

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

---

“Cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019”

---

**Área de Investigación:**

Ciencias Médicas – Instrumentalización de la medición psicológica

**Autores:**

Br. Anna Estefany Rodríguez Urbina  
Br. Ricardo Jean Pierre Barriga García

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Carlos Esteban Borrego Rosas  
**Secretaria:** Carmen Consuelo Jaramillo Carrión  
**Vocal:** María Ysabel Moya Chávez

**Asesor:**

Lina Iris Palacios Serna  
**Código Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-5492-3298>

**Trujillo – Perú**  
**2022**

**Fecha de sustentación:** 2022/06/02

**Cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en  
pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019**

## **PRESENTACIÓN**

Señores Miembro del Jurado Calificador:

Considerando lo solicitado por el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, y la Escuela Profesional de Psicología sometemos a vuestro criterio y opinión profesional, nuestro estudio de investigación que lleva por título: “Cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019”, a fin de adquirir el Título Profesional de Licenciados en Psicología. Esperando formalizar todos los criterios de aprobación.

La presente investigación se elaboró con base a libros, artículos, entre otros materiales de tipo bibliográfico, a fin de enriquecer el marco teórico, así como el posterior análisis de los resultados adquiridos a través de la presente investigación.

Confiando en el valor e importancia del presente estudio para el gremio de la psicología, agradecemos de manera anticipada sus sugerencias y apreciaciones.

Anna Estefany Rodríguez Urbina

Ricardo Jean Pierre Barriga García

## DEDICATORIA

A mi dulce mamá, y hoy mi amado ángel, quien me alentó y enseñó lo invaluable en la vida, serás siempre el referente perfecto, de que con amor, respeto, humildad y fortaleza se puede hacer lo correcto y crecer. Mi Sabecita, mi niña; ahora junto a mi padre; lo que soy y seré es por ustedes.

A mi hija Natalia Lucía, por nacer en mi corazón mucho antes de existir, eres quien me impulsa a seguir esta carrera, de ser mamá, mujer, y profesional, mirar tu rostro es amor evocando una historia, una de las mejores de mi vida.

Tú, quien, con sus enseñanzas, buenos y malos ratos hicieron que conozca más, de un mundo con un lenguaje que muchos conocen, pero pocos entienden y leen, descubrí que hay otra forma de sentir y expresarlo, tu arte y mi inspiración.

Anna Rodríguez Urbina

A mis padres, por el apoyo brindado a lo largo de mi vida, el haber creído en mí y proporcionarme todas las facilidades, ello y más me permiten culminar oportunamente este importante paso.

A mis abuelitos, Leopoldo y Sabina, el privilegio de compartir, crecer con ustedes, quedan conmigo, sus mimos, consejos, y amor, siempre serán el toque de ternura que me haga creer que la bondad y la dulzura existen por seres como ustedes.

Ricardo Barriga García

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitir que, a pesar de lo adverso lleguemos con salud y bienestar, viendo cristalizados algunos de nuestros objetivos.

Esther, mucho de lo hoy logrado, es por tu compañía y cuidados por 19 años, jamás tendré como pagarlos, tu dedicación fue y será invaluable

A Saúl y Víctor Manuel Urbina quienes, con sus vidas y cariño de hermanos, demostraron que, con honestidad, perseverancia, sacrificio y dosificando el tiempo se logran grandes cosas.

A Renato André Pérez Vásquez gran amigo, por dedicar su tiempo y conocimientos en el presente estudio, aprendimos a ver la psicología desde una perspectiva estadística, asimismo humana y humorística.

A Tatiana Tejeda Chirinos, con su compromiso nos ayudó a culminar el presente trabajo, su paciencia y apoyo nos hacen valorar aún más a la psicología e investigación.

A la Universidad Privada Antenor Orrego, principalmente a la Escuela Profesional de Psicología que a través de docentes como; Dra. Elizabeth Díaz Peña, Mg. Paúl Alvarado García, Dra. Iris Palacios Serna, y nuestro querido Dr. César Ruiz Alva fueron pilares para realizar trabajos de investigación; con su profesionalismo permitieron un mejor desarrollo de nuestra tesis; y a todos aquellos docentes que hoy son nuestros amigos de ruta, la de la enseñanza y aprendizaje. Gracias.

Al Ing. Víctor Manuel Urbina González, quien pudo realizar perfectamente la traducción y comprensión de este trabajo.

A nosotros, quienes hemos llegado, con esperanzas y ganas incansables de crecer en esta noble y humana profesión, asimismo a los pacientes por su apertura y comprensión.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	ix
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
CAPÍTULO I .....	14
PLAN DE INVESTIGACIÓN .....	14
1.1. El Problema.....	15
1.1.1. Delimitación del problema.....	15
1.1.2. Formulación del problema.....	21
1.2. Objetivos .....	21
1.2.1. Objetivos generales .....	21
1.2.2. Objetivos específicos .....	22
1.3. Justificación del estudio .....	22
1.4. Limitaciones .....	24
CAPÍTULO II .....	25
METODOLOGÍA.....	25
2.1. Población .....	26
2.2. Muestra .....	26
2.3. Muestreo .....	28
2.4. Procedimiento para la recolección de datos.....	29

2.5. Procesamiento y análisis de los datos. ....	30
2.6. Instrumento .....	31
2.6.1. Ficha Técnica del Instrumento .....	31
2.6.2. Descripción de la prueba por áreas .....	32
CAPÍTULO III .....	34
MARCO TEÓRICO.....	34
3.1. Antecedentes .....	35
3.1.1. Antecedentes internacionales.....	35
3.1.2. Antecedentes nacionales .....	36
3.1.3. Antecedentes locales .....	37
3.2. Marco teórico .....	37
3.2.1. Percepción hacia la enfermedad.....	39
3.2.2. Enfoque teórico: Modelo de Creencias de la Salud .....	41
3.2.3. Cuestionario SF-36 V.2.....	47
3.2.4. Propiedades psicométricas de una prueba .....	48
3.3. Marco conceptual.....	55
3.3.1. Percepción hacia la enfermedad.....	55
3.3.2. Validez del contenido.....	55
3.3.3. Validez de constructo.....	56
3.3.4. Alfa de Cronbach .....	56
3.3.5. Omega de McDonald .....	56
3.3.6. Criterio de expertos.....	57
3.3.7. Análisis Factorial.....	57
3.3.8. Baremos.....	57

CAPITULO IV .....	59
RESULTADOS .....	59
4.1. Validez .....	60
4.2. Confiabilidad .....	64
4.3. Normas y puntos de corte .....	65
CAPITULO V .....	68
DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	68
CAPÍTULO VI .....	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	76
6.1. Conclusiones.....	77
6.2. Recomendaciones .....	79
CAPITULO VII .....	80
REFERENCIAS Y ANEXOS.....	80
7.1. Referencias .....	81

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Distribución de la población de pacientes con enfermedades crónicas según género y área de atención en un hospital de la ciudad de Trujillo 2019 .....	26
Tabla 2 Distribución de la muestra de pacientes con enfermedades crónicas según género y zona de atención en un hospital de la ciudad de Trujillo 2019 .....	28
Tabla 3 Validez de contenido del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, según criterio de expertos.....	60
Tabla 4 Índices de bondad de ajuste del modelo de Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019 .....	61
Tabla 5 Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019 .....	62
Tabla 6 Validez del instrumento: Cuestionario de Salud SF-36 .....	63
Tabla 7 Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, según alfa de Cronbach ....	64
Tabla 8 Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, según coeficiente omega...	64
Tabla 9 Normas en percentiles del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019 .....	65
Tabla 10 Puntos de corte del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019 .....	67

Tabla 11 Prueba de Kolmogorov-Smirnov del instrumento: Cuestionario de Salud SF-36.....	105
Figura 1: Diagrama path del modelo multidimensional del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.....	106
Tabla 12 Coeficientes de asimetría y curtosis el Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019. ....	107

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar las Cualidades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019. El tipo de estudio fue descriptivo, con un diseño tecnológico y una muestra de 236 pacientes de un hospital, aplicándose el muestreo probabilístico estratificado. Asimismo, se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 para la medición de la variable. Se halló que el cuestionario posee un AGFI=.92, NFI=.91, coeficiente de correlación ítem–test mínimo de .212 y máximo de .780, cociente alfa de .786 y omega de .97. Se concluye que el Cuestionario de Salud SF-36 demuestra tener validez y confiabilidad suficiente para ser utilizado en la medición de la variable en el contexto trujillano.

**Palabras clave:** cualidades psicométricas, enfermedades crónicas, percepción hacia la enfermedad, hospital.

## ABSTRACT

The research objective was to determine the Psychometric qualities of the SF-36 Health Questionnaire for patients with chronic diseases in Trujillo city 2019. The type of research was descriptive, with a technological design and a sample of 236 patients from a hospital, a stratified probabilistic sampling was applied. Likewise, the SF-36 Health Questionnaire was used for the measure the variable. The questionnaire resulted in an AGFI = .92, NFI = .91, the correlation coefficient item test minimum of .212 and maximum of .780, alpha quotient of .786 and omega of .97. It was concluded that the SF-36 Health Questionnaire shows to have enough validity and reliability to be used in the measurement of the variable in the settings of Trujillo city.

**Key words:** Psychometric qualities, chronic diseases, perception towards the disease, hospital.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas constituyen, dentro del ámbito de la salud, un espacio difícil de abordar, puesto que aproximadamente solo un 50% llega a tener un “buen control” de su padecimiento (Málaga, 2014). Existen varios instrumentos de medición de las condiciones en las que se encuentran tanto los pacientes como los familiares para hacer frente a esta situación; sin embargo, la contrariedad principal reside en la ausencia de instrumentos que permitan percibir la forma en la que actúa la variable en el ámbito local. Existen muy pocas investigaciones realizadas a nivel nacional, y a nivel local no existe un estudio hecho con la población señalada en esta investigación.

El Cuestionario de Calidad de vida y salud SF-36 está conformado por dos bloques temáticos: Salud Física y Salud Mental. Estas dimensiones, a su vez, se fraccionan en cuatro sub escalas. La primera, que conforman la extensión Salud Física: a) Función Física, b) Rol Físico, c) Dolor Corporal y d) Salud General. La segunda, que integra la Salud Mental: a) Salud Mental, b) Rol Emocional, c) Función Social y d) Vitalidad (Solano et al., 2015).

Esta investigación tuvo como propósito establecer las cualidades psicométricas del Cuestionario SF-36 y adaptarlo al contexto de la ciudad de Trujillo. Las ventajas de estandarizar un instrumento es dotarlo de mayor exactitud en la medición de la variable, facilitando, de esta manera, el trabajo diagnóstico del personal médico, enriqueciendo el proceso de acompañamiento del profesional en psicología y dando mayores insumos para otras disciplinas que intervengan en la labor terapéutica.

# **CAPÍTULO I**

## **PLAN DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. El Problema**

### **1.1.1. Delimitación del problema**

Las enfermedades crónicas, desde 1996, impulsan permutaciones inherentes en la plantilla de padecimientos en el Perú. Su promoción ha obrado de forma tan eficaz que despuntan en la fracción media de departamentos y en la totalidad de la costa, siendo esta la franja más anidada del país. Dentro el híbrido conjunto que constituyen las enfermedades crónicas, por lo difícil que resulta su control, se halla que, aproximadamente, sólo un 50% llega a tener un “buen control” de su padecimiento (Málaga, 2014). Ante este panorama, ¿Qué ocurre con un paciente que acarrea una enfermedad crónica en el Perú? quizás la argumentación se encuentre en estudios aun no divulgados. A este escenario tan poco inspirador se le puede adjudicar una cadena de eventos infortunados, pero, primordialmente, desabriga la ausencia de acopio que tiene el médico con el paciente y la carestía en el acompañamiento a pacientes de riesgo elevado.

La pericia nacional contra estas dolencias debe incluir la enseñanza de hábitos de vida benéficos para la sociedad y el adiestramiento del cuerpo de salud a nivel de centros hospitalarios, brindándoles manuales de trato clínico, medicación segura, artilugios para un monitoreo pertinente del tratamiento y diagnóstico, estableciéndose así un servicio de salud viable para una referencia adecuada y ser derivados a centros de salud más específicos o de mayor complejidad ante algún tipo de complicación (Villena, 2019).

La calidad de vida y la salud son concebidas como una valoración que se hace a las personas en relación con su salud y el grado de significancia del desenvolvimiento para poder desarrollar actividades usuales, en las que circunscribe la funcionalidad física y también la social, generando la ideación habitual de lo que es salud y, por último, el equilibrio emocional (Botero & Pico, 2007). El estudio de dichos campos de conocimiento conforma el concepto primordial para que se les brinde una atención multidisciplinaria a pacientes crónicos (Moreno et al., 2015).

La calidad de vida es el efecto de una aleación de elementos objetivos y subjetivos, en el cual tanto el uso y beneficio de los potenciales humanos (erudición, sensibilidad e innovación), así como las situaciones externas (organización socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) se interrelacionan. La calidad de vida es una conjetura, particularmente estimadora, o calificativo preparado para abarcar varios fenómenos propios de cualquier rama científica, es decir, las enunciaciones sobre las que se sostienen las indagaciones son variadas y elaboradas según el argumento del cual parte su evaluación (Botero & Pico, 2017).

La investigación realizada por Urzúa y Caqueo (2012), revela que la calidad de vida y el entorno sociobiológico tienen cierta influencia en el desarrollo de las condiciones patológicas que se desarrollan en la población con enfermedades crónicas, y confirma así la conexión entre calidad de vida y mecanismos biológicos, psicológicos y sociales que, estadísticamente, son de gran importancia. Además, la medición de la calidad de vida concerniente con la salud se advierte cada vez más como un estilo que puede utilizarse para

estudiar los estándares o comportamientos de salud de la población y cuantificar el alcance y rango de seguridad de los trastornos sanitarios para los que se necesitan herramientas adecuadas (Vinnacia & Quiceno, 2014).

Según Solano et al. (2015), el Cuestionario de Calidad de vida y Salud SF-36 es el componente más ampliamente utilizado a lo largo del mundo para evaluar el estado de salud. El Cuestionario de Calidad de vida y Salud SF-36 está conformado por dos bloques temáticos: Salud Física y Salud Mental. Estas dimensiones, a su vez, se fraccionan en cuatro sub escalas. La primera, que conforma la extensión Salud Física: a) Función Física, b) Rol Físico, c) Dolor Corporal y d) Salud General. La segunda, que integra la Salud Mental: a) Salud Mental, b) Rol Emocional, c) Función Social y d) Vitalidad. El SF-36 ha confirmado su utilidad para realizar investigación y registro de población no solo centradas y específicas, sino también en poblaciones generales, mostrando así su versatilidad para la recolección de información en diversas enfermedades (Araya et al., 2017).

Para Rodríguez et al. (2009), el propósito principal de utilizar un instrumento de medición con pacientes crónicos es suministrar una valoración tolerante, completa y legítima de la situación de salud de una persona, y una evaluación más consistente de los gajes y peligros que se obtienen de la atención médica.

Por otro lado, Ruiz, (2017), Santos (2017) y Cáceres-Manrique et al. (2018), dan cuenta de numerosos instrumentos que tasan la calidad de vida, pero, a pesar de ello, los mismos ostentan una serie de carencias que van desde no ser confiables ni válidos, hasta ejecutar una tasación global e

inconclusa de carácter negativo de la salud, cuyas deducciones no permitirían ver de manera certera las deficiencias de los atributos a fabricar, observados por el paciente. Es, a razón de ello, que estos autores sostienen que el Cuestionario de Salud SF-36 es el instrumento idóneo para estimar el estado de salud de los pacientes y evaluarlo de manera integral. Dicho cuestionario consigna 36 interrogaciones que, de manera ágil y sencilla, permitirían obtener un perfil de salud evaluado en ocho subescalas.

