

## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD “CVRAS-14” PARA PACIENTES OBESOS

MARIEMMA ANTOR & ALBERTO SALINAS

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela  
mariemmaantor@yahoo.com; asalinas@bariatrico.com

### Resumen

La presente investigación, de corte psicométrico, surge debido a la ausencia de instrumentos de medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes con obesidad. Para ello se llevó a cabo la traducción, adaptación al español y la posterior validación por juicio de expertos, del Cuestionario CVRAS-14. Fue administrado durante los años 2011, 2012 y 2013 a 498 pacientes con obesidad mórbida antes de ser sometidos a la cirugía de Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYR) y a 260 un año después de ésta, obteniéndose una alta confiabilidad ( $p = 0,01$ ) o consistencia interna de los ítems con la prueba total ( $\alpha = 0,84$  y  $\alpha = 0,81$  respectivamente) a través del Alfa de Cronbach. En cuanto a la validez de constructo, se confirmó la presencia de dos factores que explican el 59,73% de la varianza. Los resultados obtenidos permiten afirmar que el instrumento CVRAS-14 es confiable, válido y sensible para medir la CVRS en estos pacientes.

Palabras clave: calidad de vida, obesidad, instrumentos, propiedades psicométricas.

Recibido: 26 de abril de 2017  
Aceptado: 20 de julio de 2017  
Publicado: 26 de julio de 2017



## PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE “CVRAS-14” FOR OBESE PATIENTS

MARIEMMA ANTOR & ALBERTO SALINAS

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela  
mariemmaantor@yahoo.com; asalinas@bariatrico.com

### Abstract

The present research, of psychometric approach, arises due to the absence of instruments capable of measuring Health-Related Quality of Life (HRQOL) in patients with obesity. Consequently, the translation, adaptation to Spanish and subsequent expert judgment validation of the CVRAS-14 Questionnaire was carried out. The instrument was administered during the years of 2011, 2012 and 2013 to 498 patients with morbid obesity before undergoing Roux-in-Y gastric bypass surgery, and to 260 patients one year after it, obtaining a high reliability ( $p = 0.01$ ) or internal consistency of the items with the total test ( $\alpha = 0.84$  and  $\alpha = 0.81$  respectively) in the Cronbach's Alpha. Concerning construct validity, the presence of two factors explaining 59.73% of the variance was appreciated. The obtained results allow to confirm that the CVRAS-14 Questionnaire is reliable, valid and sensitive to measure the HRQL in these patients..

Keywords: quality of life, obesity, instruments, psychometric properties.

Received: Apr 26, 2017

Accepted: Jul 20, 2017

Published: Jul 26, 2017

La obesidad es considerada en la actualidad una enfermedad crónica, multicausal y multifactorial que se genera como producto de las interacciones de factores genéticos, socio-ambientales, nutricionales, metabólicos, psicológicos y, los propios del estilo de vida personal; se caracteriza por la acumulación de un exceso de grasa tal, que la salud se ve sumamente afectada (WHO, 1997), constituyendo un grave problema de salud a nivel mundial (Filozof, González, Sereday, Mazza & Braguinsky, 2001; Buchwald, 2005; Chinchilla, 2005; Van-der Hofstadt, Pérez, Abad, Berenguer, Moncho & Picó, 2010). La obesidad no sólo se relaciona con riesgos físicos y un riesgo aumentado de la morbi-mortalidad debido a numerosas condiciones médicas, sino que también se encuentra asociada a una gran variedad de síntomas psicológicos y consecuencias psicosociales tales como la depresión, una baja autoestima, problemas interpersonales, desajuste social, prejuicios, discriminación social, imagen corporal negativa y un deterioro significativo en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud –CVRS- (Dymek, Le Grange, Neven & Alverdy, 2001; Wadden, Sarwer, Womble, Foster, McGuckin & Schimmel, 2001; Wadden & Sarwer, 2006; Kolotkin, Crosby, Gress, Hunt, Engel & Adams, 2008; Werrij, Jansen, Mulken, Elgersma, Ament, & Hospers, 2009), así como con una mayor mortalidad (Müller, Wenger, Schiesser, Clavien & Weber, 2008; Abilés, Rodríguez-Ruiz, Abilés, Mellado, García, Pérez de la Cruz... & Fernández-Santaella, 2010; Nickel, Schmidt, Bruckner, Büchler, Müller-Stich, & Fischer, 2017); por esta razón la enfermedad debe ser abordada multidisciplinariamente; es un problema que conduce a un deterioro progresivo de la salud, la esperanza de vida y la CVRS de quien la padece. Esto es más evidente en los sujetos considerados “obesos mórbidos o súper obesos”, para quienes las opciones de tratamiento de reducción, mantenimiento de peso y disminución de comorbilidades, han fracasado, quedando para ellos, como única alternativa potencialmente exitosa, la cirugía bariátrica (Dymek et al., 2001; Kaplan, Fallon, Mun, Harvey, Kastrinakis, Johnson... & Keroack, 2005; Apovian, Huskey, Chiodi, Hess, Schneider, Blackburn... & Wee, 2013; Johnson & Simpson, 2014).

La Cirugía Bariátrica se ha utilizado exitosamente en el tratamiento de la obesidad mórbida, permitiendo una mejoría inmediata y a largo plazo en el bienestar físico y psicosocial en los pacientes, después de someterse al procedimiento quirúrgico (Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Sigrist & Buddeberg, 2004; Janik, Rogula, Bielecka & Kwiatkowski, 2016). A largo plazo, la reducción del peso corporal influye positivamente, tanto en el

bienestar físico como en el psicológico, al mejorar la imagen corporal, la autoestima, la autoeficacia general y la CVRS (Bocchieri, Meana & Fisher, 2002; Nickel et al., 2017).

El tema de la calidad de vida (CV) o de la “buena vida” está presente desde la antigüedad Griega; sin embargo, la inserción de este concepto dentro del campo de la salud ocurre a mediados de los años 50, cuando se incluyó en el área de la Medicina y posteriormente en la Psicología. Desde entonces, el concepto se ha modificado; en su concepción original hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego, pasó a ser la preocupación por la salud e higiene públicas y aludió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; posteriormente se incluyó en el concepto la relevancia de la capacidad de acceso a los bienes y recursos económicos y, finalmente, se focalizó en la preocupación por la experiencia del sujeto relacionada con su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Vinaccia & Orozco, 2005).

A pesar de que el concepto CV se ha usado muchas veces como sinónimo del concepto CVRS, se refiere a aspectos distintos. El concepto de CVRS es complejo e incluye, como aspecto fundamental, la impresión subjetiva de las personas sobre su propio estado de salud, referido a unas condiciones particulares y contextuales, lo cual imprime dinamismo al constructo haciendo más difícil su definición y su medición.

Se han planteado diversas definiciones de la CVRS. En la Tabla N° 1 se resumen algunas de ellas, siendo de particular interés las propuestas por Oria & Moorehead (1998), Schwartzmann (2003) y Lund, Karlsen, Hofso, Fredheim, Roislien, Sandbu... & Hjelmæsæth (2011), acogidas en esta investigación por su amplitud y la relevancia otorgada, tanto al aspecto subjetivo, como a la significación personal e implicaciones de la enfermedad sobre el bienestar. Todas estas definiciones de CVRS destacan la importancia, tanto de las diferencias individuales como del ambiente (físico y social), cuando una persona padece una enfermedad crónica como la obesidad mórbida.

La CVRS es la evaluación que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado; es decir, se trata de una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. El punto neurálgico de este concepto está en reconocer, que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual,

depende en gran parte, de sus propios valores y creencias, de su contexto cultural y de su historia personal, de sus expectativas y satisfacción con la vida; es decir, de su naturaleza biopsicosocial.

