurra demasiado tiempo para recibir asistencia o ayuda, en el caso sea necesario (WHO, 1998).

e. Oportunidades para obtener una nueva información y adquirir nuevas aptitudes

Se evalúa el deseo y la oportunidad del sujeto para obtener nuevos conocimientos, de experimentar el contacto de lo que sucede con su entorno y aptitudes, lo cual puede ser a través de programas educativos, actividades recreativas, cursos para adultos ya sea en grupos grandes o individualmente (WHO, 1998).

f. Participación en actividades recreativas y de ocio y oportunidades al respecto

En la presente área se indaga la competencia de un individuo para intervenir en actividades de tiempo libre, relajación y las oportunidades que se les brinda. Por ejemplo: Leer, escuchar música, caminar, practicar deporte u otro en compañía o individualmente (WHO, 1998).

g. Medio físico (contaminación/ruido/trafico/clima)

Esta fase hace referencia a la percepción que tiene un sujeto en relación sobre el medio, en donde también se incluye el clima, la contaminación, el ruido, la estética general del medio, y su relación si todo aquello ayuda para desarrollar o perjudicar de una manera negativa la calidad de vida de un sujeto (WHO, 1998).

#### h. Transporte

En la presente área se evalúa la percepción que tiene un sujeto en relación al tiempo disponible o la facilidad para hallar y hacer uso de servicios de transportes (bicicleta, automóvil, etc.) con la finalidad de ir de un lado a otro (WHO, 1998).

#### 1.3.5. Adulto Mayor

Joy, Rothschild, Alvarado y Vargas (2006) refieren que la Organización Panamericana de la Salud, considera a la población de adultos mayores que tienen de 60 a más años de edad, de igual manera el Perú para denominar a este colectivo según la Resolución 50/141, se definen como Personas Adultas Mayores, mientras que la Organización Mundial de la Salud considera a los adultos mayores a partir de los 65 años, ello no se considera en Latinoamérica, debido a patrones socioculturales distintos, como el nivel de desarrollo y crecimiento vital, en comparación a países de primer mundo

#### 1.3.6. Salud del Adulto Mayor

Se entiende por salud al bienestar psicológico, físico y social el cual va más allá del esquema biomédico, siendo así que abarca una esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. Así mismo se puede entender que no es la ausencia de enfermedades o alteraciones, sino es un concepto positivo que implica diversos grados de vitalidad y funcionamiento del ser humano.

Según Benner y Wrubel (1989) el bienestar es el resultado de sentir salud o autopercepción que nuestro organismo mantiene un buen funcionamiento de manera integrada y adecuada. En la actualidad se está produciendo un cambio radical del concepto o significado de la salud y la enfermedad. Por lo que se reconoce que los factores psicosociales afectan los sistemas físicos de los seres humanos, lo cual altera la vulnerabilidad del sujeto ante procesos patológicos; es decir, que el bienestar físico y psicológico dependen en gran medida de los hábitos de vida que tiene cada individuo en sí mismo (Labiano, 2002).

Por otro lado, la población longeva se caracteriza por experimentar un debilitamiento general de la capacidad de respuesta y del procesamiento de información, tales cambios psicobiológicos; son: pérdida de textura y elasticidad de la piel, adelgazamiento, encanecimiento del cabello, disminución de la talla corporal, pérdida de dientes, problemas de visión, desaparición progresiva de masa muscular, atrofia de los músculos, intensificación de las arrugas, osteoporosis, disminución de la fuerza y rapidez para la realización de actividades físicas, los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones pierden eficiencia, entre otras dificultades por lo cual demandan realizar ajustes en las distintas áreas de su vida.

Durante esta etapa se presentan cambios físicos que aumentan la posibilidad de desarrollar enfermedades, esto debido a la debilidad del organismo. Es así que algunas de las enfermedades que tienen relación con la vejez son enfermedades crónicas que fueron adquiridas a temprana edad, como es el caso de la diabetes, artritis, reumatismo, enfermedades cardíacas, alteraciones mentales y nerviosas (Rice, 1996).

Sin embargo, se entiende que el envejecimiento no es una enfermedad, a diferencia de lo que con frecuencia la sociedad suele pensar. La salud de la mayoría de los longevos es favorable, un pequeño porcentaje se encuentra con enfermedades crónicas, invalidez o postración, sin embargo, el resto de la población de edad avanzada tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autónomos, sobre todo si el adulto mayor mantiene un estilo de vida sano, realiza ejercicios, tiene una alimentación adecuada, evitando el tabaco o alcohol, lo cual indica que ayuda ampliamente a que sean más resistentes a enfermedades crónicas.

La mayoría de la población adulta mayor tiene una buena salud mental, logrando conservar sus capacidades psíquicas y cognitivas. Asimismo, enfermedades como la demencia o deterioro intelectual afecta a la minoría de ese grupo de la población; por lo que algunas formas de demencia originadas por sobre medicación y depresión, pueden revertirse a través de tratamiento farmacológico

apropiado, sin embargo, otras como las producidas por ataques de apoplejía o Alzheimer son irreversibles (Craig, 1997).

Según Erickson (1986) en la vejez la persona pasa por una crisis final de integridad contra desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Lo cual implica la aceptación de sí mismo como seres que lograron dar lo mejor que pudieron, así también en la aceptación de la aproximación de la propia muerte como algo inevitable que forma parte de la existencia de la vida. En la población longeva las mujeres parecen adaptarse mejor a la vida en solitario, es decir, cuando sucede la muerte del conyugue tienen una mejor recuperación a tal periodo de shock, a comparación de los hombres que tiene un peor estado de salud, mayor aislamiento emocional y vínculos más débiles con la familia (Lefrancois, 2001).

#### 1.3.7. Envejecimiento

Según la Organização Mundial de Saúde (2008) El envejecimiento se define como un aplazamiento y finalización de un proceso de desarrollo que pasa un adulto mayor durante su vida en donde existe una serie de cambios físicos y psicológicos continuos a través del tiempo sobre las personas. Es decir, es un proceso fisiológico que inicia desde la concepción del ser humano y a lo largo del desarrollo origina cambios específicos para las especies durante el ciclo de vida que cada ser viviente atraviesa.

En los últimos años de la vida, dichos cambios ocasionan una restricción de la adaptabilidad de las especies en relación a su entorno, por lo que, esta situación para cada ser viviente es tomado de diferente manera, ya que no son iguales, siendo importante considerar que es un proceso de vida normal que todo ser viviente pasa, y que en muchas ocasiones se dice que solo los adultos mayores pasan por enfermedades, tales como: caída de dientes, lo que en realidad le podría pasar a cualquier persona que no tiene una buena higiene o cuida de su salud, siendo así que los adultos mayores podrían llegar con buena salud a la etapa del envejecimiento si viviesen una vida saludable; así mismo el proceso de

envejecimiento inicia desde el primer momento de nacer, incluso desde la concepción existen células que envejecen y mueren.

Según Vecchia, Ruiz, Bocchi y Corrente (2005) en la tercera edad es posible que exista calidad de vida, ya que se encuentra relacionado con el bienestar personal y la autoestima. Por eso, es importante que los adultos mayores comprendan que la vejez no es algo negativo, pero que esta etapa de la vida es un momento de reflexión y experiencia.