El motivo de esta investigación es establecer las cualidades psicométricas del instrumento en cuestión, adaptando los valores a la realidad local, dado que no existen los valores necesarios que posibiliten brindar una mayor solidez a los diagnósticos médicos y así anexar al procedimiento un acompañamiento psicológico que proporcione una herramienta eficaz para los profesionales especializados en enfermedades crónicas. A su vez, existe el propósito de estudiar al paciente, no solo desde una perspectiva médica, sino también desde el ámbito biopsicosocial, que es una parte que afecta el funcionamiento cerebral y al mismo tiempo altera las capacidades fisiológicas de la persona, al punto de provocar enfermedades atribuidas a un estado mental, que, en respuesta, es abordado desde la perspectiva médico-farmacológica.

Rodríguez et al. (2009) revelan que el cuestionario SF-36 ha comprobado ser pertinente para examinar a poblaciones universales y diferenciadas, contrastando la remesa de enfermedades heterogéneas. Este estudio se basa en publicaciones de más de 1600 revistas científicas (p. 77). Asimismo, se debe mencionar que el cuestionario ha sido utilizado de manera

amplia por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015, p. 77) con el propósito de determinar y conocer los valores de salud e invalidez de las personas. Además, el SF-36 comprende atributos que son esenciales en el perfeccionamiento favorable del ser humano (Llacuna & Guardia, 2015, p. 10).

Es oportuno realizar estudios sobre personas con enfermedades crónicas porque la evolución de su patología es de carácter prolongado y no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Lo anteriormente mencionado, genera un impacto implícito en esas personas, puesto que, en muchas ocasiones no se sienten apoyadas médica ni socialmente, por tal motivo, muchos de estos pacientes abandonan su proceso terapéutico. Con este estudio se espera realzar la importancia de conocer el modo en que el paciente se siente respecto a su enfermedad y la manera que la va a sobrellevar, si posee o no los mecanismos de adaptación para afrontar sus necesidades recientes. Por tal motivo, la percepción de la enfermedad en el acompañamiento terapéutico es vital, para poder generar en los pacientes una buena calidad de vida (Ardila, 2018).

La población de estudio en este trabajo de investigación forma parte de un grupo bastante estudiado, pero poco comprendido, como son las personas vulnerables con enfermedades crónicas. Las cuales, ya sea por razones de edad, género, estado físico o mental, u otras dificultades de diversa índole como: el aspecto social, económico, étnico o cultural. Pertenecen en su mayoría a una población que posee dificultades para poder desenvolverse a

plenitud en sus quehaceres cotidianos y/o laborales, representando para ellos un problema altamente significativo que impacta no solo a su familia sino también altera su esfera personal y psicoemocional. Siendo éstas las menos evidentes para el entorno social en el que actualmente nos desarrollamos.

Los participantes de este estudio comprenden las edades entre los 14 a los 80 años con la particularidad que muchos de ellos son pacientes referidos de otras instituciones hospitalarias con menos condiciones favorables para la atención de sus padecimientos; lo que conlleva a que hagan uso de las instalaciones y servicios de salud que la ciudad otorga. Por el hecho que los mismos vienen de distritos de La Libertad, precisan el empleo de instalaciones amplias como la unidad de hemodiálisis y hospitalización para un mejor monitoreo del esquema de tratamiento asignado y poder así brindar el soporte a los signos y síntomas presentados. Lo mismo se puede mencionar de los otros dos servicios en los cuales se realizó el estudio, dado que la unidad de oncología y endocrinología manejan sus derivaciones con acierto, procurando cubrir las necesidades médicas que el servicio puede brindar, lo que se puede observar en la unidad de quimioterapia, que cuenta con asistencia permanente, permitiendo a los familiares conocer y actuar según los reportes de los pacientes tratados, ya que éstos no sólo vienen aquejados con dolencias sino también con deterioro de sus funciones físicas, sociales, mentales y emocionales las cuales repercuten en el control de su enfermedad, pues muchos de estos no aprenden a manejar sus cuadros de depresión, estrés, ansiedad, frustración, que son causados por su condición y se les hace difícil manejarlo día a día, así como a sus familiares y/o acompañantes.

Es así que la dificultad principal reside en la ausencia de instrumentos de medición que permita a los diestros en salud, a quienes padecen las enfermedades o a sus familias, percibir la forma en la que actúa la variable en el ámbito local, lo cual es imprescindible para conllevar el tratamiento. Existen muy pocas investigaciones realizadas a nivel nacional, mientras que a nivel local no existe un estudio hecho con la población señalada en la presente investigación, por ello esta tesis cobra importancia, ya que permitirá adaptar el instrumento y obtener evidencias de su validez y confiabilidad, lo que en un futuro facilitará la valoración de la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas en la ciudad de Trujillo. Este estudio será uno de los pilares para conseguir resultados que comprueben la eficacia de este test en la realidad local, con la finalidad de indagar sobre las dimensiones propias de esta prueba y así adquirir datos que, por consiguiente, puedan inducir a investigaciones de intervención analítica más exactos y precisos.

### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las Cualidades Psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivos generales**

Determinar las cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

- Demostrar la validez de contenido del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, mediante criterio de jueces.
- Analizar los ítems mediante el modelo de análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.
- Identificar las cargas factoriales de los ítems Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.
- Comprobar la validez de constructo mediante el método de correlación ítem-test del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.
- Obtener la confiabilidad por consistencia interna, según los coeficientes alfa de Cronbach y Omega, del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.
- Establecer los valores percentilares y puntos de cortes del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.

### **1.3. Justificación del estudio**

Para esta investigación se plantean argumentos que exponen su conveniencia, así como la justificación teórica, práctica y social.

La investigación es conveniente porque aborda un tema contextual, como es la salud. La población mundial está en perdurable crisis y todo estudio cuyo propósito sea facilitar la labor del personal de salud y el bienestar de quien padece una enfermedad, verá cubierto este importante factor.

Esta disertación tiene justificación a nivel teórico, porque ofrece la posibilidad de esclarecer y desarrollar conocimientos teóricos relacionadas con el constructo de la percepción hacia la enfermedad, referente a pacientes clínicamente diagnosticados con enfermedades crónicas.

Su justificación social radica en el brindar un instrumento estandarizado que permita conocer la percepción hacia la enfermedad de los pacientes con enfermedades crónicas, lo que facilitaría el entendimiento sobre cómo viven y padecen sus enfermedades en el área física y mental, desmitificando las ideas erróneas al respecto y trayendo a la luz la verdadera manera en que afrontan estos pacientes el día a día, lo mismo que posibilitaría nuevas formas de aceptar y sobrellevar la enfermedad.

A nivel práctico, favorecerá a las instituciones y expertos responsables de interactuar con los pacientes que padecen enfermedades terminales, proporcionándoles sustento para la planificación y ejecución de programas preventivos, promocionales y en su calidad de vida, beneficiando a la sociedad toda, además de la adaptación de un instrumento a la realidad de la población peruana, siendo un aporte conveniente a todo.

En la utilidad metodológica, cumple con los criterios de validez y confiabilidad adaptado a pacientes con enfermedades crónicas, su aporte

respecto a las nuevas evidencias de validez, confiabilidad, y baremos percentilares, será de utilidad para futuras investigaciones de la misma variable, pudiendo ser usadas en poblaciones de características similares en la ciudad de Trujillo

#### **1.4. Limitaciones**

Las limitaciones consideradas para este trabajo de investigación son las siguientes:

- Este instrumento es válido sólo para poblaciones similares, lo cual significa que quien lo utilice debe verificar las características de su población y, de no hallar coincidencias, debe recurrir a realizar este mismo procedimiento para su población específica.

# **CAPÍTULO II**

## **METODOLOGÍA**

## 2.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 860 pacientes con enfermedades crónicas, atendidos en las áreas de Endocrinología, Oncología y Hemodiálisis de un hospital de la ciudad de Trujillo. La edad mínima para participar es de 14 años, de ambos géneros y que padezcan la enfermedad por más de 5 años.

**Tabla 1**

*Distribución de la población de pacientes con enfermedades crónicas según género y área de atención en un hospital de la ciudad de Trujillo 2019*

Zona de atención	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
Endocrinología	128	14.9%	262	30.5%	390	45.3%
Oncología	110	12.8%	123	14.3%	233	27.1%
Hemodiálisis	92	10.7%	145	16.9%	237	27.6%
Total	330	38.4%	530	61.6%	860	100%

## 2.2. Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se hizo uso de la fórmula para poblaciones finitas, la cual es:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(N - 1) * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde:

p: Proporción de elementos con la característica de interés.

q: Proporción de elementos sin la característica de interés.

Z: Valor de la distribución normal estándar para un nivel de confianza especificado.

e: Error de muestreo.

N: Tamaño de población.

n: Tamaño de muestra.

Admitiendo una confianza del 95%, ( $Z=1.96$ ), un error de muestreo de 4.6% ( $e=0.046$ ), y una varianza máxima ( $PQ=0.25$ , con  $P=0.5$  y  $Q=0.5$ ) para garantizar el tamaño de una muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población ( $N=860$ ) de los pacientes con enfermedades crónicas.

$$n = \frac{860 * 1.96^2 * 0.25}{(860 - 1) * 0.046^2 + 1.96^2 * 0.25}$$

$$n = 263$$

De esta manera, la muestra quedó configurada por 263 de los referidos pacientes de la institución de salud donde se realizó la investigación, como se evidencia en la tabla 2. Asimismo, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con 14 años a más.
- Diagnóstico de enfermedad crónica en los últimos 5 años a más.

- Pacientes que acepten cooperar de manera voluntaria en la investigación.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que tengan diagnóstico ambiguo, periódico o no posean conciencia de enfermedad.
- Pacientes extranjeros.
- Cuestionarios contestados de manera incorrecta o que estén incompletos.

### **Tabla 2**

*Distribución de la muestra de pacientes con enfermedades crónicas según género y zona de atención en un hospital de la ciudad de Trujillo 2019.*

<b>Zona de atención</b>	<b>Género</b>					
	Masculino		Femenino		Total	
Endocrinología	39	14.8%	80	30.4%	119	45.2%
Oncología	34	12.9%	38	14.4%	72	27.4%
Hemodiálisis	28	10.6%	44	16.7%	72	27.4%
Total	101	38.4%	162	61.6%	263	100.0%

### **2.3. Muestreo**

El tipo de muestreo aplicado es el probabilístico estratificado, práctica en la cual el investigador divide a toda la población de estudio en diferentes estratos. Posteriormente, escoge de manera aleatoria a los elementos finales de los diferentes estratos de manera proporcional (Scheaffer et al., 2007, pág. 180).

Este tipo de muestreo hace posible mejorar la precisión de las estimaciones, al tomar muestras independientes en cada uno de los subgrupos poblacionales. Para la estratificación de la población se tomó en cuenta el género y el área de atención de los pacientes de la institución de salud donde se llevó a cabo el estudio (Scheaffer et al., 2007, p.152; Gutiérrez, 2016).

Para la aplicación de este muestreo, la cantidad de personas de la muestra fue definida estadísticamente, en este caso contando con una población finita y disminuyendo el margen de error a 4.6% (Otzen & Manterola, 2017), para luego aplicar los mismos porcentajes de la población total a la muestra estratificada (por zona de atención y género).

#### **2.4. Procedimiento para la recolección de datos**

Siendo el Cuestionario SF-36, utilizado para la recolección de datos, éste no se encontraba adaptado al contexto trujillano, lo primero en realizarse fue la revisión de los ítems por los autores y su validación según el criterio de 5 expertos, quienes evaluaron los ítems en su pertinencia, relevancia y claridad, tras lo cual se contactó al personal del departamento de estadística quien proporcionaría los datos en el hospital seleccionado, para exponer el objetivo de la presente evaluación, y solicitar el permiso correspondiente. Obtenido el permiso se aplicó el instrumento, previa lectura del consentimiento informado, explicando el objetivo que tiene el instrumento y brindando las instrucciones pertinentes para desarrollar la prueba.

Se otorgó un tiempo de 5 minutos para que los pacientes pudieran leer el instrumento, luego se les brindó 15 minutos para que lo respondieran.

Finalizado el tiempo de aplicación, se realizó una rápida revisión de los protocolos con el fin de ratificar que se hubieran completado correctamente sin ítem vacíos, puesto que esto alteraría los resultados finales de la investigación.

La información registrada en cada cuestionario fue vaciada en hojas de Excel y en el programa SPSS para su procesamiento y análisis.

## **2.5. Procesamiento y análisis de los datos.**

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para analizar la información obtenida. De acuerdo a la estadística descriptiva se utilizaron ponderaciones de tendencia central, como la media aritmética, mediana y moda; se usaron ponderaciones de dispersión, como desviación estándar, en pos de caracterizar la muestra de investigación; se hizo uso de percentiles para formular normas; a partir de la estadística inferencial, se utilizaron pruebas estadísticas para comparar hipótesis de normalidad y comparaciones de medias. Para el procesamiento de datos, sirvió de soporte: los softwares Microsoft Excel, Statistics Package for Social Sciences (SPSS 25); y la extensión AMOS del SPSS.

Asimismo, para evaluar la evidencia con base en la estructura interna, se aplicó el análisis factorial confirmatorio, y para la estimación de parámetros se utilizará el método de mínimos cuadrados no ponderados. El informe reporta establecer el índice de bondad de ajuste del modelo, como CMIN/gl absoluto e índice RMSEA; índice comparativo, como GFI, AGFI y carga factorial; chi-cuadrado en su grado de libertad (CMIN/gl) <4, según el que, cuanto menor sea el cociente, ideal será el ajuste (Price, Russell y Brooke, 1988). Utilizando

lo mencionado por Meda et al. (2008), se empleará la raíz cuadrada media residual ( $RMSEA \leq .08$ ), el índice de bondad de ajuste ( $GFI \geq .90$ ), el índice de bondad de ajuste ajustado ( $AGFI \geq .90$ ), índice de parsimonia (PRATIO) y el índice de parsimonia ajustado (PNFI). Con respecto a la carga factorial, desde un punto de vista conveniente, al menos un valor mayor a 0.30 como mínimo podría explicar de forma aproximada el valor alrededor del 10% de la varianza; en torno a .40 que tiene una mayor correlación, y un valor de alrededor de .50 que tendría un significado práctico obvio (Morales, 2011). La estimación de la confiabilidad del referido cuestionario, se realizará por el método de consistencia interna, por medio del coeficiente alfa de Cronbach; siendo los valores sugeridos en confiabilidad entre .70 y .90 (Quero, 2010).

## **2.6. Instrumento**

### **2.6.1. Ficha Técnica del Instrumento**

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue el Cuestionario de Salud SF-36 versión en español, cuyas evidencias de validez y confiabilidad, así como normas y puntos de corte, fueron identificadas en el contexto trujillano.