El constructo CVRS se erige como un complejo concepto acuñado con el propósito de evidenciar que la salud sin calidad de vida, es un sinsentido. Por lo tanto, la evaluación de esta variable se convierte en un aspecto crucial, ya que no sólo alude a un constructo científico, sino a una construcción cognoscitiva y afectiva del sujeto, específicamente del paciente con obesidad mórbida, quien autoevalúa su existencia, desde su enfermedad.

En este sentido, se han considerado diversas dimensiones de la CVRS en este tipo de pacientes, y se han evaluado luego de la cirugía bariátrica, con un notorio éxito asociado con la pérdida de peso y una disminución de las comorbilidades. La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías conceptualmente bien diferenciadas: físico-biológicas, emocionales y sociales. Se trata de un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con su propia jerarquía de valores (Vinaccia & Orozco, 2005).

Definir, operacionalizar y medir el constructo CVRS es una tarea compleja debido a la naturaleza multidimensional del mismo: el concepto es intrínsecamente subjetivo y de difícil mensurabilidad; requiere de una evaluación personal dinámica, y es constantemente cambiante. Esto es más cierto aún, cuando se trata de una enfermedad como la obesidad, y cuando el objeto de análisis es el paciente obeso concebido como un ente biopsicosocial. En este sentido, las condiciones ambientales presentes en la vida del paciente obeso mórbido, influyen inevitablemente en su percepción relativa a su funcionamiento y a su propio bienestar en sus dimensiones psicológica, física y social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada socialmente como es la obesidad.

Tabla 1  
*Definiciones de CVRS.*

Autor(es)	Definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)
<i>OMS (1993, cit. por Tsiros et al., 2009)</i>	La calidad de vida del individuo, asociada a su bienestar físico, mental y social.
<i>Patrick &amp; Erickson (1993, cit. por Schwartzmann, 2003)</i>	La medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.
<i>Schumaker &amp; Naughton (1996, cit. por Schwartzmann, 2003)</i>	Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.
<i>Bulpit (1997)</i>	El grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar.
<i>Oria &amp; Moorehead (1998; 2009)</i>	Valoración subjetiva que tiene un individuo sobre la satisfacción con su propia vida, y más específicamente se refiere a los dominios de la salud física, psicológica y social influenciados por las experiencias, creencias y percepciones de la propia persona.
<i>Velarde-Jurado &amp; Ávila-Figueroa (2002)</i>	El término CVRS, está principalmente asociado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.
<i>De Zwaan et al. (2002)</i>	Los efectos de las condiciones médicas sobre el funcionamiento físico, mental, social y el bienestar subjetivamente evaluado y reportado por el paciente.
<i>Schwartzmann (2003); Lund et al. (2011)</i>	El impacto que una enfermedad, o su condición médica y su consecuente tratamiento, tienen sobre la percepción de su bienestar y su funcionamiento físico, social y emocional.
<i>Ruiz &amp; Pardo (2005)</i>	Los aspectos de la vida influenciados significativamente por la salud personal, y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud.

Fuente: elaboración propia.

Este panorama hace pensar que las investigaciones, en las que se aborde el concepto de CVRS en pacientes con obesidad, deben considerar la existencia de manifestaciones relacionadas con alteraciones en su función física y psicosocial, el tipo de dificultad que impacte en la vida cotidiana del paciente, y que la efectividad del procedimiento bariátrico a realizar debe sustentarse tanto en términos de la pérdida de peso, como en la mejoría de las condiciones médicas relacionadas con la enfermedad, la reducción de la mortalidad, y el incremento del bienestar psicológico del paciente. De este modo, el grado de satisfacción con el tratamiento y/o procedimiento

bariátrico, dependerá de la intensidad con la que se manifiesten las diferentes dificultades (relacionadas con la cirugía, personales, familiares, el entorno social inmediato, institucionales, etc.) en la vida cotidiana del paciente (Janik, Rogula, Bielecka & Kwiatkowski, 2016; Kolotkin, Crosby, Gress, Hunt & Adams, 2009; Kolotkin, Davidson, Crosby, Hunt & Adams, 2012).

Partiendo del supuesto de que la CVRS es un constructo susceptible de ser medido, entonces debe reconocerse que es sensible a la cuantificación, y por ende, debe ser medida con instrumentos elaborados bajo rigurosos criterios psicométricos. Como lo afirman Gómez, Jurado, Viana, Da Silva & Hernández (2005), la CVRS es un concepto que va más allá de lo físico, que implica valoraciones y actitudes mentales pertenecientes al ámbito de la subjetividad.

El énfasis en la incorporación de la *percepción del paciente*, como una necesidad en la evaluación de resultados en la salud, y la dificultad en la operacionalización del concepto CVRS, ha obligado a los investigadores a desarrollar los instrumentos necesarios, apegados a rigurosos procedimientos de construcción, administración y análisis que garanticen la confiabilidad y validez de la medición, y de este modo, aportar evidencias empíricas contundentes que contribuyan a desarrollar el conocimiento científico en el área.

La revisión de la literatura en cuanto a instrumentos para medir la CVRS en pacientes obesos, arroja una variedad de investigaciones, algunas se refieren al diseño de instrumentos, o a la adaptación de los mismos, y otras a la evaluación de las propiedades psicométricas de éstos, o bien a las comparaciones de grupos controles (no obesos) con pacientes obesos. Es de particular interés para la presente investigación, el Cuestionario de Calidad de Vida de Moorehead-Ardelt II (MAQoLQ-II), diseñado como un instrumento unidimensional, específico, con la finalidad de evaluar los resultados pre y post-operatorios de la percepción subjetiva de la CVRS en pacientes obesos, incluyendo seis áreas claves: 1) autoestima general, 2) actividad física, 3) contactos sociales, 4) satisfacción concerniente al trabajo, 5) placer relacionado con la sexualidad y 6) aproximación a la comida (Moorehead, Ardel, Lechner & Oria, 2003). También permite comparar los resultados de diferentes procedimientos realizados por diferentes cirujanos con diferentes técnicas, utilizando pacientes de diferentes culturas y con diferentes lenguas o idiomas (Hell, Miller, Moorehead & Samuels, 2000).

Este cuestionario ha sido y es ampliamente utilizado en Europa, Norteamérica, Australia, algunos países asiáticos, y se ha convertido en una valiosa herramienta para la evaluación de los pacientes obesos que optan por la cirugía bariátrica, tanto antes como después de la misma, dadas sus propiedades psicométricas y su amplitud en términos de la consideración de sus seis dimensiones.

Las investigaciones en las que se ha traducido, validado y utilizado este cuestionario a nivel internacional, resaltan las “bondades” del instrumento en cuanto a su fácil administración, su amigable presentación, la rapidez para ser completado, su carencia de sesgo cultural y a la posibilidad de obtener resultados “objetivos” de una variable “subjetiva” como la CVRS en pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica.

Sin embargo, en cuanto a la versión en español se reportan solamente dos trabajos: el primero, no publicado (Avendaño, 2009); el segundo, es una publicación de Sauerland, Weiner, Häusler, Dolezalova, Angrisani, Masdevall...& Immenroth (2009), cuyo objetivo fue validar las versiones checa, alemana, italiana y española del MAQoLQ-II. Si bien los hallazgos allí reportados, en cuanto a los altos índices de confiabilidad obtenidos para cada una de las versiones (índices de confiabilidad entre  $\alpha=0,82$  y  $\alpha=0,88$ ), en lo que respecta a la versión en Español ( consistencia interna - pre-test de  $\alpha=0,92$  y post-test de  $\alpha=0,83$ ), se observan deficiencias lingüísticas en la traducción que distorsionan el sentido de los ítems, así como también limitaciones metodológicas, pues el tamaño de la muestra en las etapas preoperatoria ( $n=18$ ) y postoperatoria ( $n=126$ ) no es comparable, y en consecuencia, la generalización de los resultados debe observarse con cautela (Tabla N° 2).