Por otro lado, también existe una limitación de la adaptabilidad, es decir, se demoran más en adaptarse ante un estímulo, por ejemplo: si baja la temperatura su organismo demora más para lograr su objetivo, sin embargo, esto es distinto de un hombre a otro, así también en el aspecto psicológico si pasan por un proceso de duelo demoran más en adaptarse a tales cambios. Finalmente, en un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen a un mismo tiempo (Cornachione, 2006).

#### 1.3.8. Papel del Psicólogo

Uno de los roles fundamentales del Psicólogo es buscar promover la calidad de vida en los adultos mayores, así mismo deconstruir prejuicios e ideas equivocadas sobre la función y capacidad de la población longeva. Es por ello, que el Psicólogo debe actuar en la mejora de las relaciones familiares, personales y sociales, con la finalidad que el adulto mayor se sienta capaz de controlar su propia vida y comprenda que aun cumple un rol fundamental en la sociedad.

La contribución del psicólogo tiende a promover un análisis de comprensión de las experiencias de la vida, cuando el adulto mayor recibe afecto, comprensión y es querido por la familia y las personas a su alrededor, mejora su salud física, mental y emocional, motivándose para vivir bien y feliz (Dos Santos & Rocha, 2017). Por otro lado según Tinoco, Tinoco y Carvalho (2015) en una entrevista psicológica, afirman que “el desarrollo de la depresión durante este período de la vida puede ser manifestado debido a la pérdida de seres queridos, amigos, además de la pérdida física.” (p.11)

La psicología busca principalmente la promoción de localización de vida en los adultos mayores, siendo un papel de gran responsabilidad. Por otro lado, el Psicólogo puede ofrecer cuidados en la salud de los ancianos, a través de conversaciones y terapias con los familiares y amigos, proporcionando información sobre cuidados durante esta fase de la vida, que es la vejez (Fernandes, 2014).

#### 1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son las Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo?

#### 1.5. Justificación del estudio

La presente investigación permitió entender mejor la forma en que se manifiesta la calidad de vida en la población elegida. Así mismo, el conocer si el cuestionario de calidad de vida que tuvo origen en el extranjero también aporta con evidencias psicométricas consistentes y favorables en la realidad de Trujillo. Así mismo, será de utilidad para que la población creciente de adulto mayor peruano que se encuentra en vulnerabilidad pueda obtener información actualizada sobre cuál es la estadística a través de un instrumento adaptado a la realidad peruana, ya que servirá para cubrir la dificultad de medición del cuestionario de calidad de vida en dicha población. Así también, con base en los resultados estadísticos confiables y validos se podrá realizar programas preventivos sociales, por parte de los profesionales de la salud, estado u otras instituciones los cuales gracias al aporte de esta presente investigación obtendrían resultados verídicos y confiables acerca del nivel de calidad de vida, y así se podría prevenir el aumento de índices de una posible mala calidad de vida. Por otro lado, será de ayuda para la población del adulto mayor, familiares y entorno social del mismo ya que a través del presente instrumento adaptado a la realidad peruana, ayudara a que la sociedad peruana tome conciencia sobre la importancia de una buena calidad de vida en la población longeva y el gran aporte que podrían otorgar en nuestra sociedad a través de su compartir de experiencias a la población joven peruana.



Finalmente, la investigación contribuyó con una herramienta psicométrica adaptada a la realidad peruana la cual a través de la presente investigación se podrá medir los niveles de calidad de vida en nuestra sociedad, logrando así, una mejor ayuda como herramienta para los profesionales de la salud que desean realizar futuras investigaciones sobre el presente tema.

## 1.6. Objetivos

### 1.6.1. General

Determinar las Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo

### 1.6.2. Específicos

- Obtener evidencias de validez de contenido, mediante el criterio de jueces del Cuestionario de Calidad de Vida en adultos mayores de Trujillo
  
- Establecer evidencias de validez basada en la estructura interna, mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio del Cuestionario de Calidad de Vida en adultos mayores del distrito de Trujillo.
  
- Determinar la confiabilidad de las puntuaciones mediante el método de consistencia interna del Cuestionario de Calidad de Vida en adultos mayores de Trujillo.

## II. MÉTODO

### 2.1. Diseño de Investigación

Para la elaboración del presente estudio, se empleó un estudio instrumental el cual según la clasificación de Montero y León pretende evaluar las propiedades psicométricas de una escala de medida particular. Se considera como perteneciente a esta categoría de estudio instrumental todas las investigaciones

enfocadas al desarrollo de pruebas y aparatos, así también incluye el diseño o adaptación como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos; es decir que la finalidad de la realización de estudios o investigación involucra el desarrollo de instrumentos de medición y estandarización que reúnan requisitos de validez y confiabilidad, para obtener resultados coherentes y reales a nuestra población a elegir (Montero & León, 2007).

## 2.2. Variables, Operacionalización

Tabla 1

*Cuadro de Operacionalización de variables: Variable de Calidad de Vida*

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Calidad de vida	Según la WHO (1998) “Es una descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial o una percepción o experiencia subjetivas.” (p. 67)	La variable, será medida a través del puntaje directo y convertido del cuestionario de calidad de vida de la WHO (1998).	Preguntas generales (ítems 1, 2).	Se emplea la escala de intervalo ya que permite ordenar y clasificar. “En una escala de este nivel la unidad y el punto cero de medición son arbitrarios”. (Cohen & Swerdlik, 2000, p.58).
			1. Dimensión Salud física (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18).	
			2. Dimensión Salud Psicológica (ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26).	
			3. Dimensión Relaciones Sociales (ítem 20, 21, 22).	
4. Dimensión Ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25).				

## 2.3. Población y muestra

### 2.3.1. Población

La población estuvo conformada por 955 adultos mayores de ambos géneros, de los 60 años en adelante, pertenecientes al Centro del Adulto Mayor de Es Salud, del Distrito de Trujillo.

#### 2.3.2. Muestra

La muestra fue de 369 adultos mayores entre hombres y mujeres pertenecientes al centro del adulto mayor de Es Salud del Distrito de Trujillo, elegidos a través del muestreo por conveniencia.

#### 2.3.3. Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por un adulto mayor perteneciente al Centro del Adulto Mayor de Trujillo.

#### 2.3.4. Criterios de Inclusión

Forma parte de la presente investigación los adultos mayores de 60 años de edad en adelante, del sexo masculino y femenino, así mismo, los pertenecientes al centro del adulto mayor (CAM) en el periodo 2017.

#### 2.3.5. Criterios de Exclusión

Los adultos mayores que se encuentren ausentes al momento de la aplicación del instrumento psicológico y los que respondan inadecuadamente al marcar más de una respuesta en una misma pregunta no formarían parte de la presente investigación.

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

#### 2.4.1. Técnicas

La técnica a emplear fue la evaluación psicométrica, en donde se abarco los cuestionarios o test de diagnóstico y evaluación que fueron elaborados utilizando métodos estadísticos, altamente sofisticados, con materiales rigurosamente tipificado y estandarizado en sus tres bases fundamentales: corrección, administración e interpretación. La presente técnica emplea los cuestionario o test, como una herramienta psicológica, la cual está ampliamente

interrelacionada con los procedimientos sistemáticos para observar la conducta de sujetos y describirla según categorías previamente establecidas (Cardona, Chiner & Lattur, 2006).

