



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

**Diseño y validación de la escala de percepción de riesgo en la
salud de trabajadores de mercados, Lima - 2020**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Doctor en Psicología

AUTOR:

Murillo Vega, Reynaldo (ORCID: 0000-0003-0515-5987)

ASESOR:

Dr. Guerra Torres, Dwithg Ronnie (ORCID: 0000-0002-4263-8251)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicometría

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi amada esposa, fuente de inspiración, fortaleza y abnegación.

A mis bellos hijos Joaquín y Romina, que dieron un nuevo sentido a mi existencia.

Agradecimiento

A Dios, principio unificador del universo.

A mis docentes y asesores, por la sabiduría compartida.

A mis compañeros, por la motivación y alegría en este viaje interminable pero enriquecedor de la investigación científica.

A mis familiares, amigos y desconocidos mártires del coronavirus.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iiiv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Resumo	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
3.5. Procedimientos	16
3.6. Método de análisis de datos	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES	39
VIII. PROPUESTAS	40
REFERENCIAS	43
ANEXOS	51

Índice de tablas

Tabla 1	Categorías de respuestas del cuestionario y su valor numérico	18
Tabla 2	Número de ítems por dimensiones	19
Tabla 3	Evidencias de validez de contenido por criterio de jueces expertos	20
Tabla 4	Características demográficas de los trabajadores de mercados	22
Tabla 5	Validez mediante análisis factorial exploratorio	25
Tabla 6	Estadísticas de los componentes	26
Tabla 7	Matriz de correlaciones	27
Tabla 8	Prueba de esfericidad de Bartlett	27
Tabla 9	Medida de adecuación muestral Kaiser Mayer Olkin	27
Tabla 10	Autovalores y porcentaje de varianza acumulada	28
Tabla 11	Análisis de confiabilidad	29
Tabla 12	Normas percentilares de la Escala de percepción de riesgo-General	29
Tabla 13	Normas percentilares de la Escala por sexo: Masculino	30
Tabla 14	Normas percentilares de la Escala por sexo: Femenino	31
Tabla 15	Normas percentilares de la Escala por edad:18- 40	31
Tabla 16	Normas percentilares de la Escala por edad: 41 – 60	32
Tabla 17	Normas percentilares de la Escala por edad: 60 a más	32
Tabla 18	Niveles interpretativos de la Escala (E-PRS20)	33

Índice de figuras

Figura 1	Rangos de edades en la muestra de trabajadores de mercados	23
Figura 2	Distribución por género en la muestra de trabajadores de mercados	23
Figura 3	Distribución por estado civil en la muestra de trabajadores	24
Figura 4	Distribución por grado de instrucción en la muestra de trabajadores	25
Figura 5	Sedimentación de la escala de percepción de riesgo	28

Resumen

La presente investigación tuvo como finalidad diseñar y validar la escala de percepción de riesgo en la salud. Su modelo teórico aporta 5 dimensiones y 15 indicadores, a partir de ello se construyó la prueba con 30 ítems, y al ser sometidos al criterio de 10 jueces expertos sus valores de Aiken fueron mayores a .80, lo cual evidencia una adecuada validez de contenido. La muestra estuvo conformada por 400 trabajadores de mercados de Lima a quienes se aplicó el cuestionario con el fin de determinar sus propiedades psicométricas. Para la validez de constructo se realizó el análisis factorial exploratorio, con un KMO de .717 y Prueba de esfericidad de Bartlett con un valor de 0.001, siendo este menor a ($p < 0.05$). Asimismo, se obtiene 3 componentes principales que explican el 47% de la varianza, el componente 1 explica el 19.3%, el componente 2 el 14.9% y el componente 3 el 12.8% de la varianza. Luego del análisis factorial exploratorio el instrumento quedó constituido por 13 ítems.

El Alfa de Cronbach con un valor de 0.669 y Omega de McDonald con 0.701, proporcionan índices de confiabilidad suficientemente buenas para cualquier propósito de investigación. Finalmente, se elaboró el baremo de la prueba.

Palabras clave: Percepción, riesgo, vulnerabilidad, diseño, validación.

Abstract

The purpose of this research was to design and validate the health risk perception scale. Its theoretical model provides 5 dimensions and 15 indicators. From this, the test was built with 30 items, and when they were submitted to the criterion of 10 expert judges, their Aiken values were higher than .80, which evidences an adequate content validity. The sample was made up of 400 workers from markets in Lima to whom the scale was applied in order to determine their psychometric properties. For the validity of the construct, an exploratory factorial analysis was carried out, with a KMO of .717 and a Bartlett's Sphericity Test with a value of 0.001, this being less than ($p < 0.05$). Likewise, 3 main components were obtained that explain 47% of the variance, component 1 explains 19.3%, component 2 14.9% and component 3 12.8% of the variance. After the exploratory factorial analysis, the instrument was made up of 13 items.

Cronbach's Alpha with a value of 0.669 and McDonald's Omega with 0.701, provide reliability indexes good enough for any research purpose. Finally, the scale of the test was drawn up.

Keywords: Perception, risk, vulnerability, design, validation.

Resumo

O objetivo da presente investigação foi projetar e validar a escala da percepção de risco à saúde. Seu modelo teórico fornece 5 dimensões e 15 indicadores, a partir dos quais o teste foi construído com 30 itens, e quando submetido aos critérios de 10 juízes especialistas, seus valores de Aiken foram superiores a .80, o que mostra a validade do conteúdo adequado. A amostra consistiu de 400 trabalhadores do mercado em Lima aos quais o questionário foi aplicado a fim de determinar suas propriedades psicométricas. Para a validade da construção, foi realizada uma análise de fator exploratório, com um KMO de 0,717 e o teste de esfericidade de Bartlett com um valor de 0,001, que é inferior a ($p < 0,05$). Da mesma forma, são obtidos 3 componentes principais que explicam 47% da variância, o componente 1 explica 19,3%, o componente 2 14,9% e o componente 3 12,8% da variância. Após a análise do fator exploratório, o instrumento consistiu em 13 itens.

Cronbach's Alpha com um valor de 0,669 e McDonald's Omega com 0,701, fornecem índices de confiabilidade suficientemente bons para qualquer propósito de pesquisa. Finalmente, a escala do teste foi elaborada.

Palavras-chave: Percepção, risco, vulnerabilidade, desenho, validação.

I. INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemoriales los seres humanos coexistieron con microorganismos llamados virus, los mismos que en diferentes épocas han provocado grandes pandemias. El antecedente más cercano lo hallamos en la denominada gripe española, que “mató entre 1918 y 1920 a más de 40 millones de personas en todo el mundo, causado por un brote de influenza virus A, del subtipo H1N1” según la Gaceta Médica (2018), y actualmente más de 93 millones de personas en todo el mundo han sido diagnosticadas con el SARS-CoV-2 que viene a ser un nuevo tipo de coronavirus que afecta a las personas y se detectó por primera vez en Diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China, y la enfermedad que causa se denomina COVID-19. Y ante este hecho la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020 ha declarado la emergencia sanitaria internacional, contándose a la fecha (14ENE2021) con 1.993.146 decesos en todo el orbe, según los expertos en salud de la Universidad Johns Hopkins.

A nivel global Estados Unidos lidera las cifras de contagiados con más de 23 millones. En Latinoamérica, Brasil es el país con más casos de COVID-19 y el tercero en todo el mundo (Universidad Johns Hopkins).

Y en Perú, acorde a la magnitud del problema, el Presidente de la República decretó el estado de emergencia nacional con el fin de frenar su propagación, incluyendo el aislamiento e inmovilidad social y cierre de fronteras, y según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] “para ralentizar el contagio de personas con COVID-19 y asegurar el funcionamiento continuo de los sistemas de salud”. De acuerdo a cifras estadísticas (Universidad Johns Hopkins) al 14 de Enero 2021 tenemos 1.040.231 de casos confirmados y 38,399 personas fallecidas en el país a causa del COVID-19. Y está demostrado que la alta tasa de contagios obedece al incumplimiento de las medidas sanitarias, como lo plantea Menon et. al (2018, p. 983) “las percepciones de riesgo no siempre se traducen en comportamiento” habiéndose identificado a los mercados como uno de los principales focos de contagio:

En Mayo 2020 el Ministerio de Salud (MINSA) intervino diferentes establecimientos de Lima, entre ellos el mercado Micaela Bastidas de Villa María del Triunfo, El Ermitaño en el distrito de Independencia, y el Mercado Mayorista de Frutas en La Victoria, para detectar in situ casos positivos de trabajadores infectados por el COVID-19. Y para gran sorpresa de las autoridades y preocupación de la ciudadanía, en el primero de ellos el 61% se hallaban infectadas, en el segundo, el 44% dieron positivo, y en el tercero el 79.2% de trabajadores infectados.

Como se puede apreciar, los mercados albergan un importante número de personas, según el Censo Nacional de Mercados de Abastos 2016 (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2016, p. 11) revela que “el departamento de Lima concentra el 47,2% (1 mil 232) del total de mercados en el país” En la provincia de Lima, esta operatividad es del 83,1% (98 mil 221 puestos) (p. 26). Asimismo, a través de los datos obtenidos del estudio perfil de puestos de mercado y puesteros (IPSOS, 2014) encontramos que:

En Lima Este se concentra el 28% y Lima Norte presenta un similar porcentaje de 28%, Lima Centro 22% y Lima Sur 22%. Dentro de las características sociodemográficas identificadas [en los trabajadores de dichos mercados] el 62% son mujeres y el 38% varones, tienen entre 43 y 46 años de edad. Pertenecen al nivel socioeconómico C. Desarrollan un empleo precario y con desprotección social (7 días/11 horas diarias). Poseen secundaria completa o superior técnico incompleto. (p.13)

Como dato adicional, los trabajadores de mercados en su mayoría son inmigrantes o hijos de inmigrantes, que confluyeron a la capital en busca de oportunidades laborales y mejores condiciones de vida, junto a ello trajeron sus costumbres, su idiosincrasia y cosmovisión propia de sus lugares de origen. Y de acuerdo con los datos actuales el alto porcentaje de contagiados entre sus miembros obedecería no solamente a la falta de información en la adopción de medidas de prevención del contagio del COVID-19 sino también a factores socioculturales. En ese sentido Dake 2012 (citado por Ossa, et al. 2018) plantea

que “la percepción de riesgo es socialmente construida y culturalmente sesgada en el sentido que los individuos influyen y pueden rediseñar las opiniones prevalentes en sus propios círculos sociales”.

Ante esta preocupante situación se consideró importante crear un instrumento de medida que permita evaluar e identificar factores subyacentes del incumplimiento de las medidas sanitarias por parte de un importante segmento de la población, y planteamos la siguiente pregunta de investigación ¿Es posible diseñar y validar una escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020?

Stajnovic, M. (2015) plantea la importancia de identificar las actitudes del individuo en relación a sus percepciones de riesgo cuando asume conductas protectoras, por lo tanto, la presente investigación se justifica teóricamente porque aporta al conocimiento de la percepción de riesgo en la salud de los trabajados de mercados. En esa misma línea, Rasmussen en el 2012, citado por Lima y Tullo (2017) plantean que “la percepción de riesgo es un factor importante para la respuesta al problema, dado que puede determinar que se apliquen o no medidas de protección” (p.76) y ello permitirá plantear propuestas de mejora en sus condiciones de vida y salud. Renner et al. en el 2015 citado por López, Castillo y García (2020) considera que los bajos niveles de percepción del riesgo hacen a las personas más vulnerables al contagio de la enfermedad (2017), y a la inversa “cuanto mayor sea dicho riesgo percibido mayor será la motivación para realizar acciones protectoras convenientes” (p.200).

A nivel metodológico “se desarrolló una investigación no experimental, observando los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural para analizarlos” (Hernández et al., 2014). Según Alarcón (2001), “la adaptación y la creación de pruebas psicológicas se encuentran enmarcadas en los estudios psicométricos”, por tanto, está investigación que busca diseñar y validar las propiedades de validez y confiabilidad es considerada psicométrica y de nivel básico, ya que no pretende modificar la realidad sobre la que trabaja, asimismo permite identificar los niveles de percepción de riesgo y vulnerabilidad en la salud

de los trabajadores. Asimismo, Salvador-Ginez. O. et. al (2017) plantea que “es sumamente importante contar con pruebas psicométricas con propiedades óptimas cuya validez convergente y discriminante permita demostrar que los constructos se agrupan en factores independientes” (pp.2622-2623) al analizar los resultados de su investigación sobre percepción de riesgo de deslave.

Finalmente, a nivel social esta investigación estuvo enfocada en entender a este segmento de la población conformada por jóvenes y adultos de ambos sexos, y a partir de los resultados contribuir con investigaciones futuras. A decir de López et al. 2020 “este tipo de estudios puede favorecer estrategias de intervención más eficaces”. Menon, Raghubir & Agrawal (2008) plantean que “una mejor comprensión del nivel de riesgo de una persona le permitirá tomar decisiones de vida mejor informadas para sí misma y para los demás” (p. 983). La OMS enfatiza que “reducir la carga de morbilidad tomando las medidas preventivas necesarias puede generar la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas, brindándoles así mejores oportunidades de educación y empleo” (2018).

