



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TÍTULO

Adaptación de la escala de conocimiento de hiv/ks en escolares del distrito
de San Juan de Lurigancho-Lima,

2018

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

AUTOR

Girón Ospinal, Italo Rafael

ASESOR

José Francisco, Vallejos Saldarriaga

Carlos, Velásquez Centeno

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Psicometría

LIMA-PERÚ

2018



ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Código : F07-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 1 de 1

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don
(a).....Giron.....Ospinal.....Italo.....Raga.....el.....
cuyo título es: Adaptación de la escuela de conocimiento
.....M.V.:KS.....en.....escolares.....del distrito de San Juan de
Lurigancho-Lima, 2018.....

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por
el estudiante, otorgándole el calificativo de: ..15..... (número)
.....Quince.....(letras).

Lima, San Juan de Lurigancho17.....de.....09..... del 2018

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL



Elaboró

Dirección de Investigación

Revisó



Responsable del SGC



Aprobó

Vicerrectorado de Investigación

Dedicatoria

A mis padres, Liliana y Sixto, por su apoyo incondicional y motivación inigualable.

Agradecimiento

A todas las personas que recibí su apoyo, recomendaciones, además de críticas constructivas y aportes de suma importancia.

DECLATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Girón Ospinal, Italo Rafael, con DNI 75495023 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño s veraz y autentica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son autenticidad y veraces.

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

Lima, 17 de Setiembre del 2018



Girón Ospinal Italo Rafael

PRESENTACION

Señores miembros del jurado:

Presento la tesis “Adaptación de la Escala de Conocimiento de HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018”. Con el objetivo de adaptar dicha escala dirigido a escolares del nivel secundario. En cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener la Licenciatura en Psicología.



El Autor

ÍNDICE

Página de Jurado.....	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Resumen.....	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÒN	12
1.1 Realidad problemática.....	12
1.2 Trabajos Previos.....	14
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	15
1.3.1 Teorías relacionadas al conocimiento	15
1.3.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	16
1.4 Marco teórico	17
1.4.2 VIH/SIDA.....	17
1.4.3 Aspectos teóricos de la psicometría	27
1.5 Justificación del estudio.....	34
1.6 Objetivos	35
1.6.1 Objetivo general.....	35
1.6.2 Objetivo específico.....	36
II. MARCO METODOLÒGICO	37
2.1 Diseño de investigación.....	37
2.2 Variables de operacionalización	38
2.3 Población y muestra	38
2.3.1 Población.....	38
2.3.2 Muestra.....	38
2.3.3 Muestreo.....	39
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
2.4.1 Escala de conocimiento de HIV/KS.....	40

2.5 Validez y confiabilidad	40
2.5.1 Escala de conocimiento de HIV/KS.....	40
2.6 Método de análisis de datos.....	41
2.7 Aspectos éticos	41
III. RESULTADOS.....	42
Discusión	48
Conclusiones.....	51
Sugerencias.....	52
Referencias	53
ANEXOS.....	59
Anexo 1: Matriz de consistencia	60
Anexo 2: Escala de conocimiento HIV/KS	62
Anexo 3: Consentimiento informado.....	64
Anexo 4: Autorización de la institución educativa para la aplicación de la escala	65

Índice de tablas

Tabla 1	Validez de contenido mediante opinión de jueces.....	42
Tabla 2	Consistencia interna mediante la correlación Item- Test.....	43
Tabla 3	Análisis de consistencia interna de las dimensiones mediante el Alfa de Crombach.....	44
Tabla 4	Validez de constructo mediante el análisis factorial.....	44
Tabla 5	Matriz de componentes rotados del análisis factorial exploratorio.....	45
Tabla 6	Valores descriptivos de la prueba de Escala de Conocimiento HIV/KS.....	46
Tabla 7	Ajuste estadístico de modelos de factor confirmatorio.....	47
Tabla 8	Conversión de puntuaciones brutas a percentiles	47

Resumen

La presente investigación se desarrolló con la finalidad de adaptar la Escala de conocimiento de HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho, siendo de tipo tecnológico, con una muestra de 480 alumnos, seleccionados por muestreo no probabilístico. Se determinó la validez de contenido con índices significativos; se dispuso la validez de constructo con índices aceptables, con respecto al análisis de los ítems, es decir ítem-test, se obtuvieron resultados $> .20$; considerados aceptables; se obtuvo la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio; lo cual se llegó a presentar un KMO significativo, además se obtuvo un resultado final de 15 ítems distribuidos en cuatro factores, siendo estos: Mitos del VIH/SIDA, Aspectos biológicos y preventivos, Conocimiento de VIH y Vías de transmisión VI/SIDA; debidamente se procedió con el análisis confirmatorio; el cual demostró resultados significativos para la adaptación de la escala de conocimiento HIV/KS; además de obtener cuatro factores y darnos una visión más amplia en el proceso realizado.

Palabras claves: Adaptación, conocimiento, VIH/SIDA

Abstract

The present investigation was developed with the purpose of adapting the HIV/KS Knowledge Scale in schoolchildren of the district of San Juan de Lurigancho, being of a technological nature, with a sample of 480 students, elected by no-probabilistic sampling. Content validity was determined with significant index; the construct validity was set at acceptable index, with respect to the item analysis, item-test, results were obtained $> .20$; considered acceptable; construct validity was obtained through exploratory factor analysis; which came to present a significant KMO, also obtained a final result of 15 items distributed in four factors, these being: Myth of HIV/AIDS, Biological and preventive aspects, Knowledge of HIV and Pathways of transmission HIV/AIDS; duly the confirmatory analysis was carried out; which showed significant results for the adaptation of the HIV/KS Knowledge scale; in addition to obtaining four factors and giving us a wider vision in the process carried out.

Key words: Adapting, knowledge, HIV/AIDS

I. INTRODUCCION

1.1 Realidad problemática

Esta infección es considerada como uno de los problemas más importantes, con respecto a la salud mundial, ya que afecta el aspecto físico y emocional de la persona que lo padece, considerado de sumo interés para la población en general, además se debe recalcar que existen científicos estadounidenses que desarrollaron un sistema de fabricantes de células resistentes al virus (VIH); que consiste en la incorporación de anticuerpos en células inmunes creando una población resistente al virus, además estas células pueden reemplazar a las enfermas; esta técnica presenta una ventaja significativa a la de otras terapias, según Lerner (2017) en pocas palabras, se trata de una especie de vacuna celular. Se realizó un censo en el 2017, en el cual determinaron que el 20.9 millones de personas recibieron el tratamiento antirretroviral, a nivel mundial. Sin embargo, en el 2016, el 53% de los 36.7 millones de personas que vivían con el VIH estaban recibiendo los antirretrovirales; además cabe mencionar que 8 de cada 10 gestantes con VIH-1, 1 millón reciben el tratamiento (Organización de las Naciones Unidas, 2017)

Según UNAIDS (2017), señala que el número total de personas viviendo con VIH, llega a 36.7 millones; entre ellos 34.5 millones son adultos, 17.8 millones adolescentes y 2.1 millón son niños; además el número de personas que fallecieron a causa del Sida en el 2016, fueron un total de 1 millón, siendo adultos con una cifra de 890 000, y niños siendo 120 000 (p.12).

En nuestro país, acontece una situación dramática, ya que muchas personas, entre adolescentes y adultos, llegan a poseer este virus, ya sea por desconocimiento de la prevención, o influenciados por los famosos mitos que existen hoy en día, en el aspecto sexual; con respecto a los adolescentes; se ven altas posibilidades de transmisión del VIH, debido a la promiscuidad, en ya tener una vida sexual activa, sin tener los conocimientos previos sobre la prevención, que se debe poseer, siendo el causante la falta de conocimiento que poseen las personas, o ideas que pueden presentar sobre el tema de esta investigación.

Según el MINSA (2017), se registró desde 1983 hasta 2015, 59 276 casos de personas infectadas de VIH; y 33 535 personas con SIDA (fase terminal); en el 2016; 1394 personas padecieron de SIDA, mientras que 6639 presentaron VIH; pero en el 2017, se registró una disminución en la cantidad de personas con SIDA, siendo 746, mientras las personas con VIH fue un total de 4257; el porcentaje de transmisión de este virus es principalmente por

vía sexual con un 97%, vía vertical con un 2% y vía parenteral con 1%. Siendo la ciudad de Lima, quien posee el mayor número de casos, seguido por Callao y Loreto (p. 2)

Lamentablemente esta cadena continua siendo cada vez más larga, por ello aun seguiremos siendo testigos de arrepentimientos, como el desconocimiento de los riesgos que existían”, incluso personas portadoras del VIH, siendo aún jóvenes, menores de edad, atravesando este obstáculo en su vida, no es solo el poco conocimiento que existe, sino se añade un tema que va de la mano, y es la discriminación, visto como una consecuencia sobre la poca información o conocimiento que las personas puedan tener acerca del VIH/SIDA. Por ello en nuestro país existen ONG que brindan ayuda a personas que han sido diagnosticadas con VIH, como también derrumbar ciertos mitos que existen de tal enfermedad y da origen a la discriminación, por parte de algún familiar y que pueda encontrarse emocionalmente inestable.

El MINSA (2007) refiere “la existencia de algunos centros académicos que han venido realizando notables investigaciones, por otro lado, se extraña la participación de diversos centros del país, debido a la poca producción intelectual sobre factores sociales y culturales relacionados con sus formas principales de transmisión, las cuales podrían favorecer en las personas con el fin de ayudar a entender y comprender de manera satisfactoria esta epidemia” (p. 38).

En la sociedad en la que vivimos, lamentablemente aún falta realizar más estudios sobre alguna cura para esta enfermedad; pero no solo es trabajo de los científicos y médicos; sino también de toda la población en informarse adecuadamente sobre este virus, como las causas, consecuencias y el tratamiento correspondiente, además de concientizarse sobre los riesgos que pueda existir al no estar prevenidos al momento de tener intimidad con la pareja, ya sea por escaso conocimiento sobre la existencia del VIH; una gran cantidad de personas se encuentra en riesgo; siendo los escolares los más vulnerables en ser portadores de esta infección.

1.2 Trabajos Previos

1.2.1 Internacionales

Espada, J., Huedo-Medina, T., Órgiles, M., Secades, R., Ballester R. y Remor, E. (2009). Se realizó un estudio psicométrico con el objetivo de desarrollar y analizar las propiedades psicométricas de una escala multidimensional para evaluar conocimientos relacionados sobre VIH/SIDA en adolescentes. Siendo un estudio de diseño no experimental, de corte transversal, de tipo instrumental. La población conformada por 1216 estudiantes de secundaria pertenecientes a 14 centros escolares de 5 provincias españolas, se utilizó la Escala de Conocimiento VIH/SIDA. Se encontró una solución sostenible de tres factores que constaban de 10 ítems fue establecido (el índice de KMO = .86 y la prueba de Bartlett fue significativa). Llegando a la conclusión, que la Escala de Conocimiento VIH-KS es simple de administrar y corregir y pueden utilizarse en contextos escolares para evaluar rápidamente el alcance de los conocimientos relacionados con el VIH / SIDA en adolescentes. Por lo tanto, se propone en futuros programas de investigación y prevención.

Costa S. (2015). Se llevó a cabo una estudio con la finalidad de validar una batería de evaluación sobre comportamientos relacionados con la salud, la sexualidad y el VIH/SIDA para adolescentes, que consta de tres escalas y dos cuestionarios. Fue un estudio de diseño no experimental, de corte transversal, de tipo instrumental. La población estuvo conformada por 630 adolescentes con edades entre los 16 - 18 años; se usó el instrumento en versión portugués de la Escala de Conocimientos sobre el VIH/KS para Adolescentes, además otros instrumentos, como Escala de Actitudes hacia el VIH/sida para Adolescentes, el Cuestionario de Conductas Sexuales, la Health Anxiety Inventory (SHAI). En el cual se encontró que los participantes reconocen tener conocimientos sobre el VIH/sida, no tienen prácticas de sexo seguro. Llegando a la conclusión, de que las pruebas adaptadas presentan una estructura similar con adolescentes portugueses respecto a su versión original, así como adecuadas propiedades psicométricas, por lo que pueden ser de utilidad para la evaluación de factores de riesgo sexual y de programas preventivos con población portuguesa.

Carratalá, E., Espada, J., y Órgiles, M. (2013) realizó una investigación con el objetivo de examinar por primera vez las diferencias entre adolescentes con padres casados y divorciados en el nivel de conocimiento y actitudes. Estableció un estudio de diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformado por 342 adolescentes entre 14 y 17 años, en quienes se les aplicó la Escala de Conocimiento

sobre VIH/SIDA para adolescentes (VIH/KS), presentando una consistencia interna de 0.71 para la escala total; 0.78 para la subescala de transmisión oral; 0.57 para la subescala efectos del VIH y el 0.61 para la sub escala otras vías de transmisión. Así mismo se debería incluir en los programas de prevención sesiones dirigidas a padres de familia.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Teorías relacionadas al conocimiento

Conocimiento

Espada (2014), con respecto al conocimiento del VIH, refiere que un mayor nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la prevención de embarazos no deseados, está relacionado en prolongar el inicio de la relaciones sexuales, un mayor uso del preservativo y las actitudes positivas hacia este; cabe destacar que la información proveniente de la familia y amigos, modula la edad de inicio de las relaciones sexuales, es por ello que no se encuentra relación entre el conocimiento y el número de parejas sexuales.

