



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte -Trujillo, 2019

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

AUTORAS:

Castillo Romero, Carla Jahayra (orcid: 0000000278383131)

Cueva Sánchez, Maricielo Ysabel (orcid: 0000000222559986)

ASESORA:

Dra. Aguilar Armas, Haydee Mercedes (orcid: 0000000193686184)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

Trujillo – Perú

2019

PÁGINA DE JURADO



Dra. Haydee Mercedes Aguilar Armas

Presidente



Dra. Patricia Ibeth Tirado Bocanegra

Secretaria



Mg. Lilia Marina Zegarra Pereda

Vocal

DEDICATORIA

A Dios por acompañarnos en cada pequeño y gran paso de vida guardándonos con amor incondicional.

A nuestros amados padres por brindarnos su apoyo, comprensión, soporte emocional y confianza a cada una de nosotras siendo un factor de motivación para desarrollarnos personal y profesionalmente.

A nuestros amigos más cercanos por su paciencia, complicidad, comprensión y alegría representando una fuente de energía inagotable.

LAS AUTORAS

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar nuestra mejora continua y acompañarnos en el proceso de convertirnos en profesionales de la salud mental.

A la Universidad César Vallejo por consagrarnos con su extraordinaria formación académica y a los profesores que con sus valores, capacidad intelectual, enseñanza eficaz y calidad humana lograron compartir sus conocimientos.

Al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte de Trujillo por brindarnos su apoyo incondicional en la realización de la presente investigación.

A nuestra asesora, Dra. Aguilar Armas Haydee Mercedes, por su paciencia, dedicación y guía constante en el desarrollo y ejecución de nuestra investigación.

A nuestros queridos familiares por su amor, compañía incondicional y por impulsar nuestro desarrollo como mujeres.

LAS AUTORAS

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotras, Carla Jahayra Castillo Romero, con DNI N°47056880 y Maricielo Ysabel Cueva Sánchez, con DNI N°47183419 a disposición de cumplir con los reglamentos en cuestión de los Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, con el propósito de obtener el grado académico de Licenciadas en la carrera de Psicología.

Por tales motivos declaramos bajo juramento que la investigación “Evidencias de Validez y Confiabilidad del Cuestionario Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte-Trujillo, 2019”, es veraz y autentica y cumple con el desarrollo ético de la universidad.

Por lo cual nos responsabilizamos ante cualquier observación o falsedad que se encuentre y someternos a la sanción por el incumplimiento de alguna norma.

Trujillo, 30 de Setiembre del 2019

Br. Castillo Romero, Carla Jahayra
DNI N° 47056880

Br. Cueva Sánchez, Maricielo Ysabel
DNI N° 47183419

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cuanto al cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la universidad Cesar Vallejo, presento ante ustedes la tesis que denominada: Evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte-Trujillo, 2019, la misma que sometemos a vuestra consideración y esperamos cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de psicología.

Trujillo, 30 de setiembre del 2019

Br. Carla Jahayra Castillo Romero

Br. Maricielo Ysabel Cueva Sánchez

RESUMEN

La presente investigación instrumental tuvo como objetivo determinar las evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en 325 pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte de Trujillo, pacientes de ambos sexos y cuya edad promedio es de 58 años. En cuanto al análisis inferencial se empleó el método máxima verosimilitud hallándose cargas factoriales de .12 a .87. Referente al análisis factorial exploratorio se derivaron dos nuevas estructuras, 2FR₂₄ y otra 2FR₁₀, presentando cargas factoriales de .00 a .86 y una correlación de .44. Mientras que la segunda estructura muestra cargas factoriales de .58 a .89 y una correlación de .47, cumpliendo con los valores esperados. Respecto a los índices de ajuste solo la estructura 2FR₁₀ muestra valores satisfactorios. Asimismo, los modelos de 4FR₂₄ y 2FR₂₄, la convergencia observada mediante la varianza media extraída AVE muestra un valor menor a .50 en sus factores a comparación del modelo 2FR₁₀ el cual presenta un valor mayor .50. En tanto a la matriz de discriminación mediante raíz de la varianza media extraída muestra una mayor correlación en el último modelo propuesto. Finalmente, se determinó la consistencia interna de las tres estructuras derivadas de la versión breve del cuestionario calidad de vida a través de coeficiente de omega de Mc Donald observándose valores .71 a .90 y, Coeficiente H valores .76 a .93, índices que se ubican dentro de rango moderado y muy elevado, respectivamente.

Palabras Claves: Cuestionario Calidad de Vida, Validez, Confiabilidad y Pacientes Oncológicos.

ABSTRACT

The present research of the instrumental had main objective to determine validity and reliability of the questionnaire of quality of life in 325 oncological patients of the Regional Institute of Neoplastic Diseases North of Trujillo, patients of both sexes and an average age of 58 years. Regarding the inferential analysis, the maximum verisimilitude method was used, finding factor loads of .12 to .87. It was realized of an exploratory factorial analysis of two structures, 2FR₂₄ and 2FR₁₀, presenting factorial loads of .00 to .86 and a correlation of .44. While the second structure shows factorial loads of .58 to .89 and a correlation of .47, fulfilling the expected values. Respect to adjustment indices only structure 2FR₁₀ shows satisfactory values. Also, the models of 4FR₂₄ and 2FR₂₄, the convergence observed by the Average variance extracted AVE shows a value lower than .50 in its factors compared to the 2FR₁₀ model which has a higher value .50. In as much the matrix of discrimination by means of the extracted average variance shows a greater correlation in the last proposed model. Finally, the internal consistency of the structures derived from the short version of the quality of life questionnaire was determined through Mc Donald's omega coefficient, observing values of .71 and .90 and Coefficient H values .76 and .93, indexes are within a moderate and very high range, respectively.

Key Words: Quality of Life Questionnaire, Validity, Reliability and Oncological Patients.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MÉTODO	19
2.1. Diseño de Investigación	19
2.2. Operacionalización de la variable	19
2.3. Población y Muestra	20
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	21
2.5. Procesamiento de datos	23
2.6. Métodos de análisis de datos	23
2.7 Aspectos éticos	24
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIÓN	38
VI. RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS.....	39
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
<i>Cuadro de operacionalización de la variable Calidad de Vida.....</i>	21
Tabla 2	
<i>Estadísticos descriptivos univariados y multivariados del Cuestionario WHOQOL-BREF</i>	27
Tabla 3	
<i>Matriz de coeficientes estandarizados del Cuestionario WHOQOL-BREF.....</i>	28
Tabla 4	
<i>Índices de ajuste del Cuestionario WHOQOL-BREF.....</i>	32
Tabla 5	
<i>Índices de validez Convergente y Discriminante del Cuestionario WHOQOL-BREF..</i>	33
Tabla 6	
<i>Coefficientes de confiabilidad del Cuestionario WHOQOL-BREF.....</i>	34

I. INTRODUCCIÓN

Definir calidad de vida como un concepto positivo implica algo más que la ausencia de una enfermedad o discapacidad, involucra el funcionamiento eficiente de la mente, el cuerpo y la adaptabilidad con el entorno social. Es coherente señalar que la calidad de vida es un aspecto que alude a un conjunto de aspectos objetivos que involucran satisfacer necesidades básicas fisiológicas y de seguridad. Así como, aspectos subjetivos ligados a gozar de bienestar mental, satisfacción individual y desarrollo intrapersonal (Godoy, 2000). Por ende, el concepto calidad de vida incluye el disfrute del bienestar emocional, físico y material que permita una independencia propia al ciclo vital de una persona. Del mismo modo, se conjuga con las capacidades de relacionarse interpersonalmente, integrarse socialmente y respetar los derechos propios y ajenos. Por lo tanto, la calidad de vida es un parámetro individual asociado al grado de satisfacción interna y aprobación de factores extrínsecos que condicionan la vida de una persona (World Health Organization [WHO], 1998).

El padecimiento de neoplasia maligna, es una afección permanente que al menos uno de cada cinco hombres y una de cada seis mujeres padecerá en el transcurso de su vida. A nivel mundial 18,1 millones presentan este diagnóstico clínico impactando negativamente en la funcionalidad de la persona y conduciendo a muertes prematuras de alrededor 9,6 millones de pacientes oncológicos tras su detección (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2018).

Se enfatiza la incidencia de casos reportados en los países emergentes debido a la elevada tasa de mortalidad presentada, esto debido principalmente al diagnóstico tardío asociado a las políticas gubernamentales y al sistema de salud endeble que repercute en la oportuna detección y tratamiento interdisciplinario necesario para preservar la vida, panorama distinto suscitado en países desarrollados (Salas, 2014).

En la última década la unidad estadística del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo, reportó 13,639 casos de neoplasias siendo los de mayor incidencia los carcinomas de cuello uterino (12.97%), mama (12.42%), estómago (10,41%), piel (9.87%), próstata (7.98%) y colon rectal (6.22%). Respecto a las características de la población el promedio de edad para recibir un diagnóstico de algún tipo de carcinoma es de 60 años, siendo el sexo femenino el que predomina sobre el masculino a razón de 1.6 a 1 (Yache y Morales, 2017). El cáncer no solo provoca estragos a nivel personal sino que además causa estrés familiar, problemas laborales o académicos y gastos económicos, debilitando globalmente a la persona

debido al curso de la enfermedad. Los síntomas físicos persisten a lo largo de la enfermedad, comúnmente se presenta un malestar general hasta un sufrimiento de dolores intensos que incapacitan temporalmente a la persona (Salas, 2014).

El cáncer en su fase más avanzada provoca una alteración en la homeostasis natural del organismo, presentándose síntomas como inapetencia, estreñimiento, debilidad muscular, fatiga, disfagia, dispepsia, náuseas, vómitos, etc. u otros que se exteriorizan como secuelas del tratamiento recibido o conocidos también como efectos secundarios (Galve,2007).

A nivel psicológico, los pacientes oncológicos manifiestan crisis emocionales relacionadas a las expectativas de sensación de dolor, la concepción de la muerte y sufrimiento psíquico profundo dando paso a cuadros psicológicos complejos anudados al diagnóstico de cáncer que altera la forma de percepción y las decisiones asociadas a la vida (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda, & Galanos, 2005). Sumándose una disminución de las capacidades cognitivas, perturbación del ciclo del sueño, pensamientos suicidas, estado frecuente de inquietud y preocupación, prevaleciendo un sentir anhedónico por las actividades cotidianas que afecta directamente la forma de vida del paciente y sus relaciones interpersonales e impactando incluso en el proceso de adherencia al tratamiento (Consejo de Salubridad General, 2010), resultando un factor de riesgo que repercute en la recuperación y elevando la tasa de mortalidad de la población oncológica (House, Knapp, Bamford & Vail, 2001).

