



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Adaptación y Validación de la Escala de Percepción de
Vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE) en Peruanos Adultos
Expuestos al SARS-CoV-2

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Huaman Huaman, Maria Elizabet (ORCID: 0000-0002-1911-6965)

Rodríguez Chávez, María Rosario (ORCID: 0000-0002-4618-7902)

ASESOR:

Mgtr. Serpa Barrientos, Antonio (ORCID: 0000-0002-7997-2464)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

LIMA - PERÚ

2021

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, hermanos y familiares, quienes nos han apoyado a lo largo de nuestra carrera, gracias a su entero esfuerzo y dedicación hacia nosotras hemos podido lograr llegar a nuestra meta.

Igualmente, a nuestro querido profesor Serpa, quién nos guío con gran empeño y su buen carácter para seguir adelante a pesar de lo difícil del proceso.

Para finalizar, a todos nuestros amigos, que nos han ayudado a través de la distancia, su valiosa cooperación nos ha sido de gran ayuda durante todo este proceso universitario.

Agradecimiento

Gracias a Dios por brindarnos la oportunidad de lograr todas nuestras metas.

Del mismo modo, agradecemos a nuestros padres, hermanos y familiares, por caminar junto con nosotras este rumbo largo llamado educación.

Igualmente, a nuestros maestros y asesores, por apoyarnos y brindarnos consejos que hemos sabido apreciar, así como también el compartir sus conocimientos para mejorar cada día.

Gracias a nuestros amigos y todos los participantes de esta investigación, su apoyo es muy grato para nosotras.

Gracias a todos.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	9
3.1. Tipo y diseño de investigación	9
3.2. Variables y operacionalización	9
3.3. Población, muestra y muestreo	10
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
3.5. Procedimientos	12
3.6. Método de análisis de datos	13
3.7. Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	26
VII. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	34

Índice de Tablas

Tabla N°1	Variables sociodemográficas	11
Tabla N°2	Adecuación lingüística de los ítems	15
Tabla N°3	Coefficiente de Aiken de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad	16
Tabla N°4	Normalidad de distribución univariada y multivariada	17
Tabla N°5	Cargas estandarizadas de variables latentes del modelo 3	17
Tabla N°6	Índices de bondad por AFC	18
Tabla N°7	Relación de la variable PVE con otras variables mediante SEM	21
Tabla N°8	Confiabilidad por consistencia interna	22
Tabla N°9	Baremos de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad	22
Tabla N°10	Categorías de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad	23

Índice de Figuras

Figura 1	Modelo original de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad	19
Figura 2	Segundo modelo re-especificado	19
Figura 3	Tercer modelo re-especificado	20
Figura 4	Evidencia de validez de relación con otras variables	21

Resumen

Esta investigación tuvo como finalidad adaptar y validar la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad en peruanos adultos expuestos al SARS-CoV-2, donde la muestra fue integrada por 313 participantes de ambos sexos entre edades de 18 a 60 años. Se realizó una adecuación lingüística para obtener una comprensión adecuada para la población objetivo. Los resultados demostraron la evidencia de validez de la estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio, mediante el estimador WLSMV, en el que se denota los índices de ajuste CFI = .966, TLI = .949, SRMR = 0.71, RMSEA = .080; WRMR = .986. A su vez, se evaluó la evidencia de validez basada en la relación con otras variables, donde se utilizaron pruebas con enfoque clínico y se determinó que el instrumento tiene valores mínimos de convergencia con las dimensiones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y es divergente a la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS). Por último, la confiabilidad se obtuvo mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente alfa y omega para ambas dimensiones: Infectabilidad Percibida (.698; .704) y Aversión a los Gérmenes (.528; .538) indicando que el cuestionario es confiable y consistente. En conclusión, el instrumento presenta evidencias suficientes en cuanto a sus propiedades psicométricas en peruanos adultos expuestos al SARS-CoV-2.

Palabras claves: adaptación, vulnerabilidad, confiabilidad, validez.

Abstract

The purpose of this research was to adapt and validate the Perception of Vulnerability to Disease Scale in Peruvian adults exposed to SARS-CoV-2, where the sample consisted of 313 participants of both sexes between the ages of 18 and 60 years. A linguistic adaptation was performed to obtain an adequate understanding for the target population. The results showed evidence of internal structure validity through confirmatory factor analysis, using the WLSMV estimator, which denotes the fit indices CFI = .966, TLI = .949, SRMR = 0.71, RMSEA = .080; WRMR = .986. In turn, evidence of validity based on the relationship with other variables was evaluated, where tests with a clinical approach were used and it was determined that the instrument has minimum values of convergence with the dimensions of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and is divergent to the Psychological Well-Being Scale (BIEPS). Finally, reliability was obtained by the internal consistency method through the alpha and omega coefficient for both dimensions: Perceived Infectability (.698; .704) and Germ Aversion (.528; .538) indicating that the questionnaire is reliable and consistent. In conclusion, the instrument presents sufficient evidence regarding its psychometric properties in adult Peruvians exposed to SARS-CoV-2.

Keywords: adaptation, vulnerability, reliability, validity.

I. INTRODUCCIÓN

La vulnerabilidad se ha encontrado ligada a un concepto de desastres relacionado a la naturaleza, donde la población se encontraba en situación de riesgo frente a terremotos, huracanes, entre otras (Blaikie, Canon, Davis y Wisner, 1996). Sin embargo, diversos estudios optan por una perspectiva social ligada al comportamiento donde se hace mención que el ser humano puede adquirir ciertas cualidades que pueden ser positivas o negativas, las cuales determinarán su capacidad de afronte y supervivencia ante cualquier acontecimiento (Sánchez y Egea, 2011). Así también, la vulnerabilidad se refiere a aquellas personas que padezcan de alguna dificultad, ya sea física o psicológica, la cual les impide realizarse de manera adecuada porque son más susceptibles o propensos a sufrir daños (Araujo, 2015). De igual forma, es un proceso individualizado que forma parte de la vida de cada persona y que puede estar expuesto a cualquier circunstancia (Bernaes, Cabieses, Obach y Pedrero, 2016).

En relación a este tema, la mayoría de investigaciones realizadas en otros países hacen mención a una problemática actual como la percepción de vulnerabilidad a la enfermedad y no a la enfermedad clínica, sino a enfermedades infectocontagiosas como VIH-Sida o tuberculosis que son causadas por un virus, el cual es un factor amenazante para la salud del individuo, estas amenazas tienen mucha implicancia en el estado emocional ya que muchas veces conlleva a un estado de depresión, preocupación y ansiedad, disminuyendo así la capacidad de respuesta (Magallares, Fuster-Ruiz y Morales, 2016).

En algunas investigaciones se evidencia que la capacidad de respuesta del sistema inmunológico frente a enfermedades infectocontagiosas varía de acuerdo a la edad y sexo, pues son criterios de importancia que influyen en la capacidad de respuesta, por tanto el 90% corresponde a jóvenes y el 40% - 50% a adultos mayores con bajas probabilidades, mientras que respecto al género, las mujeres presentan un potencial inmunológico más fuerte frente a la infección a diferencia de los hombres (Beleña Díaz y Zueco, 2020).

En la actualidad, una de las enfermedades a nivel mundial que viene azotando en gran magnitud a la humanidad es el Covid-19, enfermedad infectocontagiosa producida por el virus denominado SARS-CoV-2, dado que su evolución ha sido muy rápida convirtiéndose de una epidemia a una pandemia, así lo declaró el representante de la Organización Mundial de la Salud (Arroyo, 11 Marzo 2020). Esta situación suele ser riesgosa y amenazante para la supervivencia del ser humano ya que afecta a diversos aspectos, pero con más énfasis a la salud psicológica de la población, la cual se mantiene en alerta e incertidumbre produciendo en alguno de estos un estado emocional susceptible o vulnerable frente a esta coyuntura (BBC news mundo, 12 abril 2020).

En el contexto nacional, desde décadas atrás, se ha venido enfrentando diversas enfermedades endémicas que prevalecen hasta el presente, tales como el VIH-Sida, tuberculosis, dengue, malaria, etc. Estas han venido afectando a miles de personas y en otros casos ha producido la muerte, puesto que aún no se ha logrado erradicar en su totalidad por la deficiencia de recursos (Cabezas, 2014).

En tal sentido, esta investigación es conveniente realizar debido a que, según las revisiones hechas en nuestro país, nos muestran que el instrumento no ha sido adaptado para constatar su validez, confiabilidad y estandarización en la evaluación de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad. Por ello, consideramos que es pertinente contar con un instrumento psicológico confiable que avale a las necesidades de nuestro contexto y facilite la realización de un adecuado diagnóstico.

Asimismo, dicha investigación se justifica por las siguientes razones: a nivel teórico, permite el conocimiento de la existencia del instrumento de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad con bases teóricas internacionales de la cual vamos a contribuir que sea replicable en un contexto de nuestro país. Este estudio podrá examinar los atributos del instrumento para que pueda ser trabajado y ampliado, haciendo uso de otras variables o aplicando a otros contextos. A nivel metodológico, el instrumento de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad una vez adaptado en nuestro país, servirá para el uso de otras investigaciones utilizando otro tipo de metodología, según las necesidades del investigador. A nivel práctico, porque se

les proporcionará a otros profesionales de diversas áreas y estudiantes la oportunidad de aplicar un instrumento válido, así como también puedan administrarlo en otra determinada población o muestra donde se evalúe la vulnerabilidad.

Finalmente, a nivel social, porque se le otorga a la sociedad un nuevo instrumento para que las características de los peruanos sean evaluados y a su vez proporciona una información acerca de la magnitud con la que se manifiesta esta vulnerabilidad en un tipo de población adulta hacia la enfermedad infecciosa, siendo esta la más afectada en estos momentos de pandemia causada por el SARS-CoV-2.

Por consiguiente, este estudio tendrá como objetivos adaptar y validar la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad en peruanos adultos expuestos al SARS-Cov-2, así también obtener las evidencias de la estructura interna de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad en peruanos adultos expuestos al SARS-Cov-2, establecer evidencia de la validez convergente y divergente de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad en peruanos adultos expuestos al SAR-CoV-2, conseguir las evidencias de la consistencia interna de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad en peruanos adultos expuestos al SARS-Cov-2.

II. MARCO TEÓRICO

Se realizó una ardua búsqueda en diversas bases de datos tales como ResearchGate, ScienceDirect, Google Académico, ProQuest, Ebsco host y el repositorio RENATI, bajo las denominaciones “Perceived Vulnerability to Disease Scale”, “PVD” y “Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad”, donde se han encontrado investigaciones a nivel internacional de corte psicométrico, mientras que a nivel nacional hasta el momento no se ha desarrollado ningún trabajo sobre esta escala.

Asimismo, en Japón, Fukukawa, Kawahito, Oda y Usami (2014) con su estudio de adaptación en una población japonesa, con una muestra de 435 estudiantes universitarios japoneses, entre 208 hombres y 227 mujeres. Se realizó una rotación directa por el método oblicuo y se obtuvo que las dos dimensiones explican el 44.5% de la varianza, a su vez respecto a la correlación interfactorial fue de 0.22. El análisis factorial exploratorio basado en el coeficiente de correlación policórica demostró que las diferencias entre las cargas factoriales se encuentran en un rango de -.12 a 0.04, mientras que en el análisis factorial de confirmación de la estructura se obtuvieron los siguientes índices de ajuste GFI = 1,00, AGFI = 1,00, CFI = 0,90, RMSEA = 0,07 y acerca del modelo, el ajuste se consideró bueno. Asimismo, el coeficiente de alfa para el factor infectabilidad percibida fue 0.87 y para aversión a los gérmenes fue 0.67, en tanto la respuesta de la escala en general fue .79. La validez se corroboró con las pruebas SHAI y Big 5, donde se obtuvieron resultados prometedores, por lo que se garantizó el uso del instrumento dentro de una población japonesa.