El conocimiento, para prevenir las conductas sexuales de riesgo, la información por sí misma no es suficiente para modelar la conducta, siendo la causa de todo ello, los programas preventivos, donde la información que se brinda no resulta ser efectivos.

Bunge (1988) define al conocimiento, como “el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, vago e inexacto”; además considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia” (p. 308)

Andreu y Sieber (2009), refiere que “el conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultados de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal convencidas de su significado”.

Según Russell (1912), el conocimiento es el sentido común científico, el cual se conoce una parte infinitesimal del universo, que hubo épocas en las que o existió ningún conocimiento y que, habrá edades futuras sin conocimiento; cósmico y causalmente, el conocimiento es un elemento sin importancia en el universo. Una ciencia que omitiera mención de su ocurrencia solo padecería, desde el punto de vista impersonal, de una insignificante imperfección. En lo que sí se puede resaltar es que verdaderamente es una parte infinitesimal del universo, pero es el punto más importante para todo el ser humano,

debido a que el conocimiento se considera como la base fundamental para la vida; ya que se considera al conocimiento como un poder mayor.

Salazar (1988) refiere al conocimiento como “acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental, pero no el físico”. (p.308). Además, el conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, siendo este conocimiento que se pueda adquirir, transmitir y derivar de unos a otros, en sus distintos tipos, como: vulgar, científico y filosófico.

La persona, es un agente que nunca tendrá un conocimiento final, ya que la interacción que se tiene con la realidad, le aporta la oportunidad de poder generar nuevas ideas acerca de hechos que le rodean, y estas ideas no se quedan inmóviles, todo lo contrario, van evolucionando en la medida que los avances tecnológicos, como científicos van produciendo nuevos conocimientos,

Según Bodnar, Tovar, Arias, Bogoya, Briceño, Murillo, y Rodríguez (1999), plantean que los conocimientos son aquellas elaboraciones conceptuales, teóricas, abstractas, que el ser humano en el afán de buscar explicaciones a su existencia social y cultural ha construido a lo largo de su historia; por lo tanto, se puede concebir como el saber que han ido construyendo las personas a lo largo de su vida mediante la interacción permanente con la cultura, práctica, intuición y la ciencia. Lo que nos refiere es, que las personas han logrado el conocimiento, por medio de las interacciones que se han dado unos con otros. Intercambiando opiniones diversas, de distintos ámbitos, alcanzando así un conocimiento más amplio acerca de temas relacionados al interés de las personas.

1.3.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana

Agente Etiológico

Gallo y Montaigner (1983) ambos doctores, estadounidense y francés, respectivamente; descubrieron un agente etiológico de la enfermedad, el cual pertenece a la familia de los retrovirus, sub-familia de Lentivirus, y su genotipo se encuentra formado por un ácido ribonucleico (ARM) y al igual que el resto de los virus no pueden vivir de forma independiente, sino dentro de una célula. Es por ello que este virus ingresa al organismo y se aloja en células viviendo dentro de ella, pero su objetivo consiste en destruir aquellas

células, infectando poco a poco a todo el organismo, debilitando al sistema inmunológico y destruyendo a las células de defensa.

Marco teórico

Virus de Inmunodeficiencia Humana

El VIH, virus de inmunodeficiencia humana, consiste en un virus que ingresa al organismo, cuando este se encuentra con niveles bajos de defensa, es decir, nuestro sistema inmunológico no realiza su función adecuadamente; según la OMS (2013), este virus infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. Mientras que el SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es la etapa final de este proceso, ya que es el conjunto de enfermedades que dañan al paciente, los cuales pueden ser: insomnio, falta de apetito, fiebres altas en las noches, náuseas, vómitos, entre otros. Esta pandemia, que continúa ocasionando preocupación a científicos enfocados a buscar alguna cura, con el fin de detener esta infección o prevenirla, lamentablemente aún no se ha logrado. Tras haber transcurrido 58 años, desde el primer caso en el mundo sobre VIH, la cifra en la actualidad sigue aumentando.

Este incremento de casos, es causado debido a la falta o poca información que poseen las personas, ya que el VIH se puede llegar a prevenir, pero se debe de recalcar que gracias a esa poca información que algunos individuos poseen o las ideas u opiniones erróneas que pueden producir, se encuentran en riesgo de adquirirla; es por ello que debemos de tener en cuenta que el VIH/SIDA es una de las principales causas de muerte en el mundo.

El VIH/SIDA es una de las enfermedades que no discrimina, ya que puede ingresar al organismo de una persona pudiente, perteneciente a una clase social alta; como también a una persona de clase media o baja; como se menciona anteriormente no existe cura alguna, pero si hay de un tratamiento antirretroviral, teniendo como objetivo reducir la cantidad de VIH a niveles muy reducidos, teniendo como resultado en la prueba de análisis, donde se registrara la carga viral (VIH) indetectable. Este suele ser un proceso sumamente cuidadoso, ya que implica un trabajo en conjunto, por parte del equipo médico, como de la persona misma portadora del virus. A continuación, se explicará más a fondo sobre estos dos términos anteriormente mencionados, como son: VIH y SIDA.

Según el MINSA (2011) es el virus de inmunodeficiencia humana que da paso al inicio del SIDA y que ataca al organismo destruyéndolas defensas del cuerpo, dejando a la persona vulnerables ante varias infecciones y enfermedades que se pueden encontrar en el ambiente en el cual se encuentre. Herrera y Campero (2002), refiere que las poblaciones que viven con bajos recursos económicos y con una deficiente atención en materia de salud pública se han convertido en los grupos más vulnerables para contraer el virus; logrando que más del 90% de las personas que viven con el virus, se encuentren en países en vías de desarrollo, esto ha propiciado pensar la infección con VIH como una “enfermedad de la pobreza (p.555). Esta enfermedad va logrando que cada día aumente la cifra de pacientes portadores del virus; como lamentablemente se incremente el porcentaje de la tasa de mortalidad, debido al SIDA, que en un inicio del proceso se diagnosticó como VIH; además como se mencionó anteriormente, existe un grupo “especial”, el cual se encuentra en un alto riesgo de poseer dicho virus, quienes son las personas que tienen un nivel socio-económico bajo, es decir, los que se encuentran en un nivel de pobreza y pobreza extrema; ya que no presentan los cuidados de higiene adecuados; como otro punto fundamental, es la falta de conocimiento sobre la existencia de este virus, como también las consecuencias que puede producir en el organismo.

La función del virus en nuestro cuerpo, es la de atacar principalmente a la células CD4, siendo un tipo de glóbulos blancos, encargados de combatir las infecciones o presencia de cuerpos extraños, estos vienen siendo su principal objetivo; ya que sin defensas en el organismo, será muy simple que la persona quede expuesta a distintas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, candidiasis, toxoplasmosis, entre otras; este virus posee la capacidad de multiplicarse rápidamente dentro del cuerpo humano, como también la resistencia por mecanismos complejos que favorecen su supervivencia. Debemos de recordar que cada organismo es muy distinto al otro, es decir, si a la persona A, le aparece ciertas manchas en su torso; nada asegura que en la persona B; también obtenga aquellas manchas, puede padecer de insomnio, o fiebres nocturnas; el virus ataca a cada organismo de manera distinta.

Evolución de VIH

Fase aguda o primoinfección

Se inicia al momento en que se dé la infección por el VIH, ingresando en la ventana inmunológica con una duración de 4 a 12 semanas, en las cuales la detección de anticuerpos tiende a ser difícil, debido a poseer en aquel momento, niveles altos de antígenos en el organismo de la persona infectada. Al pasar los tres meses la detección de anticuerpos se realiza y se diagnostica la presencia del virus. La evolución dependerá de ciertos aspectos; como la cantidad de virus que la persona esté portando, el tipo de VIH y también de la capacidad inmunológica de individuo. (Gatell et. al. 2000 y Mas et. al. 2001)

Fase intermedia o crónica

Esta fase dura varios años, ya sea por el tipo de VIH, tratamientos recibidos y los cuidados de la persona; la manera de actuar de esta etapa es mucha más rápida, siempre y cuando se sigan presentando síntomas en la etapa aguda o cuando la carga viral sea demasiado alta y por efecto los CD4 se encuentran en niveles bajos.

Fase de crisis

En esta fase se le denomina también etapa de SIDA, ya que se evidencia un aumento de la replicación viral, además de que existe un deterioro en el sistema inmunológico, teniendo en cuenta la alta carga viral y el bajo nivel de linfocitos (CD4) que va disminuyendo significativamente (Gatell et. al., 2000); la persona que se encuentra en esta etapa, es considerada vulnerable a diferentes tipos de infecciones oportunistas, las cuales podrían agravar la situación de su salud.

Vías de transmisión VIH/SIDA

En este punto varias personas tienen ideas erróneas, debido a los mitos que surgen al no conocer a fondo un tema sumamente importante con es este, en realidad existen tres únicas vías de transmisión.

Transmisión sexual

Las personas pueden infectarse con el virus, si es que llegan a tener relaciones coitales o sexo vaginal, anal u oral, ya sea con una persona infectada, y esto se debe a que el semen, sangre o secreciones vaginales se encuentran alojado dicho virus; además el riesgo de esta vía de transmisión aumenta 10 veces con la presencia de alguna ETS.

Transmisión de madre-hijo, vertical o perinatal

Ocurre durante la gestación en fluidos como líquido amniótico; en el parto se da un contacto del niño con las secreciones vaginales, como también con la sangre de la madre, al momento de atravesar el canal vaginal o del parto.

Transmisión por medio agujas

Esta infección se transmite a través de jeringas y agujas contaminadas con sangre infectada, pero al evitar el implemento de drogas por vía intravenosa es considerada la manera más adecuada o efectiva de prevenir dicha infección.

Síndrome de Inmunodeficiencia humana

Según el MINSA (2011) es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, siendo la etapa avanzada de la infección por VIH, en la que se han debilitado las defensas del cuerpo y se manifiestan diversas enfermedades, mencionadas anteriormente, pero existen síntomas que podrían dar señales de que algo anda mal en todo nuestro sistema, como agriparse continuamente, diarrea frecuente, ganglios inflamados, sudoración nocturna, sarcoma de Kaposi, fiebre muy alta, falta de apetito, fuertes dolores de cabeza, entre otros; pero todos estos síntomas pueden ser causantes de otras enfermedades como el cáncer o la tuberculosis; es por ello que debemos de estar en un estado de alerta y hacer caso a las señales que podemos estar observando y sintiendo de nuestro cuerpo. Una persona con VIH puede desarrollar SIDA, por el simple hecho de detener su tratamiento a base de antirretrovirales, y se menciona “simple hecho”, porque con tan solo mencionar un “para que si me siento bien, por ende ya no necesito esas pastillas”; tan solo mencionar aquellas palabras bastará para que todo lo que se ha avanzado en ese tiempo, regrese a cero, como no se hubiese hecho nada; ya que al no existir ningún agente que pueda combatir el virus, este mutara, en otras palabras se volverá más fuerte que antes, a la vez hará más daño a nuestro organismo, este virus (VIH) se convertirá en SIDA, cuando el nivel de linfocitos CD4 descienda por debajo de 200 células por mililitro de sangre, en otras palabras el organismo se queda con poca o

nada de defensas prácticamente, el cuerpo humano se encontrara en peligro de padecer la temible y mortal SIDA, además los síntomas que aparecerán serán aún más fuertes que lo de antes.

Se tendría que hacer una aclaración, y es que la mayoría de la población piensa que el VIH mata, que este virus es el causante del porcentaje de personas que se encuentran borde de la muerte, y su idea es totalmente errónea, el verdadero causante pueden ser dos personajes, uno el SIDA, siendo este el virus, pero evolucionado, más fuerte, que es el conjunto de todas las enfermedades que pueden causar la muerte a la persona que la padezca; y la otra es la persona misma por el hecho de no prevenir tantos riesgos que se encuentren a nuestro alrededor, por tener estigmas o ideas irracionales, piensan que a ellos no les pasara nada, por ello, llegan a tener coito sin protección, y sin haber medido las consecuencias que en un futuro pudiera llegar a ocurrir un hecho lamentable.

Las personas al enterarse de sus diagnósticos de ser VIH positivos, entran a un cuadro de depresión y ansiedad, ya que no saben qué hacer en ese momento, se encuentran perdidos, a la vez pasan por su mente ideas suicidas, sienten que ya no tiene sentido la vida o mencionan “Mejor me muero ahora, porque por esta enfermedad moriré pronto”; este viene siendo un factor de suma importancia, ya que vemos a portadores de SIDA con baja autoestima, inestabilidad emocional, desinterés social, en si el aspecto psicológico se encuentra dañado, todo esto es ocasionado porque los mismos portadores de esta enfermedad saben de antemano, que el SIDA es la etapa más crítica, etapa que muy pocos logran pasar, y es que se estima que en un cuarto con 50 pacientes en etapa SIDA, solo el 5% llegan a controlar aquel proceso, más el 95% restante no logra salir de aquella etapa.