La medición del constructo calidad de vida busca finalmente ofrecer al personal profesional y técnico una base para la atención e intervención eficaz, evaluando las dimensiones que constituyen este constructo posibilita desarrollar acciones oportunas centradas en el paciente y atender las necesidades nacientes propias de la enfermedad a favor de mantener un estado de alivio y control. Para ello, se han diseñado diversos instrumentos psicométricos para valorar el sentir del paciente de manera general y específica asociado a la percepción sobre el estado de la salud, en esta sección se halla el Cuestionario WHOQOL-BREF orientado a evaluar multidimensionalmente la perspectiva individual de la salud en adultos con o sin enfermedad (Verdugo, Arias, Gómez y Schalock, 2009).

Paralelamente, se presentan instrumentos dirigidos a recoger información de personas allegadas al usuario que siguen permanentemente el proceso de la enfermedad y pueden emitir una valoración de la calidad de los servicios médicos, la adherencia al tratamiento, programas de salud, etc. (Verdugo et al., 2009). En tanto, la Escala Calidad de Vida- GENCAT es una herramienta dirigido a profesionales de la salud, familiares u otra persona cercana al paciente mayor de 18 años, la cual está comprendida por ocho dimensiones que busca dar una atención integral a las demandas de los usuarios (Verdugo et al.,2009). Otro dispositivo es la Escala

Integral de Calidad de Vida, es un instrumento orientada a evaluar adultos con discapacidades cognitivas, constituidas por dos dimensiones (Verdugo et al., 2009). De la misma manera, la Escala INICIO-FEAPS, es un instrumento dirigido a personas con discapacidad cognitiva y de desarrollo, compuestas por un total de ocho dimensiones (Verdugo et al., 2009). Asimismo, el cuestionario Sevilla de la Calidad de vida, tiene como objetivo evaluar a personas con diagnósticos psiquiátricos (Verdugo et al., 2009). Al igual que, Entrevista de Calidad de Vida de Lehman, esta versión sirve para evaluar a las personas con enfermedad mental crónica (Verdugo et al., 2009). Finalmente, la Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia (QLS), es otro instrumento de cuatro dimensiones, que evalúa la percepción de la calidad de vida en personas esquizofrénicas sin internamiento (Verdugo et al., 2009).

A comparación de los diferentes instrumentos previamente citados, el cuestionario calidad de vida versión resumida o WHOQOL- BREF por sus siglas en inglés está constituido por 26 reactivos categorizados en cuatro dimensiones, Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente, valorando la naturaleza multifactorial del constructo en adultos en general como en pacientes. Este instrumento se enfoca en recoger la percepción que el usuario tiene sobre su vida indistintamente de su condición médica y los tratamientos de salud asociados.

Por lo antes expuesto, se considera al cuestionario WHOQOL- BREF un instrumento útil para la evaluación sistemática de aspectos relevantes asociados a la salud y el desarrollo psicosocial de una persona ofreciendo información al personal especializado para direccionar las líneas de intervención de manera oportuna con una visión holística para preservar la funcionalidad de los pacientes y promover la autonomía a favor de conservar la calidad de la vida.

Diversos investigadores se han interesado por evidenciar las cualidades psicométricas del mencionado instrumento que garanticen una medición acertada de su realidad, tal como:

López, González y Tejada (2017) investigaron las características psicométricas de la escala de calidad de vida WHO QOL BREF en 678 adultos mexicanos con cualidades distintas, (491) estudiantes, (87) choferes y (100) enfermos crónicos. Mencionados autores encontraron un ajuste débil de los 4 factores en el análisis factorial confirmatoria realizada. Sin embargo, tras eliminar 7 reactivos (1, 2,6, 7, 14, 15 y 25) se obtuvo un RMR de .092, un GFI de .869, NFI .589, RFI .539, PRATIO .891 y PGFI .713, índices de ajuste que muestra una mejoría, aunque no sustancial. En cuanto a la consistencia interna del instrumento se determinó mediante el alfa de Cronbach alcanzando valores mayores a .70 en las diferentes dimensiones y .90 escala global.

Ramos (2017) llevó a cabo un estudio para evidenciar las condiciones psicométricas del cuestionario de calidad de vida versión abreviada, en 369 personas de la tercera edad en la ciudad de Trujillo. La autora halló a través del análisis confirmatorio que el instrumento presenta una validez interna mayor .50 excepto los reactivos 4, 14, 21, 24 y 26 los cuales presentan una carga menor a .50. Por lo que preciso realizar un análisis factorial exploratorio empleando el método de mínimos cuadrados no ponderados y rotación promin elaborándose una estructura nueva de seis factores con cargas factoriales de .36 y .77. Asimismo, sus índices de ajuste absoluto se dan con una razón $\chi^2/g.l$ de 1.8, un RMR de .06, un GFI de .93. Mientras que, el ajuste comparativo muestra un RFI de .88 y un NFI de .89. Por otro lado, el ajuste parsimonico presenta un PGFI de .76 y un PNFI de .79 y un AIC de 11 06. En cuanto, a la consistencia interna obtenida a través del coeficiente de Omega Corregido el modelo de cuatro factores alcanzó valores de .49 a .75 y la estructura de seis factores presentó índices de .44 a .75.

Referente a la parte teórica del constructo se entiende como la opinión individual que una persona tiene respecto a su sentir frente a la vida, ligado a su esquema de creencias particulares y colectivas asociadas a la cultura de la que forma parte, al conjunto de valores que comparte y que orientan los deseos, objetivos y límites personales (WHO, 1998). Por lo tanto, el instrumento en mención no solo enfatiza el bienestar físico sino también valora aspectos inherentes a la persona como el área psicológica, social y ambiental. Los pacientes oncológicos progresivamente se ven imposibilitados involuntariamente a desenvolverse autónomamente debido al curso progresivo de la enfermedad.

El cuestionario calidad de vida está compuesta por cuatro dimensiones que valora la satisfacción en distintos dominios de la vida como:

A) Salud física:

- a) El dominio dolor y malestar, está asociado a explorar las percepciones somáticas perturbadoras y valorar la alteración que estas provocan en la vida diaria. En este dominio incluye el manejo que la persona tiene sobre el padecimiento de dolores físicos y su capacidad para sobreponerse a su dolor. Las variaciones del dolor perturban más a una persona que el dolor en sí, entendiéndose que la forma de vida se ve afectada por el tratamiento del dolor y el malestar. Las experiencias de sensaciones dolorosas varían de una persona a otra afectando distintamente la calidad de vida de una persona (WHO, 1998).
- b) El dominio de energía y fatiga está orientada a valorar la resistencia, energía y el entusiasmo que una persona presenta con el fin de desarrollar actividades diarias y

su habilidad para relacionarse con otros. La energía en un nivel óptimo se asocia a la vitalidad mientras que la extenuación de esta última se relaciona con la fatiga (WHO, 1998).

- c) El dominio sueño está enfocado a la calidad del ciclo sueño y las pausas de descanso que una persona pueda tener durante el día y la noche, así como, las alteraciones asociadas que afectan las horas de sueño de la persona y su calidad de vida (WHO,1998).
- d) El dominio de la movilidad, está relacionado a la habilidad que tiene una persona para moverse de un lugar a otro. Es aquella habilidad que una persona presenta para movilizarse libremente sin ayuda de otros (WHO,1998).
- e) El dominio de actividades cotidianas, valora la habilidad para llevar a cabo tareas frecuentes abarcando la higiene individual y el cuidado del entorno. Además, se valora el apoyo recibido de otras personas para llevar acabo dichas actividades a favor de conservar la calidad de vida (WHO, 1998).
- f) El dominio de dependencia al tratamiento médico o farmacológico, analiza la dependencia a la medicación química o alternativa para mejorar su condición física y psicológica (WHO, 1998).
- g) El dominio de capacidad de trabajo, examina la energía dirigida a desempeñar cualquier tipo de trabajo, pagado o voluntario. Es decir, la capacidad que una persona presenta para realizar un trabajo determinado por iniciativa propia (WHO,1998).

B) Salud Psicológica:

- a) El dominio de sensaciones positivas, examina las sensaciones de equilibrio y satisfacción frente a las situaciones agradables de la vida. Se recoge la perspectiva y sentimientos orientados hacia el futuro ligado a la opinión de la calidad vida (WHO ,1998).
- b) El dominio de espiritualidad y creencias personales, evalúa el esquema de creencias y sus repercusiones en la calidad de vida. Este aspecto valora las diferentes creencias religiosas, espirituales y valores personales (WHO ,1998).
- c) El dominio de pensamiento, memoria, concentración y aprendizaje, evalúa la capacidad cognoscitiva de una persona que en su dinamismo permite la toma de decisiones (WHO ,1998).

- d) El dominio de autoestima, examina el sentir personal ligado a sentimientos tanto positivos como negativos, valorando la opinión sobre la satisfacción de sí mismo y la capacidad de control (WHO ,1998).
- e) El dominio de autoconcepto, se relaciona con la definición positiva o negativa que una persona tiene de su cuerpo y su apariencia. Basado en el agrado o desagrado que puede llegar a concebir y sus deseos de mejorar sus defectos percibidos (WHO,1998).
- f) El dominio de sentimientos negativos, concierne a las sensaciones que experimenta una persona y abarca tristeza, nerviosismo, ansiedad, culpa, desesperanza, intranquilidad y su implicancia en el funcionamiento de la vida diaria (WHO ,1998).

C) Relaciones Sociales:

- a) El dominio de relaciones personales, valora la percepción acerca del amor, compañía y soporte que brinda el entorno. Asimismo, examina el grado de suficiencia para conservar relaciones interpersonales que generen bienestar físico y afectivo (WHO ,1998).
- b) El dominio de apoyo social está ligado a los sentimientos de aprobación, compromiso y disponibilidad que una persona siente en relación a su grupo primario y entorno amical. Focalizado a compartir tareas y brindar apoyo frente a situaciones complejas o problemáticas (WHO, 1998).
- c) El dominio de actividad sexual, concierne a la capacidad de expresar apropiadamente el deseo sexual de la persona y la intimidad con su par (WHO, 1998).