El objetivo general de este estudio fue diseñar y validar una escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima - 2020. Y como objetivos específicos se plantearon: Analizar las evidencias de validez de los ítems relacionados al contenido mediante el criterio de jueces expertos, de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020. Evidenciar la validez de la estructura interna de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020. Analizar las evidencias de confiabilidad por medio del método de consistencia interna y bajo los coeficientes alfa y omega de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020. Elaborar los rangos percentilares de los baremos según sexo y edad de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020.

II. MARCO TEÓRICO

En los últimos años se han realizado investigaciones que describen el comportamiento de las personas ante la presencia de virus nocivos que amenazan la salud, a decir de Lima y Tullo (2017):

Los seres humanos conviven cada vez más con vectores de enfermedades que se han adaptado exitosamente para vivir en el hábitat urbano (Reis et al, 2008). El hacinamiento y el desplazamiento de la población vinculados al estilo de vida urbano, aumenta el riesgo de estar en contacto con nuevos virus y parásitos. El dengue, el chikungunya y otras enfermedades vectoriales constituyen problemas de salud pública importantes para numerosas zonas urbanas en el mundo. (p. 62)

Arnáiz & Domínguez (2020) plantean que seis años después de la aparición en España del primer caso de infección secundaria por ébola, que supuso una revolución en cuanto a protocolos de protección sanitaria y un ejercicio profundo de análisis de las emociones, la pandemia de la Covid-19 ha servido para poner en limpio todo lo aprendido entonces. (pp. 27-34)

Kamara, et al. (2017) en su investigación acerca de la atención de la salud mental durante el brote de la enfermedad del virus del Ébola en Sierra Leona sostiene:

De marzo de 2015 a febrero de 2016, 143 pacientes fueron atendidos en la clínica; 20 habían sobrevivido o tenían familiares afectados por la enfermedad del virus del ébola. La mitad de los pacientes (71) sufrían de angustia o depresión leves, trastornos de ansiedad y problemas sociales o de dolor, mientras que 30 pacientes presentaban psicosis que requerían medicación. (pp. 842-847)

Carro et al., el (2017) en México estudió una muestra de 60 sujetos voluntarios que respondieron a un cuestionario mixto y escala a través del correo

electrónico acerca del riesgo de verse afectados por el virus de la influenza A H1N1 y concluyeron que “las conductas preventivas se manifestaron únicamente si el evento adverso era percibido como altamente peligroso y/o contagioso”.

En un estudio observacional de naturaleza transversal, Aguado en 1996 en Córdoba aplica una encuesta semiestructurada a 35 personas infectadas con el VIH e identifica la comprensión de la enfermedad y sus comportamientos peligrosos. En sus hallazgos el 92,6% eran o habían sido consumidores de drogas parenterales. El 40,7% creía no tener ningún problema de salud; el 33,4% pensaba que el hecho de tener anticuerpos contra el VIH era reversible; y el 22,2% no creía transmitir la infección. Su comprensión de cómo se producía la infección parecía suficiente, pero a pesar de ello el 39,1% seguía compartiendo jeringas y el 52,2% no utilizaba habitualmente preservativos. El 56% había recibido la información que tenía del personal sanitario; y el 56,5% de éstos pensaba que la información era insuficiente. El 28% no acudía regularmente a los controles médicos. (pp. 207–210)

Como hemos podido apreciar en los datos precedentes, el ébola, dengue, y VIH, etc. se ciernen como amenazas constantes a la salud de la humanidad, sin embargo la realidad actual pone de manifiesto otra amenaza mayor después de la segunda guerra mundial (Organización internacional del Trabajo [OIT] 2020, p. 2), la COVID-19 que viene incrementando el número de fallecidos y contagiados en todo el orbe, a tal punto que cuesta identificar a alguien que no haya perdido un familiar, amigo o conocido por dicho virus.

El 2019 en México, Aragón et al. investigó el nivel de percepción de los trabajadores hacia los factores de riesgo durante el desempeño laboral en 11 aserraderos, aplicando un cuestionario exploratorio a 108 trabajadores, para determinar la frecuencia del uso de equipo de protección personal (EPP) y la percepción de seguridad ante la exposición al ruido, iluminación, humo, polvo y vibraciones. En sus resultados determinó que la percepción de seguridad en el trabajo es de regular a buena. El uso de EPP se relaciona significativamente (prueba de Chi-cuadrado $P < 0.05$) con la edad y aserradero. La percepción de riesgo en las

partes expuestas del cuerpo y al ruido dependen del puesto laboral ($P < 0.05$). Concluyendo que “es necesaria la capacitación y supervisión de los trabajadores en el uso apropiado del EPP para minimizar riesgos laborales”.

López y Cumbreira el 2019 en Panamá evaluaron la percepción de riesgo laboral (físico, químico, biológico, ergonómico y psicosocial) según profesión en 336 personas de 17 centros de salud, mediante un cuestionario tipo escala de Likert. Concluyendo que “no todo el personal de salud percibe el riesgo laboral, existe desconocimiento y parece estar habituado al ambiente laboral”.

En el 2018, Ossa et al. construyó y validó un cuestionario de Percepción de Riesgo de Exposición Ocupacional a Sílice (CuPREOS) en trabajadores chilenos expuestos que realizaban distintas actividades ocupacionales, identificando dos dimensiones: a) evidencia de riesgo, y b) ausencia de riesgo. El CuPREOS fue constituido por 9 ítems, con un Alpha de Cronbach de 0.84. El análisis confirmatorio reveló un buen ajuste del modelo, estableciendo que la percepción de riesgo es un constructo que involucra complejidades sociales y culturales. (pp. 90-96)

Pell del Río et al., (2017) investigaron la percepción del riesgo en el manejo de productos químicos peligrosos en dos comunidades de La Habana, en donde los resultados indican dificultades en la percepción del riesgo, subestimación del peligro, tendencia a exponerse y bajo pánico, lo que deviene en insuficientes acciones de responsabilidad y gestión de los productos químicos peligrosos. (p. 1)

Morales, et. al., (2014) diseñaron un cuestionario para medir la percepción de riesgo de cáncer de piel a pacientes de un Centro Dermatológico en México, validando el constructo mediante análisis factorial. La escala quedó constituida por 18 ítems, con un Alfa de Cronbach de 0,824 total. Al final se evidenció que el instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para medir la percepción de riesgo en adultos. (p. 281)

Guevara, B. et al., (2011) realizó un estudio en Venezuela sobre la percepción de riesgo de salud por contaminación ambiental mediante una encuesta

a familias casa por casa, concluyendo que la percepción de riesgo para esta población se relaciona con la ubicación de la vivienda, cercanía de la industria y diferencia en la calidad del aire. (p. 257). Asimismo, Catalán et al. (2009) investigaron acerca de la percepción de riesgo a la salud por contaminación del aire en adolescentes de la Ciudad de México mediante una encuesta a alumnos de secundaria, encontrando una alta contaminación del aire, constituyéndose en riesgo para la salud respiratoria. (p.148)

A partir de los estudios precedentes debemos identificar y diferenciar las fuentes de contagio del virus, por un lado tenemos los que se asocian a los comportamientos de riesgo, como por ejemplo la falta de protección y exposición a contraer el virus del VIH en conductas sexuales de riesgo, a diferencia de la contaminación ambiental por minerales o agentes químicos, o el riesgo de contagio del COVID-19 al no adoptar las medidas de bioseguridad apropiadas.

En relación a las teorías explicativas acerca de la percepción del riesgo, Salvador, O. et al. (2017) sostiene que al menos son 5 los modelos predominantes: El paradigma psicométrico, el paradigma de los modelos mentales, la teoría cultural, el marco de la amplificación social del riesgo, y el modelo básico de percepción del riesgo. (p. 2619)

De acuerdo al paradigma psicométrico, (Slovic et al., 2005, citado en Stajnovic, 2015) las respuestas afectivas condicionan la percepción de riesgo también en el ámbito de salud: “si las emociones hacia cierta actividad son favorables, los individuos juzgan los riesgos como bajos y los beneficios como altos. (p. 100). En esa misma línea Slovic et al., (2002) asevera que el riesgo percibido es cuantificable y predecible y las técnicas psicométricas serían apropiadas para identificar similitudes y diferencias entre los grupos.

A efectos de fundamentar nuestro estudio, encontramos sustento teórico en lo planteado por Menon, Raghubir & Agrawal (2008) citado por Restrepo, J. (2016) quienes describen cinco tipos de factores psicológicos asociados a la percepción de

riesgo en la salud: motivacionales, afectivos, cognitivo, contextuales, y diferencias individuales:

En relación con los factores motivacionales, Restrepo (2016) plantea que existen personas con una autovaloración incrementada y tendencia a considerarse invulnerables frente a cualquier situación. En cuanto a deseabilidad social, refiere acerca del interés en generar una buena imagen en los demás. El autocontrol nos habla de la predisposición de las personas en posponer la gratificación inmediata de sus necesidades en aras de alcanzar mayores beneficios a largo plazo. (pp. 191-192)

Respecto a los factores afectivos, Menon et al. (2008) citado por Restrepo, J. (2016) sostienen que las personas son capaces de enfrentarse a eventos adversos o información negativa de acuerdo a su estado afectivo presente: “los estados afectivos positivos inducen una percepción real del riesgo ya que favorecen el procesamiento de la información negativa en función del estado afectivo en el que se encuentren (pp. 191-192)

El factor cognitivo, de acuerdo a Restrepo, J. (2016) nos habla de la capacidad de la persona para acceder a información almacenada en la memoria, y del modo como el recuerdo sea recuperado o procesado facilitaría el juicio o razonamiento apropiados acerca del riesgo. En este proceso se pueden presentar la información negativa, extrema, reciente y frecuente:

La información negativa se presenta con más facilidad en la mente (Higgins, 1989) y puede afectar con mayor probabilidad el razonamiento sobre el riesgo. La información extrema puede afectar la disponibilidad de otro tipo de información igualmente relevante. Ocurre cierto tipo de enmascaramiento. La información reciente está más disponible para la evocación. Lo mismo ocurre con la información frecuente. Cuanto más frecuente se evoque un recuerdo, más probable es que éste esté disponible para ser evocado y utilizado en el razonamiento/juicio sobre el riesgo. (p. 191-192)

En cuanto a los factores contextuales, Menon et al. (2008) citado por Restrepo, J. (2016) realizan su presentación utilizando el análisis del diseño de los cuestionarios como analogía del efecto del contexto y la organización de la información sobre el razonamiento/juicio sobre el riesgo. En este orden de ideas, sugieren que las alternativas de respuestas, la información por delegación, la disponibilidad de fuentes alternativas de información y el enmarcado son aspectos contextuales determinantes (Sjöberg, 2003). (p. 192)

En el factor de diferencias individuales Restrepo, J. (2016) plantea que la persona tiende a disminuir su autovaloración exagerada (optimismo irreal) y su apreciación del riesgo resultaría más objetiva que el promedio de la población. Acerca del género no existen mayores evidencias, aunque debiera ser tomado en cuenta para determinar algunas tendencias o características propias de hombres y mujeres, así como la predominancia de los hemisferios cerebrales en la adopción de medidas frente al riesgo. Asimismo, algunos rasgos de personalidad pueden predisponer a las personas hacia el optimismo irreal. Del mismo modo no debe dejarse de lado la influencia de la cultura. Por otro lado, se debe mencionar a las creencias en relación a la preocupación sobre la salud, las mismas que pueden llevar a percepciones de riesgo en la salud erróneas. (p. 191-192)

Por otro lado, Carro, E. y Hernández, A. (2016) plantean que “la percepción de riesgo viene a ser una estimación subjetiva del daño o deterioro que puede producir un evento a la salud del individuo”.

Morillejo en el 2002 (citado por Gonzáles, 2015) plantea que “la percepción del riesgo en el ámbito laboral se convierte en un elemento crucial para entender las prácticas de trabajo inseguras de los trabajadores”. Debiendo añadir a ello los factores emocionales en la evaluación del riesgo y sus beneficios, (Slovic 2010, Fischhoff, 2011) dado que en el cerebro emocional o sistema límbico se sitúa la amígdala, que regula las emociones, y ante situaciones de peligro inminente o riesgo actúa como un filtro favorecedor de la emisión de juicios oportunos o también podría ocasionar cierta distorsión en nuestra interpretación de la realidad. En

relación a ello, encontramos investigaciones en donde se establece la relación entre la inteligencia emocional y la percepción de riesgo.

Renner et al., 2015 citado por López, 2020, sostienen que “cuanto mayor sea dicho riesgo percibido, mayor será la motivación que habrá para realizar las acciones protectoras convenientes”. (p.200)

Stajnovic, M. en el 2015, plantea que el estudio y evaluación de la percepción de riesgo de las personas ha de considerar no solo el riesgo real, sino también los aspectos afectivos, personales, los sentimientos acerca del origen del peligro. Ello favorecería la adopción de mejores estrategias de afronte y gestión del riesgo en salud. (p. 103-104)

En estos tiempos la humanidad viene siendo asolada por la Infección viral por COVID-19, a la misma que se hallan expuestas todas las personas.