El Medical Outcomes Study (MOS) 36 - items Short Form (SF-36) ha sido diseñado por el autor Ware JE. La prueba ha sido traducida y utilizada en varias lenguas y probada psicométricamente en diversos países (Vilagut *et al.*, 2005). Contiene 36 ítems para identificar el estado de salud positivo y negativo, 35 preguntas correspondientes a 8 dimensiones y un ítem más que no es parte de ninguna dimensión y su función es la evaluación de la salud en el tiempo

(Vilagut et al., 2008). Este cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años de edad y, preferentemente, debe ser autoadministrada, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.

Las investigaciones realizadas que buscan adaptar dicho cuestionario a diferentes poblaciones indican que, su confiabilidad según Alpha de Cronbach se encuentra entre .70 y .90. La confiabilidad por dimensión es:

Funcionamiento Físico .93, Funcionamiento Social .92, Rol Emocional .92, Salud Mental .88, Rol Físico .83, Salud General .82, Vitalidad .75 y Dolor Corporal .74 (Romero, 2010). Por otra parte, el cuestionario se divide en ocho factores que se agrupan en dos grandes dimensiones que se refieren a la Salud Física y Mental (Rodríguez et al., 2009).

### **2.6.2. Descripción de la prueba por áreas**

El SF-36 consta de ocho dimensiones o factores:

La **función física**, la cual se refiere al grado de restricción de la salud en la actividad física, como el autocuidado, caminar, agacharse, soportar peso y esfuerzo moderado y vigoroso. El **rol físico**, que es el grado en que la salud física interfiere con el trabajo y otras actividades diarias. El **dolor físico**, que hace referencia a la intensidad del dolor y su impacto en las actividades diarias. La **salud general**, dimensión que evalúa la salud personal. La **vitalidad**, que determina si el paciente se encuentra enérgico o agotado. La **función social**, que examina el grado en que las condiciones de salud física o emocional interfieren con la vida social habitual. El **rol emocional**, que describe el grado en que los problemas emocionales interfieren con el trabajo u otras actividades

diarias. La **salud mental**, dimensión que mide la salud mental de manera general (Vilagut et al., 2008).

Estos factores, a la vez, forman parte de dos grandes dimensiones. El componente **salud física** está conformado por los factores Función física, Rol físico, Dolor físico y Salud General. La gran dimensión **salud mental**, por su parte, se compone de Vigor, Función social, Rol emocional, Salud Mental (Solano et al., 2015).

# **CAPÍTULO III**

## **MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Antecedentes**

#### **3.1.1. Antecedentes internacionales**

Trujillo et al. (2014) en su exploración “Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos”, sostuvo como objetivo; la validación del cuestionario SF-36 como un instrumento vigente para estimar la calidad de vida en relación con la salud física y mental en trabajadores cubanos. Se compuso un estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal, del 2012 al 2013, las muestras se seleccionaron mediante muestreo estratificado. Los hechos demuestran que existe una buena relación entre el cuestionario, el proyecto, y los resultados del Alpha de Cronbach lo cual lleva a la verificación de la efectividad de la herramienta, logrando así el objetivo propuesto.

Araya et al. (2017) publicaron el artículo “Propiedades psicométricas del cuestionario de salud SF-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica”, estudio realizado con el objetivo de conocer las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 en una muestra de 200 estudiantes. En lo que respecta a los resultados, se encontró un alfa de Cronbach de .80 en la escala general y mayores a .72 en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión Salud General, que obtuvo un valor de .60. En cuanto al análisis de componentes, se identificó que el 37.95% de la varianza de la variable es explicada por los componentes físico y mental.

### **3.1.2. Antecedentes nacionales**

Salazar & Bernabé (2015) "El cuestionario en español SF-36 en Perú: Estructura de los factores, la validez de constructo y consistencia interna", asumió como objetivo estimar las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 en una muestra de 4,344 peruanos entre 15 y 64 años. La fiabilidad se estimó mediante el alfa de Cronbach y la validez de constructo para comparar la efectividad de las características sociodemográficas y la estructura factorial del grupo, a fin de calcular la efectividad de la estructura. La conclusión es que el SF-36 demuestra que sus características psicométricas son adecuadas en términos de consistencia interna, validez de constructo y estructura factorial según estándares peruanos.

Aguilar (2017) en su tesis: "Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote" tuvo como propósito establecer el desempeño psicométrico del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas. Se practicó el estudio del tipo de instrumento y el resultado determinó que los datos son estadísticamente válidos porque fluctúan en el rango de .214 a .648 en la correlación ítem-test corregido, y el alfa de Cronbach da un valor estadísticamente confiable al colocarlo en un valor entre .600 y .861, por tanto, se concluyó que el estudio para determinar las propiedades psicométricas de pacientes con enfermedad crónica de Chimbote tiene validez científica.

### **3.1.3. Antecedentes locales**

No se encontraron investigaciones enfocadas en la adaptación y el análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 que se hallan realizado en Trujillo.

### **3.2. Marco teórico**

En la actualidad los conceptos de enfermedad y salud han sufrido cambios drásticos, hasta hace muy poco tenían definiciones rígidas, pero en nuestra sociedad cambiante estas ya no eran capaces de abarcar todo lo que significa el estado del ser humano actual.

Desde tiempos antiguos dos perspectivas han imperado en el pensamiento médico, por un lado, ver la enfermedad como un hecho generalizado y, por otro lado, distinguirlo como una situación específica. Frente a esto se alza una nueva mirada, que propone ver al síntoma como resultado de muchos elementos: Biológicos, cognitivos, culturales, socioeconómicos, psicológicos, de interrelación y espirituales. Esto constituye una mirada holística, que propone que el síntoma es una expresión de lo humano, sacándolo así del espacio característico y exclusivo de la enfermedad. La realidad revela que los síntomas están presentes siempre en todo el accionar humano, existe un minúsculo porcentaje de personas que acuden a la medicina buscando alivio. Por mucho tiempo ésta se ha dedicado al estudio y tratamiento del síntoma, y en su afán, se ha olvidado de proporcionar alivio, porque se ha enfrascado en perseguir causas, aunque muchas veces, para ello, su

propuesta sea invasiva o más peligrosa que el síntoma mismo que se pretendía extinguir (Cuba & Campuzano, 2017).

La OMS (2006) define salud como: “Estado de completo equilibrio biopsicosocial y no sólo la ausencia de enfermedad”, para muchos se trata de un objetivo que se alcanza con mucha dificultad por centrarse solo en un ideal. A partir de esta definición se han ido incluyendo otras perspectivas, como la de Franco (1993) que ubica el concepto de salud en perspectiva de la vida misma y por encima de cualquier otro valor, al mismo tiempo también definiéndola como un proceso dinámico. Luego se tiene el aporte de Daniels (1998), quien promoviendo el derecho a los servicios de salud incorpora los conceptos de igualdad y equidad como imperativos para lograr el bien social, que pasa por la salud de todos (Vélez, 2007).

La salud hoy se entiende como un acontecimiento global ya que se relacionan estrechamente con eventos sociales, políticos económicos en todo el planeta. El abordaje individual a la enfermedad parece ser cosa del pasado, porque en el mundo globalizado se identifican las enfermedades en grupos humanos extensos, o regiones del planeta, es así como los países más pobres sufren de ciertos padecimientos debido a los niveles de pobreza que van desde el poco acceso a servicios básicos, hasta desigualdad de género, analfabetismo, enfermedades infecciosas, sedentarismo, consumo de alimentos procesados, entre otros. A pesar de que la globalización ha traído muchos beneficios a la población mundial, la salud no es un espacio muy favorecido. En países desarrollados se sabe de grandes avances para beneficiar a la población en general, mientras que en territorios menos

favorecidos aún se hacen esfuerzos y se lucha con tecnología médica precaria, Se hace necesario un avance, a nivel mundial, para hacer posible que cada día más personas accedan a mejores condiciones de salud (Caballero-Sánchez et al., 2018).

### **3.2.1. Percepción hacia la enfermedad**

La enfermedad está definida como una dolencia personal, que al mismo tiempo tiene matices tanto sociales como culturales y que cada sujeto vive según sus propias características personales y la construcción de la misma es una suma de un conocimiento sociocultural particular que se tiene hacia algún padecimiento.

La concepción de salud y enfermedad depende de las ilustraciones que la gente común haga sobre su condición, las cuales llevaran a determinar la clase de ayuda que se pretende alcanzar. En vocablos de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos, existe un mundo diversificado de interacción permanente estrechamente relacionado con la salud. La medicina no es solo una forma de gestión de la salud, sino que también puede explicar la relación entre el objeto y el cuerpo, la dieta, los hábitos de vida, las actividades, el tiempo libre y el equilibrio psicológico, todo ello de forma conjunta ayuda a percibir y mantener plenamente la salud.

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede ser apartado de su marco cultural, puesto que los valores, representaciones, roles y perspectivas de la población se convierten en la idea de lo que cada ser humano concibe y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada comunidad

tiene una forma específica del modo en que custodia su salud y cómo restaurarla cuando ésta se ve descompuesta, colocando como testimonio el dinamismo de este campo de acción orientado siempre, en relación al contexto que lo determine. Estos indicadores configuran diversas formas de pensar y actuar, con una amplia gama de significancias que le son atribuidas al concepto de estar sano o enfermo, donde las condiciones tales como la edad, sexo y categoría sociocultural de vida tienen una multiplicidad de manifestaciones.

Como indican Kornblit & Mendes (2000), la expresión definida como enfermedad envuelve muchos aspectos, no es una denominación exclusiva a la condición de enfermo el padecer algún tipo de patología. La apreciación de ente patógeno no sólo pasa por la posibilidad de reconocer el mal sino a su vez, muy especialmente, por la probabilidad de estar enfermo. Este aspecto estriba básicamente de las representaciones sociales que ejerza el individuo, así como de la posición que rijan su salud en la vida diaria. Este último punto es muy importante, puesto que esto establece el modo en que se debe accionar y los procedimientos por realizar. Este atributo está construido socioculturalmente y tiene implicaciones cognitivas, asistida de valores y posturas. La percepción del dolor o malestar que franquea el ser humano obedece a la gran gama de elementos que tienen que ver con situaciones estructurales, pero también con las legítimas experiencias acaecidas a lo largo de la vida y se ajustan, dentro de la mente, como un ingrediente anexo al transcurso general de percepción.

En síntesis, se podría decir que la percepción hacia la enfermedad es un concepto difícil de delimitar, ya que para construir dicho criterio se debe

disgregar los factores socioculturales, roles, sexo, experiencias previas que amalgamados delimitan lo que cada ente percibe como enfermedad para sí mismo, y con base en ello pueda decidir el curso de acción que estime favorable elegir para volver a un estado de salud equilibrado.

### **3.2.2. Enfoque teórico: Modelo de Creencias de la Salud**

#### **3.2.2.1. Definición**

El Modelo de Creencias de la Salud tiene su inicio en los años 50' por el continuo trabajo de profesionales en psicología de la rama Social de Estados Unidos (Páez et al., 1994). Es uno de los modelos más utilizados en la psicología relacionada con la salud, se emplea para observar conductas de cultura saludable y, al mismo tiempo, el curso de prevención hacia la enfermedad. Pero, a pesar de la práctica y utilidad que se le confiere a dicho modelo, existen también estudios contradictorios respecto de la confiabilidad explicativa del modelo (Moreno & Gil, 2003). El modelo reunió algunos enfoques teóricos para tratar de descifrar las acciones que una persona establece al momento de realizar una elección que lo va a beneficiar en su salud (Cabrera et al., 2001).

Es un modelo cognitivo persuasivo que propone ayudar en la comprensión de la conducta de los individuos frente a la enfermedad. El Modelo de Creencias de la Salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más utilizados en el campo de la psicología de la salud, para explicar los comportamientos de salud y prevención de enfermedades. Se inspira en un modelo cognitivo que cree que la conducta es el resultado de una serie de

creencias, valoraciones y juicios internos que hacen los sujetos sobre una determinada situación, lo que indica que una persona tomará o no acciones de salud, basado en su interés en temas de salud (motivación de salud) y su percepción (Kirscht, 1988).

El modelo surge en 1958, en Estados Unidos, tras la iniciativa de un equipo de psicólogos que se plantearon solucionar la ineficacia de las campañas de vacunación, en ese entonces, para combatir la polio. Rosenstock, Derryberry y Carriger propusieron un modelo fundamentado en cuatro pilares: susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas. Décadas después, en los 70', Rosenstock, con base en estos principios, diseñó su modelo puntualizando tres variables: señales de acción, autoeficacia y variables modificadoras (Rosenstock, 1974). En el año 1982, Burns formuló su propio modelo, proponiendo dos variables: la primera, el deseo de evitar enfermarse y, la segunda, el reconocimiento de que una acción saludable impedirá el desarrollo de una enfermedad. Esta propuesta gira en torno al rol preponderante que tienen los estímulos, tanto internos como externos, para producir comportamientos adecuados en el ámbito de la salud. Finalmente, Rosenstock, Strecher, y Becker creyeron que hasta aquí el modelo solamente se ocupaba de lo concerniente al aspecto preventivo, por lo que incorporaron un elemento que incluyera la propia creencia del sujeto a saberse capaz de operar un cambio en sí mismo, a lo cual llamaron autoeficacia que fue incorporada como una variable en el modelo y que se propone como la certeza que pueda tener un individuo de que es posible llevar a cabo y con éxito una conducta que ha sido encomendada. La autoeficacia sería, para los autores, la pieza clave para el resultado del tratamiento (Calderón et al., 2018).

Siguiendo este modelo, se puede prever una conducta de salud, de acuerdo con el grado de disposición que el individuo tenga con respecto de una amenaza a su salud, la misma que considera peligrosa, y la valoración que le otorgue al abordaje, de si será caro el tratamiento o muy provechoso. Se plantea que es el sujeto que posee, según sean sus creencias, un nivel de disposición psicológica al momento de decidir por algún tipo de tratamiento para solucionar sus dificultades de salud. Además de su tipo de pensamiento, los criterios de edad, género, a las creencias generales, básicas, señaladas anteriormente los teóricos que se han ocupado del tema han ido añadiendo condiciones tales como la edad, el sexo, el nivel cultural y educativo, comprensión de su padecimiento, entre otros, serán también elementos (Moreno & Gil, 2003).

Los fundamentos básicos del modelo son: a). El deseo de evitar enfermarse o enfermarse gravemente. b) Creer que un comportamiento saludable adecuado puede prevenir enfermedades o, si está enfermo, creer que cierto comportamiento puede aumentar sus posibilidades de recuperación.

### **3.2.2.2. Dimensiones del modelo**

Las dimensiones que contempla este modelo son las siguientes:

- **La susceptibilidad percibida.** Describe esencialmente la forma en que un sujeto se siente ante la posibilidad que existe de enfermarse. Los seres humanos poseen distintos grados de vulnerabilidad, están quienes poseen elevados índices de negación hasta aquellos que declaran con

certeza que se encuentran en riesgo severo de enfermarse (Moreno & Gil, 2003).