Igualmente, en España, Magallares et al., (2016) realizaron una adaptación en una población española con una muestra de 744 estudiantes universitarios, 284 hombres y 460 mujeres, que oscilan las edades de 18 a 45 años. En el primer estudio, se realizó un análisis factorial confirmatorio, donde se empleó un método de mínimos cuadrados no ponderados debido a la robustez de la prueba. Los resultados que se obtuvieron en el primer modelo no fueron satisfactorios, dado que los pesos estandarizados de los ítems inversos no eran adecuados por lo que se tuvieron que eliminar; en el segundo modelo, sin ítems inversos, fueron significativos GFI=.98, AGFI=.96, IFI=.97, NFI=.96, NNFI=.96, CFI=.97, RMSEA=.062,

SMRS=.060, luego se realizó un tercer y cuarto modelo pero los resultados no eran adecuados. Con respecto a la confiabilidad, se realizó a la prueba completa con 9 ítems correspondiente al segundo modelo donde se obtuvo .68, con referencia a las dos dimensiones fue .74 para infectabilidad percibida y .60 para aversión a los gérmenes. En el segundo estudio, para la validez, se utilizaron escalas sobre actitudes antiobesos, el asco y actitudes hacia el SIDA, la muestra fue de 434 estudiantes universitarios, mediante las correlaciones de Pearson se encontró que la aversión a los gérmenes estaba positivamente relacionada con las actitudes antiobesos, el asco y las actitudes negativas hacia el SIDA, mientras que la infectabilidad percibida sólo se relacionaba con el asco y actitudes hacia el SIDA. En conclusión, la escala puede aplicarse en comunidades hispanohablantes y se puede medir con los ítems directos, dado que en esta versión los ítems inversos mostraron problemas.

De igual forma, los autores Beleña, Díaz y Soriano (2016) con su investigación sobre las propiedades psicométricas, en una muestra de 878 estudiantes españoles de licenciatura, 585 mujeres y 293 hombres, con un rango de edad entre 18 y 60 años. Se calculó la correlación entre elementos, donde todos los ítems de Infectabilidad percibida y el ítem 7 junto al ítem 15 de aversión a los gérmenes, obtuvieron una correlación superior a 0.30. Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio, usando la Máxima verosimilitud, para analizar la estructura de la escala. Usando una rotación de oblimin se mostró que el Kaiser-Meyer-Olkin=0,803 y la Prueba de Esfericidad=2300.04, mientras que los factores obtenidos representaron el 35,87% de la varianza. La dimensión Infectabilidad Percibida explicó el 21,75% de la varianza y la Aversión a los gérmenes 14,12%, en tanto, la relación entre ambos factores fue 0,12 correspondiente a un nivel bajo. Respecto al análisis factorial confirmatorio, se llevó a cabo sin los ítems 11 y 13 porque sus cargas factoriales fueron menores a 0.30. Se realizaron 4 modelos, los Chi-cuadrados no significativos indicaron un ajuste adecuado en el Modelo 3 y en el Modelo 4; en el Modelo 2 fue significativo. El CFI obtenido en todos los modelos indicó un buen ajuste, a la vez que El RMSEA en el Modelo 3 y el Modelo 4 fueron excelentes, en el Modelo 2 mostraron un ajuste adecuado. Mientras que, los valores más altos de TLI estaban en Modelo 3 (TLI = 0,999) y Modelo 4 (TLI = 0,987). Seguidamente, el Modelo 3 y el Modelo 4 presentaron los valores más bajos en el criterio de información de

Akaike (AIC = 46.758; AIC = 58.044), con grandes diferencias con el Modelo 2 (AIC= 192.647). El coeficiente de alfa de la Infectabilidad Percibida es de .782 y para los seis elementos restantes en la Aversión a los gérmenes es .593, entre tanto la validez convergente fue positiva, excepto una subescala de la actitud hacia la enfermedad con la primera dimensión y en la validez divergente no hubo puntajes altos. Finalmente, la investigación demostró que el instrumento de dos factores tiene propiedades psicométricas válidas, a pesar de que, el segundo factor tiene una confiabilidad ligeramente baja.

A continuación, se expondrán teorías y enfoques que respaldan las evidencias de la investigación relacionados con la variable de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad (Duncan et al., 2009).

Por tal razón, Rosenstock (1974) hace referencia al modelo de creencias de salud que está ampliamente relacionado a investigaciones en el ámbito de la psicología social, donde intenta explicar la conducta protectora y preventiva de salud frente a la enfermedad en base a tres puntos como; la percepción individual, factores modificadores y probabilidades de acción. Asimismo, nos indica que el comportamiento de la persona es en base a sus creencias y la valoración interna que este le da a dicha situación. Por ello, si estas creencias aportan de manera positiva ayudará a la preparación de la persona para afrontar cualquier problema de salud por lo contrario estas pueden ser amenazante.

Asimismo, la teoría del comportamiento planificado, según Ajzen (1991) nos menciona que el comportamiento de la persona está basado en las actitudes generales, los rasgos de personalidad y las intenciones que cada uno posee frente a determinadas situaciones. Así también, existen factores que conllevan a una acción como; las creencias, percepción o motivación personal, estos deben ser evaluados si son favorables o no para su salud.

Del mismo modo, Schaller (2015) en su modelo de comportamiento inmunológico indica que el sistema inmunológico es considerado como un sistema proactivo que se activa ante la presencia de agentes patógenos, así mismo, el comportamiento es un factor complementario que se activa haciendo uso de los procesos psicológicos como la percepción que un individuo tiene de su entorno, el cual conlleva a la

detección de posibles enfermedades generando actitudes de rechazo o evitación como medida preventiva a la transmisión de infecciones.

Navarrete y Fessler (2006) hace referencia a las actitudes etnocéntricas bajo la perspectiva de la psicología social, donde la persona hace una interpretación de la realidad en base a la cultura o grupos sociales y opta por una postura opositora de negación hacia los grupos externos, puesto que, son considerados como portadores de agentes patógenos muy peligrosos para la salud a la cual se sienten susceptibles.

De igual forma, Schaller y Murray (2016) nos relatan que diversos fenómenos de la cognición social están relacionados con la evolución en la transmisión de enfermedades, ya que la cognición social hace referencia a los procesos cognitivos tales como; la percepción y la empatía que interfieren en las relaciones interpersonales. Sin embargo, al enfocarnos a la enfermedad estos procesos empiezan a debilitarse de una manera muy notable como la antipatía.

Según Nieto-Munuera et al., (2015) esta investigación se encuentra bajo el enfoque de la psicología social con énfasis cognitivo donde propone diversas teorías y modelos, ya mencionados, que tratan de explicar el comportamiento del ser humano frente a la salud y la enfermedad.

Existen diversos estudios que tratan de explicar sobre la vulnerabilidad en función a la enfermedad. En seguida citamos a algunos autores como Shiferaw et al., (2014) la vulnerabilidad tiene diversas definiciones según el contexto que se desea abordar, en el caso de las enfermedades existen factores biopsicosociales que influyen dificultando la capacidad de afronte de una manera adecuada. Del mismo modo, García (2015) nos indica que la vulnerabilidad es la percepción que la persona tiene ante una situación amenazante, esta puede ser percibida en base a supuestos o realidades referentes a hechos como las enfermedades, las cuales disminuyen su capacidad de respuesta. Debido a que la investigación se enfocará a la adaptación y validación del instrumento es necesario conocer sobre concepto de psicometría. Al respecto, Meneses et al., (2013) la psicometría es una disciplina que forma parte de la psicología, en función a sus teorías o técnicas relacionadas a la aplicación y desarrollo de los instrumentos, se encarga de la medición de los

procesos cognitivos de manera indirecta con la finalidad de explicar el comportamiento de la persona.

Asimismo, la teoría más amplia y conocida de la psicometría es la teoría clásica de los test (TCT), con relación a esto, Muñiz (2018) menciona que esta teoría está basada en función al modelo lineal clásico desarrollado por Spearman (1904) que se centra en tres puntos claves: puntuación verdadera, empírica y error de medición.

Las pruebas psicométricas, conforme con Martínez, Hernández y Hernández (2014) son instrumentos que ayudan a la evaluación de diversas variables psicológicas, a su vez poseen propiedades psicométricas que respalda su validez y confiabilidad en la medición.

Para la construcción y evaluación psicométrica de los instrumentos se debe tener en cuenta ciertos indicadores tales como: Las comunalidades que para Montoya (2007) se refiere a la varianza como medida de dispersión para la variabilidad y la suma de cargas factoriales para cada factor. Del mismo modo con Olea et al., (2006) el Índice de homogeneidad corregido, es la similitud que existe en la relación de la respuesta de un ítem con el resto de los ítems de la prueba.

Con relación a la validez, la American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA] y National Council on Measurement in Education [NCME] (2018) mencionan que este proceso es esencial para las pruebas, dado que evaluará si el instrumento responde al objetivo por el que fue desarrollado. Este criterio se basa en analizar: la evidencia basada en el contenido de la prueba, donde se verifica si la escritura de los ítems se relaciona con el constructo; la evidencia basada en la estructura interna examina la relación de los elementos con las dimensiones de la prueba; y la evidencia basada en relaciones con otras variables, constata la relación del constructo con otras variables a través de sus factores y elementos. (AERA, APA y NCME, 2018).

De igual modo la AERA, APA y NCME (2018) conceptualiza el término confiabilidad como la precisión de coherencia de un instrumento, según el análisis de la consistencia interna y la cantidad de aplicaciones que ha tenido la prueba.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación será Instrumental puesto que, se realizará un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento para corroborar la validez y confiabilidad (Ato, López y Benavente, 2013) y también aplicada debido a que esta investigación hace uso de teorías ya propuesta por otros autores (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018).

El diseño será no experimental de corte transversal debido a que no se realiza la manipulación de las variables y la recogida de datos se hace en un solo momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2. Variables y operacionalización

Variable

Vulnerabilidad

Definición Conceptual

La vulnerabilidad, a la enfermedad infecciosa, implica los fenómenos psicológicos percibidos de manera diferente por cada persona (Duncan et al., 2009)

Definición Operacional

Se medirá mediante la escala de percepción de vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE) creada por Duncan et al., (2009) que contiene 15 ítems y fue adaptada al español por Magallares et al., (2016)

Dimensiones e Ítems

- **Infectabilidad Percibida:** Hace referencia a la susceptibilidad subjetiva a la enfermedad. Conformada por los ítems 2, 5, 6, 8, 10, 12 y 14 (Magallares et al., 2016).
- **Aversión a los gérmenes:** Es la acción de incomodidad frente a una situación donde los gérmenes causantes de enfermedades podrían ser transmitidos. Conformada por los ítems 1, 3, 4, 7, 9, 11, 13 y 15 (Magallares et al., 2016).
- **Ítems inversos:** Conformada por los ítems 3, 5, 11, 12, 13 y 14 (Magallares et al., 2016).

Escala de Medición

Escala de tipo Likert con 7 opciones de respuesta; Totalmente en desacuerdo = 1
Totalmente de acuerdo = 7.

3.3. Población, muestra y muestreo

La población es un conjunto de personas, a las cuales se desea estudiar y presentan una serie de particularidades que permite la diferenciación de unos con otros (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Por ello, la investigación estuvo conformada por una población infinita puesto que no tenemos acceso a una cifra exacta de habitantes. Al respecto, Arias (2012) refiere que la población infinita es aquella donde se desconoce la cantidad exacta de elementos que lo conforman la cual dificulta el acceso.