#### 2.4.2. Instrumento

El Cuestionario de Calidad de Vida, en sus siglas Británicas WHOQOL – BREF la cual es una versión abreviada del WHOQOL – 100, en donde se extrajo 26 ítems de la evaluación original el cual constaba de 100 ítems, fue creado por la Organización Mundial de la Salud, en el año de 1998, para poblaciones de adultos, con la finalidad de la evaluación de la Calidad de Vida, en relación a la percepción que tiene una persona de su posición en la vida en el sistema de valores, en el contexto de la cultura en los que vive y en relación a sus expectativas, objetivos, estándares y preocupaciones, mediante 4 dimensiones, denominadas como salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente; cuya administración es individual, colectiva además de auto aplicación, con un tiempo de respuesta de 30 a 40 minutos aproximadamente; asimismo el Cuestionario está conformado por 26 ítems de respuestas en una escala de Likert.

Para la propiedad de la validez, fue obtenida mediante el análisis factorial exploratorio, el cual determino una composición de 4 factores, que explican mayor al 50% de la varianza, asimismo se realizó el análisis factorial confirmatorio el cual alcanza índices de Ajuste, (CFI, GFI y TPI) mayor a .90; con un Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) menor a .050. Mientras que, para la propiedad de la confiabilidad, se obtuvo mediante el método de consistencia interna del coeficiente Alfa de Cronbach, para salud física de .80, en salud psicológica de .76, así mismo, en relaciones sociales de .66, y en ambiente de .80.

#### 2.5. Métodos de análisis de datos

Inicialmente, se realizó la validez basado en el contenido del Cuestionario de Calidad de Vida, mediante la aplicación del instrumento a una muestra piloto de 26 sujetos, obteniendo los índices de homogeneidad, siendo así que se procedió a realizar la evaluación bajo el criterio de jueces expertos, y los resultados de sus calificaciones fueron calculadas haciendo uso del coeficiente de validez de V de

Aiken, aceptando ítems con índices  $<.80$ . Posteriormente, se administró el instrumento a la población objetivo, organizando los datos obtenidos en el software Excel 2013 del Microsoft Office 2013, para su posterior exportación al Factor 10.5, determinando las propiedades psicométricas del instrumento.

Se procedió a analizar los supuestos en donde se encontraron índices de asimetría e índices de curtosis; asimismo, se realizó la matriz de correlaciones policóricas y Análisis Multivariante de Mardia. La obtención de la validez basada en la estructura interna se obtuvo por medio del análisis factorial exploratorio, con el fin de identificar la estructura subyacente de los ítems, se estimó la matriz de correlaciones policóricas a los ítems del cuestionario, con los resultantes, se examinó si eran factorizables a través del coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Kaiser, 1970), así mismo, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett (Bartlett, 1950). Para determinar la estructura del instrumento, se extrajeron los factores haciendo uso del programa estadístico Factor 10.5 mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, debido que las variables no se distribuyen de forma normal (Costello & Osborne, 2005) y el método de rotación usado fue Promin, una forma de rotación oblicua (Lorenzo-Seva, 1999). Asimismo, se consideraron cargas factoriales superiores a 0.30 como criterio para pertenecer a un factor (Nunnally, 1987).

Por otro lado, la obtención del análisis factorial confirmatorio se realizó haciendo uso del programa estadístico AMOS versión 23, mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados obteniendo los índices de ajuste; mientras que para la confiabilidad del cuestionario se estableció a través de la consistencia interna mediante el Omega Corregido. Así mismo, con todas las tablas de resultados elaboradas, se realizó la discusión de resultados analizando y contrastando la información obtenida en la presente investigación con los antecedentes, marco teórico e incluso la realidad problemática, de tal forma que se describieron y compararon la información teoría propuesta por el autor, lo cual llevo al planteamiento de conclusiones.

Finalmente, las recomendaciones se brindaron tras haber realizado las conclusiones correspondientes de la investigación y tomando en cuentas las limitaciones, así como los aspectos positivos del mismo. Dichas recomendaciones se encuentran dirigidas a la población de estudio, futuros investigadores y los profesionales de la salud mental, así mismo, siendo de importancia para los centros de salud o asistenciales los cuales trabajen con la población del adulto mayor u otros.

## 2.6. Aspectos éticos

En lo referente a los aspectos éticos se solicitó, previamente, autorización a la OMS para la aplicación y modificación de los ítems del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL - BREF).

Se otorgó la información certera y exacta acerca de las propuestas de investigación y se solicitó el permiso correspondiente a los participantes antes de realizar la investigación según el estándar 8.01 del código de ética de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010).

Así mismo se tomó las medidas necesarias para proteger a los eventuales participantes que se rehúsen o deseen retirar su participación, así como lo estipula el estándar 8.04 del código de ética de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010).

Por otro lado, se protegió la información otorgada por los participantes, que fueran obtenidos en la realización de la presente investigación, según lo estipula el Art. 21. (Código del Colegio de Psicólogos Peruano).

Finalmente se evitó ofrecer incentivos excesivos o inapropiados, financieros o de cualquier otro tipo, para la participación en investigación cuando tales incentivos pudieran ser coercitivos así lo consigna el estándar 8.06 del código de ética de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010).

### **III. RESULTADOS**

#### **Validez basada en el Contenido**

Después de realizar una evaluación a una muestra piloto de 26 sujetos se efectuó el índice de homogeneidad donde se obtuvo como resultado la modificación de 3 ítems a través del criterio de 9 jueces expertos realizándose la evaluación de claridad y coherencia de los ítems n° 3, 4, y 11 mediante la V de Aiken, obteniendo como resultado en el ítem n° 3 (Dolor Físico) en la evaluación de claridad y coherencia .81, así mismo el ítem n° 4 (Tratamiento Médico) un resultado de .74 y finalmente el ítem n° 11 (Apariencia Física) obtuvo un puntaje de 1 en la V de Aiken.

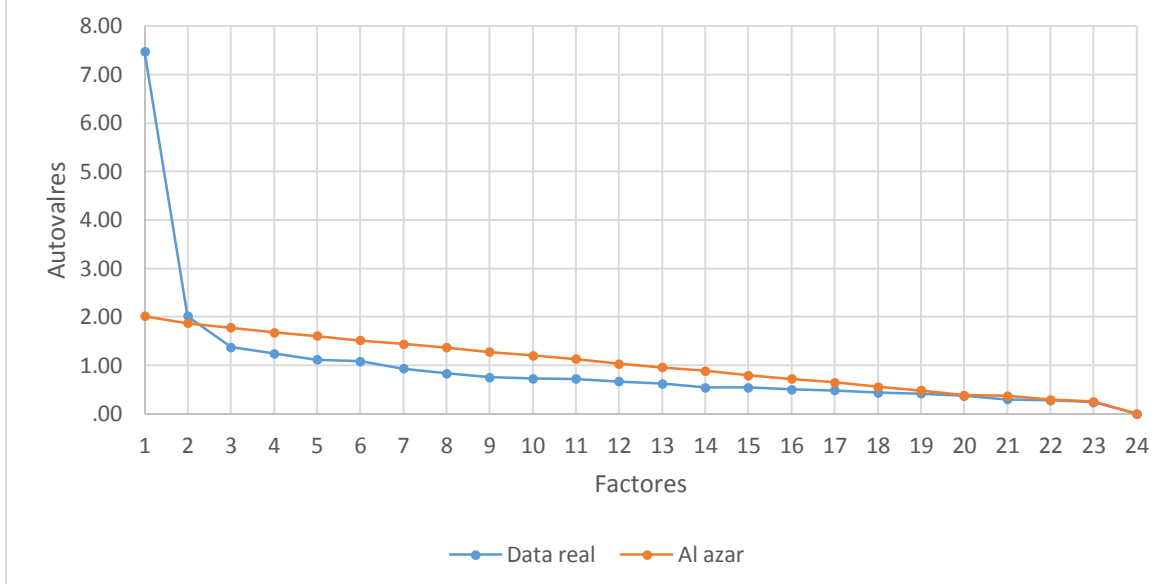
Por lo que se prosiguió a realizar la modificación de los ítems para la mejor comprensión de la población requerida en la presente investigación.