Tabla 2

*Redacción en diferentes lenguas de los ítems del Cuestionario de Calidad de Vida MA- II. Fuente: Sauerland, Weiner, Häusler et al. (2009). Validity of the Czech, German, Italian, and Spanish Version of the Moorehead-Ardelt II Questionnaire in Patients with Morbid Obesity. Obesity Facts, 2009, 2 (suppl 1), 57-62.*

Item	Inglés	Checo	Alemán	Italiano	Español
1	Usually I feel very badly about myself very good about myself	Cítím se ve <sup>+</sup> tšinou velmi špatne <sup>+</sup> velmi dobr <sup>+</sup> e	Ich fühle mich zumeist sehr schlecht sehr gut	Di solito mi sento molto male molto bene	La mayoría de las veces me siento muy mal muy bien
2	I enjoy physical activities not at all very much	Mohu te <sup>+</sup> lesne <sup>+</sup> velmi málo podnikat velmi mnoho podnikat	Ich kann körperlich sehr wenig unternehmen sehr viel unternehmen	L'attività fisica mi diverte per niente molto	La actividad física me divierte poco mucho
3	I have satisfactory social contacts none very many	Mé spolec <sup>+</sup> enské kontakty jsou velmi neuspokojivé velmi uspokojivé	Meine sozialkontakte sind sehr unbefriedigend sehr befriedigend	Ho contatti sociali soddisfacenti per niente molto	Mis contactos sociales satisfactorios son poco mucho
4	I am able to work not at all very much	Ma prace mi de <sup>+</sup> la velmi málo radosti velmi mnoho radosti	Meine Arbeit macht mir sehr wenig Spaß sehr viel Spaß	Sono in grado di lavorare per niente molto	Yo soy capaz de trabajar no del todo mucho
5	The pleasure I get out of sex is not at all very much	Mé pote <sup>+</sup> šení na sexu je velmi malé velmi velké	Meine Freude amSex ist sehr gering sehr groß	Un rapporto sessuale mi procura piacere per niente molto	Tengo ganas de actividad sexual poco mucho
6	The way I approach food is: I live to eat I eat to live	Mu <sup>+</sup> j vzťah k jídlu: Z <sup>+</sup> iji, abych jedl Jím, abych z <sup>+</sup> il	Meine Einstellung zum Essen ist: Ich lebe, umzu essen Ich esse, umzu leben	Il mio atteggiamento nei confronti del cibo è: Vivo per mangiare Mangio per vivere	Mi actitud para la comida es: Vivo para comer Como para vivir

Las limitaciones o debilidades de esta traducción y validación al español, conducen indefectiblemente a una revisión y nueva traducción del

cuestionario al español, que pueda utilizarse en la población venezolana, convirtiéndose en el objetivo fundamental de la presente investigación. La misma contempla la validación a través del juicio de expertos, y el análisis de confiabilidad por el método de consistencia interna, cumpliendo de la forma más rigurosa posible con los criterios requeridos para la construcción, adaptación y validación de los instrumentos psicométricos.

Disponer de este instrumento en español y poder administrarlo a una muestra de mayor tamaño, tanto en el período pre operatorio como en el post-operatorio, para comparar cada una de sus dimensiones y contribuir con el conocimiento de una variable de difícil operacionalización y alta complejidad en tanto subjetiva, sería un aporte valioso al campo disciplinar de la Psicología Bariátrica, y de alto valor heurístico. Si bien uno de los objetivos de la cirugía bariátrica es mejorar la deteriorada CVRS de los pacientes, la certeza de este logro pasa por la evaluación de esta variable a través de la construcción y/o adaptación de instrumentos objetivos, precisos y de fácil comprensión, cuyos resultados puedan ser interpretados a la luz de un enfoque biopsicosocial e integrados a las evaluaciones multidisciplinares tan necesarias en el caso del obeso mórbido. En este sentido, la presente investigación pretende erigirse como un aporte en el país para el uso de este instrumento, y en la cuidadosa evaluación de su pertinencia y de sus propiedades psicométricas.

### OBJETIVOS

- Adaptar al español el Cuestionario de Calidad de Vida de Moorehead-Ardelt II –MAQoLQ II- como instrumento para la evaluación de los indicadores de la CVRS en pacientes con obesidad mórbida sometidos al Bypass Gástrico en Y de Roux (BPGYR), entre marzo de 2011 y agosto de 2013 en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Dr. Alberto Salinas ubicada en el Hospital de Clínicas Caracas, Venezuela.
- Validar la nueva versión del Cuestionario -CVRAS- 14, como instrumento para la evaluación de los indicadores de la CVRS en pacientes con obesidad mórbida sometidos al BPGYR.
- Determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario CVRAS-14.

## MÉTODO

### TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de corte psicométrico cuyo propósito fue determinar la confiabilidad y la validez del Cuestionario CVRAS-14 en pacientes con obesidad mórbida sometidos al BPGYR.

### MUESTRA

Participaron 498 pacientes (edad promedio de 38,8 años) con obesidad mórbida (310 mujeres y 188 hombres), antes de ser sometidos a la cirugía de BPGYR, y de éstos, 260 (165 mujeres y 95 hombres) un año después de haberse sometido a la cirugía.

### INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD CVRAS-14

El instrumento evalúa la CVRS en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica. Es auto administrado y de fácil y rápida comprensión y completación. Incluye seis (6) ítems para medir la impresión subjetiva de la CVRS en las siguientes áreas: 1) autoestima general, 2) actividad física, 3) contactos sociales, 4) satisfacción concerniente al trabajo, 5) placer relacionado con la sexualidad y 6) aproximación a la comida.

En cuanto a su corrección, todos los ítems tienen el mismo peso al momento de calcular la puntuación final. Es una escala Likert de 10 posiciones, con el valor cero (0) en el centro, valores positivos a la derecha (desde +0,1 hasta +0,5) y negativos a la izquierda (desde -0,1 hasta -0,5). En términos cualitativos, un puntaje entre -3 y -2,1 hace referencia a una "muy pobre calidad de vida"; entre -2 y -1,1 a una "pobre calidad de vida"; entre -1 y +1 a una "regular calidad de vida"; entre +1,1 y +2, a una "buena calidad de vida" y entre +2,1 y +3, a una "muy buena calidad de vida".

### *Procedimiento*

Traducción, Adaptación y Validación al Español del Cuestionario MAQoLQ-II.

Inicialmente se procedió a traducir al español el Cuestionario de Calidad de Vida Moorehead y Ardelit II (MAQoLQ-II) conservando la presentación gráfica, el orden, el sentido de los ítems y el formato del cuestionario, quedando conformada la versión CVRAS-14.

Para validar la traducción de la versión original de esta escala del Inglés al Español, se contó con la colaboración de tres profesionales expertos en el área del idioma Inglés. Dos de ellos se desempeñan como Profesoras de la Cátedra de Inglés de la Escuela de Psicología de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela; otro experto, Profesor de Inglés en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL). Cada experto tuvo que realizar las tareas que aparecen descritas a continuación:

1. 1. Evaluar cada uno de los ítems del Cuestionario de la versión en Español elaborada para los fines de esta investigación, atendiendo a los criterios de pertinencia (adecuación de los términos y de las opciones de respuesta), y redacción. Para ello, debía ajustarse exclusivamente al contenido del mismo y se proporcionó tanto el protocolo de respuesta, como el formato original de corrección del instrumento.
2. 2. Traducir al Inglés los reactivos y las opciones de respuesta en el formato previsto para ello.
3. 3. Evaluar la versión en Español de Sauerland et al. (2009) atendiendo a los criterios de pertinencia (adecuación de los términos y de las opciones de respuesta), y redacción, así como comparar con la versión original en Inglés.