- **La gravedad percibida.** Guarda relación con las ideas que posee el individuo acerca del peligro de enfermarse o del modo en que se debe abordar una enfermedad, mediante un tratamiento o no. Esta dimensión admite dos clases de resultados frente a la enfermedad: La primera, de tipo médico-clínico, referido a la defunción, invalidez, sufrimiento. La segunda, ciertas consecuencias sociales que podría conllevar un resultado adverso, deterioro de la vida social, disminución de su capacidad laboral, menoscabo de su entorno familiar, entre otros (Moreno & Gil, 2003).
- **Los beneficios percibidos.** Las dos primeras dimensiones, por si solas no son decisivas, según este modelo, ya que lo decisivo está estrechamente vinculado a las ideas que tenga la persona con respecto de la efectividad relativa de las acciones que realice para hacer frente a la enfermedad, lo cual tiene que ver con los beneficios percibidos. Un individuo no solo se dejará influenciar por las explicaciones médicas acerca de los beneficios de su tratamiento, también se encuentra afectado por las normas sociales y por lo que su entorno social cree con respecto a todo lo que está ocurriéndole, por lo tanto, será necesario que todos los espacios desde donde percibe las normas que rigen su vida se complementen, o por lo menos no entren en contradicción, para que pueda percibir los beneficios para su salud (Moreno & Gil, 2003).
- **Las barreras percibidas.** Tiene que ver con los elementos que podrían levantarse en oposición a las acciones que debe seguir para su mejoría.

Por ejemplo, un sujeto puede decidirse por tal o cual tratamiento, por considerarlo mejor, pero podrían surgir algunos elementos que se interpongan, tales como considerar el precio del tratamiento demasiado elevado, expresar su desagrado por algún tipo de procedimientos o manifestar sus temores ante el dolor que intuye sentirá, todo lo cual le levantaría a modo de barreras que interrumpiría el desenvolvimiento de las dimensiones anteriores (Moreno & Gil, 2003).

### **3.2.2.3 Sistemas y factores del modelo**

Intervienen dos sistemas reguladores independientes, pero interactuantes, uno objetivo o informativo y otro emocional, promoviendo así la independencia entre cognición y emoción (Beneit & Latorre, 1994; Leventhal et al., 2001, Álvarez, 2002). El modelo propone que los estímulos (un síntoma) no solo pueden producir representaciones cognitivas de enfermedades, sino también expresiones emocionales y amenazas a la salud. Estas expresiones orientan la definición del objetivo de la acción y la acción en sí, y orientan la adopción de diversos comportamientos o estrategias de afrontamiento. Por tanto, la percepción de la realidad de la enfermedad es el resultado de dos procesos paralelos: un proceso cognitivo y un proceso emocional. A través de estos procesos toda la información recogida de múltiples fuentes concretas y abstractas se sintetiza en un representante temporal de la enfermedad, explica y le da un significado subjetivo que permite comprender su historia, personalidad, factores demográficos y ambientales, ayudando así a establecer las manifestaciones de la enfermedad (Pain et al., 2006).

A partir de 1985, Leventhal recomendó que los pacientes elaboraran un listado de manifestaciones de la enfermedad y los programas cognitivos incluyan diferentes factores, tales como:

- **Identidad:** Variable que identifica la presencia o ausencia de una enfermedad, pueden referirse al nombre o etiqueta de la enfermedad, y los signos o síntomas específicos de la enfermedad.
- **Consecuencias:** Percepción que tiene el paciente del impacto físico, social y económico de la enfermedad, y la respuesta emocional resultante de la misma.
- **Causa:** Pensamientos del paciente sobre la causa o causas de la enfermedad.
- **Duración:** Expectativas del paciente sobre la evolución y duración de la enfermedad (Beneit & Latorre, 1994; Leventhal et al., 1997; Leventhal et al., 2001; Álvarez, 2002; Beléndez et al., 2005).

Lau y Hartman (1983) agregaron otro factor llamado cura/control, que se refiere a la aceptación de la enfermedad y al tratamiento (Marks et al., 2008).

La combinación de estos cinco factores conducirá a representar los tres principales modelos de enfermedad:

- a. **Modelo de enfermedad aguda:** Se considera provocada por un factor muy especial (virus), de corta duración y solo de consecuencias a corto plazo.
- b. **Modelo de enfermedad crónica:** Es causada por una variedad de factores, incluidos hábitos y estilos de vida inadecuados. Es de largo plazo y tiene graves consecuencias.

- c. Modelo de enfermedad periódica: Caracterizado por períodos alternados sintomáticos y asintomáticos.

En 1984, Leventhal, Zimmerman y Gutmann demostraron que las personas utilizan cuatro fuentes de información para la elaboración de estos modelos de enfermedades:

- La experiencia física del paciente, como la naturaleza, persistencia y gravedad de los síntomas.
- La idea principal sobre la enfermedad en la cultura personal.
- Comunicación social obtenida por familiares, amigos o profesionales de la salud, experiencias personales de quienes han padecido enfermedades en el pasado (Beneit & Latorre, 1994).

### 3.2.3. Cuestionario SF-36 V.2

Descripción de las Escalas de Salud medidas por el SF-36 (Vilagut et al., 2008):

- a. Función física:** Realización de todo tipo de restricciones de actividad física, como bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesas y realizar un esfuerzo de intensidad moderada (10 preguntas).
- b. Rol físico:** Problemas que surgen en el trabajo y otras actividades diarias debido a la salud física (4 preguntas).
- c. Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su impacto en el trabajo normal dentro y fuera del hogar (2 preguntas).

- d. Salud general:** Evaluación de la salud personal, incluida la salud actual, las perspectivas de salud futuras y la resistencia a las enfermedades (5 preguntas).
- e. Vitalidad:** Nivel de energía y vitalidad (4 preguntas).
- f. Función social:** Interferencia con la vida social debido a problemas físicos o emocionales (dos problemas).
- g. Rol emocional:** Problemas de trabajo u otras actividades diarias causados por problemas emocionales (3 problemas).
- h. Salud Mental:** Salud mental general, incluida la depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Estas ocho escalas o conceptos se resumen luego en dos: Componente de salud física y Componente de salud mental.

Además de los ocho conceptos de salud mencionados, el SF-36 también incluye el concepto de cambios globales en las percepciones actuales de la salud, en comparación con el año anterior, también conocido como problema del estado de transición. La respuesta a esta pregunta describe un cambio en las percepciones de mejora o deterioro de la salud durante los últimos años.

#### **3.2.4. Propiedades psicométricas de una prueba**

La validez, desde la óptica estadística, se precisa como el suministro de la varianza verdadera que resulta fundamental para el propósito del estudio. Se utiliza el vocablo principal para explicar lo que es aplicable a la variable, al momento de determinar la prueba. En relación con esto, la validez de una prueba, generalmente, está determinada por el vínculo entre la puntuación y

cualquier medida estándar externa, o el grado en que la prueba mide las características subyacentes de una hipótesis en particular o "construcción".

Desde la perspectiva de la psicometría, la validez ha pasado por un amplio proceso evolutivo. A partir de esta situación, la gente siempre ha creído que "un test es válido por su contenido relacionado" (Guilford, 1946; Muñiz, 1996, p.52) y esto ya no es así. Hoy, lo que se confirma no es la prueba, sino las ilaciones realizadas desde la misma, lo que tiene dos consecuencias: a) el encargado de la validez de una prueba ya no es solo su constructor sino de igual modo el usuario, y b) la validez de una prueba no se determina de forma inmediata, sino que es producto de la recolección de pruebas que se procesan en un orden progresivo y continuo para poder contemplar todas las aristas necesarias en un procedimiento científico que sea fiable, que abarque todas las cuestiones experimentales, estadísticas y filosóficas, por intermedio de las cuales se tasan las hipótesis y teorías científicas (Messick, 1995).

En este sentido, el pensamiento eficaz se refiere a la suficiencia, significado y propósito de inferencias específicas hechas con los resultados de las pruebas. La prueba es un método de almacenar datos que respalden tales inferencias. Se puede obtener una variedad de pruebas a partir de los puntajes generados por un instrumento determinado y hay muchas formas de recopilar evidencia para respaldar un razonamiento específico. Sin embargo, la eficacia es un proceso unificado. Aunque las pruebas se pueden recopilar de muchas formas, la validez siempre apunta al grado en que la prueba sostiene inferencias derivadas de las puntuaciones (APA, AERA, NCME, 1985, citado en Gómez & Hidalgo, 2009, p. 5).

### **3.2.4.1. Validez**

#### **Validez de Contenido (evidencia del contenido):**

La validez del contenido consiste en especificar la conveniencia de tomar muestras de reactivos de la gama de posibles reactivos. En este sentido, es una "medida de adecuación de la muestra" referido a que la validez consiste en una serie de estimaciones u opiniones que no generan indicadores de validez cuantitativa (no se utilizan procedimientos estadísticos para obtenerlos). Esta validez está relacionada, principalmente, con las pruebas de rendimiento (matemáticas, historia, etc.), aunque no hay razón para dejar de utilizar otro tipo de pruebas psicológicas (habilidad, habilidades, etc.).

Con la finalidad de lograr su determinación se contrasta sistemáticamente los reactivos del test con el dominio conductual del contenido postulado, buscando el grado en el que los reactivos o ítems de un test son característicos del universo del constructo que se desea medir. Para ello es indispensable estudiar minuciosamente la teoría y estudios previos. La validez de contenido es estimada necesaria, sin embargo, insuficiente para que un test se considere aceptable (Kane, 2006).

#### **Validez Predictiva (evidencia externa)**

La validez predictiva de un test hace mención al grado de eficacia con el que los puntajes de un dispositivo de medida pueden vaticinar una variable de interés. Con este tipo de validez se examina, fundamentalmente, estudios de selección de personal cuando se procura predecir la eficacia en el trabajo (Muñiz, 1996).

En el desarrollo de estas condiciones, cuanto más elevada es la precisión que nos permite predecir el resultado (criterio externo), más valiosa será la prueba. Durante la prueba de verificación se suele utilizar el coeficiente de correlación entre la puntuación y el estándar, para demostrar la validez predictiva de la prueba (Muñiz, 1996).

### **Validez de Constructo**

El constructo viene a ser un pensamiento basado en hipotéticos que conforman las teorías que procuran esclarecer el comportamiento humano y sus diversos campos como: inteligencia, creatividad, dependencia de campo, etc. Es la obtención de evidencias que sirven para apoyar el comportamiento contemplado en un test. Los indicadores de constructo son, principalmente, los del método científico.

La validez de constructo es, posiblemente, la más significativa entre todos los tipos de validez, especialmente desde el punto de vista científico, dado que este se define como el grado en el que un test o instrumento refiere y mide un concepto teórico (Grinnell et al., 2009).

El proceso de verificación de la construcción implica el establecimiento de inferencias teóricas:

- Supuestos de construcción, lista de supuestos y relaciones entre la estructura y otras estructuras de la teoría, así como otras estructuras externas.
- Seleccionar ítems o pruebas (indicadores) que representen el desempeño específico de la estructura.

- Recolección de datos.
- Determinar la coherencia entre los datos y la hipótesis y comprobar en qué medida los datos pueden explicarse mediante hipótesis alternativas (Cronbach, 1972; Kline, 1985).

### **3.2.4.2. Confiabilidad**

A menos que sea una medida consistente o confiable, ninguna medida psicométrica puede considerarse valiosa. Por lo tanto, una de las primeras cosas a determinar para la investigación recién realizada es si resulta lo suficientemente transparente y confiable para poder calcular su propósito de diseño. Si los puntajes de las pruebas cambian con el tiempo y el entorno, es posible que la prueba no sea lo suficientemente transparente al ser utilizada para identificar y evaluar al personal, y predecir su comportamiento o diligencia. Expresada en términos estrictos, más que como característica de la prueba, la confiabilidad es el atributo de los puntajes obtenidos al evaluar una población determinada, bajo eventos especiales y circunstancias específicas (Tovar, 2007).

### **Coefficientes de consistencia interna**

Esta técnica incluye el método de bisección de Spearman, la fórmula de Kuder-Richardson, el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente omega. Los factores de consistencia interna no reflejan errores de verificación debido a diferentes circunstancias o tiempo de aplicación.

### **3.2.4.3. Normas**

El proceso de usar herramientas psicométricas tiene dos etapas:

#### **3.2.4.3.1. Primera Fase**

Las pruebas colectivas son más fáciles que las pruebas individuales, ya que estos últimos requieren más capacitación profesional. Los cuestionarios colectivos brindan a las personas la oportunidad de estar todos en el mismo entorno de aprendizaje. Para permitir el proceso de prueba se debe:

- Leer las indicaciones antes de usar la prueba.
- Seguir las instrucciones incluidas en cada prueba.
- Tener una posición científica imparcial y no beneficiar al sujeto proporcionando información que facilite su desempeño en el desarrollo del examen.
- Evitar expresar información reveladora sobre el tema. Al aplicar la prueba, debemos ser indiferentes a los errores o éxitos de la prueba.
- Trata bien al sujeto.
- Seguir las pautas éticas para usar las pruebas.

Durante la prueba se debe:

- Considerar el entorno ambiental: Luz, ventilación, ruido, interrupción, tiempo de inicio de las preguntas registrado para cada respuesta y tiempo de finalización del examen, etc.
- Observar el estado físico y mental del sujeto.

- Proporcionar instrucciones claras y precisas. Evitar órdenes confusas.
- Tener en cuenta las preguntas formuladas por las personas en cuestión.

### **Observación durante la aplicación de los test**

La observación es una de las técnicas más ampliamente utilizada en psicología, está presente en toda la evaluación y el proceso terapéutico. Toda observación de un fenómeno o sujeto debe llevarse a cabo continua y repetidamente, ya que el resultado obtenido a partir de un corte de observación puede no ser significativo.

En todo el proceso de aplicación de las herramientas de evaluación psicológica, los inspectores deben desarrollar su capacidad para observar el comportamiento del examinado.

#### **3.2.4.3.2. Segunda Fase**

##### **Calificación del test**

La calificación de la herramienta de evaluación psicológica utilizada es el segundo paso del proceso de evaluación psicológica. Esta etapa requiere cuidados y habilidades. De los resultados de la evaluación obtenidos de la prueba, se puede decir que las hipótesis desarrolladas como punto de referencia para el trabajo de diagnóstico son el destino final de la identificación, es decir, el desarrollo de estas hipótesis.

Cada prueba tiene su propio método de aplicación y su propio sistema de evaluación. En los cursos prácticos, especialmente durante la instrucción de cada prueba, se determinarán las características que cada prueba impone al evaluador. Es importante insistir en que las calificaciones deben seguir estrictamente los procedimientos de calificación.

### **3.3. Marco conceptual**

#### **3.3.1. Percepción hacia la enfermedad**

La percepción de la enfermedad es un elemento cognitivo que modifica el modo de afrontamiento hacia la enfermedad, este se halla, básicamente, en los componentes Salud mental y control emocional de la prueba SF-36. Se refiere a las aprehensiones cognitivas (identidad, las emanaciones de la enfermedad, la persistencia de esta, dominio personal y la eficiencia del método), y sentimientos de conciencia de enfermedad (emociones creadas y entendidas) (Alonso et al., 1995).

#### **3.3.2. Validez del contenido**

La validez del contenido se refiere al grado en que un instrumento calcula lo que pretende medir o que cumple con la intención para el cual fue construido. Pretende determinar si los ítems o preguntas propuestas reflejan el dominio de contenido (conocimientos, habilidades o destrezas) que se desea medir (Galicia et al., 2017).

### **3.3.3. Validez de constructo**

La validez de constructo es el grado en que el instrumento hace referencia a la variable o constructo y qué tanto mide dicho concepto teórico (Grinnell et al., 2009).