Criterios de inclusión:

- Personas adultas entre el rango de edad de 18 a 60 años.
- Personas que residan en Perú
- Personas en general profesionales y no profesionales.
- Personas sin ningún tipo de discapacidad.
- Personas de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Personas menores de 18 y mayores de 60 años.
- Personas de origen extranjero.
- Grupo de personas con profesión en específico.
- Personas con algún tipo de discapacidad

La muestra según, Bernal (2010) es una parte extraída de la población que se ha elegido, puesto que, cuenta con las características similares para la investigación donde se realizará la medición y la observación de las variables del tema a trabajar. Asimismo, para la muestra se eligió a 200 personas adultas ya que, según Lloret-Segura et al., (2014) califica como adecuado, asimismo una cantidad de 50 es considerado como muy deficiente, 200 aceptable y más de 1000 como excelente.

Se describe las variables sociodemográficas, precisando las características de la muestra (ver Tabla 1). Según los datos obtenidos, de acuerdo con el sexo, se obtuvo mayor presencia de mujeres ($f = 240$; $\% = 76.7$). Por otro lado, en cuanto a la edad, que osciló entre el rango de 18 a 60 años por criterio, se denota que los participantes con mayor presencia en edad fueron los que estaban dentro del rango de edad de 26 a 35 años ($f = 135$; $\% = 43.1$). Por último, la recolección de los datos fue descentralizada, ya que se recabó respuestas de las tres regiones del Perú, teniendo a la región costa con mayor presencia ($f = 280$; $\% = 89.4$).

Tabla 1

Variables sociodemográficas (N = 313)

Variable	f	%
Sexo		
Mujer	240	76,7
Hombre	73	23,3
Edad		
18 a 25	126	40.2
26 a 35	135	43,1
36 a 50	46	14,7
51 a más	6	1,91
Región		
Costa	280	89.4
Sierra	28	8,95
Selva	5	1,59

Nota. f: Frecuencia, %: Porcentaje

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, de esta manera permitirá que el investigador seleccione a las personas según sus características o criterios que crea conveniente (Otzen y Manterola, 2017).

La unidad de análisis fue con una población exclusivamente adultas de ambos sexos, entre las edades de 18 a 60 años, que residan en Perú y que no presenten alguna discapacidad.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para esta investigación se hizo uso de la técnica de la encuesta porque según Palella y Martins (2012) refieren que la encuesta es una técnica útil para la recolección de información ya que consta de una serie de preguntas que facilita las

distintas opiniones de los individuos. En tal sentido, la recolección de datos se hizo mediante el cuestionario de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE) la cual se detalla a continuación:

Instrumento

La Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE) fue creada por Lesley Duncan, Mark Schaller y Justin Park en el año 2009. Luego se desarrolló una adaptación en una población española por Magallares et al., (2016) esta prueba consta de 15 ítems dividida en dos dimensiones: la primera dimensión es infectabilidad percibida de 7 ítems, que hace referencia a la capacidad de poder contraer una enfermedad y la segunda dimensión es Aversión a los Gérmenes de 8 ítems, donde se especifica el rechazo hacia los gérmenes. Es un instrumento que contiene una escala tipo Likert que va del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo), respecto a la validación de este instrumento de 15 ítems: a nivel de consistencia interna fue aceptable con un coeficiente alfa de .82, mientras que para la dimensión Infectabilidad Percibida fue de .87 y para la dimensión de Aversión a los gérmenes fue .74, de igual modo para ambas subescalas se obtuvieron una puntuación de correlación positiva $r=.30$. (Duncan et al., 2009)

3.5. Procedimiento

Teniendo en cuenta los lineamientos de adaptación de la Comisión Internacional de Tests, según Muñiz, Hernández y Ponsoda (2015) se realizó los siguientes pasos: se inició con la aprobación del proyecto de investigación por parte de la escuela de Psicología para la ejecución y desarrollo correspondiente. Luego, se obtuvo el permiso para el uso de los instrumentos por los autores principales. Asimismo, se requirió contar con tres jueces expertos (especialistas en el área clínica) para la modificación y validación de los ítems, donde se realizó una adaptación lingüística y ajustes en las opciones de respuesta de la escala Likert de 7 a 4 opciones según sugerencias de los expertos. De igual modo, para la aplicación de este instrumento se solicitó al docente asesor la aprobación de la creación de un Formulario Google para la difusión de la prueba de manera virtual. Una vez difundido, por este medio, dicho instrumento contó con un consentimiento informado donde se explicaba el objetivo de dicha aplicación y el compromiso que deberían hacer para poder

responder con sinceridad. Así también, se compartió y socializo por diversas redes sociales indicando que dichos resultados son confidenciales y empleados principalmente para dicha investigación. En primera instancia se realizó una prueba piloto en la cual se obtuvo N=125 participantes que cumplían los criterios establecidos. Una vez realizada todos los ajustes pertinentes se difundió por segunda vez el instrumento junto a las dos variables divergente y convergente bajo la misma modalidad, obteniendo 323 participantes a nivel nacional y mediante un análisis preliminar se eliminó 10 sujetos, quedando como muestra final 313 personas.

3.6. Método de análisis de datos

Después de haber realizado la administración del instrumento se hizo la filtración de los datos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Seguidamente, se elaboró la hoja de cálculo en el programa Microsoft Office Excel 2016 para obtener la V de Aiken y la respectiva base de datos, además del programa R Studio con la finalidad de obtener evidencia de validez de la estructura interna haciendo uso del análisis factorial confirmatorio.

En relación, al proceso estadístico se realizó la extracción de casos atípicos univariados teniendo en cuenta la puntuación estándar Z, que debe estar entre el rango -3 y +3 y los casos atípicos multivariados que deben situarse en un rango menos a .001. (Tabachnick y Fidell, 2014)

Asimismo, se realizó el análisis descriptivo de los ítems haciendo uso del paquete estadístico SPSS versión 25 y el programa AMOS, mediante la cual se obtuvo la media, desviación estándar, asimetría, curtosis, ítems totales corregidos y comunalidades para corroborar si hay aproximación en la normalidad univariada (Lloret-Segura et al., 2014). Igualmente, dentro de este análisis descriptivo se evaluó el índice de homogeneidad corregido (Kline, 1993) y las comunalidades (Montoya, 2007).

Posteriormente, se realizó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante el programa R Studio, a través del estimador WLSMV, considerando un método más

robusto debido a que nuestra data es ordinal, en cuanto a la evaluación del ajuste del modelo se priorizó, el Índice de bondad de ajuste comparativo (CFI= $>.90$), la raíz residual estandarizada cuadrática media (SRMR= $<.05$), el error de la media cuadrática de la aproximación (RMSEA= $<.05$), así también, se interpretaron los valores CFI según las recomendaciones de Hu y Bentler (1999). Del mismo modo, el SRMR y RMSEA tomado por MacCallum, Browne y Sugawara (1996).

Finalmente, se empleó el programa JAMOVİ (The jamovi project, 2019) para adquirir la validez y confiabilidad de las propiedades psicométricas. Se evaluó la confiabilidad a través de la consistencia interna del coeficiente alfa y el coeficiente omega con rangos mayores a $.65$, esto según Taber (2017).

3.7. Aspectos éticos

La investigación se hizo bajo la ética, donde se evitó todo tipo de plagio o información errónea, considerando la pertenencia de otros autores en la cual se hizo uso de las citas textuales bajo las normas APA (2010). En el instrumento, difundido y aplicado, se consideró algunos datos como el sexo, edad y departamento, con la finalidad de conservar la identidad de las personas y confidencialidad de sus respuestas. De igual modo, para la investigación solo se consideraron las encuestas que se encuentren correctamente llenadas y se descartaron las que estaban incompletas.

Teniendo en cuenta los principios bioéticos para velar por los derechos de los participantes dentro de esta investigación psicológica, se explicó a las personas en qué consiste la prueba y cuáles eran los objetivos de la aplicación. De igual forma, se informó que dicho trabajo tiene fines académicos, saludables y sociales, por la cual su participación fue de forma voluntaria (Sánchez, 2009). Por otro lado, el Colegio de Psicólogos del Perú (2017) en su Artículo 47 nos menciona que el psicólogo puede hacer uso de los instrumentos para su adaptación y validación en diversas investigaciones teniendo en cuenta los criterios de reserva.

IV. RESULTADOS

Adaptación y validación de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad

La Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE) versión española de Magallares et al., (2016) fue adaptada al contexto peruano. Para ello, se efectuaron cambios en los ítems de la escala y luego la adecuación fue sometida a un juicio de expertos basándose en criterios como relevancia, pertinencia y claridad. (Ver Tabla 2). Así también, de acuerdo con la sugerencia de los expertos se procedió a disminuir las 7 opciones de respuestas en la escala original a una cantidad de 4 respuestas respectivamente. (Ver Anexo 5, Anexo 6 y Anexo 7)

Tabla 2
Adecuación lingüística de los ítems

Ítems	Versión española (Magallares et al., 2016)	Adecuación lingüística
DIMENSIÓN: Infectabilidad Percibida		
2	Si una enfermedad está "suelta", la contraeré.	Si estoy expuesto a una enfermedad puedo contraerla.
5	Mi experiencia pasada me hace creer que no tengo mucha probabilidad de coger una enfermedad aunque mis amigos la hayan cogido (r)	<i>Según mi experiencia no es posible que contraiga una enfermedad, a pesar de que mis amigos se hayan contagiado. *</i>
6	Tengo un pasado de susceptibilidad para las enfermedades contagiosas	Soy susceptible a las enfermedades contagiosas.
8	En general soy bastante susceptible a resfriados, gripes y otras enfermedades contagiosas	<i>En general, soy susceptible a los resfriados, gripe y otras enfermedades infecciosas. *</i>
10	Tengo más probabilidad de coger una enfermedad infecciosa que la gente de mi entorno	Tengo más probabilidades de contraer una enfermedad infecciosa que las demás personas de mi entorno.
12	Es poco probable que coja un catarro, gripe u otro tipo de enfermedad aunque ande 'suelta' (r)	Es poco probable que contraiga un resfriado, gripe u otro tipo de enfermedad aunque este expuesto.
14	Mi sistema inmune me protege de la mayoría de enfermedades que otra gente coge (r)	Mi sistema inmune me protege de la mayoría de las enfermedades a diferencia de los demás.
DIMENSIÓN: Aversión a los gérmenes		
1	Realmente me molesta cuando hay gente que estornuda sin taparse la boca	Realmente me molesta cuando la gente estornuda sin taparse con el antebrazo.
3	Estoy a gusto compartiendo una botella de agua con un amigo (r)	Me siento a gusto compartiendo una botella de agua con un amigo.
4	No me gusta escribir con un lápiz que haya mordido otra persona	No me gusta escribir con un lápiz que haya sido mordido por otra persona.
7	Prefiero lavarme las manos justo después de darle la mano a alguien	Prefiero lavarme las manos después de darle la mano a alguien.
9	No me gusta llevar ropa usada porque nunca sabes cómo era la última persona que la llevó	No me gusta usar ropa usada porque nunca sabes cómo es la persona que la utilizo.
11	No siento que mis manos estén sucias después de tocar dinero (r)	No siento que mis manos se encuentren sucias después de tocar dinero.
13	No me produce ningún tipo de ansiedad el hecho de estar rodeado de gente enferma (r)	<i>No siento ansiedad al estar rodeado de gente enferma. *</i>
15	Evito usar teléfonos públicos por el riesgo de poder coger algo del cliente anterior	Evito utilizar teléfonos públicos por el riesgo de contraer alguna enfermedad de los demás.

Nota. r: valoración inversa, en cursiva y negrita (*): cambios recomendados por juicio de expertos

Se evaluó la evidencia de validez de contenido mediante tres jueces expertos, donde se observó que los ítems: 5, 8 y 13 presentaron un puntaje ligeramente bajo en la categoría de Claridad (.78, .89, .78), ya que según Charter (2003) los valores mayores a .75 se consideran aceptables. Por ese motivo, los ítems anteriormente mencionados, tuvieron que ser modificados en cuando a su redacción.

