



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Traducción y Adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de
Salud (HRFS) en Pacientes Adultos con VIH de Lima Metropolitana**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciado en Psicología

AUTORES:

Jara Figueroa, Ruy Paul (ORCID:0000-0001-5460-2187)

Mezagil Ataucusi, Diego (ORCID:0000-0002-2509-9778)

ASESOR:

Dr. Concha Huarcaya, Manuel Alejandro (ORCID:0000-0002-8564-7537)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

LIMA – PERÚ

2020

Dedicatoria

A Dios porque ha estado con nosotros en cada momento de nuestra vida, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar, a nuestros padres, quien a lo largo de mi vida han velado por nuestro bienestar y educación, siendo el apoyo en todo momento.

Agradecimiento

Primeramente, nos gustaría agradecer a Dios por darnos la bendición de estudiar psicología y llegar hasta donde hemos llegado.

A nuestros padres por todo su amor y compañía que nos brindaron en el desarrollo profesional.

A la Escuela de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo, la cual nos ha brindado hasta el día de hoy una formación de calidad, y nos ha dado grandes satisfacciones y alegrías.

A nuestros asesores de tesis, Mg. Nikolai Rodas Vera y Mg. Manuel Concha Huarcaya por su asesoría y su guía para estructurar de la manera más adecuada la investigación.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	11
3.2. Variables y operacionalización.....	11
3.3. Población, muestra, muestreo	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	13
3.5. Procedimiento.....	14
3.6. Métodos de análisis de datos.....	15
3.7. Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN	25
VI. CONCLUSIONES.....	28
VII. RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS	37

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para los participantes código	
Blanco.....	16
Tabla 2. Operacionalización de la variable de la escala de Enfoque	
Regulatorio de Salud	33

Índice de gráficos y figuras

Figura 1. Modelo de motivación de McClelland	10
Figura 2. Continúo de la prevención y promoción de la salud	12
Figura 3. Instrumento de la presente investigación	34
Figura 4. Permiso concedió por el autor de la escala	35
Figura 5. Traducción directa de la escala	36
Figura 6. Traducción inversa de la escala	38

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo general traducir y adaptar la escala de enfoque regulatorio de salud (HRFS). La investigación es de tipo instrumental y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 235 personas adultas de 18 a 50 años. El proceso de traducción lingüística fue mediante la traducción directa e inversa. Luego se obtuvo las evidencias de validez de contenido que fue analizado a través del criterio de jueces expertos. Por otro lado, se realizó la prueba piloto con 130 sujetos diagnosticados con VIH mediante un cuestionario virtual. Además, se obtuvo las evidencias de validez de estructura interna mediante el análisis factorial confirmatoria, el cual determinó que el segundo modelo se ajusta al resultado esperado obteniendo un índice de ajuste de ($\chi^2/g.l. = 2.0$; CFI = .96; CTL = .93; SRMR = .03 y RMSEA = .06) quedando finalmente la escala de HRFS con 7 ítems y 2 dimensiones. Por último, se obtuvo una confiabilidad de 0.83 para promoción y .71 para prevención por medio de la consistencia interna de omega. Por lo tanto, se concluye que los datos obtenidos poseen interpretaciones válidas y confiables para una muestra peruana de pacientes adultos con VIH de Lima Metropolitana.

Palabras clave: Salud, promoción, prevención, validez, confiabilidad, adaptación.

Abstract

The present objective of the study is to translate and adapt the Health Regulatory Approach Scale (HRFS). The research is of an instrumental type and non-experimental in design. The sample consisted of 235 adults from 18 to 50 years old. The linguistic translation process will be through direct and reverse translation. Then the evidence of content validity was obtained, which was analyzed through the criteria of expert judges. On the other hand, the pilot test was carried out with 130 subjects diagnosed with HIV through a virtual questionnaire. In addition, the evidence of internal structure validity will be obtained through confirmatory factor analysis, which determined that the second model fits the expected result, obtaining an adjustment index of ($\chi^2 / gl = 2.0$; CFI = .96; CTL = .93; SRMR = .03 and RMSEA = .06), finally leaving the HRFS scale with 7 items and 2 dimensions. Finally, a reliability of 0.83 for promotion and .71 for prevention was obtained through the internal consistency of omega. Therefore, it is concluded that the data obtained have valid and reliable interpretations for a Peruvian sample of adult patients with HIV from Metropolitan Lima.

Keywords: Health, promotion, prevention, validity, reliability, adaptation.

I. INTRODUCCIÓN

Las consecuencias hacia la población por inadecuados o nulos programas de promoción y prevención de la enfermedad, acarrearán un incremento de morbilidad, mortalidad y baja calidad de vida; afectando a cualquier persona indistintamente de la edad, sexo, raza, cultura y/o economía (Singh et al., 2017; Young & Olsen, 2010). Por esta razón, la salud es comprendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de ella (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006).

A pesar de ello, el incremento de enfermedades es cada vez más alarmante, por ello, han existido diferentes organizaciones mundiales que trabajaron arduamente para que el bienestar de billones de personas no decaiga, creando de esa manera programas que son llamados con el nombre de prevención y promoción de la salud para diferentes enfermedades (Kumar & Preetha, 2012; Schmidt, 2016), como por ejemplo para enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes, tuberculosis, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), etc. (The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine, 2017).

Los pacientes adultos con VIH al inicio de la enfermedad sufren de un impacto profundo porque se ven vulnerables tanto física, psicológica, y socialmente (Chi & Li, 2012; Pellowski et al., 2013; Sanchez-Fernandez & Tomateo-Torvisco, 2014). Los pacientes adultos con VIH ascienden alrededor de 36,9 millones en todo el mundo y en América Latina existen por lo menos más de 2 millones de infectados (OMS, 2017). Por otro lado, con respecto al Perú, desde el periodo de 1983 hasta el 2018 se han reportado como mínimo 115,700 casos por infección de VIH (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2019).

Los programas de prevención y promoción de la salud concientizan a las personas para que después de ello se genere un cambio comportamental hacia las buenas prácticas en salud en general, ello desde un punto de vista colectivo, sin embargo, desde un punto de vista individual, cada persona es responsable de prevenir o evitar enfermedades y/o de adquirir nuevos comportamientos de promoción hacia la salud, ello es conocido como Enfoque Regulatorio De Salud (Groenewoud et al., 2015; Lin, 2015).

Por ello, la adecuada implementación a nivel mundial de programas de promoción y prevención de la salud (Enfoque Regulatorio de Salud) para los pacientes con diagnóstico de VIH tuvieron resultados favorables, porque se registraron una tendencia al descenso de nuevos casos tanto en Norteamérica como en Sudamérica (Bares et al., 2016; Organización Panamericana de la Salud [OMS], 2017).

Los profesionales de la OMS (2016) refirieron que los cuidados a tener para que el programa de promoción y prevención funcionen se basan a varios hábitos adecuados de salud: tomar sus antirretrovirales a tiempo, tener buena alimentación, hacer ejercicios, realizar lo que más le guste y no tomar bebidas ni consumir ningún tipo de drogas (OMS, 2016).

Debido a que este tipo de programas (promoción y prevención) son importantes para gestionar la salud (Ali & Katz, 2015; Coe & de Beyer, 2014; Kempainen et al., 2012) Por ello, Gómez et al. (2013) construyeron la Escala de Enfoque Regulatorio de la Salud, la cual consta de 8 ítems y con un estilo de respuesta tipo Likert, el cual tiene como factores la Prevención y Promoción de la salud. Hasta el día de hoy, el Enfoque Regulatorio de la Salud aún ha demostrado pocas evidencias de relación con otras variables debido a que no se han evidenciado varios estudios que hayan examinado ese objetivo (Ferrer et al., 2017; Gómez et al., 2013; Schmalbach et al., 2017).

Sin embargo, se ha evidenciado que existen revisiones internacionales de la escala, pero no se han encontrado ninguna revisión al contexto peruano (Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC], 2020; Registro Nacional de Trabajos de Investigación [RENATI], 2020)

En conclusión, es probable que el comportamiento individual dirigido hacia la prevención y promoción de la salud, generan un cambio significativo en las pacientes con VIH. Por ello, todo lo expuesto en la realidad problemática de la investigación, sustenta que estas personas se exponen a la crítica, al perjuicio y al estigma; y como paciente, se exponen al maltrato y a la carencia del sistema de salud para atender sus casos (Florom-Smith & De Santis, 2012). Por lo tanto, desde la psicometría se generó conocimiento por medio de la traducción y adaptación de

la escala para que dicha herramienta pueda ayudar tanto al clínico, como a la salud del paciente por medio de la detección de comportamientos dirigidos hacia la prevención y promoción de la salud (Enfoque Regulatorio de Salud).

La investigación se realizó mediante la siguiente formulación del problema:
¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en pacientes adultos con VIH de Lima Metropolitana?

Por otro lado, la investigación buscó contribuir argumentando a través de diferentes justificaciones, en lo teórico, debido a que fue la primera vez que la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud se revisó en pacientes adultos con VIH. Por otro lado, también se buscó contribuir a través de la justificación práctica, ya que se pudo obtener una escala traducida y adaptada por primera vez en el Perú y que posteriormente sea usada por clínicos en el área de infectología y/o consejería psicológica. Por otro lado, se buscó contribuir metodológicamente, ya que la traducción y adaptación de la escala se realizó a través de estándares de calidad que proporcionan las asociaciones de medición en psicología. Por último, la investigación contribuyo socialmente, considerando que se cuenta con un instrumento adaptado que permitirá detectar comportamientos que no favorecen la salud de los pacientes y plantear programas preventivos promocionales.

La investigación tuvo como objetivo general la adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en pacientes adultos con VIH, Lima Metropolitana. Por otro lado, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

Determinar la traducción directa e inversa de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS).

Analizar de las evidencias de validez relacionadas al contenido de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) a través de jueces expertos.

Analizar de evidencias relacionadas a la estructura interna de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) a través del Análisis Factorial Confirmatorio.

Analizar la fiabilidad de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) a través de Omega McDonald.

II. MARCO TEÓRICO

En vista de lo expuesto, a continuación, se pasará a conocer los principales antecedentes que se encontraron en las principales bases de datos internacionales que la Universidad Cesar Vallejo posee en su biblioteca del campus virtual, base de datos como: EBSCO Y SCOPUS. Entonces, en orden cronológico, los antecedentes son los siguientes:

Internacionalmente, Schmalbach et al. (2017) realizaron una investigación de diseño instrumental, con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de la escala y traducirla para obtener la versión alemana. La muestra del estudio fue de 918 estudiantes universitarios, 748 mujeres que son un 81.0% y 170 hombres con un 18.4% y otros 5 con un 0.5%, con una edad entre 20 a 40 años. Los resultados a través del análisis factorial exploratorio bajo componentes principales y rotación Varimax concluyeron en dos factores teniendo una varianza explicada de 41% y 23%, asimismo todas las cargas factoriales estuvieron por encima del .70. En el análisis factorial confirmatorio se realizaron tres modelos, pero se quedaron solo con el modelo de dos factores con la exclusión del ítem cinco, el modelo fue bueno $\chi^2 = 57.48$ (13), CMIN/DF = 4.42, CFI = .965, SRMR = .03, RMSEA = .08, TLI = .943, BIC = 150.06. Para los resultados de confiabilidad por alfa de Cronbach, para la escala de promoción de la salud fue de .86 y para prevención fue de .72. Concluyendo que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando un mayor número de muestra y analizar las evidencias de validez con otras variables.

Ferrer et al. (2017) realizaron una investigación bajo el diseño instrumental, siendo su objetivo validar la escala HRFS a través de cuatro muestras. La primera muestra para evaluar la validez predictiva, fue de 249 adultos jóvenes con un rango de edad de 19 años, se usó un análisis factorial confirmatorio con un modelo de χ^2 (53) = 149.629, $p < 0.001$, CFI = .805. RMSEA = .08, con una confiabilidad alfa de .67 para promoción y prevención de .74. La dimensión de promoción del HRFS predijo las intenciones de reducir el consumo de alcohol $\beta = 0.14$, $p = 0.025$, mientras que la prevención no $\beta = 0.05$, $p = 0.419$. La segunda muestra fue para evaluar la validez concurrente, con una muestra de 725 fumadores comunitarios con un modelo de χ^2 (53) = 351,715, $p < 0.001$, CFI = .87. RMSEA = .08 y en confiabilidad para prevención .77 y promoción .82. Para el estudio tres fue a través

del internet, con una muestra de 473 personas, bajo un modelo de $\chi^2(53) = 258,818$, $p < 0.001$, CFI = .90. RMSEA = .09; y una confiabilidad de promoción de .82 y prevención de .79. Concluyendo que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando un mayor número de muestra, evidencias de confiabilidad por el método test-retest y analizar las evidencias de validez con otras variables.