Tratamiento antirretroviral de gran actividad

Es el tratamiento antirretroviral de gran actividad, viene siendo una mezcla de tres tipos de medicamentos, cumpliendo su función de controlar la cantidad de virus en la sangre, a la vez de mejorar el sistema inmunológico del organismo; este servicio es gratuito y es realizado por los hospitales del ministerio de salud en la ciudad de Lima. Toda persona que se encuentra con VIH/SIDA deberá de acudir al departamento de psicología, como también al médico (infectología), a nutrición y a enfermería; todo ello es un trabajado en conjunto, las pastillas o las atenciones que se le brinda a los pacientes gratuitamente, no bastara para que el virus se detenga por completo o que en la prueba de sangre aparezca como resultado indetectable, lo que dará prevalecer es aquella fuerza de voluntad que tiene que presentarse

todo paciente, porque en ellos está de seguir en este programa denominado TARGA; a parte de la fuerza de voluntad, también se necesita ser perseverante ante las situaciones que se pueden presentar, es por ello que en este servicio, no solo se trabaja con el paciente mismo, sino también se trabaja con una persona que cumpliría el rol agente de soporte, este agente cumpliría la función de ser su apoyo motivacional, el que este ahí haciéndole recordar el horario exacto de las pastillas, claro está el agente solo estará por un tiempo breve, ya que si se mantiene con el paciente por un largo tiempo, originaría una cierta dependencia, por parte del portador hacia el agente de soporte, además faltaría mencionar un factor el cual ayudaría notoriamente, el cual consistiría en el apoyo emocional por parte de la familia, es donde el mismo paciente se sienta seguro, sin que existe sentimientos de pena o que se vea momento o situaciones de discriminación hacia el paciente; aquí se verá un trabajo en conjunto, ya que no solo el paciente entrara en un nuevo proceso en relación a su salud, sino todos sus familiares, ya que se les concientizara acerca de las únicas vías de transmisión del VIH, además de los cuidados que se tiene que tener.

En la ONU, específicamente en la revista Directrices unificadas ARV (2013), señalan que el TAR se debe iniciar de forma prioritaria en toda persona con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada o menor a 350 CD4/mm^3 . Asimismo, se debe de iniciar el programa de TARGA a toda persona infectada por VIH y TB activa, que presenten una coinfección por VIH y VHB (hepatitis B), con hepatopatía crónica; de igual manera las mujeres gestantes y lactantes por VIH (p. 91).

Según la OMS (2013) refiere que las evidencias y la experiencia programática han seguido inclinando la relación entre los riesgos y los beneficios hacia un inicio más precoz de TAR. También hay cada vez más indicios de que la infección por VIH no tratada puede asociarse a la presentación de varias afecciones no definitorias del sida, como enfermedades cardiovasculares, hepatopatías, distintos tipos de cáncer (p. 56).

Además se han realizado distintos estudios, con el objetivo de determinar cuándo es el momento más efectivo para dar comienzo al programa de TARGA en un paciente con VIH; donde encontraron, que las personas que inician el programa de TARGA, pueden padecer de enfermedades tanto sintomáticas, como asintomáticas; pero se ha visto la existencia de beneficios en el inicio de TARGA que son mayores en personas con enfermedades sintomáticas por VIH, a la vez que poseen una cantidad menor de 350 células CD4 en el organismo. De igual forma se llevó a cabo el estudio con miembros seropositivos, el cual respaldan totalmente la intervención del programa TARGA, con la finalidad de

prevenir la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes, añadiendo el debido asesoramiento, incluido el uso profiláctico y terapéutico del TARGA en parejas serodiscordantes.

Adolescencia

Según Saura S., Fernández J., Vicens L., Puigvert N., Mascort C. y García J. (2009), “es un periodo clave por los cambios evolutivos que se producen y la influencia que tienen en la formación de la persona adulta; algunos de los aspectos clave del desarrollo del adolescente son la identidad sexual y las relaciones afectivas que comporta; que las experiencias en esta época sean positivas, marcará que las conductas sean más saludables en un futuro, ya que su continuidad en la edad adulta está bien documentada”. En la adolescencia temprana aparecen los caracteres sexuales secundarios, como fantasías sexuales, preocupación por los cambios puberales sobre la apariencia; así mismo presentando una gran ambivalencia afectiva; en la adolescencia media y tardía, incrementa el nivel de experimentación sexual y hay cambios imprevisibles de conducta, como sentimientos de invulnerabilidad, estando presente que las conductas sexuales de los adolescentes se dan cada vez con mayor precocidad, teniendo como resultados, que las experiencias sexuales en los adolescentes se den a una temprana edad. Rodríguez J. y Traverso C. (2012) refieren que, esta precocidad que va en aumento al inicio de la actividad sexual se ha llevado que se preste especial atención a las conductas sexuales de los jóvenes, ya que se estima que tras un inicio prematuro en el aspecto sexual se encuentre ligado con un mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales no planificadas o múltiples parejas sexuales ocasionales, todos estos factores señalan a un único riesgo que es la adquisición de infecciones de transmisión sexual (p.520).

Pero existe otro factor, el cual es el embarazo no deseado, que se encuentra relacionado con la precocidad sexual, estos adolescentes al tener sus primeras relaciones, únicamente se centran en satisfacer sus deseos sexuales, sin tener los conocimientos básicos, con el fin de enfrentar alguna dificultad o enfermedad producido en ámbito sexual; si nos enfocamos en la descripción de las conductas sexuales de los adolescentes entre 12 a 17 años, el uso de anticonceptivos, conductas de riesgo y sus conocimientos de las ITS, tendremos como resultados que son bajos, ya que el tema de sexualidad en nuestro país se encuentra visto como “innombrable”, debido a que existen varios estereotipos con respecto al tema. Por ello se debe considerar aplicar una enseñanza libre de prejuicios, de miedos, entre otros; con el fin de que los adolescentes puedan obtener conocimientos previos sobre los riesgos en los cuales se encuentran, y que lamentablemente no son conscientes de ello;

en este punto debe estar presente la participación activa de los padres, son ellos los modelos o guías de sus hijos, quienes brinden aquellas recomendaciones o consejos que se pueden dar a este tema.

Como se sabe la adolescencia es considerada como un periodo clave, debido a los cambios que se suscitan, algunos de estos aspectos importantes del desarrollo del adolescente es la identidad sexual y las relaciones afectivas que se pueden dar. Un estudio realizado en adolescentes de Madrid, donde el uso de preservativo aparece plenamente incorporado, además los jóvenes tienen pleno conocimiento que el uso de preservativo los protege de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados, a pesar del estudio que se llevó a cabo; los adolescentes se encuentran en diversas situaciones de riesgo, y la cuestión sería el por qué los jóvenes optan por conductas de riesgos, teniendo conocimiento sobre los diversos tipos de métodos para poder prevenirlos.

Haciendo énfasis en el conocimiento y en las creencias sobre la anticoncepción, no todos poseen los conocimientos básicos en cuanto al funcionamiento de los métodos anticonceptivos, con respecto a las actitudes y conductas protectoras en las relaciones coitales; Sanjaume, Fernández, Vicens, Pugivert, Mascort y García (2009), refiere que “los adolescentes no habían utilizado algún otro método anticonceptivo, sino cuando habían tenido algún “problema” con el preservativo”; por ello en nuestra sociedad existen pocas personas que poseen el conocimiento adecuado sobre la prevención en el aspecto del acto coital, como en sus factores de riesgo que pueden estar presente en cualquier momento.

Es cierto que en los conocimientos y creencias sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la sexualidad es adquirida en el colegio, pero también por medio de las amistades o de familiares cercanos; el punto es que tan cierto es esa información que nos han brindado, ya que pueden existir los mitos o que dicha información se haya transgiversado de persona en persona, por ejemplo: una de las manera de evitar quedar embarazada, en caso de las mujeres, es interrumpir el acto de la penetración; o coito interrumpido, siendo totalmente erróneo. Lamentablemente los jóvenes o adolescentes se quedan con lo poco que escuchan sobre las ETS y piensan que es suficiente, probablemente lo debieron haber escuchado de alguna persona de su entera confianza, pero existen otros grupos de adolescentes quienes creen que no es suficiente tal información, pero no les preocupa las enfermedades que podrían estar propensos a adquirir; otro aspecto por el cual no indagan en el tema, porque es considerado una pérdida de tiempo o que al preguntarle a algún especialista del tema, inmediatamente se pone en contacto con los padres del menor, y ellos

empiecen a jugarlo o criticarlo de manera en que el adolescente pierda el total interés en preocuparse por la salud sexual de su persona, es decir que el profesional de salud no establezca la confidencialidad que será garantizada.

País más vulnerable: Sudáfrica

Lamentablemente este país, posee uno de los porcentajes más alto a nivel mundial, sus causas pueden ser diversas, ya que la población de aquel país viven un holocausto con el tema del SIDA y el VIH; y no existe indicio alguno de que el índice de contagio disminuya, sumando ello una inminente amenaza en el desarrollo económico del país, debido a que el gobierno tomó la decisión de bloquear la provisión de drogas con el fin de combatir esta infección, según los políticos “no están seguros de los factores causantes del SIDA”; según Haffejee, Ports, Mosavel (2015) “Sudáfrica ha avanzado en la reducción del número de infecciones por VIH, sin embargo la prevalencia de esta infección es aún alta entre las mujeres y la principal vía de transmisión des de madre a hijo” (p.172); siendo esta una gran preocupación por parte de los especialistas de este tema como las organizaciones internacionales. La incidencia de infección por VIH en niños de países de ingresos bajos y medianos en 2012 fue de 260, 000, con un 90% de estos en el continente africano (ONUSIDA, 2013).

La transmisión vertical del VIH de madre a hijo, esto ocurre a través de la placenta o por medio de la leche materna, siendo esta vía de transmisión más grave, indicada por una mayor viralidad en la carga, como también en la disminución de linfocitos, pero la evitación de la lactancia materna no es realista en los países en desarrollo y una gran proporción de mujeres con VIH positivas amamantan a sus hijos debido a la presión social, al desconocimiento por parte de la población, como también al poco interés que presenta el gobierno del mencionado país, por ello se sigue requiriendo una participación activa y comprometida de tal accionar, con el objetivo de concientizar a cada poblador sobre los peligros que esta infección puede ocasionar, así mismo se debería visualizar con otros ojos el tema de VIH/SIDA, como los mitos, causas y consecuencias, ya sea física o psicológicamente.

Situación de VIH/SIDA en el mundo

Según la ONUSIDA (2004) establece que la incidencia del VIH en el mundo sigue aumentando, y es que existen 40 millones de personas diagnosticadas de VIH en todo el mundo, principalmente en Asia oriental y central, como en Europa oriental. Si se realizaría una distribución por zonas geográficas, África Subsahariana es la zona con el mayor número de casos de VIH/SIDA, donde se estima que entre 25 a 28 millones de personas se encuentran infectadas del virus, seguidamente encontramos a Asia meridional y sudoriental con 4 a 8 millones de infectados con VIH, seguidamente América Latina, en tercer lugar, con una cifra de 2 millones de personas infectadas; cómo se puede observar la situación de América Latina, no es la más crítica, si nos ponemos a comparar con las cifras de los otros continentes, pero esto no quiere decir que estemos con los brazos cruzados, ya que la cifra que poseemos de 2 millones, debería descender, y esto se lograría si concientizáramos a la población, si cada estado de todo el continente se preocuparía por informar, y sensibilizar a su población.

Para empezar, debemos diferenciar a estos dos compañeros inseparables llamadas VIH y SIDA. Una persona con VIH es alguien que se le ha diagnosticado una prueba de Elisa como positiva, pero no ha desarrollado la enfermedad. El sida provocado por ese virus que ataca a las defensas, se da cuando el paciente ha tenido la infección por varios años y ya empieza a sentir los estragos del mal. Cabe señalar que, el tratamiento antirretroviral ha estado aumentando de manera progresiva en distintas partes del mundo, se estima que entre 2001 y 2005, el número de personas que se encontraron dentro del tratamiento antirretroviral provenientes de países tercer mundistas se registró un incremento de 240,000 hasta 1,3 millones, aproximadamente, además con este incremento de casos, también aumento el número de centros los cuales proporcionan tratamiento antirretroviral, siendo 500 en 2004 a más de 5000 a final de 2005 (, 2013); gracias a esta preocupación por parte de los gobiernos y entidades encargadas, la cual se evidencia el interés dirigido a esta población; lamentablemente lo anteriormente mencionado, se suscitó en su mayoría en países sudamericanos, lo contraste a esto son los países más pobres de América Central.

Situación de VIH/SIDA en el Perú

En nuestro país, si se tendría que dar un diagnóstico actual sobre el VIH/SIDA en el Perú, este sería una “enfermedad” que se va dando cada vez más en mujeres, jóvenes y niños infectados por sus madres al nacer.

Según la oficina de epidemiología del ministerio (junio) de salud, los casos notificados desde que comenzó la enfermedad en 1983 hasta 2005 ascienden a 17,054 pacientes infectados de SIDA, y 22,479 son aquellos a quienes se les ha diagnosticado el VIH. Sin embargo, esta misma fuente, el estimado de personas infectadas con VIH/SIDA es de 76,663, es decir que existe un altísimo porcentaje de personas en nuestro país que desconocen su condición de portadoras debido a que no tienen acceso a un diagnóstico, sumando el poco interés que existe sobre el tema.

