



ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Propiedades psicométricas de la escala calidad de vida MOS-HIV en usuarios con diagnóstico de VHI/SIDA en un hospital público de la ciudad de Trujillo

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Doctora en Psicología

AUTORA:

Mg. MOLINA ALVARADO, Janeth (ORCID: 0000-0002-6451-8613)

ASESORA:

Dra. ARAUJO ROBLES, Elizabeth Danny (ORCID:0000-0002- 9875-6097)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicometría

TRUJILLO- PERÚ

2020

## **DEDICATORIA**

A mi familia, especialmente a mi hijo, mamá, hermanos y sobrinos, que sin ellos no hubiera logrado una meta más en vida profesional. Gracias por estar a mi lado en esta etapa de mi posgrado, su apoyo moral y entusiasmo que me brindaron para seguir adelante en mis propósitos.

A mis maestros, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos, y el apoyo brindado en cada momento.

A Dios, por darme vida, salud y sabiduría a lo largo del estudio del doctorado en Psicología.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Hijo, eres mi motivación y orgullo, que me impulsas a cada día superarme en mi desarrollo profesional.

A los estudiantes de prácticas pre profesionales III y IV de escuela de psicología de la Universidad Cesar Vallejo por su apoyo constante.

A mis compañeros, quienes a través de tiempo fuimos fortaleciendo una amistad y creando una familia académica.

Por último, quiero agradecer a todos mis pacientes que conformaron la muestra de estudio por su tiempo, paciencia y comprensión.

## PÁGINA DEL JURADO

### **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Janeth Molina Alvarado estudiante del programa de Doctorado en Psicología de la Escuela de Posgrado perteneciente a la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 18180610, con la tesis titulada “Propiedades psicométricas de la escala calidad de vida MOS-HIV en usuarios con diagnóstico de VIH/SIDA en un hospital público de la ciudad de Trujillo”, presentada en 68 folios, para obtención del grado académico Doctor en Psicología.

Declaro bajo juramento que:

- He mencionado todas las fuentes utilizadas para la presente investigación, escribiendo correctamente toda cita textual o parafraseando aquellas que provienen de otras fuentes; considerando las normas establecidas para la elaboración de este tipo trabajos académicos.
- No utilicé otra fuente distinta a aquellas señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no fue presentado, completa o parcialmente, para la obtención de otro título profesional o grado académico.
- Soy consciente que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagio.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, 04 de Enero del 2020



Firma

Nombres y apellidos: Janeth Molina Alvarado

DNI: 18180610

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PÁGINA DEL JURADO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. Introducción.....	1
II. Método.....	13
2.1.Tipo y diseño de investigación.....	13
2.2.Operacionalización de variables.....	15
2.3.Población, muestra y muestreo.....	15
2.4.Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..	16
2.5.Procedimiento.....	17
2.6.Método de análisis de datos.....	18
2.7.Aspectos éticos.....	19
III. Resultados.....	20
IV. Discusión.....	33
V. Conclusiones.....	38
VI. Recomendaciones.....	39
VII. Propuesta.....	40
VIII. Referencias.....	41
IX. Anexos.....	48

## RESUMEN

El presente trabajo busca determinar las propiedades psicométricas de la escala calidad de vida MOS-VHI en usuarios con diagnóstico de VHI/SIDA en un hospital público de la ciudad de Trujillo. Es investigación de tipo instrumental, diseño no experimental, la muestra no probabilística por conveniencia (n: 260) de pacientes diagnosticados con VHI/SIDA, se utilizó el instrumento adaptado escala de calidad de vida de MOS-VHI. Los resultados señalan la Validez de contenido adecuada con estadístico V. de Aiken  $> .50$ , claridad (IC95%:  $.79$  a  $.98$ ), coherencia (IC95%:  $.80$  a  $.99$ ) y relevancia (IC95%:  $.82$  a  $.99$ ). En la Validez basado en el Constructo mediante la técnica de análisis factorial exploratorio en la estructura rotada de la Escala obtenida al aplicar un AFE con los 18 ítems conservados, se muestra un  $KMO=.88$  y un p-valor estadísticamente significativo ( $p<.05$ ) en el Test de Bartlett, señalando la factibilidad del AFE, que mediante los mismos métodos de optimización, extracción y rotación se configuró una estructura de 3 factores que explican un 55.25% de la varianza contenida en los ítems. En la evidencias validez basado de constructo mediante la técnica de análisis factorial confirmatorio se denotan los índices de ajuste para ambos modelos evaluados de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH con 18 ítems, encontrándose valores satisfactorios en los índices de ajuste global como la razón de verosimilitud  $X^2/gl < 3$  y  $p>.05$ ,  $SRMR< .08$ ,  $RMSEA< .05$ ; en los índices de ajuste comparativo  $IFI>.90$  y  $TLI>.90$  además  $CFI>.90$  y en los índices de ajuste parsimonioso  $PCFI>.50$  y  $PNFI>.50$ . Se logró la consistencia interna mediante el Omega de McDonald estimados de forma puntual e interválica con valores entre  $.75$  a  $.86$  en sus factores. Y por último se elaboró el baremo percentilar con su debida tabla de interpretativa.

Palabras Claves: Calidad de vida, validez, confiabilidad, percentiles.

## ABSTRACT

This paper seeks to determine the psychometric properties of the MOS-VHI quality of life scale in users diagnosed with VHI / AIDS in a public hospital in the city of Trujillo. It is a psychometric research, non-experimental design, the non-probabilistic sample for convenience (n: 260) of patients diagnosed with VHI / AIDS, the adapted instrument of MOS-VHI quality of life scale was used. The results indicate the validity of adequate content with Aiken's V statistic  $> .50$ , clarity (95% CI:  $.79$  to  $.98$ ), coherence (95% CI:  $.80$  to  $.99$ ) and relevance (95% CI:  $.82$  to  $.99$ ). In the Validity based on the Construct using the exploratory factor analysis technique in the rotated structure of the Scale obtained by applying an AFE with the 18 conserved items, a KMO =  $.88$  and a statistically significant p-value is shown ( $p < .05$ ) in the Bartlett Test, pointing out the feasibility of the AFE, that through the same optimization, extraction and rotation methods, a 3-factor structure was configured that explains 55.25% of the variance contained in the items. In the evidence based validity of construct using the confirmatory factor analysis technique, the adjustment indices for both models evaluated of the MOS-HIV Quality of Life Scale with 18 items are denoted, finding satisfactory values in the global adjustment indices as the reason of likelihood  $X^2 / gl < 3$  and  $p > .05$ , SRMR  $< .08$ , RMSEA  $< .05$ ; in the comparative adjustment indices IFI  $> .90$  and TLI  $> .90$  plus CFI  $> .90$  and in the parsimonious adjustment indices PCFI  $> .50$  and PNFI  $> .50$ . Internal consistency was achieved through McDonald's Omega, estimated in a timely and intervalicate manner with values between  $.75$  to  $.86$  in its factors. And finally the percentile scale was elaborated with its proper interpretive table.

Keywords: Quality of life, validity, reliability, percentile.

## **I. INTRODUCCIÓN**

En los últimos años la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana más conocido como VIH y además el síndrome de inmunodeficiencia adquirida conocida con las siglas de SIDA, ha incrementado y aqueja aproximadamente a 34 millones de sujetos a nivel mundial, en los diferentes continentes; en África al 23,5 millones, en Oceanía los 10,5 millones, en Asia 4,8, en Europa unos 2,3 millones y finalmente en las Américas 2,8 millones. Esta enfermedad de transmisión sexual es calificado como un problema de atención en la salud pública, debido al incremento de familias y personas infectadas, es por ello importante el diagnóstico, seguimiento, control y tratamiento están estipuladas en sistema de atención integral de salud, con la finalidad de facilitar la accesibilidad a la terapia antirretroviral para disminuir los índices individuales fallecidos por la enfermedad según Tadeu, Tosoli, Denize, y Gláucia (2014).

Así mismo, el diario la Republica (2015) menciona que en el estado Peruano existen aproximadamente los 72,000 mil sujetos infectados, conocen de su diagnóstico médico el 51% y en la actualidad el 34,836 de los sujetos recibe tratamiento médico antirretroviral. Y por cada cuatro varones hay una mujer infectada con la enfermedad. Al mismo tiempo el diario Perú 21 (2014) describe que el VIH aún no se consigue reducir el índice de contagio de la enfermedad, ha incrementado al transcurrir de los años los casos de personas que más contraen la enfermedad de transmisión sexual son varones entre 15 y 25 años de edad, debido a que adquieren varias parejas sexuales y no emplean preservativos como medio de protección sexual.

De igual forma, Benites (2015) refiere que en el Perú se calcula que existen 65 mil sujetos con la enfermedad del VIH/SIDA, existe un porcentaje que conoce de su diagnóstico. “El resto no se da cuenta”. Debido a que este padecimiento en algunos casos no denota síntomas en un largo tiempo, muchas personas viven desconociendo que la enfermedad progresa día a día en su organismo. Diversos estudios también continúan demostrando el aumento del riesgo de mortalidad cuando hay coinfección por el VIH y el VHC (Smit et al, 2008)

Igualmente, en la región la Libertad existen personas infectadas de VIH, en un 16.6 % ha aumentado en relación al año anterior, es importante señalar que en Trujillo, Pacasmayo, Ascope y Chepen se encuentra los casos de personas infectadas en mayor

proporción. Existe un mayor porcentaje de la enfermedad del SIDA y VHI en varones, presentando una proporción de 2.2 en comparación al sexo femenino, los sujetos se encuentran entre las edades de 20 a 39 años, con un 70%, la población adolescente tiene el 6.1% y está en mayor riesgo en la transmisión de enfermedades sexuales como el VIH según refiere el Organismo de Evaluación Regional de Prevención y Control de ITS/VHI/SIDA (2011).

En ese mismo contexto, el Ministerio de Salud (2018) reporta que existen nuevos casos con diagnóstico de VHI en un aproximado de 2,348 y de SIDA un total de 791. Desde 1983 hasta diciembre de 2018 se han informado un total de 120,389 sujetos con la enfermedad del virus del VHI, existen 43,072 en la etapa SIDA.

En efecto, el Director de la Gerencia Regional de salud de La Libertad, Dr. Eduardo Araujo, expresó existe un alto índice de emigrantes que arriban a la ciudad, es por eso se ha establecido medidas de promoción, prevención y tratamiento para impedir que los sistemas en la salud colapsen. Aseverando que con la llegada de los inmigrantes los casos del virus del VHI, ha incrementado el 10%. Es por eso importante que se fomentó la concertación dirigido por el Consejo de Ministros, que participarán las diferentes instituciones como Inclusión social, Educación y los Ministerio de salud, para replantear la forma de cómo financiar la atención de la salud de los extranjeros de los hospitales en nuestra ciudad ( diario la Republica, 2018).

Por otra parte, en las investigaciones relacionados a la Calidad Vida en sujetos que sufre de la enfermedad del VHI, se estableció la creación de una escala psicométrica que permita la evaluación en esta variable de estudio, elaborada por la organización de Encuesta de Salud del VHI sobre el estudio de resultados médicos con el apoyo de la Universidad Johns Hopkins Baltimore (Wu, Revicki, Jacobson & Malitz, 1997).

Es así como el cuestionario de calidad de vida fue inducido por la urgencia y la necesidad de elaborar una herramienta psicométrica que sea completo y breve para evaluar características del bienestar de los individuos y del estado funcional emocional de los sujetos con la enfermedad del VHI (Stewart AL, Hays RD, & Ware JE Jr., 1988).

Por lo tanto, las indagaciones han obtenido que las investigaciones relacionados al estilo o calidad de Vida en los individuos infectados con virus del VIH y la

enfermedad del SIDA, resulta apreciable para dar un avance de aspectos relevantes que encierran la infección médica y para describir los aspectos importantes que ayuden en el tratamiento médico a una buena adherencia, a través de la observación de sus molestias, progreso de los padecimientos análogos y el aumento de la infección médica según Phaladze, Dlamini, Hulela, Hadebe, Sukati, et al., ( 2005).

Es por ello, importante señalar que es necesario en la actualidad contar con un instrumento psicométrico que propicie conocer y determinar las características psicométricas del instrumento calidad de vida, debido a que día a día el incremento de las enfermedades infecciosas aparecen precipitadamente en nuestra sociedad, además sea considerado importante por la poca existencia de estos tipos de instrumentos adaptados para medir la calidad de vida en las sujetos que sufre la enfermedad de VIH/SIDA en Trujillo.