En el presente trabajo la variable percepción de riesgo en la salud es investigada a través del diseño y validación de una escala. Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; y se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado: en donde se diseña un conjunto de ítems como proposiciones positivas o negativas y al presentarlo se busca la reacción del sujeto quien debe elegir una de las categorías de respuesta allí planteadas, luego se les asigna un valor numérico y obtiene la sumatoria total de las puntuaciones.

Los modelos imperantes en la psicometría vienen a ser la Teoría clásica de los tests (TCT) y Teoría de la respuesta al Ítem (TRI), los mismos que de acuerdo con Santisteban C. (2009) buscan “inferir con la precisión adecuada las puntuaciones de los sujetos en un rasgo, mediante las puntuaciones que se obtienen al aplicar una prueba diseñada para tal fin” (p. 53). El primero de ellos (TCT) trató el error de medida realizadas mediante la aplicación de un test, y el segundo (TRI) plantea modelos no lineales y busca determinar el sesgo en los ítems que constituyen la prueba.

La transformación de las puntuaciones directas en percentiles y elaboración de baremos busca establecer en forma estructurada, según Meneses, J. (2003) “una conexión entre la puntuación de un individuo y el comportamiento normativo

proporcionado por una muestra relevante de sujetos” (p. 201) permitiendo la interpretación de las respuestas al instrumento proporcionados por los evaluados.

Para establecer la confiabilidad de un instrumento de medida según Ruiz, C. (2013) se debe “determinar hasta dónde los resultados de un instrumento de medición son estables a través del tiempo, cuando éste ha sido utilizado varias veces con los mismos sujetos y bajo las mismas condiciones de aplicación. (p.104)

La validez según Ruiz, C. (2013) tiene que ver con la “exactitud con que pueden hacerse mediciones significativas y adecuadas con un instrumento, en el sentido de que mida realmente el rasgo que pretende medir. (p.104)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de tipo aplicada (Consejo de Ciencia y Tecnología 2018, GPO-UCV, 2020) porque según Sánchez, H. busca la “solución de problemas inmediatos” (2018, p. 79). Su enfoque es cuantitativo (Hernández et.al, 2018) por cuanto se centra fundamentalmente en los aspectos medibles y susceptibles de cuantificación de los fenómenos. Su alcance temporal es transversal, ya que estudia al fenómeno en un momento dado. (Moreno, M., 2020).

Su diseño es no experimental e Instrumental, en donde se construye una prueba para determinar sus propiedades psicométricas y así poder direccionar su uso en procedimientos y métodos. El diseño permitirá construir un instrumento de evaluación de la percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados en Lima.

3.2. Variables y operacionalización

Variable de estudio: Percepción de riesgo en la salud

Definición conceptual: La percepción de riesgo viene a ser una estimación subjetiva del daño o deterioro que puede producir un evento a la salud del individuo. (Carro y Hernández, 2016)

Definición operacional: La variable se medirá teniendo en consideración las dimensiones de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020, la cual contiene 30 ítems con respuestas politómicas.

Dimensiones: Motivacionales, Afectivos, Cognitivos, Contextuales, Diferencias individuales.

Nivel de medición: Ordinal.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población

Para la presente investigación se definió a la población como el grupo de personas que comparten características semejantes o iguales entre ellas (Hernández et al., 2018). El Censo Nacional de Mercados de Abastos 2016 (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2016, p. 11) reveló que “el departamento de Lima concentra el 47,2% (1 mil 232) del total de mercados en el país” En la provincia de Lima, esta operatividad es del 83,1% (98 mil 221 puestos). (p. 26). Nuestra población lo constituyen los trabajadores de mercados de Lima.

Muestra

Por otro lado, la muestra se definió como un subconjunto de la población de donde se recogen los datos, asimismo son delimitados, exactos y representativos de la población (Hernández et al., 2018). Por ello el investigador consideró que la cantidad de muestra lo constituyan 400 trabajadores de mercados de Lima.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia, dado que los participantes accedieron a la investigación de forma voluntaria, dependiendo de su disponibilidad (Hernández et al., 2018). Por último, la unidad de análisis son todos los participantes que cumplen con los requisitos de los criterios de inclusión. (Hernández et al., 2018)

Criterios de selección

Se incluyeron: Trabajadores de mercados de ambos sexos, a partir de 18 años y que laboren en puestos fijos. Asimismo, que cuenten con un nivel de estudios de primaria completa en adelante.

Fueron excluidos:

Los que no completaron el cuestionario.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La investigación fue desarrollada bajo la técnica denominada Encuesta, que es un formato con preguntas orientadas a examinar o analizar un proceso de la investigación. (Hernández et al., 2018)

En un inicio se utilizó la plataforma Google Forms para la aplicación de la prueba, la misma que ha demostrado tener gran eficiencia en la aplicación de cuestionarios (Rayhan, et al., 2013; Leyva, Pérez & Pérez, 2018) sin embargo, la población de trabajadores de mercados se caracteriza por su limitado acceso a internet, poca experiencia en responder cuestionarios on line, etc. Por lo que se optó por aplicar el cuestionario impreso en forma presencial, a efectos de acelerar y completar la toma de la muestra.

La Escala de percepción de riesgo en la salud está compuesta por 30 ítems con dirección positiva y negativa en las proposiciones, consta de 5 dimensiones (Motivacionales, Afectivos, Cognitivos, Contextuales y Diferencias individuales) y 5 categorías de respuesta tipo Likert: Totalmente en Desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo, De Acuerdo, Totalmente de Acuerdo. (Vilela, 2018)

Ficha técnica

Nombre de la prueba: Escala de percepción de riesgo en la salud (E-PRS20)

Autor : Mg. Reynaldo Murillo Vega

Procedencia : Lima – Perú

Año de publicación : 2021.

Administración : Individual o colectiva

Ámbito de aplicación: Trabajadores de mercados.

Edad de aplicación : Varones y Mujeres de 18 años en adelante

Tiempo de duración : Aprox. 15 minutos.

Significación : Identificar el grado de riesgo percibido y vulnerabilidad en la salud de trabajadores de mercados de Lima.

Medios y Materiales : Cuestionario estructurado digitalizado online o formato impreso.

Calificación : Puntaje directo convertido en normas percentilares, en baremos. Se tomará en cuenta las respuestas como:

Totalmente en Desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de Acuerdo
Ni en Desacuerdo, De Acuerdo, Totalmente de Acuerdo.
Interpretación del puntaje: Alto, Medio y Bajo.

3.5. Procedimientos

A partir de la observación de la realidad e interpretación de los hechos: rápida propagación y alto índice de contagios por el COVID-19 especialmente entre los trabajadores de mercados de Lima, y el riesgo que a su vez éstos propaguen la enfermedad entre sus clientes, se procedió a definir claramente y de forma exhaustiva el constructo a medir. Y de acuerdo a lo planteado por Lloret Ferreres, Hernández y Tomás (2014) se seleccionó los ítems de forma prolija de modo que cubran todos los aspectos relevantes de esa definición. (p.1156)

Una vez diseñado el instrumento con 30 ítems politómicos tipo Likert y el apoyo de un formato proporcionado por la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo se procedió a someterlo al veredicto de 10 jueces expertos para obtener la validez de contenido en los criterios de pertinencia, relevancia y claridad (Sireci & Faulknet, 2014), y mediante el coeficiente V de Aiken se determinó este tipo de validez, ya que permitió obtener valores factibles de ser contrastados estadísticamente según el tamaño de la muestra. (Escrura, 1988)

Luego del análisis de los ítems de la escala validada por los jueces, se elaboró un formato de cuestionario digitalizado online desde la plataforma Drive de Google, incluyendo la introducción, finalidad, criterios de inclusión y exclusión, confidencialidad, consentimiento informado, instrucciones y los ítems. La difusión del instrumento se realizó mediante las diferentes redes sociales, como email, facebook y whatsapp. Sin embargo, transcurrido el tiempo y dada la lentitud y escasa respuesta por parte de nuestro público objetivo se decidió formar un equipo de cuatro colaboradores y adoptando las medidas de protección sanitarias acudieron a diferentes mercados de Lima, y previo consentimiento de los participantes aplicaron la encuesta mediante una entrevista breve para recabar los datos sociodemográficos y completar los ítems de la prueba.

3.6. Método de análisis de datos

Para analizar los datos de la investigación, se utilizó el programa de Microsoft Excel. Asimismo, se realizaron los cálculos para obtener la información precisa que permitió trasladar de manera eficiente esos datos al programa SPSS y Jamovi, y de este modo evidenciar la validez de la estructura interna y constatar la fiabilidad del instrumento, y poder comprobar los resultados. Este método permitió unificar datos observables con la interpretación de los mismos y lograr establecer una conclusión objetiva.

3.7. Aspectos éticos

De acuerdo a las Normas para la educación y las pruebas psicológicas (2014, p. 144) las personas sometidas a evaluación tienen derecho a ser informadas y ser preparadas adecuadamente para una prueba.

Por lo que se tuvo en consideración lo establecido en el Código de Ética de investigación de la Universidad César Vallejo, que en su Art. 10° establece solicitar el consentimiento de los participantes mediante la firma como símbolo de aceptación de su participación, además de informarles sobre los propósitos de la investigación, con la finalidad de recolectar información precisa y en tiempo real (Llempén y Santisteban, 2017). Asimismo, el Código de Ética y Deontología del Psicólogo, en su Art. 24° establece que “El psicólogo debe tener presente que toda investigación en seres humanos debe necesariamente, contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos”. Asimismo, se informó a los participantes que no se percibirá ningún beneficio económico del estudio, y que los resultados de la investigación se manejarán de forma confidencial y exclusivamente para fines académicos.

IV. RESULTADOS

El desarrollo de esta investigación evolucionó a partir de la descripción fenomenológica y acopio de información sobre el brote del coronavirus y sus estragos en la salud y condiciones de vida de la población, especialmente en los trabajadores de mercados de Lima, quienes en Mayo 2020 fueron evaluados con una prueba rápida de descarte de COVID-19 a cargo del MINSA, y alrededor del 70% de ellos dieron resultados positivos, generando mucha preocupación en las autoridades por la rápida propagación y alta letalidad del nuevo coronavirus.

Al respecto existe una escasa investigación psicométrica, centrándose la mayoría de estudios en los aspectos biomédicos y epidemiológicos.

Y con la finalidad de contribuir a la comprensión y explicación del problema sanitario dado el alto índice de portadores del virus se decidió construir y validar un instrumento que proporcione un acercamiento al fenómeno, a fin de comprenderlo y proponer la adopción de medidas más eficaces para su control. Para tal efecto se diseñó un cuestionario de 30 ítems con una escala de puntuaciones tipo Likert, con 5 categorías de respuesta y direcciones positiva y negativa de las proposiciones, cuyos valores numéricos asignados corresponden a:

Tabla 1

Categorías de respuestas del cuestionario y su valor numérico

Categorías	Valor numérico
Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni en desacuerdo ni de acuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

Las categorías de respuesta corresponden a las alternativas politómicas tipo Likert, y se puntúan de acuerdo a la dirección de las proposiciones.

Tabla 2*Número de ítems por dimensiones*

Dimensiones	Número de ítems
Motivacionales	6
Afectivos	2
Cognitivos	8
Contextuales	10
Diferencias individuales	4
Total de preguntas	30

De acuerdo al modelo teórico planteado (Menon et al., 2008, citado por Restrepo, 2016) son cinco factores psicológicos asociados a la percepción de riesgo en la salud, y a partir de ello se elaboró la primera versión de la escala (E-PRS20), como instrumento de la presente investigación.

Tabla 3

Evidencias de validez de contenido de los ítems, por jueces expertos (n = 10)

Ítems	Criterios	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	V - Aiken	Inter.V
1	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
2	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
3	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
4	Per.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
5	Per.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Rel.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Cla.	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.80	VALIDO
6	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
7	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
8	Per.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
9	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
10	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
11	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
12	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
13	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
14	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO

	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
15	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
16	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
17	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
18	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
19	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
20	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
21	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
22	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90	VALIDO
23	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.90	VALIDO
24	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
25	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
26	Rel.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Per.	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0.80	VALIDO
27	Rel.	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0.80	VALIDO
	Cla.	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0.80	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
28	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
	Per.	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0.90	VALIDO
29	Rel.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00	VALIDO
	Cla.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.90	VALIDO

	Per.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.90	VALIDO
30	Rel.	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0.80	VALIDO
	Cla.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.90	VALIDO
VALIDEZ DE CONTENIDO												0.97	

Nota: n = muestra; Per = Pertinencia; Rel = Relevancia; Clar = Claridad; J = Jueces; V = Valido.

Se observan valores V-Aiken por encima de la puntuación $>.80$ (Aiken, 1985), es decir, los ítems son válidos, representativos, relevantes y claros para el constructo a medir (ITC, 2017).

