



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“Evidencias psicométricas del Cuestionario de Salud SF – 36 en
una población con enfermedades no transmisibles de
Chimbote”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORA:

Robles Silva, Felicita Estelita (ORCID: 0000-0001-9177-4287)

ASESOR:

Mgtr. Alva Olivos, Manuel Antonio (ORCID: 0000-0001-7623-1401)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica.

Chimbote – Perú

2020

DEDICATORIA

A mis padres, Eurpepe Robles Alegre y Rosalina Silva Córdova, quienes son un gran ejemplo de lucha y perseverancia para salir adelante, agradezco su confianza depositada en mí su única hija quien busca llenarlos de alegría y orgullo día a día, asimismo, me brindaron la oportunidad para seguir cumpliendo cada una mis metas siempre de su mano, ayudándome a seguir siempre recta sin miedos porque son mi apoyo en los momentos difíciles, sin su ayuda, amor, cuidado y dedicación no estuviera hoy cumpliendo uno de mis grandes anhelos, celebro la vida y cada uno de mis logros obtenidos junto a mis padres.

A la persona, que siempre me acompañó en mis días y noche de estudio, ayudándome a conseguir cada una de mis metas, en silencio se convierte mi fuente de fortaleza en momentos de fragilidad, su ayuda, confianza y amor me motivaron a nunca rendirme y a seguir cumpliendo cada uno de mis sueños siempre con la frente en alto.

Y, por último, a todos mis familiares por su cariño, comprensión y apoyo emocional para salir adelante.

AGRDECIMIENTO

Agradecerle a la hermosa carrera de Psicología, gracias a ella pude descubrir el “¿Por qué?” de diversas dudas, pero lo importante es que mediante esta grandiosa carrera aprendí y vivencí lo hermoso que es ayudar a las demás personas obteniendo una gran recompensa por escucharlas.

A la Universidad César Vallejo, que contribuyó con mi formación, desde las aulas donde se brindaban cada una de las clases, hasta proporcionarme instituciones donde fui recibida con amabilidad y pude aprender, descubrir y adquirir experiencias únicas.

A todos los docentes que contribuyeron en mi formación profesional, durante estos cinco años y medio, cada uno de ellos con su profesionalismo y de dedicación para la enseñanza, quienes me brindaron nuevos conocimientos y me guiaron para adquirir grandes experiencias.

Y lo más importante, darle gracias a Dios, a mis padres y a mi enamorado, quienes me brindaron su confianza para seguir adelante y cumplir cada uno de mis sueños.

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	6
III. METODOLOGÍA.....	17
3.1 Tipo de investigación.....	17
3.2 Variables y operacionalización.....	17
3.3 Población y muestra.....	18
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.5 Procedimiento.....	20
3.6 Métodos de análisis de datos.....	20
3.7 Aspectos éticos.....	21
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN.....	26
VI. CONCLUSIONES.....	29
VII. RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS.....	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis Descriptivo de los ítems.....22

Tabla 2. Análisis de confiabilidad mediante el alfa de Cronbach.....24

RESUMEN

La presente investigación de tipo instrumental tuvo como objetivo general determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF 36 en una población con enfermedades no transmisibles de Chimbote, se empleó una muestra no probabilística del tipo intencional constituida por 100 personas con enfermedades no transmisibles que comprende las siguientes: Enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, hipertensión. Los resultados mostraron que los valores del análisis de la correlación ítem test corregido oscila entre ,380 y ,840, asimismo, la confiabilidad fue determinada por la consistencia interna del coeficiente alfa de Cronbach arrojando un puntaje mayor a ,70 en las dimensiones, que lo ubica dentro de lo aceptable.

Palabras clave: Calidad de vida, enfermedades crónicas, evidencias psicométricas.

ABSTRACT

The present instrumental research had as a general objective to determine the psychometric properties of the SF 36 Health Questionnaire in a population with non-communicable diseases of Chimbote, a non-probabilistic sample of the intentional type was used, consisting of 100 people with non-communicable diseases that includes the following: Cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, diabetes, hypertension. The results show that the values of the corrected item test correlation analysis oscillate between .380 and .840, also, the reliability was determined by the internal consistency of the Cronbach alpha coefficient, yielding a score greater than .70 in the dimensions, which ranks within what is acceptable.

Keywords: Quality of life, chronic diseases, psychometric evidence.

I. INTRODUCCIÓN

Existen diversas enfermedades no transmisibles o crónicas que son un problema de salud alrededor del mundo y su prevalencia está en incremento, se estima que a nivel mundial pierden la vida alrededor de 41 millones de personas al año que oscilan entre las edades de 30 a 70 años por causas de las enfermedades no transmisibles, equivalente a más del 70% de las muertes que se producen en el mundo, asimismo, dentro de las cifras se evidencia que las enfermedades cardiovasculares provocan más de 17 millones de muertes anualmente, seguido del cáncer con 9 millones de muertes, en tercer lugar se encuentra las enfermedades respiratorias con más de 3 millones y finalmente la diabetes con 1,6 millones de muertes durante un año, siendo estas cuatro tipos de enfermedades causantes de alrededor del 80% de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles o crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En Perú se evidenció datos altos de las enfermedades crónicas, se estima que el 50% de peruanos que tienen entre 30 y 60 años padecen de este tipo de enfermedades, como el cáncer y la diabetes, asimismo, la población de riesgo en el Perú es de alrededor de 2 millones por hipertensión arterial, 3 millones por diabetes, 5 millones de peruanos por sobrepeso sumando en total 10 millones. (Ministerio de Salud, 2012).

El Ministerio de Salud (MINSA) aceptó el crecimiento importante de las enfermedades no transmisibles, las cuales tiene una gran carga de morbilidad y mortalidad en el Perú, refiriendo que si bien durante el 2011 las infecciones respiratorias se encontraban en el primer lugar, las enfermedades metabólicas y neoplásicas son aquellas que se instalan entre las quince principales causas de muertes en Perú, asimismo, las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el segundo lugar con un 5,3%

y las enfermedades cardiovasculares se posicionaron en el tercer lugar con un 4,8%, siendo cifras que afirman el cambio del perfil epidemiológico en Perú (Ministerio de Salud, 2016).

La problemática acerca de las enfermedades no transmisibles en la región de Ancash no es extraño, durante el año 1990 la mortalidad de las enfermedades no transmisibles fue de 50%, asimismo, para el año 2006 incrementó a 60% colocándolo en una de las regiones con mayor tasa de mortalidad por estas enfermedades, de igual forma, en el 2013 a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), señalaron que el 43,7% de la población sufre de problemas de crónicos de salud, colocándolo en el segundo lugar de las regiones con esta problemática (Domínguez, 2018).

De acuerdo a la realidad de la localidad, Chimbote cuenta con la gran parte de habitantes de la región de Ancash, durante el año 2012 la Red de Salud Pacífico Norte en su Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles indicó la existencia de más de 200 casos nuevos de diabetes mellitus, asimismo, se reveló 1243 nuevos casos de hipertensión arterial, de igual forma, durante el 2014 la localidad superó las cifras anteriores, señalando un nuevo registro de 1177 nuevos casos de diabetes mellitus y 2433 de hipertensión arterial. Además, durante el 2016 en el estudio realizado se evidenció que las enfermedades crónicas con más prevalencia en la localidad fueron hipertensión con un 30,7%, diabetes con un 16,2%, artrosis con 11,9% y enfermedades del corazón con un porcentaje de 9.8% (Domínguez, 2018).