Gómez et al. (2013) realizaron una investigación bajo el diseño instrumental, donde el objetivo fue revisar las propiedades psicométricas de la escala, la confiabilidad interna, validez convergente y predictiva y discriminante. La muestra estuvo conformada por 189 estudiantes franceses. Entonces los resultados del análisis factorial confirmatorio se realizó con los dos factores, arrojando un modelo adecuado GFI = .98, AGFI = .95, CFI = .97, TLI = .98 y RMSEA = <.08, teniendo cargas factoriales por encima del .70. Asimismo, en validez discriminante la dimensión de promoción no se correlacionó con la afectividad negativa ($r = -.10$, $p = .10$) ni tampoco con autoestima ($r = -.09$, $p = .11$), la dimensión de prevención se correlacionó con la efectividad positiva ($r = .05$, $p = .35$) y con la autoestima ($r = .07$, $p = .22$). Por otro lado, el alfa de Cronbach para prevención fue de .77 y para promoción fue de .88. Concluyendo que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas y recomendando un mayor número de muestra, evidencias de confiabilidad por el método test-retest y analizar las evidencias de validez con otras variables. Concluyendo que las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas en validez y confiabilidad, sin embargo, las recomendaciones fueron obtener un mayor número de muestra, evidencias de confiabilidad por el método test-retest y analizar las evidencias de validez con otras variables y analizar los ítems mediante otro proceso psicométrico como la teoría de respuesta al ítem.

Los antecedentes y la construcción original de la Escala de Enfoque Regulatorio de la Salud fueron realizados por Gómez, Borges y Pechmann en el año 2013, que fundamentaron que la escala estuvo construida bajo el enfoque de dos teorías que se complementan entre sí para fundamentar la conducta regulatoria de la prevención y promoción de salud (Ferrer et al., 2017; Schmalbach et al., 2017). Las fundamentaciones teóricas de la escala son en base a la Teoría de la

motivación de McClelland, que posteriormente sirvió como base teórica al constructo de Enfoque Regulatorio de la Salud de Higgins, Friedman, Harlow, Idson, Ayduk y Taylor en el 2001 (Gómez et al., 2013).

La motivación se explicó por medio de tres tipos, uno de ellos es la motivación de logro que son las ganas de querer salir adelante y alcanzar el éxito obteniendo metas muy altas a corto y largo plazo, asimismo, estas personas con este tipo de motivación son muy activas pero individualistas, sin embargo, cuando están motivadas realizan un buen trabajo debido a que son responsables y necesitan repetitivamente retroalimentación de lo que realizaron (Schüler et al., 2018; McClelland, 1989).

Por otro lado, algunas características más que va de acuerdo al comportamiento de enfoque regulatorio de salud lo brinda Gonzales (2008) al señalar que las personas necesitan constantemente una retroalimentación de lo que realizan y estas personas evitan situaciones o actos riesgosos.

La motivación de poder, según McClelland (1989) es una necesidad de tener bajo control a diferentes grupos de personas y sobre todo así mismo, asimismo, es una persona que lucha por tener la razón en todo, para posteriormente conseguir reconocimiento de parte de las personas que lo rodean y el aumentando de su deseo de poder, que día a día va en aumento adquiriendo paulatinamente más prestigio y status social.

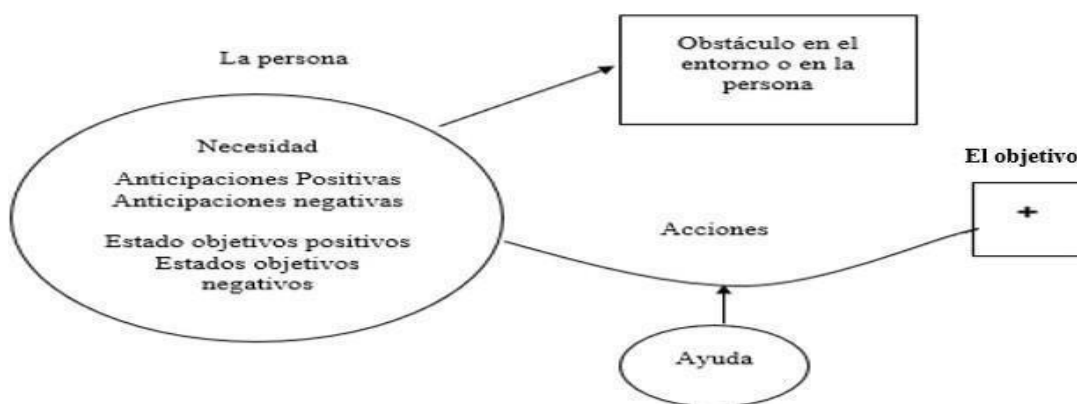
Por otro lado, algunas características más que va de acuerdo al comportamiento de Enfoque Regulatorio de Salud lo brindó Gonzales (2008) al señalar que las personas con motivación de poder pueden dirigir a otras personas hacia objetivos de promoción, debido a su alta capacidad para dirigir personas.

McClelland (1989) describe la motivación de afiliación como el anhelo de formar parte de un grupo, para poseer relaciones interpersonales saludables, amistosas y muy cercanas, además, de ser reconocidos como populares, el cual prefieren trabajar en equipo y no individualmente, para posteriormente ayudar a los demás y ayudarse así mismo.

Por otro lado, algunas características más que va de acuerdo al comportamiento de enfoque regulatorio de salud lo brinda Gonzales (2008) al explicar que las personas con motivación de afiliación en la promoción y prevención de la enfermedad son las que más recaen en conductas de riesgo, dado que suele ser conformista, suele ser aceptado por los demás, pero colocando de lado sus decisiones.

Figura 1

Modelo de motivación de McClelland



Nota: Recuperado de los Estudio de la motivación humana de McClelland en 1989.

El modelo de motivación de McClelland explicó los procesos que se dan cuando una persona desea conseguir algún objetivo a causa de una situación estresante o no. La imagen fue explicada desde un ejemplo de cómo la persona obtiene un objetivo en base a comportamientos de promoción y prevención de la enfermedad.

McClelland (1989) describió en primer lugar (Ver figura 1), la imagen del logro es “el deseo de poder bajar de peso”, la necesidad es “hacerlo bien”, el estado anticipatorio del objetivo positivo es “estar pensando constantemente en lo agradable que se sentirá conseguirlo”, el estado anticipatorio del objetivo negativo es “el pensamiento constante de que quizás fracasará”, el estado objetivo positivo es “el estado de felicidad por haberlo conseguido”, el objetivo negativo es “el estado

de desgracia por no haber triunfado”, las acciones son “los comportamientos que ha estado realizando para bajar de peso, como el salir a correr o comer saludablemente”, los obstáculos del entorno es “que sus padres o amigos comiencen a molestar por tomar la decisión de bajar de peso”, los obstáculos en la persona es “que piensa tanto en las consecuencias que traerá el bajar de peso, que pierde tiempo”, la ayuda es “su personal training le ha dado adecuados consejos con el fin de reforzar lo que viene haciendo y motivándolo”, el objetivo es “cumplir la meta que se trazó a pesar de los diferentes obstáculos y ayuda que recibió en el camino” (McClelland et al., 1953). Este fue el camino que la motivación enfrenta para poder cumplir con objetivos que nos aproximan a vidas más saludables.

El siguiente aspecto que se desarrolló se basa en los dos componentes que, mediante el comportamiento de las personas, ellas mismas se brindan salud, estos son la prevención y promoción de la salud (Gómez et al., 2013).

La prevención de la enfermedad es la acción de evitar actuando de manera anticipada, contra cualquier tipo de enfermedad, robos o accidentes que coloque en peligro la salud de la persona en general (Cefalu et al., 2015; World Health Organization [WHO], 2019).

Según, Quintero, de la Mella & Gómez (2017) describen que la prevención se clasifica en tres apartados (Ver figura 2). La primaria es la conducta responsable o evitativa de no tratar de obtener ninguna enfermedad; la muestra de ello es vacunarse en los tiempos determinados, saber sobre cómo controlar riesgos de salud o ambientales o conocer sobre educación en la salud. La secundaria es el comportamiento de detectar alguna enfermedad en sus inicios, con el fin de que no avance y se generalice; la muestra de ello es realizar exámenes de descarte de enfermedad para detectar si existiera una o acudir a un hospital cuando se presenten síntomas prolongados. La terciaria es el comportamiento de tomar medidas frente a la enfermedad, es decir llevar un tratamiento a corto o largo plazo que pueda aplacar la enfermedad en curso; la muestra de ello es acceder a médicos especialistas que trabaje hacia la eliminación de la enfermedad (WHO, 2019).

Para las organizacionales mundiales la promoción de la salud es un proceso que brinda a las personas el poder de control sobre su propia salud, para ello se

necesita de un método multidisciplinario que promueva la salud, estos son: instituciones privadas o públicas, profesionales de la salud, comunidades y asociaciones, con el fin de alcanzar un estado completo de salud física, mental y social (OPN, 2019).

El cuidado de la salud es un continuo (Ver figura 2), es decir, quizás una persona no tiene ninguna enfermedad debido a que evita constantemente el obtenerlo, esto es un comportamiento de promoción de la salud, sin embargo, años después adquiere una enfermedad y hace todo lo posible para poder aplacarla, esto es una conducta de prevención, tiempo después, una vez eliminada la enfermedad, comienza de nuevo con comportamientos que son dirigidos con el fin de no recaer y no obtener otra enfermedad, es decir volvió a presentar conductas de promoción de la salud (Marshall et al., 2006).

Figura 2.

Continuo de la prevención y promoción de la salud



Nota: Recuperado de OECD Health care quality indicator project. the expert panel on primary care prevention and health promotion por Marshall, Klazinga, Leatherman, Hardy, Bergmann y Mainz en el 2006.

El siguiente aspecto a tratar es que se conoce por la palabra salud. La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de ella (OMS, 2006). En acorde a la teoría de la motivación de McClelland y al concepto de salud, fueron las bases para el entendimiento de la teoría del enfoque

regulatorio de la salud, teniendo en cuenta que la teoría fue desarrollada para explicar los dos estados motivacionales que derivarían en la toma de decisiones y el comportamiento; los dos estados motivacionales son la promoción y prevención de la enfermedad que son diferentes y semejantes en algunos de sus puntos (Higgins, 1997).

Todo comportamiento que estuvo dirigido a conseguir un objetivo se encuentra regulado por dos sistemas llamados promoción y prevención, los dos sistemas se diferencian al momento de abordar el problema de salud, sin embargo, cumplen la misma función de supervivencia en un contexto que te puede llevar a la enfermedad (Higgins, 2002).

Según Higgins (2002) describe que en la psicología el primer sistema de promoción se encarga de los cuidados a tener en cualquier aspecto de la vida diaria, procurando alcanzar altos niveles de logros y relacionadas con las preocupaciones de resultados positivos; es decir la promoción es aprovechar las oportunidades que alguna institución o persona brinda para el cuidado de la salud. Por otro lado, el sistema de prevención se encarga de conseguir seguridad y el cumplimiento de responsabilidades que se relacionan con la ausencia de resultados negativos, es decir, son los constantes intentos de poder evitar el peligro.

En conclusión, el Enfoque Regulatorio influyó en las decisiones que la persona toma en torno a su salud en general (Groenewoud et al., 2015; Lin, 2015). Sin embargo, los resultados de una decisión pueden variar, si la decisión fue tomada en el sistema de promoción de la salud, los resultados se centrarán en el progreso y mejora, en contraste con el sistema de prevención que los resultados, que se centrarán en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar la recaída (Higgins, 1997).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación fue de tipo no experimental, dado que según Kerlinger & Lee (2002) no se manipuló intencionadamente la variable y principalmente se basó en la observación del fenómeno tal como es en su contexto. Asimismo, fue de corte transversal, porque para Hernández-Sampieri & Mendoza (2018) el recojo y análisis de los datos de la investigación se realizó en un periodo de tiempo corto. Por otro lado, es cuantitativo y de nivel básico, porque los resultados proporcionaron revelar la naturaleza de una variable a través de resultados numéricos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por último, la investigación buscó revisar las propiedades psicométricas de una medida psicológica, por lo tanto, es de diseño instrumental (Ato et al., 2013).