Por otro lado, con respecto a los temas psicométricos, voy considerar a la validez según Hernández, Fernández y Baptista (2010) considera como el nivel en que un herramienta o prueba efectivamente evalúa la variable que trata medir, Al igual, es considerada como el valor en que la realidad y la teoría o conceptos apoyan en la interpretación (Ventura-León, 2017). Igual, es considerada también como demostración de la efectividad al conseguir los resultados de la habilidad en el comportamiento o algunos aspectos que desea medir (Sánchez & Reyes, 2006)

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) refiere que La validez de Contenido, viene hacer el valor en que un material psicométrico muestra un dominio definido del tema o contenido de lo que se busca medir; sin desequilibrios y omisiones. Este se evalúa a través de juicio de expertos, se especifica a través de opinión orientada de sujetos con amplia trayectoria en el tema, y que son reconocidos por otros investigadores como especialistas idóneos, y que logran brindar valoración, información, juicio y convicción según Escobar, Pérez y Cuervo-Martínez (2008)

Así mismo, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) expresa con respecto a la Validez de Criterio es considerada que al comparar la medición de sus resultados obtenidos por algún juicio externo que busca medir lo mismo en el instrumento. Según Bostwinck y Kyte (2005) opinan que las valoraciones obtenidas en la validez de criterio por algunos sujetos en un instrumento psicométrico, es necesario

la correlación y deben pronosticar los cálculos de estos mismos sujetos obtenidos en otro criterio. Así mismo, según Wiersma y Jurs, (2008) es considerada como una forma de calificación, si el instrumento es válido, es decir si pertenecen con los resultados obtenidos del instrumento de medida con el criterio, este será mayor. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) manifiesta que la *Validez concurrente*, es el valor que un instrumento evalúa lo mismo que miden otros instrumentos o escalas que existen, y son calificados como medidas apropiadas de similar característica.

Por otro lado, la validez de Constructo, es el más trascendental, desde un aspecto acreditable, describiendo el éxito del instrumento y como mide concepto teórico, deben estar especificados en los ítems del instrumento para asegurar prácticamente que estos resulten apropiados para mostrar el constructo de referencia de acuerdo con los investigadores Grinnell y Unrau (2009) citado en Hernández, Fernández y Baptista (2010).

Según Carmines y Zeller (1991) citado en Hernández, Fernández y Baptista, (2010) menciona dos tipos de validez de constructo, el primero es la validez convergente, se utiliza dos test que evalúen igual adjetivo y al obtener ambos resultados existentes estos constituyan la misma proporción, es importante considerar que la semejanza podría ser alta o significativa es decir existirá una relación positiva. Y segundo validez discriminante, revela que dos test evalúan particularidades desiguales, por lo tanto sus correlaciones deben ser nulas o bajas.

Así mismo, es importante considerar que el Análisis factorial es considerada como la práctica de disminución de datos que se utiliza al hallar conjuntos semejantes de variables a partir de varios grupos. De igual forma, también lo define como la habilidad estadística multivariante cuyo objetivo es analizar las interrelaciones de interdependencia existentes en un grupo de dimensión o variables, a través del cálculo de un conjunto de variables latentes (De la Fuente, 2011)

Es así como, el análisis factorial exploratorio tiene como propósito primordial establecer una organización subyacente entre las variables analizadas, considerando las estructuras correlacionales entre ellas; con finalidad de buscar que los grupos tengan correlaciones altas entre ellos mismos según Méndez y Rondón (2012).

Sin embargo, la confiabilidad se define como al nivel de un instrumento psicométrico que promueve resultados coherente y permanentes (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). De igual forma, expresa Menéndez (s.f.) a la confiabilidad como la permanencia de los resultados. En la fiabilidad se indaga que los efectos del test coincidan con las deducciones de la misma escala en diferente ocasiones, si ocurriera se deduce que existe alto nivel de fiabilidad. Así mismo, según Palela y Martins (2012) refiere como confiable a un instrumento psicométrico cuando, aplicado a la misma persona en diferentes situaciones, los resultados logrados son aproximadamente los iguales. En la definición existen tres elementos primordiales, las diferentes circunstancias, la misma persona y los resultados aproximadamente semejantes. Según Katz (2006) se considera que los valores mayores a .65 representan una buena confiabilidad.

Refiere Gerbing y Anderson (1988) citado por Ventura-León y Caycho-Rodríguez (2017) las cargas factoriales es trabajada por el coeficiente omega. La sumatoria contenida de las dimensiones o variables normalizadas permite la innovación más sólido los cálculos Timmerman, (2005) citado por Ventura-León y Caycho-Rodríguez (2017). Y refleja el verdadero nivel de fiabilidad, este es apreciado como una apropiada medida de la fiabilidad en caso que no se cumpliera este principio de igualdad, esto se daría si las preguntas que integran una matriz de solución factorial presentan cantidades disímiles según McDonald (1999) citado por Ventura-León y Caycho-Rodríguez (2017). Para tomar en cuenta que un valor sea aceptable en la confiabilidad deben oscilar entre .70 y .90 mediante el coeficiente omega Campo-Arias y Oviedo (2008) citado por Ventura-León y Caycho-Rodríguez (2017) el coeficiente omega se considerada a modo de una medida más exacta en la confiabilidad, es por ello que los autores sugieren el uso en futuras investigaciones de corte psicométrico, (Ventura-León y Caycho-Rodríguez, 2017).

Según Abad, Garrido, Olea y Ponsoda (2006) se define como baremación los resultados de los test de cálculo directo de un individuo no se puede interpretar, caso contrario representamos necesario considerar a los contenidos del test que participan el

grupo normativo. De este modo, los percentiles constituyen cantidades de colocación en una distribución de frecuencias, así mismo nos dicen la proporción de individuos dentro del grupo normativo que pueden obtener puntajes inferiores o iguales a las correspondientes directas.

Mientras tanto el sustento teórico, con respecto a la calidad de vida ha generado interés por conocer sobre este tema desde tiempos antiguos, sin embargo, el concepto aparece y va generando expectativas por la apreciación científica y metodología del tema. El pensamiento o ideas en relación a las características de la calidad de vida se inicia en el periodo de los años 60 hasta actualidad, con una noción para ser utilizada en los distintos aspectos, de la salud emocional o mental, economía, política, salud física, la enseñanza, etc., varios investigadores plantean diversas definiciones:

Para la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1998) al referirse a la calidad de vida lo define de acuerdo a una a la percepción de los sujetos de su rol en la vida o sociedad, teniendo en cuenta el contexto de la interrelación del sistema de valores y el desarrollo sociocultural en los cuales las personas se desenvuelven o interrelaciona y esto va concatenados con sus objetivos, posibilidades, patrones e inquietudes.

Por su parte, Hirabayashi, Fukunishi, Kojima, Kiso, Yamashita, Fukutake, et al. (2002) considera que la calidad de vida de los sujetos con diagnóstico del VHI, a la combinación de salud mental y el funcionamiento físico fundamentada en la apreciación propia de su vida diaria.

De igual manera, Vosvick, Koopman, Gore Felton, Thoresen, Krumboltz, y Spiegel. (2003) considera que la calidad de vida es la destreza de salvaguardar un nivel de prosperidad en el funcionamiento social, físico, energía, salud general y funcionamiento de rol.

Así mismo, según Badía y Lara (2004) define como conocimiento multidimensional que contiene aspectos afines con la función psicológica, las sintomatologías corporales, el aspecto social y función física.

Y en último lugar refiere Peña, Aguilar, Suarez y Reyes (2007) a la calidad de vida como una concepción varias dimensiones que accede apreciar características del período de prosperidad del individuo y estado funcional, por medio de la apreciación de la salud, función física, salud mental, dolor, rol, función social, cognoscitiva

energía, salud transitoria, preocupación por el estado de salud y calidad general de vida.

De este modo, en la calidad de vida se utiliza algunos modelos explicativos; con respecto al *Modelo Biopsicosocial*, según Oblitas (2010) este modelo demanda un amplio aspecto y a la vez debe ser integrativa, para comprender las variaciones y construir un diagnóstico. Las interacciones que establece el individuo con los profesionales de la salud, sea estas familiares, social y psicológico, permitirá una adecuada adherencia al tratamiento médico, con una terapia eficiente, permite reducir el periodo de recuperación en la persona con dolencia física, el conocimiento médico debe integrar, lo biológicos, socio ambiental y psicológica que interceden en el individuo dentro de su proceso terapéutico. El modelo Wilson y Cleary (1995) estructuran un modelo que integra dos diferentes tipos de conceptos relacionados a la salud, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de bienestar general y funcionamiento y el otro desde el paradigma clínico, enfocados en procesos patológico, agentes etiológicos y resultados clínicos. Y finalmente Bishop, Berven, Hermann y Chan (2002) presentan un modelo de Calidad de vida relacionado salud en personas que sufre de una enfermedad crónica el elemento o característica resaltante es la salud general, luego el apoyo social, posteriormente salud psicológica o mental y finalmente la frecuencia de la lesión, y la influencia e interrelación entre ellas permite una apreciación final de la característica de la vida.

Por lo tanto, para medir la calidad de vida se puede utilizar dos tipos de escalas; las genéricas, que se emplean en un grupo de personas de forma habitual y conjunto de dolencias. Y las específicas de acuerdo algún tipo de padecimiento, según expresa (Peña, Aguilar, Suarez & Reyes, 2007). El problema de salud pública de la transmisión del VHI, tienen a nivel internacional estudios autorizados, el cuestionario de evaluación de SIDA-Cuestionario de evaluación de la salud (AIDS-HAQ), la escala de calidad de vida dirigida (HAT-QOL), Calidad de vida multidimensional para personas IV/AIDS (MQOLHIV) lo indica (Avis & Smith, 1997) y el Estudio de resultados médicos de encuesta de VHI (MOS-VHI) lo señala (Wu, Revicki, Jacobson & Malitz, 1997) fue estandarizada y tuvo validez lingüística en la ciudad de México por cuatro investigadores Peña, Aguilar, Suarez y Reyes (2007).

Las dimensiones que presenta la Calidad de la Vida según Wu, Revicki, Jacobson y Malitz (1997) con respecto a la Función Física, evalúa el nivel en que el estado de salud restringe los movimientos físicos. El Rol Físico, salud corporal obstruye en la actividad laboral y en diversas acciones diarias, lo que genera un bajo actividad no acorde a lo deseado, la restricción en el prototipo de actividades ejecutadas. La función Social, cuenta la categoría en el que las dificultades de salud emocional y física obstruyen en su vida diaria. En la Salud Mental, explora salud emocional habitual, lo que contiene la ansiedad, la depresión, el control emocional y de la conducta. La energía, examina el efecto de la vitalidad y energía en contraste del estado de debilidad o agotamiento. En la Salud General, se refiere a la evaluación particular del estado de salud en forma vigente y constante.

Acorde con Oguntibeju (2012) la evolución del tratamiento con antirretrovirales del VIH /SIDA es considerada como una infección o enfermedad crónica que presenta retos para los usuarios y los servidores de la salud, y las medidas y acciones en la Calidad de vida pueden facilitar la información significativa en estudios conductuales y clínicos de los antirretrovirales, los estilos de vida o calidad de vida de los sujetos que padecen del VIH/SIDA son complicadas; sin embargo, esta revisión proporciona un marco para la comprensión práctica y teórica.

Sin embargo, el HIV se detalla de acuerdo al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2008) al virus va transmitir o afectar a las células del sistema inmunológico (los macrófagos, las células T cúmulo de diferenciación 4 (CD4) positivas) y arruina o perjudica su actividad. Al SIDA se conceptualiza síndrome (conjunto de síntomas y signos) inmunodeficiencia adquirida y está compuesto de varias infecciones y malestares físicos que producen diferentes patologías, enfermedades médicas respiratorias, dermatológicas, e incluso el cáncer o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad, por disminución del sistema inmune. (ONUSIDA, 2008).

El diagnóstico del VIH, se realiza a través de la prueba de Elisa o prueba rápida, prueba de antígenos y de ácido nucleico, es por ello que se considera una enfermedad crónica que requiere regímenes de medicación complejos y a menudo incluye múltiples comorbilidades que influyen en todos los aspectos del bienestar de un

individuo

Es por esto que, refiere Braitstein et al, (2005) que la evolución de la infección por VHI, se da inicio con infección aguda por el VHI, y posteriormente una infección crónica y etapa de SIDA según la oficina de Información sobre Tratamiento, Prevención e Investigación del VIH/SIDA [INFOSIDA] (2019)

En cuanto a los principales síntomas y signos del contagio del HIV/SIDA va depender en el período en el reciba un tratamiento, no obstante se alcanza en los primeros meses la infección, numerosos afectados ignoran que son transmisores del virus hasta fases más avanzadas. Algunas veces, al inicio el sujeto no exterioriza ningún tipo de sintomatología, sin embargo en otras personas presentan pérdida de peso, vómitos, diarreas, fiebres altas, dolor de garganta, inflamación ganglionar y tos constante, posteriormente al no administrarse el medicamento antirretroviral aparecen las enfermedades oportunistas más graves tales como el sarcoma de Kaposi, tuberculosis pulmonar y medular, encefalopatías, linfomas, meningitis criptococos y toxoplasmosis, etc. (Organización Mundial Salud, 2017)

Las primeras causas de alarma son mantener relaciones sexuales coitales sin protección, sufrir de otras infecciones de transmisión sexual como gonorrea, chancro, ladillas, herpes, sífilis, clamidiasis, compartir agujas, jeringas para sustancias psicoactivas, transfusiones sanguíneas contaminadas y pincharse fortuitamente con una aguja infectada es más frecuente en los servidores de la salud (Organización Mundial Salud, 2017).