D) Ámbito Ambiental:

- a) El dominio de seguridad física y está asociado al sentido de seguridad e inseguridad de una persona en relación a la amenaza física que ponga en riesgo su autonomía y que afecte su calidad de vida (WHO, 1998).
- b) El dominio del ambiente en el hogar, analiza el lugar principal donde habita una persona y la manera que impacta en su vida. Las condiciones que reúna sea positiva o negativa brindará una sensación de comodidad o disconformidad en relación al lugar de hábitat (WHO ,1998).
- c) El dominio recursos económicos, explora la perspectiva del aspecto financiero y en qué grado puede brindar un estilo de vida confortable, aspecto que incide directamente en la calidad de vida de la persona (WHO, 1998).

- d) El dominio de accesibilidad y calidad del sistema sanitario y social, analiza la posición de una persona frente al cuidado de su salud y su asistencia en caso sea necesario y requiera la utilización de los servicios médicos (WHO, 1998).
- e) El dominio de adquisición de información y nuevas habilidades, explora las oportunidades de una persona, sus deseos de adquirir habilidades, permanecer en un aprendizaje constante y renovar nociones con su entorno (WHO, 1998).
- f) El dominio de ocio, explora la habilidad de una persona para participar en momentos de recreación y esparcimiento de forma individual o colectiva (WHO, 1998).
- g) El dominio de ambiente físico, valora la percepción que una persona tiene sobre el medio ambiente incluye el ruido, contaminación, clima y su interferencia en la valoración de su calidad de vida (WHO, 1998).
- h) El dominio de transporte, está ligado a la opinión de la persona para encontrar medios de transporte accesibles, con el objetivo de movilizarse de un lugar a otro (WHO, 1998).

Los dos modelos teóricos que se toman como referencia para la comprensión multidimensional y dinámica del constructo es la teoría general de los sistemas, la cual se basa en la perspectiva integral de un sistema incluyendo el análisis de sus distintas partes, categorías, unidades que constituyen finalmente un todo. El biólogo Ludwig Von Bertalanffy propuso la teoría general de los sistemas basado en la interdependencia e interrelación que prevalece en los sistemas vivos, virtuales, entre otros. Desde la perspectiva psicológica, todo individuo es dinámico y es parte de aspectos más complejos, bastos y particulares, por lo tanto, se reconoce como sistema aquellos individuos que están relacionados o vinculados y que en su conjunto se regulan, intercambian información para optimizar su funcionamiento generando homeostasis (Bertalanffy, 1976). Las condiciones de un subsistema influyen directamente en el sistema general, por ejemplo, el miembro de una familia incide directamente en su grupo primario. Según este modelo, es importante tener una visión general del aspecto biológico, cognitivo, interpersonal, afectivo, ambiente físico y social para comprender al individuo y posteriormente, ofrecer una conclusión diagnóstica. Por otro lado, el modelo biopsicosocial, admite que la salud y la enfermedad están relacionadas, es decir, que se vinculan, pero tienen diversos orígenes. Aquí intervienen procesos más amplios como el contexto social, factores climáticos, ambiente físico y circunstancias socioeconómicas, en tanto también son considerados los pensamientos y emociones de las personas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2012)

La percepción que el paciente oncológico tiene acerca de su estado de salud físico, psicológico y social varía según el curso de la enfermedad teniendo necesariamente que apoyarse en los servicios sanitarios para cuidar su salud y conservar calidad de vida (Pérez, 2001). La participación de los distintos profesionales del campo de la salud físico - psicológico y social juegan un rol relevante en la adherencia al tratamiento y recuperación del bienestar de los pacientes (Oblitas, 2010).

Por lo expuesto se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las evidencias de validez y confiabilidad del Cuestionario Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte -Trujillo, 2019?

Teniendo como relevancia corroborar y contrastar el constructo teórico calidad de vida en la población oncológica, cuyo diagnóstico clínico representa la segunda causa de muerte a nivel mundial y en su curso deteriora visiblemente el bienestar integral del paciente. Del mismo modo, acerca la relevancia práctica, se pone a disposición un instrumento útil para recoger información asociada a la perspectiva subjetiva y objetiva que el paciente tiene acerca de su vida. Por ende, se contribuye con un instrumento con cualidades psicométricas adecuadas para ser utilizada en pacientes oncológicos por profesionales de la salud y otros especialistas para procurar una forma digna de vida. En consecuencia, la relevancia metodológica radicó en examinar las condiciones de validez estructural y la consistencia interna del cuestionario calidad de vida versión resumida en el ámbito oncológico para posibilitar nuevos análisis de la variable en otros estudios científicos a favor de ofrecer tratamientos de salud ajustados a las necesidades detectadas. Finalmente, en cuanto a la relevancia social del estudio, el instrumento con condiciones psicométricas permite a los expertos tener un panorama claro para dirigir ayuda focalizada a las diferentes áreas afectadas por el padecimiento de la enfermedad, así como, diseñar y ejecutar programas promocionales y preventivos oportunos y eficientes a favor de la preservar en la medida posible las condiciones de vida de las personas afectadas por el cáncer.

Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación es determinar las evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas del Norte-Trujillo, 2019.

En cuanto a los objetivos específicos se busca:

- Establecer las evidencias de validez basada en la estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio del cuestionario de calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte-Trujillo, 2019

- Establecer las evidencias de validez convergente y discriminante del cuestionario de calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte-Trujillo, 2019
- Hallar la confiabilidad por consistencia interna del cuestionario de calidad de vida en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte-Trujillo, 2019.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de Investigación

El presente estudio presenta un diseño de investigación instrumental con el propósito de definir las condiciones psicométricas de un instrumento de medida particular. Este tipo de diseño de categoría instrumental favorece al diseño, desarrollo y adaptación de dispositivos de medición con el objetivo valorar las características de validez y confiabilidad para su empleabilidad coherente en la muestra seleccionada que permita predecir una conducta determinada a nivel colectivo o individual (Montero & León, 2007).

El tipo de estudio es tecnológico con el cual se busca dar respuesta a problemas técnicos fundamentado en una investigación básica previa y probar la utilidad de técnicas, regla e instrumentos de medida para generar una transformación de la realidad o conocimiento (Sánchez y Reyes, 2015).

2.2. Operacionalización de la variable

Tabla 1

Cuadro de operacionalización de la variable Calidad de Vida

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de Medición
Calidad De Vida	World Health Organization (1998) la define como “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive en relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (p.67).	La variable será medida mediante el cuestionario de calidad de vida WHO QOL-Bref.	Salud Física: Compuesta por los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18 (WHO, 1998). <hr/> Salud Psicológica: Compuesta por los ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26 (WHO, 1998). <hr/> Relaciones Sociales: Compuesta por los ítems 20, 21 y 22 (WHO, 1998) <hr/> Ambiente: Compuesta por los ítems 8, 9, 12, 13, 4, 23, 24 y 25 (WHO, 1998).	Escala de medición cuantitativa de intervalo permitiendo organizar y categorizar por niveles (Cohen & Swerdlik, 2000).

2.3. Población y Muestra

2.3.1. Población

El conjunto humano se conformó por 690 pacientes oncológicos continuadores de ambos sexos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte de Trujillo que acuden para recibir tratamiento médico.

2.3.2. Muestra

El tamaño de la muestra se constituyó por 325 pacientes oncológicos avalado por la clasificación de la siguiente escala: menos de 50 muy deficiente, 100 deficiente, 200 aceptable, 300 bueno, 500 muy bueno y de 1000 a más sujetos muestrales es considerada excelente (Comrey y Lee, 1992).

2.3.4. Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico definitivo de neoplasia maligna.
- Pacientes oncológicos de ambos sexos mayores de 18 años.
- Pacientes oncológicos de nacionalidad peruana.

2.3.5. Criterios de Exclusión

- Los pacientes oncológicos que no dominen el idioma castellano.
- Los pacientes oncológicos que no consientan su participación en el estudio.
- Los pacientes oncológicos que se sientan afectados emocionalmente antes o durante el desarrollo de los cuestionarios.
- Los pacientes oncológicos que no completen el cuestionario satisfactoriamente.
- Los pacientes oncológicos con enfermedad mental crónica que no sigan tratamiento psiquiátrico permanente.
- Los pacientes oncológicos con discapacidad visual, auditivo y/o cognitiva que no logren comprender los reactivos contemplados en el cuestionario.

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

2.4.1. Técnicas

En primera instancia, se utilizó la entrevista, la cual requiere que exista un encuentro con la población donde se ejercerá la comunicación, la interacción personal con cada paciente con el objetivo de evaluar, diagnosticar y brindar información necesaria para llevar a cabo la investigación (Morga, 2012).

Por otro lado, se utilizó la observación directa, la cual implica que los profesionales estén en contacto con el hecho o el fenómeno a tratar (Díaz, 2011).

Finalmente, para la recolección de los datos se empleó el cuestionario de calidad de vida empleando los materiales estandarizados tales como: administración, interpretación y corrección. Asimismo, dicha técnica sirvió como una herramienta psicológica mediante la cual se observó las conductas sistemáticamente (Cardona, Chiner & Lattur, 2006).

2.4.2. Instrumento

El cuestionario de calidad de vida WHO QOL-100, es un instrumento psicométrico creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, con el objetivo de medir la perspectiva de las sensaciones externas e internas de pacientes y personas sanas (WHO, 1998). Inicialmente, la versión original del cuestionario original consta de 100 reactivos que valoraban multidimensionalmente el constructo psicológico y posteriormente, se presentó la versión abreviada constituida por 26 reactivos de respuestas en la escala Likert (1-5) que permite valorar 4 dimensiones generales, físicas, psicológicas, ambientales y sociales y sus dominios respectivamente (WHO, 1998).

La administración es colectiva, individual y de autoaplicación con un intervalo de tiempo promedio de 30 a 40 minutos dirigida a personas adultas cuyo estado de salud se encuentra intacta o presenten alguna enfermedad diagnosticada. En relación a la puntuación cada dimensión es calificada de forma independiente, pudiendo lograr puntajes de 4-20 o 0-100, a mejor puntaje obtenido más destacado será el rasgo o perfil de calidad de vida que presente la persona (WHO, 1998).

Este instrumento en su versión original reúne condiciones psicométricas deseables por lo que ha sido traducido y validado en distintos países. El análisis factorial confirmatorio muestran cargas de .975 en la escala global mostrándose valores similares en grupos de personas sanas (.971) como enfermas (.966) datos que avalan el modelo teórico (WHO, 1998).

En cuanto a la consistencia interna hallada mediante el coeficiente de alfa de cronbach el instrumento obtuvo valores que oscilan entre .70 y .89 en sus seis dimensiones y se ubican en índices respetables (WHO, 1998).