3.2. Variables y operacionalización

La variable a investigar es el Enfoque Regulatorio de la Salud, y que, dado los objetivos del trabajo, se encuentra dentro de la categoría cuantitativa. Su cuantificación se dio por medio de un proceso llamado operacionalización de la variable, el cual consiste en la fragmentación de la variable para obtener su medición (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Los componentes de la operacionalización son las siguientes:

Definición conceptual: Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).

Definición operacional: Se entiende todos los comportamientos dirigidos hacia las buenas prácticas de salud (Prevención y promoción) obtenidas a través de la escala de enfoque regulatorio de salud (Higgins, 1997).

Indicadores: Comportamiento hacia lo saludable, Comportamiento evitativo o dañino (Gómez et al., 2013).

Escala de medición: La escala de medición de los ítems es mediante la ordinalidad, sin embargo, cuando se evalúa en conjunto, es decir, por dimensiones o constructo en general, adquiere la continuidad (Bologna, 2010).

3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis

En el desarrollo de la investigación, fue necesario y útil aclarar los siguientes términos que la componen. Por ello, la población es un conjunto de personas que comparten características en común, en un espacio de tiempo y lugar (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En tal sentido, los pacientes diagnosticados con código blanco y que reciben tratamiento TARGA, asciende alrededor de 115,700 pacientes, entre pacientes que tienen 18 años de edad hasta 65 años a más, en todo el Perú (CDC, 2019).

Para seleccionar a los participantes se elaboró una tabla con las características de criterios de inclusión y exclusión; de acuerdo a las recomendaciones de buenas prácticas en metodología de la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión para los participantes código blanco

N°	Etiquetas	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1	Estar inscrito en el programa TARGA	*	
2	Ser mayor a 18 años	*	
3	Nacionalidad peruana	*	
4	Cualquier tipo de Género	*	
5	Deseos de Colaborar con la investigación	*	
6	Ser menor de edad		*
7	Nacionalidad extranjera		*
8	Estar en estadio SIDA		*

Nota. * = Presenta

En contraste a lo anterior, un subgrupo representativo del total fue llamado muestra, el cual al igual que la población, poseyó características en común (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Por lo tanto, la muestra de la investigación fue compuesta por 235 pacientes con diagnóstico de VIH. Que fueron evaluados conforme su disposición y en el cumplimiento con los criterios de inclusión.

Por último, la investigación recolectó los datos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que el recojo de datos se dio por medio de la

accesibilidad y disposición de los participantes con diagnóstico de VIH (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

La unidad de análisis de la investigación fueron todas las personas diagnosticadas con código blanco que pertenecieron a la muestra (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

En la tabla 2, se observa que la muestra quedo constituida por 235 participantes cuyas edades oscilaron entre 18 a 65 años (M=32,80).

Tabla 2
Características Sociodemográficos (n°=235)

	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	225	95.7
Femenino	10	4.3
¿Hace cuánto tiempo tiene el Diagnostico?		
0 - 5 años	165	70.2
6 - 10 años	46	19.6
11 - 15 años	14	6.0
16 - 20 años	10	4.3

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la investigación se hizo uso de la técnica de encuesta, dado que se manejó un protocolo que la Universidad Cesar Vallejo brinda a sus investigadores para evaluar las evidencias de validez basadas en el contenido, por medio de los criterios de claridad, pertinencia y representatividad. Con el fin de evaluar los ítems en un contexto determinado (Intenational Testing Commision [ITC], 2017).

La Escala Enfoque Regulatorio de Salud está compuesta por 8 ítems, en dos dimensiones (Promoción de la salud y prevención de la enfermedad), con opciones de respuesta de tipo Likert como: Totalmente en desacuerdo = 1, En desacuerdo = 2, Algo en desacuerdo = 3, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 4, Algo de acuerdo = 5, De acuerdo = 6 y Totalmente de acuerdo = 7 (Gómez et al., 2013).

Por otro lado, en las evidencias de validez relacionadas a la estructura interna de la escala, mediante el Análisis Factorial Confirmatorio, los autores realizaron el

modelo bajo dos factores, arrojando un modelo adecuado de GFI = .98, AGFI = .95, CFI = .97, TLI = .98 y RMSEA = <.08. Todos los ítems conteniendo cargas factoriales $\geq .70$. Además, se evaluó las evidencias de validez discriminante la dimensión de promoción no se correlación con la afectividad negativa ($r = -.10$, $p = .10$) ni tampoco con autoestima ($r = -.09$, $p = .11$), la dimensión de prevención se correlaciono con la efectividad positiva ($r = .05$, $p = .35$) y ($r = .07$, $p = .22$) con la autoestima (Gómez et al., 2013).

Por último, los autores realizaron el análisis de la fiabilidad, a través del método de consistencia interna por el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo valores adecuados en la dimensión de prevención de la enfermedad ($\alpha .77$) y para la dimensión un valor bueno ($\alpha .88$) de la promoción de la salud (Gómez et al., 2013).

3.5. Procedimiento

El modo de recolección de toda la información concerniente a la variable de Enfoque Regulatorio de Salud, se llevó a cabo en las bases de datos que el campus virtual suministra a sus estudiantes, dentro de ello se encontró base de datos de alto prestigio como: EBSCO y SCOPUS. Por ello, para filtrar la literatura científica se usaron las siguientes palabras claves en el idioma inglés: “HIV Promotion and Prevention of Diseases, Regulatory Health Approach, Motivation theory, Psychometric Properties of the Health Regulatory Approach Scale”.

La manipulación de la variable no fue de modo directo, sino indirecto, ya que es un constructo o variable psicológica no observable (Ato & Vallejo, 2015). Por ello, en la investigación se llevó a cabo las técnicas de traducción y los procedimientos de adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS). La adaptación viene a ser un cambio en la estructura, las puntuaciones y los ítems de la escala; para otro tipo de cultura, tipo de lenguaje o nivel socioeconómico; pero sin afectar la medición de la variable (AERA et al., 2014). Por ello, el procedimiento sistemático fue el siguiente.

Primero, fue traducir todos los ítems del instrumento por traductores certificados y colegiados, por traducción se entiende que fue el proceso de convertir ítems del idioma original al idioma de conveniencia, llamándose también método de

traducción directa, por otro lado, también se realizó el método inverso, que significa convertir los ítems al idioma original; dichos procesos permitieron conocer si existió alguna variación terminológica (Muñiz et al., 2013). Aquel proceso de traducción permitió obtener la adecuación cultural de los ítems al contexto específico de conveniencia (AERA et al., 2014).

Segundo, los ítems, se pasaron a ser analizados por cinco jueces expertos en la especialidad de psicología clínica y de la salud, el cual evaluaron la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems en torno al constructo que representan; con el propósito de modificar palabras que conllevan a incrementar varianza irrelevante dentro del constructo (AERA et al., 2014).

Por último, el recojo de los datos se realizó por medio de la encuesta virtual de Google Forms, dada la coyuntura de aislamiento social decretado por el Gobierno Peruano, optándose por realizar el recojo de datos de manera virtualizada. El instrumento virtual se distribuyó a asociaciones de pacientes con código blanco, grupos de Facebook y grupos de WhatsApp. La estructura del formato tuvo los siguientes apartados: Presentación de los investigadores e investigación, consentimiento informado y la escala a evaluar. Es importante enfatizar que en el documento virtual de consentimiento informado se precisaron todos los datos de los investigadores, el objetivo, título y la confidencialidad que brinda la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

3.6. Métodos de análisis de datos

Para los métodos de análisis de datos, fue importante conocer en primer lugar la conceptualización, su proceso dentro de la investigación y sus principales puntos de corte. Por ello, los métodos en orden de desarrollo son los siguientes:

Para el método preliminar a los datos de la muestra, se realizó un análisis descriptivo de los ítems, por medio de la Asimetría y Curtosis, cuyo rango debió tener valores entre ± 1.5 , ello permitió conocer si la data posee distribución normal univariada o no (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010) el análisis se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS25.

Por otro lado, se realizó un piloto, el cual es una simulación de todos los estudios que se realizarán, para conocer los primeros resultados psicométricos de la escala (Muñiz et al., 2013). Dicha evaluación fue a 130 pacientes con VIH, que permitieron conocer las evidencias de validez de constructo, por medio del Análisis Factorial Confirmatorio en el programa Jamovi; por otro lado, los resultados de fiabilidad de la escala general y por sus dimensiones, se conocerán por medio del uso del coeficiente Omega, el cual permitió conocer la estabilidad de las puntuaciones del test al promediar todas las cargas factoriales (Lloret-Segura et al., 2014).

Posterior a ello, cuando ya se obtuvo toda la información de la muestra, este paso a conocer las primeras evidencias validez, por validez se entendido que es el grado en que la evidencia y la teoría apoyan las interpretaciones de los puntajes de la prueba para un uso específico (AERA et al., 2014). Entonces, en la investigación se analizaron las evidencias de validez de contenido, el cual es la relación que permite conocer cuanto el ítem está siendo representativo y relevante al constructo que se pretender medir (AERA et al, 2014). El índice que permitió aquella adecuación cultural y lingüística es el resultado de los cinco jueces expertos, cuya valoración se efectuó a través el índice de la V de AIKEN, cuyo punto de corte es $>.08$ (Aiken, 1980).

Después, se evidenciaron los resultados de la validez de estructura interna, que es el grado en que las relaciones entre los elementos de la prueba y sus componentes del mismo se ajustan a la construcción en la que se basan las interpretaciones de las puntuaciones de la prueba (AERA et al., 2014). Los resultados serán por medio del Análisis Factorial Confirmatorio, que concluyó en un modelo, a partir de ello, el modelo fue valorado a partir de los siguientes índices de bondad de ajuste, como: (CFI) índice de ajuste comparativo, (TLI) índice de Tucker-Lewis, (RMSEA) error de aproximación cuadrático medio (RMR) e índice de error cuadrático medio (Escobedo et al., 2015). Teniendo como puntos de corte a: buenos $>.90$ u óptimos $>.95$ para CFI, GFI, TLI; por otro lado, para los errores el punto de corte es de $<.08$ para RMSEA y RMR (Hu & Bentler, 1999).

Por último, la confiabilidad o la consistencia de una medida psicológica, es el grado en que el test esté libre de error aleatorio, el cual conllevan a producir los

mismos resultados en diferentes aplicaciones (AERA et al., 2014). Los resultados de la fiabilidad de las puntuaciones del instrumento, bajo el método de consistencia interna, que es el grado de interrelación u homogeneidad entre los ítems de una prueba, de modo que sean consistentes entre sí y midan lo mismo (AERA et al., 2014). Además, también se trabajó con el coeficiente omega, ya que su análisis parte del promedio de todas las cargas factoriales del modelo propuesto, es decir la suma ponderada, brindando cálculos más estables y verdaderos de fiabilidad (Ventura-León, 2017). Teniendo como punto de corte mayor valores $>.70$ (AERA et al., 2014)

3.7. Aspectos éticos

La investigación que se desarrolló es consciente de lo importante que son los aspectos éticos, tanto en el recojo de datos y en el análisis de datos. Para ello, se consultó con el código de ética del psicólogo peruano, propuesto por el Colegio de Psicólogos del Perú. Disponiéndose y haciéndose todos los esfuerzos necesarios para la aprobación del consentimiento informado virtual por parte de todos los participantes, el consentimiento informado es un documento importante, que se encuentran en el artículo 24 del código de ética del psicólogo peruano, asimismo, en el principio ético (8.01) de la Asociación Americana de psicología (American Psychological Association, 2017; Colegio de Psicólogos del Perú, 2017). Por otro lado, se pidió el permiso de autoría a los creadores de la escala, proceso mencionada en las directrices internacionales de los test (ITC, 2017). Además, como se estipula en el código de ética, se mantendrá en confidencialidad todos los datos personales de los evaluados (Colegio de psicólogos del Perú, 2017).

IV. RESULTADOS

A continuación, se evidenciará los resultados estadísticos analizados para la obtención de las propiedades psicométricas; como validez de contenido por criterio de jueces; evidencia de validez por estructura interna mediante AFC. También, determinar la confiabilidad por consistencia interna, a través de los índices de coeficiente de omega.

En la Tabla 3, se observa que mediante la técnica de traducción directa e inversa por traductores certificados y colegiados, no se realizó ningún cambio en los ítems de la versión original.