El apoyo de estos expertos fue fundamental en cuanto al rigor y al cuidado de la fidelidad del contenido original del cuestionario. Mención especial merecen las observaciones señaladas por el experto N° 3 sobre esta versión del Cuestionario, las cuales se transcriben textualmente:

“Esta versión se acerca mucho más a la traducción al inglés de la versión original del cuestionario. De hecho, a nivel semántico esta versión no contiene los exabruptos ni las fallidas aseveraciones formuladas en el artículo de Sauerland et al. (2009) Me explico, hay un enorme trecho lingüístico entre: ‘El disfrute que logro en el acto sexual es’ y ‘Tengo ganas de actividad sexual’. Uno [el primer planteamiento] identifica el reactivo del Cuestionario de Moorehead-Ardelit tal cual; [el segundo planteamiento] remite

al apremiante deseo del individuo por cumplir una necesidad fisiológica. Las respuestas a semejante ítem apuntan a la frecuencia del acto, pero no dicen nada en absoluto del grado de satisfacción experimentado por el paciente, su intensidad o, en todo caso, la relevancia que ello implica en su vida."

Asimismo, con respecto a la versión publicada por Sauerland et al. (2009) expresa: "Ambas respuestas al reactivo #1 podrían atribuirse a una jaqueca, migraña o resfriado (?), pero no refieren necesariamente al estado anímico expresado en la versión inglesa. La primera respuesta al reactivo #2 contradice el escaso grado de diversión que representa lo deportivo para el sujeto. Lo mismo ocurre en la primera respuesta del reactivo #3 y del reactivo #4. Sólo en lo concerniente al reactivo #6 podríamos hablar de pertinencia y redacción adecuadas".

Se procedió así a la **Validación de Contenido** a través del juicio de expertos. Con este procedimiento se intenta determinar si el contenido de una prueba ha sido adecuadamente elaborado; si los reactivos representan una muestra verdadera del contenido potencial total, por lo cual deben ser cuidadosamente evaluados, es decir, el grado en que un instrumento representa al concepto o variable medido (Kaplan & Saccuzzo, 2006; Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Para cumplir este objetivo se contó con la colaboración de especialistas relacionados con la Cirugía Bariátrica, el área de construcción de instrumentos psicométricos, y con el área metodológica en general. En la Tabla N° 3 se describen las características de los expertos.

Todos los expertos completaron una Guía de Validación con la finalidad de evaluar la pertinencia de los aspectos considerados en el cuestionario, la adecuación a las dimensiones teóricas y la redacción de los ítems. En líneas generales, estuvieron de acuerdo con la redacción de las instrucciones, la presentación de los ítems, su redacción y la pertinencia de las mismas en función del concepto medido.

Se realizaron los ajustes pertinentes y se estructuró el formato definitivo del Cuestionario, el cual fue administrado posteriormente, resultando finalmente el *Cuestionario de Calidad de Vida CVRAS-14*.

Tabla 3

*Características de los Expertos.*

<b>Exp N°</b>	<b>Título obtenido / Institución</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Institución donde labora / Cargo</b>	<b>Años de experiencia en el área</b>
1	Lic. en Idiomas Universidad Central de Venezuela (UCV)	Inglés	Esc. de Psicología, Dpto. Metodológico, Cátedra de Inglés, UCV / Docente.	20
2	Lic. en Idiomas Universidad Central de Venezuela (UCV)	Inglés	Esc. de Psicología, Dpto. Metodológico, Cátedra de Inglés, UCV / Docente.	18
3	Magister en Literatura Norteamericana e Inglesa (Universidad de Nueva York)	Inglés (Docencia y traducción)	UPEL / Docente.	35
4	Médico Cirujano, Magister en Cirugía Universidad Central de Venezuela (UCV)	Cirugía Cirugía Bariátrica	Hospital de Clínicas Caracas/ Jefe del Servicio de Cirugía Bariátrica	35
5	Magister en Psicología Universidad Central de Venezuela (UCV)	Especialista en Análisis Experimental de la Conducta	Instituto de Psicología de la UCV / Docente.	27
6	Lic. en Psicología Universidad Central de Venezuela (UCV)	Especialista en Dinámica de Grupos	Esc. de Psicología, Dpto. Metodológico, Cátedra de Psicometría UCV / Docente.	40
7	Magister en Psicología Universidad Central de Venezuela (UCV)	Magister en Psicología del Desarrollo Humano	Esc. de Psicología, Dpto. Metodológico, Cátedra de Psicología Experimental UCV / Docente.	33

La administración del Cuestionario se subordinó a las normas y horarios establecidos para la atención de los pacientes en su rutina pre-operatoria y en sus citas de control al año de operados. El instrumento fue incluido como parte del protocolo de evaluación. Se garantizó a cada participante la confidencialidad de la información y se les expuso brevemente el propósito de la investigación.

## CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO CVRAS-14

Se calcularon los índices de confiabilidad en los dos momentos (previo a la cirugía y un año después de ésta) con una muestra más numerosa que las reportadas en investigaciones similares en el área de la cirugía bariátrica. El análisis de confiabilidad del Cuestionario CVRAS-14, se llevó a cabo a través del Índice de Consistencia Interna, Alfa de Cronbach. Con este coeficiente se pretende evaluar el grado en que los diferentes ítems de una prueba miden la misma capacidad o rasgo. Kaplan & Sacuzzo (2006) sugieren que las estimaciones de confiabilidad en un rango de entre  $\alpha = 0,70$  y  $\alpha = 0,80$  son suficientemente buenas para la mayor parte de los propósitos de la investigación. En la Tabla N° 4 se presenta la matriz de correlaciones para los 6 ítems del Cuestionario y el Índice Global en el pre-test, así como el valor del coeficiente de confiabilidad.

En la medida pre-test, el Alfa de Cronbach obtenido para los 6 ítems que constituyen la prueba total y el Índice Global, fue de  $\alpha = 0,84$ , por lo que puede decirse que la prueba total y los ítems son internamente consistentes. Es decir, los ítems son precisos y orientados a la medición del constructo evaluado. La correlación entre los ítems y el índice global fue positiva y estadísticamente significativa ( $p = 0,00$ ).

El ítem 1 "Usualmente me siento" correlacionó positivamente con todos los ítems, siendo el valor más alto el asociado al Índice Global ( $r = 0,71$ ) y el más bajo el que corresponde a su asociación con el ítem 6 "Mi forma de aproximación a la comida es..." ( $r = 0,22$ ). Las correlaciones obtenidas para el resto de los ítems (5, 2, 4 y 3) oscilaron entre  $r = 0,36$  y  $r = 0,46$ . El ítem 2 "Disfrute de las actividades físicas..." correlaciona alto ( $r = 0,67$ ) con el Índice global; moderado con los ítems 4, 5 y 3 (entre  $r = 0,32$  y  $r = 0,36$ ) y más bajo con el ítem 6 ( $r = 0,26$ ).

En cuanto al ítem 3 "Tengo contactos sociales satisfactorios", puede notarse que la correlación más alta es la que tiene con el Índice Global ( $r = 0,73$ ), siguiendo en orden descendente las correlaciones con los ítems 4 y 5 ( $r = 0,47$  y  $r = 0,39$  respectivamente). La correlación más baja fue la obtenida con el ítem 6 ( $r = 0,26$ ).