Las cifras del MINSA señalan a Lima como el departamento con alto índice de personas infectadas. El doctor Rubén Mayorga; coordinador de ONUSIDA para el Perú, sostiene que esto podría darse porque la mayoría de las personas infectadas, debido al difícil acceso al diagnóstico y al estigma de discriminación, tiene que venir de sus zonas de origen hasta la ciudad. Sin embargo, si los casos se miden en relación a la cantidad de habitantes por departamento, Mayorga afirma que es la Provincia Constitucional del Callao la primera en haber incrementado la enfermedad. Le siguen de esta manera, las ciudades de Lima, Tumbes, Ica, Tacna, Loreto, Moquegua, Ancash y Arequipa.

Otro factor que agudiza el problema del crecimiento del VIH/SIDA es el nivel de pobreza de un país. La situación de abandono en la que se encuentran los niños que viven en las calles da carta abierta a la explotación sexual infantil, la cual es una de las vías de infección más recurrentes. Y las cifras en este sentido no son alentadoras: 62% del total de niños viven en pobreza y el 20,4% lo hacen situación de extrema pobreza.

Aspectos teóricos de la psicometría

Validez

Según Córdoba (2005) detalla para que el test pase por un proceso de validez, se procede a comparar los resultados obtenidos con los que ofrecen otras pruebas, que se encuentren reconocidos como idóneos para tal efecto (...) dicha validez tiene que ver con la estrecha vinculación entre el problema de investigación y las preguntas del cuestionario (p. 33). Para Martínez, Hernández y Hernández (2014), “es un principio el cual ve los errores cometidos

en el proceso de medición, es decir, hasta qué punto las cantidades observadas reflejan con precisión la puntuación verdadera” (p. 23). Hernández Sampieri detalla que “es el grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir” (p. 200). Pascuali (2009) al hablar del concepto de validez, se refiere a “la congruencia entre el instrumento siendo utilizado para la medición y la propiedad bajo evaluación” (p.995). Según Manterola, Zavando, Alarcón y Muñoz (2008) “se relaciona a una medición que refleja la realidad de un fenómeno o capacidad de medición de un método o instrumento para aquello que fue propuesto lo que efectivamente analizamos”.

Siendo la validez un aspecto de importancia, ya que es un proceso de recopilación de evidencias de manera empírica, de la cual se lleva a cabo una evaluación dirigido al contenido del instrumento. Según Meneses, Barrios, Coscullela, Turbany (2012), refieren que existen dentro de la validez evidencias como: “el contenido de test, el proceso de respuesta, la estructura interna, la relación entre las variables y las consecuencias de la aplicación del cuestionario” (p.145).

APA, NCME y AERA (2014), refiere que la validez “es aquel grado en que la evidencia y las teorías apoyan las interpretaciones de la prueba y puntajes para los usos propuestos de las pruebas” (p.11); es decir, la validación se encuentra considerada como el aspecto indispensable en el desarrollo y evaluación de las distintas pruebas; es así que se encuentra valorado en el tema de las investigaciones científicas, ya que el tema de la validez no se centra exactamente en el test o prueba con la que se trabajara, todo lo contrario su mira se encontrará en los puntajes que se han obtenido en el test utilizado (APA, NCME y AERA, 2014), además cabe señalar que gracias a la puntuación que llega tener, cada individuo ejecuta una interpretación totalmente distinta a la otra, ya que para una persona al realizar la interpretación, está demostrando un opinión en base su criterio.

Validez de contenido

Según González (2007), se refiere a “un examen sistemático del contenido del test para determinar si comprende una entera representativa de la forma de conducta que han de medirse” (p.30). Kerlinger y Lee (2002), refiere ser la representatividad o la adecuación de muestreo del contenido de un instrumento de medición (p.605). Kerlinger y Lee (2002), citado por Mendoza y Garza (2009) detalla que este tipo de validez “es cuantificable a través de índices de concordancia y relevancia entre las evaluaciones de los jueces”.

Este tipo de validez constituye de una muestra adecuada y representativa de los contenidos y el alcance del constructo, el objetivo es que se pueda precisar la medición con facilidad, además de que la población a la que se desee evaluar se encuentre bien definida. Asimismo, APA, NCME y AERA (2014), se refiere a que “se puede obtener evidencia de validez importante de un análisis de la relación entre el contenido de una prueba y la construcción está destinado a medida” (p.14).

Validez de criterio

Consiste en la validez que “se establece al correlacionar los resultados con los que de algún criterio externo que pretende medir lo mismo” (Hernández Sampieri, 2006, p. 202). Para APA, NCME y AERA (2014) es donde “se puede usar para evaluar la importancia relativa, criticidad, y/o frecuencia de las diversas tareas.” (p. 14); es así que este tipo de validez es en el que diversos expertos en el tema a investigar o estudio que se está desarrollando, brinda su punto de vista, de un lado debido a que observan cada ítem ubicado en el test con sus conocimientos que han adquiridos por sus experiencias; siendo un aspecto importante dentro de este proceso; como refiere Merino-Soto (2016), pone énfasis en este punto, ya que considera “un procedimiento necesario ya que es posible la existencia de discrepancias en cuanto a la percepción de la claridad de los ítems entre el público objetivo y los denominados experto” (p.1470).

Validez de constructo

Según Argibay (2006) “consiste en tratar de probar que las conductas que registra el test, pueden ser consideradas indicadores validos del constructo al cual refieren” (p. 28). Haertel (1985) “la validez de constructo es tan importantes para justificar las interpretaciones de las pruebas educativas criteriosales como para las mediciones psicológicas”. Asimismo, en un artículo (2013), lo denominan como validez conceptual o teórica y explica que todo instrumento de medición se fundamenta en un concepto o modelo teórico, que se comprueba para que los resultados se atengan al modelo (p. 7). Siendo Pascuali (2009), quien refuerza lo anteriormente dicho, “también llamado validación de concepto, es considerado como la forma más fundamental de la validación psicológica, constituye la firma más directa de verificar la hipótesis la representación del comportamiento y legitimidad de los rasgos latentes” (p.996).

La validez de constructo, es la parte final, siendo la combinación de los dos tipos de validez anteriormente mencionada, ya que une estos dos en mismo marco con la finalidad de poder probar las hipótesis que han establecido previamente.

Cronbach y Meehl (citado en Meneses et. al. 2012) con estas teorías comienza a conceptualizar un test como válido, “cuando representa de manera fidedigna el constructo psicológico que pretende medir, como las relaciones esperadas entre los diferentes constructos. De este modo nace el modelo de constructo” (p.143).

Confiabilidad

Martínez et al. (2014), “supone examinar la red de creencias sobre las que se asientan los datos y probar si fuerza y credibilidad” (p. 24). González (2007), hace referencia al concepto de la fiabilidad, en la cual nos deja ver que es la estabilidad o consistencia de la puntuación, obtenida por una o un grupo de personas (...) cuando se dice que la prueba es fiable se supone a que su diseñador ha tenido en cuenta todos los indicadores que aseguran tal aseveración (p.29). Para Córdoba (2005), detalla que “tiene que ver con la exactitud y la precisión lograda para obtener resultados parecidos cuando se aplica el test en repetidas ocasiones a los mismos sujetos o poblaciones similares” (p.35). Teniendo la misma idea, Hernández Sampieri (2014) “consiste al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales” (p. 200). Teniendo la idea semejante, Mendoza y Garza (2009) detallan “es cualquier procedimiento de medición que genere los mismos resultados en eventos repetidos”.

Mientras que Bernal (2006, citado por Artigas y Robles, 2010), enfatiza que la confiabilidad “es la consistencia que tiene el instrumento y se evalúa mediante una prueba piloto, verificando así si aplicabilidad”. Además, en diversas investigaciones que se han realizado, la confiabilidad ha jugado un papel de suma importancia, ya que diversas teorías dan su punto de vista, a partir de cuál es el límite que se tiene que tomar en cuenta, según Cohen (como se citó en Aron, Elliot y Elaine (2013), considera que “una gran confiabilidad es aproximadamente ,50 o mayor, una moderada es alrededor de ,30 y una pequeña es aproximadamente ,10” (p.472). De igual manera Santisteban (2009), detalla que al hablar de la fiabilidad de un test nos referimos a la precisión de ese test, considerado como instrumento de medida (...) el término de fiabilidad acuña en el contexto de la teoría clásica de los test. (p.73).

Psicometría

Fernández, Cayssials, Pérez (2010) explica que la psicometría “es la disciplina que se ocupa de la construcción de pruebas, esta atribución es una consecuencia del primer objetivo nombrado, que se refiere a la generación o formulación de modelos psicométricos”. (p. 14); en tanto existen distintos objetivos o fines que pueden ser ejecutados con ayuda de la psicometría, por una parte podemos afirmar que los autores, anteriormente mencionados, están de acuerdo con aquel conocimiento de la psicometría, siendo esta la base o punto fundamental, pero se han podido llevar a cabo otros estudios, siendo la herramienta principal de la psicometría, con ello se ha dejado ver que existe un “mundo amplio”, que se puede hacer innumerables cosas, además cabe resaltar que Verdugo, Crespo, Badia y Arias (2008), dan a conocer que la psicometría “aporta el tema del error de medida, la posibilidad de estudiar los denominados constructos psicológicos, que no pueden ser observados y medidos directamente, sino a partir de diferentes indicadores observables” (p. 13). En este sentido para Meneses (2012) “contribuye al desarrollo de la evaluación psicológica proporcionando teorías, métodos y técnicas que, en última instancia, permite describir, clasificar, diagnosticar, explicar o predecir los fenómenos psicológicos objeto de medida” (p. 38); mientras tanto, podemos decir que; la psicometría es una rama de la psicología, el cual posee teorías, métodos y técnicas; asociados a desarrollo de los test, con la finalidad en la descripción, clasificación, diagnóstico, explicación o predicción; lo cual pueda orientar en la toma de decisiones en relación al comportamiento de las personas.

Análisis Factorial

Según Kline (1994) afirma que “es una técnica estadística ampliamente utilizada en psicología y en las ciencias sociales; en algunas áreas de la psicología, especialmente aquellos en los que sean administrado pruebas es una necesidad” (p. 1). Asimismo, se sabe que consiste en una técnica estadística, en la cual se reduce datos usada para explicar las correlaciones entre variables observadas en términos de un número de variables no observadas, denominadas factores; es decir es una técnica de reducción de datos que tiene como finalidad el hallar grupos semejantes de variables desde un conjunto grande de variables, dichas variables se deben de encontrar correlacionadas, superiores a 0,5 (Fernández, 2015). Aron et. al. (2013), refiere que el análisis factorial está “compuesto en base a un conjunto bastante complejo de fórmulas que comienzan con las correlaciones entre

todas las variables y terminan en con un conjunto de cargas factoriales, como también incluye cuánto cada factor da cuenta de la cantidad total de variación entre las variables” (p.629).

Según Catena y Trujillo (citado por Vallejos, Jaimes, Aguilar y Merino, 2012) la técnica del análisis factorial permite agrupar un alto número de variables en un conjunto de factores más reducidos mediante sub conjuntos de variables que correlacionen alto entre sí en relación a otros subconjuntos, lo cual permitiría explicar un fenómeno complejo de manera más parsimoniosa (p. 11). Williams, Osman y Brown (2012) nos explican que “se utiliza comúnmente en los campos de la psicología y la educación, se considera el método de elección para la interpretación de cuestionarios auto informados” (p. 2), además existen dos tipos de análisis factorial, siendo: análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, ambos tienen el mismo objetivo que es la de reproducir relaciones observadas entre un grupo de indicadores con otro conjunto más pequeño de variables latentes, pero en el cual se diferencian principalmente es en el número y en la naturaleza de las especificaciones anteriores (Fernández, 2015). En un artículo Zumbo (2007), refiere que el análisis factorial, “es el método más aplicado para obtener evidencias sobre validez de constructo, dado que informa sobre la estructura interna de los instrumentos de medida” (p. 45).

Análisis Factorial Exploratorio

Según Méndez y Rondón (2012); dan a conocer que el análisis factorial exploratorio “tuvo sus orígenes a comienzos del siglo XX, y es conocido como una técnica estadística de interdependencia, que se caracteriza por su versatilidad” (p. 198); además cabe destacar que para los autores mencionados el propósito principal, es la de buscar definiciones de grupos de variables o factores, también llamados que estén altamente correlacionados entre sí. Según Kline (1994) afirma el objetivo principal del AFE, la cual es “explorar el campo, descubrir los constructos o dimensiones principales” (p.7), que guarda cierta relación al aporte de Martínez et. al. (2014) “tiene como propósito fundamental la búsqueda de una estructura de dimensiones o constructos latentes, a partir de las correlaciones entre las variables observadas” (p. 319).

En cambio, según Fernández (2015), aclara que no se hacen especificaciones en relación con los números de factores latentes y o indicadores, sino emplea técnicas

exploratorias para determinar el número adecuado de factores comunes y descubrir que variables de medición son indicadores razonables de las diversas dimensiones latentes (p. 41); Herrero (2010), brinda su criterio sobre este tipo de análisis, “este tipo de técnica es muy útil cuando el investigador desconoce de antemano que tipo de estructura puede esperar de las respuestas de los sujetos que componen la muestra” (p.289); da a entender que el análisis exploratorio es útil para lo que nos proponemos a realizar, pero presenta limitaciones en sus funciones, por el cual no se tenga las mejores expectativas con este tipo de análisis y se vea en la necesidad de trabajar con otro recurso más, ya sea mediante un estudio o investigación, hacer uso de ambos tipos o de uno solo, según el criterio del investigador.