En relación a la versión española adaptada en Trujillo se determinó que la validez basada en la estructura interna a través del análisis exploratorio, se configuró en una composición de 6 dimensiones igual a 59.6% explicando la varianza del cuestionario. De la misma manera, la misma versión del instrumento de calidad de vida mostró índices de ajustes (CFI, GFI y TPI) mayor al .90 con un error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) menor al .050 (Ramos, 2017). De la misma manera, se determinó la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente Omega, índices que oscila entre .44 y .75, en tanto, en los dominios de Salud física (.75), Salud psicológica (.68), Relaciones sociales (.49) Ambiente (.72), Compresión de sí mismo (.44) y Servicios de salud y social (.68), se hallaron valores distintos (Ramos, 2017).

2.5. Procesamiento de datos

En primera instancia, se contactó con la jefa de imagen del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte quien favoreció la información básica sobre el protocolo habitual que sigue un proyecto en aras de ser desarrollado en el marco de la salud. Posteriormente, se adjuntaron los documentos requeridos del proyecto de tesis y fueron ingresados por mesa de partes para luego ser conducido al área de investigación para su evaluación pertinente y su aprobación por el comité de ética del mencionado Instituto para verificar que la investigación guarda los estándares éticos para su ejecución garantizando el respeto a la dignidad humana. Posteriormente, se solicitó una reunión con las investigadoras para formalizar el proceso de la documentación y posibilitar la ejecución del mismo. Finalmente, tras el levantamiento de las observaciones se obtuvo la autorización para llevar a cabo la investigación y establecer las evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en los pacientes oncológicos continuadores del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte.

2.6. Métodos de análisis de datos

Los datos cuantitativos obtenidos de la muestra fueron transferidos a una hoja de cálculo Microsoft Excel 2016 y ser trasladados al programa estadístico SPSS 24 y AMOS versión 23 para el análisis descriptivo de los reactivos (positivos y negativos) mediante los estadísticos: media (M), desviación estándar (DE), el índice de asimetría (g_1) y el índice de curtosis (g_2). Inicialmente se analizó el comportamiento de los reactivos de manera individual aplicándose el primer supuesto de distribución normal univariante. No obstante, al hallar (3) valores fuera de este rango, se procedió a procesar el segundo supuesto a través del índice de curtosis multivariante de Mardia (1970) determinándose valores menores a 70 indicadores de una distribución normal múltiple en los reactivos. Posteriormente, se analizó el supuesto de multicolinealidad de los reactivos encontrándose valores menores .90 indicando ausencia de redundancia en los contenidos de los reactivos iniciales.

Por consiguiente, se analizó inferencialmente la validez de la estructura interna del cuestionario de calidad de vida mediante el método de máxima verosimilitud para evaluar los índices de ajuste y las cargas factoriales de las cuatro dimensiones propuesta por el modelo teórico (Ferrando y Anguiano- Carrasco, 2010). Asimismo, se aplicó el criterio de multicolinealidad en las dimensiones latentes, determinándose la presencia de redundancia en la medición de los contenidos de las dimensiones: Salud Psicológica y Salud Física presentando una correlación superior .90. Las dimensiones Salud Psicológica con Ambiente y Salud Física con Ambiente, las correlaciones mayores .70 indica la

presencia de multicolinealidad. Procediéndose a realizar un análisis factorial exploratorio debido al grado de correlación encontrado, arrojando dos dimensiones finales ofrecidos por la data recolectada. Constituyéndose una nueva estructura, fusionándose tres dimensiones Salud Psicológica, Salud Física y Ambiente y conservando la dimensión Relaciones Sociales. Al analizarse ambas estructuras a través de los índices de ajuste global empleándose razón de verosimilitud (X^2/gl), raíz media cuadrática de aproximación (RMSEA) y perclose. Para el ajuste comparativo se emplearon los índices de ajuste incremental (IFI), índice de ajuste comparativo(CFI), índice de ajuste de Tucker Lewis(TFI) y el ajuste parsimonioso a través del índice de ajuste comparativo parsimonioso (PCFI), índice de ajuste normado parsimonioso(PNF) y criterio de información de Akaike (AIC) se obtuvieron índices no satisfactorios, menores .90 y cargas factoriales bajas, valores menores .40. Por lo tanto, se procedió a la eliminación de reactivos conservándose índices de ajuste satisfactorios y cargas factoriales cuyos valores son mayores .50. Elaborándose una nueva estructura de dos factores y diez reactivos. Asimismo, se analizó la validez convergente y discriminante de las tres estructuras del cuestionario de calidad de vida mediante varianza media extraída (AVE) y raíz de la varianza media extraída, cumpliendo únicamente estos criterios el modelo de dos dimensiones y diez reactivos. Finalmente, se valoró la consistencia interna mediante el coeficiente Omega de Mc Donald en las tres estructuras y sus dimensiones consecuentemente, cumpliéndose la condición en las tres estructuras. Además, se halló el coeficiente H debido a presencia de reactivos inversos para garantizar el cálculo de la medida de la confiabilidad.

2.7 Aspectos éticos

Durante el proceso de la investigación se contempló el respeto a la dignidad de los participantes y la protección de su privacidad y el derecho a la autoría, reconociendo la autoría de los investigadores según lo estipula las normas internacionales.

Inicialmente, se solicitó el permiso escrito o consentimiento para la participación de los colaboradores antes de iniciar la investigación según el estándar de la Asociación Americana de Psicología suscrito en el código de ética 8.01 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2010). Para ello, se utilizó el consentimiento informado para avalar el proceso formal de la investigación en la que se le brindará detalles a la persona participante para favorecer una toma de decisión oportuna, en este caso en particular, su participación en un estudio psicológico (Armesto, 2016).

Del mismo modo, se tomó en cuenta cuidar a los participantes que desistan en participar, tal como lo señala el estándar 8.04 del código de ética (APA, 2010).

Se preservó los datos que se favorecieron a lo largo del desarrollo del proceso de investigación de los participantes como lo indica el Art. 21 (Código del Colegio de Psicólogos Peruano [CCPP], 2017). En tanto, para este proceso de investigación, se prevaleció el bienestar psicológico de los participantes tal como lo menciona el Art. 26 (CCPP, 2017). Finalmente, no se otorgaron incentivos de cualquier tipo para motivar la participación en la presente investigación, tal como lo estipula el estándar 8.06 del código de ética (APA, 2010).

III. RESULTADOS

En Tabla 2, se muestran las frecuencias por categoría de respuesta de 0 =Nunca a 6= Todos los días, además de los estadísticos descriptivos de los ítems del Cuestionario WHOQOL-BREF, útiles para verificar el cumplimiento de los supuestos de multicolinealidad mediante el rango de correlaciones entre ítems, hallándose valores entre $-.49$ a $.78$, menores a $.90$ y evidenciando ausencia de redundancia en los contenidos medidos en los ítems (Arias, 2008), asimismo se observaron índices de asimetría de -0.40 a 0.57 e índices de curtosis de -1.29 a 1.33 , superándose los valores de -1 a 1 e incumpliendo el supuesto de normalidad univariante como lo señalan D'Agostino (1986) y Hair, Anderson, Tatham, & Black (2005), finalmente el índice de curtosis multivariante mostró un valor de 69.81 , inferior a 70 , cumpliéndose el ajuste a una distribución normal multivariante en los ítems (Mardia, 1970), decidiéndose aplicar el método de Máxima verosimilitud en el análisis Factorial Confirmatorio como lo sugiere Brown (2006).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos univariados y multivariados del Cuestionario WHOQOL-BREF

Ítem	M	DE	g ₁	g ₂
------	---	----	----------------	----------------

-3	3.07	1.07	.13	-1.29
-4	2.67	1.07	.57	-.53
5	2.58	.86	.24	-.29
6	3.14	.81	-.02	-.60
7	2.77	.76	.22	-.17
8	2.89	.69	-.05	.67
9	3.14	.68	-.25	.86
10	2.75	.80	.04	.27
11	2.82	.76	.03	.51
12	2.28	.75	.13	-.04
13	2.62	1.04	-.16	-.88
14	2.56	.81	.02	.23
15	2.93	.86	.00	.36
16	2.41	.88	.23	-.24
17	2.47	.78	.15	-.17
18	2.36	.79	.53	.49
19	2.73	.87	.28	-.15
20	3.12	.93	-.40	-.38
21	2.13	.87	.03	-1.15
22	2.93	1.03	-.30	-.47
23	3.18	.69	-.24	1.33
24	3.14	.95	-.34	-.62
25	2.59	.78	.07	.60
-26	2.95	.99	-.33	-.69
Curtosis Multivariante		24 ítems iniciales		69.81
		10 ítems finales		16.99
Rango de correlaciones		24 ítems iniciales		-.49 a .78
		10 ítems finales		.02 a .73

Nota:

M: Media

DE: Desviación estándar

g1: Asimetría

g2: Curtosis

En la Tabla 3, se detalla la matriz de coeficientes estandarizadas del Cuestionario WHOQOL-BREF, donde se presentan cargas factoriales con valores entre .12 a .87 y correlaciones entre los factores latentes de .40 a .95 evidenciando multicolinealidad entre los factores de salud física, psicológica y ambiental (Arias, 2008), en el modelo de cuatro factores relacionados con los 24 ítems iniciales. Asimismo, se observan cargas factoriales con valores entre .00 a .86 y una correlación entre los factores latentes de .44 en el modelo de dos factores relacionados con los 24 ítems iniciales. Además, se muestran cargas factoriales con valores entre .58 a .89 y una correlación entre los factores latentes de .47 en el modelo de dos factores relacionados

con 10 ítems finales caracterizando a un modelo de medición congénico (Raykov, 1997) en los tres modelos representados gráficamente en las figuras 1, 2 y 3 respectivamente.

