



**UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

***VALIDACIÓN DE TEST DE PERCEPCIÓN DE RIESGO COVID-19 Y
AUTOCUIDADO, MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS.***

Validation of COVID-19 risk perception and self care test, through expert judgment

Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad de Talca como parte de los requisitos científicos exigidos para la obtención del título de Cirujano Dentista.

**ESTUDIANTES: KATHERINE LEYTON PEREIRA
ROCÍO RIQUELME MERINO
PROFESOR GUÍA: DRA. Ma LORETO NUÑEZ FRANZ**

TALCA - CHILE

2021

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2021

INFORMACIONES CIENTÍFICAS

Nombre del profesor guía
María Loreto Núñez Franz
ORCID del profesor guía
https://orcid.org/0000-0001-5397-2506
Google Scholar del profesor guía
https://scholar.google.com/citations?user=3MbgdToAAAAJ&hl=es&oi=ao
Correo electrónico del profesor guía
lnunezf@utalca.cl
Enlace al archivo SciELO <i>preprints</i>

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres porque siempre estuvieron dándome su apoyo y consejos, a mis hermanos porque siempre pude acudir a ellos cuando lo necesité, a mis sobrinos porque siempre me dieron el ánimo y alegría que muchas veces durante este camino requerí.

A mis amigos que me acompañaron durante toda esta etapa, que estuvieron en las dificultades y prestaron contención.

Rocío Riquelme Merino

Se lo dedico a mi madre, por darme su amor y apoyo incondicional. Que con su esfuerzo me permitió llegar hasta esta etapa y cumplir un sueño más.

A mi familia, pareja y amigos, por su apoyo y comprensión, por extender sus manos en momentos difíciles y entregar palabras de aliento.

También a mi profesora guía, por su dedicación y compromiso, por aconsejarnos y motivarnos.

Katherine Leyton Pereira

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los funcionarios y docentes los cuales han formado parte de mi aprendizaje humano y profesional durante todos estos años, en especial a la Dra. Ma Loreto Núñez que nos ha permitido culminar de forma óptima este trabajo.

A cada uno de los miembros del panel que dedicó tiempo en la revisión del instrumento, al

Dr. Roberto Contreras que nos aconsejó en la construcción del presente instrumento.

Y por último a mi compañera de memoria y amiga Katherine por su constante trabajo y dedicación.

Rocío Riquelme Merino

Agradezco a mi profesora guía, que siempre tuvo la mejor disposición para resolver nuestras dudas y aconsejarnos, porque nos apoyó incondicionalmente desde el inicio hasta el final de nuestra memoria.

A mi amiga y compañera de memoria Rocío, por su ayuda en este trabajo que emprendimos juntas.

A todo el panel de expertas/os y docentes, por entregarnos su tiempo y consejos para realizar nuestra memoria.

Katherine Leyton Pereira

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
1.1. Palabras clave	1
2. ABSTRACT	2
2.1. Keywords.	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. MÉTODOS.....	5
4.1. Diseño del estudio.....	5
4.2. Paso 1: preparación del formulario de validación de contenido	5
4.3. Paso 2: selección de un panel de expertos(as).....	6
4.4. Paso 3: realización de la validación de contenido	6
4.5. Paso 4: revisión de los dominios y criterios	6
4.6. Paso 5: proporcionar puntuación en cada elemento	7
4.7. Paso 6: métodos estadísticos para calcular el RVC modificado por Tristán(23-25)	7
4.8. Paso 7: modificación del test.....	8
4.9. Sesgo	9
4.10. Aspectos éticos: criterios de Ezequiel Emmanuel (26).....	9
5. RESULTADOS	10
5.1. Modificaciones del instrumento	17
6. DISCUSIÓN.....	19
7. REFERENCIAS	22
8. ANEXOS.....	28
8.1. Carta a expertos/as.....	28

8.2.	Tabla Observaciones de expertos por pregunta.....	29
8.3.	Tabla con modificación de preguntas	33
8.4.	Tabla: Valores RVC 'asignados a cada ítem por criterios evaluados para el dominio autocuidado	35