**Validez basada en la Estructura Interna**



Al analizar los supuestos se encontraron índices de asimetría con valor absoluto entre  $-.31$  y  $.37$  e índices de curtosis entre  $-.73$  a  $.47$  inferiores a 1; asimismo, en la matriz de correlaciones policóricas se observaron índices de correlación entre  $-.05$  y  $.40$  indicando ausencia de multicolinealidad, además el Análisis Multivariante de Mardia mostró un p-valor de 1.00 en el test de asimetría y un p-valor menor a  $.001$  en el test de Curtosis evidenciando una distribución normal múltiple en los ítems, además las medidas de adecuación muestral mostraron un valor de KMO de  $.87$  y un p-valor menor a  $.001$  en el Test de Bartlett, además correlaciones mayores a  $.32$  entre los factores del modelo teórico.

Figura 1. Determinación del número de factores según autovalores y método paralelo basado en el análisis factorial de rangos mínimos.



En la figura se presentan los autovalores obtenidos por cada factor, calculados con la data real (línea azul) y los generados con datos al azar (línea roja) de acuerdo al método paralelo basado en el análisis factorial de rangos mínimos (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) a partir de la matriz de correlaciones policóricas, observándose a un primer factor con un autovalor destacable de los demás, seguido de dos factores con un autovalor también superior al obtenido por los datos al azar además de tres factores más con los que sumarian seis factores con autovalores mayores a 1, de acuerdo a la regla K1 (Guttman y Kaiser, 1961). En tal sentido se analizaron las estructuras de 3 a 6 factores para evaluar sus cualidades de estimación.

### Análisis Factorial Confirmatorio

En la tabla 2 se muestran las cargas factoriales estandarizadas de los modelos teóricos de cuatro factores donde se muestran cargas factoriales menores a .50 en los ítems 3, 4, 14, 21, 24, 26 y mayores a .50 en los demás ítems, mientras que en el modelo estimado de seis factores solo en los ítems 3 y 4 y mayores a .50 en los demás ítems.

Tabla 2

*Matriz de cargas factoriales estandarizadas de los modelos Teórico de cuatro factores y Estimado de seis factores*

Modelo 4FT			Modelo 6FE		
Factor	Ítem	Estimado	Factor	Ítem	Estimado
F1	<b>3</b>	<b>.00</b>	F1	23	.82
F1	<b>4</b>	<b>.16</b>	F1	24	.52
F1	10	.61	F1	25	.68
F1	15	.67	F2	<b>3</b>	<b>.10</b>
F1	16	.65	F2	<b>4</b>	<b>.17</b>
F1	17	.72	F2	10	.62
F1	18	.73	F2	15	.68
F2	5	.61	F2	16	.65
F2	6	.50	F2	17	.73
F2	7	.57	F2	18	.73
F2	11	.54	F3	5	.63
F2	19	.74	F3	6	.52
F2	<b>26</b>	<b>.35</b>	F3	19	.77
F3	20	.54	F4	8	.65
F3	<b>21</b>	<b>.32</b>	F4	9	.57
F3	22	.61	F4	12	.53
F4	8	.63	F4	13	.59
F4	9	.57	F4	14	.50
F4	12	.52	F5	7	.53
F4	13	.58	F5	11	.51
F4	<b>14</b>	<b>.40</b>	F5	26	.53
F4	23	.62	F6	20	.54
F4	<b>24</b>	<b>.37</b>	F6	21	.52
F4	25	.51	F6	22	.60

En la tabla 3 se muestran los resultados del análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo obtenidos mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados. Encontrándose para el modelo teórico de cuatro factores 4FT una razón  $X^2/gl$  de 1.8, un RMR de .06 y un GFI de .93, además los índices de ajuste comparativo muestran un RFI de .88 y un NFI de .89, mientras que los índices parsimónicos muestran un PGFI de .76, un PNFI de .79 y un AIC de 1106, mientras tanto en el modelo estimado de seis factores se muestran los mejores índices de ajuste con una razón  $X^2/gl$  de 1.6, un RMR de .06 y un GFI de .95, además los índices de ajuste comparativo muestran un RFI de .90 y un NFI de .91, mientras que los índices parsimónicos muestran un PGFI de .75, un PNFI de .78 y un AIC de 985.

Tabla 3

*Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Calidad de Vida*

Índices de ajuste	Modelo Teórico	Modelos Estimados					
		4FT	6FE	5FE	4FE	3FE	2FE
<b>AJUSTE ABSOLUTO</b>							
Chi cuadrado	$X^2$	446.38	<b>388.8</b>	391.2	412.7	433.2	458.2
Grados de libertad	GI	246	<b>237</b>	241	24	249	251
Radio de verosimilitud	$X^2/GI$	1.8	<b>1.6</b>	1.6	1.6	1.7	1.8
Raíz del residuo cuadrático medio	RMR	.06	<b>.06</b>	.06	.06	.06	.06
Índice de bondad de ajuste	GFI	.93	<b>.95</b>	.94	.94	.93	.93
<b>AJUSTE COMPARATIVO</b>							
Índice relativo de ajuste	RFI	<b>.88</b>	<b>.90</b>	.89	.89	.88	.88
Índice de ajuste normado	NFI	<b>.89</b>	<b>.91</b>	.90	.90	.89	.89
<b>AJUSTE PARSIMÓNICO</b>							
Índice de bondad de ajuste parsimónico	PGFI	.76	<b>.75</b>	.75	.77	.77	.78
Índice normado de ajuste parsimónico	PNFI	.79	<b>.78</b>	.79	.80	.80	.81
Criterio de Información de Akaike	AIC	1106	<b>985</b>	1005	1037	1028	1117

4FT: Modelo de 4 factores teóricos  
6FE: Modelo de 6 factores estimados  
5FE: Modelo de 5 factores estimados  
4FE: Modelo de 4 factores estimados  
3FE: Modelo de 3 factores estimados  
2FE: Modelo de 2 factores estimados

## Análisis Factorial Exploratorio

En la tabla 4 se muestra la matriz estructura de dos factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo, mostrando cargas factoriales entre .38 y .71 y comunalidades entre .11 a .58, explicando solo un 39.53% de la variabilidad total de la escala.

Tabla 4

*Matriz estructura de dos factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo*

ítem	F1	F2	h <sup>2</sup>
8	.55		.36
9	.55		.31
12	.46		.23
13	.56		.32
14	.48		.24
20	.54		.31
21	.33		.11
22	.67		.46
23	.68		.47
24	.51		.31
25	.54		.30
3		-.19	.18
4		.30	.38
5		.58	.37
6		.49	.28
7		.51	.30
10		.62	.39
11		.55	.31
15		.66	.46
16		.59	.38
17		.74	.54
18		.69	.49
19		.76	.58
26		.35	.14
% Var.	31.13	8.40	39.53

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados

Método de rotación: Promin (Tabachnick y Fidell, 2001)

En la tabla 5 se muestra la matriz estructura de tres factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo, mostrando cargas factoriales entre -.43 a .76 y comunalidades entre .13 a .66, explicando solo un 45.24% de la variabilidad total de la escala.