Frente a esta problemática, podemos inferir la presencia de alteraciones emocionales en personas que padecen enfermedades crónicas, como son la hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes, problemas óseos,

donde se evidencia la existencia de depresión y menor bienestar físico e insatisfacción en los pacientes, asimismo, refieren que el paciente con diagnóstico de alguna enfermedad crónica presentan altos índices de depresión, estrés, ansiedad, primando la depresión con un grado mayor (Ríos, Rangel, Alvares, Castillo, Ramírez, Pantoja, Yáñez, Arrieta y Ruiz, 2008).

Los diversos trastornos producidos por las enfermedades crónicas van a contribuir en el avance de la enfermedad y estado de salud en general, provocando el desgaste de la calidad de vida. Asimismo, la calidad ligada a la salud se encuentra definida como la valoración de la fase de salud del paciente, la asistencia, además de, promocionar a la salud para conservar un adecuado funcionamiento al realizar sus actividades con normalidad sin generar déficit en su bienestar (Álvarez, 2001) por ello, los trastornos emocionales que se evidencian en pacientes con enfermedades como diabetes se vinculan al deterioro físico y de actividades sociales, además de baja fuerza para realizar sus actividades con normalidad, lo cual genera como el tiempo el avance de la enfermedad y un impacto de gravedad de la salud del paciente (Rivera, López y Sandoval, 2012).

En resumen, se puede inferir que abordar a personas con que padecen de enfermedades no transmisibles o crónicas implica que son personas que responden negativamente ante la adaptación psicológica por lo que requiere de más tiempo para habituarse por parte del paciente y de su círculo familiar o social (Dobbie y Mellor, 2008) siendo esta problemática una tarea difícil de tratar, debido a que es un signo de la ausencia de la calidad de vida produciendo deterioro en varios determinantes que la constituyen (Aponte, 2015). Por ende, la calidad de vida en el ámbito de la salud se transformó en un indicador del cambio del estado de salud en los pacientes que padecen enfermedades crónicas, amparándose en

conservar el funcionamiento normal y mitigar algunos síntomas (Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique y Arequipa, 2015).

Existe una gran variedad de instrumentos que miden la variable calidad de vida relacionada con la salud como: The Sickness Impact Profile (SIP) de Bergner, EUROQOL de Badia, The MOS short form General Health Survey de Sherbourne y Stewart, The Quality of Life Survey de Flanagan, The Health Assessment Questionnaire de Stanford de Bruce y Fries, Cuestionario de Calidad de vida (CCV) de Ruiz, entre otros (Velarde y Figueroa, 2002), como se citó anteriormente, existe una diversidad de test para medir la variable a trabajar pero con pocas investigaciones a nivel nacional siendo una limitación para la investigación, por ello, se optó por el Cuestionario de Salud SF 36, herramienta utilizada para valorar la calidad de vida ligada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, cuenta con 36 ítems que van a revelar las condiciones positivas y negativas de la salud de un individuo. Esta prueba ha sido traducida y adaptada en España en la cual participaron diversos países en el proyecto. El cuestionario tiene 8 dimensiones, las cuales han sido válidas para las poblaciones con diversas enfermedades (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006).

Considerando las escasas investigaciones psicométricas sobre el Cuestionario de Salud SF 36 en el país que afirmen la validez y confiabilidad del instrumento al igual que en la localidad, se convirtió en una necesidad formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del cuestionario de salud SF 36 en pacientes con enfermedades no transmisibles de Chimbote?, justificado en que la investigación aportó un instrumento confiable y válido para pacientes que padecen enfermedades no transmisibles o crónicas, debido a la escasez de investigaciones se buscó aumentar los estudios en nuestra localidad y en el país acerca del cuestionario SF 36, además,

se conoció a la variable calidad de vida relacionada con la salud y el vínculo con personas que padecen de enfermedades no transmisibles, asimismo, se halló posibles relaciones en las áreas del cuestionario aplicadas a poblaciones con diferentes enfermedades, además, buscó contribuir a las diferentes instituciones dedicadas al tratamiento de las personas que padecen de enfermedades no transmisibles, para realizar trabajos de prevención, promoción y terapia para que no se altere la calidad de vida ante un diagnóstico de alguna enfermedad transmisible.

Por lo tanto, este estudio presentó como objetivo principal determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF 36 en una población con enfermedades no transmisibles de Chimbote, además, tuvo como objetivos específicos establecer el análisis de ítems a través de la correlación ítem-test corregido, y finalmente buscó determinar la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

II. MARCO TEÓRICO

El constructo calidad de vida se está usando con mayor frecuencia para evaluar las variables que se relacionan al área de salud, buscando medir el nivel de bienestar en pacientes que padecen determinadas enfermedades, por ello, a continuación, se presentan algunos estudios psicométricos realizados alusivos a la variable calidad de vida relacionada con la salud.

Santos (2017) en su estudio denominado “Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF 36 en mujeres con LUPUS, Puebla”, obteniendo en análisis factorial exploratorio 8 factores, con un 60% de la varianza total de los datos, agrupando en 8 dominios semejante a lo hallado por los autores, asimismo, obtuvo un 0.9 de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach indicando buena consistencia interna.

Los autores Salazar y Bernabé (2015) en la investigación titulada “The Spanish SF 36 in Perú: factor structure, construct validity, and internal consistency”, estudio realizado en una muestra 4344 de personas peruanas, el resultado obtenido en el coeficiente de alfa de Cronbach para el cuestionario correspondió a 0.82 y varió entre 0.66 y 0.92 por dimensiones. El análisis factorial confirmatorio evidenció un modelo de 8 factores de primer orden (salud física) y 2 de segundo orden (salud psicológica), mostrando las evidencias psicométricas adecuadas correspondiente a la consistencia interna, estructura de factores y validez de constructo probada en la población peruana.

Asimismo, en el estudio realizado por Trujillo et al. (2014) “Adaptation of the sf-36 questionnaire for measuring health-related life quality in cuban workers”, obtuvieron como resultado que ambos factores de salud física y mental muestran una confiabilidad apropiada obtenido como resultado

mediante el coeficiente alfa de Cornbach para salud física de 0.9 y 0.8 para salud psicológica, asimismo, la consistencia interna de los ítems presentó una estimación mayor a 0,7 aproximado a 1. Además, la distribución de las dimensiones ejecutadas aportó como resultado final que las 8 dimensiones del instrumento alcanzaron valores superiores a 50.

Karlsen et al. (2011) en su investigación titulada “Validity of the SF 36 in patients whit morbid obesity”, buscó establecer la validez de constructo en pacientes con obesidad mórbida, obteniendo como resultado del análisis una estructura de 6 componentes a diferencia de la establecida por el modelo teórico, los dos componentes restantes obtuvieron un 31% de la varianza total a diferencia de los otros 6 componentes con 61% de la varianza total, por ello, la validez de las 8 escalas se vuelve cuestionable.