1. RESUMEN

Realizamos una búsqueda en la literatura para identificar instrumentos y estudios sobre percepción de riesgo y de medidas de autocuidado. Debido a que hasta la fecha no existen precedentes de un instrumento que mida la percepción de riesgo de COVID-19 en Chile. Esta investigación tiene como **objetivo** realizar la validación por expertos(as) de un instrumento que mida percepción de riesgo y adherencia a recomendaciones de autocuidado. Nos basamos en la **metodología** de Lawshe para calcular la Razón de Validez de Contenido (RVC') modificada por Tristán. Se evaluaron 34 ítems, 18 de percepción de riesgo y 16 de medidas de autocuidado utilizando los criterios de relevancia, claridad y representatividad. Cinco expertos participaron en este estudio, los expertos calificaron el test completo con RVC' de 0,91 y para el dominio percepción de riesgo RVC' de 0,82 y 1.0 para el dominio autocuidado. Tres ítems se eliminaron. Contar con un instrumento de este tipo permitirá conocer la percepción de riesgo y adherencia de las medidas de autocuidado frente al COVID-19 en población chilena, ayudando así en la toma de decisiones de políticas públicas. Se debe aplicar el instrumento en población chilena para proseguir con la validación del instrumento.

1.1. Palabras clave

Estudio de validación, riesgo, autocuidado, COVID-19.

2. ABSTRACT

We conducted a literature search to identify instruments and studies related to risk perception and self-care measures for COVID-19. There are no precedents for an instrument that measures the risk perception of COVID-19 in Chile. This research aims to validate by experts judgment an instrument that measures risk perception and adherence to self-care recommendations. We are based on the methodology of the Lawshe to calculate the Content Validity Ratio (RVC') modified by Tristán. Thirty-four items were evaluated, 18 for risk perception and 16 for self-care measures. We used the criteria of relevance, clarity and representativeness. Five experts participated in this study, the experts rated the complete test with RVC' of 0.91. The RVC' of the domain of risk perception was 0.82 and 1.0 for the self-care domain. Three items were removed. Having an instrument of this type will allow to determine the risk perception and adherence to self-care measures against COVID-19 in the Chilean population. Therefore, helping in public policy decision making. This instrument should be applied in a subset of the Chilean population to continue with the validation process.

2.1. Keywords.

Validation Study, Self Care, risk, COVID-19.

3. INTRODUCCIÓN

Los coronavirus son un grupo de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como neumonía, síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Cabe destacar que la variante de coronavirus (2019-nCoV) que causó el brote en China es nueva y no se conocía previamente (1). El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al brote de COVID-19 como una pandemia. Su gravedad y rápida propagación llevó a nuestro país a implementar una serie de medidas preventivas al igual que en el resto de los países del mundo (2).

La percepción de riesgo frente a una enfermedad es la posibilidad y el miedo a la infección (3). Según el modelo de creencias en salud la percepción de riesgo es un constructo que se puede evaluar en cuatro criterios: barreras, beneficios, susceptibilidad y gravedad percibidas (4-6). Es la sensación de amenaza que sentimos basados en estos criterios, en este caso a infectarnos de COVID-19, a que sea una infección grave y a las consecuencias de esta (7). Es producto de las actitudes y creencias de cada persona para protegerse del virus. Además, deben considerarse los juicios o sentimientos afectivos, ya sean positivos o negativos, miden riesgos y beneficios lo que influye en la toma de decisión (8).

La evidencia sugiere una asociación directamente proporcional entre percepción de riesgo y comportamiento preventivo individual en diversas áreas relacionadas con salud (6, 9, 10). Es importante considerar que evaluar y comprender las percepciones del riesgo de COVID-19 de las personas puede contribuir a desarrollar intervenciones preventivas y determinar quiénes tienen más probabilidad de infectarse.