Tabla 5

*Matriz estructura de tres factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo*

ítem	F1	F2	F3	h2
15	.66			.48
7	.59			.36
6	.59			.36
10	.57			.40
23		.74		.54
24		.69		.56
22		.65		.45
25		.61		.37
8		.49		.36
9		.49		.30
13		.45		.34
12		.45		.25
14		.38		.28
19			.73	.58
17			.71	.54
18			.66	.49
16			.56	.38
11			.51	.31
5			.51	.41
20			.49	.32
4			.44	.49
26			.39	.17
21			.36	.13
3			.28	.22
% Var.	31.13	8.40	5.72	45.24

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados

Método de rotación: Promin

En la tabla 6 se muestra la matriz estructura de cuatro factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo, mostrando cargas factoriales entre -.43 a .76 y comunalidades entre .13 a .66, explicando solo un 50.42% de la variabilidad total de la escala.

Tabla 6

*Matriz estructura de cuatro factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo*

Ítem	F1	F2	F3	F4	h2
5	.63				.41
6	.59				.36
7	.59				.36
11	.50				.35
19	.67				.66
20	.55				.36
22	.59				.45
3		-.28			.22
4		-.43			.48
10		.57			.44
15		.60			.48
16		.57			.40
17		.74			.61
18		.69			.54
21		.35			.13
26		-.38			.17
13			.44		.34
14			.37		.28
23			.76		.58
24			.69		.54
25			.61		.37
8				.73	.56
9				.65	.46
12				.53	.32
% Var.	31.13	8.40	5.72	5.17	50.42

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados  
Método de rotación: Promin

En la tabla 7 se muestra la matriz estructura de cinco factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo, mostrando cargas factoriales entre .34 a .80 y comunalidades entre .16 a .66, explicando solo un 55.06% de la variabilidad total del cuestionario.

Tabla 7

*Matriz estructura de cinco factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo*

Ítems	F1	F2	F3	F4	F5	h2
23	.75					.57
9	.42					.46
25	.60					.37
24	.74					.61
19		.60				.66
5		.63				.42
11		.42				.36
7		.57				.35
6		.76				.64
14						.29
13			.42			.35
8			.74			.56
12			.57			.35
3				.42		.21
4				.67		.52
26				.40		.27
17					.80	.66
18					.72	.54
15					.66	.50
16					.61	.40
10					.58	.45
20					.55	.35
22					.52	.48
21					.34	.16
% Var.	31.13	8.40	5.72	5.17	4.64	55.06

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados

Método de rotación: Promin

Finalmente en la tabla 8 se muestra la matriz estructura de seis factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo, mostrando cargas factoriales entre .36 y .77 y comunalidades entre .28 a .69, explicando solo un 59.6% de la variabilidad total del cuestionario.

Tabla 8

*Matriz estructura de seis factores del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo*

ítem	F1	F2	F3	F4	F5	F6	h2
23	.77						.60
24	.76						.64
25	.59						.40
3		.36					.28
4		.49					.56
10		.59					.46
15		.57					.51
16		.61					.41
17		.70					.69
18		.73					.57
5			.64				.43
6			.71				.58
19			.65				.65
8				.74			.58
9				.65			.46
12				.56			.35
13				.53			.35
14				.50			.34
7					.65		.40
11					.57		.41
26					.56		.33
20						.54	.35
21						.67	.30
22						.55	.48
% Var.	31.1	8.4	5.7	5.2	4.6	4.5	59.6

Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados

Método de rotación: Promin



## Confiabilidad por Consistencia Interna

En la tabla 9 se muestran los índices de consistencia interna Omega corregido por la correlación entre errores, para el modelo estimado de seis factores con valores entre .49 a .75.

Tabla 9

*Estadísticos de Consistencia Interna del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo*

Modelo / Factor	Omega corregido	N de ítems
Modelo estimado de seis factores		
F1 Calidad del Ambiente	.72	3
F2 Salud física	.75	7
F3 Bienestar Psicológico y Espiritual	.68	3
F4 Servicios de Salud y Social	.68	5
F5 Comprensión de Si Mismo	.44	3
F6 Relaciones sociales	.49	3

#### **IV. DISCUSIÓN**

La investigación desarrollada tiene como variable de estudio la Calidad de Vida la cual se define por ser una descripción de una capacidad, conducta, una percepción, un estado de experiencias subjetivas o de un potencial, es decir, que el sentimiento o percepción que tiene una persona es subjetivo, ya que a través de la experiencia, cultura u otra hará que defina su propio constructo de lo que es calidad de vida para cierto individuo a diferencia de otro, así mismo, en la calidad de vida influyen diversos factores ya sean psicológicos, físicos, ambientales, familiares, económicos, etc., los cuales según la percepción y experiencia de vida a través de los años, cada individuo lograra formar un concepto de su calidad de vida (WHO, 1998).

Definida la variable se estableció como objetivo estudiar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida. Para tal fin, se planteó trabajar con una muestra de 369 sujetos mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia que según Hernández, Fernández y Baptista (2010), señalan que consiste en seleccionar mediante el criterio del investigador los casos que se encuentren disponibles, por el hecho de que son accesibles. Siendo así que en el caso de la presente investigación en algunos casos la población objetivo no se encontraban dispuestos a participar de la investigación debido a los horarios dispersos, es decir existían turnos mañana, tarde y noche, siendo el cansancio un factor negativo para ellos, así mismo, algunos referían que su asistencia al centro del adulto mayor se basaba netamente al área de distracción; es por ello que solo se logró trabajar con la población que se encontraba dispuesta a participar de la presente investigación.

Así también, de acuerdo a la muestra de 369 sujetos con los cuales se trabajó, según Comrey y Lee (1992, p.217) sugieren que: “la adecuación del tamaño muestral podía ser evaluada con la escala siguiente: 50 muy deficiente; 100 deficiente; 200 aceptable; 300 bueno; 500 muy bueno, 1000 o más excelente”. Siendo así que la muestra obtenida se encuentra dentro del rango de bueno para la realización de la investigación. Por otro lado, las edades de los partícipes de la investigación fluctuaban entre los 60 y 90 años, los cuales son asistentes activos al

Centro del Adulto Mayor de Trujillo. Así mismo se procedió a aplicar los instrumentos bajos los estándares de aplicación. Luego de la tabulación se siguieron distintos procesos estadísticos en donde se lograron establecer la validez y la confiabilidad por consistencia interna. Sin embargo, para poder sustentar mejor el establecimiento de las propiedades psicométricas, es pertinente realizar un esbozo del instrumento.

El Cuestionario de Calidad de Vida, en sus siglas Británicas WHOQOL – BREF la cual es una versión abreviada del WHOQOL – 100, en donde se extrajeron 26 ítems de la evaluación original el cual constaba de 100 ítems, fue creado por la Organización Mundial de la Salud, en el año de 1998, para poblaciones de adultos, con la finalidad de la evaluación de la Calidad de Vida, en relación a la percepción que tiene una persona de su posición en la vida en el sistema de valores, en el contexto de la cultura en los que vive y en relación a sus expectativas, objetivos, estándares y preocupaciones, mediante 4 dimensiones, denominadas como salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente.