Cabe señalar que este tipo de análisis exploratorio, es visto como un enfoque estadístico multivariante complejo, el cual consiste diversos pasos lineales y secuenciales, sin olvidar que varias opciones, como reglas se aplican en este análisis factorial, resaltando que la secuencia de decisión sea clara y los protocolos sean primordiales en cada investigación que se lleve a cabo (Williams et. al. 2010).

Análisis Factorial Confirmatorio

Como el punto anterior, este también presenta un papel de suma importancia en varias teorías sobre variables, Según Moore y Brown (2014) se expresa con respecto, al AFC; “es un tipo de modelado de ecuaciones estructurales que trata específicamente con modelos de medición; es decir, las relaciones entre las medidas observadas o indicadores y variables latentes o factores (...), teniendo como fin establecer número y naturaleza de los factores que explican la variación y la covariación entre un conjunto de indicadores (p.2); a su vez Martínez et. al. (2014) da a conocer que “no se utiliza en una exploración o búsqueda de éstas, sino más bien en las pruebas de teorías e hipótesis establecidas bajo la forma de un modelo” (p.320); es decir la finalidad de este tipo de análisis factorial, es la de confirmar el producto que se logró obtener en el análisis exploratorio, seguidamente plasmarlo en una estructura donde se pueda visualizar las dimensiones o factores, con los ítems correspondientes; pero algunos autores afirman o recomiendan hacer uso únicamente de este análisis, debido a que es más “potente” o confiable en sus resultados.

Según Gorsuch (citado por Martínez, 2014, p.321) es preferible el AFC, por encima de la replicación de los AFE, ya que es teóricamente potente, además en la práctica es frecuente que los investigadores comiencen con técnicas exploratorias en las primeras fases del

desarrollo de test o exploración de constructo, sometiendo después de los modelos derivados de esta fase técnicas confirmatorias. Es así también que Verdugo et. al. (2008) refiere que “es la técnica de análisis que se utiliza para contrastar los modelos de medida, se hipotetiza que una serie de variables observadas o indicadores midan una o más variables latente, independiente o dependiente” (p. 19). De igual manera Herrera (2010), nos da a entender su apoyo en el análisis confirmatorio; debido a los que expresó, “permite contrastar un modelo con antelación, en el que el investigador establece a priori el conjunto total de las relaciones entre los elementos que lo configuran (...) teniendo la capacidad de aventurar la estructura en los datos, preferible en función de una teoría bien establecida, y solo precisa confirmar que esa estructura puede también obtenerse empíricamente” (p. 289).

Si observamos con respecto a cómo es su evaluación, nos daremos cuenta de que se encarga de evaluar hasta qué punto un grupo de variables o factores organizados adecuadamente, de manera teórica se logran ajustar a los datos, cabe resaltar que el autor o autores de la investigación opta por un papel más importante, ya que si se tiene un mayor conocimiento de problema, se lograra una mayor capacidad en la formulación y poder probar las hipótesis más concretas y específicas (Méndez y Rondón, 2012). Morata, Holgado, Barbero y Méndez (2015), nos hablan sobre las precauciones que se debe de tener al elegir o iniciar el proceso del análisis factorial confirmatorio, “al llevar a cabo un AFC es preciso que haya consistencia entre los métodos de estimación y el instrumento entre los métodos de estimación y el instrumento de medida para que los modelos teórico propuestos reproduzcan las relaciones entre las variables de un constructo con la mayor fidelidad posible” (p. 81).

1.4 Justificación del estudio

La finalidad para esta investigación, es de que existen muy poca información o investigaciones centrados en el conocimiento del VIH en adolescentes, pertenecientes al distrito de San Juan de Lurigancho; a continuación, se brindará el por qué del desarrollo de este trabajo: de conveniencia, relevancia teórica, práctica, metodológica y social.

El trabajo posee un valor de conveniencia debido a que ofrece respuestas de manera específica al problema que se está abordando; así mismo se centra en la variable que es, el conocimiento y la segunda variable, siendo VIH; siendo ambos temas de gran peso en la sociedad, en la que vivimos; además el presente estudio propone una investigación amplia,

contando con teorías, además de resultados estadísticos que se obtendrán por medio de un instrumento.

El presente trabajo presenta una relevancia social dirigido a adolescentes, de ambos sexos, residentes del distrito San Juan de Lurigancho, ya que, al proceder con el análisis de datos, a quienes estarán dirigidos dicho instrumento, serán a adolescentes siendo ellos una parte de la población que se encuentra en riesgo. Como consecuencia, obtendríamos los resultados del análisis anteriormente ejecutado, con el propósito de que las personas responsables, es decir, padres de familia y docentes de la institución educativa, como también el personal de salud.

Presenta un valor práctico, ya que todos los aspectos que se brindaran en el presente trabajo se desenvuelven de manera empírica, con el propósito de ayudar a proporcionar estrategias de prevención y promoción con respecto a su salud, además de ofrecer orientación y consejería tanto a la población que va dirigida con a los padres de familia.

Posee el aspecto metodológico, ya que se utilizó una escala de medición, con el objetivo de ser adaptado en nuestra sociedad, siendo la variable “conocimiento del VIH”; esta mencionada escala fue puesto en proceso de validación por 5 expertos, con el objeto de que sean fielmente aceptados; para poder ser aplicados a la muestra determinada, y sea utilizada con el propósito de explorar a fondo el tema de interés.

Se finalizaría, presentado el valor teórico de esta investigación, se planteó la finalidad de indagar si la muestra a la que va dirigida, presenta los conocimientos primordiales sobre el VIH, de lo contrario se identificarían las dimensiones acerca de la carencia de información que pudieron haber presentado en aquel momento.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Adaptar la escala de conocimiento HIV/KS para su aplicación en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

1.5.2 Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1

Analizar la validez de contenido de la escala de conocimiento HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

Objetivo Específico 2

Analizar la validez de constructo de la escala de conocimiento HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

Objetivo específico 3

Analizar los ítems de la escala de conocimiento HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

Objetivo específico 4

Calcular puntajes percentiles para la escala de conocimiento HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

Objetivo específico 5

Analizar la confiabilidad de la escala de conocimiento HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

II. METODO

2.1 Diseño de investigación

El diseño es instrumental, ya que en primer lugar Montero y León (2001), considera este tipo de estudio a “los que se encuentran en el desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo el diseño como la adaptación de los mismos” (p.671). Después Montero y León (2007), se refirieron como “al desarrollo de pruebas, incluyendo tanto el diseño como la adaptación de los mismos”. Lo cual guarda relación a los planteamientos anteriores, según Ato, López y Benavente (2013), se considera instrumental a aquellos trabajos que analizan las propiedades psicométricas de instrumentos de medida psicológicos, como también las traducciones o adaptaciones.

2.1.1 Tipo de estudio

La investigación presentada, se considera de tipo tecnológico; según el estudio realizado por Alvitres (2000), citado por Tam, Vera y Oliveros (2008), define a la investigación tecnológica “cuando se estructura procedimientos, se innova estrategias, crea y estima su valor pragmático” (p.145). Complementando anteriormente mencionado Tam y col. (2008), mencionan “el objetivo es crear nueva tecnología a partir de conocimientos adquiridos a través de una investigación estratégica para determinar si estos pueden ser útilmente aplicados con o sin mayor refinamiento para los propósitos definidos” (p. 147). Por último, es considerado psicométrico, Alarcón (2013), señala “constituye un área de trabajo sumamente fértil y activa, emparentada con la investigación correlacional, aunque posee su espacio propio en la investigación psicológica. Se ha enfocado su atención en el análisis de conductas complejas, con miras a descubrir su naturaleza y en trabajos orientados a crear y estandarizar test y escalas de medición psicológica” (p. 222).

2.2 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de medición
Conocimiento del VIH/SIDA	Espada (2009) un mayor nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, está relacionado en prolongar el inicio de las relaciones sexuales.	Los puntajes obtenidos en los componentes determinaran los niveles del conocimiento del VIH Bajo Media Alto	Transmisión oral del VIH	Conocimiento de transmisión de virus por vía oral	9,35,40	Ordinal
			Efectos del VIH	Características físicas y psicológicas. La acción del virus en el organismo.	1,2,3,4,5,6,22,23,24,25,26,27,41,42,43,44,45,47	
			Otras vías de transmisión del VIH	Conocimientos de como contraer el virus. Uso de métodos anticonceptivos.	7,8,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,28,29,30,31,32,33,34,36,37,38,39,46,48	

Nota: Adaptado de Espada, Huedo-Medina, Òrgiles, Secades, Ballester, Remor, (2009).

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población

Como refieren Hernández, Fernández y Baptista (2004), la población es “el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p. 174). Por otra parte, Chávez (2007) indica que la población de un estudio es el universo de la investigación sobre la cual se pretende generalizar los resultados, constituida por características y estratos que le permiten distinguir los sujetos unos de otros. Arias (2006), menciona a “la población como un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación” (p.81).

En este trabajo la población está conformada por 2,816 adolescentes de ambos sexos, pertenecientes al distrito de San Juan de Lurigancho.

2.3.2 Muestra

Según Hernández, et al. (2014) refiere que “es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectan datos, y que tiene que definirse, como delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población” (p. 173). Asimismo, Sierra (2003) indica que es una parte de un conjunto de población debidamente elegida, que se

somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener un resultado válido, también para el universo total integrado. De igual forma Guillen y Valderrama (2013), refiere que muestra “consiste en un subgrupo de la población de estudio teniendo en cuenta las mismas características de dicha población, conocida también como muestra representativa” (p. 65). De otro lado, la muestra correspondiente a este estudio, es centrada a 480 adolescentes entre la edad de 12 y 17 años.

2.3.3 Muestreo

Según Malhotra (2004) es la colección de elementos que procesan la información buscada por el investigador (p. 321). Por otra parte, Abad y Servín (1982), refieren “permite estimar los mismos parámetros que aquellos en el caso de un censo, es decir, permiten obtenerlos aproximadamente a través de una muestra” (p. 14). En este estudio se empleó el muestreo no probabilístico.

Criterio de selección

Criterios de inclusión

- Adolescentes que se encuentren en el rango requerido para el proceso de aplicación.
- Adolescentes residentes del distrito de San Juan de Lurigancho.
- Aceptación de participar de manera voluntaria en la aplicación.

Criterios de exclusión

- Oposición con respecto a algunos adolescentes por cuestión de tiempo.
- Demostración de poco interés al desarrollar el instrumento.
- Afirmación directa por parte del entrevistado, momentos antes de realizar la aplicación de la escala.
- Adolescentes cuyas edades no se encuentren dentro del rango requerido.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1 Técnicas

Córdoba (2005), con respecto a las técnicas, se centra en el cuestionario indicando que “es un sistema de preguntas racionales, ordenadas de forma coherente, con un lenguaje sencillo; permitiendo la recolección de datos provenientes de fuentes primarias” (p. 29).

2.4.2 Recolección de datos

Arias (2006) considerar como “el procedimiento que utiliza el investigador para recolectar la información necesaria en la investigación; son las distintas formas o maneras de obtener la información” (p. 53).

Instrumentos

Con el objetivo de lograr medir el conocimiento de VIH/SIDA, se empleó la Escala de Conocimiento HIV/KS.

Ficha técnica

Nombre del instrumento	:	Escala de Conocimiento HIV/KS
Autores	:	Espada José, Huedo-Medina Tania, Origlès Mireira, Secada Roberto, Ballester Rafael y Remor Eduardo
Año	:	2009
Tipo de instrumento	:	Escala
Objetivo	:	Evaluar los conocimientos acerca del VIH, con el fin de identificar los niveles de conocimientos que los adolescentes puedan presentar.
Población	:	Adolescentes entre las edades 13 a 18 años
Número de ítems	:	48
Aplicación	:	Individual y colectiva
Tipo de administración	:	20 a 30 minutos
Normas de aplicación	:	El participante deberá de marcar con un “X”, la alternativa que más se adecue a su criterio.

Validación y confiabilidad del instrumento

Para la presente investigación, se utilizó la Escala de Conocimiento de HIV/KS, por Espada del 2009. Con respecto, a la validez de contenido fue enviado a 10 expertos, profesionales e investigadores en VIH/SIDA; cada experto realizó una evaluación enfocada en la comprensión y la estructura de la pregunta (relevancia con los adolescentes), la relevancia como también la adecuada asignación del elemento en la subescala la que se le había asignado. Seguidamente, en la validez de criterio, se correlaciono los puntajes de la escala de conocimiento de HIV/KS, con la es Escala de fobia contra el SIDA de varios componentes (MAPS) y el Cuestionario de actitudes hacia el SIDA y conductas de riesgo (QAARB), a

raíz de la relación conceptual y práctica que se presentan entre estos conceptos, los resultados obtenidos mostraron una relación estadísticamente significativa entre las escalas, salvo de la dimensión denominada Impacto del VIH en relación a las actitudes. En la validez de constructo se utilizó la correlación ítem-test, mostrando un resultados aceptables en un rango de .30 a .72; salvo en un ítem, la cual se registró el elemento menor de .30, indicando un adecuado rendimiento para la mayoría de los ítems; además se desarrolló el análisis exploratorio, donde se encontró tres factores, lo que explica el 56.66% de varianza, con un KMO= .86 y la prueba de Bartlett fueron significativas; se procedió con el análisis confirmatorio, donde se presentó los índices para el modelo de tres factores que permiten Inter correlacionarse, debido a que este modelo obtuvo los mejores índices de ajuste; como el IFC y el IFI mayor a .90, además del GFI logró un resultado mayor a .90 y el RMSEA fue menor a .030. La confiabilidad, en lo que respecta, se obtuvo una fiabilidad de .71, es decir, fue significativo.