Tabla 4

*Matriz de Correlaciones para los indicadores e índice global de CVRS en el Pre-test (N=498).*

INDICADORES	Ítem 1. Usualmente me siento...	Ítem 2. Disfrute de las actividades físicas...	Ítem 3. Tengo contactos sociales satisfactorios...	Ítem 4. Me siento capaz de trabajar...	Ítem 5. El disfrute que logro en el acto sexual es...	Ítem 6. Mi forma de aproximación a la comida es...	Índice Global Pre-test
Ítem 1. Usualmente me siento...	1,00	0,39	0,46	0,43	0,36	0,22	0,71
Ítem 2. Disfrute de las actividades físicas...		1,00	0,36	0,32	0,33	0,26	0,67
Ítem 3. Tengo contactos sociales satisfactorios...			1,00	0,47	0,39	0,26	0,73
Ítem 4. Me siento capaz de trabajar...				1,00	0,44	0,25	0,71
Ítem 5. El disfrute que logro en el acto sexual es...					1,00	0,21	0,68
Ítem 6. Mi forma de aproximación a la comida es...						1,00	0,53
Índice Global Pre-test							1,00

(p= 0,00)

El ítem 4 “Me siento capaz de trabajar...”, tiene una correlación alta ( $r=0,71$ ) con el Índice Global, moderada con el ítem 5 ( $r=0,44$ ) y baja con el ítem 6 ( $r=0,25$ ). Con respecto al ítem 5 “El disfrute que logro en el acto sexual es...”, se establece una asociación alta ( $r=0,68$ ) con el Índice Global y baja ( $r=0,21$ ) con el ítem 6, y por último, el ítem 6 “Mi forma de aproximación a la comida es...”, cuyas correlaciones con el resto de los ítems se encuentran entre  $r=0,21$  y  $r=0,26$ , posee una correlación moderada alta con el Índice Global ( $r=0,53$ ). En la medida post-test se contó con la participación de 260 pacientes de los 498 que constituyeron inicialmente la población. El Alfa de Cronbach obtenido para los 6 ítems que constituyen la prueba total, y el

Índice Global, fue de  $\alpha=0,81$ ;  $p= 0,01$ ), ratificando la consistencia interna del CVRAS-14, lo que indica que los ítems son precisos y apuntan todos a la medición del concepto evaluado, CVRS. La correlación entre los ítems y el índice global fue estadísticamente significativa, alta y positiva, tal como se puede notar en la Tabla N° 2.

Tabla 5

*Matriz de Correlaciones para los indicadores e índice global de CVRS en el Post-test (n=260).*

INDICADORES	Ítem 1. Usualmente me siento...	Ítem 2. Disfrute de las actividades físicas...	Ítem 3. Tengo contactos sociales satisfactorios...	Ítem 4. Me siento capaz de trabajar...	Ítem 5. El disfrute que logro en el acto sexual es...	Ítem 6. Mi forma de aproximación a la comida es...	Índice Global Pre-test
Ítem 1. Usualmente me siento...	1,00	0,39	0,48	0,35	0,38	0,27	0,72
Ítem 2. Disfrute de las actividades físicas...		1,00	0,41	0,24	0,35	0,10	0,71
Ítem 3. Tengo contactos sociales satisfactorios...			1,00	0,26	0,41	0,20	0,70
Ítem 4. Me siento capaz de trabajar...				1,00	0,35	0,04	0,56
Ítem 5. El disfrute que logro en el acto sexual es...					1,00	0,04	0,70
Ítem 6. Mi forma de aproximación a la comida es...						1,00	0,42
Índice Global Pre-test							1,00

( $p= 0,01$ )

El ítem 1 "Usualmente me siento" correlacionó positivamente con todos los ítems, siendo el valor más alto el asociado al Índice Global ( $r=0,72$ ) y el más bajo el que corresponde a su asociación con el ítem 6 "Mi forma de aproximación a la comida es..." ( $r=0,27$ ). Las correlaciones obtenidas para

el resto de los ítems (4, 5, 2 y 3) oscilaron entre  $r=0,35$  y  $r=0,48$ . El ítem 2 “Disfrute de las actividades físicas...” correlaciona alto ( $r=0,71$ ) con el Índice Global; moderado con los ítems 3 y 5 ( $r=0,41$  y  $r=0,35$ ); bajo con el ítem 4 ( $r=0,24$ ) y muy bajo con el ítem 6 ( $r=0,10$ ). En cuanto al ítem 3 “Tengo contactos sociales satisfactorios”, puede notarse que la correlación más alta es la que tiene con el Índice Global ( $r=0,70$ ), siguiendo en orden decreciente las correlaciones con los ítems 5 y 4 ( $r=0,41$  y  $r=0,26$  respectivamente). La correlación más baja fue la obtenida con el ítem 6 ( $r=0,20$ ). El ítem 4 “Me siento capaz de trabajar...”, tiene la correlación más alta ( $r=0,56$ ) con el Índice Global, moderada con el ítem 5 ( $r=0,35$ ) y muy baja con el ítem 6 ( $r=0,04$ ). Con respecto al ítem 5 “El disfrute que logro en el acto sexual es...”, se establece una asociación alta ( $r=0,70$ ) con el Índice Global y muy baja ( $r=0,04$ ) con el ítem 6. Por último, el ítem 6 “Mi forma de aproximación a la comida es...”, cuyas correlaciones con el resto de los ítems se encuentran entre  $r=0,04$  y  $r=0,27$ , mantiene una correlación moderada con el Índice Global ( $r=0,42$ ).

Llama la atención que el ítem que correlaciona más bajo, tanto con el Índice Global, como con el resto de los ítems, es el N° 6, “Mi forma de aproximación a la comida es...” en los dos momentos de medición (pre y post-test) de la CVRS. De acuerdo con Kaplan & Saccuzzo (2006), cuando la correlación entre el desempeño en un solo ítem y la puntuación total de la prueba es baja, probablemente el reactivo esté midiendo algo diferente de los demás reactivos de la prueba, arrastrando la estimación de confiabilidad, razón por la cual sería conveniente su cuidadosa revisión o su exclusión.

Estos resultados condujeron a la realización de un análisis factorial con rotación varimax para evaluar la **Validez de Constructo** del Cuestionario (qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico) arrojando la presencia de dos factores que explican el 59,73% de la varianza, consistente con lo afirmado en líneas precedentes, pues el ítem 6 “Mi forma de aproximación a la comida es...” carga en un factor distinto al resto de los ítems que conforman el cuestionario. En la Tabla N° 6 se presenta la carga de los ítems por factor.

También se calculó la correlación entre los puntajes obtenidos para el Índice Global en el pre-test y en el post-test. El valor de dicha correlación fue de  $r=0,30$ , siendo la misma positiva, moderada y estadísticamente significativa ( $p=0,00$ ), lo cual expresa la consistencia interna del Cuestionario.

Tabla 6

*Distribución y carga de los ítems por factor en la versión CVRAS-14.*

Ítem	Factor 1	Factor 2
1. Usualmente me siento...	0,63	
2. Disfruto de las actividades físicas...	0,67	
3. Tengo contactos sociales satisfactorios...	0,68	
4. Me siento capaz de trabajar...	0,63	
5. El disfrute que logro en el acto sexual es...	0,78	
6. Mi forma de aproximación a la comida es...		0,94

En resumen, puede afirmarse que el Cuestionario de Calidad de Vida CVRAS-14, resultó tener alto grado de confiabilidad o consistencia interna ( $\alpha = 0,83$  y  $\alpha = 0,81$  en el pre-test y el post-test respectivamente) y validez (concordancia entre la puntuación o, medida en una prueba y la cualidad que se pretende medir).