El Cuestionario incluyó además una sección de datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, estado civil y nivel de instrucción. Inicialmente se elaboró un formato digitalizado del cuestionario y se inició su aplicación mediante google forms y en vista de la escasa participación de los encuestados se optó por la recogida de muestra acompañados por un equipo de cuatro colaboradores, quienes guardando las medidas sanitarias acudieron a diferentes mercados de Lima (Mayorista de Frutas, Micaela Bastidas, El Ermitaño, etc.) logrando aplicar 400 cuestionarios. A partir de ello se elaboró la base de datos.

Tabla 4

Características demográficas de los trabajadores de mercados, Lima – 2020.

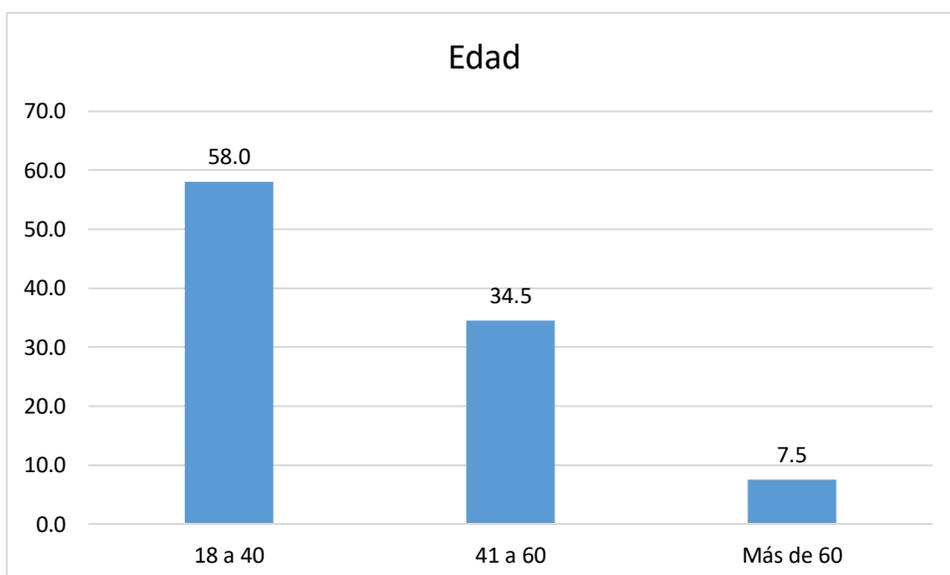
Variable	Modalidad	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 a 40	232	58.0
	41 a 60	138	34.5
	Más de 60	30	7.5
Sexo	Masculino	116	29.0
	Femenino	284	71.0
Estado civil	Soltero	137	34.3
	Casado	41	10.3
	Conviviente	181	45.3
	Divorciado	12	3.0
	Separado	22	5.5
	Viudo	7	1.8
Nivel de instrucción	Primaria	22	5.5
	Secundaria	280	70.0

Superior	98	24.5
Total	400	100.0

La edad del 58% de trabajadores de mercados de Lima se sitúa entre 18 a 40 años, el 34.5% entre 41 a 60 y el resto cuenta con más de 60 años; el 71% son de sexo femenino, el 45.3% son convivientes y el 34.3% son solteros; el 70% tiene instrucción secundaria y el 24.5% instrucción superior.

Figura 1

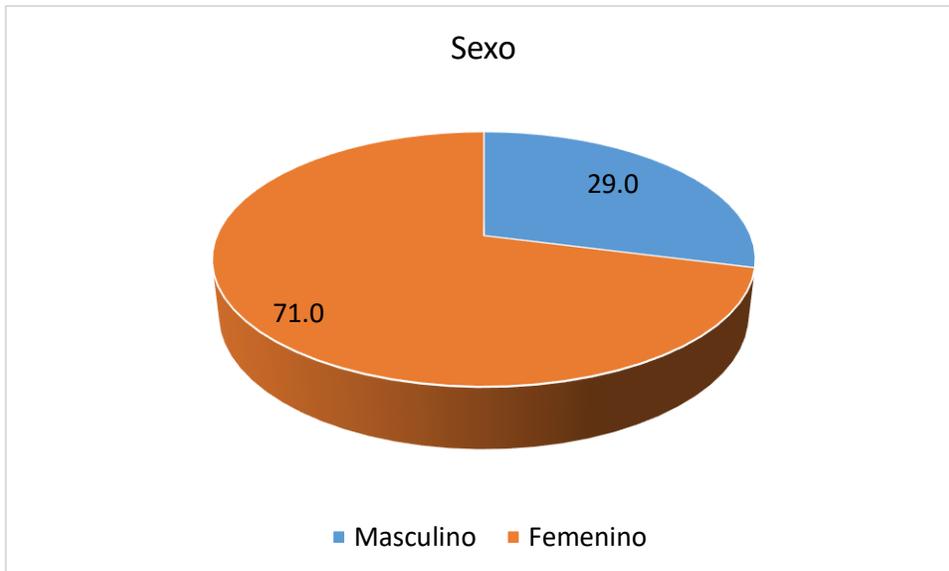
Rangos de edades en la muestra de trabajadores de mercados (N=400)



En la figura 1 se observa que en la muestra de 400 trabajadores de mercados el 58% (232) se sitúa entre 18 a 40 años, el 34.5% (138) de 41 a 60 años, y el 7.5% (30) son mayores de 60 años.

Figura 2

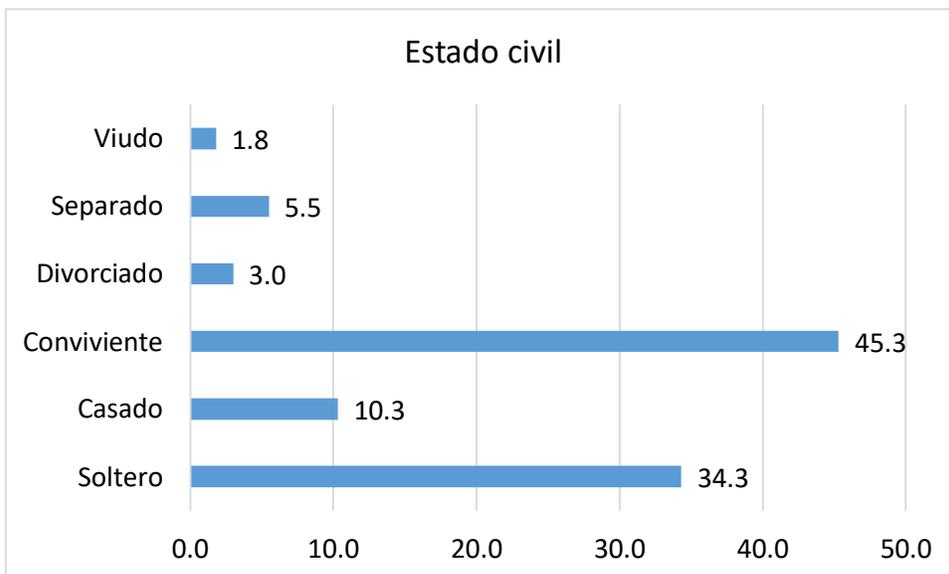
Distribución por género en la muestra de trabajadores de mercados (N=400)



En la figura 2 el 71% (284) son mujeres, y el 29% (116) varones, según se puede apreciar.

Figura 3

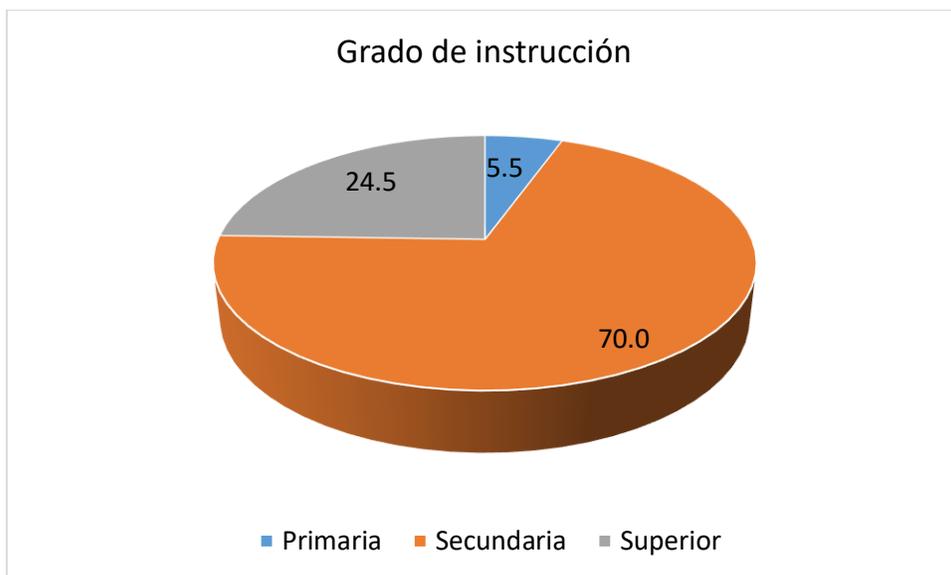
Distribución por estado civil en la muestra de trabajadores de mercados (N=400)



En la figura 3 podemos apreciar que la mayoría son convivientes 45.3% (181), seguido por los solteros 34.3% (137).

Figura 4

Distribución por grado de instrucción en la muestra de trabajadores de mercados (N=400)



En esta figura 4, el 70% (280) presenta un nivel de instrucción secundaria, el 24.5% (98) superior y el 5.5% (22) primaria completa.

El contacto directo con los encuestados permitió establecer la validez de facie o aparente, relacionada a la forma en que fueron elaborados los reactivos, su redacción, claridad de los ítems, facilidad en su comprensión por parte de los encuestados, etc.

En la siguiente fase se continúa con el análisis estadístico del proceso:

Tabla 5

Validez mediante análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales.

	Componentes			Singularidades
	1	2	3	
VAR00016	0.685			0.518
VAR00017	0.650			0.513

VAR00018	0.648		0.439
VAR00004	0.621	-0.451	0.387
VAR00015	0.619		0.581
VAR00006	0.494	0.328	0.648
VAR00013	0.770		0.360
VAR00012	0.676		0.527
VAR00001	0.616		0.620
VAR00009	0.593	0.334	0.534
VAR00029		0.611	0.587
VAR00020	0.384	0.584	0.511
VAR00026		0.547	0.667

Nota: se utilizó el método de rotación Varimax.

Al aplicar el análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales se tiene 3 componentes o dimensiones y los Ítems saturan en cada componente de la siguiente manera:

Componente 1: Ítem 16, Ítem 17, Ítem 18, Ítem 4, Ítem 15 e Ítem 6.

Componente 2: Ítem 13, Ítem 12, Ítem 1, Ítem 9.

Componente 3: Ítem 29, Ítem 20, Ítem 26.

Tabla 6

Estadísticas de los componentes. Resumen

Componente	Cargas factoriales	% de varianza	% Acumulado
1	2.51	19.3	19.3
2	1.94	14.9	34.2
3	1.66	12.8	47.0

Los 3 componentes o dimensiones explican el 47% de la varianza. Analizando por componentes, el componente 1 explica el 19.3% de la varianza, el componente 2 explica el 14.9% de la varianza y el componente 3 explica el 12.8% de la varianza. Además, se verifica que cada componente posee un autovalor mayor a 1.

Tabla 7

Matriz de correlaciones

	1	2	3
1	-	-4.68E-17	-1.68E-16
2		-	-3.74E-16
3			-

La tabla de matriz de correlaciones demuestra que las dimensiones son independientes entre sí.

Tabla 8

Prueba de esfericidad de Bartlett

χ^2	df	p
840	78	< 0.001

Se utiliza para corroborar que el modelo factorial es adecuado para explicar los datos de la muestra, indicando que existen relaciones significativas entre las variables. Para que ocurra ello el p valor de Chi cuadrado debe ser menor a 0.05. Como puede verse en la tabla anterior, el p valor de Chi cuadrado es altamente significativo.

Tabla 9

Medida de adecuación muestral Kaiser Mayer Olkin

MSA	
Overall	0.717
VAR00016	0.781
VAR00017	0.800
VAR00018	0.745
VAR00004	0.600
VAR00015	0.741
VAR00006	0.750
VAR00013	0.631
VAR00012	0.691

VAR00001	0.683
VAR00009	0.686
VAR00029	0.595
VAR00020	0.725
VAR00026	0.726

Contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son lo suficientemente pequeñas. Mientras más cercanos a 1 los valores de KMO mejor es la adecuación de los datos a un análisis factorial. En este caso $KMO = 0.717$.