En relación, a las investigaciones previos refiere Liu, Zhu y Qu (2018) el objetivo de su investigación fue determinar las propiedades psicométricas de la Encuesta de salud del VIH/SIDA en personas que viven en China diagnóstico positivo. La muestra (n: 646). Utilizó la escala MHS con las dimensiones de angustia, salud mental, procesos cognitivos y la calidad de vida, Y corresponde PHS, función físico y de rol y la energía, función social y la salud general favorecen a los dos factores. Midió a través de consistencia interna utilizando el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, la confiabilidad en las escalas de PHS 0.87 y MHS 0.89, en las dimensiones obtuvo un rango de 0,60 a 0,94. Utilizó para la validez de constructo el análisis factoriales confirmatorias Además la validez convergente y discriminante.

Según Cooper, Clatworthy, Harding, Whetham, Consortium y Emerge (2017) en el estudio de la Medición de la calidad de vida entre los sujetos que presentan el VIH. Los criterios de inclusión incluyeron escalas que podrían auto administrarse en 10 minutos o menos, cubriendo al menos 3 dominios de calidad de vida (función física, social, función mental / emocional). Los datos psicométricos disponibles respaldan que las siete escalas específicas de VIH cumplieron con los criterios de inclusión: el AIDS Clinical Trials Group (ACTG)-21; VIH-QL-31; MOS-VIH; de las medidas específicas del VIH, se consideró que el MOS-VIH tenía las propiedades psicométricas mejor establecidas, sin embargo, las limitaciones identificadas en las revisiones incluyeron aportes insuficientes de los paciente que fueron diagnosticados con VIH en el desarrollo de la escala, relevancia intercultural y aplicabilidad continua.

Al igual, Stangl, Bunnell, Wamai, Masaba y Mermin (2012) tuvo como propósito investigar la Medición de la calidad de vida en Uganda, la muestra estuvo conformada por 947 adultos infectados, utilizó el MOS-HIV. El resumen de las puntuaciones en salud mental (MHS) y salud física (PHS). La validez discriminante y constructo se instauró a través de la asimilación de las valoraciones medias de síntesis de los grupos de estado de salud y características sociodemográficas, obtuvo una confiabilidad entre .79 y .85 en los componentes de MHS y PHS.

Al igual, Henderson, Schlenk, Kim, Hadigan, Martino, Sereika y Erlen (2010). En un estudio realizado con el objetivo de Validar el MOS-VIH como una medida de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH y enfermedad hepática. Se evaluó de forma prospectiva utilizando el MOS-VIH en 532 adultos infectados por VIH que recibían terapia antirretroviral (n: 305 VIH y n: 227 VIH + LD). Además, los participantes completaron cuestionarios estandarizados de condiciones sociodemográficas y comórbidas. Las propiedades psicométricas estuvieron amparadas por pruebas de confiabilidad y construcción, validez convergente, discriminativa y predictiva. Este estudio encontró el instrumento MOS-VIH válido y confiable en personas con VIH + LD.

Así mismo, Peña, Aguilar, Suarez y Reyes (2007) su investigación fue validar lingüísticamente la escala de calidad de vida MOS-HIV en ciudad de México. La

muestra (n: 32) sujetos con prescripción de VHI/SIDA. La validez convergente se manejó el coeficiente de correlación de Spearman teniendo en cuenta la puntuación escala visual analógica (EVA) y del grupo de pacientes VIH+. La consistencia interna se obtuvo por medio del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, es importante considerar los resultados teniendo en cuenta la cantidad de ítems sin solucionar, es de 0,62., en las 11 dimensiones, se obtuvo 0.75 en coeficiente de Cronbach.

Al mismo tiempo, según Revicki, Sorensen, y Wu (1998) la finalidad de su estudio fue construir la validez y fiabilidad de las puntuaciones resumidas de salud mental y física en personas con VIH. Se utilizó un estudio observacional (n: 162) y muestra (n: 2253). Se manejaron análisis factoriales confirmatorias y exploratorias. La confiabilidad de la puntuación de MHS fue entre .91 a .94 y PHS fue entre .90 a .92. Estas escalas fueron replicables en varias ejemplares de sujetos con HIV/SIDA, debido a que sus valores son válidas y confiables explicar el tratamiento su impacto en el bienestar y funcionamientos de los individuos.

Y finalmente, Wu, Revicki, Jacobson y Malitz (1997) en su investigación de Pruebas de fiabilidad, validez y utilidad de la Encuesta de salud (MOS-HIV) consta de 35 ítems y diez dimensiones conformada por dolor, función física y rol, percepciones de salud, procesos cognitivo y roles sociales, calidad de vida, intranquilidad y salud mental, se ha encontrado que la escala de calidad de vida se armoniza con las medidas de salud discriminantes y concurrentes, permite predecir los futuros resultados y responder algunos cambios en transcurso del tiempo. Presenta aceptable su validez y confiabilidad en el sexo femenino.

Considerando todo narrado anteriormente se formula la siguiente pregunta

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala o test de calidad de vida MOS-VHI en usuarios con diagnosticados con VHI/SIDA en un hospital estatal o público de la ciudad de Trujillo?

En el presente estudio de investigación se justifica teniendo en cuenta a la relevancia práctica, se refiere que el cuestionario de calidad de vida permitirá una

amplia aplicación en los diversos ámbitos de intervención primario, secundario, terciaria y además en los procesos terapéuticos, considerando sus estilos de vida, salud emocional, aspectos físicos y sociales, para lograr una adecuada adherencia a su tratamiento retroviral. En la forma metodológica teniendo en cuenta que se contara con una escala psicométrica adecuadamente valido y confiable realizado por la profesional de la salud, para ser aprovechado en las diversas poblaciones y que se acojan a nuestra realidad.

Finalmente, se favorecerá con un instrumento con características psicométrico que será manejado como un instrumento de detección por los servidores de la salud, considerando que contiene diferentes las dimensiones salud mental, rol, función física y preocupación por la salud para conocer, identificar y realizar consejerías, orientación e intervenciones terapéuticos grupales o individuales.

Por todo lo antes mencionado se busca establecer un objetivo general y cinco específicos, que son los siguientes

#### Objetivo General

Determinar las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida MOS-VHI en usuarios que son diagnosticados con VHI/SIDA en un hospital público de la ciudad de Trujillo

#### Los objetivos específicos

- Determinar la validez de contenido por el método de criterio de jueces que permite el uso de la escala calidad de vida en los usuarios con diagnóstico de VHI/SIDA
- Establecer la validez de constructo a través del método de análisis factorial confirmatoria de la escala calidad de vida en usuarios con diagnóstico de VHI/SIDA
- Establecer la validez convergente y discriminante de la escala calidad de vida en los usuarios con diagnóstico de VHI/SIDA
- Establecer la confiabilidad por consistencia interna por medio del coeficiente Omega de McDonald de la escala calidad de vida en usuarios con diagnóstico de VHI/SIDA
- Elaborar las normas percentilares de la escala calidad de vida en los usuarios con diagnóstico de VHI/SIDA

## **II. MÉTODO**

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

En la investigación, se empleó el tipo instrumental, que permite evaluar en un cuestionario o escala de medida individual sus propiedades o características psicométricas (Montero & León, 2007).

Así mismo, contiene el diseño no experimental, nos permite observar los sucesos, tal cual como se presentan en su estado original, para que a continuación se pueda analizar (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

### 2.1. Variables y Operacionalización

#### **Calidad de vida**

- **Definición conceptual:**  
Es una percepción con varias dimensiones y que permite valorar los diferentes aspectos del bienestar emocional, afectivo y funcional de los individuos o sujetos según Peña, Aguilar, Suarez y Reyes (2007).
- **Definición Operacional:**  
La dimensión o variable es calculada por la escala de calidad de vida está integrada por once dimensiones, tales como el dolor, rol, social, física, procesos cognoscitivos, energía, salud emocional, temor por estado de salud, percepción de la salud y salud transitoria, conformando 35 ítems en total.

#### **Validez**

- **Definición conceptual**  
La validez es el nivel en que una herramienta o prueba efectivamente evalúa la variable o dimensión que trata medir, según expresa Hernández, Fernández y Baptista (2010)
- **Definición operacional**  
Se evalúa por medio del análisis factorial exploratoria y confirmatoria la validez de constructo. Y a través del procedimiento de criterio de jueces se obtuvo la validez de contenido.

### **Confiabilidad**

- Definición conceptual

Es confiable un instrumento que al aplicarlo a las mismas personas en diversas situaciones, los efectos o cantidades extraídas son iguales (Palela & Martins, 2012)

- Definición operacional

Se evalúa la fiabilidad de estabilidad interna por el procedimiento de homogeneidad y bipartición.

### **Normas**

- Definición conceptual

Consiste que los resultados de los test de cálculo directo de un individuo no se realiza la interpretación si no la representamos a los ítems o preguntas consideradas en el instrumento psicométrico que participan el grupo normativo según Abad, Garrido, Olea y Ponsoda (2006).

- Definición operacional

Se evalúa por medio de normas centiles o percentilares, que constituyen medidas de colocación en un repartimiento de frecuencias según Abad, Garrido, Olea y Ponsoda (2006).

## 2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

*Operacionalización de las variables*

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala medición</b>
<b>Calidad de vida</b>	Percepción general de la salud	Percepción de salud	<b>Intervalo</b>
	Dolor	Dolencia	
	Función física	Actividades físicas	
	Función de rol	Función de rol	
	Función social	Actividad social	
	Salud mental	Estados emocionales	
	Energía	vitalidad	
	Preocupación por la salud	Preocupación por la salud	
	Función cognoscitiva	Actividades cognoscitiva	
	Calidad de vida	Calidad de vida	
Transición de la salud	Transición de la salud		
<b>Validez</b>	Contenido	Método de jueces	<b>Nominal</b>
	Constructo	Correlación ítem-factor	
<b>Confiabilidad</b>	Consistencia interna	Homogeneidad- Bipartición	<b>Nominal</b>
<b>Normas</b>	<u>Percentilares</u>	Percentil	<b>Nominal</b>

### 2.3. Población, muestra y muestreo

#### **Población**

En este estudio se utiliza la población diana es decir significa que es desconocida en su cantidad, está conformada por adolescentes y adultos que comprende las edades de 18 a 70 años, de acuerdo a su género femenino o masculino con diagnostico confirmado de VIH/SIDA, y pertenezcan a la estrategia sanitaria de enfermedades infecciosas de un Hospital estatal o público de nuestra ciudad de Trujillo.

## **Muestra**

En la investigación estuvo conformado por adultos y adolescentes que tiene un diagnóstico positivo al VIH/SIDA que asisten al hospital estatal, durante los meses de setiembre a octubre del 2019, haciendo un total de 260 personas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión para ser considerados en la investigación (Ventura, 2017). Las características de la muestra estuvo conformada de acuerdo a la edad de 18 a 38 años de edad (n: 157) de 39 a 58 años de edad (n: 82) de 59 años a más (n: 21). Según el género Mujeres (n: 75) y varones (185). De acuerdo a su Estado civil está conformado por soltero (n: 143) casado (n: 23) Viudo (n: 13) divorciado (n: 1) separado (n: 12) y Unión libre (n: 68). En Escolaridad está conformado por sin estudios (n: 2) primaria (n: 44) secundaria (n: 104) superior (n: 85) y técnico (n: 25) y finalmente según su orientación Sexual estuvo conformado por heterosexual (n: 139) Homosexual (n: 97) y bisexual (n: 24).

## **El tipo de muestreo**

Para el presente estudio se utilizó el no probabilístico por conveniencia, porque nos permite escoger a los adulto y adolescentes que tiene una enfermedad infecciosa y diagnosticados con VIH/SIDA y muestran predisposición para ser evaluados, previo consentimiento (Otzen & Manterola, 2017).

Fueron excluidos los evaluados que presentaron discapacidad física (motor y visual) problemas de encefalopatías y retraso mental.

Fueron incluidos los examinados con diagnóstico reactivo al VIH/SIDA en cualquiera de sus estadios dela enfermedad física.

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

### **Técnicas:**

### **Encuesta:**

Es un procedimiento muy utilizado en el ámbito social, psicológico, médico y sanitario, puede contener una diversidad de temas relacionados a la salud especifica o general, como el consumo sustancias psicoactivas, calidad de vida y estilos de vida, lo que puede fomentar tener una idea de la necesidad de un

procedimiento de investigación que permite estudios extensos para poder lograr la obtención de una gran cantidad de información sobre diferentes preguntas a la vez (Santesmases, 1997).

### **Instrumento:**

Encuesta de Estudios de resultados médicos de VHI más conocido como MOS-HIV ha sido elaborado por la institución The Johns Hopkins University, Baltimore de Estados Unidos, con el propósito de evaluar o conocer las características de la calidad de vida según lo refiere (Wu, Revicki, Jacobson, Malitz, 1997), el cuestionario de calidad de vida fue estandarizada y validada lingüísticamente en la ciudad de México por los diferentes investigadores Peña, Aguilar, Suarez y Reyes en el año 2007, presentando una estabilidad del coeficiente de Cronbach de 0,70.

Para medir la validez discriminante del cuestionario realizó a través de un análisis de las curvas teniendo en cuenta la eficacia diagnóstica organizadas desde las valoraciones medias logradas a través del conjunto de sujetos con diagnóstico reactivo al VIH y el conjunto de referencia.

En nivel confianza lo obtuvo a través del intervalo de confianza del 95% del área bajo la curva ROC tuvo en cuenta que debe descartar el valor 0,5.