Tabla 3

Proceso de traducción directa e indirecta de la Escala HRFS

<i>Items</i>	<i>T.D.</i>	<i>T.I</i>
1	No dudo en aceptar nuevas experiencias si creo que pueden mejorar mi salud.	I do not hesitate to embrace new experiences if I think they can improve my health.
2	Si logro alcanzar un objetivo de salud, esto me motiva a seguir avanzando.	If I succeed in reaching a health goal, it motivates me to keep moving forward.
3	Creo que cuidar de mi salud es agradable.	I think that taking care of my health is pleasurable.
4	Me veo como una persona que hace todo lo posible por mejorar su salud.	I see myself as someone who does my utmost to improve my health.
5	Si veo una buena oportunidad para mejorar mi salud, la aprovecho de inmediato.	If I see a good opportunity to improve my health, I take advantage of it right away.
6	Con frecuencia pienso en los problemas de salud que podría tener el futuro.	I frequently think about the health problems I may have in the future.
7	Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfermarme.	When I adopt a health behavior, I do so because I want to protect myself from getting sick.
8	A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud.	I often worry about mistakes I could make regarding my health.

Nota: T.D. = Traducción Directa; T.I. = Traducción Inversa

En la Tabla 4, se observa los datos de los expertos en el área de Psicología Clínica, en dicho cuadro se describe nombres, Documento Nacional de Identidad y número de colegiatura. En el anexo 5 se observan las evidencias de los resultados físicos.

Tabla 4

Jueces expertos que participaron en la adaptación lingüística y cultural de la Escala de Enfoque regulatorio de salud (HRFS).

<i>Nombre del validador</i>	<i>DNI</i>	<i>Nº de colegiatura</i>	<i>Especialidad</i>
-----------------------------	------------	--------------------------	---------------------

Mg. Betty Peña Tomas	42214998	16903	Psicóloga Clínica
Mg. Desiree Salazar Ramírez	09275582	04037	Psicóloga Clínica
Mg. Gerardo Bellido Figueroa	42723173	15540	Psicólogo Clínico
Mg. Joe Saenz Torres	43570221	22210	Psicólogo Clínico
Mg. Patricia Salazar Ramírez	09275583	04025	Psicóloga Clínica

En la Tabla 5, para la obtención de evidencias de validez relacionadas al contenido de la prueba, se estimó el método cuantitativo. Para ello, en el método cuantitativo se optó por contar con asesoría profesional de 5 expertos en el tema, todos los ítems fueron evaluados por los expertos según su pertinencia, relevancia y claridad (ITC, 2017). El presente estudio se realizó con un modelo de 8 ítems ubicados en dos dimensiones, los resultados fueron ≥ 0.80 lo cual indica que los jueces están de acuerdo con el constructo (Aiken, 1980).

Tabla 5

Validez de contenido de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud

Ítems	V. de Aiken (Per)	V. de Aiken (Rele.)	V. de Aiken (Clar)	Total
1	0.87	0.87	0.87	0.87
2	0.93	0.93	0.87	0.91
3	1	1	0.87	0.96
4	1	1	1	1
5	1	1	0.87	0.96
6	1	1	0.87	0.96
7	0.93	0.93	0.8	0.89
8	0.93	0.93	0.93	0.93

Nota: Per = Pertinencia; Rele = Relevancia; Cla = Claridad

En la Tabla 6, se observa que la asimetría y curtosis de los ítems se encuentran entre los valores de ± 1.5 , esto posibilita conocer que la data posee distribución normal según (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). Asimismo, en la relación ítem total corregida, indican que los reactivos muestran valores superiores o próximos a 0.20, por lo que se consideran adecuados (Hernandez, Fernandez, & Babtista, 2014).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos n=(130)

Ítems	Min.	Max.	M	DE	g ¹	g ²	Ritc
V1	5	7	6.42	0.555	-0.243	-0.923	0.341
V2	6	7	6.68	0.469	-0.766	-1.436	0.340
V3	6	7	6.67	0.472	-0.728	-1.494	0.474
V4	5	7	6.32	0.696	-0.535	-0.815	0.494
V5	4	7	6.49	0.662	-1.112	0.776	0.537
V6	4	7	6.14	0.702	-0.472	0.083	0.289
V7	5	7	6.51	0.532	-0.345	-1.212	0.523
V8	4	7	5.97	0.862	-0.530	-0.334	0.349

Nota. M=Media, DE=Desviación Estándar, g1= Asimetría, g2= Curtosis, Ritc=Correlación ítem–test corregida

En la Tabla 7, se evidencia los resultados del estudio piloto relacionadas a las puntuaciones de la escala (HRFS). La propuesta de esta investigación se basa en un modelo de 8 ítems y 2 dimensiones, por ello se realizó un análisis de fiabilidad por alfa y omega. Donde alfa obtiene una puntuación 0.713 y el coeficiente omega 0.74. Estando dentro de los valores óptimos aceptables y confiables. Ya que, para considerar un valor aceptable de fiabilidad, estos deben estar dentro del rango de .70 y .90 (Campos Arias y Oviedo, 2008; Katz, 2006).

Tabla 7

Resultados de fiabilidad por consistencia interna a través del método de alfa y omega (n=130)

	Cronbach's α	McDonald's ω
HRFS	0.713	0.74

Nota: α = Alfa; ω = Omega.

Se procedió con la limpieza de datos para la ubicación de casos atípicos univariados y multivariados. Primero se analizaron los puntajes Z los que estuvieron ubicados en el rango de +3/-3, luego se analizó la distancia de Mahalanobis (<.001) donde se logró ubicar 5 casos atípicos multivariados, que correspondían a los sujetos: 40, 51, 60, 64, 296, los que fueron eliminados y así continuar con el análisis de los resultados (Tabachnick & Fidell, 2019). De este modo, al eliminar los casos atípicos nuestra muestra se redujo de 240 participantes a 235 como muestra final.

Análisis Factorial Confirmatorio

A continuación, en la Tabla 8, los índices de ajustes adquiridos de cada modelo dieron información sobre las reespecificaciones realizadas para alcanzar valores adecuados, es así en el M1 (8 ítems), debido a que no presentaba normalidad de variables, mostrando valores de $SB-X^2 / gl = 3.0$, también se observó un $CFI=0.855$, $TLI=0,786$, $SRMR=0.0636$, $RMSEA=0.0935$ y un $AIC=3243$, estos valores no están dentro de los parámetros establecidos. Por lo tanto, no es posible confirmar la estructura interna. Por consiguiente, se presenta el M2 (7 ítems), en el cual se retiró el ítem 6, el cual presentaba carga por debajo de .30, Obteniendo como resultado un $SB- X^2 / gl=2.0$ encontrándose por debajo de 5, $CFI=0.945$ estando sobre el valor estimado $> .85$ (Brown, 2006), de igual forma se observa un $TLI=0.910$ lo cual muestra un adecuado ajuste $>.90$ (Tucker & Lewis 1973), el $SRMR=0.0430$ se ajusta por ser $<.08$ (Hu & Bentler, 1999), así también el $RMSEA=0.0651$ está dentro de lo establecido $<.08$ (Steiger & Lind, 1980), y un $AIC=2735$. Por lo tanto, el modelo 2 obtuvo valores aceptables.

Tabla 8

Índice de ajuste de un modelo de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) n=235

Modelos	X^2/gl	TLI	CFI	SRMR	RMSEA	AIC
Modelo 1	3.0	0.786	0.855	0.0636	0.0935	3243
Modelo 2	2.0	0.910	0.945	0.0430	0.0651	2735

Nota. X^2/gl = Chi cuadrado sobre grado de libertad, TLI= Índice de Ajuste no normado, CFI= Índice de Ajuste Comparativo, SRMR= Raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación. AIC= Criterio de información de Akaike.

En la Tabla 9, se observan los índices obtenidos de las cargas factoriales de los ítems. En el modelo 1, conformado por 8 ítems, planteados por el autor original, en la que la dimensión 1 esta conformado por los ítems (1, 3, 4, 6, 8) y en la dimensión 2, conformado por los ítems (2, 5, 7). Por otro lado, en el modelo 2, conformado por 7 ítems, donde el ítem eliminado fue el ítem (6), quedando con valores entre .334 a .675 en los 7 ítems de estudio, lo que se considera aceptable para la investigación (Tabachnick & Fidell, 2011).

Tabla 9

Cargas factoriales, consistencia interna y correlación entre factores de la escala HRFS

Items	M1 (8 items)	M2 (7 items)
Promoció n		
V1	0.426	0.433
V3	0.578	0.594
V4	0.669	0.675
V6	0.236	-
V8	0.390	0.360
Prevenció n		
V2	0.334	0.344
V5	0.591	0.595
V7	0.519	0.507

Nota: M1 (8 items)= Modelo de 2 factores; M2 (7 items)= Modelo de 2 factores; *= Carga factorial baja

En la Tabla 10, se presentan los resultados obtenidos del análisis descriptivo de la escala Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS), en la cual se obtuvo la validez de constructo, con una normalidad univariada mediante asimetría y curtosis cuyos valores se hallan en el rango +1.5/-1.5, buena correlación ítem-test (ritc) cuyos valores se encuentran dentro del >.20, por tanto el resultado indica buena correlación ítem-test (Hernández, Fernández, & Babtista, 2014), de igual manera se evidencian los valores mínimo y máximo de cada ítem, desviación estándar y la media.

Tabla 10

Análisis descriptivo de los ítems de la Escala Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) n=235

Items	Min.	Max.	M	DE	g ¹	g ²	ritc
1	5	7	6,40	0,557	-0,214	-0,880	0.354
2	6	7	6,69	0,465	-0,802	-1,368	0.282
3	6	7	6,69	0,465	-0,802	-1,368	0.463
4	5	7	6,39	0,679	-0,660	-0,664	0.540
5	5	7	6,49	0,656	-0,922	-0,269	0.503
7	5	7	6,51	0,534	-0,382	-1,140	0.454
8	4	7	6,06	0,857	-0,656	-0,206	0.297

Nota.: Min.: Mínimo, Max.: Máximo, M: Media, DE: Desviación estándar, g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher, ritc: Correlación ítem-test corregida,

En la tabla 11, En cuanto al análisis de confiabilidad por consistencia interna de la muestra de la escala de enfoque regulatorio de salud (HRFS), los resultados obtenidos con 235 participantes, muestra que su nivel de confiabilidad es de 0.83 para promoción y 0.71 para prevención, lo que significa que su coeficiente de fiabilidad tiene un valor aceptable y confiable ya que es mayor a .70 (Campos Arias y Oviedo, 2008; Katz, 2006).

Tabla 11

Análisis de fiabilidad por consistencia interna a través del método omega n=235

Dimensiones	ítems	ω	Elementos
Promoción	1,3,4,8	0.83	4
Prevención	2,5,7	0.71	3

Nota: ω = Omega; n=235 datos obtenidos por medio del estadístico jamovi.

Diagramas

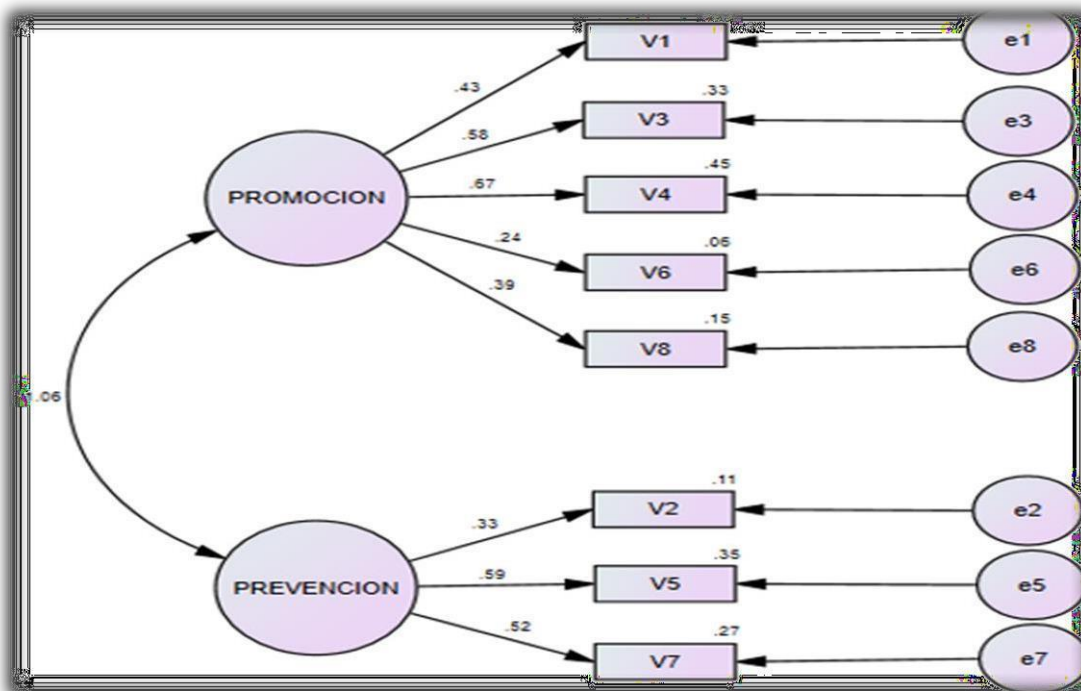


Figura 1. Modelo de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (8 ítems).