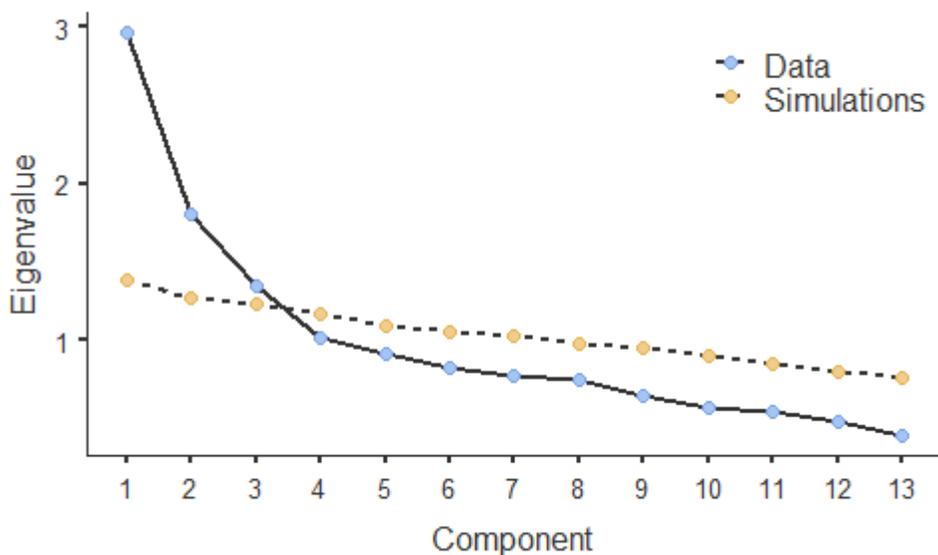
Tabla 10

Autovalores y porcentaje de varianza acumulada

Componente	autovalor	% de Varianza	% acumulado
1	2.957	22.74	22.7
2	1.807	13.90	36.6
3	1.344	10.34	47.0
4	1.011	7.78	54.8
5	0.919	7.07	61.8
6	0.818	6.30	68.1
7	0.779	5.99	74.1
8	0.742	5.71	79.8
9	0.644	4.96	84.8
10	0.567	4.36	89.1
11	0.542	4.17	93.3
12	0.475	3.65	97.0
13	0.396	3.04	100.0

Figura 5

Sedimentación de la escala de percepción de riesgo en la salud.



La figura 5 nos muestra el gráfico de sedimentación con los valores propios de los componentes principales de la escala con 13 variables. En ella los factores con autovalores superiores a 1 son 3.

Tabla 11

Análisis de confiabilidad

	Media	Desviación estándar	Coeficiente Alfa	Coeficiente Omega
Escala	1.97	0.419	0.669	0.701

La confiabilidad resultó según McDonald 0.701. Según Kaplan y Sacuzzo (citado por Hogan, 2004) señalan que una confiabilidad entre 0.70 y 0.80 es lo suficientemente buena para cualquier propósito de investigación.

Tabla 12

Normas percentilares de la Escala de percepción de riesgo en la salud-General

Percentiles	FG	Dim1	Dim2	Dim3
1	14,0	6,0	4,0	3,0
5	17,0	6,0	5,0	3,0
10	19,0	6,0	6,0	3,0
15	20,0	7,0	7,0	3,0
20	21,0	8,0	7,0	3,0

25	22,0	8,0	7,3	4,0
30	23,0	9,0	8,0	4,0
35	23,0	9,0	8,0	4,0
40	24,0	9,0	9,0	5,0
45	24,0	10,0	10,0	5,0
50	25,0	10,0	10,0	5,0
55	26,0	11,0	11,0	5,0
60	26,0	12,0	11,0	5,0
65	28,0	12,0	12,0	5,0
70	29,0	13,0	12,0	5,0
75	30,0	13,0	12,8	6,0
80	30,0	14,0	13,0	6,0
85	32,0	14,0	13,0	6,0
90	33,0	14,9	14,0	7,0
95	35,0	16,0	15,0	8,0
99	38,0	20,0	16,0	11,0

Tabla 13

Normas percentilares de la Escala por sexo: Masculino

Percentiles	FG	Dim1	Dim2	Dim3
1	14,2	6,0	4,0	3,0
5	17,0	6,0	5,0	3,0
10	18,0	6,0	6,0	3,0
15	19,0	6,0	7,0	3,0
20	20,4	7,0	8,0	3,0
25	22,0	8,0	8,0	3,0
30	23,0	8,0	9,0	3,0
35	23,0	9,0	9,0	4,0
40	24,0	9,0	10,0	4,0
45	24,7	10,0	10,0	5,0
50	25,5	10,0	11,0	5,0
55	27,0	11,4	11,0	5,0
60	28,0	12,2	12,0	5,0
65	29,0	13,0	12,0	5,0
70	30,0	13,0	12,9	5,0
75	30,0	13,8	13,0	6,0
80	31,0	14,0	13,0	6,0
85	33,0	15,0	13,0	6,0
90	35,0	16,0	14,0	7,0
95	37,0	18,0	15,0	8,0
99	39,7	19,8	18,5	9,0

Tabla 14*Normas percentilares de la Escala por sexo: Femenino*

Percentiles	FG	Dim1	Dim2	Dim3
1	14,0	6,0	4,0	3,0
5	17,0	6,0	5,0	3,0
10	19,0	6,0	6,0	3,0
15	20,0	7,0	7,0	3,8
20	21,0	8,0	7,0	4,0
25	22,0	8,0	7,0	4,0
30	23,0	9,0	8,0	4,0
35	23,0	9,0	8,0	5,0
40	24,0	9,0	8,0	5,0
45	24,0	10,0	9,0	5,0
50	25,0	10,0	10,0	5,0
55	26,0	10,0	10,8	5,0
60	26,0	11,0	11,0	5,0
65	27,0	12,0	12,0	5,0
70	28,0	13,0	12,0	5,0
75	29,0	13,0	12,0	6,0
80	30,0	13,0	13,0	6,0
85	31,3	14,0	14,0	6,0
90	33,0	14,0	14,0	7,0
95	35,0	15,0	15,0	8,0
99	37,5	20,3	16,1	11,0

Tabla 15*Normas percentilares de la Escala por edad:18- 40*

Percentiles	FG	Dim1	Dim2	Dim3
1	14,0	6,0	4,0	3,0
5	16,7	6,0	5,0	3,0
10	18,0	6,0	6,0	3,0
15	19,0	7,0	7,0	3,0
20	20,0	8,0	7,0	3,0
25	21,0	8,0	7,0	4,0
30	22,0	9,0	8,0	4,0
35	23,0	9,0	8,0	4,0
40	23,0	9,0	8,0	4,0
45	24,0	10,0	9,0	5,0
50	24,5	10,0	9,0	5,0
55	25,0	11,0	10,0	5,0
60	26,0	12,0	10,0	5,0
65	27,0	12,0	11,0	5,0
70	28,0	13,0	11,1	5,1
75	29,0	13,0	12,0	6,0
80	30,0	14,0	13,0	6,0
85	31,0	14,0	13,0	6,0
90	33,0	15,0	14,0	7,0
95	35,0	16,0	15,0	8,0
99	39,3	19,0	16,0	9,7

Tabla 16*Normas percentilares de la Escala por edad: 41 – 60*

Percentiles	0	0	0	0
1	14,4	6,0	4,0	3,0
5	19,0	6,0	4,0	3,0
10	20,0	6,0	6,0	3,0
15	21,8	7,0	7,0	3,0
20	22,0	8,0	7,0	4,0
25	23,0	8,8	8,0	4,0
30	23,0	9,0	8,7	4,0
35	23,0	9,0	9,0	5,0
40	24,0	9,0	10,0	5,0
45	25,0	10,0	10,0	5,0
50	25,0	10,0	11,0	5,0
55	26,0	11,0	12,0	5,0
60	27,0	11,0	12,0	5,0
65	28,0	12,4	12,0	5,0
70	29,0	13,0	13,0	5,0
75	30,0	13,0	13,0	6,0
80	30,2	13,2	13,0	6,0
85	32,1	14,0	14,0	7,0
90	34,0	15,0	14,0	7,0
95	35,0	16,0	15,0	8,0
99	37,6	21,2	19,6	11,6

Tabla 17*Normas percentilares de la Escala por edad: 60 a más +*

Percentiles	FG	Dim1	Dim2	Dim3
1	16,0	6,0	4,0	3,0
5	16,0	6,0	4,0	3,0
10	17,0	6,0	5,1	4,0
15	19,6	6,0	6,0	4,0
20	23,0	7,0	7,2	5,0
25	23,0	7,0	9,5	5,0
30	23,3	9,0	10,6	5,0
35	24,0	9,0	12,0	5,0
40	26,0	9,0	12,0	5,0
45	26,0	10,0	12,0	5,0
50	26,5	10,0	12,0	5,0
55	29,0	10,2	12,0	5,0
60	29,0	13,0	12,0	5,0
65	30,0	13,0	12,2	5,0
70	30,0	13,0	13,7	5,0
75	30,5	14,0	14,0	5,0
80	32,0	14,0	14,0	5,0
85	33,3	14,0	14,3	6,0
90	34,9	14,0	15,0	6,0

95	40,9	19,0	15,5	8,8
99

Tabla 18

Niveles interpretativos de la Escala de percepción de riesgo en la salud (E-PRS20)

Niveles	D1	D2	D3	FG	PC
Alto	14-20	13-15	6-11	30-38	80-99
Medio	8-13	7-12	4-6	22-30	25-75
Bajo	6-8	4-7	0-3	14-21	1-20

Se establecieron los niveles Alto, Medio y Bajo para la interpretación de los puntajes crudos del grupo normativo convertidos en percentiles (Morales, 2007, citado por Moreno, 2020).

V. DISCUSIÓN

El presente estudio se sustenta en el modelo teórico planteado por Menon, et al., 2008, citado por Restrepo (2016) quienes describen cinco tipos de factores psicológicos asociados con la percepción de riesgo en la salud: motivacionales, afectivos, cognitivo, contextuales y diferencias individuales. A continuación se describe la discusión con los antecedentes más significativos y los resultados obtenidos.

La finalidad del presente trabajo fue diseñar y validar una escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados de Lima de ambos sexos, en donde el 58% de ellos son adultos jóvenes cuyas edades fluctúan entre 18 a 40 años, asimismo el 71% corresponde al género femenino, en cuanto al estado civil el 45.3% son convivientes, y el 70% cuenta con instrucción secundaria completa. Datos que coinciden con el estudio perfil de puestos de mercado y puesteros (IPSOS, 2014) en donde el 62% son mujeres, y en cuanto al nivel de escolaridad la mayoría cuenta con secundaria completa; encontrándose diferencias con el rango de edad de dicho estudio donde la mayoría oscila entre 43 a 46 años de edad.

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio, se identificaron las evidencias de validez e índices de confiabilidad y establecieron las normas percentilares en una muestra de 400 trabajadores. En su primera versión la prueba estuvo constituida por 30 ítems, y se determinó su validez de contenido por medio de 10 jueces expertos con grado de doctor, 9 de los cuales son psicólogos y un pedagogo, todos ellos con experiencia en metodología de la investigación, y se procesaron los datos a través del coeficiente V de Aiken. Según los criterios de pertinencia, relevancia y claridad el resultado fue un valor de 0.97, y acorde a lo planteado por Ecurra (1988), las dimensiones, indicadores e ítems elaborados son importantes y contribuyen a la medición de la variable. La validez de contenido según lo referido por García 2002, citado por Urrutia et al. 2014, es el juicio lógico respecto a la relación entre la variable y los ítems que se incluyen en la prueba. Este tipo de validez busca determinar si los ítems propuestos son coherentes con el dominio de contenido que se desea medir. Para lograrlo se debe contar con

evidencias sobre la calidad y la relevancia técnica del instrumento, siendo fundamental que sea representativo del contenido mediante una fuente válida. De esta manera se garantizó que la prueba creada sólo incluya aquellos ítems que deba contener, concluyendo que la prueba es pertinente.

Mediante el análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales se obtuvo 3 componentes, y los ítems saturan en cada componente de la siguiente manera: Componente 1: ítem 16, ítem 17, ítem 18, ítem 4, ítem 15 e ítem 6; Componente 2: ítem 13, ítem 12, ítem 1, ítem 9; Componente 3: ítem 29, ítem 20, ítem 26.

Este análisis realiza una reducción de ítems agrupados por redundancia o superposición en la medición de patrones de respuesta, agrupándolos en 3 dimensiones que representan la máxima varianza.

Los 3 componentes o dimensiones explican el 47% de la varianza, analizando por componente, el componente 1 explica el 19.3% de la varianza, el componente 2 explica el 14.9% de la varianza y el componente 3 explica el 12.8% de la varianza. Además, se verificó que cada componente posee un autovalor mayor a 1.

La tabla matriz de correlaciones muestra que las dimensiones son independientes entre sí y confirma que el modelo factorial es adecuado para explicar los datos de la muestra, indicando que existen relaciones significativas entre las variables. Para que ocurra ello el p valor de Chi cuadrado es menor a 0.05 y por ende altamente significativo.

Asimismo, se contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son lo suficientemente pequeñas. Mientras más cercanos a 1 los valores de KMO mejor es la adecuación de los datos a un análisis factorial. En cuanto a la validez referente al constructo se realizó el análisis factorial exploratorio mediante el análisis del KMO, el cual obtuvo un valor de 0.717 el cual es mayor a > 0.70 coincidiendo con lo planteado por Lloret et. al, 2014 "la adecuación de los datos al AF se considera suficiente cuando el resultado de la medida KMO tome valores entre .70 a .79 (p.

1166); y la Prueba de esfericidad de Bartlett con un valor de 0.001 siendo este menor a ($p < 0.05$), de este modo se cumplieron los requisitos para el AFE.