Tabla 3

Matriz de coeficientes estandarizados del Cuestionario WHOQOL-BREF

Ítem	Modelo							
	4FR ₂₄				2FR ₂₄		2FR ₁₀	
	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₁	F ₃	F ₁	F ₃
3	.49				.46			
4	.50				.51			
10	.53				.56			
15	.69				.70		.69	
16	.66				.64		.68	
17	.87				.82			
18	.83				.80		.81	
5		.71			.70		.72	
6		.55			.54			
7		.44			.44			
11		.53			.53			
19		.87			.86		.89	
26		.59			.59		.59	
8			.72		.63		.60	
9			.59		.46			
12			.46		.42			
13			.38		.35			
14			.55		.53			
23			.60		.49			
24			.12		.00			
25			.37		.33			
20				.72		.72		.76
21				.55		.56		.58
22				.80		.80		.83
F ₁ . S. Física								
F ₂ . S. Psicológica	.95							
F ₃ . Ambiente	.76	.85						
F ₄ . R. Sociales	.40	.48	.40		.44		.47	

Nota:

4FR₂₄: Modelo de 4 factores relacionados con 24 ítems

2FR₂₄: Modelo de 2 factores relacionados con 24 ítems

2FR₁₀: Modelo de 2 factores relacionados con 10 ítems

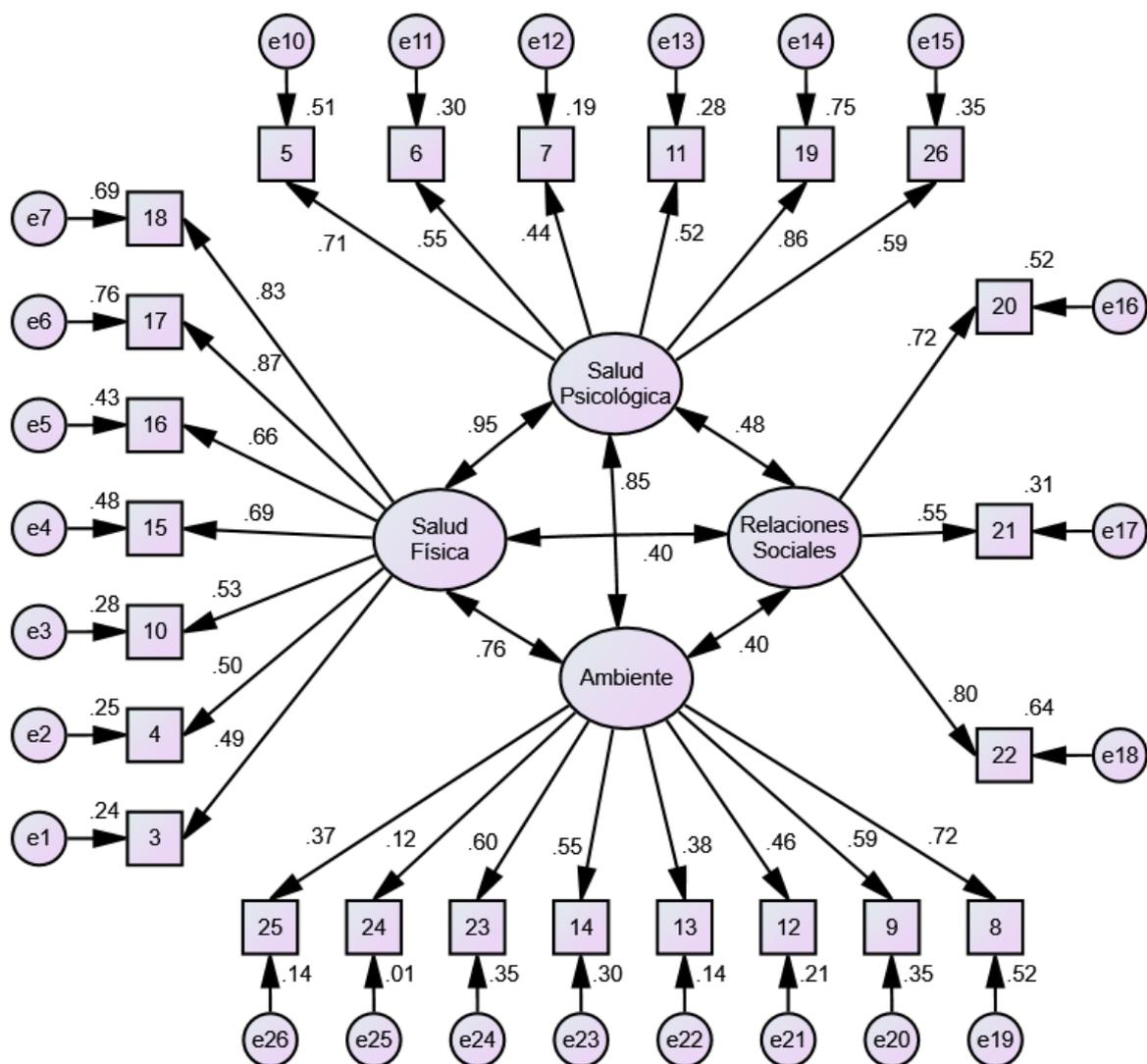


Figura 1. Estructura de cuatro factores relacionados con 24 ítems del Cuestionario WHOQOL-BREF

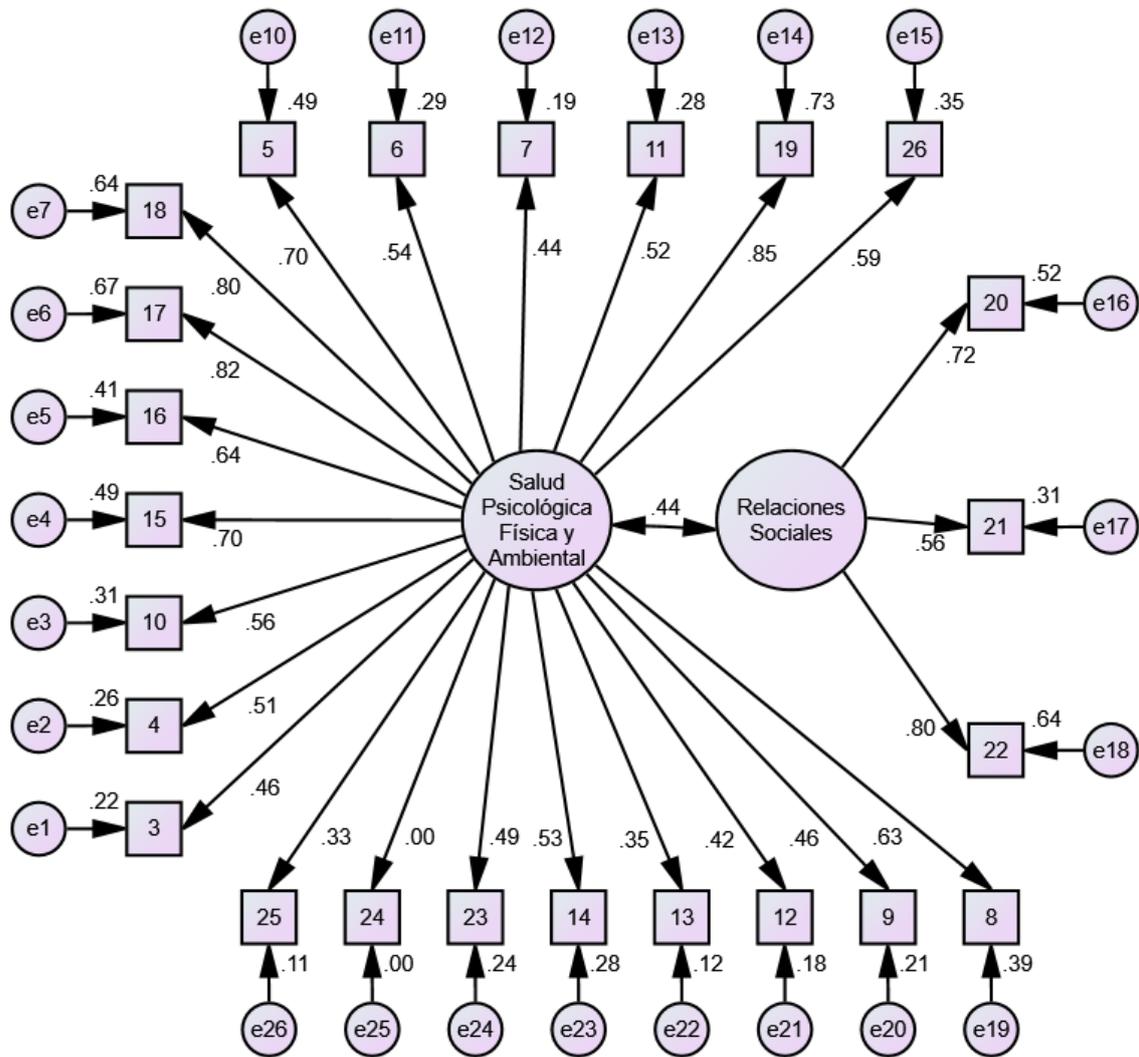


Figura 2. Estructura de dos factores relacionados con 24 ítems del Cuestionario WHOQOL-BREF

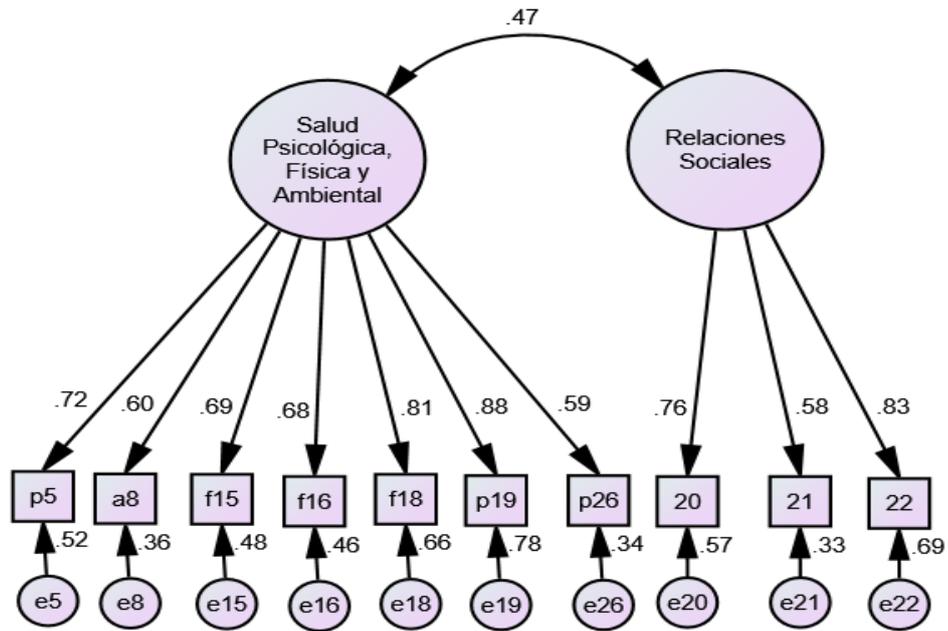


Figura 3. Estructura de cuatro factores relacionados con 24 ítems del Cuestionario WHOQOL-BREF

En la tabla 4, se presentan los índices de ajuste del Cuestionario WHOQOL-BREF, donde el modelo de dos factores relacionados con 10 ítems muestra valores satisfactorios en los índices de ajuste global como la razón de verosimilitud $X^2/gl < 3$ (Carmines y McIver, 1981), $RMSEA < .05$ y $p_{close} > .05$ (Browne & Cudeck, 1993); en los índices de ajuste comparativo $TLI > .90$ y $CFI > .90$ (Bentler, 1990) y en los índices de ajuste parsimonioso $PCFI > .50$ (James, Mulaik y Brett, 1982) y $PNFI > .50$ (James, Mulaik y Bentler, 1982) y el menor valor en el AIC (Akaike, 1973; Akaike, 1987), mientras que los modelos de cuatro y dos factores relacionados con 24 ítems originales muestra valores no satisfactorios.