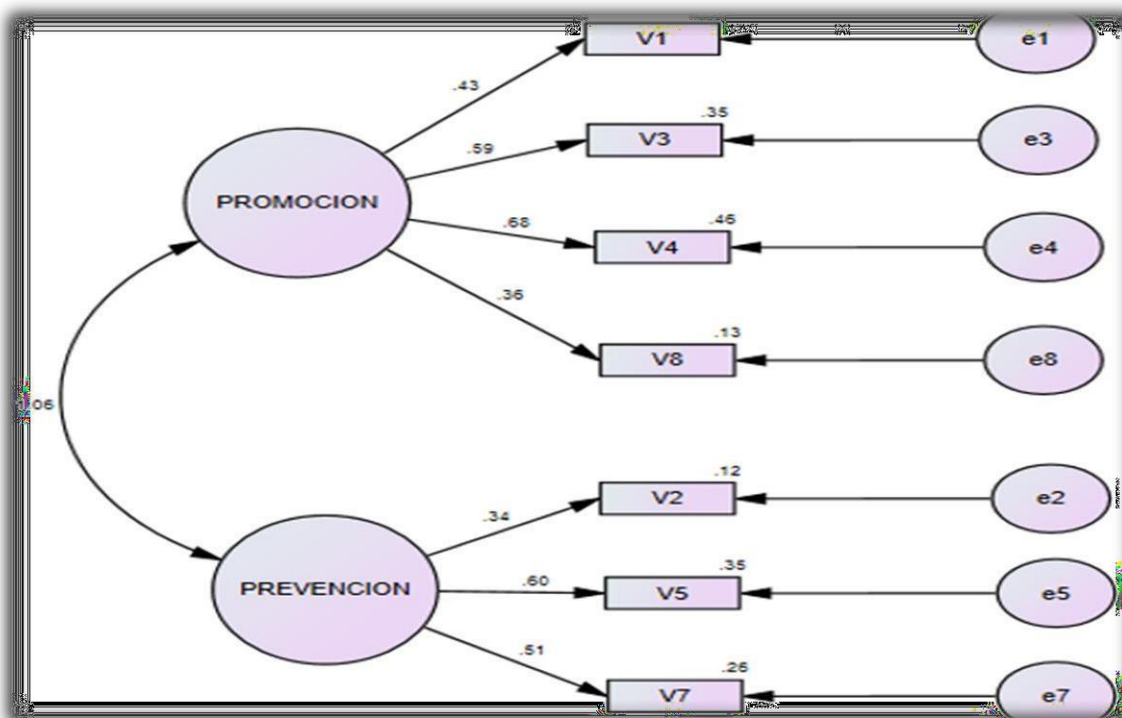


Figura 2. Modelo de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (7 ítems).

V. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud ha sido estudiada previamente en el entorno internacional en una muestra de adultos, este estudio ahora busca hallazgos en el contexto de una muestra de pacientes con VIH de Lima Metropolitana, manteniendo las recomendaciones y sugerencias de los autores que adaptaron la escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en estudiantes de Francia. (Gómez et al., 2013). La escala cuenta con 8 ítems y dos dimensiones, las cuales son Promoción y prevención.

El objetivo de esta investigación fue la adaptación de la escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en pacientes adultos con VIH de Lima Metropolitana, a través de las evidencias de validez de contenido, estructura interna y fiabilidad por consistencia interna. Los resultados obtenidos en el capítulo antepuesto dan a conocer que los datos psicométricos conseguidos por la investigación tuvieron puntuaciones aceptables.

Para el primer objetivo de esta investigación se buscó traducir todos los ítems de la escala por traductores certificados y colegiados. Entendemos por traducción directa e inversa, el proceso de convertir ítems del idioma original al idioma de conveniencia y viceversa.

Con respecto al segundo objetivo, se buscó la validez vinculada al contenido mediante el criterio de jueces expertos, esto indica el grado en que los ítems que conforman la escala entorno al constructo que representan. Este método tuvo el propósito de modificar palabras que conllevan a la varianza del constructo. (AERA et al., 2014). Cabe mencionar que, la solicitud de aprobación o desaprobación de los ítems que son analizados, teniendo en cuenta el veredicto de juicio de expertos, los cuales son profesionales con experiencia en el tema a tratar. En esta investigación se contó con la participación de cinco psicólogos clínicos colegiados, estos concordaron que la escala HRFS presenta una pertinencia, relevancia y claridad óptima para evaluar.

En el tercer objetivo, se logró analizar las evidencias de validez del constructo mediante el análisis factorial confirmatorio, de la versión francesa de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en pacientes adultos con VIH de Lima Metropolitana. Para ello se analizó el modelo propuesto por Gómez et al.

(2013) que consta de 2 dimensiones y 8 ítems. Este modelo se mostró de la siguiente manera (GFI = .98, AGFI = .95, CFI = .97, TLI = .98 y RMSEA = <.08) este modelo presento valores aceptables a comparación del modelo desarrollado por Ferrer et al. (2017) con un $\chi^2(53) = 351,715$, $p < 0.001$, CFI = .87. RMSEA = .08. Sin embargo, el segundo modelo propuesto durante la investigación demostró tener un mejor ajuste que los dos ya mencionados. Confirmando así la estructura apoyada en evidencias de validez por medio del AFC con valores necesarios, comparativos y aceptables ($\chi^2/df = 2.0$; CFI=0.91; TLI=0.94; SRMR=0.04; RMSEA= 0.06; AIC= 2735), lo cual indica que el modelo propuesto, con 1 ítem menos, se ajusta de una mejor forma a la población estudiada. Así también, en la matriz factorial se estiman cargas factoriales por encima del .40, también existen valores inferiores, lo que sugiere una verificación para su eliminación o edición. Consecutivamente, se adquirieron los datos descriptivos de asimetría y curtosis, mostrando valores entre ± 1.5 ; comprobándose que la distribución es asimétrica (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

El cuarto objetivo, buscó analizar las evidencias de fiabilidad por medio del coeficiente Omega. El resultado logrado fue de 0.83 para promoción y 0.71 para prevención, el cual es considerado aceptable. Frente a los resultados que obtuvo Gómez et al. (2013) de fiabilidad, donde promoción fue de .88 y para prevención fue de .77. Siendo semejantes y aceptables. Ya que el rango es de .70 a .90 (Campos-Arias & Oviedo, 2008). Se optó por el coeficiente Omega por ser adecuado frente al uso de modelos factoriales (Ventura-Leon y Caycho-Rodriguez, 2017). Los resultados mostraron que esta nueva adaptación del HRFS, para pacientes adultos con VIH de Lima Metropolitana, muestra valores aceptables de confiabilidad a través del método de consistencia interna; esto mantiene relación con las demás investigaciones, ya que son valores similares a los hallados por los autores originales Gómez et al. (2013), así como en otras investigaciones en países como: Alemania (Schmalbach et al. 2017), Estados Unidos (Ferrer et al. 2017), cuyos coeficientes de fiabilidad se sitúan en una población o muestra diferente a la de pacientes adultos con VIH.

Cabe mencionar que, existieron algunos imprevistos en el proceso de investigación, una de ellas fue la participación de pacientes adultos con VIH, frente

a la identificación y/o relación de los datos que esta proporcione en una encuesta, esto debido a que se le reconozca como portador y sea víctima de discriminación. Asimismo, la recolección de datos de forma virtual, fue un procedimiento por el cual se optó debido a la coyuntura en la que vivimos actualmente, una problemática de salud social. El estado de emergencia decretado por el gobierno frente al COVID 19, retraso en cierta forma la aplicación de la encuesta, fue difícil encontrar y llegar a esta población por medio del Google forms.

Finalmente, considerando los resultados antes señalados, se evidencia que la escala estudiada reúne los requisitos de validez y confiabilidad útiles para medir el Enfoque Regulatorio de salud en pacientes adultos con VIH de Lima Metropolitana.

VI. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se concluye que:

1. Se consiguió determinar la adaptación de la Escala de Enfoque regulatorio de salud (HRFS) en pacientes adultos con VIH de Lima metropolitana, mediante propiedades psicométricas adecuadas en modelo reespecificado (Modelo 2).
2. Se determinó la traducción directa e inversa de la escala HRFS, siendo adecuada y precisa para la población de pacientes adultos con VIH. observando que no se alteró el contenido teórico.
3. Se determinó las adecuadas evidencias de validez relacionadas al contenido de la escala, ya que los resultados de los jueces fueron significativos $>.80$. los ítems poseen relevancia, representatividad del constructo a medir.
4. Se determinó que la escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) mostro adecuadas evidencias empíricas de validez de constructo mediante estructura interna, con un modelo de 7 ítems y 2 factores relacionados ($\chi^2/gf = 2.0$; CFI = 0.94; TLI= 0.91; SRMR= 0.04; RMSEA = 0.06; AIC = .273), estableciendo un modelo diferente al planteado por el autor original, contrastando resultados favorables en relación con otros trabajos previos.
5. El instrumento de la escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS), alcanzo puntuaciones apropiadas correspondientes a niveles de confiabilidad por consistencia interna, mediante el coeficiente Omega. En Promoción $\omega = 0.83$ y en Prevención $\omega = 0.71$.

VII. RECOMENDACIONES

1. Para continuar contribuyendo en el fortalecimiento de la comunidad científica y en la formación de profesionales de la Psicología, es recomendable trabajar con los resultados referentes a la investigación realizada, a modo de ampliar las aportaciones generadas.
2. Se recomienda tener en presente la traducción de la escala y de ser necesaria, la adaptación lingüística de la misma, ello para su correcta presentación e interpretación en determinadas muestras de estudio.
3. Se recomienda realizar nuevos estudios considerando relacionar la escala con otros constructos para fortalecer el estudio mediante la validez convergente y divergente.
4. Se recomienda nuevos estudios considerando una muestra más representativa a la obtenida, para así contar con resultados más sólidos y fiables. Estas pueden ser en ámbito nacional o internacional.
5. Se recomienda utilizar en futuras investigaciones el método de test-retest con el fin de garantizar la estabilidad y confiabilidad de la escala.

REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955–959. <https://doi.org/10.1177/001316448004000419>
- Ali, A., & Katz, D. L. (2015). Disease prevention and health promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5), S230–S240. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.019>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *Including 2010 and 2016 Amendments*. APA. <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Educational Research Association.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association. The official guide to APA style (7th ed.)*. American Psychological Association.
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Pirámide.
- Bares, S., Eavou, R., Bertozzi-Villa, C., Taylor, M., Hyland, H., McFadden, R., ... Pitrak, D. (2016). Expanded HIV testing and linkage to care: conventional vs. point-of-care testing and assignment of patient notification and linkage to care to an HIV care program. *Public Health Reports*, 131(1), 107–120. <https://doi.org/10.1177/00333549161310s113>
- Bologna, E. (2010). *Estadística en psicología*. Editorial Brujas.
- Campos-Arias, A. Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Escala de estrés percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>

- Cefalu, W. T., Bray, G. A., Home, P. D., Garvey, W. T., Klein, S., Pi-Sunyer, F. X., ... Ryan, D. H. (2015). Advances in the science, treatment, and prevention of the disease of obesity: reflections from diabetes care editors. *Expert Forum. Diabetes Care*, 38(8), 1567–1582. <https://doi.org/10.2337/dc15-1081>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2018). Boletín VIH/SIDA. *Boletín Epidemiológico 2019*. DGE. https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=category&id=55&Itemid=362
- Chi, P., & Li, X. (2012). Impact of parental HIV/AIDS on children's psychological well-being: a systematic review of global literature. *AIDS and Behavior*, 17(7), 2554–2574. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0290-2>
- Chocó, A. (2016). Elementos para evitar errores en el diseño de investigaciones en ciencias de la salud. *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia*, 26(1), 78-92.
- Coe, G., & de Beyer, J. (2014). The imperative for health promotion in universal health coverage. *Global Health: Science and Practice*, 2(1), 10– 22. <https://doi.org/10.9745/ghsp-d-13-00164>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. Colpsic. https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/CodigoEticaPeru.pdf
- Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación Tecnológica. (2020). ALICIA. *Buscar trabajos*. [CONCYTEC], <https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Search/Results?lookfor=ENFOQUE+REGULATORIO+DE+LA+SALUD&type=AllFields>
- Domínguez, S. (2012). Análisis psicométrico de la escala de bienestar psicológico para adultos en estudiantes universitarios de Lima: un enfoque de ecuaciones estructurales. *Psicología Avances de la Disciplina*, 8(1), 23-31. Scielo. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1900-23862014000100003
- Escobedo, M., Hernandez, A., Estebané, V. y Martinez, G. (2015). Modelos de ecuaciones estructurales: características, fases, construcción, aplicación y

resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>

Echterhoff, G., Higgins, E. T., & Levine, J. M. (2009). Shared reality: experiencing commonality with others' inner states about the world. *Perspectives on Psychological Science*, 4(5), 496–521. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01161.x>