### **3.3.4. Alfa de Cronbach**

La prueba alfa de Cronbach es la estadística favorita que considera la confiabilidad de la consistencia interna y se usa como una medida de confiabilidad, en parte, porque se aplica solo una vez a un conjunto de objetos. El rango de valores típico para esta prueba es de 0 a 1, porque conceptualmente este coeficiente, como otros coeficientes de confiabilidad, se calcula para responder a la pregunta de cuán similar es el conjunto de datos. En esencia, la similitud determinada es de 0 (absolutamente no similar) a 1 (exactamente igual). Se debe considerar que cuando el valor del coeficiente alfa es demasiado alto (mayor a .90), puede deberse a un exceso de ítems, estímulos o problemas (Cohen & Swerdlik, 2006).

### **3.3.5. Omega de McDonald**

La prueba Omega de McDonald es considerada como una alternativa al Alfa de Cronbach, utilizada para el cálculo de confiabilidad. A diferencia del coeficiente de alfa, el Omega trabaja con las cargas factoriales que son la suma ponderada de las variables estandarizadas, transformación que hace más estable los cálculos y refleja el verdadero nivel de fiabilidad, no depende del número de ítems y es considerado una adecuada medida de la confiabilidad si no se cumple el principio de tal equivalencia, el cual puede incumplirse si los

coeficientes de los ítems que conforman una matriz de solución factorial presentan valores muy diferentes (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017).

### **3.3.6. Criterio de expertos**

La validación de un instrumento por Criterio de expertos es una estrategia que permite que el instrumento sea revisado por profesionales calificados, los cuales cuentan con trayectoria en la temática abordada, además, gozan de reconocimiento como especialistas facultados para brindar información, certidumbre, juicios y evaluaciones referentes a lo que se está planteando (Galicia et al., 2017).

### **3.3.7. Análisis Factorial**

El Análisis Factorial es un modelo estadístico que expresa las relaciones entre un conjunto de variables. Propone que estas relaciones pueden explicarse a partir de una serie de variables no observables (latentes) denominadas factores, siendo el número de factores substancialmente menor que el de variables. El modelo se obtiene directamente como extensión de algunas de las ideas básicas de los modelos de regresión lineal y de correlación parcial. Del primer modelo se derivan las ecuaciones fundamentales del AF. Del segundo se derivan las ideas claves para evaluar el ajuste del modelo a los datos (Ferrando & Anguiano, 2010).

### **3.3.8. Baremos**

Un baremo es una escala de puntuaciones logradas con un instrumento de medida que faculta su interpretación, a través de la atribución a cada una de

ellas de un determinado valor. Para interpretar las calificaciones se debe tener en cuenta: el suelo y el techo de las puntuaciones posibles, la regla de medida, el propio contenido del citado instrumento y a quienes va destinado el instrumento (Daza, 2015).

# **CAPITULO IV**

## **RESULTADOS**

#### 4.1. Validez

**Tabla 3**

*Validez de contenido del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, según criterio de expertos*

Ítem	Expertos	N° de acuerdos	IA	V	Interpretación
Ítem 1	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 2	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 3	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 4	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 5	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 6	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 7	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 8	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 9	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 10	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 11	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 12	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 13	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 14	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 15	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 16	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 17	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 18	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 19	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 20	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 21	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 22	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 23	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 24	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 25	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 26	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 27	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 28	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 29	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 30	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 31	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 32	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 33	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 34	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 35	5	5	100%	1.00	Válido
Ítem 36	5	5	100%	1.00	Válido

Nota: V de Aiken: Validez para 5 jueces: 1.00= válido; 1.00>Inválido

Descripción: Tras la validación por expertos y la contrastación con el estadístico V de Aiken, se obtuvo que los 36 ítems son válidos con un índice de acierto del 100% y V=1.00.

**Tabla 4**

*Índices de bondad de ajuste del modelo de Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019*

<b>Índices de ajuste del modelo</b>	<b>Valor</b>
Índices de ajuste globales o absolutos	
CMIN/gl	7.57
RMR	13.4
AGFI	,92
Índices de ajuste comparativos	
NFI	,91
RFI	,90
Índices de ajuste de parsimonia	
PRATIO	,89
PNFI	,81

Las derivaciones del manejo del análisis factorial confirmatorio en la contrastación de la hipótesis relativa a la corroboración de la estructura multidimensional del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, usando el plan de los mínimos cuadrados no ponderados, presentados en la tabla 4, evidencian que los índices de ajuste absoluto: CMIN/gl, igual a 7.57, mayor a 4, valor máximo para señalar un buen ajuste del modelo; el error cuadrático medio (RMR) igual a 13.4, mayor al valor referente de .08; índice de bondad de ajuste ajustado AGFI igual a .92, índice NFI con un valor de .91, índice de bondad de ajuste relativo con un valor de .90, valores mayores a .90, indicador de buen ajuste; Por otro lado el índice de ajuste parsimonioso sin ajustar de .89, y el ajustado de .81, con valías que indican buen ajuste del modelo.

**Tabla 5**

*Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.*

Ítem	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
Item03_a	0,68							
Item03_b	0,77							
Item03_c	0,58							
Item03_d	0,85							
Item03_e	0,73							
Item03_f	0,70							
Item03_g	0,80							
Item03_h	0,76							
Item03_i	0,57							
Item03_j	0,39							
Item04_a		0,93						
Item04_b		0,95						
Item04_c		0,90						
Item04_d		0,99						
Item07			0,63					
Item08			0,87					
Item01				0,61				
Item11_a				0,69				
Item11_b				0,52				
Item11_c				0,36				
Item11_d				0,38				
Item09_a					0,75			
Item09_e					0,70			
Item09_g					0,61			
Item09_i					0,43			
Item06						0,72		
Item10						0,74		
Item05_a							0,95	
Item05_b							0,92	
Item05_c							0,84	
Item09_b								0,60
Item09_c								0,71
Item09_d								0,67
Item09_f								0,66
Item09_h								0,56

Las cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, presentadas en la tabla 5, obtenidas a partir del análisis factorial confirmatorio, evidencian que treinta y tres de los ítems muestran valores entre .52 y .99 mayores al valor mínimo aceptable de .40; mientras que los ítems: 03j, 11c y 11d, muestran cargas factoriales inferiores a .40; sin embargo, son mayores a .30 valor considerado como mínimo referente por algunos autores.

**Tabla 6***Validez del instrumento: Cuestionario de Salud SF-36*

<b>Nº de ítem</b>	<b>Correlación Ítem-test</b>	<b>Validez</b>
Ítem 1	.216*	Válido
Ítem 2	.471**	Válido
Ítem 3	.217*	Válido
Ítem 4	.212*	Válido
Ítem 5	.334**	Válido
Ítem 6	.528**	Válido
Ítem 7	.506**	Válido
Ítem 8	.701**	Válido
Ítem 9	.510**	Válido
Ítem 10	.422**	Válido
Ítem 11	.215*	Válido
Ítem 12	.217*	Válido
Ítem 13	.717**	Válido
Ítem 14	.764**	Válido
Ítem 15	.780**	Válido
Ítem 16	.665**	Válido
Ítem 17	.721**	Válido
Ítem 18	.706**	Válido
Ítem 19	.361**	Válido
Ítem 20	.213*	Válido
Ítem 21	.219*	Válido
Ítem 22	.221*	Válido
Ítem 23	.216*	Válido
Ítem 24	.590**	Válido
Ítem 25	.406**	Válido
Ítem 26	.252*	Válido
Ítem 27	.265**	Válido
Ítem 28	.234*	Válido
Ítem 29	.694**	Válido
Ítem 30	.400**	Válido
Ítem 31	.259**	Válido
Ítem 32	.340**	Válido
Ítem 33	.250*	Válido
Ítem 34	.249*	Válido
Ítem 35	.236*	Válido
Ítem 36	.284**	Válido

\*\* p&lt;.01

En afinidad a la correlación Ítem-Test por la fórmula de Sperman, se valora que los 36 ítems son válidos y guardan relación entre ellos, con un valor mínimo de .212 y máximo de .780.

## 4.2. Confiabilidad

**Tabla 7**

*Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, según alfa de Cronbach*

Alfa de Cronbach	N° de elementos
.786	36

Tras el análisis de confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach, se delimitó un cociente de .786 que simboliza que la prueba tiene confiabilidad aceptable.

**Tabla 8**

*Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, según coeficiente omega de Mc Donald*

	□	N° ítems	IC al 95% <sup>(a)</sup>	
			LI	LS
Salud	.97	36	.970	.976
Función Física	.90	10	.889	.911
Rol Físico	.97	4	.966	.973
Dolor Corporal	.73	2	.684	.764
Salud General	.65	5	.602	.685
Vitalidad	.72	4	.687	.754
Función Social	.70	2	.650	.740
Rol Emocional	.93	3	.920	.940
Salud Mental	.78	5	.750	.800

*Nota:* □: Coeficiente de confiabilidad omega; (a): Intervalo de estimación del coeficiente omega

Como se aprecia en la tabla 8, los coeficientes de confiabilidad omega en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, estimados de manera puntual y por intervalo del 95% de confianza según el cual, a nivel ecuménico en el cuestionario y en las dimensiones: Función Física, Rol físico y Rol emocional los índices de confiabilidad son mayores a .90; en las dimensiones: Dolor Corporal, Vitalidad, Función social y Salud Mental, la confiabilidad es catalogada como respetable, con coeficientes cuyos valores oscilan entre .70 y .78; y finalmente la dimensión Salud general reveló un coeficiente con valor de .65 calificada como confiabilidad aceptable.

### 4.3. Normas y puntos de corte

**Tabla 9**

*Normas en percentiles del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019*

Pc	Total	Dimensiones								Pc
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	
99	145	30	20	10	24	22	15	15	28	99
98	139	30	20	10	24	22	15	15	28	98
97	139	30	20	10	23	20	15	15	28	97
95	135	30	20	10	22	20	15	15	27	95
90	128	30	17	10	21	19	13	12	25	90
85	125	28	16	9	20	18	13	12	25	85
80	118	28	15	9	20	17	13	10	24	80
75	115	27	14	8	19	16	12	9	23	75
70	110	26	10	8	18	16	12	7	22	70
65	109	25	8	8	17	15	11	6	20	65
60	107	24	7	7	16	14	11	6	20	60
55	104	23	6	7	15	14	10	6	19	55
50	102	22	5	7	15	13	10	6	18	50
45	99	21	5	6	14	13	10	5	17	45
40	97	19	5	6	14	12	10	5	17	40
35	94	18	5	6	14	12	9	4	17	35
30	90	18	5	6	14	12	9	4	15	30
25	85	17	4	5	13	11	8	3	15	25
20	82	17	4	5	12	10	8	3	14	20
15	77	15	4	4	10	9	7	3	14	15
10	71	13	4	3	9	8	7	3	13	10
5	66	12	4	3	8	7	6	3	11	5
3	62	10	4	3	7	7	6	3	10	3
2	60	10	4	2	6	7	5	3	10	2
1	53	10	4	2	6	6	4	3	9	1
N	263	263	263	263	263	263	263	263	263	N
Media	100,9	21,6	8,4	6,7	15,2	13,5	10,2	6,6	18,6	Media
Mediana	102,0	22,0	5,0	7,0	15,0	13,0	10,0	6,0	18,0	Mediana
Moda	109,0	18,0	4,0	7,0	13,0	12,0	10,0	3,0	17,0	Moda
DE	20,9	5,8	5,5	2,2	4,4	3,9	2,5	3,5	4,8	DE
Min.	49	10	4	2	5	5	3	3	9	Min.
Max.	145	30	20	11	25	24	15	15	28	Max.

En la tabla 9, se muestran las normas en percentiles del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, observando que el paciente que alcanzó 118 en el Cuestionario de Salud SF-36 supera al 80.0% de los integrantes de la muestra; En cuanto los estadísticos descriptivos mostrados al final de la tabla, se advierte una puntuación promedio en Salud, de 100.9, con una variabilidad promedio respecto a la media de 20.9 puntos, la puntuación mínima fue de 49 puntos y la puntuación máxima de 145 puntos.

**Tabla 10**

*Puntos de corte del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.*

<b>Nivel</b>	<b>Puntuación directa</b>	<b>Puntuación en percentiles</b>
<b>Salud</b>		
Bajo	< 90	1 -25
Medio	90 - 117	26 - 75
Alto	> 117	76 - 99
<b>Función Física</b>		
Bajo	< 18	1 -25
Medio	18 - 27	26 - 75
Alto	> 27	76 - 99
<b>Rol Físico</b>		
Bajo	< 5	1 -25
Medio	5 - 14	26 - 75
Alto	> 14	76 - 99
<b>Dolor Corporal</b>		
Bajo	< 6	1 -25
Medio	6 - 8	26 - 75
Alto	> 8	76 - 99
<b>Salud General</b>		
Bajo	< 14	1 -25
Medio	14 - 19	26 - 75
Alto	> 19	76 - 99
<b>Vitalidad</b>		
Bajo	< 12	1 -25
Medio	12 - 16	26 - 75
Alto	> 16	76 - 99
<b>Función Social</b>		
Bajo	< 9	1 -25
Medio	9 - 12	26 - 75
Alto	> 12	76 - 99
<b>Rol Emocional</b>		
Bajo	< 4	1 -25
Medio	4 - 9	26 - 75
Alto	> 9	76 - 99
<b>Salud Mental</b>		
Bajo	< 15	1 -25
Medio	15 - 23	26 - 75
Alto	> 23	76 - 99

En la tabla 10, se muestran los Puntos de corte del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, los mismos que se calcularon con base a la escala en percentiles, con el propósito de establecer los rangos de clasificación respecto a la Salud en los niveles bajo, medio y alto, en los referidos pacientes.

**CAPITULO V**  
**DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En la actualidad, las enfermedades crónicas, debido a su larga duración, pueden afectar numerosas esferas de la vida, por lo tanto, la calidad de vida de los seres humanos. Dado que la citada variable resulta de vital importancia para el ámbito de salud, es necesario validar un instrumento que nos permita contar con resultados precisos y confiables sobre la percepción de los pacientes con enfermedades crónicas acerca de su propia salud (Ardila, 2018).

La investigación presente fue creada con la finalidad de establecer las cualidades psicométricas del cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.

El primer paso fue adaptar los ítems del cuestionario en cuestión, para lo cual se cambiaron algunas palabras que sean redundantes, ambiguas o no sean de fácil comprensión en el contexto trujillano. Esto llevó al cumplimiento del primer objetivo específico, demostrar la validez de contenido por criterio de jueces, pues existía la necesidad de una revisión del instrumento por expertos en el área de salud y construcción de pruebas psicométricas que revisaran los ítems en cuestión. Según Galicia et al. (2017), existen ciertos criterios a considerar para la obtención de la validez por criterio de jueces, para ello se contó con 5 expertos en el campo, que cuentan con la experiencia requerida para expresar juicios y observaciones pertinentes a los fines de la investigación. Se puede observar en la Tabla 3, que éstos tuvieron un acuerdo al 100% de aceptar los 36 ítems, obteniéndose una V de Aiken = 1, valor mayor al .70 requerido como mínimo para la aceptación de los elementos. Con esto se determinó que el Cuestionario SF-36 es válido según su contenido para la aplicación en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo, siendo sus ítems pertinentes, relevantes y claros.

Estos resultados son similares a los de Trujillo et al. (2014), quienes hallaron esta validez mediante el juicio de 9 expertos, hallando un acuerdo superior al 70% para todos los ítems.