De acuerdo a este tipo de procedimiento estadístico se verifica los pesos o cargas factoriales de los ítems con el fin de reubicarlos en factores en los cuales puedan representar adecuadamente la variable, por lo cual se eliminaron aquellos que tenían un valor menor a 0.30, eliminándose 17 ítems y quedando finalmente 13 ítems. Según lo referido por Lloret et al., 2014 citado por Moreno (2020) el análisis factorial exploratorio es importante en la construcción de un nuevo instrumento de medición, ya que permite determinar la cantidad de factores que esperamos tener en la composición de una escala (p.36).

Luego del análisis factorial exploratorio el instrumento quedó constituido por 3 factores que representan mejor la prueba: Cognitivo (6 ítems), Motivacionales (4 ítems), y Contextuales (3 ítems). Y ello se corresponde con los estudios revisados (Fabrigar et al., 1999; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010, citados por Lloret-Segura 2014) en donde se apunta un mínimo de 3 o 4 ítems por factor, solo si se dispone de un mínimo de 200 casos (p. 1157).

En cuanto a la confiabilidad, según Gonzáles (2007) “está referido a cuan consistente es la prueba según los puntajes que obtiene el sujeto, estas puntuaciones deben mantenerse estables”. Para esta investigación se realizó este análisis a través del coeficiente Alfa obteniendo un valor de 0.669 y coeficiente Omega con un valor de 0.701, Según Kaplan y Sacuzzo (citado por Hogan, 2004) señalan que “una confiabilidad entre 0.70 y 0.80 es lo suficientemente buena para cualquier propósito de investigación”. Asimismo, Campo-Arias & Oviedo (2008) citado por Moreno (2020) refieren que “para considerar un valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, éstos deben encontrarse entre .70 y .90” (p.37). Finalmente, se realizaron las normas percentilares de la prueba en la cual fue indispensable el análisis de la prueba de normalidad para tener conocimiento sobre la distribución de los datos.

La prueba que se usó fue la de Kolmogorov - Smirnov en la cual se obtuvo un valor de 0.000 siendo menor a ($p < 0.05$) de modo que la distribución fue no

paramétrica según Pedrosa et al. (2015), por consiguiente, se realizó la segmentación por percentiles tanto por sexo como por edad y a través de la prueba U de Mann-Whitney se dedujo que había diferencias significativas por sexo en las 3 dimensiones. En el caso de niveles de instrucción no se presentaron diferencias por lo que se realizó un solo percentil general. Por último, se establecieron los niveles Alto, Medio y Bajo para la interpretación de los puntajes crudos del grupo normativo convertidos en percentiles (Morales, 2007, citado por Moreno, 2020). De este modo, cuanto más alto resulte el percentil del examinado, se evidenciará una mejor percepción del riesgo y por tanto una menor vulnerabilidad frente al contagio de la enfermedad; y en el otro extremo, cuanto más bajo el percentil del evaluado, menor percepción del riesgo en su salud y mayor vulnerabilidad frente al contagio.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se establecieron evidencias de validez de contenido a través del criterio de jueces expertos, y por medio de la V. de Aiken: 0.97, este método informa la proporción de jueces que brindan una valoración positiva sobre el objeto de estudio (Martin y Molina, 2017). Sin embargo, de los 30 ítems iniciales, a través de los análisis descriptivos y correlación ítem – test se eliminaron 17, quedando 13 ítems en la versión final de la escala.

SEGUNDA:

Asimismo, las evidencias basadas en la estructura interna mediante el análisis factorial exploratorio determinaron que 3 factores explican mejor la prueba: Cognitivo, Motivacionales, y Contextuales. Con un KMO de 0.717 el cual es mayor a > 0.70 y la Prueba de esfericidad de Bartlett con un valor de 0.001 siendo este menor a ($p < 0.05$).

TERCERA:

Se identificaron índices de confiabilidad de la Escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados en Lima. Mediante el Coeficiente Alfa alcanzó un valor de 0.669 y el Coeficiente Omega 0.701, lo que indica que la confiabilidad es lo suficientemente buena para cualquier propósito de investigación.

CUARTA:

Se establecieron rangos percentilares de los baremos dentro de la escala, encontrándose diferentes puntuaciones según las edades y sexo de los participantes, dando como resultados percentil 1 al 20 Nivel Bajo, percentil 25 al 75 Nivel Promedio, y percentil 80 al 99 Nivel Alto.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Que las asignaturas de psicometría y desarrollo de investigación de las diferentes escuelas profesionales de psicología amplíen los estudios psicométricos relacionados a esta variable, ya que los bajos niveles de percepción de riesgo en la salud no permiten adoptar medidas preventivas oportunas, haciendo vulnerables a las personas al contagio y propagación de la enfermedad.

SEGUNDA:

Que se aplique el cuestionario en nuevas investigaciones dirigidas a otras poblaciones con similares características, para aumentar la evidencia de las propiedades psicométricas desarrolladas en este trabajo, así como la estabilidad de su estructura.

TERCERA:

Determinar en ulteriores estudios la validez de constructo para corroborar los factores hallados.

CUARTA:

Se recomienda identificar las evidencias de confiabilidad de la prueba por otros métodos como el test-retest o confiabilidad por formas paralelas.

QUINTA:

Aplicar y adaptar la prueba a otros contextos socioeconómicos, geográficos y culturales.

SEXTA:

Controlar los factores externos que pudiesen interferir en la aplicación de la prueba, como la disponibilidad de tiempo de los participantes, la aplicación remota online, entre otros.

VIII. PROPUESTAS

La presente tesis constituye un aporte tecnológico mediante la construcción de una prueba rápida, válida y confiable para identificar los niveles de percepción de riesgo en la salud de los trabajadores de mercados, quienes además de formar parte importante de la población económicamente activa, se han convertido en vectores de la propagación del coronavirus al no adoptar oportunamente las medidas sanitarias adecuadas; este segmento de la población ha sido objeto de estudios censales con fines de obtener datos socioeconómicos, pero se desconocen estudios tendientes a identificar variables comportamentales, cognitivas y afectivas, tomando en cuenta que una de las características de esta población es el desarrollo de un empleo precario y con desprotección social (trabajan los 7 días de la semana y un promedio de 11 horas diarias). Por ello se propone la utilización de esta Escala para la toma oportuna de decisiones a fin de identificar los niveles de percepción de riesgo en la salud e implementar medidas sanitarias en base a la prevención primaria y la psicoeducación.

Por otro lado, se propone que la Escala de percepción de riesgo en la salud sea difundida en la comunidad universitaria en las asignaturas de psicometría e investigación, a fin de que los estudiantes se aproximen al procedimiento de construcción de una prueba y valoren su creación, poniendo de relieve la importancia de diseñar instrumentos que respondan a las demandas actuales de la sociedad. Asimismo, ponerla a disposición de las instituciones públicas, privadas y del sector salud comprometidas en la adopción de medidas para contrarrestar la propagación del COVID-19, y pase a formar parte de las estrategias de tamizaje o screening, ya que tiene la enorme ventaja de ser una prueba estandarizada, rápida, de bajo costo y fácil aplicabilidad. Tomando en cuenta todo aquello, se propone la Ficha Técnica de la prueba:

Ficha técnica

Nombre de la prueba: Escala de percepción de riesgo en la salud (E-PRS20)

Autor: Mg. Reynaldo Murillo Vega

Procedencia: Lima - Perú

Año de publicación: 2021.

Administración: Individual o colectiva

Ámbito de aplicación: Trabajadores de mercados.

Edad de aplicación: Varones y Mujeres de 18 años en adelante

Tiempo de duración: Aprox. 10 minutos.

Significación: Identificar el grado de riesgo percibido y vulnerabilidad en la salud de trabajadores de mercados de Lima. Sus dimensiones son: Motivacionales, Cognitivos y Contextuales

Medios y Materiales: Cuestionario estructurado digitalizado o formato impreso con 13 ítems.

Calificación: Puntaje directo convertido en normas percentilares, en baremos. Se tomará en cuenta respuestas como: Totalmente en Desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo, De Acuerdo, Totalmente de Acuerdo.

Interpretación de puntajes: De tipo descriptivo: Alto, Medio y Bajo.

Dimensiones de la Escala en su versión final:

ESCALA	DIMENSIONES
Percepción de riesgo en la salud Viene a ser una estimación subjetiva del daño o deterioro que puede producir un evento a la salud del individuo (Carro y Hernández, 2016).	Motivacionales
	Cognitivos
	Contextuales

Estructura y puntuación de la Escala de percepción de riesgo en la salud (E-PRS20)

Dimensiones	Número de reactivos	Puntaje máximo	Puntaje mínimo
Cognitivo	4, 6, 15, 16, 17 y 18	30	6
Motivacionales	1, 9, 12 y 13	20	4
Contextuales	20, 26 y 29	15	3
Escala total		65	13

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Aragones, J., Tapia-Fonllem, C., Poggio, L., & Fraijo-Sing, B. Perception on the Risk of the Sonora River Pollution. Sustainability; *Basal* Tomo 9, N° 2, (2017): 263. <https://doi:10.3390/su9020263>
- Arias, J. y cols. 2020. Validación del instrumento de recogida de información para evaluar la percepción de riesgo en hipertensos. *Medicent Electrón.* 2020 ene.-mar.;24(1)
- Arnáiz-Urrez, C., y Domínguez-Hernández, F. J. (2020). Del Ébola a la Covid-19 en un Hospital público de Madrid. ¿Qué hemos aprendido? *Capital Humano*, 355, 27–34.
- Catalán-Vázquez, M. & Delgadillo-Gutiérrez, H. (2009). Percepción de riesgo a la salud por contaminación del aire en adolescentes de la Ciudad de México *Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 2, marzo-abril, 2009, pp. 148-156 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10612560010.pdf>
- Carro, E, y cols. (2017). Percepción de riesgo y prevención en un contexto de emergencia sanitaria: Caso Influenza A (H1N1), 2009. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.* Vol. 7(2), Julio-Diciembre, 2016.
- Cediel, N. et al., Risk perception about zoonoses in immigrants and Italian workers in Northwestern. *Rev. saúde pública* ; 46(5): 850-857, out. 2012. tab
- Cobos, D. et al. (2016) Percepción del riesgo biológico en dos entidades de ciencia del sector salud en Holguín. Cuba. *Med.Segur. Trab* (Internet) 2016; 62 (244) 212-222. <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62n244/original3.pdf>
- COVID-19: la pandemia. La humanidad necesita liderazgo y solidaridad para vencer a COVID-19. <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/coronavirus.html>
- Cuenca, C. (2008). Percepción social del riesgo en España. [https://www.researchgate.net/publication/339713944 Percepcion social de riesgo en Espana/link/5e60e31a45851516354e85f9/download](https://www.researchgate.net/publication/339713944_Percepcion_social_de_riesgo_en_Espana/link/5e60e31a45851516354e85f9/download).<https://doi:10.13140/RG.2.2.25644.21129>

Diario El Peruano. Decreto Supremo nº 044-2020-pcm:

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>

Diseño de la escala de actitud de preparación frente a los desastres siconnaturales de la Asociación San Diego de Alcalá en el distrito de San Martín de Porres, 2017. Tesis UCV.

<http://crai.ucvlima.edu.pe/biblioteca/modulos/PrincipalAlumno.aspx>

Echemendía, B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [internet]. sep. dic. 2011 [citado 20 mar. 2019];49(3): [aprox. 12p.]. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223221363013>

Emiro, J. (2016). El concepto de riesgo: avances hacia un modelo de percepción de riesgo en salud.

https://www.researchgate.net/publication/305221225_El_concepto_de_riesgo_o_avances_hacia_un_modelo_de_percepcion_de_riesgo_en_salud

Escurre, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista De Psicología*, 6(1-2), 103-111

[//revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555](http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555).

Fajardo, A. & cols., (2019). Percepción del riesgo mediante sus atributos psicosociales en trabajadores de la industria metalmeccánica en la ciudad de Bogotá, D.C. (Colombia). *NOVA*, 17(31), 79-86.

<https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/nova/article/view/945>

Gaceta Médica. <https://gacetamedica.com/investigacion/la-gripe-espanola-la-pandemia-de-1918-que-no-comenzo-en-espana-fy1357456/>

García del castillo, J. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, vol. 12, núm. 2, 2012, pp. 133-151 Instituto de Investigación de Drogodependencias.