Habiendo esclarecido el constructo del que se parte y aplicado la escala, se abre paso al cumplimiento de objetivos específicos, tomando como principio la validez basada en el contenido. En tal caso, se procedió en primera instancia a realizar la prueba piloto a 26 sujetos en los cuales se obtuvo como resultado a través de los índices de homogeneidad que el ítem 3 reportó un resultado de  $-.087$ , así mismo, el ítem 4 tuvo un  $-.110$ , y el ítem 11 presentó un  $-.067$ ; por lo cual, según Kline (1995), resultados inferiores a  $.20$  son deficientes o insuficientes, por lo cual se procedió a realizar la evaluación en claridad y coherencia de 9 jueces con grado académico de Magister o Doctor, especializados en el área clínica, se decidió, conforme la propuesta de Lawshe (1975), aceptar aquellos ítems con puntuaciones  $> .80$  en la V de Aiken en cada uno de los tres criterios para ser considerados como válidos.

Así mismo, los criterios a ser considerado para la evaluación de los jueces fue la claridad entendida como niveles de sintaxis y semántica adecuados, y coherencia

o congruencia entre el ítem y su definición. El ítem 4 obtuvo un puntaje inferior a .80 lo que indica niveles estadísticamente no significativos, revelando una adecuación lingüística.

Una vez comparados estos dos criterios y, de acuerdo a la propuesta teórica dada por la OMS, se optó por modificar los ítems teniendo cuidado en que no exista una modificación total que perjudicara el cuestionario. Por lo que se procedió en su modificación por criterio de jueces del ítem 4 a: “¿Cuánto necesita de tratamientos médicos para desempeñarse en su vida diaria?”, así también los ítems 3 y 11 también fueron modificados, sin embargo, en tal caso los jueces aceptaron la propuesta de modificación de los ítems brindada por la autora, siendo el resultado de ello: “¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide realizar sus actividades? (ítem 3)” y “¿Acepta su apariencia física? (ítem 11)”. Así mismo, cabe indicar que en Trujillo no existen antecedentes de validez basada en el contenido mediante el criterio de jueces del instrumento WHOQOL – BREF por lo que se creyó pertinente realizarlo como primer objetivo.

El segundo objetivo específico estuvo orientado a lograr la validez basada en la estructura interna bajo el análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC); siendo así que se refiere al grado en que un test mide la construcción teórica elaborada respecto de la conducta que se mide (Sánchez y Reyes, 2009). Previo al AFC y AFE se analizaron los supuestos para poder determinar que método estadístico utilizar (Páez, Morales & Saravia, 1992) en donde se encontraron índices de asimetría con valor absoluto entre -1.13 y .46 e índices de curtosis entre -1.30 a .57 inferiores a 1,5; asimismo, en la matriz de correlaciones policóricas se observaron índices de correlación entre -.05 y .40 indicando ausencia de multicolinealidad, además el Análisis Multivariante de Mardia mostró un p-valor de 1.00 en el test de asimetría y un p-valor menor a .001 en el test de Curtosis evidenciando una distribución normal múltiple en los ítems, además las medidas de adecuación muestral mostraron un valor de KMO de .87, el cual se considera satisfactorio según Kaiser (1970); y un p-valor menor a .001 en el Test de Bartlett, además correlaciones mayores a .32 entre los factores del modelo teórico.

Se realizó la validez basada en la estructura interna bajo del análisis factorial confirmatorio el cual se define como el grado en que un instrumento evalúa la construcción teórica sobre la cual ha sido creada (Alarcón, 2008). Siendo así que en la Tabla 8 muestra los resultados del análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo, obtenidos mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, el cual según Ferrando y Anguiano – Carrasco (2010) forma parte de uno de los métodos de estimación de factores más recomendados. Así mismo, se encontró para el modelo teórico de cuatro factores 4FT una razón  $\chi^2/df$  de 1.8, un RMR de .06 y un GFI de .93, además los índices de ajuste comparativo muestran un RFI de .88 y un NFI de .89, mientras que los índices parsimónicos muestran un PGFI de .76, un PNFI de .79 y un AIC de 1106, mientras tanto en el modelo estimado de seis factores se muestran los mejores índices de ajuste con una razón  $\chi^2/df$  de 1.6, un RMR de .06 y un GFI de .95, además los índices de ajuste comparativo muestran un RFI de .90 y un NFI de .91, mientras que los índices parsimónicos muestran un PGFI de .75, un PNFI de .78 y un AIC de 985. En tanto se puede concluir que la estructura de 4 dimensiones propuesta por el autor si presenta una adecuada bondad de ajuste, sin embargo, la propuesta de la nueva estructura de 6 dimensiones muestra índices de bondad de ajuste más elevados con respecto a los otros modelos (Pérez, Medrano & Sánchez, 2013).

Así mismo, según la investigación psicométrica realizada por López, Gonzáles y Tejeda (2011) se obtuvo como resultado que en el análisis factorial confirmatorio los datos mostraron un ajuste débil con el modelo teórico de cuatro factores; por lo que se eliminaron 7 reactivos observándose mejores resultados en el ajuste del modelo aunque de manera insuficiente (GFI .869, RFI .539, RMR .092, PGFI .713). Es por ello, que se puede inferir que la investigación realizada presenta similitud de resultados ya que en el presente caso muestra un mejor ajuste en la nueva estructura propuesta; del mismo modo, en la investigación realizada por López, Gonzales y Tejeda se propone eliminar 7 reactivos, sin embargo continua presentando un ajuste débil en el modelo teórico de cuatro factores.

Para la obtención de la validez basada en la estructura interna se aplicó la técnica del análisis factorial exploratorio (AFE) el cual da a conocer la existencia de

interrelaciones de los datos para disminuir el número de factores comunes bajo los cuales debe describirse la calidad de vida o puntuación obtenida por el sujeto evaluado (Aiken, 1996); así mismo, se propone una estructura empírica del instrumento contrastándola con la teórica. Por otro lado, en la figura 1 se presentan los autovalores obtenidos por cada factor, calculados con la data real (línea azul) y los generados con datos al azar (línea roja) de acuerdo al método paralelo basado en el análisis factorial de rangos mínimos (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) a partir de la matriz de correlaciones policóricas, observándose a un primer factor con un autovalor destacable de los demás, seguido de dos factores con un autovalor también superior al obtenido por los datos al azar además de tres factores más con los que sumarian seis factores con autovalores mayores a 1, de acuerdo a la regla K1 (Kaiser, 1960).

Una vez superadas estas condiciones que avalan la aplicación del AFE, según la Tabla 6 se presenta que la estructura propuesta no corresponde a la estructura sugerida por el modelo original del Cuestionario de Calidad de Vida, ya que el número de reactivos han interactuado sugiriendo una nueva agrupación la cual se analizaran las estructuras de 2 a 6 factores para evaluar sus cualidades de estimación, posterior al análisis factorial exploratorio que será expuesto líneas abajo. Siendo así que por medio del método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados y la rotación promin, se obtuvo como resultado que el AFE propone de 2 a 6 factores, siendo la primera estructura la de dos factores, el cual muestra cargas factoriales entre .38 y .71 y comunalidades entre .11 a .58, siendo así que solo logra explicar un 39.53% de la variabilidad total de la escala, por lo que se continúa realizando el análisis de 3 factores donde presenta cargas factoriales entre -.43 a .76 y comunalidades entre .13 a .66, explicando solo un 45.24% de la variabilidad total de la escala, así mismo la estructura de cuatro factores muestra cargas factoriales entre -.43 a .76 y comunalidades entre .13 a .66, explicando solo un 45.24% de la variabilidad total de la escala, así también, la estructura de cinco factores presenta cargas factoriales entre .34 a .80 y comunalidades entre .16 a .66, explicando solo un 55.06% de la variabilidad total del cuestionario. Es por ello, que se indica que las estructuras de 2 a 5 factores, al agruparse de tal manera, no explican muy bien las correlaciones entre los ítems, es decir, no explican

adecuadamente la variabilidad de los ítems; así también se puede indicar que, según Tabachnik y Fidell (2001), las cargas factoriales obtenidas por las estructuras anteriores son aceptables ya que muestran valores mayores a .32.