## DISCUSIÓN

El proceso de adaptación al español del Cuestionario de Calidad de Vida de Moorehead-Ardelt II, (CVRAS-14) implicó su traducción al español conservando la fidelidad de los ítems y del formato de presentación. La traducción fue evaluada por expertos en el área de Idiomas Modernos, quienes avalaron la pertinencia de los ítems, la redacción de los mismos y de las instrucciones del Cuestionario. También evaluaron una versión en español publicada por Sauerland et al. (2009), que tal como quedó expresado previamente, no reproduce con fidelidad el sentido de los ítems y de las opciones de respuesta del instrumento. Al respecto, las respuestas otorgadas por los expertos, confirman este planteamiento.

Uno de los expertos indicó con respecto a esta nueva versión en español: "Los reactivos, su pertinencia y redacción se corresponden con los criterios y el sentido de la versión en inglés (original)". En cuanto a la versión de Sauerland et al. (2009) expresó "Esta redacción no se ajusta al texto de la

versión original en inglés. El traductor se permite libertades lingüísticas que podrían comprometer las intenciones de los autores originales”.

Vale la pena destacar el planteamiento de Casas, Repullo & Pereira (2001) quienes indican que siempre que existan instrumentos para medir CVRS, su adaptación cultural es preferible a construirlos, debido a que el desarrollo de estas escalas representan un proceso muy complejo; la adaptación permite mantener una confiabilidad y validez similares a las del instrumento original y es necesario disponer de elementos de referencia cuando se realizan investigaciones transculturales. Por ello, la traducción del instrumento en su totalidad (instrucciones, ítems, reactivos, formas de respuesta), debe ser muy meticulosa, a objeto de preservar tanto el significado original de los ítems, como la equivalencia de significados entre la cultura en la que originalmente se desarrolló el cuestionario y la comunidad a la que se pretende adaptar.

En este mismo orden de ideas, Ruiz & Pardo (2005) afirman que las medidas psicológicas están sujetas a la influencia de factores culturales y de interpretación que deben evaluarse antes de poder utilizar el instrumento. Por esta razón, para hacer uso de un instrumento desarrollado en otro idioma o cultura, debe seguirse un proceso de adaptación y validación laboriosa y bien planificada. Se requiere un mayor esfuerzo con el fin de replicar y mejorar los instrumentos existentes, antes que seguir elaborando instrumentos nuevos sin compararlos con los ya disponibles.

El diseño de un instrumento que pretenda medir la CVRS deberá entonces considerar una serie de condiciones, cuya observancia redundará en la obtención de resultados confiables y ceñidos al constructo en sus dimensiones teóricas. De acuerdo con Vinaccia & Orozco (2005) y Ruiz & Pardo (2005) la CVRS se evalúa mediante cuestionarios diseñados específicamente para ello y deben reflejar el punto de vista del paciente. Estos instrumentos suelen estar conformados por preguntas cerradas relativas a todas las dimensiones relevantes para la enfermedad o tratamiento a evaluar, adaptadas al idioma y la cultura del paciente evaluado, debiendo poseer propiedades psicométricas demostradas. La versión aquí propuesta del Cuestionario de Calidad de Vida CVRAS-1, cumplió con estos preceptos.

En cuanto a la validación del instrumento, se logró la **Validez de Contenido** a través del juicio de expertos, para lo cual se contó con la colaboración de profesionales con credenciales adecuadas para la realización de la actividad. Las respuestas proporcionadas en la Guía de Validación, en términos de la

pertinencia de los elementos considerados en el cuestionario, la adecuación a las dimensiones teóricas, y la redacción de los ítems, le otorgan validez al cuestionario.

En este sentido, es importante señalar que la validez de contenido constituye un aspecto esencial en la construcción de pruebas, y se refiere a la representatividad de la variable o adecuación de muestreo del contenido del instrumento (Kerlinger & Lee, 2002; Hernández et al., 2010); la validación es el procedimiento a través del cual se intenta determinar si una prueba ha sido adecuadamente elaborada, si cuenta con el número de ítems necesario para medir la variable, y si los ítems son una muestra verdadera del contenido potencial total, es decir, si son relevantes y representativos de la muestra de conductas incluidas en la prueba; por ello el contenido de dichos reactivos debe provenir de un exhaustivo conocimiento del constructo considerado y ser cuidadosamente evaluado (Casas et al., 2001; Kaplan & Saccuzzo, 2006). Asimismo, la **Validez de Constructo** se obtuvo a través del Análisis Factorial.

Un concepto estrechamente vinculado con el de validez es el de **Confiabilidad**, el cual se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con el mismo instrumento en diferentes ocasiones, con conjuntos distintos de elementos equivalentes o bajo otras condiciones variables de examen; la confiabilidad se refiere a la precisión, o falta de distorsión, de un instrumento de medición (Casas et al., 2001; Kerlinger & Lee, 2002; Hernández et al., 2010).

En el caso particular de esta investigación, se calcularon los índices de confiabilidad en dos momentos (pre y post-test) con una muestra más numerosa que las señaladas en investigaciones de esta índole en el área de la cirugía bariátrica, lo que constituye un aporte en este campo.

En la medida pre-test, el Alfa de Cronbach obtenido para los 6 ítems de la prueba total, y el Índice Global, fue de  $\alpha=0,84$ . En la medida post-test, el Alfa de Cronbach obtenido para los 6 ítems que constituyen la prueba total y el Índice Global, fue de  $\alpha=0,81$ , ratificándose la consistencia interna del Cuestionario, lo que indica que los ítems son precisos y apuntan a la medición del concepto evaluado: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. La correlación entre los ítems y el índice global fue significativa, alta y positiva en las dos medidas.

Estos resultados confirman los hallazgos de Moorehead et al. (2003) quienes en una población de 110 pacientes obesos mórbidos (20 hombres, 90 mujeres), obtuvieron una confiabilidad fuerte a través del coeficiente Alfa de Cronbach, ( $\alpha = 0,84$ ) probando la consistencia interna del instrumento ( $p < 0,01$ ).

También son consistentes con los resultados encontrados por Sauerland et al. (2009) en una investigación cuyo objetivo fue validar las versiones checa, alemana, italiana y española del MAQoLQ-II, en las cuales se obtuvieron índices de confiabilidad entre  $\alpha = 0,82$  y  $\alpha = 0,88$ . Específicamente, en lo concerniente a la versión en español, el índice de confiabilidad -consistencia interna- a través del Alfa de Cronbach fue de  $\alpha = 0,92$  y de  $\alpha = 0,83$  para el pre-test y el post-test respectivamente.

Similares índices de confiabilidad por el mismo método se obtuvieron en la validación de este cuestionario al idioma Chino realizada por Chang, Hung, Chang, Tai, Lin & Wang (2010) y al Griego llevada a cabo por Charalampakis, Daskalakis, Bertisias, Papadakis & Melissas (2012) ( $\alpha = 0,79$ ;  $\alpha = 0,85$ , respectivamente). La validez de estas adaptaciones se obtuvo a través de la validez de contenido y de la validez convergente.

La Tabla N° 7 resume esta información incluyendo los resultados obtenidos en la presente investigación con la finalidad de tener una visión más amplia para y valorar las fortalezas metodológicas alcanzadas en cuanto al tamaño de la muestra.