Rodríguez, Merino y Castro (2009) en su estudio “Psychometric assesment of the physical and mental components of the sf-36 in chronic renal insufficiency failure patients in treatment with haemodialysis” , halló que la dimensión de funcionamiento físico tiene una cuantiosa confiabilidad de 0.92 de Alfa de Cronbach y la relación de las preguntas con la subdimensión es convergente, asimismo, la confiabilidad de ambas dimensiones calidad física y calidad de salud mental es superior evidenciando un Alfa de Cronbach de 0.86, la relación de la varianza explicada es de 55% de los dos factores.

Por otro lado, en el artículo publicado por Machnicki et al. (2009) denominado “Validity and realibility of the SF 36 administeres to careegivers of patients whit alzheirmer’s disease: Evidence fron a South American Sample”, quienes priorización estudiar la calidad de vida ligada a la salud en una población cuidadora de personas que padecen

Alzheimer, con una muestra de 48 cuidadores hallaron resultados que demostraron la consistencia interna adecuada de cuestionario con un Alfa de Cronbach de 0.72 a 0.92, asimismo, mostró una validez factorial adecuada contando con las 8 escalas establecida.

La investigación titulada "Validity and reliability of the SF-36 questionnaire in patients on the waiting list for a kidney transplant and transplant patients." realizado por Gómez et al. (2004), estudiaron a una población de más de 200 pacientes esperando un trasplante y más de 70 pacientes con trasplante en funcionamiento, encontraron correlaciones entre las escalas que fueron positivas y significativas, con un Alfa de Cronbach 0.91, y las dimensiones oscilaron los valores dentro de 0.7 y 0.9, asimismo, el análisis factorial determinó 8 dimensiones que muestran un 66.6% de la varianza.

Asimismo, Castillo, Póo y Alonso (2004) en su artículo denominado "Evaluation of the SF 36 health index applied to methadone maintenance program user. Reference values for the basque autonomous community, Spain", aplicado a una población de 726 usuarios, hallaron como resultados un valor de Alfa de Cronbach de 0.7, evidenciándose que los participantes que iniciaban su tratamiento tenían puntuaciones inferiores a los usuarios que ya se encontraban en el tratamiento, concluyendo que el cuestionario puede discriminar a los pacientes en diferentes estadios de tratamiento.

Espinosa et. al. (2002) en su estudio titulado "Quality of life in asthma: reliability and validity of the short form generic questionnaire (SF-36) applied to the population of asthmatics in a public health área", tuvo como principal objetivo analizar la validez y la confiabilidad e instrumento con un total de 219 pacientes de 10 centros de salud, obtuvieron como

resultado del coeficiente de alfa de Cronbach un 0.7, determinando a valide y fiabilidad en la población estudiada.

Por último, Aguilar (2017) en su estudio denominado “Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud SF – 36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote”, realizado a 453 personas con diversas enfermedades crónicas, obteniendo resultados de la validez de constructo entre la relación ítems - test, presentaron homogeneidad oscilando en 214 a 648, además, en el análisis factorial confirmatorio se evidenció por medio del índice de bondad de ajuste que coincide en su totalidad según la teoría (8 dimensiones), asimismo, la confiabilidad designada por el coeficiente Alfa de Cronbach con promedio de .60 y .86 de las dimensiones, estando dentro lo aceptable y muy buena.

La variable calidad de vida tiene un abundante y multidimensional concepto, este término inicia a fines de los 50 dentro del siglo XX, teniendo como fin de que se obtenga indicadores del confort social de una determinada población, asimismo, en los 90 este término tuvo un gran apogeo, referida principalmente al aspecto económico y social, a diferencia de la actualidad que es de naturaleza multidimensional, referida a todas las áreas de la vida ya sea objetiva o subjetiva, en la cual se incorpora la salud física, psicológica, relaciones interpersonales, autonomía, creencias, valores y todas las características de una persona para su desarrollo (Quesada, 2018).

Coehlo y Coehlo (citado por Restrepo y Málaga, 2002) manifiestan que no se encuentra una teoría que defina calidad de vida, esta expresión remite a una evaluación de las experiencias que tienen las personas en su vida, la palabra “evaluación” es valorado como un sentimiento, nombrando a la calidad de vida como “calidad de la vivencia que de la vida tiene los sujetos”.

Existen autores que han perfilado gran infinidad de definiciones sobre calidad de vida, considerando al concepto más aceptado al que define a la calidad de vida como aquella sensación que tiene el sujeto acerca de su existencia, de su entorno cultural, los valores, objetivos, metas, normas, inquietudes, donde influye el aspecto de la salud corporal, nivel mental, grado de independencia, relaciones interpersonales y relación con su contexto (Organización Mundial de la Salud, 1995).

Según Schumaker y Neugthon (citado por Quesada, 2018) la calidad de vida es aquella sensación intrínseca, que se encuentra influida por la fase actual, de la disposición para elegir aquellas funciones importantes para la persona.

Asimismo, Schwartzmann (citado por Quesada, 2018) lo puntualiza como una idea prominentemente humana relacionada al nivel de satisfacción que va poseer una persona de acuerdo a su estado físico, emocional, su círculo familiar, relaciones amorosas, contexto social, además de la noción que le asigna a su vida, etc.

Por otro lado, Celia y Tulsy (citado por Nava, 2012) la explican como aquella percepción que la persona que padece una determinada enfermedad realiza acerca de su vida y la satisfacción con su actual grado de funcionamiento relacionado con el que nota como factible y verdadero.

Dicha postura se mantiene con Levy y Anderson (citado por Nava, 2012) aludiéndola como una dimensión constituida por el bienestar tanto mental, físico y a nivel social, que es percibida por cada persona o grupo de personas, y del bienestar, satisfacción y recompensas.

Cummins (citado por Quesada, 2018) manifiesta que la calidad de vida es ecuánime e intrínseco y que sus dimensiones provienen de la incorporación de gran diversidad de áreas como: satisfacción material, sanidad, rendimiento, familiaridad, comunidad y satisfacción emocional. Las áreas ecuánimes abarcan las medidas del bienestar objetivo y las áreas intrínsecas son abarcadas por la satisfacción considerada por la importancia del individuo.

En los últimos tiempos la teoría de desarrollo denominada “Desarrollo a Escala Humana” de Neef et al. (citado por Restrepo y Málaga, 2001) ha tenido aceptación dentro de la variable calidad de vida, porque refiere que el proceso de desarrollo será mejor para aquellas personas que tengan una elevada calidad de vida, asimismo mencionan que esta variable va a ser dependiente de todas las probabilidades que tiene un individuo para complacer o satisfacer sus necesidades que son fundamentales.

El poder satisfacer las necesidades de toda persona es lo que limita la calidad de vida, la teoría del Desarrollo a Escala Humana arraiga en la consolidación de metas u objetivos del desarrollo, además de las necesidades humanas durante el proceso de desarrollo, el razonamiento principal de esta teoría es que se refiere al desarrollo personal y no de objetos, centrándose y afirmando en la cumplir sus necesidades fundamentales, generar un grado alto de autodependencia, estructuración de las personas con lo natural y lo tecnológico, del desarrollo global relacionado con el comportamiento local, etc., asimismo, la salud relacionada en esta teoría conlleva a disminuir la discriminación social de la salud, aminorar la crisis, realizar programas para el bienestar social y recuperar la calidad de vida y salud, así como prevenir y controlar los daños y riesgos (Restrepo y Málaga, 2001).