En la validez convergente permitió examinar la correlación a través de los cálculos conseguidas en las diferentes sub escalas de la escala del MOS-HIV y entre ellas mismas y además utilizó el cálculo en la escala visual analógica del cuestionario EQ-5D según refiere (Peña, Aguilar, Suarez y Reyes, 2007)

## **2.5. Procedimiento**

Se inició la obtención de los datos en la investigación en un primer momento con la solicitud de la autorización del investigador mexicano que realizó adaptación y validación lingüística del test de calidad de vida MOS-VHI, para ser utilizado el instrumento psicológico en el grupo de estudio. En un segundo momento se procedió a solicitar la evaluación de criterios de jueces a diez expertos en temas de salud (se obtuvo los resultados a través del cálculo del Coeficiente V. de Aiken) teniendo en cuenta las consideraciones de las pautas establecidas. Finalmente se procedió a aplicar o administrar el cuestionario de calidad de vida a

los sujetos que participaron en la investigación teniendo en cuenta su aceptación de la participación o expresando a través de su respectivo consentimiento informado, así mismo se respondió algunas dudas o consultas en el proceso de evaluación.

## **2.6. Método de análisis de datos**

La presente investigación en lo que concierne para la obtención del análisis de datos, se realizaron en los siguientes pasos:

El primer paso, se inició con la valoración de la validez de contenido utilizando para este procedimiento el estadístico V de Aiken, teniendo en cuenta el criterio de los diez expertos o jueces que utilizaron cuatro cualidades de evaluación, a continuación se procedió a obtener posteriormente la estimación de supuestos de normalidad univariante mediante los índices de curtosis y asimetría, hallando valores entre el rango de -1 a 1, encontrando la no existencia de asimetría y curtosis en la repartición o distribución de las respuestas de las preguntas o ítems lo antes mencionado lo refiere (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005).

En un segundo paso, se consideró también el estudio de la multicolinealidad la cual se realizó mediante la matriz de correlaciones de Pearson, obteniendo valores menores a .90, denotando que no existe multicolinealidad en la matriz de estudio según refiere (Arias, 2008).

En el tercer paso teniendo los resultados que acabamos de mencionar se procedió a realizar el Análisis Factorial Confirmatorio a través del método de Máxima Verosimilitud para considerar los errores de medición, de las cargas factoriales estandarizadas, y las correlaciones entre cada uno de los factores latentes y lograr obtener los índices que permitan evaluar el ajuste del constructo o idea a la realidad o contexto investigada teniendo en cuenta que será un ajuste satisfactorio siempre y cuando si los índices de ajuste global sean  $\chi^2/df < 3$  de acuerdo a lo expresado por (Carmines y McIver, 1981), además de un RMSEA < .05 y  $pclose < .05$  según refiere este autor (Browne and Cudeck, 1993), así mismo CFI > .90 lo refiere (Bentler, 1990); siempre teniendo en cuenta que si los índices de ajuste comparativo NFI > .90 (Bentler y Bonet, 1980) además también los índices de ajuste parsimonioso PCFI > .50 (James, Mulaik y Brett, 1982) y PNFI > .50 (James,

Mulaik y Bentler, 1982)

En un tercer paso se procedió a evaluar la convergencia y discriminación de los modelos evaluados mediante los índices y criterios propuestos por Gaskin (2016), se hallaron que las cargas factoriales estandarizadas y además de los errores de medición disímiles y que no estén correlacionados para los ítems, revelando la no equivalencia entre cada uno de los ítems para medir cada factor que se presenta en su procedimiento.

Finalmente se empleó la prueba o el estadístico Omega de McDonald (1999) para estimar de forma puntual e interválica (Kelley & Lai, 2017) al 95% de confianza la consistencia interna de cada factor considerando o teniendo en cuenta como valores aceptables de .70 a .90 (Campo-Arias & Oviedo, 2008), además siendo flexibles en este criterio llegando a considerar en algunas circunstancias se pueden aceptarse valores superiores a .65 según refiere (Katz, 2006).

## **2.7. Aspectos éticos**

- Se facilitó la información expresa, apta y detallada con respecto al estudio a realizar y se solicitó la autorización oportuna a los evaluados previamente al estudio, de acuerdo le establece el estándar 8.01 de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010).
- La información es utilizada exclusivamente por la investigadora, es estrictamente confidencial.
- Respetó a la normatividad nacional e internacional que lo regula, cuando se realiza trabajos de exploración con personas, está establecido en el artículo 22 del Colegio de Psicólogos Peruano (CPsP, 2018).
- Los datos personales de los evaluados se mantiene su Anonimato, no se publican.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Evidencias de validez de contenido

En la Tabla 2, considerando la evaluación de los 10 expertos, con cuatro categorías de respuesta, se obtuvo evidencia estadísticamente significativa ( $p < .05$ ) de un promedio total para V de Aiken  $> .50$ , alcanzándose en Claridad un  $V = .94$  (IC95%:  $.79$  a  $.98$ ), en Coherencia un  $V = .94$  (IC95%:  $.80$  a  $.99$ ) y en Relevancia un  $V = .95$  (IC95%:  $.82$  a  $.99$ ), con intervalos de confianza superiores a  $.50$  en todos los ítems.

**Tabla 2**

*Índices de validez de contenido de la Escala Calidad de Vida MOS-VHI (1)*

Ítems	Claridad				Coherencia				Relevancia			
	V de Aiken		IC 95%		V de Aiken		IC 95%		V de Aiken		IC 95%	
	V	<i>p</i>	Li	Ls	V	<i>p</i>	Li	Ls	V	<i>p</i>	Li	Ls
Total	.94	<.001 **	.79	.98	.94	<.001 **	.80	.99	.95	<.001 **	.82	.99
<b>1</b>	.87	.001 **	.70	.95	.90	<.001 **	.74	.97	.93	<.001 **	.79	.98
<b>2</b>	.97	<.001 **	.83	.99	.97	<.001 **	.83	.99	.97	<.001 **	.83	.99
<b>3</b>	.93	<.001 **	.79	.98	.93	<.001 **	.79	.98	.97	<.001 **	.83	.99
<b>4a</b>	.80	.005 **	.63	.90	.83	.002 **	.66	.93	.83	.002 **	.66	.93
<b>4b</b>	.90	<.001 **	.74	.97	.90	<.001 **	.74	.97	.90	<.001 **	.74	.97
<b>4c</b>	.93	<.001 **	.79	.98	.93	<.001 **	.79	.98	.93	<.001 **	.79	.98
<b>4d</b>	.87	.001 **	.70	.95	.93	<.001 **	.79	.98	.93	<.001 **	.79	.98
<b>4e</b>	.97	<.001 **	.83	.99	.97	<.001 **	.83	.99	.97	<.001 **	.83	.99
<b>4f</b>	.87	.001 **	.70	.95	.97	<.001 **	.83	.99	.90	<.001 **	.74	.97
<b>5</b>	.93	<.001 **	.79	.98	.97	<.001 **	.83	.99	.97	<.001 **	.83	.99
<b>6</b>	.90	<.001 **	.74	.97	.87	.001 **	.70	.95	.97	<.001 **	.83	.99
<b>7</b>	1.00	<.001 **	.89	1.00	1.00	<.001 **	.89	1.00	1.00	<.001 **	.89	1.00
<b>8a</b>	1.00	<.001 **	.89	1.00	.97	<.001 **	.83	.99	.97	<.001 **	.83	.99

Nota: V: Estadístico de Aiken; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Li: Límite inferior; Ls: Límite superior; *p*: Significancia  
 \*\* $p < .01$

**Tabla 2***Índices de validez de contenido de la Escala Calidad de Vida MOS-VHI (2)*

Ítems	Claridad				Coherencia				Relevancia						
	V de <u>Aiken</u>		IC 95%		V de <u>Aiken</u>		IC 95%		V de <u>Aiken</u>		IC 95%				
	V	<i>p</i>	Li	<u>Ls</u>	V	<i>p</i>	Li	<u>Ls</u>	V	<i>p</i>	Li	<u>Ls</u>			
<b>8b</b>	.97	<.001	**	.83	.99	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98
<b>8c</b>	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00
<b>8d</b>	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00
<b>8e</b>	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98	.97	<.001	**	.83	.99
<b>9a</b>	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98
<b>9b</b>	.97	<.001	**	.83	.99	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00
<b>9c</b>	.97	<.001	**	.83	.99	.97	<.001	**	.83	.99	.97	<.001	**	.83	.99
<b>9d</b>	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98
<b>9e</b>	.97	<.001	**	.83	.99	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00
<b>9f</b>	.97	<.001	**	.83	.99	.97	<.001	**	.83	.99	.97	<.001	**	.83	.99
<b>9g</b>	.90	<.001	**	.74	.97	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98
<b>9h</b>	.93	<.001	**	.79	.98	.97	<.001	**	.83	.99	.97	<.001	**	.83	.99
<b>10a</b>	1.00	<.001	**	.89	1.00	.97	<.001	**	.83	.99	1.00	<.001	**	.89	1.00
<b>10b</b>	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00
<b>10c</b>	.97	<.001	**	.83	.99	1.00	<.001	**	.89	1.00	1.00	<.001	**	.89	1.00
<b>10d</b>	.93	<.001	**	.79	.98	.97	<.001	**	.83	.99	.97	<.001	**	.83	.99
<b>11a</b>	.90	<.001	**	.74	.97	.90	<.001	**	.74	.97	.93	<.001	**	.79	.98
<b>11b</b>	.93	<.001	**	.79	.98	.87	.001	**	.70	.95	.90	<.001	**	.74	.97
<b>11c</b>	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98
<b>11d</b>	.83	.002	**	.66	.93	.87	.001	**	.70	.95	.93	<.001	**	.79	.98
<b>12</b>	.87	.001	**	.70	.95	.93	<.001	**	.79	.98	.93	<.001	**	.79	.98
<b>13</b>	.97	<.001	**	.83	.99	.93	<.001	**	.79	.98	.97	<.001	**	.83	.99

Nota: V: Estadístico de Aiken. IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Li: Límite inferior; Ls: Límite superior; *p*: Significancia  
\*\**p*<.01

### 3.2. Evidencias de validez de constructo

#### 3.2.1. Evaluación de supuestos

En Tabla 3, se presentan los estadísticos descriptivos, que permite utilizar para identificar el acatamiento de los supuestos de multicolinealidad a través del rango de correlaciones entre ítems, encontrando valores o medidas entre 0 a .74, estos pueden ser también menores a .90 y demostrando la no existencia de redundancia en los diferentes contenidos o temas medidos en las preguntas o ítems, lo refiere (Arias, 2008), de igual forma se muestra los índices de asimetría  $|G1| > 1$  y curtosis  $|G2| > 1$ , a la vez sus valores estandarizados y  $|Z1| > 1.96$  y  $|Z2| > 1.96$ , además de un índice de asimetría y curtosis conjunto univariado  $K^2 > 5.99$ , señalando el incumplimiento del supuesto de normalidad univariante según refiere D'Agostino (1986) y Hair, Anderson, Tatham, & Black (2005), y por último el índice de curtosis multivariante obtuvo un valor de  $69.2 < 70$  con los 35 ítems iniciales, logrando cumplir el ajuste a una distribución normal multivariante (Mardia, 1970), tomando la decisión de emplear el método de Máxima verosimilitud para el análisis Factorial Exploratorio con la mitad de la muestra ( $n1=130$ ) y Confirmatorio con la otra mitad ( $n2=130$ ) es una recomendación que lo refiere el investigador Brown (2006).