Tabla 3

Coefficiente de Aiken de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad

N° ítems	Relevancia			Pertinencia			Claridad		
	\bar{X}	DE	V Aiken	\bar{X}	DE	V Aiken	\bar{X}	DE	V Aiken
Ítem 1	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 2	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 3	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 4	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 5	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	3.33	1.15	0.78
Ítem 6	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 7	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 8	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	3.67	0.58	0.89
Ítem 9	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 10	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 11	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 12	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 13	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	3.33	1.15	0.78
Ítem 14	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00
Ítem 15	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00	4	0.00	1.00

Nota. \bar{X} : Media, DE: Desviación Estándar

Por otro lado, se evidencian los resultados del análisis preliminar (Ver tabla 4), que está relacionado a la comprobación de la normalidad o no de los datos de la muestra. Antes de ello, se detalla que el mínimo y máximo de las respuestas oscilaron de 1 a 4 y no se observaron ningún dato perdido. Por otro lado, en los datos de distribución, tanto para asimetría y curtosis en los 15 ítems, ellos se encontraron dentro del rango aceptable (± 1.5), por lo tanto, los datos de la muestra presentan normalidad univariada (Belhekar, 2016). Sin embargo, con respecto a la normalidad multivariada, teniendo en cuenta que el valor del ratio crítico debe ser menor a 5.00 (Bentler, 2005). Nuestro resultado muestra que sobrepasa el valor aceptado con una estimación de 17.495, esto implica que no hay existencia de una normalidad multivariante.

Tabla 4*Normalidad de distribución univariada y multivariada (N = 313)*

Variable	\bar{X}	DE	g1	r.c.	g2	r.c.
PVE15	2.81	.911	-.313	-2.262	-.739	-2.670
PVE14	2.51	.809	.247	1.782	-.473	-1.707
PVE13	2.48	.881	.097	.701	-.716	-2.584
PVE12	2.22	.850	-.315	-2.272	-.487	-1.760
PVE11	1.93	.888	-.686	-4.957	-.306	-1.103
PVE10	2.24	.821	.450	3.251	-.198	-.717
PVE9	2.73	.945	-.248	-1.788	-.858	-3.100
PVE8	2.73	.894	-.283	-2.047	-.652	-2.354
PVE7	3.09	.794	-.671	-4.846	.104	.375
PVE6	2.62	.823	-.276	-1.994	-.419	-1.513
PVE5	1.91	.856	-.688	-4.966	-.180	-.649
PVE4	2.82	.972	-.375	-2.709	-.867	-3.132
PVE3	1.80	.823	-.828	-5.983	.100	0.361
PVE2	3.17	.722	-.834	-6.023	1.047	3.780
PVE1	3.55	.570	-.818	-5.905	-.343	-1.239
Multivariante					44.664	17.495

Nota. \bar{X} : media, DE: Desviación Estándar, g1: Asimetría, g2: Curtosis, r.c: Ratio crítico

Se evidencian significativas cargas factoriales ($p < .05$) y la interfactorial del modelo propuesto (Ver tabla 5 y Figura 3). Las cargas factoriales estuvieron por encima ($> .40$) del valor esperado (Escobedo et al. 2015). Por lo tanto, los ítems guardan una relación adecuada con sus variables latentes a medir (AERA, APA & NCME, 2018). De esta manera, la carga interfactorial entre las variables (Infectabilidad percibida y aversión a los gérmenes) guarda una relación directa, es decir, a mayores puntuaciones en una dimensión, mayor en la otra.

Tabla 5*Cargas estandarizadas de variables latentes del modelo 3 (N = 313)*

Ítems	F1	F2	z	p	F1 ↔ F2
PVE2	.501		-	0.000	
PVE6	.685		8.19	0.000	
PVE8	.783		8.49	0.000	
PVE10	.699		8.80	0.000	
PVE1		.493	-	0.000	.564
PVE4		.670	5.71	0.000	
PVE9		.428	4.94	0.000	
PVE15		.568	5.97	0.000	

Nota. F1: Infectabilidad percibida; F2: Aversión a los gérmenes; z: Puntuaciones z; p: Significancia estadística, F1↔ F2: Covarianza interfactorial

Evidencia de Validez basada en la Estructura Interna del Constructo

Mediante el Análisis Factorial Confirmatorio en el programa R Studio (Ver tabla 6), se evidencian diferentes modelos que han sido examinados, para llegar a conocer cuál de ellos se ajusta empírica y teóricamente a los datos de la muestra (Medrano y Muñoz-Navarro, 2017).

Tabla 6
Índices de bondad por AFC (N = 313)

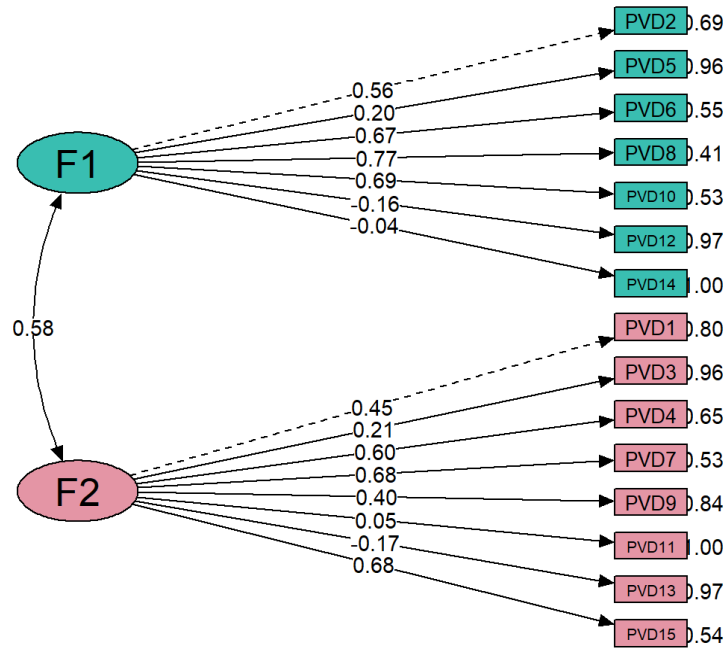
Modelos	χ^2	df	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		WRMR
								Mín.	Máx.	
Multidimensional (Estimador: WLSMV)										
M1: Modelo original (15 ítems en 2 factores)	405.57	89	0.001	.858	.833	.096	.093	.084	.102	1.46
M2: Modelo re-especificado (9 ítems en 2 factores)	120.91	26	0.001	.958	.942	.075	.086	.071	.102	1.11
M3: Modelo re-especificado (8 ítems en 2 factores)	79.088	19	0.001	.966	.949	.071	.080	.062	.098	.986

Nota. χ^2 : Chi cuadrado; df: Grados de libertad; p: Significancia, CFI: Índice de Ajuste Comparativo, IFI: Índice de ajuste Incremental, SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación, IC: Intervalos de confianza, WRMR: Residual cuadrático medio ponderado de la raíz

En el modelo original, de estructura bidimensional de 15 ítems en dos factores, se observa que los índices de ajuste se encuentran por debajo de los rangos aceptables (CFI y TLI $>.90$) y los errores muestrales y poblaciones (SRMR y RMSEA $>.08$) propuestos por Prudon en el 2015 (ver Figura 1). Por lo tanto, se realizó un segundo modelo, con la eliminación de seis ítems debido a sus bajas cargas factoriales; sin embargo, se encontraron valores ligeramente no aceptables en los índices de bondad de ajuste (CFI = .958, TLI = .942, SRMR = .075, RMSEA = .086), por ende, es inconsistente con los datos y con el modelo teórico propuesto (ver Figura 2).

Figura 1

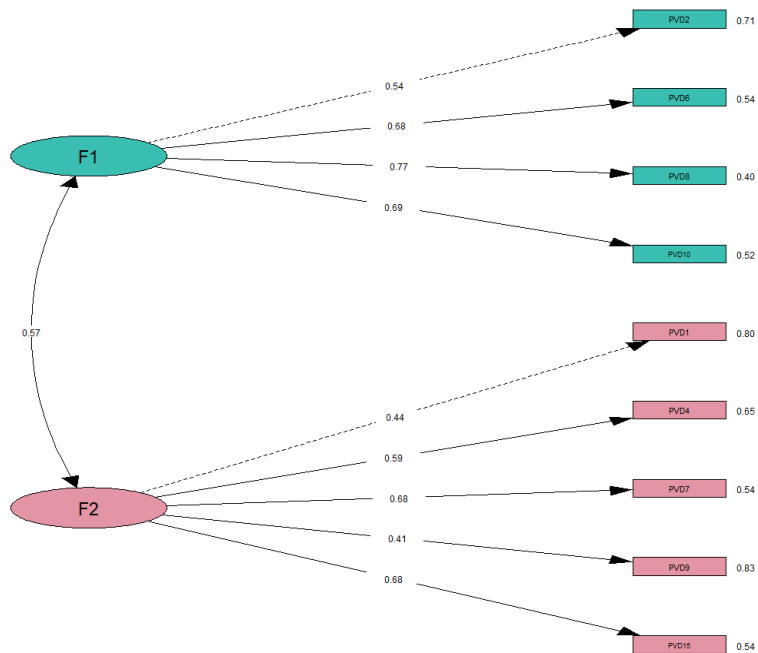
Modelo original de la escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad



Nota. F1: Infectabilidad Percibida, F2: Aversión a los gérmenes

Figura 2

Segundo modelo re-especificado

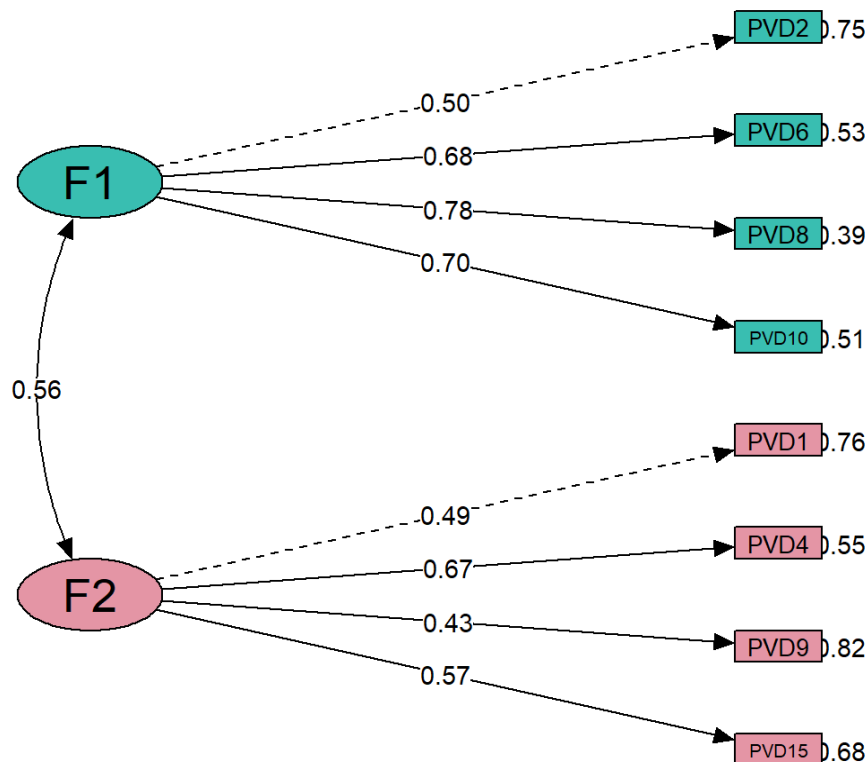


Nota. F1: Infectabilidad Percibida, F2: Aversión a los gérmenes

Luego se realizó un tercer modelo, donde se eliminó el ítem 7 debido a que en la modificación de índices recomienda covariar con otros ítems y, por consiguiente, la factorización se evidencia de mayor complejidad; por lo tanto, se consiguió un modelo re-especificado de 8 ítems en 2 factores (ver Tabla 6 y Figura 3). Obteniéndose según Prudon (2015) valores ligeramente mejores que el modelo anterior (CFI = .966, TLI = .949, SRMR = 0.71, RMSEA = .080; WRMR = .986). Por consiguiente, el modelo es congruente al marco teórico de la variable de vulnerabilidad percibida hacia las enfermedades, dado que el constructo se mide a través de dos dimensiones: Infectabilidad percibida y aversión a los gérmenes (Duncan et al., 2009).