Ferrando, P.J. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. Anales. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>

Fernández, A., Pérez, E., Alderete, A., Richaud, M. y Fernández, M. (2010). ¿Construir o adaptar test psicológicos? Diferentes respuestas a una cuestión controvertida. *Evaluar*, 10(11), 60-74. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v10.n1.459>

Ferrer, R. A., Lipkus, I. M., Cerully, J. L., McBride, C. M., Shepperd, J. A., & Klein, W. M. P. (2017). Developing a scale to assess health regulatory focus. *Social Science & Medicine*, 195, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.029>

Florom-Smith, A. L., & De Santis, J. P. (2012). Exploring the concept of HIV-Related stigma. *Nursing Forum*, 47(3), 153–165. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00235.x>

Gomez, P., Borges, A., & Pechmann, C. (2013). Avoiding poor health or approaching good health: Does it matter? The conceptualization, measurement, and consequences of health regulatory focus. *Journal of Consumer Psychology*, 23(4), 451–463. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2013.02.001>

Gonzales, D. (2008). *Psicología de la motivación*. Editorial Ciencias Medicas

Groenewoud, S., Van Exel, N. J. A., Bobinac, A., Berg, M., Huijsman, R., & Stolk, E. A. (2015). What influences patients' decisions when choosing a health care provider? measuring preferences of patients with knee arthrosis, chronic depression, or alzheimer's disease, using discrete choice experiments. *Health*

Services Research, 50(6), 1941–1972. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12306>

Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HILL.

Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280–1300. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.52.12.1280>

Higgins, E. T. (2002). How self-regulation creates distinct values: the case of promotion and prevention decision making. *Journal of Consumer Psychology*, 12(3), 177–191. https://doi.org/10.1207/s15327663jcp1203_01

Higgins, E. T., Friedman, R. S., Harlow, R. E., Idson, L. C., Ayduk, O. N., & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: promotion pride versus prevention pride. *European Journal of Social Psychology*, 31(1), 3–23. <https://doi.org/10.1002/ejsp.27>

Hu & Bentler, (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>

ITC Guidelines for Translating and adapting Tests (Second Edition). (2017). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134. <https://doi.org/1080/15305058.2017.1398166>

Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2012). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), 490–501. <https://doi.org/10.1093/heapro/das034>

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGRAW-HILL.

Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: an effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.94009>

Lin, C.-Y. (2015). Promote health or prevent disease? The effects of health-related advertising on eating behavior intention. *International Journal of Environmental*

Research and Public Health, 12(4), 3517–3534. <https://doi.org/10.3390/ijerph120403517>

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

McClelland, D. (1989). *Estudio de la motivación humana*. Madrid: Narcea ediciones.

McClelland, D. C., Atkinson, J. W., Clark, R. A., & Lowell, E. L. (1953). Century psychology series. *The achievement motives*. East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts. <http://dx.doi.org/10.1037/11144-000>

Marshall, M., Klazinga, N., Leatherman, S., Hardy, C., Bergmann, E., Pisco, L., ... Mainz, J. (2006). OECD Health care quality indicator project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), 21–25. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl021>

Hu & Bentler, (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Promoción de la salud*. PAHO. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2006). Documentos básicos. Constitución de la organización mundial de la salud. WHO. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Organización Mundial de Salud. (2016). VIH/sida. Datos y cifras. WHO <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Prevención del VIH en el centro de atención. *Un análisis desde la perspectiva del sector salud en américa latina y el caribe*. PAHO. <http://www.paho.org/hiv-prevention-spotlight-2017/>

- Park, N., Peterson, C., Szvarca, D., Vander Molen, R. J., Kim, E. S., & Collon, K. (2014). Positive psychology and physical health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(3), 200–206. <https://doi.org/10.1177/1559827614550277>
- Pellowski, J. A., Kalichman, S. C., Matthews, K. A., & Adler, N. (2013). A pandemic of the poor: social disadvantage and the u.s. hiv epidemic. *American Psychologist*, 68(4), 197–209. <https://doi.org/10.1037/a0032694>
- Quintero, E., de la Mella, S., & Gómez, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 27(2), 101-111. Medigraphic. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v21n2/mdc03217.pdf>
- Resnik, D. B. (2007). Responsibility for health: personal, social, and environmental. *Journal of Medical Ethics*, 33(8), 444–445. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.017574>
- Registro Nacional de Trabajos de Investigación. (2020). *Buscar trabajos de investigación*. RENATI. <http://renati.sunedu.gob.pe/simple-search?query=ENFOQUE+REGULATORIO+DE+SALUD>
- Sanchez-Fernandez, M., & Tomateo-Torvisco, D. (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana: Una revisión breve. *Rev Neuropsiquiatr* 77 (2), 70-77. Scielo. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar2.pdf>
- Slavin, S. (2016). HIV treatment as prevention: Implications for health promotion. *Health promotion international*, daw080. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw080>
- Schmalbach, B., Spina, R., Steffens-Guerra, I., Franke, G. H., Kliem, S., Michaelides, M. P., ... Zenger, M. (2017). Psychometric properties of the german version of the health regulatory focus scale. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02005>
- Schmidt, H. (2016). *Chronic disease prevention and health promotion*. Springer.
- Singh, G., Daus, G., Allender, M., Ramey, C., Martin, E., Perry, C., ... Vedamuthu, I. (2017). Social determinants of health in the united states: addressing major

health inequality trends for the nation, 1935-2016. *International Journal of MCH and AIDS (IJMA)*, 6(2). <https://doi.org/10.21106/ijma.236>

Schüler, J., Baumann, N., Chasiotis, A., Bender, M., & Baum, I. (2018). Implicit motives and basic psychological needs. *Journal of Personality*. <https://doi.org/10.1111/jopy.12431>

Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.

The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine. (2017). *Globalhealth and the future role of the United States*. Addressing continues threats: HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. National Academies Press.

Ventura-León, J. (2017). Intervalos de confianza para el coeficiente omega: propuesta para el cálculo. *Adicciones*, 30(1), 1-3. Adicciones. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/962>

World Health Organization. (2019). Policy. EPHO5: Disease prevention, including early detection of illness. Euro WHO. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>

Young, P., & Olsen, L. (2010). *The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: Workshop series summary*. The National Academies Press.

ANEXOS

Anexo 1 :

Operacionalización de la variable

Tabla 2

Operacionalización de la variable de la escala de enfoque regulatorio de salud

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores
Enfoque regulatorio de salud	Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).	Se entiende todos los comportamientos dirigidos hacia las buenas prácticas de salud (Prevención y promoción) obtenidas a través de la escala de enfoque regulatorio de salud (Higgins, 1997).	Promoción: El sistema de promoción se centra en el progreso y la mejora (Higgins, 1997).	Comportamiento hacia lo saludable (Gómez et al., 2013).	1, 3, 4, 6, 8	Ordinal Totalmente en desacuerdo = 1, En desacuerdo = 2, Algo en desacuerdo = 3, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 4, Algo de acuerdo = 5, De acuerdo = 6 y Totalmente de acuerdo = 7 (Gómez et al., 2013).
			Prevención: el sistema de prevención se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).	Comportamiento evitativo o dañino (Gómez et al., 2013).	2, 5*, 7	

Anexo 2 : Instrumento

Figura 3

Instrumento de la presente investigación

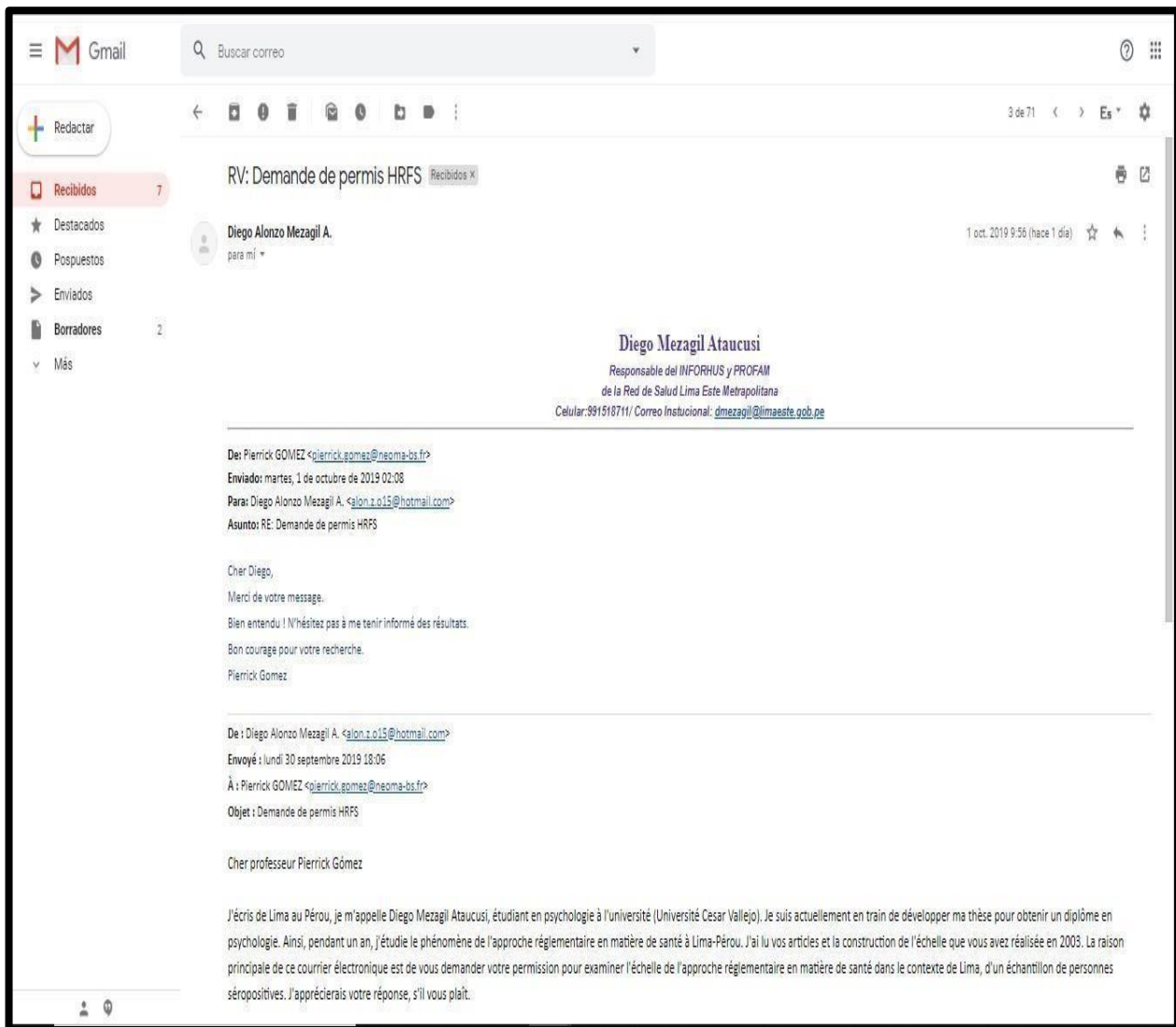
Escala de Enfoque Regulatorio de Salud

N°	Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	No dudo en aceptar nuevas experiencias si creo que pueden mejorar mi salud							
2	Si logro alcanzar un objetivo de salud, esto me motiva a seguir avanzando							
3	Creo que cuidar de mi salud es agradable							
4	Me veo como una persona que hace todo lo posible por mejorar su salud							
5	Si veo una buena oportunidad para mejorar mi salud, la aprovecho de inmediato							
6	Con frecuencia pienso en los problemas de salud que podría tener en el futuro							
7	Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfermarme							
8	A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud							

Anexo 3: Autorización

Figura 4

Permiso concedió por el autor de la escala



Anexo 4: Traducción Directa

Figura 5

Traducción directa de la escala





MARÍA JOSÉ MUÑOZ ROCA
CTP N°0793
Traductora Colegiada Certificada

TRADUCCIÓN CERTIFICADA N° 0005 – 2019

Página 1 de 1

Tabla 1

La estructura factorial de la escala de enfoque regulatorio en salud (Estudio 1)

Ítems

Ítems de promoción

1. No dudo en aceptar nuevas experiencias si creo que pueden mejorar mi salud.
2. Si logro alcanzar un objetivo de salud, esto me motiva a seguir avanzando.
3. Creo que cuidar de mi salud es agradable.
4. Me veo como una persona que hace todo lo posible por mejorar su salud.
5. Si veo una buena oportunidad para mejorar mi salud, la aprovecho de inmediato.