Continuando el proceso de investigación, se aplicó el instrumento a una muestra de 263 pacientes y, obtenidos los resultados, se procedió al cumplimiento del segundo objetivo específico: Analizar los ítems mediante el modelo de análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019. Se determinó el uso del análisis factorial confirmatorio pues es el más recomendable en el estudio de variables de gran dimensión, así como para estudios en los que ya existen dimensiones planteadas anteriormente, las cuales deben ser confirmadas (Pilatti et al., 2012). Al respecto, como se observa en la Tabla 4, se encontraron que los índices de bondad de ajuste, que incluyen índices de ajuste absolutos, comparativos y de parsimonia, indican, en su mayoría, un buen ajuste del modelo según lo postulado por Worthington & Whittaker (2006) y Pérez et al. (2013), con excepción del CMIN/gI, cuyo valor adecuado debe de ser  $<4$  y en este caso es mayor.

Respecto de otras investigaciones realizadas, Aguilar (2017), quien también estudió las propiedades psicométricas del instrumento en una población similar a la del presente estudio, encontró que el mismo valor, CMIN/gI, era mayor a 4 al aplicar el instrumento en pacientes con enfermedades crónicas.

Por lo antes mencionado, se valúa que los valores obtenidos no acogen todos los índices parametrados, lo cual podría ser indicador de que el

instrumento no se adecuaba correctamente a la masa estudiada, pero esto puede deberse a la misma esencia de las enfermedades crónicas, pues estas afectan a la persona dependiendo de la enfermedad misma, así como la influencia de otros factores como pueden ser la edad o el tiempo de duración de la enfermedad. Bail (2016) refiere que la enfermedad pasa a formar parte de la vida de un individuo y esta afectará en diferente grado el desarrollo de la misma, así como el efecto que esta pueda tener dependerá de diversos ingredientes como: la edad, inicio de la enfermedad, ciclo vital, responsabilidades del individuo.

Es por eso que Schwartzmann (2003) menciona que la calidad de vida del paciente, no es la deducción solamente de la enfermedad crónica que padezca, sino además de la personalidad del paciente, en qué medida la enfermedad afecta su vida, el soporte del grupo de apoyo más cercano y la etapa de vida en la que ésta suceda.

En cuanto al tercer objetivo específico, identificar las cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, este se cumplió a partir de análisis factorial confirmatorio, que permitió obtener las cargas factoriales, como se puede observar en la Tabla 5. Éstas cargas evidencian que treinta y tres ítems muestran valores entre .52 y .99, mayores al valor .40 planteado por Worthington & Whittaker (2006), mientras que los ítems 03j, 11c y 11d, muestran cargas factoriales inferiores a .40 pero son mayores a .30, valor considerado como mínimo aceptable para Elosua & Bully (2013). Además, en la misma Tabla 5 se aprecia el agrupamiento en 8 dimensiones, las cuales

coinciden con las encontradas por los autores originales de la prueba y que se encuentran en la adaptación de Vilagut et al. (2008).

Los resultados acerca de los 8 factores son corroborados por los hallazgos de Rodríguez et al. (2009), Salazar & Bernabé (2012) y Aguilar (2017) los cuales encontraron 8 grupos de ítems que descifran la varianza absoluta de sus datos, con valores estadísticamente significativos. Estos resultados confirman que la teoría que sustenta la existencia de estas 8 dimensiones y el Cuestionario de salud SF-36 guardan estrecha relación, y que este instrumento mide las dimensiones de esta variable de manera adecuada.

En referencia al cuarto objetivo específico, comprobar la validez de constructo mediante el método de correlación ítem-test del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, se puede observar en la Tabla 6 que según los valores de correlación ítem-test de Spearman, los 36 ítems son válidos, con un mínimo de .212 y máximo de .780.

Sobre estos datos, se puede observar que son muy similares a los encontrados por Aguilar (2017), quien encontró valores que oscilaban entre .214 a .648; mientras que son menores a los hallados por Trujillo et al. (2014), quienes obtuvieron un promedio de correlación ítem test de .8, siendo todos superiores a .7.

Esto podría considerarse un indicativo de que, efectivamente, la población de estudio influye en los resultados encontrados, puesto que Aguilar (2017) también aplicó el instrumento en pacientes con enfermedades crónicas del contexto peruano encontrando resultados similares, mientras Trujillo et al.

(2014) la realizó en trabajadores cubanos. Aun así, a pesar de las diferencias con este último estudio, se ha comprobado que los ítems sí guardan relación entre ellos y con el instrumento en cuestión.

En cuanto al quinto objetivo, obtener la confiabilidad por consistencia interna del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019. Este se logró al realizar el análisis de confiabilidad con dos coeficientes, el primero siendo el alfa de Cronbach que, como se puede observar en la Tabla 7, arrojó un cociente de .786 que simboliza que la prueba, en su escala general, tiene confiabilidad aceptable (Cohen & Swerdlik, 2006); y el segundo siendo el coeficiente omega (Tabla 8), estimado de manera puntual y por intervalo del 95% de confianza, cuyos valores, a nivel general en el cuestionario y en las dimensiones fueron: Función Física, Rol físico y Rol emocional los índices de confiabilidad son mayores a .90; en las dimensiones: Dolor Corporal, Vitalidad, Función social y Salud Mental, la confiabilidad es registrada como respetable con coeficientes cuyos valores oscilan entre .70 y .78; y finalmente la escala general, identificada como Salud general, mostró un coeficiente con valor de .65, calificada como confiabilidad aceptable (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017).

Los valores agenciados en lo referente a la confiabilidad son similares a los recogidos por diversas investigaciones como la de Salazar y Bernabé (2012), Aguilar (2017), Araya et al. (2017), quienes obtuvieron valores similares en la escala general y los ítems. Se puede observar una ligera diferencia respecto de los resultados encontrados por Trujillo et al. (2014), quien halló que la confiabilidad según alfa de Cronbach de la escala general y sus dimensiones era cercana a 0.90, valor que, en la escala general, es superior al hallado en

esta investigación. Sin embargo, esta puntuación puede deberse a que la muestra de estudio consistía en trabajadores, no en pacientes con enfermedades.

Quero (2010) define la confiabilidad como la consistencia con la que un instrumento valúa lo que dice medir, además de presentar una deserción relativa de fallos de medición, por lo que estos datos y los de investigaciones anteriores indican que, si el instrumento fuera aplicado a las mismas personas una segunda vez, se obtendrían respuestas similares en cada ítem y resultados parecidos de manera general.

Finalmente, se cumplió el sexto objetivo específico, establecer los valores percentilares y puntos de corte del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, al construirse las reglas percentilares y puntos de corte del Cuestionario de Salud SF-36, los cuales se pueden encontrar en la tabla 9 y 10 respectivamente, observándose que tanto los percentiles, cuyos valores van de 1 a 99, como los puntos de corte, que categorizan los niveles bajo, medio y alto, se dieron de manera general, siendo esto debido a que no se encontró diferencia significativa según sexo, edad o enfermedad crónica padecida, información obtenida mediante el uso de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

En lo que respecta a otras investigaciones psicométricas, no se encontraron baremos en las adaptaciones de Salazar & Bernabé (2012), Trujillo et al. (2014), Aguilar (2017), Araya et al. (2017), por lo que estos no pueden ser contrastados.

Este apartado, especialmente teniendo en cuenta que otras adaptaciones revisadas no cuentan con baremos adaptados, es considerado por los autores como el aporte fundamental de la presente investigación, debido a que estas normas no están disponibles para pacientes crónicos de la ciudad de Trujillo, ni siquiera pudiéndose utilizar baremos de otros estudios realizados en Perú, pues no se encuentran en las investigaciones publicadas.

# **CAPÍTULO VI**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1. Conclusiones

- El Cuestionario de salud SF-36 demuestra tener validez y confiabilidad suficiente para ser utilizada para la medición de la variable de estudio
- La validez de contenido por criterio de jueces arroja un consenso del 100% aceptación de los 36 ítems, obteniéndose una V de Aiken = 1, valor mayor al .70 mínimo requerido para su aceptación; determinando que el Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, contiene ítems pertinentes, relevantes y claros.
- La validez de contenido a través del análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, evidencia un buen ajuste del modelo.
- Se determinó que todas las cargas factoriales son mayores a .30 considerado como el valor mínimo aceptable, y se confirmó la existencia de 8 dimensiones.
- Respecto a la validez de constructo a través del coeficiente de correlación ítem-test corregido, correspondiente al Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, se encontraron valores aceptables para todos los ítems, confirmándose la relación entre ellos y la escala general.
- El coeficiente de confiabilidad, tanto por alfa de Cronbach como por Omega, del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con

enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, evidencia a un nivel aceptable para la escala general y las 8 dimensiones.

- Se establecieron las normas percentilares a nivel general y de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, con percentiles del 1 al 99 sin diferencias por sexo, edad ni enfermedad crónica padecida.
- Se elaboraron los puntos de corte a nivel general y por dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, siendo los niveles bajo, medio y alto, sin diferencias por sexo, edad ni enfermedad crónica padecida.

## 6.2. Recomendaciones

- Se recomienda la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, para la medición de la variable en estudios cuantitativos y mixtos, tomando como base los valores de validez y confiabilidad hallados y las normas adaptadas para esta población.
- Se recomienda el uso del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019 en otros tipos de investigaciones, de manera que se pueda hallar variables asociadas con el nivel de salud de esta población, tanto para ampliar el conocimiento existente sobre este grupo como para la realización de intervenciones más adecuadas.
- Respecto a la validez de constructo, es recomendable utilizar el modelo multidimensional del Cuestionario de Salud SF-36 en poblaciones similares, debido a que ha confirmado su ajuste. Asimismo, la utilización de la validez criterial, interna y externa con el fin de extender los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Respecto a la confiabilidad, es recomendable que en futuras investigaciones se incluya el modelo Test-retest para mostrar la estabilidad del instrumento a través del tiempo.
- Es aconsejable que, para los próximos estudios psicométricos del instrumento, se amplíe la población a estudiar utilizando todo tipo de pacientes, no solo los que presentan enfermedades crónicas, con el fin de generalizar aún más los resultados y mejorar la estandarización de las normas y puntos de corte obtenidos en el presente estudio.

# **CAPITULO VII**

## **REFERENCIAS Y ANEXOS**

## 7.1. Referencias

- Aguilar, T. (2017). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud SF– 36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/10281>
- Alonso, J., Prieto, L., & Anto, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-6.
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. Trillas.
- Araya, N., Barrantes, K., Fernández, M., Rodríguez, M., & García, J. (27 de abril de 2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica. *INTER SEDES*, 18(38), 1-10. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/666/66655467005/html/index.html>
- Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Biomédica*, 38 (suplemento 1, Enfermedades crónicas). <https://doi.org/10.7705/biomedica.4525>
- Bail, V. (2016). *Cuidando a quienes cuidan. Guía práctica para familiares cuidadores de enfermos crónicos*. OSIM.
- Beléndez, M., Bermejo, R. & García, D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-324.
- Beneit, P. & Latorre, J. (1994). Representación mental de la enfermedad. En J.M. Latorre y P.J. Beneit (Eds.). *Psicología de la salud* (pp. 215-224). Lumen.
- Botero, E. & Pico, M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la*

*Promoción de la Salud*, 11-27. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>

Caballero-Sánchez, M., Morales-Pérez, L. & Castro-Juárez, C. (2018). La Salud/Enfermedad, ¿Un Proceso Global? *Revista Salud y Administración*, 5(13), 41-46.  
<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/6>

Cabrera, G., Tascón J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.

Cáceres-Manrique, F., Parra-Prada, L. & Pico-Espinosa, O. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 147-154.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.43391>

Calderón, C., Carrete, L. & Vera, J. (2018). Validación de una escala de creencias de salud sobre diabetes tipo 1 para el contexto mexicano: HBM-T1DM. *Salud Pública de México*, 60(2), 175-183.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n2/0036-3634-spm-60-02-175.pdf>

Cohen, R. & Swerdlik, M. (2006). *Pruebas y Evaluación Psicológicas. Introducción a las Pruebas y a la Medición*. McGraw Hill.

Cronbach, L. (1972). *Fundamentos de la exploración psicológica*. Biblioteca Nueva.

Cuba, M. & Campuzano, J. (2017). Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Revista Médica Herediana*, 28(2), 116-121.  
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v28i2.3115>

- Daniels, N. (1998). *Parámetros de Justicia y Monitoreo de la Equidad: Apoyo a un Programa de la OMS*. Universidad Javeriana. Programa de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social.
- Daza, M. (2015). *Estadística aplicada a la educación*. UNED, Madrid-sur. [https://www.cartagena99.com/recursos/alumnos/apuntes/Estadistica%20Educacion%20Social\\_T10\\_pp%20\(1\).pdf](https://www.cartagena99.com/recursos/alumnos/apuntes/Estadistica%20Educacion%20Social_T10_pp%20(1).pdf)
- Elosua, P., & Bully, P. (2013). *Prácticas de Psicometría. Manual de Procedimiento*. Universidad del País Vasco.
- Ferrando, P. & Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1),18-33. ISSN: 0214-7823.
- Franco, S. (1993). *Proceso vital humano - Proceso salud/enfermedad. Una nueva perspectiva. Ética, Universidad y Salud. Memorias del Seminario: Marco conceptual para la formación del profesional en salud*. Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud.
- Galicia, L., Balderrama, J. & Edel, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura*, 9(2), 42-53. <http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>
- Gómez, J. & Hidalgo, M. (2009). *La validez en los tests, escalas y cuestionarios*. Universidad de Antioquía.
- Grinnell, R., Williams, M. & Unrau, Y. (2009). *Research Methods for BSW Students*. Pair Bond Publications.
- Guilford, J. (1946). New standards for tests evaluation. *Educational and Psychological Measurement*, 6, 427-439.

- Gutiérrez, H. (2016). *Estrategias de muestreo, diseño de encuestas y estimación de parámetros*. Ediciones de la U. <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2020/01/Estrategias-de-muestreo-diseno-Andres-Gutierrez-Rojas.pdf>
- Kane, M. (2006). Content-related validity evidence in test development. En S. M. Downing y T. M. Haladyna (Ed.), *Handbook of test development* (pp. 131-153). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kirscht, J. (1988). The health belief model and predictions of health actions. En DS Gochman (Ed.), *Health behavior: emerging research perspectives*. Plenum Publishing Corporation (pp. 27-41).
- Kornblit, A., & Mendes, A. (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Editorial Aique
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., et al. (1997). Illness representations: Theoretical Foundations. En K.J. Petrie y J. Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). Lawrence Erlbaum.
- Llacuna, J. & Guardia, J. (2015). Dimensión cuerpo-mente. De Spinoza a Damasio. Imágenes, signos, emociones y sentimientos en el lenguaje. *Anuario de Psicología*, 45(1), 7-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5075552>

- Málaga, G. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 1-2.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342014000100001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342014000100001)
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. Manual Moderno.
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *APA PsycNET Direct*, 50(9), 741-749.  
<https://psycnet.apa.org/buy/1996-10004-001>
- Moreno, E. & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.  
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Moreno, L., Barbero, G., Castellani, P., Del Mármol, F., Figueprón, K., Roo, J., Lacquaniti, N. & Boalchuk, I. (2015). Estrategia para la atención de pacientes crónicos pediátricos en un Hospital de Alta Complejidad. *Alta complejidad en red, Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner*, 2(1), 1-8.  
<https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/267?show=full>
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Universitas.

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2006). *Constitution of the World Health Organization*. WHO.