Método de análisis de datos

Concluida el proceso de recolección de datos, se seleccionarán las pruebas teniendo en cuenta los criterios de selección previamente establecidos para el estudio. Se utilizará las hojas de cálculo, pertenecientes al programa de Microsoft Excel 2016, con el fin de diseñar la base de datos en el cual se digitarán las respuestas que se elaboraron a cargo de los participantes; seguidamente se trasladara la base datos al programa estadístico SPSS versión 22. Así mismo, se procederá con el debido análisis de la variable establecida, como con sus dimensiones.

Aspectos éticos

Se informó a cada participante que la presente investigación fue de manera confidencial, además de comunicarles sobre los objetivos de la escala utilizada, donde se respetó en todo momento el anonimato. Se ingresó a las aulas con el fin de explicarles a los alumnos que su participación era de manera voluntaria; así mismo se le hizo la entrega a los profesores que se encontraban a cargo de las aulas, donde se explicaba al detalle el motivo de la evaluación, el cual se encontraba firmado y sellado por la directora de la institución educativa. Al momento de aplicar la escala se resolvieron se resolvieron dudas que se presentaron, además se mantuvo el compromiso de resguardar la privacidad correspondiente.

III. RESULTADOS

Tabla N°1. *Validez de Contenido mediante opinión de jueces*

<i>Validez de contenido – V de Aiken</i>							
Nº Items	P	R	C		P	R	C
Item 1	1.00	1.00	1.00	Item 35	1.00	1.00	1.00
Item 2	1.00	1.00	1.00	Item 36	1.00	1.00	1.00
Item 3	1.00	1.00	1.00	Item 27	1.00	1.00	1.00
Item 4	1.00	1.00	1.00	Item 28	1.00	1.00	1.00
Item 5	1.00	1.00	1.00	Item 29	1.00	1.00	1.00
Item 6	1.00	1.00	1.00	Item 30	1.00	1.00	1.00
Item 7	1.00	1.00	1.00	Item 31	1.00	1.00	1.00
Item 8	1.00	1.00	1.00	Item 32	1.00	1.00	1.00
Item 9	1.00	1.00	1.00	Item 33	1.00	1.00	1.00
Item 10	1.00	1.00	1.00	Item 34	1.00	1.00	1.00
Item 11	1.00	1.00	1.00	Item 35	1.00	1.00	1.00
Item 12	1.00	1.00	1.00	Item 36	1.00	1.00	1.00
Item 13	1.00	1.00	1.00	Item 37	1.00	1.00	1.00
Item 14	1.00	1.00	1.00	Item 38	1.00	1.00	1.00
Item 15	1.00	1.00	1.00	Item 39	1.00	1.00	1.00
Item 16	1.00	1.00	1.00	Item 40	1.00	1.00	1.00
Item 17	1.00	1.00	1.00	Item 41	1.00	1.00	1.00
Item 18	1.00	1.00	1.00	Item 42	1.00	1.00	1.00
Item 19	1.00	1.00	1.00	Item 43	1.00	1.00	1.00
Item 20	1.00	1.00	1.00	Item 44	1.00	1.00	1.00
Item 21	1.00	1.00	1.00	Item 45	1.00	1.00	1.00
Item 22	1.00	1.00	1.00	Item 46	1.00	1.00	1.00
Item 23	1.00	1.00	1.00	Item 47	1.00	1.00	1.00
Item 24	1.00	1.00	1.00	Item 48	1.00	1.00	1.00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 1, podemos demostrar que la validación del instrumento, de manera general es de 1.00, siendo este valor, el de mayor magnitud, indicando un perfecto acuerdo entre los jueces (Merino y Livia, 2009); por ello se destaca que existe evidencia suficiente para afirmar que la prueba es válida para medir la variable de interés

Tabla N° 2. *Consistencia interna mediante la correlación Ítem-Test*

Ítems	Correlación total de elementos corregida
Item5	,202
Item9	,202
Item28	,269
Item41	,270
Item47	,298
Item12	,227
Item23	,317
Item32	,275
Item38	,304
Item29	,305
Item31	,301
Item45	,345
Item14	,260
Item17	,240
Item35	,285

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 2, se demuestra que hay una significancia adecuada, en lo que respecta a la correlación ítem-test, donde se observa una correlación aceptable siendo estos $> .20$ (Kline, 2006).

Tabla N° 3. *Análisis de consistencia interna de las dimensiones mediante el Alfa de Crombach*

	Alfa de Cronbach	Nº de elementos
Prueba completa	0,66	15
D1: Mitos sobre VIH	0,40	5
D2: Aspectos biológicos y preventivos	0,55	4
D3: Conocimiento de VIH	0,45	3
D4: Vías de transmisión VIH	0,44	3

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3, podemos identificar el porcentaje de alfa de Cronbach, siendo este de un .66 considerado como una magnitud adecuada estando entre los rangos de .50 a .69 (Sierra, 2001), podemos decir que el porcentaje es considerado como aceptable. De igual manera ocurre en las dimensiones encontrándose entre .40 a .55, según Ruiz (2002), Orozco, Labrador y Palencia (2002), refieren que la fiabilidad de encontrarse entre .41 a .60 o .40 a .70 es considerada como una correlación moderada.

Tabla N° 4. *Validez de constructo mediante el análisis factorial*

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,814
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3809,354
	Gl	1128
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 4, se muestra que en la prueba de KMO, se obtuvo ,81; considerando aceptable siendo >0.5. Además, en la prueba de Bartlett se logró obtener <0.5, indicando un resultado significativo, es considerado satisfactorio solo los valores de .80 e adelante (Kaiser, 1970).

Tabla N° 5. *Matriz de componentes rotados del análisis factorial exploratorio*

	Factor			
	Mitos VIH	Aspectos biológicos y preventivos	Conocimiento VIH	Vías de transmisión
Ítem 38	0.614			
Ítem 32	0.552			
Ítem 12	0.380			
Ítem 23	0.362			
Ítem 28		0.437		
Ítem 9		0.424		
Ítem 41		0.388		
Ítem 8		0.346		
Ítem 47		0.324		
Ítem 29			0.476	
Ítem 31			0.459	
Ítem 45			0.404	
Ítem 35				0.448
Item14				0.423
Ítem 17				0.420

Método de extracción: máxima verosimilitud.

Método de rotación: Promax con normalización Kaiser.

En la tabla N° 5, se demuestra tras haber realizado el análisis factorial exploratorio, utilizando el método de rotación Promax; el origen de 4 factores o dimensiones, agrupándose en cada factor entre 3 a 5 ítems; según Montoya (2007), manifiesta en el caso de las cargas factoriales, lo ideal es entre 0.5 a 1, sin embargo, valores como 0.3 se considera razonable y el resto de valores cercanos a 0, se rechazan (p.285).

Tabla N° 6. *Valores descriptivos de la prueba de Escala de Conocimiento HIV/KS*

Variable	Min	Max	Skew	c.r.	Kurtosis	c.r.
Item 35	1	3	-0,122	-1,088	-1,303	-5,82
Item 14	1	3	0,136	1,211	-1,419	-6,341
Item 17	1	3	0,219	1,956	-1,627	-7,269
Item 29	1	3	-0,158	-1,413	-1,129	-5,043
Item 31	1	3	0,065	0,582	-1,493	-6,669
Item 45	1	3	-0,792	-7,08	-1,255	-5,607
Item 47	1	3	-0,466	-4,16	-1,198	-5,354
Item 8	1	3	-0,67	-5,987	-0,982	-4,389
Item 41	1	3	-0,932	-8,327	-1,001	-4,473
Item 9	1	3	-0,212	-1,891	-0,992	-4,43
Item 28	1	3	-0,532	-4,751	-1,165	-5,206
Item 23	1	3	0,609	5,442	-1,522	-6,8
Item 12	1	3	1,497	13,375	0,429	1,918
Item 32	1	3	0,889	7,942	-0,964	-4,305
Item 38	1	3	1,317	11,769	-0,047	-0,208
Multivariate					-3,512	-1,702

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla N° 6, se puede visualizar en la curtosis que los ítems, tras haber sido ejecutado el análisis factorial confirmatorio, han dado resultados óptimos, ya que demuestran ser menores de ± 1.5 ; según Forero, Maydeu y Gallardo (2009), “para ser considerados aceptables los resultados deben encontrarse entre ± 1.5 ”.

Tabla N° 7. *Ajuste Estadístico de Modelos de Factor Confirmatorio*

Modelo	CMIN/DF(x ²)	RMSEA	GFI	AGFI	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Modelo Predeterminado	1,34	0,027	0,97	0,95	0,947	0,93	0,94
Modelo Saturado			1		1		1
Modelo Independiente	5,953	0,102	0,792	0,762	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 7, podemos demostrar que obtenemos en el modelo CMIN/DF=1,34; dándonos así un resultado óptimo, así el χ^2/gl considera un buen ajuste cuando el valor sea menor a 3; también se demuestra en el modelo RMSEA=0.027, según Steiger y Lind (1980) refieren que valores inferiores a 0.08 son indicativos de buen ajuste. Los siguientes resultados obtenidos en los modelos GFI=0.97, AGFI=0.95 siendo de valores superiores a 0.90 indicando un buen ajuste (Joreskog y Sorborm, 1986), por último, en los modelos IFI, TLI y CFI sus resultados obtenidos son $>.90$, considerándose como significativos, como afirman Bentler y Bonett (1980) y Bollen (1989) consideran que aceptables los valores próximos a 1, en especial mayores que 0.95.

Tabla N° 8. *Conversión de puntuaciones brutas a percentiles*

Niveles	Mitos sobre VIH	Aspectos biológicos y preventivos	Conocimiento del VIH	Vías de transmisión
Alto	14 -- Max	7 – Max	8 – Max	8 – Max
Medio	12 --13	6	7	6 – 7
Bajo	Min -- 11	Min – 5	Min –6	Min –5

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 8, se puede observar los rangos de puntuación con las debidas categorías, como: alto, medio y bajo, asimismo, con las cuatro dimensiones, establecidas anteriormente, con sus respectivos puntajes.

Discusión

En la presente investigación, considera al conocimiento una capacidad innata del ser humano, en el cual nacemos con un nivel muy bajo, por ello se refiere como aquel grupo o conjunto de ideas, temas o conceptos, que sean claros o precisos para la persona (Bunge, 1988), todo esto será absorbido por medio de enseñanzas que aprenderemos de otros o se presentan por experiencias que acontecen en nuestras vidas; es ahí donde aquellas enseñanzas lo convertimos en aprendizaje para nosotros, y si es que existe la posibilidad de que vuelva a ocurrir, dicha persona ya sepa cómo actuar o las medidas que debe de tener.

Siendo el conocimiento, un punto vital para toda persona, Fisher y Fisher (2000), destacan al conocimiento como, “el papel de la información como moderador que afecta las habilidades para implementar comportamientos de salud”; es decir, que la información que vamos adquiriendo se transformará en conocimientos, siendo un producto para nosotros, producto que influenciará en nuestra conducta, al punto de cambiar al individuo en la manera de razonar y tratar, sobre todo si está relacionada a la salud de uno mismo. Espada (2014), aporta haciendo un énfasis en el conocimiento del tema del VIH, mediante el cual, al tener un mayor grado de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y la prevención de embarazos no deseados, se prolongaría el inicio de las relaciones sexuales, además poseer un mayor uso del preservativo y las actitudes positivas hacia temas relacionados con la sexualidad; es por ello que no se encuentra relación entre el conocimiento y el número de parejas sexuales.

En cuanto a los objetivos, se sometió al análisis de contenido, conformado por cuatro especialistas, de los cuales dos tienen experiencia en el trabajo con pacientes portadores de VIH, en el servicio del tratamiento antirretroviral de gran actividad en el departamento de Infectología y los dos especialistas son psicólogos quienes tienen experiencia con adolescentes; tras someter el instrumento bajo juicio de experto, se obtuvo resultados positivos. Teniendo un aporte importante, ya que se demuestra los puntos de vista de los expertos en este tema, como son el VIH y los adolescentes; de modo que evalúan cada ítem del instrumento y refieren si es que los ítems son pertinentes, claros y relevantes, como también pueden dar ciertas recomendaciones en la aplicación de la escala. En relación al trabajo realizado por Espada et. al. (2009) fue sometido a opiniones de 10 expertos, entre profesionales e investigadores en el tema, quienes aportaron sus puntos de vistas.