Ítems de prevención

1. Con frecuencia pienso en los problemas de salud que podría tener en el futuro.
2. Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfermarme.
3. A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud

% de varianza explicada

Nota: La escala de respuesta se basa en valores de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

La Traductora Colegiada Certificada, miembro del Colegio de Traductores del Perú (CTP) que suscribe, declara que la presente Traducción Certificada, que consta de 02 páginas, es una copia fiel y exacta al original del documento adjunto en idioma español, que se ha leído en su totalidad.
Se asume la fidelidad de la traducción y no se asume responsabilidad por la exactitud o el contenido del documento original.
Firmada en Lima, a los 23 días del mes de enero del año 2019.



Maria José Muñoz Roca
CTP N° 0793

Mz. VS Lt. 7 Los Licenciados – Ventanilla
Tel: 553-1378 Cel.: 985 640 334
Correo electrónico: majomunoz@gmail.com

Anexo 5: Traducción Inversa

Figura 6

Traducción inversa de la escala

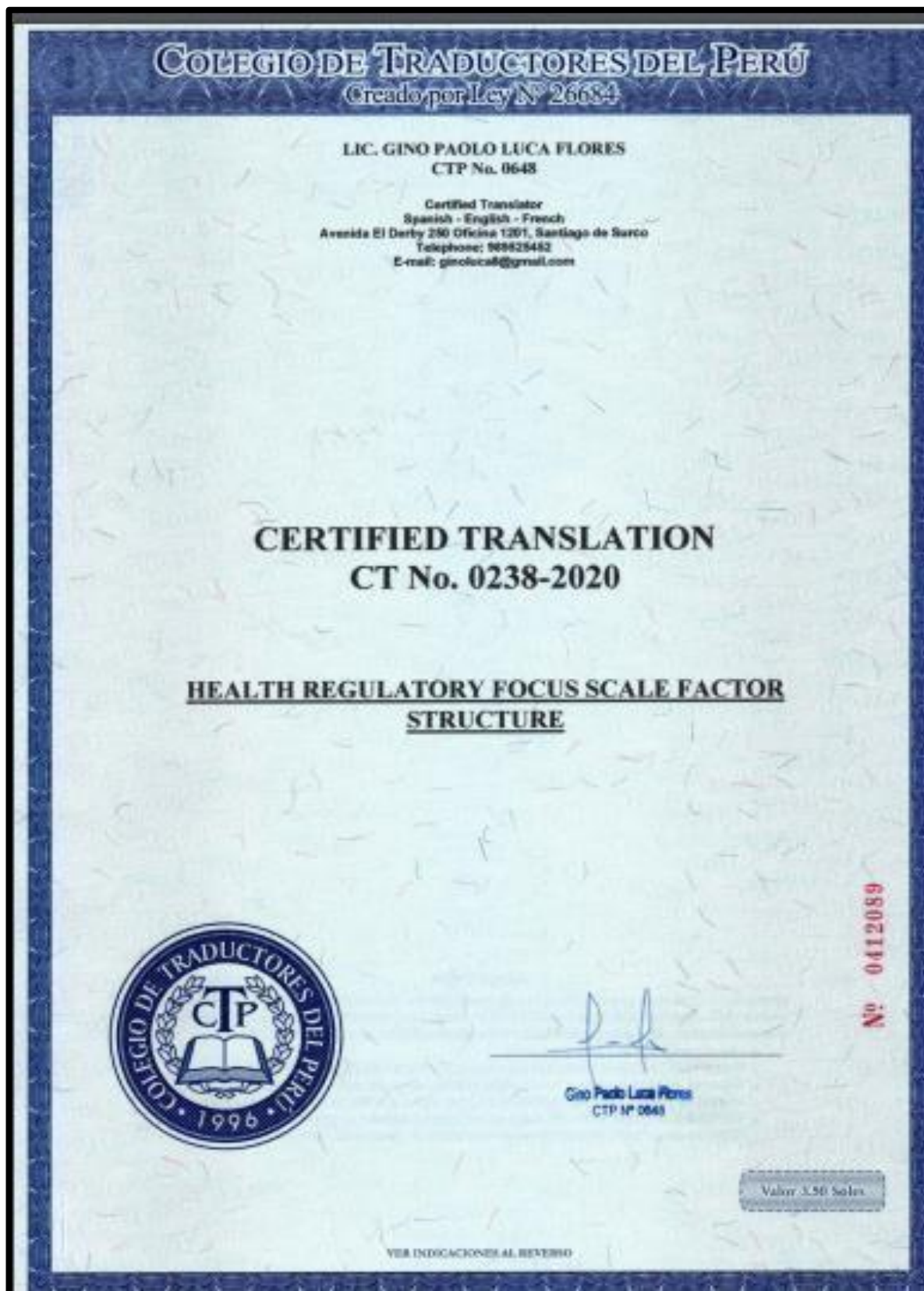


Table 1

The health regulatory focus scale factor structure (Study 1)

Items

Promotion Items

1. I do not hesitate to embrace new experiences if I think they can improve my health.
2. If I succeed in reaching a health goal, it motivates me to keep moving forward.
3. I think that taking care of my health is pleasurable.
4. I see myself as someone who does my utmost to improve my health.
5. If I see a good opportunity to improve my health, I take advantage of it right away.

Prevention Items

1. I frequently think about the health problems I may have in the future.
2. When I adopt a health behavior, I do so because I want to protect myself from getting sick.
3. I often worry about the mistakes I could make regarding my health.

% of variance explained

Note: The response scale is based on values ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree).

I, the undersigned Certified Translator, Member of the Peruvian Association of Professional Licensed Translators (CTP), do hereby certify that the Certified Translation, consisting of 1 page(s), is a true and correct translation into English of the original document in Spanish enclosed herewith, which has been produced before me.
This certification shall be considered as acknowledgment of the accuracy of the translation but not of the authenticity or contents of the document in source language attached hereto.
Signed in Lima, this 20 day of April, 2020.




Gino Paolo Luca Flores
CTP N° 0648

Anexo 6:

Carta de presentacion



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Mg. BETTY PEÑA TOMAS

Presente

Asunto: ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la escuela de psicología la UCV, en la sede de San Juan de Lurigancho, promoción 2020, requiero adaptar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el título profesional de Licenciado en Psicología.

El título del proyecto de investigación es: "Traducción y Adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en Pacientes Adultos con VIH de Lima Metropolitana" y siendo imprescindible contar con la aprobación de Psicólogos Clínicos y/o investigadores de psicología especializados en el tema a investigar, para de ese modo poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en tema de psicología, educación y/o investigación.

El expediente de adaptación, que le hago llegar, contiene lo siguiente:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Protocolo de evaluación del instrumento

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente


Diego Mezáiz Ataucusi
D.N.I. 47539203


Ruy Paul Jara Figueroa
D.N.I. 46819228



Definición conceptual de las variables y dimensiones

I. Variable: “ENFOQUE REGULATORIO DE SALUD”

Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).

II. Dimensiones:

El enfoque regulatorio de salud se conceptualiza en dos dimensiones Promoción y Prevención. La primera dimensión hace referencia a la promoción que viene a ser el sistema de promoción que se centra en el progreso y la mejora, y por último la prevención que hace referencia al sistema de prevención que se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).

- Promoción
- Prevención



Matriz de Operacionalización

Variable: Enfoque regulatorio de salud

Operacionalización de la variable de la escala de enfoque regulatorio de salud

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y valores
Enfoque regulatorio de salud	Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).	Se entiende todos los comportamientos dirigidos hacia las buenas prácticas de salud (Prevención y promoción)	Promoción: El sistema de promoción se centra en el progreso y la mejora (Higgins, 1997).	Comportamiento hacia lo saludable	1, 3, 4, 6, 8	Ordinal 1=totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo
			Prevención: el sistema de prevención se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).	Comportamiento evitativo	2, 5*, 7	Para medir la convergencia se usará la escala de Bienestar Psicológico (Dominguez, 2006). Para medir la divergencia, se usará la escala de estrés percibido-10 (Campo-Arias, Celina y Herazo, 2014).

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide "Enfoque regulatorio de salud"

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se emite sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

¿Los ítems son suficientes para medir el constructo?

DIMENSIÓN: SI o No.

DIMENSIÓN: SI o No.

MD: Muy en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo, MA: Muy de acuerdo

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹			Relevancia ²			Claridad ³			Sugerencias		
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD		D	A
DIMENSIÓN 1: PROMOCIÓN													
1	No dudo en aceptar nuevas experiencias si creo que pueden mejorar mi salud.			X			X				X		
2	Si logro alcanzar un objetivo de salud, esto me motiva a seguir avanzando.			X			X					X	
3	Creo que cuidar de mi salud es agradable.				X							X	
4	Me veo como una persona que hace todo lo posible por mejorar su salud.				X							X	
5	Si veo una buena oportunidad para mejorar mi salud, la aprovecho de inmediato.				X							X	
DIMENSIONES / Ítems													
DIMENSIÓN 2: PREVENCIÓN													
6	Con frecuencia pienso en los problemas de salud que podría tener el futuro.				X								X
7	Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfermarme.			X				X				X	
8	A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud.			X				X				X	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Mg:BETTY PEÑA TOMAS..... DNI: 42214998

Especialidad del validado:.....PSICOLOGO CLINICO.....

20 de abril del 2020

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....

**Firma del Experto Informante.
Especialidad**

Anexo 7:

Carta de presentación



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: **Mg. DESIREE AVELINA SALAZAR RAMIREZ**

Presente

Asunto: **ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.**

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la escuela de psicología la UCV, en la sede de San Juan de Lurigancho, promoción 2020, requiero adaptar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el título profesional de Licenciado en Psicología.

El título del proyecto de investigación es: "Traducción y Adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en Pacientes Adultos con VIH de Lima Metropolitana" y siendo imprescindible contar con la aprobación de Psicólogos Clínicos y/o investigadores de psicología especializados en el tema a investigar, para de ese modo poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de psicología, educación y/o investigación.

El expediente de adaptación, que le hago llegar, contiene lo siguiente:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Protocolo de evaluación del instrumento.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Diego Mezajil Ataucusi
D.N.I. 47539203

Ruy Paul Jara Figueroa
D.N.I. 46819228



Definición conceptual de las variables y dimensiones

I. Variable: “ENFOQUE REGULATORIO DE SALUD”

Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).

II. Dimensiones:

El enfoque regulatorio de salud se conceptualiza en dos dimensiones Promoción y Prevención. La primera dimensión hace referencia a la promoción que viene a ser el sistema de promoción que se centra en el progreso y la mejora, y por último la prevención que hace referencia al sistema de prevención que se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).

- Promoción
- Prevención



Matriz de Operacionalización

Variable: Enfoque regulatorio de salud

Operacionalización de la variable de la escala de enfoque regulatorio de salud

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores
Enfoque regulatorio de salud	Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).	Se entiende todos los comportamientos dirigidos hacia las buenas prácticas de salud (Prevención y promoción) obtenidas a través de la escala de enfoque regulatorio de salud (Higgins, 1997).	Promoción: El sistema de promoción se centra en el progreso y la mejora (Higgins, 1997).	Comportamiento hacia lo saludable	1, 3, 4, 6, 8	Ordinal 1 = totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo
			Prevención: el sistema de prevención se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).	Comportamiento evitativo	2, 5*, 7	Para medir la convergencia se usará la escala de Bienestar Psicológico (Doninguez, 2006). Para medir la divergencia, se usará la escala de estrés percibido-10 (Campo-Arias, Celina y Herazo, 2014).

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide "Enfoque regulatorio de salud"

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

⁴Nota: Suficiencia, se aice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

¿Los ítems son suficientes para medir el constructo?

DIMENSIÓN: SI o No.

DIMENSIÓN: SI o No.