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0*. Servicio Nacional de Rehabilitación. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500>

Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. & León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 47(2),141-149. [https://www.researchgate.net/publication/28182603\\_Modelos\\_de\\_creencias\\_de\\_salud\\_y\\_de\\_la\\_accion\\_razonada\\_aplicados\\_al\\_caso\\_del\\_SIDA](https://www.researchgate.net/publication/28182603_Modelos_de_creencias_de_salud_y_de_la_accion_razonada_aplicados_al_caso_del_SIDA)

Pain, D., Miglioretti, M. & Angelino, E. (2006). Development of Italian version of brief-IPQ (Illness perception questionnaire, short version), a method for assessing the illness representations. *Psicologia della Salute*, (1), 81-89. [https://www.researchgate.net/publication/325348505\\_Development\\_of\\_Italian\\_version\\_of\\_brief\\_IPQ\\_Illness\\_perception\\_questionnaire\\_short\\_version\\_a\\_method\\_for\\_assessing\\_the\\_illness\\_representations](https://www.researchgate.net/publication/325348505_Development_of_Italian_version_of_brief_IPQ_Illness_perception_questionnaire_short_version_a_method_for_assessing_the_illness_representations)

Pérez, E., Medrano, L. & Sánchez, J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66.

- Pilatti, A., Godoy, J. C., & Brussino, S. A. (2012). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de expectativas hacia el alcohol para adolescentes (CEA-A). *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 11-20. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/262>
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>
- Rodríguez, M., Merino, M., & Castro, M. (2009). Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 75-88. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100009>
- Romero, E. (2010). Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en pacientes post-infarto agudo de miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 17(2), 41-46. ISSN 0120-5633
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Ruiz, J. (2017). Desarrollo y calidad de vida. Una perspectiva crítica a partir del pensamiento de Amartya Sen. *Revista Aletheia*, 11(2), 107-126.
- Salazar, F. R., & Bernabé, E. (2015). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(15). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1010539511432879>
- Santos, G. (2017). *Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con LUPUS, Puebla* [Tesis de licenciatura. Benemérita

Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio Institucional BUAP.  
<https://www.fcfm.buap.mx/assets/docs/docencia/tesis/ma/GuadalupeSantosSanchez.pdf>

Scheaffer, R., Mendenhall, W. & Ott, R. (2007). *Elementos de muestreo* (6ta ed.). Thomson.

[https://books.google.com.pe/books?id=o50wIT7hceoC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=o50wIT7hceoC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 9(2), 09-21.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Solano, L., Moncada, J., Araya, G., & Jiménez, J. (28 de agosto de 2015). Validez factorial del Cuestionario de Salud SF-36 en jubilados universitarios costarricenses. *Rev. Costarricense de Salud Pública*, 24(1), 144-153. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n2/1409-1429-rcsp-24-02-00143.pdf>

Tovar, J. (2007). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. *Psicología: Tópicos de actualidad*, 8, 85-108.  
[http://files.biblio15.webnode.cl/200000008-ada49ae9b5/Aliaga,%20J.%20\(2006\)%3B%20Psicometría.%20Test%20psicométricos,%20confiabilidad%20y%20validez.pdf](http://files.biblio15.webnode.cl/200000008-ada49ae9b5/Aliaga,%20J.%20(2006)%3B%20Psicometría.%20Test%20psicométricos,%20confiabilidad%20y%20validez.pdf)

Trujillo, B., Román, H., Lombard, H., Remior, F., Arredondo, N., Martínez, P., Valdivieso, R. (2014,15). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1), 62-70.

<https://www.medigraphic.com/cgi->

<bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53842>

- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006)
- Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 63-78. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15, 1, 625-627. ISSN: 1692-715X.
- Vilagut, G., Ferrer, M. & Rebollo, P. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 195 -198. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105713418>
- Vilagut, G., Valderas, M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. & Alonsoab, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735. DOI: 10.1157/13121076
- Villena, J. (2019). Epidemiología de la Diabetes Mellitus en el Perú. *Diagnóstico*, 55(4), 173-181. <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/21>
- Worthington, R., & Whittaker, T. (2006). Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838.

## 7.2. Anexos

### ANEXO A1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Carta de consentimiento informado

Por medio del presente documento expreso que se me ha brindado información detallada para la participación en la investigación científica que se aplicará a ..... (población) .....

Se me ha explicado que:

- El objetivo del estudio es ..... (objetivo general de la investigación) .....
- El procedimiento consiste en ..... (explicar cómo será la participación de la población en la investigación) .....
- El tiempo de duración de mi participación es de ..... (tiempo en horas o minutos) .....
- Puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración.
- Soy libre de rehusarme a participar en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello me perjudique.
- No se develará mi identidad y se celará la información que yo conceda. Sólo será revelada la información que proporcione cuando haya riesgo o peligro para mi persona o para los demás, o en caso de mandato judicial.
- Puedo contactarme con él (la) autor(a) de la investigación ..... (nombres y apellidos del autor) ..... mediante correo electrónico o llamada telefónica para presentar mis preguntas y recibir respuestas.

Finalmente, bajo estas condiciones **ACEPTO** ser participante de la investigación.

Trujillo, ..... de .....de 2019.

(Nombre y Apellidos)

DNI N°: .....

En caso de alguna duda sobre la participación en el estudio puede llamar al teléfono..... o escribir al correo electrónico.....

## ANEXO A2: SOLICITUD DE CONSTANCIA

### Constancia de realización de investigación

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**SOLICITO: Constancia de aplicación de test.**

**Dr. César Fernández Sánchez**

Director del Hospital Regional Docente de Trujillo

Es válida la oportunidad de dirigirnos a Ud. en calidad de alumnos de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego; e identificados como: Rodríguez Urbina, Anna Estefany con DNI N° 72518929 e ID: 000088036 y Barriga García. Ricardo Jean Pierre, con DNI N° 71224344 e ID: 000131549, quienes con el debido respeto pedimos lo siguiente:

Que habiendo realizado el proyecto de investigación para el curso de Tesis I “Cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019”, tenemos la necesidad se nos expida la constancia de aplicación del “Cuestionario de Salud SF-36” a la población que albergaba y a su vez cumplieron con los criterios para nuestro estudio

Sin otro particular, es oportuno manifestar nuestros buenos deseos y parabienes profesionales y personales.

Por lo anterior expuesto:

Solicitamos se atienda nuestra solicitud, muy agradecidos de antemano.

Atentamente,



---

Anna Estefany Rodríguez Urbina

DNI: 72518929

ID: 000088036



---

Ricardo Jean Pierre Barriga García

DNI: 71224344

ID: 000131549

## ANEXO A2.1: Constancia de realización de aplicación de test



GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
DE TRUJILLO

*Juntos por la  
Prosperidad*

"Año del Bicentenario del Perú 200 Años de Independencia"

### CONSTANCIA

EL JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

#### HACE CONSTAR

Que la Srta. RODRIGUEZ URBINA ANNA ESTEFANY, alumna de la Carrera Profesional de Psicología, de la Universidad Privada Antenor Orrego, ha realizado su Test para el curso de Tesis I "CUALIDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36" a los pacientes en el Departamento de Medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo del último semestre 2019 -2.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

"NO TIENE VALIDEZ PARA ASUNTOS JUDICIALES CONTRA EL ESTADO"

Trujillo, 24 de marzo 2022



REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
M.C. César A. Fernández Sánchez  
DIRECTOR EJECUTIVO  
H.R.D.T. Hospital Regional Docente de Trujillo

CAFS/Rah  
C/c Archivo  
Folio N°02  
Sigedo: Reg.  
Exp.

**"Juntos por la Prosperidad"**

Dirección: Av. Mansúete N° 295 – Urb. Sánchez Carrión – Teléfono 231581  
Página Web: [www.hrdt.gob.pe](http://www.hrdt.gob.pe)



GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
DE TRUJILLO

*Juntos por la Prosperidad*

"Año del Bicentenario del Perú 200 Años de Independencia"

## CONSTANCIA

EL JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

### HACE CONSTAR

Que el Sr. BARRIGA GARCIA RICARDO JEAN PIERRE, alumnos de la Carrera Profesional de Psicología, de la Universidad Privada Antenor Orrego, ha realizado su Test para el curso de Tesis I "CUALIDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36" a los pacientes en el Departamento de Medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo del último semestre 2019 – 2.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

"NO TIENE VALIDEZ PARA ASUNTOS JUDICIALES CONTRA EL ESTADO"

Trujillo, 24 de marzo 2022



REGION LA LIBERTAD  
Gerencia Regional de Salud  
C. César A. Fernández Sánchez  
DIRECTOR EJECUTIVO  
HRT Hospital Regional Docente de Trujillo

CAFS/Reh  
C.c Archivo  
Folio N° 02  
Sigdo: Reg.  
Exp.

**"Juntos por la Prosperidad"**

Dirección: Av. Mansiche N° 295 – Urb. Sánchez Carrión – Teléfono 231581  
Página Web: [www.hrdt.gob.pe](http://www.hrdt.gob.pe)

## ANEXO A3: MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN ANTE JUECES

### CARTA DE PRESENTACIÓN

Dr., Mg., Lic.: .....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es grato comunicarme con usted para expresarle un cordial saludo y así mismo hacer de su conocimiento que siendo Bachilleres del Programa de Pregrado de la Escuela de Profesional de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego, se requiere validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para desarrollar la investigación cuyo título es **“Cualidades Psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019”** y es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención. He considerado conveniente recurrir a usted por su connotada experiencia en el tema.

Asimismo, se adjunta los documentos necesarios para la validación como:

1. Anexo 1 : Matriz de Operacionalización de Variables
2. Anexo 2 : Instrumento de investigación (Cuestionario)
3. Anexo 3 : Matriz de Validación de Instrumento

Expresándole mi sentimiento y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispone a la presente.

Atentamente,



Anna Estefany Rodríguez Urbina

DNI: 72518929



Ricardo Jean Pierre Barriga García

DNI: 71224344

## ANEXO B1: PROTOCOLO DE RESPUESTAS

### Cuestionario de salud y bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras, pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

*¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

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

<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 esas actividades?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita nada
a) <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como comer, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b) <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a las billas o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c) Coger o llevar la bolsa de compra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d) Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e) Subir <u>un solo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f) Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g) Caminar <u>mas de un kilómetro</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h) Caminar varias cuadras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i) Caminar unos 100 metros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j) Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) <u>¿Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) <u>¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) <u>¿Tuvo dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) <u>¿Tuvo que reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) <u>¿Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) <u>¿hizo su trabajo o sus actividades cotidianas con menos cuidado que de costumbre, por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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 u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

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
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

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

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) ¿Estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) ¿Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) ¿Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) ¿Se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

g) ¿Se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) ¿Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) ¿Se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué 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
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**Gracias por contestar a estas preguntas**

## ANEXO B2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Items	Unidad de análisis	Escala de medición
<p>La enfermedad está definida como una dolencia personal, que al mismo tiempo tiene matices tanto sociales como culturales y que cada sujeto vive según sus propias características personales y la construcción de la misma es una suma de un conocimiento sociocultural particular que se tiene hacia algún padecimiento</p>	<p>La percepción hacia la enfermedad es un conjunto de diversos factores socioculturales que pueden influir en la construcción personal hacia la ideación de lo que es una enfermedad y sus síntomas.</p>	<p>Función Física</p> <p>Rol físico</p> <p>Dolor corporal</p> <p>Salud general</p> <p>Vitalidad</p> <p>Función social</p> <p>Rol emocional</p> <p>Salud Mental</p>	<p>10</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>5</p>	<p>Analizar la Percepción hacia la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 14 años</p>	<p>Medición tipo Likert</p>

## ANEXO B3: MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR CRITERIO DE JUECES

Matriz de Validación de Instrumento

VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEMES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Pertinencia		Relevancia		Claridad		
			Si	No	Si	No	Si	No	
PERCEPCIÓN HACIA LA ENFERMEDAD	FUNCIÓN FÍSICA	1. Esfuerzos intensos, tales como comer, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	x		x		x		
		2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	x		x		x		
		3. Coger o llevar la bolsa de compra.	x		x		x		
		4. Subir varios pisos por la escalera.	x		x		x		
		5. Subir un solo piso por la escalera.	x		x		x		
		6. Agacharse o arrodillarse.	x		x		x		
		7. Caminar un kilómetro o más.	x		x		x		
		8. Caminar varios centenarios de metros.	x		x		x		
		9. Caminar unos 100 metros.	x		x		x		
		10. Bañarse o vestirse por sí mismo.	x		x		x		
	ROL FÍSICO	1. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas.	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	x		x		x		
		3. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	x		x		x		
		4. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	x		x		x		
	DOLOR CORPORAL	1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	x		x		x		
	SALUD GENERAL	1. En general, usted diría que su salud es:	x		x		x		
		2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	x		x		x		
		3. Estoy tan sano como cualquier	x		x		x		
		4. Creo que mi salud va a empeorar	x		x		x		
		5. Mi salud es excelente	x		x		x		
	VITALIDAD	1. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	x		x		x		
		2. ¿Tuvo mucha energía?	x		x		x		
		3. ¿Se sintió agotado?	x		x		x		
		4. ¿Se sintió cansado?	x		x		x		
	FUNCIÓN SOCIAL	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	x		x		x		
	ROL EMOCIONAL	1. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	x		x		x		
		3. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	x		x		x		
SALUD MENTAL	1. ¿Estuvo muy nervioso?	x		x		x			
	2. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	x		x		x			
	3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	x		x		x			
	4. ¿Se sintió desanimado y triste?	x		x		x			
	5. ¿Se sintió feliz?	x		x		x			

Apellidos y nombres del evaluador/a: **Milla Díaz Karla Lizette**

Grado académico del evaluador/a: **Magíster en Psicología educativa**

Valoración				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				x



NOMBRE: Mg. Karla Lizette Milla Díaz  
DNI: 18199312

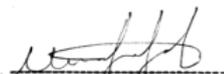
Matriz de Validación de Instrumento

VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Pertinencia		Relevancia		Claridad		
			Si	No	Si	No	Si	No	
PERCEPCIÓN HACIA LA ENFERMEDAD	FUNCIÓN FÍSICA	1. Esfuerzos intensos, tales como comer, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	x		x		x		
		2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	x		x		x		
		3. Coger o llevar la bolsa de compra.	x		x		x		
		4. Subir varios pisos por la escalera.	x		x		x		
		5. Subir un solo piso por la escalera.	x		x		x		
		6. Agacharse o arrodillarse.	x		x		x		
		7. Caminar un kilómetro o más.	x		x		x		
		8. Caminar varios centenarios de metros.	x		x		x		
		9. Caminar unos 100 metros.	x		x		x		
		10. Bañarse o vestirse por sí mismo.	x		x		x		
	ROL FÍSICO	1. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas.	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	x		x		x		
		3. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	x		x		x		
		4. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	x		x		x		
	DOLOR CORPORAL	1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	x		x		x		
	SALUD GENERAL	1. En general, usted diría que su salud es:	x		x		x		
		2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	x		x		x		
		3. Estoy tan sano como cualquier	x		x		x		
		4. Creo que mi salud va a empeorar	x		x		x		
		5. Mi salud es excelente	x		x		x		
	VITALIDAD	1. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	x		x		x		
		2. ¿Tuvo mucha energía?	x		x		x		
		3. ¿Se sintió agotado?	x		x		x		
		4. ¿Se sintió cansado?	x		x		x		
	FUNCIÓN SOCIAL	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	x		x		x		
	ROL EMOCIONAL	1. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	x		x		x		
		3. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	x		x		x		
SALUD MENTAL	1. ¿Estuvo muy nervioso?	x		x		x			
	2. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	x		x		x			
	3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	x		x		x			
	4. ¿Se sintió desanimado y triste?	x		x		x			
	5. ¿Se sintió feliz?	x		x		x			