Tabla 4

Índices de ajuste del Cuestionario WHOQOL-BREF

Modelo	Ajuste Global			Ajuste Comparativo			Ajuste Parsimonioso		
	X^2/gl	RMSEA	p_{close}	IFI	TLI	CFI	PNFI	PCFI	AIC
4FR ₂₄	4.09	.102	<.001	.750	.716	.747	.618	.666	1113.7
2FR ₂₄	4.29	.106	<.001	.727	.697	.725	.611	.659	1175.4
2FR ₁₀	2.73	.039	.098	.952	.935	.951	.699	.719	134.8

Nota:

- 4FR₂₄: Modelo de 4 factores relacionados con 24 ítems
- 2FR₂₄: Modelo de 2 factores relacionados con 24 ítems
- 2FR₁₀: Modelo de 2 factores relacionados con 10 ítems
- X^2/gl : Razón de verosimilitud
- RMSEA: Raíz media cuadrática de aproximación
- p_{close} : Probabilidad de que RMSEA no es mayor que .05
- IFI: Índice de ajuste incremental
- CFI: Índice de ajuste comparativo
- TLI: Índice de ajuste de Tucker Lewis
- PCFI: Índice de ajuste comparativo parsimonioso
- PNFI: Índice de ajuste normado parsimonioso
- AIC: Criterio de Información de Akaike

En la Tabla 5, se presenta la evidencia de validez convergente y discriminante de la estructura del Cuestionario WHOQOL-BREF. En los modelos de 4FR₂₄ y 2FR₂₄, la convergencia observada mediante la Varianza Media Extraída AVE muestra un valor menor a .50 en sus factores en ambos modelos, mientras que la matriz de discriminación muestra correlaciones más altas que la raíz de la varianza media extraída (*) en el modelo 4FR₂₄, mejorándose en el modelo 2FR₂₄. Mientras que en el modelo de 2FR₁₀ presenta una varianza media extraída AVE mayor a .50 y una raíz de la varianza media extraída (*) mayor a la correlación entre los factores.

Tabla 5

Índices de validez Convergente y Discriminante del Cuestionario WHOQOL-BREF

Modelo	Factor	Convergencia	Discriminación			
		AVE	F1	F2	F3	F4
4FR ₂₄						
	F ₁ . S. Física	.45	.67*			
	F ₂ . S. Psicológica	.40	.95	.63*		
	F ₃ . Ambiente	.25	.76	.85	.50*	
	F ₄ . R. Sociales	.49	.40	.48	.40	.70*
2FR ₂₄						
	F ₁₂₃ . Salud Física, Psicológica y Ambiental	.33		.57*		
	F ₄ . R. Sociales	.49		.45		.70*
2FR ₁₀						
	F ₁₂₃ . Salud Física, Psicológica y Ambiental	.51		.72*		
	F ₄ . R. Sociales	.53		.47		.73*

Nota:

4FR₂₄: Modelo de 4 factores relacionados con 24 ítems

2FR₂₄: Modelo de 2 factores relacionados con 24 ítems

2FR₁₀: Modelo de 2 factores relacionados con 10 ítems

AVE: Varianza Media Extraída

(*): Raíz de la varianza media extraída

En la Tabla 6, se muestran los coeficientes de confiabilidad del Cuestionario WHOQOL-BREF, estimados de forma puntual e intervalica de los estadísticos de confiabilidad Omega de McDonald (1999) con valores entre .71 a .84 y el Coeficiente H de Hancock y Mueller (2006) con valores entre .76 a .89 en el modelo 4FR₂₄; además valores de .74 a .90 en el coeficiente Omega y de .77 a .93 en el coeficiente H en los factores del modelo 2FR₂₄; mientras que el modelo reducido 2FR₁₀ presenta mejores valores en el coeficiente Omega de .77 a .88 y en el coeficiente H de .80 a .78.

Tabla 6

Coefficientes de confiabilidad del Cuestionario WHOQOL-BREF

Modelo	Factor	Omega de McDonald			Coeficiente H
		ω	IC95%		
4FR ₂₄					
	F ₁ . S. Física	.84	.81	.88	.89
	F ₂ . S. Psicológica	.79	.74	.84	.85
	F ₃ . Ambiente	.71	.66	.75	.76
	F ₄ . R. Sociales	.74	.72	.76	.77
2FR ₂₄					
	F ₁₂₃ . Salud Física, Psicológica y Ambiental	.90	.88	.92	.93
	F ₄ . R. Sociales	.74	.72	.76	.77
2FR ₁₀					
	F ₁₂₃ . Salud Física, Psicológica y Ambiental	.88	.86	.89	.90
	F ₄ . R. Sociales	.77	.75	.79	.80

Nota:

4FR₂₄: Modelo de 4 factores relacionados con 24 ítems

2FR₂₄: Modelo de 2 factores relacionados con 24 ítems

2FR₁₀: Modelo de 2 factores relacionados con 10 ítems

ω : Coeficiente Omega de McDonald

IC95%: Intervalo de confianza al 95% del coeficiente Omega

H: Coeficiente H de Hancock y Mueller

IV. DISCUSIÓN

El cuestionario de calidad de vida versión abreviada o WHO QOL BREF, es un instrumento psicométrico cuyo objetivo es valorar objetivamente la percepción individual sobre aspectos de la vida como el esquema de creencias, deseos, objetivos y límites personales (WHO, 1998). Presentando una estructura de cuatro dominios que configuran aspectos importantes del ser humano tanto a nivel de salud física como el desempeño personal y energía, la salud psicológica, ligado a la expresividad emocional positiva y negativa, al aspecto social anudado a la percepción del apoyo recibido y la interacción interpersonal y al aspecto ambiental asociado a las condiciones materiales, tiempo libre, la valoración al sistema sanitario y social (WHO, 1998). El tamaño de la muestra se constituyó por 325 pacientes oncológicos cuyo rango se enmarca en número bueno según la clasificación de la siguiente escala: menos de 50 muy deficiente, 100 deficiente, 200 aceptable, 300 bueno, 500 muy bueno y de 1000 a más sujetos muestrales es considerada excelente (Comrey y Lee, 1992). En tanto, participaron pacientes diagnósticos definitivo de cáncer y continuadores del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte - Trujillo de ambos sexos y cuya edad promedio fue de 58 años, los cuales fueron elegidos a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista 2010), debido a las características de los tratamientos médicos ofrecidos en el establecimiento especializado cuyas atenciones inciden en el tipo ambulatorio y quirúrgico, pacientes que se encuentran bajo tratamiento y con seguimiento médico (Chávez, 2009), por lo que la participación de los pacientes estuvo sujeta a su asistencia en las fechas de evaluación.

La disposición de un instrumento que presenten cualidades para medir acertadamente la variable calidad de vida que permita al personal profesional un dispositivo para una evaluación oportuna e intervención eficaz que favorezcan el diseño de estrategias, programas, planes de trabajo para la atención integral de las necesidades propias de la enfermedad y mantener un estado de alivio y control. De ahí se desprende la relevancia de medir la percepción sobre el estado de la salud mediante el cuestionario calidad de vida, el cual está orientado a evaluar multidimensionalmente la perspectiva individual de la salud en adultos con o sin enfermedad (Verdugo et al., 2009). Y por tal motivo, se determinó hallar las evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en pacientes oncológicos.

Inicialmente, se realizó el procesamiento a nivel descriptivo de los reactivos del instrumento, útiles para verificar el cumplimiento de los supuestos de multicolinealidad mediante el rango de correlaciones entre reactivos, hallándose valores menores a $-.49$ a $.78$ y evidenciando ausencia de redundancia en los contenidos medidos en los ítems (Arias, 2008), valores que

coinciden con Ramos (2017) quien en su segundo objetivo de investigación mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio halló índices de correlación entre $-.05$ y $.40$ lo cual indican índices de correlación y ausencia de multicolinealidad lo que implica que el contenido en los reactivos están relacionado con sus dimensiones propuestas por el modelo. También, se observa índices de asimetría de -0.40 a 0.57 e índices de curtosis de -1.29 a 1.33 , incumpléndose el supuesto de normalidad univariante como lo señalan D'Agostino (1986) y Hair, Anderson, Tatham, & Black (2005) lo cual indican que los resultados obtenidos en la investigación incumplen conjuntamente con la normalidad univariante.

En tanto, se llevó a cabo el supuesto de la distribución normal multivariante propuesto por Mardia (1970), los índices de curtosis multivariante alcanzaron un valor de 69.81 , aceptándose la presencia de una distribución multivariada en los reactivos. Aspecto que coincide con el análisis realizado por Ramos (2017) quien también utilizó el análisis multivariante propuesto por Mardia, observándose valores en un rango menores a $.70$, lo cual indica que ambas investigaciones locales el comportamiento de los reactivos presentan este tipo de distribución, requerimiento para efectuar el análisis factorial confirmatorio.

Por lo tanto, se estimó la validez interna del cuestionario aplicándose el método de máxima verosimilitud para realizar el análisis factorial confirmatorio como lo sugiere Brown (2006) ante la presencia de un comportamiento multivariado de los reactivos. A diferencia de Ramos (2017) que optó por el método de mínimos cuadrados no ponderados para estimar correlaciones entre los factores del constructo.

Posteriormente, se determinó el grado de ajuste del modelo en la población oncológica hallándose índices de ajuste aceptable en el modelo de dos factores relacionado con 10 ítems mostrándose índices a nivel de ajuste global con la razón de verosimilitud ($X^2/gl < 3$) como los autores Carmines y McIver (1981) señalan que los índices menores a 3 indican que en la estructura mencionada recoge de forma aceptable la variable en la población objetivo, la raíz media cuadrática de aproximación ($RMSEA < .05$) como los investigadores Browne & Cudec (1993) indican que los valores menores $.05$ representan que el modelo teórico y estimado coinciden en la propuesta dinámica de la variable estudiada, así como los valores de $pclose > .05$ resultan índices aceptables.