En resumen, la diversidad de definiciones y la teoría del desarrollo a escala humana se encuentran estrechamente relacionadas, dejando a la calidad de vida como la esfera que durante largos años ha sido una gran tendencia de estudio, como estudiar la variable calidad de vida en una población con alguna determinada enfermedad no transmisible.

La expresión calidad de vida relacionado con la salud se utiliza para diferenciar y especificar problemas relacionados a temas de la salud, este término fue desarrollado por diversos psicólogos y sociólogos, con el fin de ayudar a medir la salud en dominios que influyen en el nivel de salud físico y psicológico de una persona.

La calidad de vida relacionada a la salud es aquella valoración designada a la permanencia de la vida, con alteraciones en los estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que son predominadas por enfermedades, lesiones o tratamientos (Patrick y Erickson, 1993).

De igual manera, es definida como las experiencias vitales y su afectación por la enfermedad, accidente o tratamiento, donde se encuentran factores que van a influir de manera subjetiva en las diferentes fases de la vida, además, donde se le otorga un valor a cada una de las facetas (Ware y Sherbourne, 1992).

Asimismo, se sostiene que son aquellas cualidades, criterios y la capacidad que posibilita a la valoración o apreciación de los aspectos de una vida en particular, además en lo concerniente al carácter clínico y asistencial, a la exigencia de valorar, aprobar y considerar el proceso vital relacionado con la enfermedad establecida. A partir de ahí la recuperación de la calidad de vida de los pacientes es de gran interés para la atención médica, además del desarrollo relacionado con su atención (Lugones, 2002)

Agermeyer y Killian (citado por Quesada, 2018) postulan algunos modelos teóricos sobre la calidad de vida vinculada a las necesidades humanas: manifiestan que las necesidades fisiológicas, son aquellas que engloban el alimento, aire y refugio de todo fenómeno natural, etc., también se encuentran las necesidades de relaciones emocionales con otros individuos, asimismo, tenemos la necesidad de ser aceptado por la sociedad y finalmente la necesidad de sentirse autorealizado.

Asimismo, WHOQOL (citado por Quesada, 2018) constituye unas medidas acerca de la calidad vida aceptada en varios estudios: en primer lugar, tenemos que es subjetiva, refiriéndose a la percepción que tiene el individuo comprometido, siguiendo por ser de origen multidimensional, es decir, que revelar varias perspectivas acerca de la vida del sujeto tanto a nivel emocional, físico, etc., y finalmente reconoce la variabilidad del tiempo, es decir, la edad, la etapa en la que se encuentra el individuo ya sea la niñez, adolescencia, adultez, vejez, la gravedad en la que se encuentra la enfermedad, marcan desigualdades considerables en los estado que se valora.

Por otro lado, García y Soriano (2004) clasifican a la calidad de vida ligada a la salud en ocho dimensiones para valorar el nivel de salud percibida por el sujeto, y consta de: la función física, referida al grado en que la creencia de la salud limitará las necesidades físicas que una persona realiza en su día a día, debido a que provocará gran empeño ya sea leve o fuerte que van a ser complicados y afectaran la calidad de vida del sujeto. Asimismo, la función social, que consiste en el nivel de impedimento de su salud emocional o física obstaculizará de manera relevante en su desempeño en su nivel social habitual. El rol físico, representa al grado de carencia de la salud, que impedirá en vida con su familia, trabajo, entre otros, generando un desempeño condicionado de sus roles diarios, por ello se evidenciará un desequilibrio de la calidad de vida. Por otro lado, el rol emocional, que se encuentra explicado como el

nivel de las dificultades dentro de lo emocional, que obstruye de relevantemente ya sea en lo laboral o en la salud, además de obstaculizar el horario que tiene la persona para cada una de sus actividades, por eso una buena calidad de vida estará plasmada en el desempeño dentro del trabajo ya sea considerable o no. El dolor corporal, referido al grado de dolor y la consecuencia que generará en la persona, presentado déficit en su hogar y a nivel laboral. También se explica a la salud general, como aquella condición completa de bienestar tanto social, físico y mental del sujeto porque al poseer una adecuada calidad de vida valorará su condición de salud actual de manera que beneficiará la calidad de vida de la persona y de los que lo rodean. La salud mental, es aquella que abarca tanto la depresión como la ansiedad, además de controlar las conductas y la tranquilidad general que el individuo presentará en su estado actual. Finalmente, la vitalidad, referida a la percepción de la vitalidad y energía que el individuo manifestará ante percibirse agotado y cansado.

En todas las definiciones sobre la calidad de vida se encuentran dos principales dimensiones, la dimensión objetiva que ampara una serie de señales de carácter existencial y de oportunidades donde la persona se desarrolla, y una dimensión subjetiva, la cual alude a la percepción que tiene a la persona acerca del cumplimiento de sus metas, objetivos y el grado de satisfacción de sus necesidades (Quesada, 2018)

En la actualidad, las diversas enfermedades no transmisibles se estiman como las causas de enfermedades mentales como el estrés, que genera un desgaste tanto biológico como psicológico y social de un individuo durante un largo periodo, daña la calidad de vida y provoca requerimientos que deben ser enfrentados, por lo tanto las enfermedades crónicas son un reto por las condiciones nuevas con lo que el paciente debe vivir, las cuales incluyen los inicio de tratamientos, dietas, cambio en sus actividades laborales, sociales y modificaciones en sus relaciones interpersonales (Paredes, 2005).

Es así como las enfermedades crónicas o no transmisibles, son de gran sufrimiento porque las personas que lo padecen presentan una serie de síntomas sin efectos positivo en la calidad de vida de un individuo (Trivedi, 2011).

Las enfermedades no trasmisibles o crónicas son una preocupación de salud pública, consideradas de forma errónea parte del envejecimiento, sin embargo, adultos jóvenes entre 15 a 59 años y adultos mayores de 60 años a mas, pueden padecer estos tipos de enfermedades llevándolos una muerte rápida más que por otras enfermedades ya sean trasmisibles o maternas (Escobar, Petrásovits, Peruga, Silva, Vives y Robles, 2000).

Las enfermedades no transmisibles engloban principalmente a cuatro tipos de enfermedades: las enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2013). Asimismo, existen factores que predisponen a estos tipos de enfermedades no trasmisibles como son el sobrepeso, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, obesidad, consumo de tabaco y alcohol (Ramón, Venegas, Honorio, Pesantes, Arrasco y Yagui, 2014).

En nuestro país se identificado que las causas de mortalidad son altas debido a las enfermedades no trasmisibles, siendo la diabetes, presión arterial, obesidad, enfermedades respiratorias y cáncer (INEI, 2015), asimismo, en un estudio realizado por el SIS evidencian que 38 de cada 100 asegurados padecen de obesidad, 22 de cada 100 son hipertensos y 5 de cada 100 padecen de diabetes, siendo estos tres tipos los más frecuentes en la población peruana (Seguro Social de Salud, 2016).