Por otro lado, la estructura de 6 factores muestra cargas factoriales entre .36 y .77 y comunalidades entre .28 a .69, explicando solo un 59.6% de la variabilidad total del cuestionario, siendo así que indica que la estructura de 6 factores explica más del 50% de la varianza (Costello & Osborne, 2005) a comparación de las estructuras propuestas anteriormente, es decir, la nueva estructura propuesta otorga más de la mitad de información de la variable, lo cual significa que el contenido conceptual de los ítems se encuentran representados adecuadamente.

A comparación de la estructura original propuesta por WHO en 1998, el cual determinó una composición de 4 factores: Dimensión Salud Física (ítems 3,4,10,15,16,17,18), Dimensión Salud Psicológica (ítems 5,6,7,11,19,26), Dimensión relaciones sociales (ítems 20,21,22) y Dimensión ambiente (ítems 8,9,12,13,14,23,24,25), la nueva estructura de 6 factores reagrupa las dimensiones, en: Dimensión Ambiente 1 (ítems 23,24,25), Ambiente 2 (ítems 8,9,12,13,14), Dimensión Psicológica 1 (ítems 5,6,19) y Dimensión Psicológica 2 (ítems 7,11,26), sin embargo la Dimensión Salud Física (ítems 3,4,10,15,16,17,18) y Relaciones sociales (ítems 20,21,22) se mantienen agrupados como se establece en el modelo teórico original. Es por ello que se propuso que la Dimensión Psicológica 1 se renombre en Bienestar psicológico y espiritual (ítems 5,6,19) Dimensión Psicológica 2 se renombre por Comprensión de sí mismo (ítems 7,11,26), Dimensión Ambiente 1 se propuso como nombre Calidad del ambiente (ítems 23,24,25), y Dimensión Ambiente 2 se renombró por Servicios de salud y social (ítems 8,9,12,13,14).

Según la investigación psicométrica realizada por Urzúa y Caqueo (2013) obtuvieron que a pesar de que el modelo teórico de 4 factores presenta un ajuste absoluto no es compatible con estos resultados. Es por ello que, en contraste a la presente investigación, se puede indicar que existe similitud de resultados ya que

el AFE propone una estructura de 6 dimensiones las cuales se reagrupan y 2 de las dimensiones se mantienen. Por otro lado, se puede concluir que la población del adulto mayor de Trujillo presenta ciertas condiciones de vida muy específicas, por lo cual la nueva estructura de 6 dimensiones, con ítems más direccionados, especifica mejor como perciben la calidad de vida.

Una vez evaluados los supuestos se realizó el cumplimiento del cuarto objetivo específico, el cual se enfocó en la obtención de la confiabilidad de las puntuaciones mediante el método de consistencia interna, la que es definida como la precisión y exactitud de las puntuaciones al procurar minimizar los errores de medición (Aiken, 1996); por medio del Omega Corregido (Tabla 9), se obtuvo como resultado la dimensión Calidad del Ambiente presenta .72, Salud Física .75, Bienestar Psicológico y Espiritual .68 y Servicios de Salud y Social presenta .68 lo cual indica que presentan una buena confiabilidad, sin embargo, la Dimensión Comprensión de sí mismo presenta .44 y Relaciones Sociales .49, indica que no presentan una buena confiabilidad; según Katz (2006), considera que presenta una buena confiabilidad valores mayores a .65., por lo que se infiere que los resultados obtenidos muestran que los índices de consistencia interna de la nueva estructura de 6 dimensiones presentan una confiabilidad de moderada a aceptable.

Por otro lado, no se calculó la medida de confiabilidad por consistencia interna del modelo teórico propuesto por el autor, dado que no cumple con el supuesto de unidimensionalidad, el cual indica que los factores deben puntuar mayor a 1 (Frías-Navarro & Pascua, 2012); es por ello, que se puede concluir que el nuevo modelo de 6 dimensiones propuesto puede servir para investigaciones de poblaciones grupales y teóricas ya que cuenta con valores mayores a .60 (Morales, 2007).

Finalmente, es necesario recalcar la importancia del estudio de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor ya que la población longeva va aumentando día tras día y la vulnerabilidad en la que se encuentran es aún mayor, lo que indica que en un futuro próximo se tendrá una población aún más grande de la que se tiene en la actualidad lo cual implicaría mayor búsqueda de la calidad de vida en los adultos mayores, es decir, encontrar la manera de que la población anciana tenga una buena vejez. Es



por ello, que los pasos para determinar sus propiedades psicométricas obedecen a la rigurosidad que se debe exigir a los instrumentos de medición; después de este primer estudio, se puede comprobar que en la población del adulto mayor de Trujillo existe un nuevo modelo estimado de 6 factores el cual presenta mejores resultados en validez, y confiabilidad de moderado a aceptable, lo cual indica que la teoría propuesta por el autor es adecuada, sin embargo, la población longeva de Trujillo diferencia las dimensiones, además, existe presencia de diferencias transculturales, por lo que se establece la pauta para futuros estudios en contextos afines.

## **V. CONCLUSIÓN**

- En cuanto a la Validez basado en el contenido del Cuestionario de Calidad de Vida a través del Coeficiente V. de Aiken se determinó la modificación de 3 ítems mediante el juicio de 9 expertos en los criterios de claridad y coherencia.

- Se determinó evidencias de Validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio obteniéndose una estructura de 6 factores con índices de bondad de ajuste más elevados a comparación del modelo teórico original.
- Se halló evidencia de la Validez basada en la estructura interna mediante la técnica de análisis factorial exploratorio con el método de mínimos cuadrados no ponderados y con rotación promin, muestra una estructura de seis factores, explicando un 59.6% de la variabilidad total del cuestionario.
- Se obtuvo la Confiabilidad de las puntuaciones mediante el método de consistencia interna del modelo estimado de seis factores con valores entre .44 a .75; con apreciaciones desde moderado a aceptable.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Continuar con los estudios psicométricos utilizando el Cuestionario de Calidad de Vida en adultos mayores, así también en distintas poblaciones o regiones del Perú.
- Revisar la dimensión Comprensión de sí mismo y Relaciones sociales que presentaron un nivel más bajo de confiabilidad y reformular su redacción o evaluarlos en una muestra más numerosa.
- Se recomienda mejorar los ítems 3 y 4 de la dimensión Salud Física y ordenarlos en una posición cercana a los ítems de la misma dimensión.
- Ampliar el estudio del Cuestionario de Calidad de Vida con otras variables.

## **VII. REFERENCIAS**

Aiken, L. (1996). *Tests psicológicos y evaluación*. (11ª ed.). México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.

Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. (1ra edición). Perú: Editorial Universitaria.