Figura 3

Tercer modelo re-especificado



Nota. F1: Infectabilidad Percibida, F2: Aversión a los gérmenes

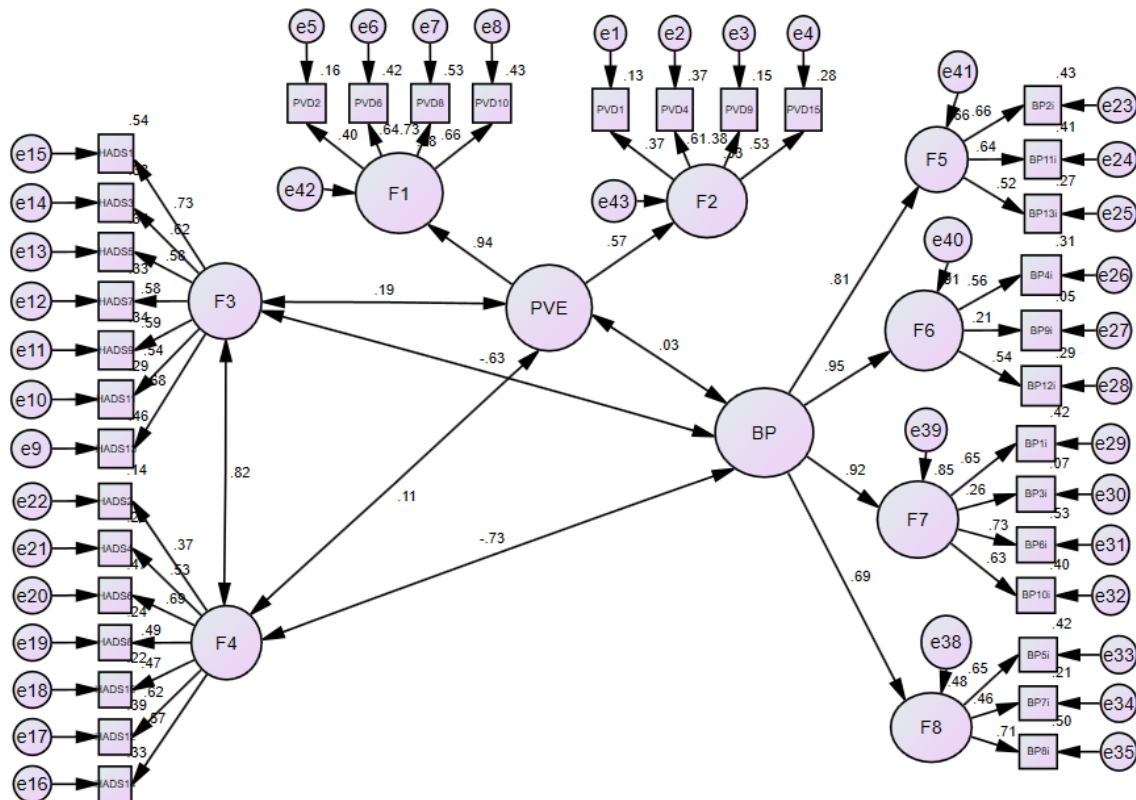
Evidencia de Validez basada en la Relación con otras variables

Se realizó las evidencias de validez en relación con otras variables (Ver Figura 4), se evidencia valores mínimos entre la escala a investigar, la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad, y las dimensiones de la Escala de

Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS con valores de .19 y .11 respectivamente ($p = .021$ y $.173$). En cuanto a la relación, entre la escala a investigar y la Escala de Bienestar Psicológico, se denota también los siguientes valores ($r = .03$ y $p = .661$). Por lo tanto, se encontraron valores mínimos con respecto a la relación convergente y valores adecuados acerca de la relación divergente entre las variables. (Ver Tabla 7)

Figura 4

Evidencia de validez de relación con otras variables



Nota. PVE: Escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad (Modelo re-especificado), BP: Escala de Bienestar Psicológico, F1: Infectabilidad Percibida, F2: Aversión a los gérmenes, F3: Ansiedad (Dimensión de HADS), F4: Depresión (Dimensión de HADS), F5: Aceptación, F6: Autonomía, F7: Proyecto de vida, F8: Vínculos Sociales.

Tabla 7

Relación de la variable PVE con otras variables mediante SEM (N=313)

Correlaciones	r	DE	p	r ²
Ansiedad (HADS) ↔ PVE	.193	.013	.021	.037
Depresión (HADS) ↔ PVE	.111	.011	.173	.012
BP ↔ PVE	.034	.006	.661	.001

Nota. PVE: Escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad, BP: Escala de Bienestar Psicológico, r: Coeficiente de correlación, DE: Desviación estándar, p: Significancia, r²: Tamaño del efecto.

Evidencia de confiabilidad por consistencia interna

Se evidencian los valores de fiabilidad cerca de lo esperado a través de la consistencia interna (ver Tabla 8), el cual se obtuvo resultados por medio de sus dos dimensiones, los cual fueron valores mayores a .65 (Taber, 2017). Por tanto, los ítems en su conjunto y/o por dimensiones presentan estabilidad y consistencia en sus puntuaciones, ello permitiría, evaluar e inferir de forma confiable las interpretaciones de las puntuaciones de la prueba (AERA, APA & NCME, 2018).

Tabla 8

Confiabilidad por consistencia interna (N = 313)

Dimensiones	Ítems	\bar{X}	DE	ritc	α	ω
Infectabilidad percibida	PVE2	3.17	0.722	0.321	0.698	0.704
	PVE6	2.62	0.823	0.526		
	PVE8	2.73	0.894	0.538		
	PVE10	2.25	0.822	0.553		
Aversión a los gérmenes	PVE1	3.55	0.57	0.256	0.528	0.538
	PVE4	2.82	0.973	0.354		
	PVE9	2.73	0.946	0.288		
	PVE15	2.81	0.912	0.392		

Nota. \bar{X} : media, DE: Desviación Estándar, ritc: Correlación ítem-test α : Coeficiente alfa, ω : Coeficiente Omega.

Baremos

Se muestran los percentiles de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la enfermedad (Ver Tabla 9) en adultos peruanos de edades entre 18 a 60 años de edad.

Tabla 9

Baremos de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad

Percentiles	1	2	3	7	12	19	26	37	49	60	69	76	85	90	93	95	96	98	99
	12 - 14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Media	22.6997																		
DE	3.78415																		
Min	9																		
Máx	32																		

Nota. DE: Desviación Estándar, Min: Mínimo, Máx.: Máximo.

Igualmente, se muestran las categorías según los rangos de puntaje obtenidos en la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la enfermedad (Ver Tabla 10).

Tabla 10*Categorías de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad*

Rango	Categoría
Min – 20	Muy bajo
21 – 23	Bajo
24 – 25	Alto
26 – Máx	Muy Alto

Nota. Min: Mínimo, Máx: Máximo.

V. DISCUSIÓN

En esta investigación se contrastarán los resultados pertinentes en base a los datos obtenidos sobre el objetivo principal, la adaptación y validación de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE) en peruanos adultos expuestos al Sars-CoV-2. Los resultados evidencian que esta escala posee valores psicométricos y estructura factorial bidimensional similares en relación con otras investigaciones (Beleña, Díaz y Soriano, 2016; Fukukawa, Kawahito, Oda y Usami, 2014 y Magallares et al., 2016). Igualmente, se evidencia que el instrumento puede ser considerado de manera bidimensional ya que es coherente con el aspecto teórico en relación con la vulnerabilidad de contraer enfermedades infecciosas por medio de dos dimensiones (Duncan et al., 2009).

En cuanto a las evidencias de validez de contenido de la escala se alcanzó un coeficiente de V Aiken ($>.75$) teniendo en cuenta los criterios de pertinencia, relevancia y claridad. Asimismo, queda evidencia en cuanto a la disminución de las opciones de respuesta de los ítems de siete opciones a cuatro respuestas respectivamente, datos no reportado por el modelo propuesto de, Magallares et al., (2016). De igual manera, es importante señalar que el análisis de los ítems por medio de jueces expertos es primordial para la verificación de fiabilidad en cuanto a la interpretación de los ítems.

Por otro lado, las evidencias de validez basado en la estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio, resaltaron que el último modelo re-especificado, con la eliminación de ítems inversos y un ítem directo, se obtuvieron índices de bondad de ajuste óptimo (CFI = .966, TLI = .949, SRMR = 0.71, RMSEA = .080; WRMR = .986). Dichos resultados muestran similitud con los hallazgos en la investigación de Magallares et al., (2016), que para obtener un AFC realizó hasta cuatro modelos, quedándose con el segundo modelo, en el cual se obtuvo valores significativos. Es importante indicar que, en algunos casos, para obtener un modelo adecuado en esta investigación es necesario la eliminación de ítems inversos ya que muestran dificultad en la comprensión (Van Sonderen, Sanderman y Coyne, 2013).

Asimismo, se realizó el análisis de evidencia de validez con otras variables, mediante la convergencia y divergencia, encontrando valores mínimos para una convergencia y valores adecuados para divergencia entre las puntuaciones de la

escala, debido al uso de variables con un enfoque clínico. Estos resultados son respaldados por el marco teórico, el cual indica que la escala mide aspectos relacionados a las creencias y percepción sobre la vulnerabilidad a la transmisión de enfermedades infecciosas, por tal motivo, el instrumento debe correlacionar solo con variables de aspecto social (Duncan et al., 2009; Magallares et al., 2016 y Beleña, Díaz y Soriano, 2016). Del mismo modo, se tomó la decisión de la elección de estas variables bajo el contexto de la Covid-19, puesto que, es una enfermedad infecciosa la cual tiene implicancia en el aspecto emocional (BBC news mundo, 12 abril 2020).

Respecto, a la confiabilidad se analizó mediante el coeficiente alfa y omega, evidenciando valores que se contrastan con las investigaciones de Magallares et al., (2016), Beleña, Díaz y Soriano (2016), donde la bidimensionalidad de la escala presenta una puntuación de fiabilidad adecuada, por lo tanto, estos resultados son aceptables en instrumentos para el uso en el ámbito de la psicología social (Magallares et al., 2016).

La investigación se limita respecto a la recolección de datos de la muestra, que se realizó de manera virtual, donde no se obtuvo una participación masiva por la población teniendo como muestra final 313 participantes (H=73 y M= 240). Así también, debido a la diferencia de participación entre hombres y mujeres no se realizó una invariancia de medición según sexo ya que los datos obtenidos podrían ser erróneos.

Del mismo modo, un aporte importante de este estudio es que se demostró que el instrumento es válido mayormente para el ámbito de la psicología social ya que converge con variables de aspecto social. Asimismo, se contribuye con la realización de baremos, únicamente para la muestra de la investigación, de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad, así como también las categorías respectivas al puntaje obtenido.

VI. CONCLUSIONES

- Se determinó la adaptación y validación de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad en 313 peruanos adultos de 18 a 60 años expuestos al SARS-CoV-2.
- Se obtuvo la evidencia de validez basada en la estructura interna, donde el análisis factorial confirmatorio, reportó los siguientes índices de bondad CFI = .966, TLI = .949, SRMR = 0.71, RMSEA = .080; WRMR = .986., indicando un adecuado ajuste del modelo teórico.
- Se evaluó una validez en relación con otras variables, donde se demostró que la escala, en relación con las pruebas de aspecto clínico, presenta una mínima relación con las dimensiones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y una relación divergente con la Escala de Bienestar Psicológico.
- Se evaluó la confiabilidad para las dimensiones de la escala por medio de la consistencia interna, donde el coeficiente Alfa reporta los valores de .698 y .704, así también el coeficiente Omega, con valores de .528 y .538.