Tabla 7  
*Índices de Confiabilidad de las versiones del MAQoLQ-II.*

Idioma	Inglés	Checo	Alemán	Italiano	Español	Chino	Griego	EspañolVenezuela CVRAS-14
<b>Autores</b>	Moorehead, Ardel, Lechner & Oria	Sauerland, Weiner, Angrisani & Immenroth	Weiner, Häusler, Masdeval	Dolezalova, García-Caballero		Chang, Hung, Chang, Tai, Lin & Wang	Charalampakis, Daskalakis, Bertisias, Papadakis & Melissas	Antor & Salinas
<b>Año</b>	2003		2009			2010	2012	2014
<b>Pre-test</b>		n = 106 $\alpha = 0,86$	n = 113 $\alpha = 0,84$	n = 65 $\alpha = 0,79$	n = 18 $\alpha = 0,92$	n = 50 $\alpha = 0,79$	n = 56 $\alpha = 0,81$	N = 498 $\alpha = 0,84$
<b>Post-test</b>	n = 110 $\alpha = 0,84$	n = 94 $\alpha = 0,68$	n = 287 $\alpha = 0,85$	n = 84 $\alpha = 0,75$	n = 126 $\alpha = 0,83$	n = 50 $\alpha = 0,79$	n = 119 $\alpha = 0,79$	n = 260 $\alpha = 0,81$

Fuente: elaboración propia

A pesar de tan consistentes resultados, es por demás prudente señalar un aspecto relacionado con el ítem 6 “Mi forma de aproximación a la comida es...”. Destaca que este fue el ítem que correlacionó más bajo, tanto con el Índice Global, como con el resto de los ítems, en los dos momentos de medición (pre y post-test). En concordancia con esto, los resultados del análisis factorial, otra forma de lograr la validez de constructo, arrojaron la presencia de dos factores bien delimitados que explican el 59,73% de la varianza: el primer factor compuesto por los ítems: 1 “Usualmente me siento...”, 2 “Disfruto de las actividades físicas...”, 3 “Tengo contactos sociales satisfactorios...”, 4 “Me siento capaz de trabajar...”, y 5 “El disfrute que logro en el acto sexual es...”; y el segundo factor conformado por el ítem 6 “Mi forma de aproximación a la comida es...”.

Cabe preguntarse si es conveniente que este ítem, que corresponde a la dimensión “conducta alimentaria” según lo señalado por Moorehead et al. (2003), esté incluido en el cuestionario de CVRAS-14, cuando más bien parece apuntar a un constructo, aunque de suma relevancia para el abordaje

de los pacientes obesos en tanto puede tener implicaciones en el éxito o el fracaso del tratamiento quirúrgico, es distinto al de CVRS. Cabe señalar que ese ítem fue agregado a la versión original del instrumento para incorporar el aspecto relacionado con la alimentación y otorgarle mayor sensibilidad y especificidad al mismo, tal como lo señalan Moorehead et al. (2003) en su investigación titulada “The Validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II”. En una situación como ésta, es pertinente rescatar la recomendación de Casas et al. (2001) y Kaplan y Saccuzzo (2006) quienes afirman, que cuando la correlación entre el desempeño en un solo ítem y la puntuación total de la prueba es baja, probablemente el ítem esté midiendo algo diferente de los demás reactivos de la prueba, arrastrando la estimación de confiabilidad, razón por la cual sería conveniente una cuidadosa revisión del mismo o su exclusión.

En sintonía con este planteamiento, Sarwer, Lavery & Spitzer (2012) afirman que la poca consistencia en el uso de instrumentos estandarizados específicos para pacientes obesos, ha conducido a la producción de resultados contradictorios en diversas investigaciones, en términos de que la pérdida de peso produce mejorías en el funcionamiento psicosocial de los pacientes, razón por la cual abogan por el uso de instrumentos específicos, como el propuesto en este trabajo, para medir la CVRS en este grupo poblacional.

El Cuestionario CVRAS-14 cumple con los requisitos propuestos por Vinaccia & Orozco (2005) y Ruiz & Pardo (2005) que son indispensables en los instrumentos de CVRS, entre los cuales se pueden señalar: es *específico*, pues se utiliza para evaluar la calidad de vida asociada a enfermedades o dolencias concretas, en este caso la obesidad; *unidimensional*, pues incluye sólo una pregunta por dimensión evaluada y la combinación de todas ellas ofrece una puntuación global; su formato permite reflejar el punto de vista del paciente y está conformado por preguntas cerradas relativas a todas las dimensiones relevantes para la enfermedad o tratamiento que se evaluará; está adaptado al idioma y la cultura del paciente evaluado, y posee propiedades psicométricas demostradas.

Todos estos aspectos hacen de la versión -CVRAS-14-, un instrumento confiable, válido, útil, sensible y pertinente para evaluar la CVRS en pacientes obesos mórbidos que se someten a la cirugía de BPGYR, tal como lo han reportado distintas investigaciones (Ballantyne, 2003; González, Gómez & Arriagada, 2006; Al Harakeh, Larson, Mathiason, Kallies & Kothari, 2011; Nickel et al., 2017). Entre sus “bondades” destacan su fácil administración

y comprensión, su amigable presentación, la carencia de sesgo cultural y la posibilidad de obtener resultados "objetivos" de una variable tan "subjetiva" como la CVRS.

### CONCLUSIONES

- a. El proceso de adaptación al español del Cuestionario MAQoLQ-II implicó la traducción al español del mismo conservando la fidelidad de los ítems y de su formato de presentación. La nueva versión, CVRAS-14, fue evaluada por expertos en el área de Idiomas Modernos, quienes avalaron la pertinencia de los reactivos, la redacción de los mismos y de las instrucciones del Cuestionario.
- b. En cuanto a la validación del instrumento CVRAS-14, se logró la Validez de Contenido, a través del juicio de expertos.
- c. La Validez de Constructo se obtuvo a través del análisis factorial, arrojando dos factores claramente identificados: calidad de vida y actitud hacia la comida.
- d. Con respecto a la Confiabilidad del Cuestionario, en la medida pre-test, el Alfa de Cronbach obtenido para los 6 ítems que constituyen la prueba total, y el Índice Global, fue de  $\alpha = 0,84$ , mientras que en la medida post-test, fue de  $\alpha = 0,81$ , ratificándose la consistencia interna del Cuestionario, lo que indica que los ítems son precisos y apuntan a la medición del concepto evaluado, CVRS. La correlación entre los ítems y el índice global fue estadísticamente significativa, alta y positiva en las dos medidas ( $p = 0,01$ ).
- e. La versión -CVRAS-14-, cumple con los requisitos indispensables para los instrumentos de CVRS, a saber: es específico, pues se utiliza para evaluar la calidad de vida asociada a enfermedades o dolencias concretas, en este caso la obesidad; unidimensional, ya que incluye sólo una pregunta por dimensión evaluada y la combinación de todas ellas ofrece una puntuación global; su formato permite reflejar el punto de vista del paciente y está conformado por preguntas cerradas relativas a todas las dimensiones relevantes para la enfermedad o tratamiento a evaluar; está adaptado al idioma y la cultura del paciente evaluado y, posee propiedades psicométricas demostradas.
- f. El Cuestionario CVRAS-14, se conforma como un instrumento confiable y válido; útil, sensible y pertinente para evaluar la CVRS