<https://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>

Gómez, A. (2015). "Percepción del riesgo por parte del trabajador: la realidad ecuatoriana. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.

https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/11688/TD_GOMEZ_GARCIA_Antonio_Ramon.pdf?sequence=1

González F. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Edit. Ciencias Médicas <http://newpsi.bvs->

psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

- González, R., et. al., (2017). [Confirmed Dengue, Chikungunya and Zika Cases during the Period 2014 to 2016 in Barcelona, Spain]. *Revista Española de Salud Pública*, 91.
- González, Y. (2015). *Evaluación de la percepción del riesgo ocupacional en trabajadores de una empresa del sector de la construcción en Bogotá D.C.*
- Grau, A. y cols. Evaluación de la percepción de riesgo en el personal de enfermería en la atención de pacientes sospechosos de riesgo biológico IV. *Rev Enferm*; 39(5): 8-13, 2016.
- Guevara, B. et al. (2011). Percepción de Riesgo de Salud por Contaminación Ambiental en Urbanización Terrazas del Este, Zona Industrial Cloris. Guarenas. Informe Médico. 2011; 13 (6); 257-267
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill.
- Hogan, T. (2004). *Pruebas psicológicas*. México: El Manual Moderno.
- Hurtado, C. (2013). Percepción de riesgos psicosociales, estrés. Ansiedad, variables de salud y conciliación de la vida laboral-familiar en trabajadores y trabajadoras. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Ibáñez, Á. La Administración y la cobertura informativa en situaciones extraordinarias relacionadas con la salud. La crisis del virus del Ébola. *Revista Española de Comunicación en Salud*, [s. l.], p. 67–79, 2019. <http://doi.org/10.20318/recs.2019.4425>.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=135543094&lang=es&site=ehost-live>.
- Kamara, S. y cols. Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone. *Bulletin of the World Health Organization*, [s. l.], v. 95, n. 12, p. 842–847, 2017. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.190470>.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126778609&lang=es&site=ehost-live>.
- Lima, P., Tullo, E. (2017). Percepción de riesgo ante eventos de salud urbana en trabajadores de epidemiología en Paraguay. *Revista de Comunicación y Salud*, vol. 7, 61-79.
<http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/122>
- López, L. y Cumbreira, A. Percepción de riesgo laboral del personal de salud en la Región Metropolitana de Salud. Panamá. *Rev. méd. Panamá*; 39(3): 94-99, 2019.

- López V., E., Castillo L., R.L. y García C., Z. (2020). Estudio exploratorio de los riesgos a la salud percibidos en población mexicana. *Psicología y Salud*, 30(2), 199-206. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2654>.
- Luceño, L. (2020). DECORE: Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales. [http://web.teaediciones.com/DECORE--Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales](http://web.teaediciones.com/DECORE--Cuestionario_de_evaluación_de_riesgos_psicosociales).
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández A., y Tomás I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada *Anales de Psicología*, vol. 30, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 1151-1169 Universidad de Murcia Murcia, España. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>
- Martín, A., Molina, E. (2017). Valor del conocimiento pedagógico para la docencia en Educación Secundaria: diseño y validación de un cuestionario. *Estudios Pedagógicos XLIII*, N° 2 :195-220,2017. https://www.researchgate.net/profile/Ana_Romera4/publication/321918299
- Martínez, M. (2015). La construcción del conocimiento científico del riesgo de desastre. Tesis doctoral. Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia. <http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Comision%20Investigacion%20Gestion%20Riesgo/Tesis%20Doctoral%20Martha%20T%20Martinez%20U.%20Cauca.pdf>
- Martínez, S. Uso y abuso del término percepción de riesgo. *Rev.cuba.salud Pública*. 43(3): 412-418, jul.-set. 2017.
- Meneses, J. (2003). *Psicometría*. Barcelona.
- Menon, G.; Priya Raghur, P.& Agrazar, N. (2008). Health risk perceptions and consumer psychology. *Handbook of consumer psychology*. - New York : Press, ISBN 0-8058-5603-X. - 2008, p. 981-1010. <https://www.econbiz.de/Record/health-risk-perceptions-and-consumer-psychology-menon-geeta/10003716649>
- Mercados de Perú quieren quitarse estigma de ser foco de contagio de coronavirus: <https://www.youtube.com/watch?v=ujTzqKyaoPo>
- Mikulic, I. (2012). Evaluación de la percepción de riesgo en diferentes grupos sociales: propuesta de un modelo de ecuaciones estructurales. *Anuario de Investigaciones*, vol. XIX, 2012, pp. 37-44 Universidad de Buenos Aires. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139948042.pdf>

- Ministerio de Salud, 2020. Minsa detecta alto número de positivos por Covid-19 en mercados de La Victoria, Independencia y Villa María del Triunfo <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/153941-minsa-detecta-alto-numero-de-positivos-por-covid-19-en-mercados-de-la-victoria-independencia-y-villa-maria-del-triunfo>
- Molerio Pérez O. La configuración psicológica de la percepción de riesgo. Santa Clara: Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas; 2014.
- Morales, M. y cols. Diseño y validación de un cuestionario para medir percepción de riesgo de cáncer de piel. Actas dermo-sifiliogr. (Ed. impr.) ; 105(3): 276-285, abr. 2014. tab
- Morales-Sánchez, M. & Domínguez-Gómez, M. (2014) [Design and Validation of a Questionnaire for Measuring Perceived Risk of Skin Cancer](#)
Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition), Volume 105, Issue 3, April 2014, Pages 276-285
- Muñoz, L. & Arroyave, O. Percepción del riesgo y apego al lugar en población expuesta a inundación: un estudio comparativo. Pensamiento Psicológico, vol. 15, núm. 2, julio-diciembre, 2017, pp. 79-92 Pontificia Universidad Javeriana.
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80152474007.pdf>
- Moreno, M. (2020). Construcción y propiedades psicométricas de la escala de competencias del docente universitario en estudiantes de una universidad de Chiclayo. Tesis de Doctorado. UCV.
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/43439>
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002-OMS:https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2002. OMS. Cap.3:Percepción de los riesgos: <https://www.who.int/whr/2002/es/>
- Organización Mundial de la Salud. La OMS difunde nuevas directrices sobre autocuidados como complemento de la atención de salud
<http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-difunde-nuevas-directrices-sobre-autocuidados-como-complemento-de-la-atencion-de-salud>
- Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID 19)
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a->

[coronaviruses?gclid=EAlaIQobChMI4Z6V8Y7U6QIVigyRCh00XQn9EAAAYASABEgJHKvD_BwE](https://www.researchgate.net/publication/322445698)

Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9036:2013-media-center-cha&Itemid=39603&lang=es

Osmel, J. (2017). La educación para la percepción de riesgos de desastres como prioridad del trabajo educativo en la escuela cubana. *doi:* <http://dx.doi.org/10.15359/ree.21-3.20>. URL: <http://www.una.ac.cr/educare>

Ossa, Ximena, Vásquez, Olga, Robinovich, Dorsiana, Bustos, Luis, & Orellana, Juan José. (2018). Percepción de Riesgo de Exposición Ocupacional a Sílice: Construcción y Validación de un Cuestionario en Chile. *Ciencia & trabajo*, 20(62), 90-96.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000200090>

Pedrosa, I., Juarros, J., Robles, A., Basteiro, J., y García, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245-254.

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pbad>.

Pell del Río, S. et. al. (2017). Determinación de la percepción de riesgo de la población ante los productos químicos peligrosos. *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol.43, No. 2 (2017).

<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/rt/printerFriendly/937/860>

Perú interviene los mercados al descubrir cientos de vendedores con coronavirus

<https://www.youtube.com/watch?v=JY0s4BreKQo>

Perry, R. (1997). Conceptualizando Riesgo para Desastres Sociales. *Revista Semestral de la red de estudios sociales en prevención de desastres en América-Latina*.

<https://www.researchgate.net/publication/322445698> Conceptualizando Riesgo para Desastres Sociales

Portell, M. (2001). Riesgo percibido: un procedimiento de evaluación.

Universidad-Autónoma-de-Barcelona.

https://www.insst.es/documents/94886/327064/ntp_578.pdf/545878eb-7e16-43fa-a4b6-b3dc18be7a14

Puerta, D. Percepción del riesgo frente al COVID 19: Nuevos retos.

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/13515/214421444946>

- Pyszczek, O. (2015). La dimensión espacial de la inseguridad urbana en el siglo XXI. Percepción del riesgo y construcción social del miedo en la ciudad de Resistencia, República Argentina. Resúmenes de Tesis. *Revista Geográfica Digital*. IGUNNE. Facultad de Humanidades. UNNE. Año 12. N° 23. Enero – Junio. 2015. ISSN1668-5180. Resistencia, Chaco.
En: <http://hum.unne.edu.ar/revistas/geoweb/default.htm>
- Restrepo, J. (2016). El concepto de riesgo: avances hacia un modelo de percepción de riesgo en salud. *Revista Psicoespacios*, Vol. 10, N. 16, pp. 174-200, Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- Ruiz, C. (2013). Instrumentos y Técnicas de Investigación Educativa. Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo para la Recolección y Análisis de Datos. USA:3ra. Edic.
- Salvador, O., Ortega, P., Rivera, S. y García, R. (2017). Validez y confiabilidad de la Escala de Percepción de Riesgo de Deslave en la Ciudad de México.
www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/
- Sánchez, H., Reyes, C., y Mejía, K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú.
- Santisteban, C. Principios de Psicometría. (2009). Madrid.
- Sireci, S. & Faulkner, M. (2014). Validity evidence based on test content. *Psicothema* 2014, Vol. 26, No. 1, 100-107 doi: 10.7334/psicothema2013.256. <http://www.psicothema.com/pdf/4167.pdf>
- Slovic, P. (1992). Perception of risk: reactions on the psychometric paradigm. En: S. Krimsky, S., y Golding, D. (Eds.), *Social theories of risk* (pp. 117-152). Westport, CT: Praeger.
- Slovic, P. (2010). *Feelings of Risk. New perspective in Risk Perception*. Earthscan; Londres.
- Stajnovic, Milena (2015). Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 5 pp. 96-107. Universidad Complutense de Madrid.
- Standards for Educational and Psychological Testing. (2014). American Educational Research Association. Washington, DC

Universidad Johns Hopkins EE.UU. Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Urrutia, M., y Barrios, S. (20014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido.

[Revista Cubana de Educacion Medica Superior](#) 28(3):547-558.
<https://www.researchgate.net/publication/317518162>

Valentín, F. (2015). Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo de cáncer bucal. Tesis Doctoral. Universidad de La Habana. <http://www.sld.cu/noticia/2015/03/10/tesis-doctoral-estrategia-de-intervencion-educativa-para-aumentar-la-percepcion-d>

Vivo, S. y Saric, D. (2013). Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia%20medicion%20comportamiento%20riesgo%20jovenes.pdf>

ANEXOS

- Anexo 1: Formato de validación por jueces expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Dr

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTOS

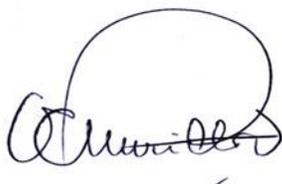
Es honroso dirigirme a Ud. para expresarle mi saludo e informarle que en mi condición de alumno del Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad César Vallejo he diseñado un instrumento psicométrico a ser aplicado en la investigación: "Diseño y validación de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima - 2020" y como requisito debo contar con la revisión de especialistas en el tema para poder aplicarlo. Por lo que solicito a Ud. su validación de contenido y sugerencias que considere pertinentes.

El expediente contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Agradeciendo de antemano su invaluable apoyo.

Atentamente,



Mg. Reynaldo Murillo Vega

DNI. 08494108

Definición conceptual de la variable y sus dimensiones

I. Variable

A efectos de fundamentar nuestro estudio, encontramos sustento teórico en lo planteado por Menon, Raghurir & Agrawal (2008) citado por Restrepo, J. (2016) quienes describen cinco tipos de factores psicológicos asociados a la percepción de riesgo en la salud: motivacionales, afectivos, cognitivo, contextuales, y diferencias individuales:

En relación con los factores motivacionales, Restrepo (2016) plantea que existen personas con una autovaloración incrementada y tendencia a considerarse invulnerables frente a cualquier situación. En cuanto a deseabilidad social, refiere acerca del interés en generar una buena imagen en los demás. El autocontrol nos habla de la predisposición de las personas en posponer la gratificación inmediata de sus necesidades en aras de alcanzar mayores beneficios a largo plazo. (pp. 191-192)

Respecto a los factores afectivos, Menon et al. (2008) citado por Restrepo, J. (2016) sostienen que las personas son capaces de enfrentarse a eventos adversos o información negativa de acuerdo a su estado afectivo presente: “los estados afectivos positivos inducen una percepción real del riesgo ya que favorecen el procesamiento de la información negativa

en función del estado afectivo en el que se encuentren. (pp. 191-192)

El factor cognitivo, de acuerdo a Restrepo, J. (2016) nos habla de la capacidad de la persona para acceder a información almacenada en la memoria, y del modo como el recuerdo sea recuperado o procesado facilitaría el juicio o razonamiento apropiados acerca del riesgo. En este proceso se pueden presentar la información negativa, extrema, reciente y frecuente:

La información negativa se presenta con más facilidad en la mente (Higgins, 1989) y puede afectar con mayor probabilidad el razonamiento sobre el

riesgo. La información extrema puede afectar la disponibilidad de otro tipo de información igualmente relevante. Ocurre cierto tipo de enmascaramiento. La información reciente está más disponible para la evocación. Lo mismo ocurre con la información frecuente. Cuanto más frecuente se evoque un recuerdo, más probable es que éste esté disponible para ser evocado y utilizado en el razonamiento/juicio sobre el riesgo. (p. 191-192)