Referente a los índices de ajuste comparativo, se estimó la capacidad de definición de los factores para explicar la variable a través de TLI y CFI, índices mayores a $.90$ representan que los factores de la estructura se explican por sus indicadores de forma adecuada y que se presentan cargas factoriales óptimas como lo señala Bentler (1990), siendo la tercera estructura con índices satisfactorios.

Finalmente, en los índices de ajuste parsimónico, se analizó mediante los índices PCFI y PNFI y cuyos valores menores a .50 según los autores James, Mulaik y Brett, (1982) y James, Mulaik y Bentler, (1982) respectivamente indican una comprensión de forma clara de la dinámica de la variable por la población oncológica, el índice AIC propuesto por Akaike (1973) y en años posteriores por el mismo autor Akaike (1987), es otro índice que cuyo valor oscila en un rango bajo representando una mejor captación de información por la sencillez de los indicadores al momento de explicar la teoría. Por lo que mientras los modelos de cuatro y dos factores relacionados con 24 ítems originales muestran valores que incumplen con los rangos para ser considerados satisfactorios presentándose una fuerte correlación o multicolinealidad entre los factores de salud física, psicológica y ambiental (Arias, 2008). Asimismo, en el modelo de cuatro factores relacionados con los 24 ítems iniciales se observan cargas factoriales con valores entre .00 a .86 y una correlación entre los factores latentes de .44, en el modelo de dos factores relacionados con los 24 ítems iniciales y cargas factoriales con valores entre .58 a .89 y una correlación entre los factores latentes de .47. No obstante, en el modelo de dos factores relacionados con 10 ítems finales caracterizando a un modelo de medición congénico (Raykov, 1997). Asimismo, López, González y Tejada (2017) encontraron un ajuste débil de los 4 factores en el análisis factorial confirmatorio realizada en adultos sanos y enfermos crónicos. Sin embargo, tras eliminar 7 reactivos (1, 2, 6, 7, 14, 15 y 25) obtuvieron índices de ajuste RMR de .092, un GFI de .869, NFI .589, RFI .539, PRATIO .891 y PGFI .713 índices que mejoraron, aunque no significativamente. En relación a este análisis discrepa con los resultados en los índices de ajuste encontrados por Ramos (2017) en la población del adulto mayor, mostrando un ajuste adecuado en el modelo de cuatro dimensiones propuesto por la versión breve del autor original. No obstante, el análisis exploratorio llevado a cabo se evidenció la presencia de nuevas estructuras, sometiéndolas a análisis hallándose índices de ajuste satisfactorias en la estructura de 6 factores.

Para determinar la estructura que responda las condiciones psicométricas fundamentales se precisó realizar el análisis factorial exploratorio elaborándose una estructura de 2 dimensiones y 10 reactivos, mejorando significativamente los índices de ajuste. No obstante, en la valoración de las 4 dimensiones Ramos (2017) señala una adecuada bondad de índice de ajuste. Sin embargo, la autora presenta una estructura de 6 dimensiones que mejora sustancialmente los índices de ajuste a diferencia de la versión del autor original.

Esta variación surge de acuerdo a lo que sustenta Puerma (2016) que la cultura norteamericana y europea tiene como objetivo principal buscar la igualdad de oportunidades, así como la promoción y prevención de programas y seguros de salud tales como Medicaid y Medicare

para salvaguardar la vida de su población. Del mismo modo, son potencia en el comercio, finanzas y tecnología, fuente que contribuye a una mejora en la calidad de vida. En cuanto a la cultura peruana existe fragilidad en las autoridades, escasos programas preventivos que cuiden o prevengan enfermedades en la población, aspectos valorados internamente por los ciudadanos (Franco, Degregori y Cornejo, 2014).

Por lo que se precisó, hallar la evidencia de validez convergente y discriminante de la estructura del cuestionario calidad de vida. En los modelos de 4FR24 y 2FR24, la convergencia observada mediante la varianza media extraída (AVE) muestra un valor menor a .50 en sus factores en ambos modelos, mientras que la matriz de discriminación muestra correlaciones más altas que la raíz de la varianza media extraída en el modelo 4FR24, mejorándose en el modelo 2FR24. Mientras que en el modelo de 2FR10 presenta una varianza media extraída mayor a .50 y una raíz de la varianza media extraída mayor a la correlación entre los factores. En la misma línea, Ramos (2017) señala que la estructura de seis factores propuesta en su estudio muestra un valor mayor .59 de la varianza a diferencia de las demás estructuras analizadas lo que indica que los reactivos representan adecuadamente el modelo teórico.

En último lugar, se valoró la consistencia interna mediante el coeficiente Omega de McDonald propuesta por McDonald (1999) encontrándose índices entre .71 a .84. Asimismo, debido a la presencia de reactivos inversos se empleó el coeficiente H de Hancock y Mueller (2006) hallándose valores que oscilan .76 a .89 en el modelo original. Mientras que las estructuras derivadas, 2FR24 y 2FR10, se hallaron valores mayores .74 a .90 a través de coeficiente Omega de McDonald y .77 a .93 mediante el coeficiente H.

Entendiéndose que índices menores .60 son considerados inaceptablemente bajo, los índices de .70, son valores bajos, de .80 o superior son valores moderados y de .90, son considerados índices de nivel elevado Murphy y Davishofer (2005; citado por Hogan, 2004). En relación a esta propiedad comparada con otros estudios, se determina coincidencia en los valores por consistencia interna a pesar de emplearse distintos. En tanto, Ramos (2017) determinó la consistencia interna a través del coeficiente Omega corregido hallando valores de .49 a .75. Por otro lado, los creadores del cuestionario emplearon el coeficiente alfa de cronbach encontrando valores que oscilaron entre .71 y .86, mostrando adecuada consistencia interna (WHO, 1998). Los autores López, Gonzales y Tejada (2017) evaluaron la consistencia interna del instrumento mediante el alfa de cronbach hallando valores mayores a .70 a .90. Lo que determina que el cuestionario de calidad de vida versión resumida guarda condiciones coherentes de medición independientemente del método y de la estructura del instrumento.

El estudio concluye resaltando la importancia de estudiar la variable calidad de vida en los pacientes oncológicos debido a los numerosos casos detectados diariamente a nivel mundial. Por tal motivo, se sugiere evaluar la dinámica de la variable en la población oncológica para salvaguardar y mejorar el estado integral de las personas. Asimismo, la ampliación de la investigación para dilucidar el comportamiento dinámico y complejo del constructo calidad de vida para valorarlo de forma objetiva, confiable y válida. Finalmente, se hace hincapié en estructurar un instrumento adaptado a la cultura peruana el cual permita medir el mencionado constructo para obtener un instrumento consistente y confiable en beneficio de la población vulnerada por las neoplasias malignas.

V. CONCLUSIÓN

1. La validez basada en la estructura interna del cuestionario calidad de vida propuesta por la Organización Mundial de la Salud se estableció a través del método de máxima verosimilitud estableciéndose valores no satisfactorios tanto en la estructura de cuatro dimensiones y 24 reactivos al igual que, la estructura derivada de dos dimensiones y 24 reactivos incumpliendo con las condiciones psicométricas.
2. En tanto la validez convergente y discriminante de la estructura del cuestionario calidad de vida muestra el incumpliendo de valores satisfactorios al igual que la estructura de dos dimensiones y 24 reactivos. Marco distinto con la tercera estructura de dos dimensiones y 10 reactivos obtenido mediante el análisis exploratorio, la cual muestra el cumplimiento de índices de validez convergente y discriminante, así como a nivel de matrices de coeficientes, índices de ajuste y coeficientes de confiabilidad.
3. La consistencia interna del cuestionario versión abreviada obtenida a través del coeficiente Mc Donald muestran valores que oscilan .71 a .84 y mediante el coeficiente H índices de .76 a .89, valores considerados moderados y de nivel elevado respectivamente. Asimismo, las dos estructuras derivadas muestran una consistencia interna moderada y elevada correspondientemente.

VI. RECOMENDACIONES

1. Realizar una adaptación del contenido del cuestionario calidad de vida, WHO QOL BREF, empleándose técnicas de pilotaje como entrevista individual o grupo focal para garantizar una adecuada comprensión de los reactivos.
2. Efectuar una validación del contenido del cuestionario calidad de vida, WHO QOL BREF, a través del método de juicio de diez expertos en el área de psicología clínica

o psicología que aprueben la coherencia y claridad de los reactivos comprendidos finalmente el cuestionario mencionado.

3. Determinar la validez y confiabilidad del cuestionario calidad de vida, WHO QOL BREF, a través del análisis inferencial respectivo según el comportamiento de los datos obtenidos en la población oncológica local.
4. Considerar el último diseño propuesto de estructuración del cuestionario calidad de vida, dos factores y diez reactivos, dada en el presente estudio y adicionar reactivos que complementen la configuración del instrumento y garantice una medición exacta y acertada del constructo calidad de vida en pacientes oncológicos.
5. Diseñar un instrumento que permita evaluar el constructo calidad de vida en pacientes oncológicos valorando la realidad que representa ser habitante de un país en vías de desarrollo y cuya percepción depende de las oportunidades que el sistema provea.