VII. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta a los resultados obtenidos dentro de este estudio, se presentarán recomendaciones para futuras investigaciones.

- En primer lugar, continuar con la realización de investigaciones de tipo instrumental, ya que permite el incremento de pruebas psicológicas y a su vez se conozcan nuevas realidades dentro del contexto peruano.
- En segundo lugar, se recomienda continuar con los análisis psicométricos de la adaptación de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad en diversas muestras, y de esta manera confirmar el modelo teórico.
- En tercer lugar, se recomienda usar el método de muestreo probabilístico, considerando a una población del sector salud, ya que las investigaciones psicométricas acerca de esta escala, por el momento, solo han sido aplicadas a una población de estudiantes universitarios y población de adultos en general.
- En cuarto lugar, se sugiere evaluar la evidencia de validez en relación con otras variables, con instrumentos que se enfoquen en aspectos sociales como creencias o percepción, para confirmar lo dicho anteriormente en esta investigación.
- En quinto lugar, se aconseja realizar la invarianza de medición según sexo, para determinar si los modelos se relacionan entre sí y obtener un nuevo dato acerca de la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad.
- Por último, se sugiere realizar un proceso de re-test en una población en específico para evaluar la confiabilidad del instrumento, de esta manera se otorgaría un gran aporte a futuras investigaciones para evidenciar la precisión de la prueba.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA] & National Council on Measurement in Education [NCME] (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas*. (M. Lieve, Trans.). Washington, DC: American Educational Research Association (Original work published 2014)
- American Psychological Association [APA] (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ta. Ed.). Washington, DC: American Psychological Association
- Araujo, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿Dos conceptos concomitantes?. *Revista Novedades en población*, 11(21), 89-96.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (6ta ed.). Caracas, Venezuela: Editorial Episteme
- Arroyo, J. (11 de Marzo 2020). Coronavirus: la oms declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19. *Redacción Médica*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-según-oms-1895>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- BBC News Mundo (12 de abril 2020). *Coronavirus: Cómo el miedo a la enfermedad covid 19 está cambiando nuestra psicología*. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52191660>
- Bentler, P.M. (2005). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Beleña, Á., Díaz, A. & Soriano, J. F. (2016). Perceived vulnerability to disease questionnaire: factor structure, psychometric properties and gender differences. *Personality and Individual Differences*, 101, 42-49.

- Beleña, Á., Díaz, A. & Zueco, J. (2020). The Role of Age and Gender in Perceived Vulnerability to Infectious Diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 485.
- Belhekar, V. (2016). Normal distribution: theory, application, and testing. In Belhekar, V. *Statistics for psychology using r* (pp. 78-107). 55 City Road, London: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9789353282493>
- Bernales, M., Cabieses, B., Obach, A., & Pedrero, V. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile*. Chile: Universidad del Desarrollo
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación* (3ra ed.). Bogotá, Colombia: Pearson Education.
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I. & Wisner, B. (1996). *Vulnerabilidad: El entorno social, político y económico de los desastres*. Colombia: Tercer Mundo Editores
- Cabezas, C. (2014). Enfermedades infecciosas desatendidas: un permanente reto para la salud pública y la equidad en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(2), 326-335.
- Charter, R. A. (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *The Journal of General Psychology*, 130(3), 290-304.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de Ética y deontología*. Perú: Colegio de Psicólogos del Perú
- Duncan, L. A., Schaller, M., & Park, J. H. (2009). Perceived vulnerability to disease: Development and validation of a 15-item self-report instrument. *Personality and Individual Differences*, 47, 541–546.
- 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>

- Fukukawa, Y., Kawahito, J., Oda, R. & Usami, H. (2014). Development of a Japanese version of the Perceived Vulnerability to Disease Scale. *The Japanese Journal of Psychology*, 85(2), 188–195.
- García, J. A. (2015). Concept of psychosocial vulnerability in the field of health and addictions. *Salud y Drogas*, 15(1), 5-14
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª. Ed.). México: McGrawHill
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas*. México: McGrawHill
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), pp. 1-55.
- The jamovi project (2019). *Jamovi*. (Version 1.1) [Computer Software]. Recuperado de: <https://www.jamovi.org>
- Kline, P. (1993). *Personality: The psychometric view*. EE. UU.: Routledge.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30 (3), 1151-1169.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of simple size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130-149.
- Magallares, A., Fuster-Ruiz, M. J. & Morales, J. F. (2016). Psychometric properties and criterion validity of the Perceived Vulnerability to Disease Scale (PVD) in the Spanish population/Propiedades psicométricas y validez de criterio de la escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE en población española). *Revista de Psicología Social*, 32(1), 164-195.

- Martínez, R., Hernández, J., & Hernández, V. (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Medrano, L. & Muñoz-Navarro, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 219-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.11.486>
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J., & Valero, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona, España: Editorial UOC
- Montoya, O. (2007). Aplicación del análisis factorial a la investigación de mercados. Caso de estudio. *Scientia et Technica*, 1(35), 281-286.
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Muñiz, J., Hernández, A., & Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del psicólogo*, 36(3), 161-173.
- Navarrete, C. D., & Fessler, D. M. (2006). Disease avoidance and ethnocentrism: The effects of disease vulnerability and disgust sensitivity on intergroup attitudes. *Evolution and Human Behavior*, 27(4), 270-282.
- Nieto-Munuera, J., Abad, M. A., Esteban, A. & Tijerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España: McGraw-Hill
- Olea, J., Ponsoda, V., Abad, F., Garrido, J. (2006). *Introducción a la Psicometría: Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Ítem*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Palella, S., & Martins, F. (2012). *Metodología de la investigación Cuantitativa*. Caracas, Venezuela: FEDUPEL.

- Prudon, P. (2015). Confirmatory factor analysis as a tool in research using questionnaires: A critique. *Comprehensive Psychology*, 4, 03. CP.4.10. <http://dx.doi.org/10.2466/03.cp.4.10>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Sánchez, P. I. (2009). Principios básicos de bioética. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 55(4), 230-233.
- Sánchez, D., & Egea, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 17(69), 151-185.
- Sánchez, H., Reyes, C. & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Perú: Universidad Ricardo Palma.
- Schaller, M. (2015). The Behavioral Immune System. En D. M. Buss (Ed.), *The Handbook of Evolutionary Psychology* (2da. Ed., Vol. 1, pp. 206 – 224). Hoboken, New Jersey: Wiley
- Schaller, M. & Murray, D. R. (2016). The behavioral immune system: Implications for social cognition, social interaction, and social influence. *Advances in experimental social psychology*, 53, 75-129.
- Shiferaw, B., Tesfaye, K., Kassie, M., Abate, T., Prasanna, B. M., & Menkir, A. (2014). Managing vulnerability to drought and enhancing livelihood resilience in sub-Saharan Africa: Technological, institutional and policy options. *Weather and Climate Extremes*, 3, 67-7.
- Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things. *American Journal of Psychology*, 15 (1), 72-101.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2014). *Using multivariate statistics* (6ta. ed.). The United States of America: Pearson.

Taber, K. S. (2017). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>

Van Sonderen, E., Sanderman, R., & Coyne, J. C. (2013). Ineffectiveness of reverse wording of questionnaire items: Let's learn from cows in the rain. *PLoS ONE*, 8, 1–7. doi:10.1371/annotation/af78b324-7b44-4f89-b932-e851fe04a8e5

ANEXOS

Anexos 1:

Tabla 1

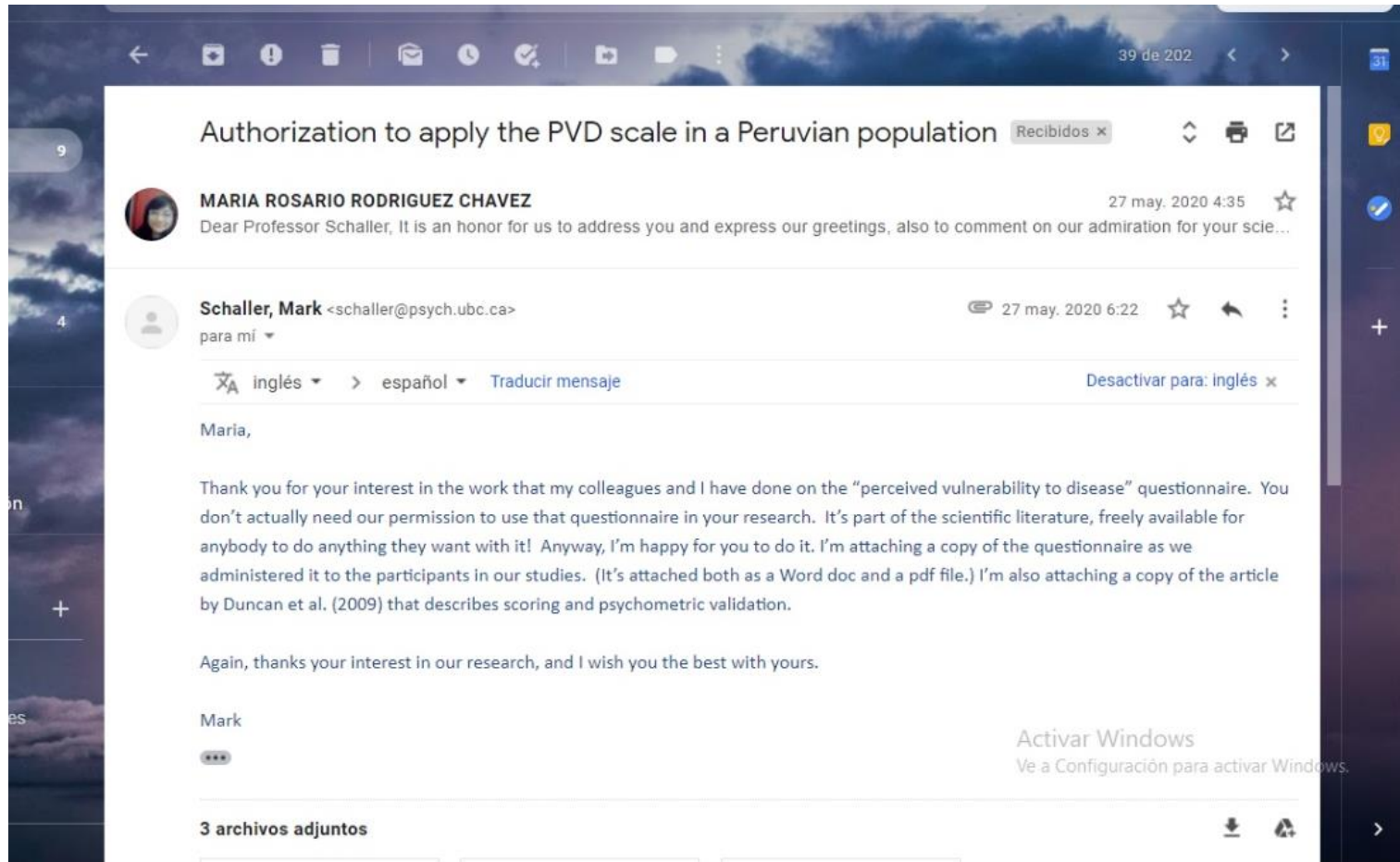
Matriz de operacionalización de la variable de estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de Medición
Vulnerabilidad	La vulnerabilidad, a la enfermedad infecciosa, implica los fenómenos psicológicos percibidos de manera diferente por cada persona (Duncan et al., 2009)	Se medirá mediante la escala de percepción de vulnerabilidad a la Enfermedad (PVE) creada por Duncan et al., (2009) que contiene 15 ítems y fue adaptada al español por Magallares et al., (2016)	Infectabilidad Percibida	2,5, 6, 8, 10, 12, 14	Escala de tipo Likert con 7 opciones de respuesta.
			Aversión a los gérmenes	1, 3, 4, 7, 9, 11, 13, 15	Totalmente en desacuerdo = 1 Totalmente de acuerdo = 7

Nota. Los ítems inversos son: 3, 5, 11, 12, 13, 14

Anexo 2:

Correo de autorización para el instrumento original por parte de uno de los autores



Anexo 3:


Correo de autorización para uso del instrumento de la versión española por parte de uno de los autores

Authorization to apply the PVD : x ResearchGate x +


researchgate.net/messages/1844363787

Agradecemos desde ya, por la oportunidad y nos mantenemos a la espera de su pronta respuesta.