- Asociación Americana de Psicología (2010). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association (Apa). *Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*. Recuperado de: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/Codigo\\_APA.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf)
- Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., & Ribeiro, O. (2017). Percepção de Apoio Familiar do Idoso Institucionalizado com Dependencia Funcional. *Enfermería Universitaria*. 14(2), 97 – 103.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison – Wesley Pub. Co.
- Comrey, A. & Lee, H. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Craig, J. (1997). *Desarrollo Psicológico* (7<sup>a</sup> ed.). Mexico: Editorial Prentice Hall.
- Cohen, R., & Swerdlik, M. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. (4<sup>ta</sup> ed.). México D.F.: Mc Gran-Hill.
- Costello, A., & Osborne, J. (2005). Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Cardona, M., Chiner, E., y Lattur, A. (2006). *Diagnóstico psicopedagógico*. Alicante: Club Universitario.
- Cornachione, M. (2006). *Vejez. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. (1<sup>o</sup> ed.). Córdoba: Editorial Brujas.
- Cardona, J., Ospina, L. y Eljadue, A. (2015). Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL – BREF y el MOSSF – 36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Fac.*

*Nac. Salud Pública*, 33(1). 50-57. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a07.pdf>

Colegio de Psicólogos del Perú. (SF). *Código de ética profesional del psicólogo peruano*. Ed. Del CDN del Colegio de Psicólogos del Perú.

Dos Santos, M., & Rocha B., A. (2017). A Atuação do Psicólogo na Promoção da Qualidade de Vida a Idosos Asilados. *Revista UNINGÁ Review*, 29(3), 132 – 137.

Erickson, H. (1986). *La Adultez*. México: Editorial FCE.

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejon, M., Carrasco, R., y Burnout, A. (2011) Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL - BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile*. 139, 579 – 586. Recuperado de:  
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>

Elosua, P., y Bully, P. (15 de octubre de 2012). *Prácticas de Psicometría: Manual de Procedimiento* (1° ed.). Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Recuperado de:  
[www.argitalpenak.ehu.es/.../Psicometria\\_Elosua%20Bully.pdf](http://www.argitalpenak.ehu.es/.../Psicometria_Elosua%20Bully.pdf)

El Comercio (1 de octubre, 2013). Los mejores (y los peores) países para ser viejo. *Grupo el Comercio*. Recuperado de:  
<http://elcomercio.pe/mundo/actualidad/mejoresy-peores-paises-viejo-noticia-1638531>

Ferrando, P. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18 – 33.

Flores, M., Rodríguez, C., Gonzáles, M., López, M., Cardona, G. Barboza, M. y Ávila, M. (2013). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. *Uaricha*

10 (21). 1-13. Recuperado de:  
[http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha\\_1021\\_001-013.pdf](http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1021_001-013.pdf).

Fernandes, P. (2014). Interface entre a psicologia e a terceira idade: histórias, memórias e vivências. *Revista de Psicologia e Foco*, 4(1).

Ham, R. (1996). El Envejecimiento: Una Nueva Dimensión de la Salud en México. *Salud Pública Mex.* 38(6), 409 – 418.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed.). México: Mc Graw – Hill.

Instituto Nacional de Informática y Estadística (2014). 11 de julio día mundial de la población. *INEI*. Recuperado de:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib57/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib57/libro.pdf)

Instituto Nacional de Informática y Estadística (junio, 2016). Situación de la población Adulta mayor Enero –Febrero – Marzo 2016. *INEI*. Recuperado de:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf)

Joy, T., Rothschild, M., Alvarado, J., y Vargas, J. (2006). *Calidad de vida en el adulto mayor. Principales factores de medición*. (1ª ed.). Lima: CENTRUM.

Kaiser, H. (1960). The application of electronic computes to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141 – 151.

Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401 - 415.

Kline, P. (1995). *The handbook of psychological testing*. Londres: Routledge.

- Katz, M. (2006). *Multivariable analysis* (2a Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lawshe C. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 28(4), 563 – 575.
- Laslett, P. (1996). "What is old age? Variation over time and between cultures". In: G. Caselli; A. D. Lopez. *International studies in demography: health and mortality among the elderly, issues for assessment*. 21 – 38.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34, 347 – 356.
- Lefrancois, R. (2001). *El Ciclo de la vida* (6ª ed.). México: Thomson.
- Labiano, M. (2002). *Introducción a la psicología de la salud*. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.
- Montero, I. & León, O. (2007). Guía para Nombrar los Estudios en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (3), 867 – 862.
- Morales, V. (18 de Septiembre de 2007). *La fiabilidad de los tests y escalas*. Recuperado de: <http://web.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf>
- Nunnally, J. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Guia global: cidade amiga do idoso*. OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3ª ed.). México: Cengage learning

- Organización Mundial de la Salud (2016). *Envejecimiento y ciclo de vida*. WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Paez, D., Valencia, J., Morales, B & Saravia, N. (1992). *Teoría y método en psicología social*. (1<sup>ra</sup>). Barcelona: Anthropos.
- Pérez, Medrano & Sánchez (2013). El Path Analysis; conceptos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias de Comportamiento*, 5 (1) 22-56.
- López, J., González, R., & Tejada, Juan. (2016). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 44 (2), 105 – 115.
- Rice, P. (1996). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital* (2<sup>a</sup> ed.). México: Prentice Hall Hispanoamérica.
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica* (4<sup>a</sup> ed.). Lima, Perú: Visión Universitaria.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2001). *Using multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Timmerman, M. & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16 (2), 209-220.
- Tinoco, E., Tinoco, L., & Carvalho, A. (2015). Envelhecimento Saudável: O que Dizem os Idosos e os Profissionais da Área de Psicologia. *Polêm!ca*, 15(1). Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/16008/12016>

Urzúa, A., y Caqueo, A. (2013) Estructura factorial y valores de referencia del WHOQOL – BREF en población adulta chilena. *Rev Med Chile* 141(12). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001200008&script=sci\\_arttext&tIng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013001200008&script=sci_arttext&tIng=e)

Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 19(2). 50-135. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>

Wilson, P. (1986). Considerations for general systems theory. *Revista De Administração Pública*, 20(2), 71-89. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/1643152606?accountid=37408>

World Health Organization (1998). *WHOQOL User Manual*. Ginebra: Programme On Mental Health.

## VIII. ANEXOS

- ✓ Instrumento
- ✓ Carta de Consentimiento Informado
- ✓ Validación de los instrumentos
- ✓ Matriz de Consistencia



## Anexo 1

### *Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL - BREF)*

#### **Instrucciones**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **elija la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

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

	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
		1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
		1	2	3	4	5

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

### Gracias por su ayuda

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide realizar sus actividades?	1	2	3	4	5

4	¿Cuánto necesita de tratamientos médicos para desempeñarse en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Acepta su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como	1	2	3	4	5

	tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					
--	---	--	--	--	--	--

**¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?**

**GRACIAS POR SU AYUDA**

Anexo 2  
*Carta de Testigo*

### **CARTA TESTIGO**

**Lugar y Fecha:**

---

**Por medio del presente acepto autorizar la participación de los asistentes al taller que tengo a cargo como docente, en el protocolo de investigación titulado: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE TRUJILLO.**

**Asimismo, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi autorización en el estudio, que son los siguientes:**

El investigador responsable se ha comprometido a otorgarme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mis alumnos, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que los asistentes a mi taller conservan el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio ni a los asistentes al taller y de que los datos relacionados con ellos serán manejados en forma confidencial.

---

Nombre y Firma del Docente

---

Nombre y Firma del Investigador Responsable