Asimismo, las personas que padecen de enfermedades de enfermedades no transmisibles se denominan así porque su desarrollo es silencioso y pausado, debido a que desde su inicio no existe sospechas sobre alguna enfermedad, además, es irreversible ya que provoca deterioro de algunos órganos, sin embargo, si es detectado a tiempo puede ser controlado dando mayor oportunidad de vivir al paciente (Roque, 2017).

Los pacientes que padecen de enfermedades no transmisibles experimentan emociones negativas como son la tristeza, culpa, ansiedad, miedo, soledad y frustración, asimismo, estos sentimientos se extienden hacia las personas que los cuidan, ya sean familiares, parejas o personas cercanas al paciente, provocado por los cambios que producen los tratamientos o amenazas de muertes constantes (Sánchez, 2000).

De igual forma, estas enfermedades provocan que el paciente se preocupe debido a que es difícil de controlar, además, existen eventos estresantes y con alto nivel de adaptabilidad, lo cual genera cambios en el estilo de vida y una serie de ajustes, como cambios psicológicos, físicos, ambientales y sociales que implica la enfermedad y los tratamientos, además de, llevar a la incapacitación al paciente (Málaga, 2014).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo instrumental, porque dentro de esta categoría se encuentran las investigaciones que analizan las propiedades psicométricas de un instrumento psicológico (Ató, López y Benavente, 2013).

3.2 Variables, Operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala De Medición
Calidad de vida relacionada a la salud	Experiencias vitales y su afectación por la enfermedad, accidente o tratamiento, donde se encuentran factores que van a influir de manera subjetiva en las diferentes fases de la vida, además, donde se le otorga un valor a cada una de las facetas (Ware y Sherbourne, 1992).	Medido a través del cuestionario de Salud SF-36	Función física Función social Rol físico Rol emocional Dolor corporal Salud general Salud mental Vitalidad Cambio de la salud.	Ordinal

3.3 Población y Muestra

Población

La población estuvo dirigida a todas las personas con enfermedades no transmisibles de la ciudad de Chimbote.

Muestra

La muestra con la que se trabajó en la investigación fue de 100 personas con enfermedades no transmisibles, es decir, fue una muestra no probabilística del tipo intencional porque posibilita elegir casos con características de una determinada población limitando a la muestra a estos casos, este tipo de muestra es utilizada en escenarios donde la población es variable, por ende, la muestra es reducida (Otzen y Manterola, 2017).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

Se empleó las técnicas psicométricas, definiéndolas como aquellas herramientas organizadas, donde el evaluado elige algunas de las opciones de respuesta que brinda el instrumento, siendo aquella que se asemeja a lo que está viviendo el individuo en determinado momento. Asimismo, las técnicas psicométricas se encuentran abarcadas en la evaluación psicológica, utilizando estas herramientas para obtener mayor información del evaluado, además de, permitir realizar hipótesis orientadas al diagnóstico (Gonzales, 2007).

Instrumento

El instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de Salud SF 36 que es aquella herramienta que mide la calidad de vida en relación a la salud, cuenta con 36 ítems que fue diseñado inicialmente por Ware y Sherbourne durante el año 1992 y traducida a la versión española por Alonso, Prieto y Antó en 1995. Es una medida genérica que permite tener un perfil de salud de los evaluados, además de contrastarla con

numerosas enfermedades, asimismo, las evidencias psicométricas han sido anteriormente estudiadas con alrededor de más de 400 artículos, posibilitando a comparar los resultados obtenidos, convirtiendo a este instrumento como el más usado en el constructo calidad de vida vinculada a la salud. El cuestionario cuenta con 36 ítems y 8 sub escalas: Función física, función social, rol físico, rol emocional, dolor corporal, salud general, salud mental, vitalidad, asimismo, añade una pregunta sobre el estado de salud hace un año, no para a suma de las escalas sino determinar el cambio de salud de la persona un año antes de la aplicación de instrumento, asimismo, los autores realizaron un meta-análisis donde se obtuvieron 0.70 en el coeficiente de alfa de Cronbach, además evaluaron los componentes mediante el análisis factorial exploratorio con el método varimax y una rotación ortogonal simple, encontrando un 76% y 85% de la varianza explicada (Vilagut, et al., 2005).

La opción de respuesta del cuestionario es de tipo Likert, teniendo 2 a 6 alternativas, dependiendo de los ítems. Por cada una de las dimensiones, las preguntas son convertidas a un nivel de 0 (considerado como el peor estado de salud), a 100 (considerado como el óptimo estado de salud), se usa tales puntuaciones por las diversas investigaciones donde las puntuaciones altas son consideradas como una adecuada calidad de vida (0 a 19 = muy baja, 20 a 39 = moderadamente baja, 40 a 59 = promedio, 60 a 79 = moderadamente alta, 80 a 100 = alta), asimismo, la fiabilidad está por encima de propuesto, debido a que la consistencia interna supera 0.7, además se efectuó la confiabilidad de cada una de las dimensiones obteniendo que la función física, rol emocional y rol físico se encuentran por encima del .90 corroborando la confiabilidad del cuestionario, en nuestro país se obtuvieron los resultado con un alfa de cronbach de .70 siendo un puntaje apropiado. También, alcanzó la validez al ser

administrada en poblaciones que padecen de diferentes enfermedades hallando diferencias significativas en el constructo calidad de vida dependiendo de las características y el nivel de gravedad (Aguilar, 2017).

3.5 Procedimiento

Inicialmente se procedió a pasar los datos del test al modelo de la plantilla de Formulario de Google Drive, se adaptó el consentimiento informado y se dio a conocer la población a la cual se dirige la encuesta, asimismo, se adaptó las preguntas al modelo para que pueda ser comprendido por la población a la que fue dirigida, a continuación, se verificó que las respuestas brindadas mediante el cuestionario puedan mostrarse en el Excel creado automáticamente al terminar el cuestionario en el Formulario de Google Drive, posteriormente se hizo público el link del cuestionario a diversas páginas de redes sociales que puedan ayudar a la aplicación del test, además, se brindó el test a personas conocidas que padecen de algún tipo de enfermedad no transmisible. Finalmente se verifico que las personas hayan respondido de forma correcta el cuestionario para poder descartarlos de la base de datos.

3.6 Métodos de análisis de datos

Después de la administración de cuestionario SF 36, se procedió a eliminar cuestionarios donde se evidenciaron errores, por consiguiente, se ordenaron los datos en el Software Excel, para proceder con obtener los resultados del análisis correlación ítem- test corregido y el análisis de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach mediante Amos-SPSS 24. Asimismo, el resultado final se presentó por medio de tablas estadísticas que fueron construidas según las normas APA.

3.7 Aspectos éticos

Para la realización del presente estudio se tomó en cuenta el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano, donde alude que se debe contar con el permiso de los individuos participantes mediante el consentimiento informado presente en el título XI artículo 84°, asimismo, en el artículo 20 refiere que se debe reservar la información brindada de los sujetos que apoyan a la investigación, por lo que debe ser anónimo, además se debe tener en cuenta la autenticidad de los resultados (Colegio de Psicólogos de Perú, 2015).

IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Análisis Descriptivo de los ítems.

Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido del cuestionario de Salud SF 36.

Dimensiones	ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	r_{itc}
Función física	3a	2,36	,665	-,558	-,691	,589
	3b	2,58	,614	-1,183	,351	,783
	3c	2,59	,633	-1,310	,573	,770
	3d	2,47	,660	-,866	-,353	,799
	3e	2,64	,614	-1,505	1,143	,828
	3f	2,54	,659	-1,111	,054	,765
	3g	2,49	,670	-,961	-,247	,729
	3h	2,49	,689	-1,002	-,254	,840
	3i	2,64	,624	-1,535	1,176	,814
	3j	2,76	,538	-2,174	3,768	,763
Función social	6	3,94	,898	-,326	-,866	,388
	10	3,70	1,027	-,366	-,530	,380
Rol físico	4a	1,65	,477	-,652	-1,596	,580
	4b	1,54	,500	-,146	-2,005	,543
	4c	1,58	,496	-,307	-1,931	,666
	4d	1,70	,460	-,878	-1,245	,427
Rol emocional	5a	1,67	,473	-,714	-1,510	,734
	5b	1,63	,483	-,562	-1,707	,781
	5c	1,71	,457	-,913	-1,183	,688
Dolor corporal	7	4,25	1,244	-,268	-,578	,437
	8	3,96	,938	-,600	-,293	,430
Salud general	1	3,10	,958	,302	-,645	,425
	11a	3,65	1,138	-,058	-1,346	,385
	11b	3,22	1,181	-,088	-,573	,439
	11c	3,53	1,070	-,306	-,456	,395
	11d	3,24	1,202	-,326	-,794	,530
Salud mental	9b	4,31	1,171	-,770	,501	,570
	9c	4,62	1,277	-,830	,259	,630
	9d	4,15	1,213	-,226	-,615	,465
	9f	4,24	1,157	-,446	-,077	,603
	9h	3,96	1,235	-,158	-,532	,449
Vitalidad	9a	4,10	1,218	,142	-1,136	,536
	9e	4,01	1,288	-,062	-,817	,449
	9g	4,24	1,117	-,564	,292	,531
	9i	4,09	1,143	-,690	,474	,557

Nota: DE=desviación estándar; ritc=índice de correlación R corregido

Descripción:

En la tabla 1 evidencia los índices de correlación ítems test corregido de los ítems del Cuestionario de Salud SF 36 en una población con enfermedades no transmisibles de Chimbote; se muestra que la media aritmética de los puntajes en cada ítem varía entre 1,54 y 4,62, asimismo, el grado de dispersión de los puntajes de cada ítem con respecto a la media aritmética oscila entre ,457 y 1,288. Por otro lado, el 44,4% de los ítems presentan valores de asimetría entre -,5 a ,5; es decir, tienden a cero por lo tanto son simétricos, a diferencia del resto de ítems que presentan asimetría negativa. Además, el 30,5% de los ítems presentan distribución simétrica (curtosis -,5 y ,5), y el resto de ítems presentan baja concentración en la región central de la distribución, es decir, tienen distribución platicúrtica (se intuye que de manera individual en la mayoría de ítems la puntuaciones no tienden a una distribución normal), finalmente, se muestra que la correlación ítem-test varían entre ,380 y ,840, por ello el nivel de discriminación de todos los ítems es aceptable ($>.30$), es decir, todos los ítems miden lo mismo que en todo el cuestionario.

Tabla 2

Análisis de confiabilidad mediante el alfa de Cronbach.

Índice de confiabilidad del Cuestionario de Salud SF 36 en una población con enfermedades no transmisibles.

Escala	M	DE	Asimetría	Curtosis	N ítems	α	IC de Confianza (95%)	
							Lim. Inf.	Lim. Sup.
Función física	25,56	5,19	-1,21	,761	10	,943	,929	9,56
Función social	7,64	1,60	,052	-1,007	2	,745	,688	,767
Rol físico	6,46	1,469	-,439	-1,218	4	,755	,685	,813
Rol emocional	5,01	1,249	-,690	-1,263	3	,859	,815	,894
Dolor corporal	8,22	1,86	-,227	-,511	2	,792	,719	,812
Salud general	16,73	3,685	,228	-,403	5	,780	,692	,833
Salud mental	21,28	4,374	-,205	-,498	5	,771	,708	,823
Vitalidad	16,44	3,537	,028	-,671	4	,726	,648	,791

Nota: DE=desviación Estándar; α=coeficiente Alfa; M=Media; IC=Intervalos de Confianza; Lim. Inf.=Límite Inferior; Lim. Sup.= Límite Superior

Descripción:

La tabla 2 muestra el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, evidenciando resultados que indican que el promedio de las puntuaciones en las áreas del Cuestionario de Salud SF 36 varía 5,01 y 25,56, siendo el grado

de dispersión de los puntajes con respecto a su media aritmética en cada dimensión oscila en 3,537 y 5,19; además, se observa que solo en las dimensiones Salud general y Salud mental las puntuaciones tienden a una distribución normal (asimetría y curtosis $\pm,5$). Por último, de acuerdo al coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach en todas las dimensiones es mayor a ,70; por lo que se determina que el Cuestionario de Salud SF 36 es confiable, en población con enfermedades no transmisibles de Chimbote.

V. DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación demuestran que el Cuestionario de Salud SF 36 es confiable, por ello, se presenta la siguiente discusión de los resultados obtenidos:

En la tabla 1, se evidencia los índices de correlación ítems test corregido de los ítems del Cuestionario de Salud SF 36 en una población con enfermedades no transmisibles de Chimbote, se visualiza que el 44.4% de los ítems presentan valores de asimetría que oscilan entre $-0,5$ a $0,5$; es decir, son simétricos, a diferencia del resto de ítem que muestran una asimetría negativa, asimismo, se muestra que la correlación ítem test oscila en $0,380$ y $0,840$, por ende, se determina que el nivel de discriminación de todos los ítems aceptable, es decir, todos los ítems del instrumento SF 36 miden lo mismo que en todo el cuestionario, aproximándose a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Aguilar (2017) cuando investigó las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF 36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote, donde presentó valores de la correlación ítem test que oscilan entre el rango de $0,360$ a $0,792$. Debido a que en ambas investigaciones constituyen medidas de la calidad de vida de manera subjetiva, es decir, refiriéndose a la percepción que tiene la persona, y revelar las diversas perspectivas acerca de la vida del sujeto a nivel emocional, físico, social, etc., además, reconocer la variabilidad del tiempo en la que se encuentra la persona para determinar la gravedad de la enfermedad por lo que se marcan considerables desigualdades en los estados de bienestar general que se valora (WHOQOL, citado por Quesada 2018). La calidad de vida es ecuánime e intrínseco y sus dimensiones provienen de la incorporación de gran diversidad de áreas como satisfacción material, sanidad, rendimiento, familiaridad, comunidad y satisfacción emocional (Cummins, citado por Quesada, 2018). Asimismo, se observa que, en las investigaciones contrastadas, se trabajaron con poblaciones similares donde la calidad de vida se

encuentra con alteraciones debido a enfermedades crónicas, siendo principalmente personas con sufrimiento porque padecen una serie de síntomas que no tiene un adecuado efecto en la calidad de vida, por ende, la valoración que brinda la población es similar.