Saludos cordiales,
Huaman Huaman, Elizabet / Rodriguez Chávez, María.
Est. Psic. de la Universidad César Vallejo
Lima - Perú

 Alejandro Magallares to you May 27, 2020

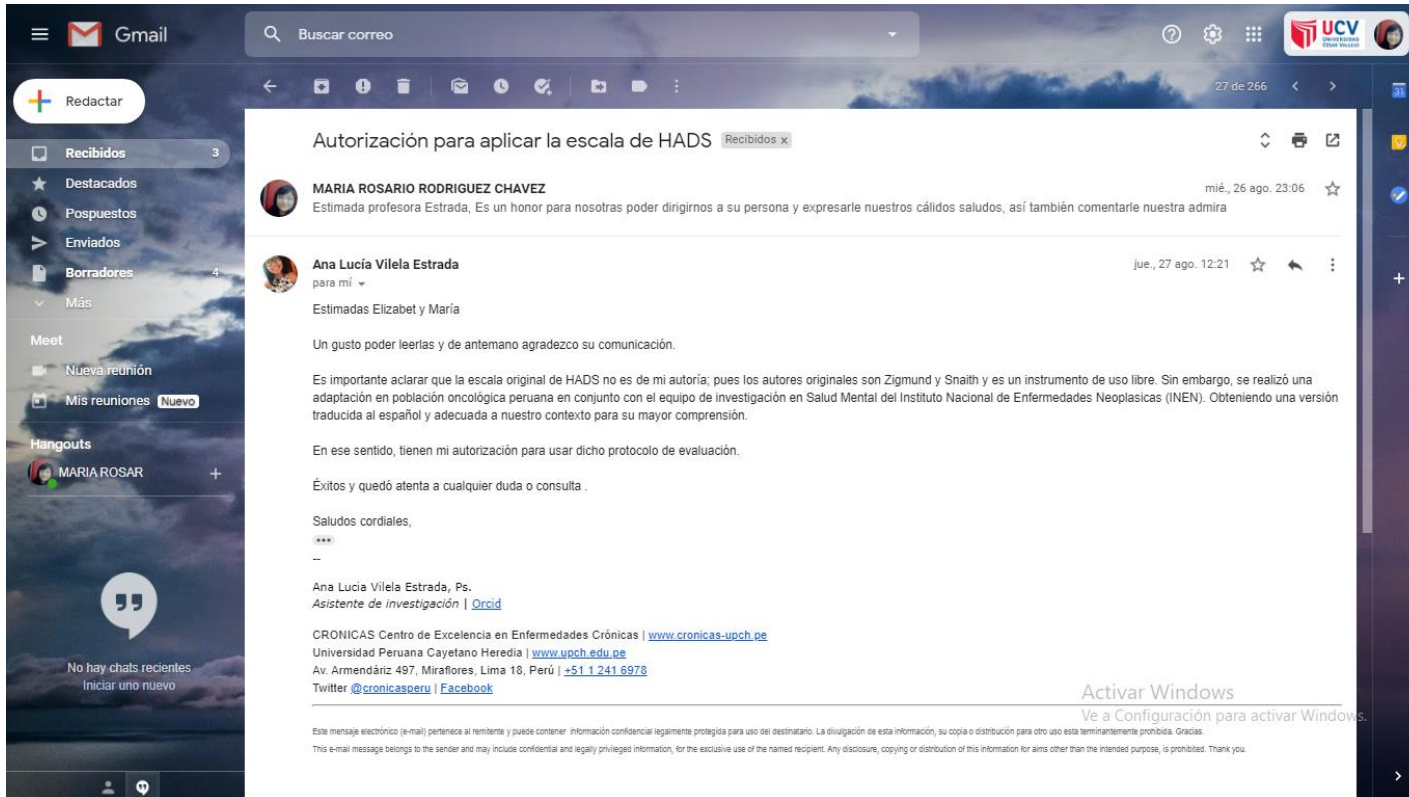
Hola Maria Rosario,
por supuesto, podeis utilizar la escala.
Mucha suerte con la investigación.
Espero que tú y tu familia esteis bien.
Buen día,
Alejandro

 María Rosario Rodríguez Chávez May 27, 2020

Profesor Magallares,

Anexo 4:

Correo de autorización para el uso de la escala convergente por parte de uno de los autores



The screenshot shows a Gmail interface with a dark theme. The left sidebar contains navigation options: Redactar, Recibidos (3), Destacados, Pospuestos, Enviados, Borradores (4), Más, Meet (Nueva reunión, Mis reuniones Nuevo), and Hangouts (MARIA ROSAR +). The main content area displays an email titled "Autorización para aplicar la escala de HADS" (Received). The email is from MARIA ROSARIO RODRIGUEZ CHAVEZ, dated Wednesday, August 26, 2020, at 23:06. The recipient is Ana Lucía Vilela Estrada, dated Thursday, August 27, 2020, at 12:21. The email body contains the following text:

Estimada profesora Estrada, Es un honor para nosotras poder dirigirnos a su persona y expresarle nuestros cálidos saludos, así también comentarle nuestra admiración.

Un gusto poder leerlas y de antemano agradezco su comunicación.

Es importante aclarar que la escala original de HADS no es de mi autoría; pues los autores originales son Zigmund y Snaith y es un instrumento de uso libre. Sin embargo, se realizó una adaptación en población oncológica peruana en conjunto con el equipo de investigación en Salud Mental del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Obteniendo una versión traducida al español y adecuada a nuestro contexto para su mayor comprensión.

En ese sentido, tienen mi autorización para usar dicho protocolo de evaluación.

Éxitos y quedó atenta a cualquier duda o consulta .

Saludos cordiales,
...
--

Ana Lucía Vilela Estrada, Ps.
Asistente de investigación | [Orcid](#)

CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas | [www.cronicas-upch.pe](#)
Universidad Peruana Cayetano Heredia | [www.upch.edu.pe](#)
Av. Armendáriz 497, Miraflores, Lima 18, Perú | [+51 1 241 6978](#)
Twitter [@cronicasperu](#) | [Facebook](#)

At the bottom of the email, there is a disclaimer: "Este mensaje electrónico (e-mail) pertenece al remitente y puede contener información confidencial legalmente protegida para uso del destinatario. La divulgación de esta información, su copia o distribución para otro uso está terminantemente prohibida. Gracias. This e-mail message belongs to the sender and may include confidential and legally privileged information, for the exclusive use of the named recipient. Any disclosure, copying or distribution of this information for aims other than the intended purpose, is prohibited. Thank you."

Anexo 4:

Correo de autorización para el uso de la escala divergente por parte de uno de los autores

Autorización para aplicar la escala de bienestar psicológico Recibidos x

MARIA ROSARIO RODRIGUEZ CHAVEZ mié., 26 ago. 19:08

Estimado profesor Dominguez, Es un honor para nosotras poder dirigirnos a su persona y expresarle nuestros cálidos saludos, así también comentarle nuestra admiración por su trabajo.

Sergio Dominguez para mí mié., 26 ago. 23:22

Estimada Maria, muchas gracias por el interés y las palabras tan amables hacia el trabajo realizado. Te envío la escala trabajada en Perú (la que adapté de Casullo), clave, y artículos donde fue usada.

Además, es bueno agregar que los test como este no tienen manual o algo así ya que son pruebas de difusión académica, no son tests comerciales (como los que vende TEA o MANUAL MODERNO). Podrían elaborarse, sí; pero no fue el objetivo de las investigaciones. En tal sentido, tendrías que enfocarte más en aspectos teóricos y estudios psicométricos para sustentar su uso, y "construir" la ficha técnica (si te la solicitaran) en base a los datos que figuran en los artículos de validación.

Por último, no tiene baremos (que no serían necesarios si vas a trabajar estudios comparativos o correlacionales).

Saludos cordiales.

Dr. SERGIO ALEXIS DOMINGUEZ LARA
C.Ps.P. 18556
Universidad de San Martín de Porres - [Instituto de Investigación de Psicología](#)
Investigador CONCYTEC [Perfil](#)
Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Dominguez_Lara/
ORCID: <http://www.orcid.org/0000-0002-2083-4278>
SCOPUS-ID: 56287930500 (<https://www.scopus.com/authorid/detail.uri?authorid=56287930500>)
LOOP: <http://loop.frontiersin.org/people/346044/>
Scholar Google: <https://scholar.google.com/citations?user=idSLecAAAAAJ&hl=es>
Autores-Redalyc: <http://www.redalyc.org/autor/oa?id=2906>
Publón-Peer Reviews: <https://publons.com/author/1390155>
Microsoft Academic: <https://academic.microsoft.com/#/detail/2161565109>
ResearchID: <http://www.researcherid.com/rid/1-6666-2018>
==

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Anexo 5:

Validación de la escala por el primer juez experto



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD

Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.	1	No es relevante
	2	Mediamente Relevante
	3	Relevante
	4	Es totalmente relevante
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.	1	Nada clara
	2	Mediamente clara
	3	Clara
	4	Completamente clara
Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.	1	Nada pertinente
	2	Poco pertinente
	3	Pertinente
	4	Totalmente pertinente

N°	DIMENSIONES / Ítems	Ítem directo o inverso	Pertinencia ¹				Relevancia ²				Claridad ³				Sugerencias
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	DIMENSIÓN 1: INFECTABILIDAD PERCIBIDA	Calificación													
2	Si estoy expuesta a una enfermedad puedo contraerla.	Ítem directo				X				X				X	
5	Según mi experiencia no creo tener la probabilidad de contraer una enfermedad, a pesar de que mis amigos se hayan contagiado.	Ítem inverso				X				X				X	
6	Soy susceptible a las enfermedades contagiosas.	Ítem directo				X				X				X	
8	En general, soy muy susceptible a los resfriados, gripe y otras enfermedades infecciosas.	Ítem directo				X				X				X	

6



10	Tengo más probabilidades de contraer una enfermedad infecciosa que las demás personas de mi entorno.	Ítem directo				X				X				X	
12	Es poco probable que contraiga un resfriado, gripe u otro tipo de enfermedad aunque este expuesto.	Ítem inverso				X				X				X	
14	Mi sistema inmune me protege de la mayoría de las enfermedades a diferencia de los demás.	Ítem inverso				X				X				X	
	DIMENSIÓN 2: AVERSIÓN A LOS GÉRMENES	Calificación													
17	Realmente me molesta cuando la gente estornuda sin taparse con el antebrazo.	Ítem directo				X				X				X	
3	Me siento a gusto compartiendo una botella de agua con un amigo.	Ítem inverso				X				X				X	
4	No me gusta escribir con un lápiz que haya sido mordido por otra persona.	Ítem directo				X				X				X	
7	Prefiero lavarme las manos después de darle la mano a alguien.	Ítem directo				X				X				X	
9	No me gusta usar ropa usada porque nunca sabes cómo es la persona que la utilizó.	Ítem directo				X				X				X	
11	No siento que mis manos se encuentren sucias después de tocar dinero.	Ítem inverso				X				X				X	
13	No me produce ansiedad el hecho de estar rodeado de gente enferma.	Ítem inverso				X				X				X	
15	Evito utilizar teléfonos públicos por el riesgo de contraer alguna enfermedad de los demás.	Ítem directo				X				X				X	

Nota. Ítems inversos: 5, 12, 14, 3, 11, 13

OPINIÓN AL NÚMERO DE RESPUESTAS DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD

7



Versión Original						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

Adaptación			
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

APROBADO	X
NO APROBADO	

Observaciones:

Activa
Ve a Co

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD (PVE)

Observaciones:

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

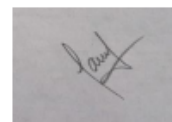
Apellidos y nombres del juez validador Mg: **Roxana Asca Montoya**

DNI: 07086789

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

Psicóloga Clínica y de la Salud

15 de mayo del 2020.