En cuanto a los factores contextuales, Menon et al. (2008) citado por Restrepo, J. (2016) realizan su presentación utilizando el análisis del diseño de los cuestionarios como analogía del efecto del contexto y la organización de la información sobre el razonamiento/juicio sobre el riesgo. En este orden de ideas, sugieren que las alternativas de respuestas, la información por delegación, la disponibilidad de fuentes alternativas de información y el enmarcado son aspectos contextuales determinantes (Sjöberg, 2003). (p. 192)

En el factor de diferencias individuales Restrepo, J. (2016) plantea que la persona tiende a disminuir su autovaloración exagerada (optimismo irreal) y su apreciación del riesgo resultaría más objetiva que el promedio de la población. Acerca del género no existen mayores evidencias, aunque debiera ser tomado en cuenta para determinar algunas tendencias o características propias de hombres y mujeres, así como la predominancia de los hemisferios cerebrales en la adopción de medidas frente al riesgo. Asimismo, algunos rasgos de personalidad pueden predisponer a las personas hacia el optimismo irreal. Del mismo modo no debe dejarse de lado la influencia de la cultura. Por otro lado, se debe mencionar a las creencias en relación a la preocupación sobre la salud, las mismas que pueden llevar a percepciones de riesgo en la salud erróneas. (p. 191-192)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN					
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN
La percepción de riesgo viene a ser una estimación subjetiva del daño o deterioro que puede producir un evento a la salud del individuo (Carro y Hernández, 2016).	La variable se medirá teniendo en consideración las dimensiones de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020, la cual consta de 30 ítems con respuestas politómicas.	Motivacionales	Optimismo irreal	1,2	Ordinal
			Deseabilidad social	3,4	
			Autocontrol	5,6	
		Afectivos	Estado afectivo	7,8	
		Cognitivos	Información negativa	9,10	
			Información extrema	11,12	
			Información reciente	13,14	
			Información frecuente	15,16	
		Contextuales	Alternativas de respuestas	17,18	
			Información por delegación	19,20	
			Disponibilidad de fuentes	21,22	
			Alternativas de información	23,24	
			El enmarcado	25,26	
		Diferencias individuales	Creencias	27,28	
			Preocupación sobre la salud	29,30	

Nº	DIMENSIONES / ítems	Ítem directo o inverso	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugere ncias
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	
	DIMENSIÓN: Motivacionales	Calificación	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	Estoy convencido(a) que nada malo podría ocurrirme	0 - 1							
2	Mi necesidad de ganar dinero es más fuerte que el temor de contraer el virus	0 - 1							
3	Para mí lo más importante en la vida es trabajar	0 - 1							
4	Me interesa dejar una buena impresión en mis compañeros de trabajo	0 - 1							
5	De mis acciones depende no contagiarme	0 - 1							
6	He dejado de lado actividades que pondrían en riesgo mi salud	0 - 1							
	DIMENSIÓN: Afectivos	Calificación	Sí	No	Si	No	Si	No	
7	Temo contagiarme del virus	0 - 1							
8	Me apena haber perdido familiares y/o amigos a consecuencia del virus	0 - 1							
	DIMENSIÓN: Cognitivos	Calificación	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Los remedios caseros previenen el contagio	0 - 1							
10	Automedicarse evita el contagio	0 - 1							
11	La economía es más importante que la salud	0 - 1							
12	Tarde o temprano todos terminaremos contagiados	0 - 1							
13	El virus se transmite mediante la tos o estornudo de una persona infectada	0 - 1							

14	Si los adultos mayores, obesos, diabéticos e hipertensos contraen el virus, son pocas sus probabilidades de sobrevivir	0 - 1							
15	El lavado de manos, uso de mascarillas y distanciamiento social es lo mejor para evitar el contagio	0 - 1							
16	Soy consciente de que si contraigo el virus pondría en riesgo mi vida	0 - 1							
	DIMENSIÓN: Contextuales	Calificación	Si	No	Si	No	Si	No	
17	El Estado debe asumir el tratamiento y alto costo de los casos graves de enfermedad	0 - 1							
18	La suspensión de clases por parte del gobierno fue una medida muy acertada	0 - 1							
19	Las personas deben dirigirse a su centro de labores sin ningún tipo de restricciones	0 - 1							
20	El uso del transporte público favorece el contagio del virus	0 - 1							
21	Es importante reiniciar viajes terrestres y aéreos	0 - 1							
22	Debemos desplazarnos libremente por motivos de trabajo, estudio, recreación o deporte	0 - 1							
23	Las personas tenemos derecho a celebrar fiestas y reuniones a pesar de la pandemia	0 - 1							
24	Mi temor a contagiarme en la calle me hace sentir tenso y nervioso	0 - 1							
25	Un portador asintomático del virus puede contagiar a su familia y otras personas	0 - 1							
26	Si no descubren pronto una vacuna terminaré contagiándome del virus	0 - 1							
	DIMENSIÓN: Diferencias individuales	Calificación	Si	No	Si	No	Si	No	
27	En nuestro medio la mayoría de contagiados son varones	0 - 1							

28	Es mejor cumplir estrictamente las medidas preventivas para evitar el contagio	0 - 1							
29	Las mujeres protegen su salud mejor que los varones	0 - 1							
30	La mayoría de personas que contraen el virus logran recuperarse	0 - 1							

Observaciones:

.....
.....
.....

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

Apellidos y nombres del juez validador Dr.

DNI:

Especialidad del validador:

.....

Firma: Firma del Experto Informante.

.....

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

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

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

Lima, 5 de Julio del 2020

- Anexo 3. Instrumento de recolección de datos: Primera versión del instrumento

(E-PRS20)

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO EN LA SALUD (E-PRS20) **Murillo, 2020**

Instrucciones: A continuación se le presenta un conjunto de enunciados relacionados a su forma de pensar, sentir y actuar frente a la pandemia del coronavirus. Lea atentamente cada uno de ellos y responda con total sinceridad marcando con una “X” en la columna a la que pertenece su respuesta, tomando en cuenta el siguiente cuadro:

(TD) Totalmente en Desacuerdo
 (ED) En Desacuerdo
 (NA – ND) Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
 (DA) De Acuerdo
 (TA) Totalmente de Acuerdo

N°	ITEMS	TD	ED	NA-ND	DA	TA
1	Estoy convencido(a) que nada malo podrá ocurrirme					
2	Mi necesidad de ganar dinero es más fuerte que mi temor de contraer el COVID-19					
3	Para mí lo más importante en la vida es trabajar					
4	Cuido mi salud para dejar una buena imagen en mis compañeros de trabajo					
5	No me contagiaré del virus si aplico medidas de prevención					
6	He dejado de lado actividades sociales que ponían en riesgo mi salud					
7	Mi temor al contagio me hace sentir tenso y nervioso					
8	Me entristece haber perdido familiares y/o amigos a consecuencia del COVID-19					
9	Acudo a divertirme a fiestas y reuniones a pesar del COVID-19					
10	Me he acercado más a mi familia durante el aislamiento social					
11	Tomar remedios caseros previene el contagio del COVID-19					
12	Automedicarse evita el contagio del COVID-19					
13	La economía es más importante que la salud					
14	Tarde o temprano todos terminaremos contagiados del COVID-19					
15	El virus se transmite mediante la tos o estornudo de una persona infectada					

16	Si los adultos mayores, obesos, diabéticos e hipertensos contraen el virus, tienen pocas probabilidades de sobrevivir					
17	Evito el contagio del virus con el lavado de manos, uso de mascarilla y distanciamiento social					
18	Soy consciente de que si contraigo el virus mi vida estará en peligro					
19	El Estado debe asumir el alto costo y tratamiento de los casos graves de COVID-19					
20	La suspensión de clases por parte del gobierno fue una medida muy acertada					
21	Es importante reiniciar los viajes terrestres y aéreos para reactivar la economía.					
22	El uso del transporte público incrementa la posibilidad de contagio del COVID-19					
23	Necesitamos desplazarnos libremente por motivos de trabajo, estudio, recreación o deporte					
24	Los medios de comunicación nos ofrecen una información oportuna y veraz					
25	Debo acudir a mi centro de labores aún en estado de emergencia					
26	Evito contagiarme del virus cumpliendo las normas de bioseguridad					
27	Todo lo dejo en manos de Dios					
28	Si contraigo el COVID-19 me recuperaré con una buena alimentación					
29	Una persona asintomática puede contagiar a otros del COVID-19 sin saberlo					
30	Terminaré contagiándome del virus si no se descubre pronto una vacuna					

Muy agradecido por su participación.

- Anexo 4: Instrumento de recolección de datos: Versión Final del instrumento (E-PRS20)

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO EN LA SALUD (E-PRS20)

Murillo, 2020

El presente estudio tiene como objetivo diseñar y validar una escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados de Lima, y es conducido por el Psicólogo Reynaldo Murillo Vega y su equipo de colaboradores. Y se ajusta a la normativa ética del Colegio de Psicólogos del Perú y Universidad César Vallejo. La percepción del riesgo es la habilidad de detectar, identificar y reaccionar ante una situación de riesgo, como el probable contagio del COVID-19.

Consentimiento informado:

Los datos serán registrados de forma anónima y confidencial, y los participantes deben contar mínimo con primaria completa. Y la investigación está dirigida a trabajadores de mercados mayores de 18 años y con puestos fijos.

¿Acepta Ud. participar voluntariamente en esta investigación?

SI NO

Datos Sociodemográficos:

- Edad: 18 – 40; 41 – 60; 60 a más Sexo: M F
- Estado Civil: Soltero Casado Conviviente Divorciado Separado Viudo
- Nivel de Instrucción: Primaria Secundaria Superior
- Ciudad donde trabaja: Lima

Instrucciones: A continuación se le presenta un conjunto de enunciados relacionados a su forma de pensar, sentir y actuar frente a la pandemia del coronavirus. Lea atentamente cada uno de ellos y responda con total sinceridad marcando con una “X” en la columna a la que pertenece su respuesta, tomando en cuenta el siguiente cuadro:

(TD) Totalmente en Desacuerdo
(ED) En Desacuerdo
(NA – ND) Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
(DA) De Acuerdo
(TA) Totalmente de Acuerdo

N°	ITEMS	TD	ED	NA-ND	DA	TA
1	Cuido mi salud para dejar una buena imagen en mis compañeros de trabajo					
2	He dejado de lado actividades sociales que ponían en riesgo mi salud					
3	El virus se transmite mediante la tos o estornudo de una persona infectada					
4	Si los adultos mayores, obesos, diabéticos e hipertensos contraen el virus, tienen pocas probabilidades de sobrevivir					
5	Evito el contagio del virus con el lavado de manos, uso de mascarilla y distanciamiento social					
6	Soy consciente de que si contraigo el virus mi vida estará en peligro					
7	Estoy convencido(a) que nada malo podrá ocurrirme					
8	Acudo a divertirme a fiestas y reuniones a pesar del COVID-19					
9	Automedicarse evita el contagio del COVID-19					
10	La economía es más importante que la salud					
11	La suspensión de clases por parte del gobierno fue una medida muy acertada					
12	Evito contagiarme del virus cumpliendo las normas de bioseguridad					
13	Una persona asintomática puede contagiar a otros del COVID-19 sin saberlo					

Muy agradecido por su participación.

- Anexo 5: Instrumento en formato digital google forms, link de acceso.

<https://docs.google.com/forms/d/10pEIOq0bAZBkWwJjCPijWpmH5dyulBUfjC4B9yehiB8/edit>

The image shows a Google Form titled "Escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados" (Scale of perception of risk in the health of market workers). The form is displayed in a web browser window. At the top, there is a decorative banner with various food and kitchen items like carrots, mushrooms, a knife, a pepper, and a whisk. Below the banner, the form is divided into sections. The first section, labeled "Sección 1 de 4", contains the following text:

El presente estudio tiene como objetivo diseñar y validar una escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados de Lima, y es conducido por el Psicólogo Reynaldo Murillo Vega y su equipo de colaboradores. Y se cife a la normativa ética del Colegio de Psicólogos del Perú y Universidad César Vallejo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- Los datos serán registrados de forma anónima y confidencial.
- La investigación está dirigida a mayores de 18 años.
- Los participantes deben contar mínimo con primaria completa.
- La investigación está dirigida a trabajadores de mercados con puestos fijos
- La participación es completamente voluntaria.

Below this text is a question: "¿Acepta Ud. participar voluntariamente en esta investigación?" (Do you accept to participate voluntarily in this investigation?). There are two radio button options: "sí" (yes) and "NO".

At the bottom of the form, there is a navigation button that says "Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección" (After section 1 Go to the next section).



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo MURILLO VEGA, Reynaldo, egresado de la Escuela de Posgrado y Programa Académico de Doctorado en Psicología de la Universidad César Vallejo (Campus Lima Este), declaro bajo juramento todos los datos e información que acompañan al Trabajo de Investigación / Tesis titulado: **“Diseño y validación de la escala de percepción de riesgo en la salud de trabajadores de mercados, Lima – 2020”**

Por lo tanto, declaro que el Trabajo de Investigación / Tesis:

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

En tal sentido 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 vigentes de la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha, Lima, 15 de Enero del 2021

Apellidos y Nombres del Autor:	MURILLO VEGA, Reynaldo
DNI: 08494108	
ORCID: 0000-0003-0515-5987	
	Firma