Apellidos y nombres del evaluador/a: Jara Domínguez Meidy Milena

Grado académico del evaluador/a: Licenciada

Valoración				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				x

  
**M. Milena Jara Domínguez**  
 Psicóloga  
 C.Ps.P. 19074

NOMBRE: Lic. Meidy Milena Jara Domínguez  
 DNI/ COLEGIATURA: C.Ps.P. 19074

Matriz de Validación de Instrumento

VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Pertinencia		Relevancia		Claridad		
			Si	No	Si	No	Si	No	
PERCEPCIÓN HACIA LA ENFERMEDAD	FUNCIÓN FÍSICA	1. Esfuerzos intensos, tales como comer, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	x		x		x		
		2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	x		x		x		
		3. Coger o llevar la bolsa de compra.	x		x		x		
		4. Subir varios pisos por la escalera.	x		x		x		
		5. Subir un solo piso por la escalera.	x		x		x		
		6. Agacharse o arrodillarse.	x		x		x		
		7. Caminar un kilómetro o más.	x		x		x		
		8. Caminar varios centenarios de metros.	x		x		x		
		9. Caminar unos 100 metros.	x		x		x		
		10. Bañarse o vestirse por sí mismo.	x		x		x		
	ROL FÍSICO	1. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas.	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	x		x		x		
		3. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	x		x		x		
		4. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	x		x		x		
	DOLOR CORPORAL	1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	x		x		x		
	SALUD GENERAL	1. En general, usted diría que su salud es:	x		x		x		
		2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	x		x		x		
		3. Estoy tan sano como cualquier	x		x		x		
		4. Creo que mi salud va a empeorar	x		x		x		
		5. Mi salud es excelente	x		x		x		
	VITALIDAD	1. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	x		x		x		
		2. ¿Tuvo mucha energía?	x		x		x		
		3. ¿Se sintió agotado?	x		x		x		
		4. ¿Se sintió cansado?	x		x		x		
	FUNCIÓN SOCIAL	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	x		x		x		
	ROL EMOCIONAL	1. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	x		x		x		
		3. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	x		x		x		
SALUD MENTAL	1. ¿Estuvo muy nervioso?	x		x		x			
	2. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	x		x		x			
	3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	x		x		x			
	4. ¿Se sintió desanimado y triste?	x		x		x			
	5. ¿Se sintió feliz?	x		x		x			

Apellidos y nombres del evaluador/a: Ascoy Noriega Patricia G.

Grado académico del evaluador/a: Magister

Valoración				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				x



Mg. Patricia G. Ascoy Noriega  
Psicóloga - Psicoterapeuta

NOMBRE: Mg. Patricia G. Ascoy Noriega  
DNI: 45236487

Matriz de Validación de Instrumento

VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Pertinencia		Relevancia		Claridad		
			Si	No	Si	No	Si	No	
PERCEPCIÓN HACIA LA ENFERMEDAD	FUNCIÓN FÍSICA	1. Esfuerzos intensos, tales como comer, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	x		x		x		
		2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	x		x		x		
		3. Coger o llevar la bolsa de compra.	x		x		x		
		4. Subir varios pisos por la escalera.	x		x		x		
		5. Subir un solo piso por la escalera.	x		x		x		
		6. Agacharse o arrodillarse.	x		x		x		
		7. Caminar un kilómetro o más.	x		x		x		
		8. Caminar varios centenarios de metros.	x		x		x		
		9. Caminar unos 100 metros.	x		x		x		
		10. Bañarse o vestirse por sí mismo.	x		x		x		
	ROL FÍSICO	1. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas.	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	x		x		x		
		3. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	x		x		x		
		4. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	x		x		x		
	DOLOR CORPORAL	1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	x		x		x		
	SALUD GENERAL	1. En general, usted diría que su salud es:	x		x		x		
		2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	x		x		x		
		3. Estoy tan sano como cualquier	x		x		x		
		4. Creo que mi salud va a empeorar	x		x		x		
		5. Mi salud es excelente	x		x		x		
	VITALIDAD	1. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	x		x		x		
		2. ¿Tuvo mucha energía?	x		x		x		
		3. ¿Se sintió agotado?	x		x		x		
		4. ¿Se sintió cansado?	x		x		x		
	FUNCIÓN SOCIAL	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	x		x		x		
	ROL EMOCIONAL	1. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	x		x		x		
		3. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	x		x		x		
	SALUD MENTAL	1. ¿Estuvo muy nervioso?	x		x		x		
		2. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	x		x		x		
		3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	x		x		x		
		4. ¿Se sintió desanimado y triste?	x		x		x		
		5. ¿Se sintió feliz?	x		x		x		

Apellidos y nombres del evaluador/a: Rojas Vásquez Vanesa Janett

Grado académico del evaluador/a: Magister en intervención

Valoración				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				x



NOMBRE: Mg. Vanesa Janett Rojas Vásquez  
DNI/Colegiatura: 43594613  
C.Ps.P. 18350

Matriz de Validación de Instrumento

VARIABLE	DIMENSIÓN	ÍTEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
			Pertinencia		Relevancia		Claridad		
			Si	No	Si	No	Si	No	
PERCEPCIÓN HACIA LA ENFERMEDAD	FUNCIÓN FÍSICA	1. Esfuerzos intensos, tales como comer, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	x		x		x		
		2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	x		x		x		
		3. Coger o llevar la bolsa de compra.	x		x		x		
		4. Subir varios pisos por la escalera.	x		x		x		
		5. Subir un solo piso por la escalera.	x		x		x		
		6. Agacharse o arrodillarse.	x		x		x		
		7. Caminar un kilómetro o más.	x		x		x		
		8. Caminar varios centenarios de metros.	x		x		x		
		9. Caminar unos 100 metros.	x		x		x		
		10. Bañarse o vestirse por sí mismo.	x		x		x		
	ROL FÍSICO	1. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas.	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	x		x		x		
		3. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	x		x		x		
		4. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	x		x		x		
	DOLOR CORPORAL	1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	x		x		x		
	SALUD GENERAL	1. En general, usted diría que su salud es:	x		x		x		
		2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	x		x		x		
		3. Estoy tan sano como cualquier	x		x		x		
		4. Creo que mi salud va a empeorar	x		x		x		
		5. Mi salud es excelente	x		x		x		
	VITALIDAD	1. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	x		x		x		
		2. ¿Tuvo mucha energía?	x		x		x		
		3. ¿Se sintió agotado?	x		x		x		
		4. ¿Se sintió cansado?	x		x		x		
	FUNCIÓN SOCIAL	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	x		x		x		
		2. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	x		x		x		
	ROL EMOCIONAL	1. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	x		x		x		
		2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	x		x		x		
		3. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	x		x		x		
SALUD MENTAL	1. ¿Estuvo muy nervioso?	x		x		x			
	2. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	x		x		x			
	3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	x		x		x			
	4. ¿Se sintió desanimado y triste?	x		x		x			
	5. ¿Se sintió feliz?	x		x		x			

Apellidos y nombres del evaluador/a: Cortez Chávez Claudia Virginia

Grado académico del evaluador/a: Doctor

Valoración				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				x



NOMBRE: Dra. Claudia Virginia Cortez Chávez

## ANEXO C1: RESULTADO DE LA NORMALIDAD

**Tabla 11**

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov del instrumento: Cuestionario de Salud SF-36*

N		263
	Media	110.5900
Parámetros normales <sup>ab</sup>	Desviación estándar	13.79291
	Absoluta	.160
Máximas diferencias extremas	Positivo	.121
	Negativo	-.160
Estadístico de Prueba		.160
Sig. Asintónica (bilateral)		.005 <sup>c</sup>

La distribución de prueba es no normal.

Se calcula a partir de datos.

Corrección de significación de Lilliefors.

Interpretación: En cuanto a la prueba de Kolmogorov-Smirnov se determinó un cociente de .000 lo que significa que la prueba sigue una distribución no normal.

## ANEXO C2: DIAGRAMA PATH

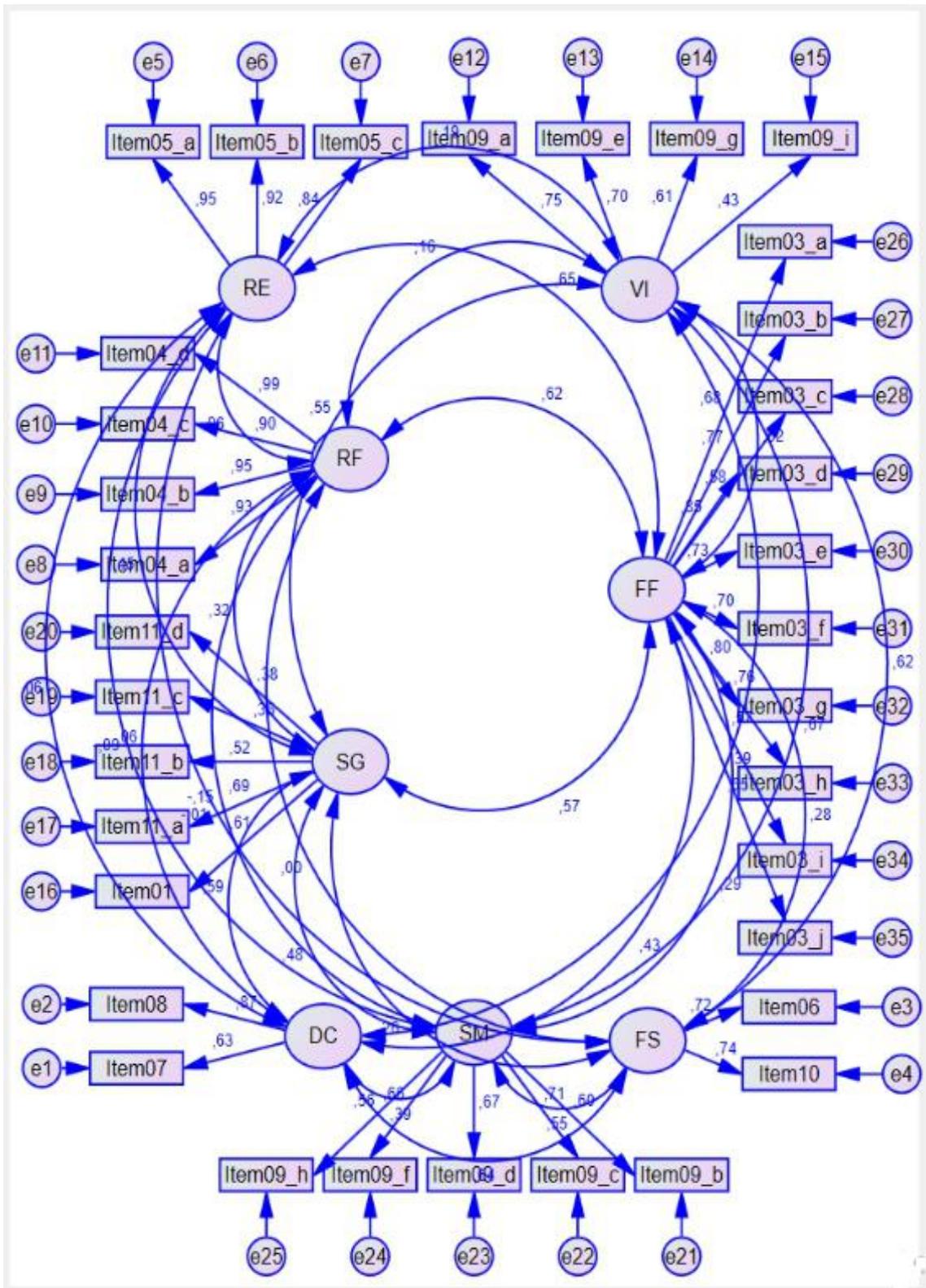


Figura 1: Diagrama path del modelo multidimensional del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019

## ANEXO D: ASIMETRÍA Y CURTOSIS

**Tabla 12**

*Coefficientes de asimetría y curtosis el Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019.*

Ítem	Media	DE	Z <sub>As</sub>	Z <sub>Cs</sub>	K <sup>2</sup>
Item03a	1,6	0,8	10,0	-4,5	121,4
Item03b	2,1	0,8	-2,5	-8,4	76,7
Item03c	2,2	0,9	-3,9	-8,4	86,2
Item03d	1,9	0,9	2,1	-9,3	90,1
Item03e	2,4	0,8	-8,9	-4,7	101,7
Item03f	2,4	0,7	-7,6	-4,3	76,9
Item03g	2,0	0,9	0,1	-9,2	84,9
Item03h	2,0	0,8	-0,6	-8,8	77,7
Item03i	2,4	0,8	-9,0	-4,8	103,9
Item03j	2,6	0,7	-16,5	4,5	293,1
Item04a	2,0	1,4	11,5	-1,4	134,0
Item04b	2,1	1,5	10,3	-4,1	123,8
Item04c	2,1	1,5	10,8	-3,0	125,0
Item04d	2,1	1,4	11,3	-2,3	132,6
Item07	3,1	1,3	2,9	-3,7	21,6
Item08	3,6	1,2	-6,4	-2,0	45,3
Item01	2,9	1,0	5,8	0,9	34,7
Item11a	3,4	1,5	-3,8	-7,6	71,7
Item11b	3,0	1,5	-0,4	-7,9	62,2
Item11c	3,1	1,3	0,8	-5,8	33,8
Item11d	2,9	1,5	1,4	-8,3	70,6
Item09a	2,8	1,4	2,1	-6,3	44,1
Item09e	3,0	1,3	0,4	-5,6	31,1
Item09g	3,9	1,3	-2,7	-3,3	18,0
Item09i	3,9	1,3	-1,9	-4,2	20,9
Item02	3,5	1,0	-1,3	-2,2	6,7
Item06	3,4	1,2	-3,7	-4,4	33,2
Item10	3,4	1,2	-0,6	-6,0	36,0
Item05a	2,2	1,3	9,8	-2,3	101,1
Item05b	2,1	1,2	10,8	-0,4	115,9
Item05c	2,2	1,2	9,7	-0,5	94,9
Item09b	4,2	1,4	-4,7	-3,6	34,6
Item09c	4,5	1,2	-4,8	-4,8	45,4
Item09d	3,0	1,5	0,7	-7,0	49,1
Item09f	4,1	1,2	-5,6	-0,7	32,1
Item09h	2,9	1,3	2,0	-5,9	38,7

*Nota:* DE: Desviación estándar; A: Coeficiente de asimetría; Z<sub>A</sub>: Valor Z de la distribución normal asociado a A; C: Coeficiente de curtosis; Z<sub>C</sub>: Valor Z de la distribución normal asociado a C; K<sup>2</sup>: Estadístico para contraste de normalidad

En la tabla 11, se explican los coeficientes de asimetría y curtosis en los ítems que componen el Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019, observando que la puntuación media de los ítems fluctúa entre 1,6 a 4.5 y la desviación estándar entre .7 a 1,5; Igualmente se distingue que prepondera la asimetría en las distribuciones de los ítems (  $|Z_{As}| > 1.96$ ); al igual que la mayoría de los ítems no presentan distribución mesocúrtica (  $|Z_{Cs}| > 1.96$ ); en tanto que el contraste conjunto de asimetría y curtosis, testifica que sólo presentan distribución normal los ítems donde  $K^2$  es mayor a 5.99; por tanto, ninguno de ellos presenta distribución.