En la tabla 2, se muestra los valores de la confiabilidad mediante el coeficiente de alfa de Cronbach del Cuestionario de Salud SF 36, donde se observan los siguientes puntajes de acuerdo a las ocho dimensiones: Función física (,943) y Rol emocional (,859) obtienen una confiabilidad catalogada como muy buena, a diferencia de las dimensiones Función social (,745); Rol físico (,755); Dolor corporal (,792); Salud general (,780); Salud mental (,771) y Vitalidad (,726) que corresponden a una confiabilidad aceptable o respetable porque de acuerdo a Celina y Campo (2005) el valor mínimo que debe tener el coeficiente de alfa de Cronbach de un instrumento es 0,7, siendo los resultados de alfa de Cronbach de consistencia interna de alfa de Cronbach en todas las áreas es mayor a ,70, determinando que el Cuestionario de Salud SF 36 es confiable en una población con enfermedades no transmisibles de Chimbote. Los datos presentados se aproximan a lo hallado por Rodríguez, Merino y Castro (2009) donde determina que la dimensión de funcionamiento físico tiene una cuantiosa confiabilidad de 0,92 de alfa de Cronbach, estudio realizado en pacientes con insuficiencia renal crónica. Asimismo, la investigación de Machnicki et al. (2009) donde priorizó estudiar a una población de cuidadores de personas con Alzheimer determinando una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,72 a 0,92 en las ocho dimensiones. Al igual que en el estudio realizado por Gómez et. al. (2004) donde estudiaron a una población de 200 pacientes a esperar de un trasplante y 70 pacientes con trasplante en funcionamiento, determinaron que el alfa de Cronbach de las ocho áreas oscilaron entre los valores 0,7 y 0,9. Por otro lado, en la investigación de Espinosa et. al. (2002) realizada a pacientes con asma obtuvo como resultado de alfa de Cronbach un 0.7.

Los estudios presentados puntualizan a la calidad de vida como la idea del nivel de satisfacción que posee una persona de acuerdo a su estado físico, emocional, círculo familiar, contexto social, además de la noción que el individuo el asigna a su vida (Schwartzmann, citado por Quesada 2018), de igual forma, los estudios coinciden con las poblaciones trabajadas debido a que se relacionan con las enfermedades no transmisibles generando que la persona o el paciente se preocupe debido a la dificultad para controlar su enfermedad, además, existen eventos estresantes y con alto nivel de adaptabilidad, lo cual genera cambios en el estilo de vida y una serie de ajustes, como cambios psicológicos, físicos, ambientales y sociales que implica la enfermedad y los tratamientos (Málaga, 2014). Asimismo, se estima que las enfermedades crónicas o no transmisibles son las causas de enfermedades mentales como el estrés, que genera un desgaste tanto biológico como psicológico y social de un individuo durante un largo periodo, daña la calidad de vida y provoca requerimientos que deben ser enfrentados, por lo tanto las enfermedades crónicas son un reto por las condiciones nuevas con lo que el paciente debe vivir, las cuales incluyen los inicio de tratamientos, dietas, cambio en sus actividades laborales, sociales y modificaciones en sus relaciones interpersonales (Paredes, 2005). Es por ello, que los resultados de confiabilidad varían en algunas dimensiones, sin embargo, se mantienen dentro del rango de confiabilidad entre 0.7 a 0.9; debido a que, de acuerdo a las enfermedades o variable de estudio, la persona va tener diversos cambios o alteraciones, por ende, varía la respuesta o la valoración que el individuo brinda, lo cual dependerá de diversos factores como la gravedad, el impacto emocional, familiar, social y el tiempo de la enfermedad.

VI. CONCLUSIONES

- Se realizó el análisis de ítem a través de la correlación ítem test corregido, donde se presentaron los valores de cada una de las dimensiones las cuales oscilaron entre ,380 y ,840; determinándose que el nivel de discriminación de todos los ítems es aceptable.
- Se realizó la confiabilidad del cuestionario, mediante el coeficiente de alfa de Cronbach hallándose en las ocho dimensiones un puntaje mayor a ,70, determinándose una confiabilidad aceptable del cuestionario.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones con un mayor número de sujetos para comparar los resultados obtenidos, de manera que se determine algunas similitudes o se tenga un análisis más amplio de los resultados.
- Realizar investigaciones del cuestionario utilizando el procesamiento metodológico Test - Rest para poder tener una ampliación de la confiabilidad.

REFERENCIAS

- Aguilar, T. (2017). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud SF – 36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote [Tesis de Licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Universidad Cesar Vallejo. <http://repositorio.ucv.edu.pe/>.
- Álvarez, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (Calidad de vida relacionada a la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. https://revistaseden.org/files/art134_1.pdf
- Aponte, V. (2015) Calidad de vida en la tercera edad. <http://www.scielo.org.bo>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. <http://www.scielo.org.bo>
- Castillo, I., Póo, M. y Alonso, I. (2004). Evaluation of the SF 36 health index applied to methadone maintenance program user. Reference values for the basque autonomous community, Spain. <http://www.scielo.org.bo>
- Celina, H. y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente de alfa de Cronbach. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634409.pdf>
- Cella, D. et al. (2005). Defining higher order dimensions of self-reported health: further evidence for a two dimensional structure. Evaluation & The health Professions, 28 (2), 122-141.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2015). Código de ética profesional. <http://cpsp.io/>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutierrez, C. y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. <http://redalyc.org>
- Coronado, J., Diaz, C., Apolaya, M., Manrique, L. y Arequipa, J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. <http://www.scielo.org.pe>

- Dobbie, M. y Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: Considerations for Psychologists. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500801983041>
- Domínguez, J. (2018). Enfermedades no transmisibles en la ciudad de Chimbote: Prevalencia y factores bio-sociodemográficos. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
- Escobar, M., Petrásovits, A. Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000). Mitos sobre a prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. <https://www.scielosp.org>
- Espinosa, M. et. al. (2002). Quality of life in asthma: reliability and validity of the short form generic questionnaire (SF-36) applied to the population of asthmatics in a public health área. *Bronconeumologia*, 1 (38), 4-9.
- García, A. y Soriano, G. (2004). Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. *Revista Riesgos, Labor*, 7,(3), 99-98.
- Gonzáles, F. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Cuba: Ciencias Médicas.
- Gomez, M., et al. (2004). Validity and reliability of the SF-36 questionnaire in patients on the waiting list for a kidney transplant and transplant patients. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informáticas. (2015). Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014. Perú: Talleres gráficos de INEI. <https://www.inei.gob.pe/>
- Karlsen, T. et al. (2011). Validity of the SF 36 in patients whit morbid obesity. *The European Journal of Obesity*, 4, 346-351.
- Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones de la calidad de vida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 18(4), 1-2.
- Machnicki, G. et al. (2009). Validity and realibility of the SF 36 administeres to careegivers of patients whit alzheimmer's disease:

Evidence from a South American Sample. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 28, 206- 212.