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos de la Escala Calidad de Vida MOS-VHI (1)*

Ítem	M	DE	g1	z1	g2	z2	K <sup>2</sup>
1	3.09	0.90	0.61	4.01	-0.03	-0.10	16.10
2	4.64	1.30	-0.36	-2.38	-1.17	-3.88	20.68
3	4.34	0.96	-1.43	-9.46	1.40	4.65	111.13
4.a	2.40	0.69	-0.70	-4.64	-0.66	-2.18	26.28
4.b	2.76	0.46	-1.70	-11.25	1.95	6.48	168.44
4.c	2.55	0.60	-0.96	-6.37	-0.07	-0.23	40.61
4.d	2.71	0.52	-1.59	-10.54	1.65	5.49	141.37
4.e	2.86	0.40	-2.91	-19.29	8.26	27.46	1126.19
4.f	2.96	0.25	-6.48	-42.93	43.77	145.42	22991.41

*Nota:* M: Media; DE: Desviación estándar; g1: Asimetría; g2: Curtosis; z1: asimetría estandarizada; z2: Curtosis estandarizada; K2: Asimetría y curtosis conjunta

**Tabla 3***Estadísticos descriptivos de la Escala Calidad de Vida MOS-VHI (2)*

Ítem	M	DE	g1	z1	g2	z2	K <sup>2</sup>
5	1.93	0.26	-3.30	-21.85	8.96	29.76	1363.06
6	1.91	0.29	-2.83	-18.76	6.07	20.18	759.20
7	5.37	1.08	-1.97	-13.03	3.91	13.00	338.75
8.a	4.72	1.20	-0.92	-6.10	0.70	2.34	42.63
8.b	4.63	1.34	-0.59	-3.88	-0.85	-2.81	22.95
8.c	4.50	1.14	-0.70	-4.63	0.65	2.15	26.11
8.d	4.61	1.32	-0.61	-4.04	-0.63	-2.08	20.68
8.e	5.23	1.06	-1.58	-10.46	2.88	9.57	201.02
9.a	5.02	1.32	-1.21	-8.04	0.47	1.56	67.10
9.b	4.32	1.14	-0.48	-3.21	0.30	1.01	11.32
9.c	4.32	1.11	-0.56	-3.73	0.77	2.56	20.48
9.d	4.90	1.43	-1.11	-7.37	0.09	0.31	54.35
9.e	4.77	1.24	-0.89	-5.89	0.43	1.43	36.69
9.f	4.97	1.18	-1.12	-7.42	0.95	3.16	65.14
9.g	5.32	1.05	-1.73	-11.45	3.09	10.25	236.26
9.h	4.89	1.39	-1.36	-8.99	1.31	4.34	99.67
10.a	4.82	1.24	-0.98	-6.47	0.63	2.10	46.28
10.b	4.62	1.32	-0.93	-6.13	0.44	1.46	39.68
10.c	4.99	1.16	-1.10	-7.26	0.94	3.14	62.60
10.d	5.00	1.19	-1.10	-7.27	0.66	2.18	57.60
11.a	3.27	1.37	-0.14	-0.93	-1.31	-4.35	19.82
11.b	3.57	1.23	-0.58	-3.85	-0.79	-2.64	21.79
11.c	3.58	1.09	-0.56	-3.71	-0.54	-1.81	16.99
11.d	3.98	1.17	-1.00	-6.63	0.13	0.42	44.16
12	3.61	0.86	0.67	4.43	-1.02	-3.38	31.01
13	4.06	0.90	-0.31	-2.08	-1.27	-4.20	22.02
Índice de curtosis multivariante					69.2		
Rango de correlaciones entre los ítems					.00 - .74		

*Nota:* M: Media; DE: Desviación estándar; g1: Asimetría; g2: Curtosis; z1: asimetría estandarizada; z2: Curtosis estandarizada; K2: Asimetría y curtosis conjunta

### 3.2.2. Análisis Factorial Exploratorio

En la tabla 4, se presenta la estructura rotada del test de Calidad de Vida MOS-VIH obtenida al aplicar un AFE con los 35 ítems iniciales, donde se muestra un KMO=.89 y un p-valor que se muestra estadísticamente significativo ( $p < .05$ ) a través del Test de Bartlett, señalando la factibilidad del AFE, optimizándose el número de factores mediante el método paralelo basado en el Análisis Factorial de Rangos Mínimos (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) a 3 factores con mayor porcentaje de varianza explicada por la data real respecto del azar, extraídos a través el método de Máxima Verosimilitud con rotación Promin (Lorenzo-Seba, 1999) los cuales explican un 41.77%, descartándose los ítems 1, 4f, 5, 6, 7, 8b, 8c, 9b, 9c y 9d, 10b, 10c, 11a, 11b, 11c, 11d y 13 por presentar comunales menores a .30, cargas factoriales menores a .30 y por no relacionarse con un solo factor (Child, D., 2006).

Al aplicar un AFE con los 18 ítems conservados, en la Tabla 4, se muestra un KMO=.88 y un p-valor estadísticamente significativo ( $p < .05$ ) a través del Test de Bartlett, señalando la factibilidad del AFE, que mediante los mismos métodos de optimización, extracción, rotación permitió configurar una estructura de 3 factores que explican un 55.25% de la varianza contenida en los ítems.

**Tabla 4**

*Estructura Rotada de la Escala de Calidad de Vida MOS-VHI (1)*

Ítem	35 Ítems iniciales				18 ítems finales			
	F1	F2	F3	h <sup>2</sup>	F1	F2	F3	h <sup>2</sup>
1			.54	.25				
2			.60	.29			.98	.68
3			.57	.36			.82	.60
4.a	.73			.45		.70		.46
4.b	.89			.57		.82		.58
4.c	.74			.52		.72		.55

*Nota:* h<sup>2</sup>: Comunalidad; %VE: Porcentaje de Varianza Explicada; X<sup>2</sup>: Estadístico Chi cuadrado; gl: Grados de libertad; p: Significancia

**Tabla 4***Estructura Rotada de la Escala de Calidad de Vida MOS-VHI (2)*

Ítem	35 Ítems iniciales				18 ítems finales			
	F1	F2	F3	h <sup>2</sup>	F1	F2	F3	h <sup>2</sup>
4.d	.69			.52		.64		.53
4.e	.65			.46		.58		.43
4.f	.46	.33	.33	.38				
5	.34			.23				
6	.49			.28				
7				.25				
8.a		.59		.34	.48			.33
8.b			.48	.24				
8.c		.47		.24				
8.d			.68	.43			.38	.30
8.e		.58		.47	.59			.47
9.a			.67	.44			.44	.30
9.b	--	--	--	.27				
9.c	--	--	--	.33				
9.d			.51	.25				
9.e		.69		.58	.75			.62
9.f		.86		.68	.89			.72
9.g		.94		.64	.90			.64
9.h		.74		.47	.72			.48
10.a		.54		.32	.50			.31
10.b		.51		.22				
10.c		.56		.29				
10.d		.53		.35	.43			.30
11.a	--	--	--	.11				
11.b			.37	.18				
11.c			.51	.23				
11.d			-.31	.31				
12			.61	.33			.50	.31
13			.42	.21				
% VE	27.86	8.42	5.48	41.77	35.296	10.828	9.129	55.25
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)				.89				0.88
Test de Bartlet	X <sup>2</sup> =3814.1 (gl=595; p<.001)				X <sup>2</sup> =1911.6 (gl=153; p<.001)			

Nota: h<sup>2</sup>: Comunalidad; %VE: Porcentaje de Varianza Explicada; X<sup>2</sup>: Estadístico Chi cuadrado; gl: Grados de libertad; p: Significancia

### 3.2.3. Explicación del modelo del Análisis Factorial Confirmatorio

La figura 1, se presenta el diagrama de senderos de la Estructura de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH, permite mostrar cargas factoriales estandarizadas de .50 a .83 y diferentes correlaciones múltiples al cuadrado de .25 a .69, además correlaciones de .50 a .65 entre los diversos factores latentes., señalando la posibilidad de un factor común entre los tres elementos latentes.

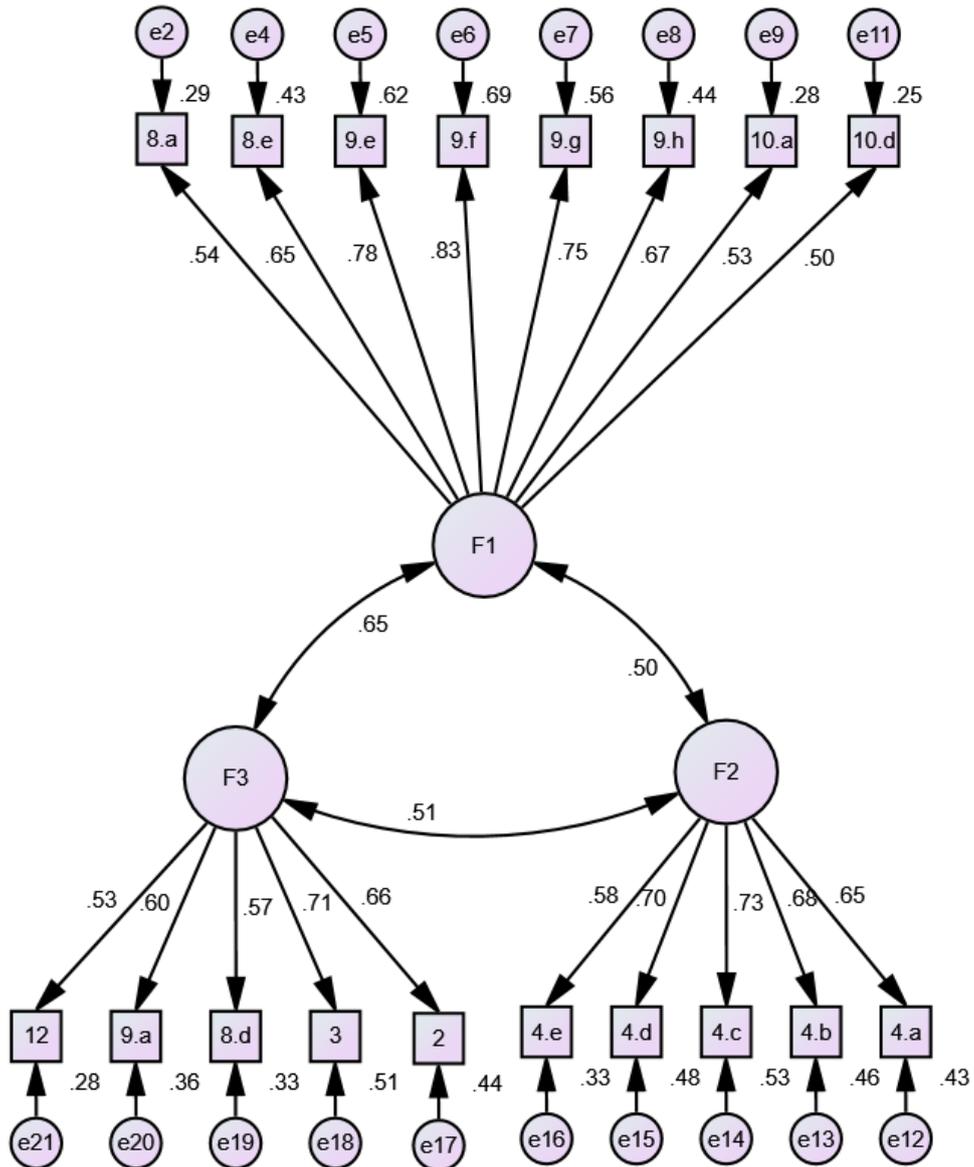


Figura 1. Diagrama de Senderos de tres factores relacionados de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH

La figura 2, nos presenta el diagrama de senderos de la Estructura del test de Calidad de Vida MOS-VIH, con tres factores teniendo en cuenta el primer orden y además es importante señalar un factor general de segundo orden, donde se muestran cargas factoriales estandarizadas de .50 a .83 y presentando correlaciones múltiples al cuadrado de .25 a .69 para los ítems, además cargas factoriales estandarizadas de .63 a .81 y correlaciones múltiples al cuadrado de .40 a .66 para los factores latentes de primer orden.

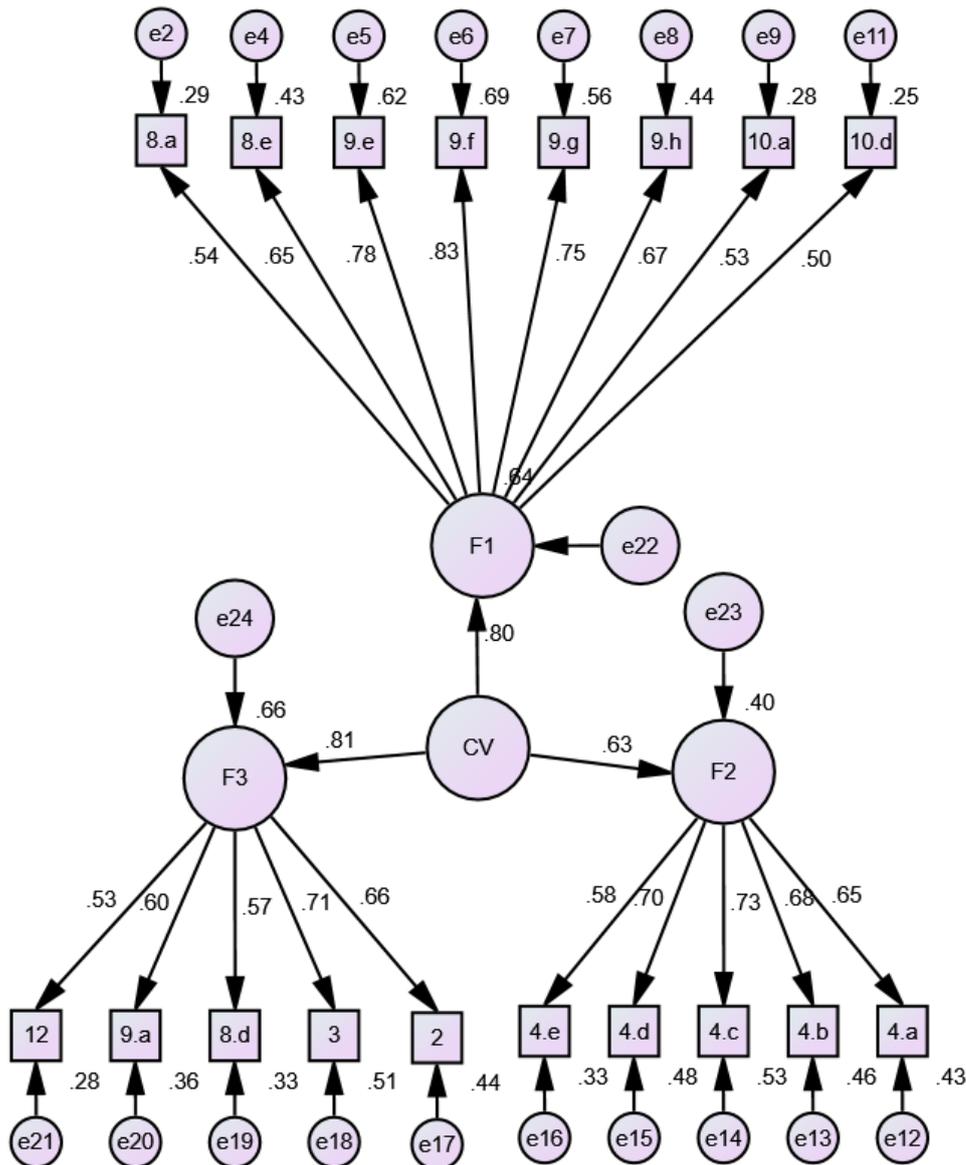


Figura 2. Diagrama de Senderos de tres factores y un factor general de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH

En la tabla 5, se denotan los índices de ajuste para ambos modelos evaluados de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH con 18 ítems, encontrándose valores satisfactorios en los índices de ajuste global como se tiene en cuenta la razón de verosimilitud  $X^2/gl < 3$  y  $p > .05$  (Carmines & McIver, 1981), SRMR < .08 (Hu & Bentler, 1999), RMSEA < .05 (Browne & Cudeck, 1993); en los índices de ajuste comparativo IFI > .90 y TLI > .90 (Bollen, 1989) además CFI > .90 (Bentler, 1990)

Así mismo, es importante señalar que los índices de ajuste parsimonioso PCFI > .50, lo refiere (James, Mulaik & Brett, 1982) y el PNFI > .50 señala (James, Mulaik & Bentler, 1982).