Firma del juez validador

Anexo 6:

Validación de la escala por el segundo juez experto

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD

Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.	1	No es relevante
	2	Mediamente Relevante
	3	Relevante
	4	Es totalmente relevante
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.	1	Nada claro
	2	Mediamente claro
	3	Claro
	4	Completamente claro
Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.	1	Nada pertinente
	2	Poco pertinente
	3	Pertinente
	4	Totalmente pertinente

Nota. Ítems inversos: 5, 12, 14, 3, 11, 13

N°	DIMENSIONES / Ítem	Ítem directo o inverso	Pertinencia ¹				Relevancia ²				Claridad ³				Sugerencias
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	DIMENSION 1: INFECTABILIDAD PERCIBIDA	Calificación													
2	Si estoy expuesta a una enfermedad puedo contraerla.	Ítem directo				X				X					X
5	Según mi experiencia no creo tener la probabilidad de contraer una enfermedad, a pesar de que mis amigos se hayan contagiado.	Ítem inverso				X				X			X		Sugiero la siguiente modificación "Según mi experiencia no es posible que contraiga una enfermedad, a pesar de que mis amigos se hayan contagiado".

6	Soy susceptible a las enfermedades contagiosas.	Ítem directo				X				X					X
8	En general, soy muy susceptible a los resfriados, gripe y otras enfermedades infecciosas.	Ítem directo				X				X				X	Quitar el término "muy", polarizaría mucho las respuestas.
10	Tengo más probabilidades de contraer una enfermedad infecciosa que las demás personas de mi entorno.	Ítem directo				X				X					X
12	Es poco probable que contraiga un resfriado, gripe u otro tipo de enfermedad aunque este expuesto.	Ítem inverso				X				X					X
14	Mi sistema inmune me protege de la mayoría de las enfermedades a diferencia de los demás.	Ítem inverso				X				X					X
	DIMENSION 2: AVERSION A LOS GÉRMENES	Calificación													
1	Realmente me molesta cuando la gente estornuda sin taparse con el antebrazo.	Ítem directo				X				X					X
3	Me siento a gusto compartiendo una botella de agua con un amigo.	Ítem inverso				X				X					X
4	No me gusta escribir con un lápiz que haya sido mordido por otra persona.	Ítem directo				X				X					X
7	Prefiero lavarme las manos después de darle la mano a alguien.	Ítem directo				X				X					X
9	No me gusta usar ropa usada porque nunca sabes cómo es la persona que la utilizó.	Ítem directo				X				X					X
11	No siento que mis manos se encuentren sucias después de tocar dinero.	Ítem inverso				X				X					X
13	No me produce ansiedad el hecho de estar rodeado de gente enferma.	Ítem inverso				X				X			X		Modificar "... me produce ansiedad el hecho de..." por "... siento ansiedad al..."

1	Evito utilizar teléfonos públicos por el riesgo de contraer alguna enfermedad de los demás.	Ítem directo			X			X			X	
5												

OPINIÓN AL NÚMERO DE RESPUESTAS DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD

Versión Original						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

Adaptación			
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

8

APROBADO	X
NO APROBADO	

Observaciones:
 Modificar ítems 5, 8 y 13.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD (PVE)

Observaciones:

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

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: **BACA ROMERO, DEYVI**

DNI: 43772767

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

16 de junio del 2020.



Firma del juez validador

Anexo 7:

Validación de la escala por el tercer juez experto

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD

Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.	1. No es relevante 2. Medianamente relevante 3. Relevante 4. Es totalmente relevante
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.	1. Nada claro 2. Medianamente claro 3. Claro 4. Completamente claro
Pertinencia: El ítem corresponde al constructo teórico formulado.	1. Nada pertinente 2. Poco pertinente 3. Pertinente 4. Totalmente pertinente

N°	DIMENSIONES / Ítems	Ítem directo o inverso	Pertinencia ¹				Relevancia ²				Claridad ³				Sugerencias
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
DIMENSIÓN 1: INFECTABILIDAD PERCIBIDA															
2	Si estoy expuesta a una enfermedad puedo contraerla.	Ítem directo				✓				✓				✓	
3	Según mi experiencia no creo tener la probabilidad de contraer una enfermedad, a pesar de que mis amigos se hayan contagiado.	Ítem inverso				✓				✓				✓	
6	Soy susceptible a las enfermedades contagiosas.	Ítem directo				✓				✓				✓	
8	En general, soy muy susceptible a los resfriados, gripe y otras enfermedades infecciosas.	Ítem directo				✓				✓				✓	

6

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

10	Tengo más probabilidades de contraer una enfermedad infecciosa que las demás personas de mi entorno.	Ítem directo				✓				✓				✓	
12	Es poco probable que contraiga un resfriado, gripe u otro tipo de enfermedad aunque este expuesto.	Ítem inverso				✓				✓				✓	
14	Mi sistema inmune me protege de la mayoría de las enfermedades a diferencia de los demás.	Ítem inverso				✓				✓				✓	
DIMENSIÓN 2: AVERSIÓN A LOS GÉRMENES															
1	Realmente me molesta cuando la gente estornuda sin taparse con el antebrazo.	Ítem directo				✓				✓				✓	
3	Me siento a gusto compartiendo una botella de agua con un amigo.	Ítem inverso				✓				✓				✓	
4	No me gusta escribir con un lápiz que haya sido mordido por otra persona.	Ítem directo				✓				✓				✓	
7	Prefiero lavarme las manos después de darle la mano a alguien.	Ítem directo				✓				✓				✓	
9	No me gusta usar ropa usada porque nunca sabes cómo es la persona que la utilizó.	Ítem directo				✓				✓				✓	
11	No siento que mis manos se encuentren sucias después de tocar dinero.	Ítem inverso				✓				✓				✓	
13	No me produce ansiedad el hecho de estar rodeado de gente enferma.	Ítem inverso				✓				✓				✓	
15	Evito utilizar teléfonos públicos por el riesgo de contraer alguna enfermedad de los demás.	Ítem directo				✓				✓				✓	

Nota. Ítems inversos: 5, 12, 14, 3, 11, 13

OPINIÓN AL NÚMERO DE RESPUESTAS DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD

Versión Original						
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

Adaptación				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1	2	3	4	5

APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/>
NO APROBADO	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD (PVE)

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable


Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: *Joe Sáenz Torres*

DNI: *43570221*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación):

Psicólogo

29 de mayo del 2020.


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

Firma del juez validador

Anexo 8:

Instrumento validado

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD (PVE)

A continuación, se enumeran 15 enunciados donde deberá calificar la medida en que está de acuerdo o en desacuerdo con estas. Indique su calificación marcando el número entre 1 y 4, el cual mejor refleje su sincera opinión.

1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = De acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo

	Items	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Realmente me molesta cuando la gente estomuda sin taparse con el antebrazo.	1	2	3	4
2.	Si estoy expuesto a una enfermedad puedo contraerla.	1	2	3	4
3.	Me siento a gusto compartiendo una botella de agua con un amigo.	1	2	3	4
4.	No me gusta escribir con un lápiz que haya sido mordido por otra persona.	1	2	3	4
5.	Según mi experiencia no es posible que contraiga una enfermedad, a pesar de que mis amigos se hayan contagiado.	1	2	3	4
6.	Soy susceptible a las enfermedades contagiosas.	1	2	3	4
7.	Prefiero lavarme las manos después de darle la mano a alguien.	1	2	3	4
8.	En general, soy susceptible a los resfriados, gripe y otras enfermedades infecciosas.	1	2	3	4
9.	No me gusta usar ropa usada porque nunca sabes cómo es la persona que la utilizo.	1	2	3	4
10.	Tengo más probabilidades de contraer una enfermedad infecciosa que las demás personas de mi entorno.	1	2	3	4
11.	No siento que mis manos se encuentren sucias después de tocar dinero.	1	2	3	4
12.	Es poco probable que contraiga un resfriado, gripe u otro tipo de enfermedad aunque este expuesto.	1	2	3	4
13.	No siento ansiedad al estar rodeado de gente enferma.	1	2	3	4
14.	Mi sistema inmune me protege de la mayoría de las enfermedades a diferencia de los demás.	1	2	3	4
15.	Evito utilizar teléfonos públicos por el riesgo de contraer alguna enfermedad de los demás.	1	2	3	4

Anexo 9:

Cargas Factoriales del Estudio piloto N=125

Tabla 6

Cargas Factoriales de la Escala de percepción de vulnerabilidad a la enfermedad

Ítems	Cargas Estandarizadas		
	M1	M2	M3
PVE1	0.384	0.356	0.344
PVE2	0.273	-	-
PVE3	0.147	-	-
PVE4	0.631	0.629	0.625
PVE5	0.196	-	-
PVE6	0.612	0.607	0.605
PVE7	0.692	0.703	0.701
PVE8	0.621	0.617	0.600
PVE9	0.382	0.389	0.395
PVE10	0.660	0.707	0.720
PVE11	0.120	-	-
PVE12	0.303	0.220	-
PVE13	0.178	-	-
PVE14	0.199	-	-
PVE15	0.445	0.474	0.484

Nota: M1 = Modelo Original; M2 = Primer modelo re-especificado; M3= Segundo modelo re-especificado

Anexo 10:

Índices de ajuste del Estudio piloto $N=125$

Tabla 7

Índices de ajuste al modelo según análisis factorial confirmatorio

Modelos	χ^2	DF	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI	
								Mínimo	Máximo
Modelo original	212	89	< .001	0.567	0.489	0.107	0.105	0.087	0.123
Modelo re-especificado (ítems 2,3,5, 11, 13 y 14 eliminados)	54	26	0.001	0.842	0.781	0.0739	0.0928	0.0574	0.128
Modelo re-especificado (ítem 12 eliminado)	39.5	19	0.004	0.877	0.819	0.0643	0.0929	0.0512	0.134

Nota: χ^2 : Chi cuadrado, DF: Grado de libertad, CFI: Índice de ajuste comparativo, TLI: Índice de Tucker-Lewis, SRMR: Raíz media cuadrática residual, RMSEA: Error de Aproximación Cuadrático Medio.

Anexo 11:

Confiabilidad del Estudio piloto $N=125$

Tabla 8

Estadísticos de fiabilidad del instrumento

Factores	Nro. de ítems	α	ω
Infectabilidad percibida	7	0.624 (.673)	0.629 (.680)
Aversión a los gérmenes	8	0.543 (.627)	0.567 (.638)

Nota: α = Coeficiente de consistencia interna Alfa, ω = Coeficiente de consistencia interna Omega; Todos los valores en negrita pertenecen al segundo modelo re-especificado.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, HUAMAN HUAMAN MARIA ELIZABET, RODRIGUEZ CHAVEZ MARIA ROSARIO estudiantes de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A LA ENFERMEDAD (PVE) EN PERUANOS ADULTOS EXPUESTOS AL SARS-COV-2", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
HUAMAN HUAMAN MARIA ELIZABET DNI: 46983051 ORCID 0000-0002-1911-6965	Firmado digitalmente por: MEHUAMANH el 20-02-2021 13:14:50
RODRIGUEZ CHAVEZ MARIA ROSARIO DNI: 70463376 ORCID 0000-0002-4618-7902	Firmado digitalmente por: MRRODRIGUEZCH el 20-02-2021 12:19:10

Código documento Trilce: INV - 0112988