MD: Muy en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo, MA: Muy de acuerdo

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹			Relevancia ²			Claridad ³			Sugerencias		
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD		D	A
DIMENSIÓN 1: PROMOCIÓN													
1	No dudo en aceptar nuevas experiencias si creo que pueden mejorar mi salud.				X								X
2	Si logro alcanzar un objetivo de salud, esto me motiva a seguir avanzando.				X								X
3	Creo que cuidar de mi salud es agradable.				X					X			
4	Me veo como una persona que hace todo lo posible por mejorar su salud.				X								X
5	Si veo una buena oportunidad para mejorar mi salud, la aprovecho de inmediato.				X								X
DIMENSIONES / Ítems													
DIMENSIÓN 2: PREVENCIÓN													
6	Con frecuencia pienso en los problemas de salud que podría tener el futuro.				X								X
7	Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfermarme.				X								X
8	A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud.				X								X
DIMENSIONES / Ítems													
DIMENSIÓN 3: SUGERENCIAS													
Debería ir: cuidar mi salud es agradable													

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. /Mg: **DESIREE AVELINA SALAZAR RAMIREZ** DNI: **09275582**

Especialidad del validador: **PSICOLOGA CLINICA Y DE LA SALUD.**

20 de abril del 2020

¹**Fertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

DESIREE SALAZAR RAMIREZ

C.PS.P. 4037

Firma del Experto Informante.

Anexo 8:

Carta de presentación



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Mg GERARDO M. BELLIDO FIGUEROA

Presente

Asunto: ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la escuela de psicología la UCV, en la sede de San Juan de Lurigancho, promoción 2020, requiero adaptar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el título profesional de Licenciado en Psicología.

El título del proyecto de investigación es: "Traducción y Adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en Pacientes Adultos con VIH de Lima Metropolitana" y siendo imprescindible contar con la aprobación de Psicólogos Clínicos y/o investigadores de psicología especializados en el tema a investigar, para de ese modo poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en tema de psicología, educación y/o investigación.

El expediente de adaptación, que le hago llegar contiene lo siguiente:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Protocolo de evaluación del instrumento

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,


Diego Mesajil Ataucusi
D.N.I. 47539203


Ruy Paul Jara Figueroa
D.N.I. 46819128

Definición conceptual de las variables y dimensiones

I. Variable: “ENFOQUE REGULATORIO DE SALUD”

Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).

II. Dimensiones:

El enfoque regulatorio de salud se conceptualiza en dos dimensiones Promoción y Prevención.

La primera dimensión hace referencia a la promoción que viene a ser el sistema de promoción que se centra en el progreso y la mejora, y por último la prevención que hace referencia al sistema de prevención que se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).

- Promoción
- Prevención

Matriz de Operacionalización

Variable: Enfoque regulatorio de salud

Operacionalización de la variable de la escala de enfoque regulatorio de salud

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y valores
Enfoque regulatorio de salud	Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).	Se entiende todos los comportamientos dirigidos hacia las buenas prácticas de salud (Prevención y promoción) obtenidas a través de la escala de enfoque regulatorio de salud (Higgins, 1997).	Promoción: El sistema de promoción se centra en el progreso y la mejora (Higgins, 1997). Prevención: el sistema de prevención se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).	Comportamiento hacia lo saludable	1, 3, 4, 6, 8	Ordinal 1=totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo Para medir la convergencia se usará la escala de Bienestar Psicológico (Dominguez, 2006). Para medir la divergencia, se usará la escala de estrés percibido-10 (Campo-Arias, Celina y Hérano, 2014).

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide “Enfoque regulatorio de salud”

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

¿Los ítems son suficientes para medir el constructo?

DIMENSIÓN: SI o No.

DIMENSIÓN: SI o No.

MD: Muy en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo, MA: Muy de acuerdo

N°	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹				Relevancia ²				Claridad ³				Sugerencias	
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA		
DIMENSIÓN 1: PROMOCIÓN															
1	No dudo en aceptar nuevas experiencias si creo que pueden mejorar mi salud.			X				X					X		Podría ser, Acepto nuevas experiencias,
2	Si logro alcanzar un objetivo de salud, esto me motiva a seguir avanzando.				X				X					X	
3	Creo que cuidar de mi salud es agradable.				X					X					
4	Me veo como una persona que hace todo lo posible por mejorar su salud.				X					X					
5	Si veo una buena oportunidad para mejorar mi salud, la aprovecho de inmediato.				X					X					
DIMENSIONES / Ítems															
DIMENSIÓN 2: PREVENCIÓN															
6	Con frecuencia pienso en los problemas de salud que podría tener el futuro.				X									X	
7	Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfermarme.				X									X	
8	A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud.				X									X	



Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. /Mg. Gerardo M. Bellido Figueroa DNI:.....42723173.....

Especialidad del validador:..... Psicólogo Clínico -Comunitario.....

29 de abril del 2020

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado. ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Especialidad

Anexo 9:

Carta de presentación

CARTA DE PRESENTACION

Señor:

Presente

Asunto: ADAPTACION DE INSTRUMENTO A TRANS DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la escuela de psicología la UCV, en la sede de San Juan de Lurigancho, promoción 2020, requiero adaptar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el título profesional de Licenciado en Psicología.

El título del proyecto de investigación es: "Traducción y Adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en Pacientes Adultos con VIH de Lima" y siendo imprescindible contar con la aprobación de Psicólogos Clínicos y/o investigadores de psicología especializados en el tema a investigar, para de ese modo poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en tema de psicología, educación y/o investigación.

El expediente de adaptación, que le hago llegar contiene lo siguiente:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Protocolo de evaluación del instrumento.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente


Diego Mezgil Atacusi
D.N.I. 47539203



Definición conceptual de las variables y dimensiones

I. Variable: “ENFOQUE REGULATORIO DE SALUD”

Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).

II. Dimensiones:

El enfoque regulatorio de salud se conceptualiza en dos dimensiones Promoción y Prevención. La primera dimensión hace referencia a la promoción que viene a ser el sistema de promoción que se centra en el progreso y la mejora, y por último la prevención que hace referencia al sistema de prevención que se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).

- Promoción
- Prevención



Matriz de Operacionalización

Variable: Enfoque regulatorio de salud

Operacionalización de la variable de la escala de enfoque regulatorio de salud

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores
Enfoque regulatorio de salud	Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).	Se entiende todos los comportamientos dirigidos hacia las buenas prácticas de salud (Prevención y promoción) obtenidas a través de la escala de enfoque regulatorio de salud (Higgins, 1997).	Promoción: El sistema de promoción se centra en el progreso y la mejora (Higgins, 1997).	Comportamiento hacia lo saludable	1, 3, 4, 6, 8	Ordinal 1 = totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo
			Prevención: el sistema de prevención se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).	Comportamiento evitativo	2, 5*, 7	Para medir la convergencia se usará la escala de Bienestar Psicológico (Dominguez, 2006). Para medir la divergencia, se usará la escala de estrés percibido-10 (Campo-Arias, Celina y Herazo, 2014).

Certificar de la validez de contenido del instrumento que mide Enfoque regulatorio de salud"

*Paralelo: El hazo correponde al concepto labrico formulado
 : a u opia para representar al concepto o dimensión específica del constructo

*Clasificación: Señala de sin dificultad alguna el ítem, es conciso, azacto y directo
 14ob: Suficiencia, motivación cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

¿Los ítems son adecuados para medir el constructo?
 DIME SI: Q o No
 DIMENSIONES: S o No

MD: fUy en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo, MA: Muy de acuerdo

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		MD	DA	MA	MA	MD	DA	
DIMENSIÓN 1: PROMOGÉN								
1	No dudo en aceptar nuevas experiencias si creo que pueden mejorar mi salud.			✓				✓
2	¿... % o de salud, esto me			✓				✓
3	Creo que cuidar de mi salud es agradable.			✓				✓
4	Me veo como una persona que hace todo lo posible por mejorar su salud.			✓				✓
5	Si veo una buena oportunidad para mejorar mi salud, la aprovecho de inmediato.			✓				✓
N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	DIMENSIÓN 2: PREVENCIÓN	MD	DA	MA	MA	MD	DA	MA
6	Con frecuencia pienso en los problemas de salud que podría tener el futuro.			✓				✓
7	Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfrentarme.			✓				✓
8	A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud.			✓				✓

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Aplicable después de corregir

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg.:

Mg. P. R. Colás Pi

DNI:

Especialidad del validador:

20 de abril del 2020

¹Psitlmcia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

^Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Noti: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Mg. Joe J. Saez Torres
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 22210

Firma del Experto Informante.
Especialidad

Anexo 10:

Carta de presentación



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Mg. PATRICIA SALAZAR RAMIREZ

Presente

Asunto: ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la escuela de psicología la UCV, en la sede de San Juan de Lurigancho, promoción 2020, requiero adaptar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el título profesional de Licenciado en Psicología.

El título del proyecto de investigación es: "Traducción y Adaptación de la Escala de Enfoque Regulatorio de Salud (HRFS) en Pacientes Adultos con VIH de Lima Metropolitana" y siendo imprescindible contar con la aprobación de Psicólogos Clínicos y/o investigadores de psicología especializados en el tema a investigar, para de ese modo poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado convenientemente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en tema de psicología, educación y/o investigación.

El expediente de adaptación, que le hago llegar, contiene lo siguiente:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Protocolo de evaluación del instrumento.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente

Diego Mezagl Ataucusi
D.N.I. 47539203

Ray Paul Jara Figueroa
D.N.I. 46819228



Definición conceptual de las variables y dimensiones

I. Variable: “ENFOQUE REGULATORIO DE SALUD”

Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).

II. Dimensiones:

El enfoque regulatorio de salud se conceptualiza en dos dimensiones Promoción y Prevención. La primera dimensión hace referencia a la promoción que viene a ser el sistema de promoción que se centra en el progreso y la mejora, y por último la prevención que hace referencia al sistema de prevención que se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).

- Promoción
- Prevención



Matriz de Operacionalización

Variable: Enfoque regulatorio de salud

Operacionalización de la variable de la escala de enfoque regulatorio de salud

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores
Enfoque regulatorio de salud	Es el comportamiento individual que acerca a las buenas prácticas de salud y/o evita la enfermedad en un contexto general de salud (Higgins, 1997).	Se entiende todos los comportamientos dirigidos hacia las buenas prácticas de salud (Prevención y promoción) obtenidas a través de la escala de enfoque regulatorio de salud (Higgins, 1997).	Promoción: El sistema de promoción se centra en el progreso y la mejora (Higgins, 1997).	Comportamiento hacia lo saludable	1, 3, 4, 6, 8	Ordinal 1=totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo
			Prevención: el sistema de prevención se centra en el mantenimiento de lo ya logrado y evitar el declive (Higgins, 1997).	Comportamiento evitativo	2, 5*, 7	Para medir la convergencia se usará la escala de Bienestar Psicológico (Dominguez, 2006). Para medir la divergencia, se usará la escala de estrés percibido-10 (Campo-Arias, Celina y Herazo, 2014).

Certificado de validez de contenido del instrumento que mide "Enfoque regulatorio de salud"

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

¿Los ítems son suficientes para medir el constructo?

DIMENSIÓN: SI o No.

DIMENSIÓN: SI o No.

MD: Muy en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo, MA: Muy de acuerdo

N°	DIMENSIONES / Ítems		Pertinencia ¹			Relevancia ²			Claridad ³			Sugerencias	
	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A		MA
DIMENSIÓN 1: PROMOCIÓN													
1				X				X				X	
2				X				X		X			No es tan claro. Te sugiero: Si logro alcanzar el bienestar en mi salud, esto me motivara a seguir avanzando
3				X				X				X	
4				X				X				X	
5				X				X		X			Si tengo la oportunidad en mejorar mi salud, la aprovecho e inmediato
DIMENSIONES / Ítems													
DIMENSIÓN 2: PREVENCIÓN													
6				X				X			X		Con frecuencia me preocupo en los problemas de salud que podría tener en el futuro
7				X				X			X		Cuando adopto un comportamiento de salud, es porque quiero protegerme y no enfermarme (o es

																			enfrentarme)
8	A menudo me preocupo por los errores que podría cometer respecto a mi salud.								X					X					X

Observaciones:

Aclarar los contenidos de los items 2, el 5,6 y 9. Sugiero ser mas claro y fijarse en la redacción como el del item 7

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] No aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Ps. Patricia Salazar Ramirez. DNI: 09275583.

Especialidad del validador: Psicología Clínica

.....

20 de abril del 2020

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Patricia Salazar Ramírez

C.Ps.P. 4025

Firma del Experto Informante.