Se da a conocer la diferencia en relación al KMO, siendo en la investigación de Espada et. al. la cual se obtuvo .86 y la prueba de Bartlett fue significativa; asimismo se llevó a cabo la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) en una validación de la misma escala de conocimiento HIV/KS, estudio realizado por Costa (2015) en Portugal; quien obtuvo un resultado en KMO= .82; teniendo así una mínima diferencia a los resultados que se logró obtener en esta investigación con un KMO = .81, con una prueba de Bartlett significativa; dejando entre ver que son > 0.5 , considerándose aceptable en este proceso. Además, con respecto al análisis factorial exploratorio; en la adaptación que hizo Espada et. al. (2009) dirigido a adolescentes españoles, encontró tres factores: transmisión oral, efectos del VIH y otras rutas de transmisión; lo cual lo consiguió por medio del 65% de la varianza total y los criterios que se propusieron, siendo estos tres. Por su lado Costa (2015), con un resultado positivo en el KMO, anteriormente mencionado, logro obtener dos factores o dimensiones, siendo estos: Transmisión oral y formas de transmisión; ambos resultados que se demostraron en su momento por los autores correspondientes, se contrastan con los resultados obtenidos en este estudio, ya que luego de haber llevado a cabo el análisis factorial exploratorio se logró cuatro dimensiones, como son: Mitos sobre el VIH/SIDA, Aspectos biológicos y preventivos del VIH, Conocimientos de VIH y Vías de transmisión. Se debe recalcar que se procedió con el análisis factorial confirmatorio correspondiente, el CMIN/DF =1,34; el modelo RMSEA=0.027, los modelos GFI=0.97, AGFI=0.95; por último, en los modelos IFI, TLI y CFI sus resultados obtenidos son mayores a .90 considerándose como significativos.

En cuanto a los objetivos propuestos se demostró, dentro del análisis de los ítems donde se llevó a cabo el proceso de ítem-test que existe una correlación significativa en relación a los ítems, siendo < 0.05 ; además se llevó a cabo la correlación de Pearson lo cual se obtuvo una significancia mayor a .20; este proceso se realizó con el fin de observar si es que existe correlación en los ítems con el total, a raíz de la muestra tomada, teniendo así resultados positivos; con respecto a los investigadores quienes realizaron estudios previos a este tema, se evidenció su proceso de correlación sobre ítem-test, obteniendo resultados significativos, teniendo así un rango entre .30 a .72; salvo en un ítem, lo cual no afectó al resultado total.

Con relación al siguiente objetivo, se determinó el coeficiente de fiabilidad del instrumento que fue adaptada en adolescentes españoles por Espada et. al. (2009), quienes obtuvieron una fiabilidad de 0.71 para la escala total; asimismo en la validación desarrollada por Costa

(2015), tuvo como resultado cifra superior a 0.70 en la fiabilidad, con respecto al estudio desarrollado teniendo como población a adolescentes, se realizó la determinación del coeficiente de fiabilidad lo cual fue de 0.66, de manera general; así mismo se detalla y expresa que tras el proceso que se desarrolló se logró obtener cuatro dimensiones: Mitos sobre VIH con fiabilidad .40; Aspectos biológicos y preventivos que presenta una fiabilidad .55, Conocimiento de VIH con .45 de fiabilidad y Vías de transmisión con la fiabilidad de .44; según Orozco, Labrador y Palencia (2002), “consideran como correlación moderada a partir de 0.40 a 0.70”. Además, cabe resaltar que mediante los estudios previos se obtuvo tres dimensiones, Transmisión oral de VIH con una fiabilidad de .78, Efectos del VIH se logró una fiabilidad de .57 y Otras vías de transmisión del VIH obtuvo .61 (Espada et. al. 2009).

Finalmente se detalla, las puntuaciones que se le ha concedido a la escala de conocimiento HIV/KS; “Sabe” =3, “No sabe”= 2y “En duda”=1, teniendo categorías: alto, medio y bajo, con la finalidad de tener una calificaciones más precisa, ya que se podrá demostrar cuantos son los adolescentes que saben, los que no saben y sobre todo lo que poseen duda sobre el tema a tratar, y es que de personas con pocos o erróneos conocimientos hace que se encuentren en riesgo o de cometer hechos negativos para la sociedad, de manera inconsciente. E cambio, el estudio desarrollado por Espada et. al. (2009), determino la puntuación agregando 1 punto cuando la respuesta sea verdadera y a la vez falsa teniendo ítems para cada respuesta al momento de calificar. Costa (2015), en la validación que llevo a cabo, decidió mantener innata la manera de calificar las respuestas que la muestra previamente determinada desarrollaría.

Conclusiones

El análisis de la consistencia mediante el análisis de ítems obtuvo una correlación de .20 a .40, lo cual es considerado como aceptable.

En la validez contenido se obtuvieron valores aceptables, siendo ($p < 0.000$).

La validez de constructo, mediante el análisis exploratorio permitió obtener valores de KMO: .81, considerándose así aceptable, además en la prueba de Bartlett se logró una significancia < 0.5 . en el análisis factorial confirmatorio, los resultados que se lograron obtener fueron satisfactorios, siendo estos; CMIN/DF=1,34, RMSEA= 0,027, GFI=0.97, AGFI=0.95; de igual manera se demostró un resultado mayor a .90; respecto a IFI, TLI y CFI.

La confiabilidad general de la escala fue de .66; en las dimensiones, la fiabilidad de cada una de fue: Mitos sobre VIH= .40, Aspecto biológicos y preventivos= .55, Conocimiento de VIH= .45 y Vías de transmisión= .44.

Los baremos de la escala de conocimiento HIV/KS en escolares, fueron las categorías de: alto, medio y bajo.

Sugerencias

Realizar estudios psicométricos a profundidad, haciendo uso de otros programas estadísticos con la finalidad de obtener resultados más confiables.

Realizar el análisis convergente mediante la correlación de puntajes, con otros instrumentos que tengan en común el tema tratado.

Llevar a cabo la aplicación de la escala a un número mayor de muestra o en otros distritos, con el propósito de hacer una comparación sobre el conocimiento del VIH/SIDA.

Proponer programas preventivos o charlas en las instituciones, dirigidos a padres de familia, docentes y alumnos; brindándoles conceptos reales, como también descartar mitos en relación al tema del VIH/SIDA.

Desarrollar estudios cuasiexperimentales sobre el conocimiento del VIH/SIDA, con el fin de aumentar el conocimiento, a la vez modificar ciertas ideas irracionales sobre la discriminación en personas con esta infección.

Referencias

- Andreu, R. y Sieber, S. (1999). La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje. *Revista Economía Industrial*, 326, 63-72.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma.
- Alarcón, A. y Muñoz, S. (2008). Medición en Salud: algunas consideraciones metodológicas. *Revista Médica Chile*. 136 (1), 125-130.
- Ato, M.; López, J.; Benavente, A. (2013) Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Revista Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059; Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Arias, F. (2006). *Proyecto de investigación, Introducción a la Metodología Científica*. Caracas, Venezuela: Espíteme.
- Artigas, W. y Robles, M. (2010). Metodología de la investigación: Una discusión necesaria en Universidades Zulianas. *Revista Digital Universitaria*. 11 (11), 1-17; Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.11/num11/art107/index.html>
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 8, 15-33; Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630247002>
- Abad, A. y Servín, L. (1982). *Introducción al muestreo*. México D.F., México: Editorial Limusa.
- APA, NCME y AERA (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington DC, Estados Unidos: AERA Publication Sales.
- Aron, A.; Corpus, E. y Aron E. (2013). *Statistics for Psychology*. New Jersey, United State: Pearson.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F., México: Pearson.
- Bentler, P. y Bonett, D. (1980). Significance test and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88 (3), 588-606; Recuperado de www.researchgate.net
- Bodnar, Y.; Tovar, e.; Arias, R.; Bogoya, N.; Briceño, P.; Murillo, J. y Rodríguez, E. (1999). *Cultura y sexualidad en Colombia: un espacio para leer relaciones*

de poder, formación de actitudes y valores humanos. Bogotá, Colombia: Universidad Distrital “Francisco José de caldas”.

Bollen, K. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York, United States: John Wiley y Sons.

Bunge, M. (1988). *La ciencia y su método y filosofía*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Siglo XX.

Carratalá, E; Espada, J y Òrgiles, M. (2013). Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SDIA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. *Revista Salud Mental*, 36 (5), 387-391; Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500006

Chávez, N. (2007). *Introducción a la Investigación Educativa*. Caracas, Venezuela: Gráficas González Maracaibo.

Córdova F. (2005). “*El Cuestionario*”. México D.F, México: Grupo Noriega Editores.

Costa, S. (2015). *Validación de una batería de test sobre el comportamiento sexual y salud en adolescentes portuguesas*. (Tesis Doctoral). Universitas Miguel Hernández.

Espada, J. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Revista Atención Primaria*, 46 (10), 556-564; Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001322>

Espada, J., Huedo-Medina, T., Òrgiles, M., Secades, R., Ballester, R. Remor, E. (2009). Propiedades Psicométricas de la Escala de Conocimiento de VIH/KS. *Health and addictions: salud y drogas*, 9 (2), 149-164; Recuperado de <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=3193106>

Fernández A. (2015). Aplicación del análisis factorial confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Revista de Ciencias Económicas*, 33 (2), 39-66; Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15517/rce.v33i2.22216>

Fernández, M., Cayssials, A. y Pérez, M. (2010). *Curso básico de Psicometría: Teórica clásica*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

- Fisher, J. y Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in VIH risk behaviour. *CHIP Documents*, 4 (1), 3-56; Recuperado de http://opencommons.uconn.edu/chip_docs/4
- Forero, C., Maydeu, A., Gallardo, D. (2009). Factor analysis with ordinal indicators: A Monte Carlo study comparing DWLS and ULS Estimation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16 (4), 625-641; Recuperado de <http://www.tandfonline.com/yoc/hsem20/current>
- Gatell, J., Blanco, J., Soriano, A., Tortajada, C., Lozano, L., García, F. (2000). *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona, España: Masson.
- González F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Guillen, O. y Valderrama, S. (2013). *Guía para elaborar la tesis universitaria*. Trujillo, Perú.
- Haertel, E. (1985). Construct Validity and Criterion-Referenced Testing. *Review of Educational Research*, 55 (1), 713-728; Recuperado de <http://journalis.sagepub.com/doi/abs/10.3102/00346543055001023?journalCode=vera>
- Haffejee F., Ports K. y Mosavel M. (2016). Knowledge and attitudes about HIV infection and prevention of mother to child transmisión of HIV in an urban, low incomecommunity in Durban, South Africa: Perspectives of residents and health care volunteers. *Revista Health SA Gesondheid*, (21), 171-178; Recuperado de <http://www.sciencedirect.com>
- Herreo, J. (2010). El análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: Un ejemplo con el cuestionario de autoestima CA-14. *Revista Intervención Psicosocial*, (19), 3, 289-300; Recuperado de www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300009
- Herrero, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SUDA: constante y cambios en el tema. *Salud Pública México*, 44 (6), 554-564; Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600008
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F, México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Joreskog, K. y Sorborm, D. (1986). *LISREL VI: Analysis of linear structural relationships by maximum likelihood, instrumental variables and least squares methods*. Mooresville, United States: Cientific Software, Inc.
- Kerlinger, N y Lee, B. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en ciencias sociales*. Mexico D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Kline P. (1994). *An easy guide to Factor Analysis*. New York, Estados Unidos: Routledge.
- Kline, R. (2006). *Principios y práctica de modelado de la ecuación estructural*. New York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Lerner, (2017).
- Mas, A., Yuste, E., Menéndez, L. y Domingo, E. (2001). Retrovirus humanos. Estructura y ciclo de replicación del VIH. *Manual del Sida*. Barcelona, España: Publicaciones Permanyer
- Martínez, R.; Hernández, J. y Hernández, V. (2014). *Psicometría*. Madrid, España: Alianza editorial. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional Prevención Y Control De Infecciones De Transmisión Sexual, VIH Y Sida. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe>
- Malhorta (2004). *Introducción a la investigación. Población, Muestra y Muestreo*. México D. F., México: Pearson Prentice Hall.
- Martínez, R.; Hernández, J. y Hernández, V. (2014). *Psicometría*. Madrid. España: Alianza editorial.
- Merino-Soto, C. (2016). Percepción de la claridad de los ítems: Comparación del juicio de estudiantes y jueces-expertos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2), 1469-1477; Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/773/77346456040/index.html>
- Merino, C. y Livia, J. (2009). Invervalos de confianza asimétricos para el índice de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Revista Anales de Psicología*, 25 (1), 169-172; Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps>

- Mendoza, J. y Garza, J. (2009). La medición en el proceso de investigación científica: Evaluación de validez de contenido y confiabilidad. *Innovaciones de negocios*, 6 (11), 17-32; Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/12508>
- Méndez, C. y Rondón, M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (1), 197-207; Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093014>
- Meneses, J.; Barrios M.; Bonillo A.; Cosculluela, A.; Lozano, L. Turbany, J., Valero S. (2012). *Psicometría*. Madrid, España: Editorial UOC
- MINSA (2010). Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y TB por el riesgo ocupacional en los trabajadores de salud, 1; Recuperado de http://digesa.insa.gob.pe/material_educativo/pdf/PLAN_NACIONAL_PREVENCIÓN%20DE%20VHB,VIH%20y%20TB%202010-2015%20.pdf
- MINSA (2017). Situaciones epidemiológicas del VIH-SIDA en el Perú. *Red Nacional de Epidemiología*.
- MINSA (2007). Lineamientos de política sectorial en ITS, VIH y Sida.
- Montero, I. y León, O. (2001). Usos y costumbres metodológicos en la Psicología española: Un análisis a través de la vida de Psicothema (1990-1999). *Revista Psicothema*. 13 (4), 671-677; Recuperado de <http://www.psycothema.com/pdf/495.pdf>
- Montero, I y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinic and Health Psychology*. 7 (3), 847-862.
- Moore M. y Brown T. (2014). Confirmatory Factor Analysis. Center for Anxiety y Related Disorders. 12, 1-39; Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/251573889>
- Morata, A., Holgado, F. Barbero, I. y Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Revista Acción Psicológica*, 12 (1), 79-90; Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344041426008>
- Muñoz, B. y Riverola, J. (1997). *De la filosofía de la calidad al sistema de mejora continua*. México: Panorama Editorial S.A.