Málaga, G. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. <http://www.scielo.org.pe/>

Ministerio de Salud (2016). Lineamientos de políticas y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT) 2016- 2020. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales>

Ministerio de Salud (2012). Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles: Problema cáncer. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2283.pdf>

Nava, G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. Enfermería Neurológica, 11. (3), 129 -137.

Organización Mundial de la Salud (2013). Datos sobre las enfermedades no transmisibles. https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es

Organización Mundial de la Salud (2018). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Otzen, T. y Monterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudiar. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Paredes, R. (2005). Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP. <https://biblioteca.pucp.edu.pe/recursos-electronicos/repositorios-pucp/>.

Patrick, D. y Erickson, P. (2003). Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University press

- Quesada, R. (2018). Educación para la salud y calidad de vida. España: Díaz de Santos.
- Ramón, W., Venegas, D., Honorio, H., Pesantes, J., Arrasco, J. y Yagui, M. (2014). Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. <https://www.redalyc.org>
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2002). Promoción de la salud: como construir vida saludable. Colombia: Panamericana.
- Ríos, B., Rangel, G., Alvares, R., Castillo, F., Ramírez, G., Pantoja, J., Yáñez, B., Arrieta, E. y Ruiz, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. <https://www.medigraphic.com>
- Rivera, A., López, M. y Sandoval, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. <http://www.scielo.org.mx>
- Rodríguez, M., Merino, M. y Castro, M. (2009). Psychometric assesment of the physical and mental components of the sf-36 in chronic renal insufficiency failure patients in treatment with haemodialysis. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 75-88.
- Roque, M. (2017). Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio UPeU. <https://repositorio.upeu.edu.pe/>
- Sánchez, B. (2000). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. <http://www.redalyc.org>
- Salazar, F. y Bernabé, E. (2012). The Spanich SF 36 in Perú: factor structure, construct validity, and internal consistency. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Santos, G. (2017). Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF 36 en mujeres con LUPUS, Puebla [Tesis de Licenciatura, Bemérita Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio BUAP. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/>

- Seguro Social de Salud. (2016). EsSalud presentó nuevo modelo de Cuidado Estandarizado para prevenir enfermedades crónicas. <http://www.essalud.gob.pe>
- Trivedi, D. (2011). Palliative diaysus in end stage rena disease. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 28 (8), 539-542.
- Trujillo, W. et al. (2014). Adaptation of the sf-36 questionnaire for measuring health-related life quality in cuban workers. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 15(1), 62-70.
- Vilagut, G. y et al. (2005). El cuestionario de salud SF 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. <http://scielo.isciii.es>
- Ware, J. y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36 item short from health survey (SF 36). <http://www.espalibrary.eu>

ANEXOS

Anexo 1

FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF 36

CREACIÓN	Estados Unidos por Ware y Sherbourne en 1992 para el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS).
TRADUCCIÓN	Esta prueba ha sido traducida y utilizada en varias lenguas y probada psicométricamente en diversos países (Gandek y Ware, 1998; Keller et al., 1998; Vilagut, 2005; Ware et al., 1998; Zúniga et al., 1999).
ITEMS	Contiene 36 ítems que identifican tanto estados positivos como negativos de salud (Alonso et al., 1995).
EDAD DE ADMINISTRACIÓN	Este cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años de edad y preferentemente debe de ser autoadministrada, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.
DIMENSIONES	Las 8 dimensiones que evalúa el SF- 36 son el 1) Funcionamiento Físico (FF) , grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos; 2) Rol Físico (RF) , grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias; 3) Dolor Corporal (DC) , intensidad del dolor y su efecto en las actividades cotidianas; 4) Salud General(SG) , valoración personal de la salud; 5) Vitalidad (V) , sentimiento de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento;

	<p>6) Funcionamiento Social (FS), grado en que el estado de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual;</p> <p>7) Rol Emocional (RE), grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias y</p> <p>8) Salud Mental (SM), mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control emocional y de la conducta (Alonso et al., 1998; Zúñiga, et al., 1999).</p>
--	--

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Sección 1 de 3

Evidencias Psicométricas del Cuestionario de Salud SF – 36

¡Buen día!

Es grato dirigirme hacia usted e invitarlo a ser parte de la presente investigación, conducida por la estudiante de Psicología Felicita Estelita Robles Silva de la Universidad César Vallejo de Chimbote. El objetivo del presente estudio es conocer las evidencias psicométricas del Cuestionario de Salud SF - 36 en pacientes con enfermedades no transmisibles de la ciudad de Chimbote, además de, contribuir a la obtención del título profesional de Licenciada en Psicología.

En caso usted tenga alguna duda con respecto al presente estudio por favor escriba al siguiente correo de contacto solicitando información.

Contacto: roblesilva25@gmail.com

*Todo dato brindado no será publicado en ninguna plataforma, es totalmente confidencial. Le agradezco de antemano tomarse el tiempo en completar el cuestionario.

Su participación es estrictamente voluntaria, además, se garantiza su anonimato debido a que tendrá total confidencialidad, puesto a que los datos brindados se utilizarán para fines de esta investigación. Si usted desea participar deberá completar el cuestionario le tomara aproximadamente 15 minutos de su tiempo, el cual deberá responder las preguntas que son referidas a lo que usted piensa sobre su salud. ¿Acepto participar voluntariamente de la investigación? *

Sí, acepto.

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE SALUD SF – 36

(Ware, J. y Sherbourne, C. (1992) adaptado por Salazar, F. y Bernabé, E. (2015))

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿Le limita para hacer actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

ACTIVIDADES	Sí, me limita	Sí, me limita un poco	No me limita
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)			
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)			
c. Coger o llevar la bolsa de la compra			
d. Subir <i>varios pisos</i> por la escalera			
e. Subir <i>un solo piso</i> por la escalera			
f. Agacharse o arrodillarse			
g. Caminar 1 kilómetro o más			
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)			
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)			
j. Bañarse o vestirse por sí mismo			

4. Durante las 4 últimas semanas ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

ACTIVIDADES	SI	NO
a. ¿Tuvo que <i>reducir el tiempo</i> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
b. ¿Hizo <i>menos</i> de lo que hubiera querido hacer?		
c. ¿Tuvo que <i>dejar de hacer tareas</i> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
d. ¿Tuvo <i>dificultad</i> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		

5. Durante las 4 últimas semanas ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

ACTIVIDADES	Si	No
a. ¿Tuvo que <i>reducir el tiempo</i> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <i>por algún problema emocional?</i>		
b. ¿Hizo <i>menos</i> de lo que hubiera querido hacer, <i>por algún problema emocional?</i>		
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <i>cuidadosamente</i> como de costumbre, <i>por algún problema emocional?</i>		

6. Durante las 4 últimas semanas ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos y otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno
- Sí, muy poco
- Sí, un poco
- Sí, moderado
- Sí, mucho
- Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas. ¿Con que frecuencia ...

ACTIVIDADES	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
a. ¿Se sintió lleno de vitalidad						
b. ¿Estuvo muy nervioso?						
c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?						
d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?						
e. ¿Tuvo mucha energía?						
f. ¿Se sintió desanimado y triste?						
g. ¿Se sintió agotado?						
h. ¿Se sintió feliz?						
i. ¿Se sintió cansado?						

10. Durante las 4 últimas semanas ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

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

ACTIVIDADES	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					