**Tabla 5**

*Índices de ajuste de la Escala de Calidad de Vida MOS-VHI*

MODELO	A. Absoluto			A. Comparativo			A. Parsimonioso	
	$X^2/gl$	SRMR	RMSEA	IFI	TLI	CFI	PNFI	PCFI
3FR <sub>18</sub>	2.126	.054	.066	.910	.901	.909	.727	.784
1FG y 3F <sub>18</sub>	2.126	.054	.066	.910	.901	.909	.727	.784

*Nota:* Método de estimación: Máxima Verosimilitud  
3FR<sub>18</sub> Modelo de 3 factores relacionados de segundo orden con 18 ítems  
1FG y 3F<sub>18</sub> Modelo de 1 factor de segundo orden y 3 factores de primer orden con 18 ítems  
 $X^2/gl$ : Razón de verosimilitud  
SRMR: Raíz media residual estandarizada  
RMSEA: Media cuadrática de aproximación  
IFI: Índice de bondad incremental  
TLI: Índice de ajuste de Tucker-Lewis  
CFI: Índice de ajuste comparativo  
PNFI: Índice normado de ajuste parsimonioso  
PCFI: Índice de ajuste comparativo parsimonioso

En la Tabla 6, se muestra la evidencia de validez convergente y discriminante de la estructura interna de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH. Con respecto a la convergencia de los factores, se observa una varianza media extraída –AVE menor a .50, evidenciando la falta de convergencia en los factores de primer orden en ambos modelos, sin embargo, el Factor general presentó una convergencia del .56. Por otro lado, se presenta en la diagonal de la matriz de validez discriminante a una raíz de la varianza media extraída mayor a las correlaciones con otros factores latentes, evidenciando que los tres factores guardan mayor relación con sus propios indicadores que con otros factores (Gaskin, 2016).

**Tabla 6**

*Índices de Convergencia y Discriminación de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH*

Modelo	Factor	Convergencia	Discriminación		
		AVE	F1	F2	F3
3FR					
	F1. Preocupación por la salud	.44	.67 <sup>a</sup>		
	F2. Función Física	.45	.51	.67 <sup>a</sup>	
	F3. Estado Funcional	.43	.65	.51	.66 <sup>a</sup>
1FG y 3F					
	1FG Calidad de Vida	.56			
	F1	.44			
	F2	.45			
	F3	.43			

*Nota:* AVE: Varianza Media Extraída; MSV: Varianza Máxima Compartida; a: Raíz de la varianza media extraída o correlación con los propios ítems.

### 3.3. Confiabilidad

En la Tabla 7, se muestra los coeficientes de confiabilidad de la consistencia interna del test de Calidad de Vida MOS-VHI, estimados de forma puntual e interválica del estadístico de confiabilidad Omega de McDonald (1999) considerando los valores entre .75 a .86 de acuerdo a sus factores.

**Tabla 7**

*Estadísticos de confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH*

Factor	Omega	IC95%	
3FR <sub>18</sub>			
F1. Preocupación por la salud	.86	.84	.89
F2. Función Física	.80	.79	.81
F3. Estado Funcional	.75	.74	.76
1FG y 3F			
FG Calidad de vida	.79	.78	.80
F1	.86	.84	.89
F2	.80	.79	.81
F3	.75	.74	.76

*Nota:* IC95%: Intervalo de confianza al 95%

### 3.4 Normas

En la tabla 8, se aprecia que se elaboraron normas percentil para la muestra en general por el reducido tamaño de los subgrupos formados que sexo y edad, aunque existan diferencias de magnitud pequeña ( $r < .30$ ) entre varones y mujeres en el total y los tres factores y una diferencia pequeña por edades en el factor F2, además se presentan los estadísticos descriptivos se considera a la mediana, moda media, curtosis, desviación estándar, e índices de asimetría, así como los valores mínimos y máximos.

**Tabla 8***Normas percentil de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH*

Pc	F1 Preocupación Salud	F2 Función Física	F3 Estado funcional	Calidad de Vida
99	48	15	28	91
95	48	15	28	89
90	47	15	27	87
85	47	15	27	86
80	46	15	26	85
75	45	15	26	84
70	44	15	25	82
65	43	15	24	81
60	43	15	24	80
55	42	14	23	79
50	41	14	23	77
45	40	14	22	76
40	39	13	22	75
35	38	13	21	73
30	37	12	20	71
25	36	12	19	69
20	34	12	18	67
15	33	11	17	64
10	30	10	16	60
5	26	10	14	52
1	16	6	12	41
N	260	260	260	260
M	39.72	13.28	22.21	75.21
Me	41	14	23	77
Mo	48	15	22	75
DE	6.77	2.00	4.10	10.74
g1	-0.96	-1.28	-0.52	-0.93
g2	0.60	1.41	-0.53	0.51
Mín.	16	6	12	41
Máx.	48	15	28	91

*Nota:* M: Media; Me: Mediana; Mo: Moda; DE: Desviación estándar; g1: Asimetría; g2: Curtosis; Mín: Mínimo, Máx: Máximo

**Tabla 9**

*Categoría Diagnostica según el factor Preocupación por la Salud de la escala de calidad de vida MOS-VHI*

Categoría	Percentil	Puntaje F1 Preocupación de la Salud
Alto	76-99	45-48
Moderado	26 -75	36-44
Bajo	1-25	16- 35

**Tabla 10**

*Categoría Diagnostica según el factor función Física de la escala de calidad de vida MOS-VHI*

Categoría	Percentil	Puntaje F2 Función física
Muy buena	76-99	15
Buena	26 -75	13-14
Mala	1-25	06-12

**Tabla 11**

*Categoría Diagnostica según el factor Estado Funcional de la escala de calidad de vida MOS-VHI*

Categoría	Percentil	Puntaje F3 Estado Funcional
Alto	76-99	26-28
Moderado	26 -75	20-25
Bajo	1-25	12-19

**Tabla 12**

*Categoría Diagnostica según el factor General de calidad de vida de la escala de calidad de vida MOS-VHI*

Categoría	Percentil	Puntaje Calidad de Vida
Muy buena	76-99	84-91
Buena	26 -75	70-83
Mala	1-25	41-69

#### IV. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos, constituyen un estudio de carácter instrumental, que obtuvo como objetivo dar a conocer las propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida en usuarios diagnosticados con VHI/SIDA en un hospital público de la ciudad de Trujillo, obteniendo efectos propicios y novedosos en cuanto a los métodos aplicados y sustentados en los objetivos específicos.

Por lo mencionado, se consiguió evidencias de validez de contenido obteniendo los resultados del juicio de los diez expertos, con cuatro categorías de respuesta, que evaluaron el Cuestionario de calidad de Vida MOS-VHI de las personas viviendo en VHI/SIDA, se obtuvo evidencia estadísticamente significativa ( $p < .05$ ) de un promedio total para  $V$  de Aiken  $> .50$ , alcanzándose en Claridad un  $V = .94$  (IC95%:  $.79$  a  $.98$ ), es decir, los ítems evidencian semántica y sintaxis adecuada; en Coherencia un  $V = .94$  (IC95%:  $.80$  a  $.99$ ) lo que indica que los ítems son considerados válidos y tienen relación lógica con lo que se está midiendo y en Relevancia un  $V = .95$  (IC95%:  $.82$  a  $.99$ ), con intervalos de confianza superiores a  $.50$  en todos los ítems. Se fundamenta con la referencia del sustento teórico de Hernández, Fernández y Baptista (2010) expresa que la validez de contenido es la categoría en que un instrumento muestra un dominio específico del contenido de lo que se mide; sin omisiones. Así mismo expresan Escobar, Pérez y Cuervo-Martínez (2008) que se evalúa a través de investigadores que dan opinión de expertos, se especifica como un acuerdo informada de sujetos o personas que denotan una amplia trayectoria en el temas relacionados a la salud, y de alguna manera son reconocidos y destacados por otros como expertos idóneos, y que pueden brindar valoraciones e información convincente.

Con lo que respecta, a la validez de constructo, previo al análisis factorial exploratorio se muestran los estadísticos descriptivos, necesarios que permita verificar el cumplimiento de los supuestos de multicolinealidad a través de los rango de correlaciones entre ítems o preguntas, encontrando valores que oscilan entre  $0$  a  $.74$ , menores a  $.90$ , nos permite evidenciar la no existencia de redundancia en los

contenidos analizado o medidos en los ítems (Arias, 2008), asimismo se observaron índices de asimetría  $|G1| > 1$  y curtosis  $|G2| > 1$ , a la vez sus valores estandarizados y  $|Z1| > 1.96$  y  $|Z2| > 1.96$ , además de un índice de asimetría y curtosis conjunto univariado  $K2 > 5.99$ , señalando el incumplimiento del supuesto de normalidad univariante que es señalado por D'Agostino (1986) y además también por Hair, Anderson, Tatham, & Black (2005), y como idea final el índice de curtosis multivariante obtuvo un valor de  $96.2 < 70$  con los 35 ítems iniciales, realizando a cumplir el ajuste a una distribución normal multivariante según lo señala (Mardia, 1970), es importante mencionar que al decidir aplicar el método de Máxima verosimilitud en el análisis Factorial Exploratorio con la mitad de la muestra ( $n1=130$ ) y Confirmatorio con la otra mitad ( $n2=130$ ) como lo sugiere Brown (2006). La validez de Constructo es considerado como el más transcendental, teniendo en cuenta el aspecto científica y describe qué tan valioso o exitoso un instrumento simboliza y busca medir los diferentes conceptos teóricos según lo menciona Grinnell y Unrau (2009) citado en Hernández, Fernández y Baptista (2010). Al mismo tiempo es importante mencionar que estos indicadores estén detallados y especificados en cada uno de los ítems del instrumento y que alguna forma permita asegurar prácticamente que los resultados sean apropiados para mostrar el constructo de referencia.

Así mismo, el análisis factorial exploratorio presenta la estructura rotada de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH obtenida al aplicar un AFE con los 35 ítems iniciales, donde se muestra un  $KMO=.89$  y un p-valor estadísticamente significativo ( $p<.05$ ) en el Test de Bartlett, señalando la factibilidad del AFE, optimizándose el número de factores mediante el método paralelo basado en el Análisis Factorial de Rangos Mínimos (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) a 3 factores con mayor porcentaje de varianza explicada por la data real respecto del azar, extraídos mediante el método de Máxima Verosimilitud con rotación Promin (Lorenzo-Seba, 1999) los cuales explican un 41.77%, descartándose los ítems 1, 4f, 5, 6, 7 8b, 8c, 9b, 9c y 9d, 10b, 10c, 11a, 11b, 11c, 11d y 13 por presentar comunalidades menores a .30, cargas factoriales menores a .30 y por no se relacionarse con un solo factor

(Child, D., 2006). Al aplicar un AFE con los 18 ítems conservados, se muestra un  $KMO=.88$  y un p-valor estadísticamente significativo ( $p<.05$ ) en el Test de Bartlett, señalando la factibilidad del AFE, que mediante los mismos métodos de optimización, extracción y rotación se configuró una estructura de 3 factores que explican un 55.25% de la varianza contenida en los ítems. Coinciden con lo planteado por De la Fuente, (2011) considera el análisis factorial que es una técnica de reducción de datos que sirve para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables. Al igual por lo planteado por Méndez y Rondón (2012) el análisis factorial exploratorio tiene como propósito primordial establecer una organización subyacente entre las variables analizadas, considerando las estructuras correlacionales entre ellas; con finalidad de buscar que los grupos tengan correlaciones altas entre ellos mismos.