en pacientes obesos mórbidos tanto antes como después de someterse a la cirugía de BPGYR. Entre sus “bondades” destacan su fácil administración y comprensión, su amigable presentación, la carencia de sesgo cultural y la posibilidad de obtener resultados “objetivos” de una variable tan “subjetiva” como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A. & Fernández-Santaella, M. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 20, 2, 161-167.
- Al Harakeh, A., Larson, C., Mathiason, M., Kallies, K. & Kothari, S. (2011). BAROS results in 700 patients after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with subset analysis of age, gender, and initial body mass index. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7, 94-98.
- Apovian, C., Huskey, K., Chiodi, S., Hess, D., Schneider, B., Blackburn, G. & Wee, C. (2013). Patient Factors Associated with Undergoing Laparoscopic Adjustable Gastric Banding vs Roux-en-Y Gastric Bypass for Weight Loss. *Journal of American College of Surgeons*, 217, 6, 1118-1125.
- Avendaño, A. (2009). *Calidad de Vida en pacientes con obesidad mórbida sometidos a bypass gástrico*. Trabajo Especial de Grado presentado para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Central de Venezuela. Caracas – Venezuela. No publicado.
- Ballantyne, G. (2003). Measuring outcomes following bariatric surgery: weight loss parameters, improvement in co-morbid conditions, change in quality of life and patient satisfaction. *Obesity Surgery*, 13, 954-964.
- Bocchieri, L., Meana, M. & Fisher, B. (2002). Perceived Psychosocial Outcomes of Gastric Bypass Surgery: A Qualitative Study. *Obesity Surgery*, 12, 781-788.
- Buchwald, H. (2005). Consensus Conference Statement Bariatric Surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payer. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1, 371-381.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Sigrist, S. & Buddeberg, C. (2004). Impact of Psychosocial Stress and Symptoms on Indication for Bariatric Surgery and Outcome in Morbidly Obese Patients. *Obesity Surgery*, 14, 361-369.

- Bulpit, C.J. (1997). Quality of life as an outcome measure. *Postgraduate Medicine Journal*, 73, 613-616.
- Casas, J., Repullo, J. & Pereira, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica*, 116, 20, 789-796.
- Chang, C., Hung, C., Chang, Y., Tai, C., Lin, J. & Wang, J. (2010). Health-related Quality of Life in Adult Patients with Morbid Obesity Coming for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 20, 1121-1127.
- Charalampakis, V., Daskalakis, M., Bertias, G., Papadakis, J. & Melissas, J. (2012). Validation of the Greek Translation of the Obesity-Specific Moorehead-Ardelt Quality-of-Life Questionnaire II. *Obesity Surgery*, 22, 690- 696.
- Chinchilla, A. (2005). *Nuevas Generaciones en Neurociencias. Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- De Zwaan, M., Lancaster, K., Mitchell, J., Howell, M., Monson, N., Roerig, J. & Crosby, R. (2002). Health-Related Quality of Life in Morbidly Obese Patients: Effect of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 12, 773-780.
- Dymek, M., Le Grange, D., Neven, K. & Alverdy, J. (2001). Quality of Life and Psychosocial Adjustment in Patients after Roux-en-Y Gastric Bypass: A Brief Report. *Obesity Surgery*, 11, 32-39.
- Filozof, C., González, C., Sereday, M., Mazza, C. & Braguinsky, J. (2001). Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. *Obesity Review*, 2, 99-106.
- González, J., Gómez, G. & Arriagada, G. (2006). Evaluación mediante score BAROS de los resultados del bypass gástrico en el tratamiento de la obesidad mórbida *Revista Chilena de Cirugía*, 58, 5, 365-370.
- Gómez, J., Jurado, I., Viana, B., Da Silva, M. & Hernández, A. (2005). Estilos y calidad de vida. Disponible en <http://www.efdeportes.com/RevistaDigital> – Buenos Aires, Año 10, N° 90- Noviembre de 2005.
- Hell, E., Miller, K., Moorehead, M. & Samuels, N. (2000). Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for the Treatment of Obesity. *Obesity Surgery*, 10, 214-219
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Janik, M., Rogula, T., Bielecka, I. & Kwiatkowski, A. (2016). Quality of Life and Bariatric Surgery: Cross-Sectional Study and Analysis of Factors Influencing Outcome. *Obesity Surgery*, 26, 2849-2855.

- Johnson, E. & Simpson, K. (2014). Discharge Disposition After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 24,1821-1825.
- Kaplan, R. & Sacuzzo, D. (2006). *Pruebas psicológicas. Principios, aplicaciones y temas* (6ta Ed.) México: Thomson.
- Kaplan, L., Fallon, J., Mun, E., Harvey, A., Kastrinakis, W., Johnson, E. & Keroack, C. (2005). Coding and Reimbursement for Weight Loss Surgery: Best Practice Recommendations. *Obesity Research*, 13, 2, 290-300.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ª ed.). México, DF: McGraw-Hill/ Interamericana.
- Kolotkin, R., Crosby, R., Gress, R., Hunt, S., Engel, S. & Adams, T. (2008). Health and health-related quality of life: differences between men and women who seek gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4, 651-659.
- Kolotkin, R., Crosby, R., Gress, R., Hunt, S. & Adams, T. (2009). Two year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients compared with severely obese controls. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5, 250-256.
- Kolotkin, R., Davidson, L., Crosby, R., Hunt, S. & Adams, T. (2012). Six-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8, 625-633.
- Lund, R., Karlsen, T., Hofso, D., Fredheim, J., Roislien, J., Sandbu, R. & Hjelmæsæth, J. (2011). Employment is associated with the Health-Related Quality of Life of Morbidly Obese Persons. *Obesity Surgery*, 21, 1704-1709.
- Moorehead, M., Ardel, E., Lechner, H. & Oria, H. (2003). The Validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. *Obesity Surgery*, 13, 684-692
- Müller, M., Wenger, C., Schiesser, M., Clavien, P. & Weber, M. (2008). Quality of Life After Bariatric Surgery – A Comparative Study of Laparoscopic Banding vs. Bypass. *Obesity Surgery*, 18; 1551-1557.
- Nickel, F., Schmidt, L., Bruckner, T., Büchler, M., Müller-Stich, B-P. & Fischer, L. (2017). Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months- a prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13, 313-319.

- Oria, H. & Moorehead, M. (1998). Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obesity Surgery*; 8, 487-499.
- Oria, H. & Moorehead, M. (2009). Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Surgery for Obesity and Related Diseases*; 5, 60-66.
- Ruiz, M. & Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles* 2, 1, 31-43.
- Sarwer, D., Lavery, M. & Spitzer, J. (2012). A Review of the Relationship Between Extreme Obesity, Quality of Life, and Sexual Function. *Obesity Surgery*, 22, 668-676
- Sauerland, S., Weiner, S., Häusler, E., Dolezalova, K., Angrisani, L., Masdevall, C. & Immenroth, M. (2009). Validity of the Czech, German, Italian, and Spanish Version of the Moorehead-Ardelt II Questionnaire in Patients with Morbid Obesity. *Obesity Facts*, (suppl 1), 57-62.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9, 2 versión On-line ISSN 0717-9553.
- Tsiros, M., Olds, T., Buckley, J., Grimshaw, P., Brennan, L. & Walkley, J. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 33, 387- 400.
- Van-der Hofstadt, C., Pérez, E., Abad, A., Berenguer, R., Moncho, E. & Picó, A. (2010). Programa multidisciplinar de intervención grupal pre cirugía bariátrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 93/94, 34-44.
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mexicana*, 44, 4: jul/ago.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137. Recuperado el 08 de marzo de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=pt&tlng=es).
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Womble, L.G., Foster, G.D., McGuckin, B.G. & Schimmel, A. (2001). Psychological aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81, 1001-1024.
- Wadden, T.A. & Sarwer, D.B. (2006). Behavioral Assessment of Candidates for Bariatric Surgery: A Patient-oriented Approach. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2, 171-179.

Werrij, M., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H., Ament, A. & Hospers, H. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 315-324. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.011>

WHO (1997). Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Ginebra, 3-5 june, 1997.