- Montoya, O. (2007). Aplicación del análisis factorial a la investigación de mercados. *Scientia et Technica*, 1 (35), 281-286; Recuperado de <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistaciencia/article/view/5443/2855>
- Orozco, C., Labrador, M. y Palencia, A. (2002). *Metodología. Manual teórico práctico de Metodología para tesis, asesores, autores y jurados de trabajos de investigación y ascenso*. Caracas, Venezuela: Ofimax de Venezuela.
- ONUSIDA (2004) *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*. Recuperado de http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004_es.pdf
- OMS (2013). Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y prevención de la infección por VIH. *Revista Directrices* Recuperado de www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/es
- OMS (2017). Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, 1-12; Recuperado de http://who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/es/
- OMS (2017). Diez datos sobre el VIH/SIDA; Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es>
- Pascuali L. (2009). Psychometrics. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 09 (43), 992-999; Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
- Rodríguez, J., y Traverso, C. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26 (6), 519-524.
- Ruiz, M., Pardo, A., San Martín, R. (2010). Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 34-45; Recuperado de www.scielo.sa.cr
- Saura S., Fernández J., Vines L., Puigvert N., Mascort C., y García J. (2009). *Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven*144. España.
- Santisteban C. (2009). *Principios de psicometría*. Madrid, España: Editorial Síntesis
- Sanjaume, S., Fernandez, J., Vicens, L., Puigvert, N., Mascort, C. y García, J. (2009). Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Revista Atención Primaria*, 42 (3) ,143-148; Recuperado de <http://www.elsevier.es/ap>

- Salazar, A. (1988). *El punto de vista filosófico*. Lima, Perú: Editorial El Alce.
- Sierra R. (2003). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid, España: Thomson.
- Tam, J.; Vera, G.; Oliveros, R.; (2008). Tipos, Métodos y Estrategias de Investigación Científica. Pensamiento y Acción. Escuela de Post grado Universidad Ricardo Palma, 5, 145-154.
- UNAIDS (2017). Unaid data. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_data_book
- Verdugo M., Crespo M., Badia M., y Arias B. (2008). *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales*. Ponencia presentada en el VI Simposio Científico SAID. Salamanca, España.
- Vallejos J. Jaimes C., Aguilar E. y Merino M. (2012). Validez, confiabilidad y baremación del Inventario de Estrategias Metacognitivas en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 14 (1), 9-20; Recuperado de http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/178
- Williams B., Brown T. y Onsmán A. (2012). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australasian Journal of Paramedicine*, 8 (3), 1-13; Recuperado de <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol8/iss3/1>
- World Medical Association (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191-2194; Recuperado de <http://www.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- World Health Organization (2010). Guidelines on HIV and infant feeding principles and recommendation for infant feeding in the context of HIV, (10); Recuperado de www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/
- Zumbo, B. (2007). Vality: Foundational Issues and Statistical Methodology. *Handbook of Statistics*, 26, 45-79; Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/250755297_Vality_Foundationa_1_Issues_and_Statistical_Methodology

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: ADAPTACION DE LA ESCALA DE CON OCIMIENTO DE HIV/KS EN ESCOLARES DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA, 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGIA / DISEÑO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál sería la adaptación de la escala de conocimiento HIV/KS en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho-Lima, 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Adaptar la escala de conocimiento HIV/KS para su aplicación en escolares del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Analizar los ítems de la escala de conocimiento HIV/KS para adolescentes para su aplicación en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018</p> <p>Analizar la validez de contenido de la escala de conocimiento HIV/KS para adolescentes para su aplicación en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.</p> <p>Analizar la validez de constructo de la escala de conocimiento HIV/KS para adolescentes para su aplicación en adolescentes del</p>	<p style="text-align: center;">VARIABLE</p> <p><u>Conocimiento</u></p> <p><u>Definición conceptual:</u></p> <p>Espada (2009) un mayor nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, está relacionado en prolongar el inicio de las relaciones sexuales.</p> <p><u>Definición operacional:</u></p> <p>La escala de conocimiento de HIV/KS, posee puntajes obtenidos en los componentes los cuales, determinaran los niveles del conocimiento del VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Medio ▪ Alto 	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Tecnológico</p> <p>Diseño del estudio:</p> <p>Instrumental</p> <p>POBLACION Y MUESTRA</p> <p>Población</p> <p>La población está conformada por 2816 estudiantes de nivel secundaria de una Institución Educativa Estatal</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra es de 480 estudiantes: 3°, 4° y 5° año de secundaria</p> <p>Método de investigación:</p> <p>Cuantitativo</p>

distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018

Analizar la confiabilidad de la escala de conocimiento HIV/KS para adolescentes para su aplicación en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

Calcular puntajes percentiles para la escala de conocimiento HIV/KS para adolescentes para su aplicación en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Instrumentos:

- Escala de conocimiento de HIV/KS para adolescentes.

ANEXO 2: MODELO ORIGINAL DL INSTRUMENTO

Escala de conocimiento de VIH/KS en adolescentes

Se deberá de marcar con una "X", la alternativa que se adecue a la situación actual del adolescente, siendo las alternativas: VERDADERO, FALSO y DUDA. Se le recomienda al evaluado leer con detenimiento cada enunciado, con la finalidad de evitar error alguno durante el proceso de evaluación.

N ^a	ITEM	VERDADERO	FALSO	DUDA
1	El SIDA es causado por un virus llamado "VIH".			
2	SIDA son las siglas para el "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida"			
3	VIH significa "Virus de inmunodeficiencia humana"			
4	Existen varios tipos de VIH.			
5	Perú es uno de los países sudamericanos más afectados por el SIDA.			
6	El VIH solo se encuentra en la sangre de personas infectadas.			
7	La principal vía de transmisión del VIH es a través de relaciones sexuales.			
8	Los animales domésticos pueden transmitir el virus del SIDA.			
9	Se puede contraer el VIH a través del consumo de drogas, sin inyectarse. Por ejemplo, usando pastillas, cigarrillos o inhalar cocaína.			
10	Puede una mujer gestante seropositiva transmitir el VIH hacia su hijo.			
11	Los seropositivos, pueden transmitir el virus del SIDA, aunque no estén enfermos.			
12	El VIH es transmitido a través de secreciones vaginales, semen y sangre.			
13	El VIH es transmitido a través del aire.			
14	Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o infectadas con el SIDA.			
15	Es aconsejable no visitar a un seropositivo para que no se transmita el VIH.			
16	Beber en un vaso que fue utilizado por una persona seropositiva atrae riesgos.			
17	Utilizar un cuarto de baño público constituye riesgo de transmisión del VIH.			
18	Lavar su ropa con la ropa de un seropositivo o infectado por el SIDA implica riesgos de contraer la enfermedad.			
19	Al recibir una transfusión de sangre se puede contraer el VIH.			
20	Los mosquitos pueden transmitir el virus del SIDA.			
21	Existe el riesgo de contraer el VIH al compartir jeringas contaminadas.			
22	El VIH afecta al sistema inmunológico.			
23	El virus del SIDA afecta a todas las células del cuerpo humano.			
24	El periodo de ventana inmunológica dura una semana.			
25	El periodo de ventana inmunológica y el tiempo que lleva al organismo produce anticuerpos después de transmitir el VIH.			
26	Las personas que fueron infectadas por el VIH pasan por un periodo asintomático de 6 meses.			

27	Los factores psicológicos como el estrés o la depresión influyen significativamente la evolución de los síntomas.			
28	La T de cobre o la ETS son métodos eficaces para prevenir el SIDA.			
29	Una pareja heterosexual tiene menos riesgos de contraer el VIH, que una pareja homosexual.			
30	Las pastillas anticonceptivas son eficaces en la prevención de transmisión de VIH en las relaciones sexuales.			
31	Cuando tiene una pareja estable desaparece el riesgo de contraer el VIH en las relaciones sexuales.			
32	El uso correcto del preservativo es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH.			
33	El preservativo femenino es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del SIDA.			
34	Practicar relaciones sexuales sin el uso del preservativo es una práctica de alto riesgo.			
35	Dar un beso a un seropositivo, constituye un riesgo de transmisión del VIH.			
36	Abrazar a un seropositivo y besar en la mejilla constituye un riesgo de transmisión de VIH.			
37	Practicar el coito interrumpido es una forma segura de practicar relaciones sexuales sin riesgo de infección por el VIH.			
38	La detección del VIH se logra a través de un análisis de sangre.			
39	Es posible saber si hay infección por VIH al día siguiente, después de un comportamiento de riesgos.			
40	Con unas muestras de saliva, es posible saber si una persona tiene VIH.			
41	El test más utilizado para detectar el VIH es el ELISA			
42	El test de detección de VIH debe ser completamente anónimo.			
43	Los tratamientos médicos utilizados pueden reducir las cantidades de VIH en el organismo.			
44	Actualmente existe una vacuna contra la infección por el VIH.			
45	Las infecciones y enfermedades que aparecen debido a un debilitamiento del sistema inmunológico por el VIH, son llamados “enfermedades oportunistas”			
46	La ETS son siglas para “enfermedades de transmisión sexual”			
47	Las enfermedades sexualmente transmitidas tienen cura.			
48	La gonorrea y la clamidia son dos enfermedades comunes sexualmente transmisibles.			

ANEXO 3: ASENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, yo _____ identificado (a) con
DNI N.º _____ y domiciliado en
_____ declaro lo siguiente.


Que en calidad de Madre/Padre de _____
identificado con DNI N.º _____ me comprometo a apoyar la asistencia
de mi menor hijo a la aplicación de la “Escala de conocimiento de HIV/KS”, como al
desarrollo de las charlas sobre “Prevención del VIH/SIDA”, así mismo se me ha informado
de los subtemas a tratar. Por otro lado, me comunicaron que la aplicación y charlas se
desarrollaran en la misma institución educativa “Glorioso 10 de Octubre”.

Nombre y Apellidos: _____

Firma: _____

Lima, ____ de _____ del 2018

ANEXO 4: UTORIZACION DE LA INSTITUCION EDUCATIVA

 **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO** **ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

San Juan de Lurigancho, 29 de mayo del 2018

CARTA Nº036-2018-CP-PS-UCV-LE

Lic.
YRENE YSABEL NICO NAPA
Director
I.E. N°159 Glorioso 10 de Octubre
Presente.-

Asunto: Autorización para aplicar un instrumento de investigación del estudiante **Girón Ospinal Italo Rafael**


De mi consideración


Mediante la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitar a su despacho otorgue la autorización para que el/la Sr/Srta. **Girón Ospinal Italo Rafael**, estudiante el XI ciclo de la escuela Profesional de Psicología, pueda aplicar el siguiente test psicológico, el cual está dirigido a los estudiantes del nivel secundario de la institución que usted dirige:

- Escala de conocimiento de HIV/KS

Dicho instrumento corresponde a su investigación: “Adaptación de la Escala de Conocimiento HIV/K en escolares de instituciones escolares en San Juan de Lurigancho, 2018”, el cual tiene como objetivo adaptar la escala de conocimiento.

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes expresarle los sentimientos de mi estimación personal.


Mgtr. Elizabeth Tapia Cavero
Coordinadora de la CP de Psicología
UCV – LIMA ESTE


MG. YRENE NICO NAPA
DIRECTORA
I.E. N° 159 "GLORIOSO 10 DE OCTUBRE"

ANEXO 5

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo, José Francisco Vallejos Saldarriaga, docente de la Facultad de Humanidades y la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo Lima Este, revisor (a) de la tesis titulada

"Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018", del (de la) estudiante Ana Lucía Vilela Estrada constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 19 de noviembre del 2018


.....
Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 06161012

 Elaboró:  Dirección de Investigación	Revisó:	 Responsable del R.C.	 Vicedirector(a) de Investigación
---	---------	--	---

ANEXO 6

feedback studio | ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTO DE HIV/KS

Resumen de coincidencias

13 %

Rank	Source	Similarity
1	www.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %
2	www.web.facpya.uanl... Fuente de Internet	<1 %
3	sid.usal.es Fuente de Internet	<1 %
4	apps.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
5	www.alfepsi.org Fuente de Internet	<1 %
6	www.herramienta.com... Fuente de Internet	<1 %
7	www.ujaen.es Fuente de Internet	<1 %

Página: 1 de 67 Número de palabras: 17344 Text-only Report High tition Activado

01:18 a.m. 09/09/2018

ANEXO 7

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo Italo Rafael Girón Ospinal, identificado con DNI N° 75495023, egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Adaptación de la escala de conocimiento de HIV-KS en escolares de San Juan de Lurigancho. Lima, 2018"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





.....

.....


 FIRMA

DNI: 75495023

FECHA: 19 de Noviembre del 2018

			
Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Revisor/a del SGC



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

La Carrera Profesional de Psicología, Mg. Nikolai Rodas Vera

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

GIRÓN OSPINAL, ITALO RAFAEL

INFORME TÍTULADO:

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTO DE HIV/KS EN
ESCOLARES DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO-LIMA, 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

SUSTENTADO EN FECHA: 17/09/18

NOTA O MENCIÓN: 15



Mg. Nikolai Rodas Vera

Dni: 42913187