Por otro lado, en el análisis exploratorio confirmatorio se denotan los índices de ajuste para ambos modelos evaluados de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH cuenta con 18 ítems, hallándose valores permitidos o satisfactorios en base a los diferentes autores, en los índices de ajuste global o general se menciona a la razón de verosimilitud  $X^2/df < 3$  y  $p>.05$  de acuerdo con (Carmines & McIver, 1981),  $SRMR < .08$  señalando por Hu y Bentler, (1999), y finalmente  $RMSEA < .05$  lo menciona el investigador Browne y Cudeck, (1993); cuando nos referimos a los índices de ajuste comparativo  $IFI > .90$  y  $TLI > .90$  lo señalan Bollen (1989) además  $CFI > .90$  lo menciona Bentler (1990) y en los índices de ajuste parsimonioso  $PCFI > .50$  lo toma en cuenta James, Mulaik y Brett (1982) y  $PNFI > .50$  (James, Mulaik & Bentler, 1982).

Por lo tanto, se detalla la evidencia de validez de tipo convergente y además el discriminante teniendo en cuenta la estructura interna de la Escala de Calidad de Vida MOS-VIH. Con respecto a la convergencia de los factores, se constata una varianza media extraída –AVE menor a .50, evidenciando la falta de convergencia en los factores de primer orden en ambos modelos, sin embargo, el Factor general presentó una convergencia del .56.

Por otro lado, es importante mencionar que también en la observación en la diagonal

de la matriz del tipo de validez discriminante a una raíz de la varianza media extraída es mayor a las correlaciones con otros factores latentes, evidenciando que los tres factores establecen una mayor relación entre sus mismo indicadores que con otros factores lo señala Gaskin (2016). La validez de constructo según Carmines y Zeller (1991) citado en Hernández, Fernández y Baptista, (2010) se crea y explica la relación teórica entre los conceptos, se examina cuidadosamente la correlación y se ordenan los conceptos. En la Validez convergente, se utiliza dos test que evalúan igual adjetivo y constituir la proporción existente entre ambos resultados; es importante aclarar que la correlación debe ser significativa o alta (relación positiva). Y en la validez discriminante, revela que dos test evalúan particularidades desiguales, en tal sentido sus correlaciones deben ser nula o baja.

En cuanto, a la confiabilidad del test de Calidad de Vida MOS-VHI, se obtuvo estimados de forma puntual e interválica del estadístico de confiabilidad Omega de McDonald (1999) con valores entre .75 a .86 en sus factores. Igualmente, coincide con los autores que consideran un valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, éstos deben encontrarse entre .70 y .90 Campo-Arias y Oviedo (2008) citado por Ventura-León y Caycho- Rodríguez (2017) así, mismo, Ventura-León y Caycho- Rodríguez (2017) sugieren que el coeficiente omega sea utilizada en futuras investigaciones de corte psicométrico, con el objetivo de tener una medida más precisa de la confiabilidad. El coeficiente omega, a diferencia del coeficiente de alfa trabaja con las cargas factoriales Gerbing y Anderson (1988) citado por Ventura-León y Caycho- Rodríguez (2017). Que son la suma ponderada de las variables estandarizadas, transformación que hace más estable los cálculos Timmerman, (2005) citado por Ventura-León y Caycho-Rodríguez (2017). A diferencia de los autores Liu, Zhu, y Qu (2018) en su trabajo de investigación la confiabilidad se midió en términos de consistencia interna cuestionario se analizó utilizando el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. Así mismo coinciden con los resultados encontrados por Stangl, Bunnell, Wamai, Masaba y Mermin (2012) de confiabilidad de los puntajes de PHS y MHS fue de 0.79 y 0.85, respectivamente. De acuerdo con Peña, Aguilar, Suarez y Reyes (2007) que utiliza la consistencia interna (coeficiente

a de Cronbach), considerando los resultados teniendo en cuenta el número medio de ítems sin resolver, es de 0,62., en las 11 dimensiones, se obtuvo 0.75 en coeficiente de Cronbach.

Finalmente, las normas percentil para la muestra en general por el reducido tamaño de los subgrupos formados que sexo y edad, aunque existan diferencias de magnitud pequeña ( $r < .30$ ) entre varones y mujeres en el total y los tres factores y una diferencia pequeña por edades en el factor F2, además se presentan estadísticos descriptivos como la media, mediana, moda, desviación estándar, índices de asimetría y curtosis, así como los valores mínimos y máximos. Se sustenta con lo que refiere Abad, Garrido, Olea y Ponsoda (2006) que los percentiles constituyen medidas de colocación en una distribución de frecuencias, así mismo nos dicen la proporción de individuos dentro del grupo normativo que pueden obtener puntajes inferiores o iguales a las correspondientes directas.

Es importante destacar que la secuencia para establecer las propiedades psicométricas se estipulan de acuerdo al rigor científico que se debe cumplir y tener todos los instrumentos de medición psicométrica, se alcanza demostrar una adecuada y aceptable rangos confiabilidad a través de una nueva estructura propuesta por el Análisis factorial exploratorio e instauran la pauta para trabajos de investigación que contengan las mismas características y contextos similares.

## V. CONCLUSIONES

- Se logró la Validez de contenido de la escala de Calidad de Vida a través del Coeficiente V. de Aiken  $> .50$ , son considerados importantes y válidos en relevancia, coherencia y claridad.
- Se obtuvo la validez de constructo a través del método del análisis factorial y se encontró que de los 11 factores no se cumple en el mencionado, si no se reduce a un modelo bifactorial, desde esa óptica el instrumento cumple con su finalidad.
- Se logró la consistencia interna mediante el Omega de McDonald estimados de forma interválica y puntual con valores entre  $.75$  a  $.86$  en sus factores.
- Se elaboró el baremo percentilar con su debida tabla de interpretativa.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Aportar en los constructos teóricos sobre la calidad de vida en los evaluados investigados.
- Utilizar en las investigaciones psicométricas la escala de Calidad de Vida en sujetos diagnosticados con VIH/SIDA, en las distintas poblaciones del Perú.
- Extender el estudio de test de Calidad de Vida con diversas variables de investigación.
- Utilizar el test de calidad de vida con los factores establecidos en la presente investigación.
- Hacer uso del test de calidad de vida en la práctica clínica para contribuir en la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Plantear programas de intervención y estrategias en la planificación sanitaria en las características de la calidad de vida en personas con enfermedades infecciosas.

## **VII.PROPUESTA**

Se denomina calidad de vida cuarto 90, método cascada (Anexo)

## VIII. REFERENCIAS

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J. & Ponsoda, V. (2006). Introducción a la psicometría. Universidad autónoma de Madrid- facultad de Psicología. Recuperado de: [http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS\\_2010/PDF/IntPsicometria\\_aristidesvara\\_1\\_.pdf](http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS_2010/PDF/IntPsicometria_aristidesvara_1_.pdf)
- American Psychological Association, APA (2010). Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct. Washington: American Psychological Association
- Avis, NE & Smith KW. (1997). Development of the MQOL-HIV questionnaire: multidimensional quality of life for people with HIV / AIDS. Quality of life bulletin.17: 3-4. Recuperado de: <https://translate.google.com/translate?hl=es-419&sl=en&u=https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/multidimensional-quality-of-life-questionnaire-for-hiv-aids&prev=search>
- Badía, X. & Lara, N. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. Health Outcomes Research Europe Group Barcelona. Recuperado de: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4\\_AF\\_VIH\\_2004/2\\_calidad\\_vida.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf)
- Benites, C. (2015). Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS y VIH/sida del Ministerio de Salud (Minsa). Lima. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=15995>
- Braitstein P, Montessori V, Chan K, Montaner JSG, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, & col .(2005) Quality of life, depression and fatigue among persons co-infected with HIV and hepatitis C: Outcomes from a population-based cohort. AIDS Care; 17 (4): 505-515. Recuperado de: [https://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?anno=2&depth=1&hl=es&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&sp=nmt4&tl=es&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16036236&xid=25657,15700002,15700021,15700186,15700191,15700256,15700259,15700262,15700265&usg=ALkJrhXBIItMjckkfi8JarNLVu1nUQ8NSQ](https://translate.googleusercontent.com/translate_c?anno=2&depth=1&hl=es&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&sp=nmt4&tl=es&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16036236&xid=25657,15700002,15700021,15700186,15700191,15700256,15700259,15700262,15700265&usg=ALkJrhXBIItMjckkfi8JarNLVu1nUQ8NSQ)
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. Psychological Bulletin, 107, 238–246
- Bishop M, Berven N, Hermann B, Chan F. (2002). Quality of life among adults with epilepsy, an exploratory model. Rehabilitation Counseling Bulletin; 45: 87-95

- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press. pp 387
- Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. & Long, J.S. [Eds.] *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, 136–162
- Carmines, E.G. & McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. In Bohrnstedt, G.W. & Borgatta, E.F. [Eds.] *Social measurement: Current issues*. Beverly Hills: Sage
- Colegio de Psicólogos del Perú (2018). Código de ética y deontología (Adaptada). Lima. Recuperado de:  
[https://www.cpsp.pe/documentos/marco\\_legal/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)
- Cooper, V., Clatworthy, J., Harding, R., Whetham, J., & Consortium, Emerge. (2017). Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health and Quality of Life Outcomes*. 15. 220. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/321088623\\_Measuring\\_quality\\_of\\_life\\_among\\_people\\_living\\_with\\_HIV\\_a\\_systematic\\_review\\_of\\_reviews](https://www.researchgate.net/publication/321088623_Measuring_quality_of_life_among_people_living_with_HIV_a_systematic_review_of_reviews)
- Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis*. (3rd ed.). New York, NY: Continuum International Publishing Group
- De la Fuente, S. (2011). *Análisis factorial*. Facultad de ciencias económicas y empresariales, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de:  
<http://www.fuenterrebollo.com/economicas/econometria/multivariante/factorial/analisis-factorial.pdf>
- D'Agostino, R. B. (1986): "Tests for the normal distribution" en D'AGOSTINO, R. B.; STEPHENS, M. A. (eds): *Good of fit techniques*, Marcel Dekker, New York, pp. 367- 419
- Evaluación Regional prevención y control de ITS/VHI/SIDA (2011). Evaluación del primer trimestre. Recuperado de:  
[https://www.google.com.pe/?gfe\\_rd=cr&ei=G7xOWanCEsWwWp1rOYBQ&gws\\_rd=ssl#q=evaluacion+regional+de+control+de+ITS/+VHI](https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=G7xOWanCEsWwWp1rOYBQ&gws_rd=ssl#q=evaluacion+regional+de+control+de+ITS/+VHI)

- Escobar Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36  
Recuperado de:  
[http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio\\_de\\_expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf)
- González U, Grau J, Amarillo MA. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. *Bioética desde una perspectiva cubana*. Ciudad de la Habana; 279-285.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., y Black, W. (2005). *Análise Multivariada de datos*.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (quinta edición). México: Mc Graw Hill
- Henderson, W. A., Schlenk, E. A., Kim, K. H., Hadigan, C. M., Martino, A. C., Sereika, S. M., & Erlen, J. A. (2010). Validation of the MOS-HIV as a measure of health-related quality of life in persons living with HIV and liver disease. *AIDS care*, 22(4), 483–490. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2863079/>
- Hirabayashi N, Fukunishi I, Kojima K, Kiso M, Yamashita M, Fukutake K, et al. (2002). Psychosocial factors associated with quality of life in japanese patients with human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatics*; 43: 16-23  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=9105083&pid=S0034-9887201000030001700027&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=9105083&pid=S0034-9887201000030001700027&lng=es)
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. Porto Alegre: Bookman
- Información sobre Tratamiento, Prevención e Investigación del VIH/SIDA (Junio, 2019). Las fases de la infección por el VIH. Recuperado de:  
<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- James, L.R., Mulaik, S.A. & Brett, J.M. (1982). *Causal analysis: Assumptions, models and data*. Beverly Hills: Sage

- Katz, M. (2006). *Multivariable analysis* (2a Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- La República (2015). Los avances del Perú en la dura batalla contra el VIH. Recuperado de: <http://larepublica.pe/impresasociedad/722032-los-avances-del-peru-en-la-dura-batalla-contra-el-vih>
- La República (2018). En 10% aumentaron casos de VIH en La Libertad. Recuperado de: <https://larepublica.pe/sociedad/1301941-10-aumentaron-casos-vihsida-llegada-venezolanos-libertad>
- Liu J, Zhu Y, & Qu B (2018). Reliability and validity of the Chinese version of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) in people living with HIV/AIDS (PLWHA) in China. *PLOS ONE* 13(7)  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201177>
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: un método para la rotación del factor oblicuo. *Multivariate Behavioral Research*, 34, 347-365
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum
- Ministerio de salud (2018). Boletín situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú: Red nacional de epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Recuperado de: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin\\_2018/diciembre.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2018/diciembre.pdf)
- Menéndez, A. (s/f). Taller CES 15 Validez, confiabilidad y utilidad. Recuperado de: [https://www.academia.edu/5894329/A.\\_Men%C3%A9ndez\\_Taller\\_CES\\_15\\_Confiabilidad](https://www.academia.edu/5894329/A._Men%C3%A9ndez_Taller_CES_15_Confiabilidad)
- Méndez, C. & Rondón, M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 41, núm. 1, pp. 197-207 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80624093014.pdf>
- Montero, I. & León, O. (2007). Guía para Nombrar los Estudios en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (3), 867 – 862
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3<sup>ra</sup> ed.). México: Cengage learning
- Otzen T. & Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a

- estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1): 227 – 232. Recuperado de:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2017). VHI-SIDA nota descriptiva centro de prensa.  
 Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Oguntibeju, O. (2012). Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. *HIV AIDS (Auckland, NZ)*, 4, 117–124. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418767/>
- Phaladze NA, Dlamini SB, Hulela EB, Hadebe IM, Sukati NA, Makoae LN, et al. (2005). Quality of life subSaharan Africa. *J NursScholarsh.* 37(2):120-126.
- Palela, S. & Martins, F. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Venezuela: Pedagógica de Venezuela. Recuperado de:  
<https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2015/09/metodologc3ada-de-la-investigac3b3n-cuantitativa-3ra-ed-2012-santa-palella-stracuzzi-feliberto-martins-pestana.pdf>
- Perú 21 (2014). Perú: Hay 65,000 personas con VIH, pero solo la mitad tiene diagnóstico. Recuperado de: <http://peru21.pe/actualidad/vihsida-contagios-son-mas-frecuentes-entre-personas-15-y-25-anos-2204660>
- Peña, E. Aguilar, S. Suarez, A. & Reyes, G. (2007). Validación mexicana de la escala de MOS–VHI de calidad de vida en pacientes infectados por el VHI. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 21(5). Recuperado de:  
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n5/313-319/>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VHI/SIDA (2008). Información básica sobre el VIH. Recuperado de:  
[http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2016). 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2016). Poner "Un cuarto para la prevención del VIH" en el programa mundial. Recuperado de:  
[https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/july/20160717\\_wb-prevention](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/july/20160717_wb-prevention)

- Revicki, D., Sorensen, S., & Wu, A. (1998). Reliability and Validity of Physical and Mental Health Summary Scores from the Medical Outcomes Study HIV Health Survey. *Medical Care*, 36(2), 126-137. Recuperado de:  
[https://www.jstor.org/stable/3767176?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3767176?seq=1#page_scan_tab_contents)
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2006). *Metodología de la investigación y diseños de la investigación científica*. Lima: visión universitaria
- Stangl, A. Bunnell, R. Wamai, N. Masaba, H. & Mermin, J. (2012). Measurement of the quality of life in rural Uganda: reliability and validity of summary scores of the HIV Health Survey of the study of medical results (MOS-HIV) Investigation quality of life. 21 (9)1655–1663. Recuperado de:  
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-011-0075-5#citeas>
- Santesmases, M. (1997). *Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados*. Madrid: Pirámide
- Stewart AL, Hays RD & Ware JE Jr. (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care*; 26(7): 724–735. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/19763366\\_The\\_MOS\\_Short-Form\\_General\\_Health\\_Survey\\_Reliability\\_and\\_Validity\\_in\\_a\\_Patient\\_Population](https://www.researchgate.net/publication/19763366_The_MOS_Short-Form_General_Health_Survey_Reliability_and_Validity_in_a_Patient_Population)
- Smit C, Van den Berg C, Geskus R, Berkhout B, Coutinho R, & Prins M. (2008). Risk of hepatitis-related mortality increased among hepatitis C virus/HIV-coinfected drug users compared with drug users infected only with hepatitis C virus: a 20-year prospective study. *J Acquir Immune Defic Syndr*.2008; 47 (2):221–225. Recuperado de: [https://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?anno=2&depth=1&hl=es&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&sp=nmt4&tl=es&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18223361&xid=25657,15700002,15700021,15700186,15700191,15700256,15700259,15700262,15700265&usg=ALkJrhijC6\\_0Tws3w3p2D7PsFJuzzzDKIA](https://translate.googleusercontent.com/translate_c?anno=2&depth=1&hl=es&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&sp=nmt4&tl=es&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18223361&xid=25657,15700002,15700021,15700186,15700191,15700256,15700259,15700262,15700265&usg=ALkJrhijC6_0Tws3w3p2D7PsFJuzzzDKIA)
- Tadeu, L., Denize, C., Tosoli, M. & Gláucia, A. (2014). Calidad de vida y personas viviendo con SIDA: relación con aspectos sociodemográficos y de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 22 (4):582-90.

- Timmerman & Lorenzo-Seva, (2011). Evaluación de dimensionalidad de elementos politémicos ordenados con análisis paralelo. *Métodos Psychol.*; 16 (2): 209-20. doi: 10.1037 / a0023353.
- Ventura-León, J. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad Comentarios a Arancibia et al. *Revista Médica Chile*, 145: 954-956 Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000700955](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700955)
- Ventura-León, J. y Caycho- Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 15, núm. 1, pp. 625-627 Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>
- Ventura-León, J. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4) Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n4/spu14417.pdf>
- Vosvick M, Koopman CH, Gore Felton CH, Thoresen C, Krumboltz J, Spiegel D. (2003). Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry* 2003; 44: 51-8.
- World Health Organization (1998). *WHOQOL User Manual*. Ginebra: Programme On Mental Health.
- Wu AW, Revicki, DA, Jacobson D & Malitz FE. (1997). Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV): Estados Unidos. *Qual Life Res.* 6(6):481-493.  
Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018451930750>
- Wiersma, W. & Jurs, S. G. (2008). *Research methods in education: An introduction* (9 a Ed.). Belmont, CA, EE. UU: F. E. Peacock.
- Wilson I, Cleary P. (1995). Vinculación de variables clínicas con la calidad de vida relacionada con la salud. *JAMA*; 273: 59-65.

**IX. ANEXOS**

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA MOS-VHI**

**INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE.**

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas poniendo esta señal “x” en la casilla correspondiente.

**1. En general, usted diría que su salud es:**(marque una sola respuesta)

Excelente  1 Muy buena  2 Buena  3 Regular  4 Mala  5

**2.¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas dos semanas?**(marque una sola respuesta)

Ningún dolor  1 Muy poco  2 Poco  3 Moderado  4 Severo  5 Muy severo  6

**3.Durante las dos últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?**(marque una sola respuesta)

Nada  1 Un poco  2 Regular  3 Bastante  4 Mucho  5

**4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto?**(marque una casilla en cada pregunta)

SÍ, se me dificulta mucho. <b>1</b>	SÍ, se me Dificulta un poco. <b>2</b>	NO, no se me dificulta nada. <b>3</b>
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. El tipo o cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes muy fuertes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer como mover una mesa y cargar la bolsa del mandado.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Agacharse o levantar algo.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Caminar una cuadra (unos 100 metros).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Comer o bañarse o ir al baño o vestirse.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5. Su salud, ¿le impide hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela?**(marque una sola respuesta)

SI.1 NO.2

**6. ¿Hay algún tipo de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?**(marque una sola respuesta)

SI.1 NO.2

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a

cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas.

	Siempre.1	Casi siempre.2	Muchas veces .3	Algunas veces.4	Sólo alguna vez .5	Nunca .6
<b>7. Durante las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces su salud le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o parientes cercanos)?</b>	<input type="checkbox"/>					
<b>8. Durante las dos últimas semanas ¿Cuántas veces...?</b>						
a. ¿Cuántas veces Estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>					
b. ¿Cuántas veces se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
c. ¿Cuántas veces se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					
d. ¿Cuántas veces se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>					
e. ¿Cuántas veces Se sintió tan decaído que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>					

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas

	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Sólo algunas veces 5	Nunca 6
<b>9. Durante las últimas dos semanas ¿Cuántas veces...?</b>						
a. ¿Cuántas veces se sintió lleno de vida?	<input type="checkbox"/>					
b. ¿Cuántas veces se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>					
c. ¿Cuántas veces se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>					
d. ¿Cuántas veces tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?	<input type="checkbox"/>					
e. ¿Cuántas veces se sintió agobiado por sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/>					
f. Cuántas veces Se sintió desanimado por sus problemas de salud	<input type="checkbox"/>					
g. ¿Cuántas veces llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/>					
h. ¿Llegó a tener miedo dado su estado de salud?	<input type="checkbox"/>					

Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Sólo algunas veces 5	Nunca 6
-----------	----------------	----------------	-----------------	----------------------	---------

**10. En las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces...?**

a. ¿Cuántas veces ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>					
b. ¿Cuántas veces ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?	<input type="checkbox"/>					
c. ¿Cuántas veces ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer una tarea durante mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>					
d. ¿Ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?	<input type="checkbox"/>					

**11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.**

	Totalmente cierta 1	Muy cierta 2	No lo sé 3	Muy falsa 4	Totalmente falsa 5
a. Estoy un poco enfermo.	<input type="checkbox"/>				
b. Estoy tan sano como cualquiera.	<input type="checkbox"/>				
c. Mi salud es excelente.	<input type="checkbox"/>				
d. Me encuentro mal últimamente.	<input type="checkbox"/>				

**12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas dos semanas? Es decir ¿Cómo le han ido las cosas? (marque una sola respuesta)**

Muy bien, no podrían haber ido mejor. 1	Bastante bien.2	Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo.3	Bastante mal.4	Muy mal, no podrían haber ido peor.5
---	-----------------	---	----------------	--------------------------------------

**13. Comparada con la de hace dos semanas, su salud física y emocional ahora es...**

(marque una sola respuesta)

Mucho mejor.1	Algo mejor.2	Más o menos igual.3	Algo peor.4	Mucho peor.5
---------------	--------------	---------------------	-------------	--------------

**GRACIAS**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se está desarrollando una investigación de adaptación de la escala de calidad de vida MOS-HIV. Por tal motivo, se solicita su colaboración respondiendo a la escala q utilizará un tiempo estimado entre 15 y 20 minutos.

La evaluación será utilizada con absoluta reserva y además será anónima, así mismo la evaluación será utilizada solo para fines de investigación, en la cual se presentarán datos de forma agrupada y se mantendrá en confidencialidad la información que usted proporcione.

La investigadora se compromete a brindar la información del estudio q requiera el participante y se respetara su libre decisión de colaborar o no con su participación. Finalmente, declaro que mis dudas e inquietudes han sido resueltas y estoy dispuesto a colaborar con la investigación.

-----  
**DNI**

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

**Tabla 1**

*Distribución de la muestra por edad*

Edad	n	%
18 - 38	157	60
39 - 58	82	32
59 a +	21	8
Total	260	100

**Tabla 2**

*Distribución de la muestra por sexo*

Sexo	n	%
Mujeres	75	29
Varones	185	71
Total	260	100

**Tabla 3**

*Distribución de la muestra por estado civil*

Estado Civil	n	%
Soltero	143	55
Casado	23	9
Viudo	13	5
Divorciado	1	0
Separado	12	5
Unión libre	68	26
Total	260	100

**Tabla 4**

*Distribución de la muestra por escolaridad*

Escolaridad	n	%
Sin estudios	2	1
Primaria	44	17
Secundaria	104	40
Superior	85	33
Técnico	25	10
Total	260	100

**Tabla 5***Distribución de la muestra por Orientación Sexual*

Orientación sexual	n	%
Heterosexual	139	53
Homosexual	97	37
Bisexual	24	9
Total	260	100

## PROPUESTA

La calidad de vida se refiere a una estimación de todos los aspectos de nuestras vidas, lo que se considera por ejemplo el lugar donde vivimos, la forma como sobrellevamos la vida diaria influenciados por estado salud física y emocional. La calidad de vida de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos (González, Grau, Amarillo, 1997).

Teniendo en cuenta que el Centro nacional de epidemiología nacional propone el método de cascada de tratamiento, hablamos de los objetivos 90-90-90 establecido por El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2019) que significa lo siguiente: el 90% de personas con VIH diagnosticadas, es decir, que conozcan su estado serológico, 90% de personas en tratamiento antirretroviral, que de las personas diagnosticadas, al menos el 90% tengan un correcto seguimiento médico y adherencia, y de estas, 90% de personas con carga viral suprimida, que lleguen a la indetectabilidad, considerándose poco probable su transmisión. En este sentido, se habló del “Cuarto 90” para añadir a los objetivos 90-90-90 establecido por ONUSIDA para poner fin al VIH como una amenaza para la salud global para el año 2030. Se considera el ‘Cuarto 90’ para asegurar que el 90% de estas personas tratadas y con carga viral indetectable disfrutan de una buena calidad de vida relacionada con la salud y sin discriminación, es por ello que se propone el instrumento de calidad de vida para uso clínico, es decir que nos permita evaluar e identificar los diferentes niveles de calidad de vida y con sus respectivas dimensiones (ONUSIDA, 2016).

Los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del evaluado mediante la anamnesis clínica o psicología, la exploración física y los exámenes auxiliares. Sin embargo, esta forma de evaluación no está basada en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos habituales físicos, económicos, familiares, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del evaluado. Se obtiene la información a través de la anamnesis clínica psicología y la indagación física, limitando la información sobre

aspectos o datos importantes para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del evaluado. Por este motivo se propone considerar una escala estandarizada y desarrollada científicamente para evaluar de modo confiable y válido, además considerando que los resultados de la escala de calidad de vida y con los resultados extraídos de la evaluación clínica, nos accederán tener una información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito su calidad de vida de cada persona en su vida diaria y optimizar una vejez estable en su bienestar emocional.