REFERENCIAS

Armesto, R. (2016). *Consentimiento, Asentimiento y Representación*. Recuperado de http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/ComiteEtica/Consentimiento_asentimiento_representacion.pdf?hash=26675b2e8a8fb8ec6620b1c6110db222&Idioma=CA

- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con Lisrel, Amos y SAS. *Revista de investigación de Estudiantes de Psicología "JANG"*, (7), 23-27. Recuperado de <file:///C:/Users/EufRASINO%20Castillo/Downloads/1421-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4527-1-10-20180712.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Akaike, H. (1973). Information theory and an extension of the maximum likelihood principle. *In B. N*, (11), 192,196.
- Akaike, H. (1987). On the likelihood of a time series model. *The Statistician*. (27), 217–235.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Brown, T. (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. *The Guilford Press*. 10-13. Recuperado de <https://docs.google.com/document/d/1omDwPdPXsvlbp2y-jev3YNiQWDnp7tgG/edit#>
- Browne, M & Cudeck, R (1993). Multifaceted Conceptions of Fit in Structural Equation Models . *A sage focus Edition Testing Structural Equation models*. 3-10. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=FvIxxeYDLx4C&oi=fnd&pg=PA136&dq=browne+and+cudeck+1993+alternative+ways+of+assessing+model+fit&ots=_M-By3_GyQ&sig=DxBiFsWWkygV-D6qkCzg3k23DGY#v=onepage&q=browne%20and%20cudeck%201993%20alternati ve%20ways%20of%20assessing%20model%20fit&f=false
- Bentler, P. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1990-13755-001>
- Cardona, M., Chiner, E., & Lattur, A. (2006). *Diagnóstico psicopedagógico*. Alicante: Club Universitario.
- Carmines, E y McIver, J. (1981). Analyzing Models with Unobserved Variables: Analysis of Covariance Structures. In G. W. *Bohrnstedt. Scientific Research an Academic Publisher*, 5, 65-115. Recuperado de [http://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1132150](http://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1132150)

- Chávez, I. (2009). *Manuel de procedimientos del departamento de consulta externa*. México: Recuperado de https://www.cardiologia.org.mx/normateca_institucional/normateca_interna/docs/pdf/sustantiva/manual_de_procedimientos/manual_de_procedimientos_del_departamento_de_consulta_externa.pdf
- Cohen, J. & Swerdlik, M. (2000). *Pruebas y evaluación psicológica: Introducción a las pruebas y a la medición*. México DF: McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1992). Fuzzy Methodology. *Psychological Bulletin*, 112(3), 409-410. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1993-12086-001>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano*. Perú: Del CDN del Colegio de Psicólogos del Perú.
- Comrey, A y Lee, H. (1992). A First Course in Factor Analysis. *Scientific Research an Academic Publisher*. 2, 82-119. Recuperado de [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1401733](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1401733)
- Consejo de Salubridad General. (2010). *Guía de Práctica Clínica en Cuidado Paliativos*. México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- D'Agostino (1986). Goodness-of-Fit Techniques. Marcel Dekker, New York. *Scientific Research an Academic Publisher*. 3, 83-118. Recuperado de [http://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgjct55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2039741](http://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjct55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2039741)
- Díaz, L. (2011). *La observación*. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Ferrando, P., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El Análisis Factorial Como Técnica De Investigación En Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 18-33. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1793.pdf>
- Franco, C., Degregori, C. y Cornejo, A. (2014). Cambios Culturales en el Perú. *Serie Diversidad Cultural* 3. Recuperado de <http://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/CambiosculturalesenelPeru.pdf>

- Galve, E. (2007). Los cuidados paliativos, una labor de todos. Astigarraga, España: sociedad Vasca de Cuidados paliativos. Recuperado de <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/libroLaborTodos.pdf>
- Godoy, M. (2000). *Calidad de en pacientes oncológicos*. Almería: Universidad de Almería.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., y Black, W. (2005). Análisis Multivariada de datos. *Revista de Investigación Docencia Universitaria*, (10), 2. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162016000200004
- Hancock, G y Mueller, J. (2006). Evaluación de la confiabilidad del constructo mediante el coeficiente H: Breve revisión conceptual y aplicaciones. *Redalyc*, 10, 87-94. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297248896008.pdf>
- House, A., Knapp, P., Bamford, J. & Vail, A. (marzo de 2001). Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke*, 32(3) 696-701. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239189>
- Hogan, T. (2004). Pruebas psicológicas una introducción práctica. D.F., México: manual moderno. *Revista psicológica*. 27, 3-28. Recuperado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/6282
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, McGraw-Hill: interamericana.
- International Agency for Research on Cancer. (2018). *Cancer Today*. Lyon, France. GCO. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-factsheet.pdf>
- James, J. Mulaik, A., y Brett, M. (1982). Decomposing Model Fit: Measurement vs. Theory in Organizational Research Using Latent Variables. *ResearchGate*, 1, 1-12. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/45706515_Decomposing_Model_Fit_Measurement_vs_Theory_in_Organizational_Research_Using_Latent_Variables
- López, J., González, R. y Tejada, J. (2017). 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*, 2(44)105-115. Recuperado de <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>

- Mardia, K. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57(3), 519–530. Recuperado de <https://academic.oup.com/biomet/article-abstract/57/3/519/253220?redirectedFrom=fulltext>
- McDonald, R. (1999). Test theory: A unified treatment. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. *Revista de investigación de Estudiantes de Psicología “JANG”*, (7), 23-27. Recuperado de <file:///C:/Users/EufRASINO%20Castillo/Downloads/1421-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4527-1-10-20180712.pdf>
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Morga, L. (2012). *Teoría y Técnica de la Entrevista*. Recuperado de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life Research*, 14(8), 1825-1833.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Implementación del modelo biopsicosocial para a atención de personas con discapacidad a nivel nacional*. San Salvador, El Salvador: Coordinación técnica y editorial.
- Pérez, R. (2001). Atención Integral a Pacientes Oncológico en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 263-266.
- Puerma, J. (2016). Cultura Estratégica de EEUU y su conformación como gran potencia desde su fundación. *Instituto Español de Estudios Estratégicos*. Recuperado de http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2016/DIEEEE038-2016_CulturaEstrategica EEUU_JavierPuerma.pdf
- Ramos, X. (2017). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Mayores de Trujillo*. (Tesis de pregrado en Psicología). Universidad César Vallejo, Trujillo.
- Raykov, T. (1997). Estimation of Composite Reliability for Congeneric Measures. *Applied Psychological Measurement*, 22, 173-184. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297248896008.pdf>

- Salas, J. (2014). Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una unidad de terapia especializada. *Cuidado y Salud/KAWSAYNINCHIS* ,1(1), 1-8. Recuperado de <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/14/13>
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseño de la investigación Científica*. Perú: Visión Universitaria.
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L. y Schalock, R. (2009). *Manual de Aplicación de la Escala de Gencat de Calidad de Vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL User Manual*. Ginebra: Program on Health.
- Yache, E. y Morales, M. (2017). *Registro Hospitalario de Pre Cáncer y Cáncer*. Trujillo: Servicio de Epidemiología y Estadística.

ANEXOS

**CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA
WHO QOL-BREVE**

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 entre 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 esta 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) lo 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

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de

		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

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 sus actividades de ocio?	1	2	3	4	5
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 esta 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	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Adaptado por Ramos en el 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la presente investigación se utilizará un cuestionario breve que servirá como una herramienta de investigación, la cual está estructurada por cuatro áreas que constituyen aspectos importantes del ser humano, mediante la cual se permitirá obtener información objetiva de los participantes, y posteriormente realizar el análisis estadístico correspondiente de las respuestas obtenidas. Por tal motivo, toda información adquirida será empleada confidencialmente con fines únicos de investigación científica y guardando los estándares contemplados en el código de ética profesional del psicólogo peruano.

Dicha investigación busca medir la calidad de vida de los pacientes del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte- Trujillo, es decir, se desea recoger la opinión personal sobre aspectos de su vida, valorándose creencias, deseos, objetivos y límites individuales. Por lo tanto, se busca conocer el grado de satisfacción de su vida tanto a nivel de salud física como el desempeño personal y energía. Así como, la salud psicológica ligado a la expresividad emocional. Del mismo modo, el aspecto social anudado a la percepción del apoyo recibido y la interacción interpersonal. Y finalmente, el aspecto ambiental asociado a las condiciones materiales, tiempo libre, la valoración al sistema sanitario y social, expresándose cuan conforme se encuentra con los aspectos mencionados.

Con el propósito principal de establecer la validez y confiabilidad del cuestionario Calidad de Vida WHO QOL – Breve y ofrecer al personal profesional y técnico un instrumento para una evaluación oportuna e intervención eficaz y favorecer el diseño de estrategias, programas, planes de trabajo para la atención integral de las personas.

Por lo antes expuesto:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Teofila Zana de Rivera (participante),

acepto voluntariamente participar en la investigación conducida por Carla Castillo Romero y Maricielo Cueva Sánchez, estudiantes del último ciclo de la carrera profesional de Psicología.

Entiendo que los datos favorecidos en el presente estudio son totalmente anónimos, por lo tanto, no existe forma de identificar a ninguno de los participantes. De la misma manera, al tratarse de una participación voluntaria, puede retirarse cuando lo considere conveniente.

Por lo tanto, si usted acepta participar, se le solicitará completar una ficha básica de datos generales, así como un cuestionario breve de 26 preguntas que miden la calidad de vida de los pacientes registrados en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte de la ciudad de Trujillo.

Asimismo, los datos ofrecidos serán manejados con estricta confiabilidad y serán empelados únicamente con fines científicos.

Su participación al completar el cuestionario permitirá determinar posteriormente si se tratan de un instrumento con condiciones psicométricas aptas.

En función a lo manifestado, acepto participar en la presente investigación.

13/05/19

Fecha

Firma del participante

DNI 31615928

Firma de la examinadora

FICHA BÁSICA

A continuación, se le presenta las siguientes interrogantes. Llene o marque según su caso.

1. ¿Cuál es su edad?

.....

2. ¿Cuál es su sexo?

Femenino

Masculino

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

Primaria

Técnico

Secundaria

Universitario

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero

Separado

Casado

Divorciado

Conviviente

Viudo

5. ¿Recibe tratamiento psiquiátrico o psicológico?

Sí

No

.....

6. Tipo de Diagnóstico

7. ¿Tiene algún comentario acerca del cuestionario?

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02
		Versión : 10
		Fecha : 10-06-2019
		Página : 1 de 1

Yo Carla Johanna Castillo Romero, identificado con DNI N° 47056880,
egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la
Universidad César Vallejo, autorizo (x) , No autorizo () la divulgación y
comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado
"Evaluación de validez y confiabilidad del cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos del Instituto Regional de
Experiencias Neurológicas (INTE-TRUJILLO)"; en el Repositorio Institucional de la UCV
(<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822,
Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

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

[Firma]
FIRMA

DNI: 47056880

FECHA: 30 de Septiembre del 2019.

			
Revisó	Vicerrectorado de Investigación /	DEVAC /	Revisó
			Aprobó

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTRIBUIDA.

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo Maricela Ysabel Cueva Sánchez, identificado con DNI N° 47183419, egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo (x) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Evidencias de validez y confiabilidad del cuestionario Calidad de Vida en Tránsito Crónico del Instituto Regional de Enseñanza de Magistero, Norte-Trujillo, 2019."; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


FIRMA

DNI: 47183419.....

FECHA: 30 de Setiembre del 2019.

 Revisó <u>[Firma]</u> Vicerrectorado de Investigación / IDEVAC	  Responsable de Gestión de Investigación	 Aprobó <u>[Firma]</u> Rectorado
--	--	---

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.