Las medidas de autocuidado corresponden al conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar factores que pueden comprometer su bienestar (3). Sin embargo, algunos estudios identifican dos ejes que componen el autocuidado: las acciones intencionales como por ejemplo el lavado de manos frecuente y las acciones deliberadas o premeditadas. Estas últimas se ven influidas por los determinantes sociales y en específico el nivel socioeconómico, el empleo, el género, el grupo étnico, así como la familia, la edad, y las experiencias de enfermedad y muerte de personas cercanas (11).

Las principales medidas de autocuidado, en el contexto de pandemia, son el distanciamiento social, uso de mascarilla, lavado de manos, evitar tocarse la cara, ojos, nariz y boca y recibir la vacuna (2, 3, 7). A pesar de estas medidas y del tiempo que ha transcurrido se puede observar que los casos siguieron en aumento (4). La percepción y comunicación de riesgo juegan un rol fundamental en esta situación (12). El conocimiento y la educación de la comunidad, junto con políticas públicas eficientes desempeñan un papel primordial para limitar su rápida propagación (13). Los estudios demuestran que gran parte de la población tiene amplios conocimientos de la enfermedad y su prevención, pero no pone en práctica las medidas de autocuidado (8, 14).

Debido a la relevancia de la percepción de riesgo para adherir a medidas preventivas, es fundamental contar con un instrumento que nos permita medirla, especialmente en situaciones de emergencias como una pandemia. Un instrumento de medición de este tipo debe someterse a un proceso de validación, que es un requisito para asegurar su calidad y que mida lo que se desea medir (15). Existen diferentes métodos de validación, incluida la validez de constructo, de criterio y de contenido, que es la más utilizada. En este estudio, la validez de contenido fue el criterio de validación que utilizamos (16-18), el cual es el “grado en que el contenido de un instrumento es capaz de medir la mayor parte de los criterios del dominio que se quiere estudiar” (15). El procedimiento para evaluar la validez de contenido por juicio de expertos del instrumento es consultar a un comité de expertos/as, definidos como quienes tengan expertis en la materia, que tengan formación académica o por su experiencia (19).

Hasta la fecha no existen precedentes de un instrumento que mida la percepción de riesgo de COVID-19 en Chile, su confección permitirá analizar y entender el comportamiento y adherencia de las medidas de autocuidado, ayudando así en la toma de decisiones en cuanto a políticas públicas. Por lo cual, nuestro objetivo es realizar la validación de contenido por expertos(as) de un instrumento que mida percepción de riesgo frente al COVID-19 y adherencia a recomendaciones de autocuidado.

4. MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Inicialmente, realizamos una búsqueda en la literatura para identificar instrumentos y estudios publicados en los últimos dos años en revistas admitidas en las bases de datos Pubmed y presentes en SCImago Journal Rank, de acuerdo a los términos MeSH declarados (MeSh “validation” AND “risk perception” AND “COVID-19” AND “survey”), y que tuvieran información sobre percepción de riesgo en los ámbitos de: riesgo de muerte, riesgo de contagio, riesgo de pérdida laboral, dificultad económica, gravedad y problemas emocionales. Además, elaboramos el cuestionario analizando y seleccionando las preguntas utilizadas en los diversos estudios de la percepción de riesgo de COVID-19 y se elaboraron preguntas de prácticas preventivas que estuvieran en las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Salud de Chile en personas mayores de 18 años.

Excluimos artículos con población menor a 18 años de edad, realizados en subpoblaciones con condiciones de salud específicas (por ejemplo, personas con cáncer) o realizados a subpoblaciones que por motivos laborales se encuentran más expuestos al virus (personal de salud).

Se creó un instrumento de tres secciones, la primera consta de ítems correspondientes a información demográfica, la segunda aborda diversos ámbitos de la percepción de riesgo: susceptibilidad a enfermar o morir, muerte, riesgo de pérdida laboral, riesgo económico, gravedad y el impacto emocional de la enfermedad. Las respuestas se codificaron en escala Likert de 1 a 4, que va desde estar totalmente de acuerdo a estar totalmente en desacuerdo, y en la última sección se consideró la frecuencia en que se practican las medidas de autocuidado, lo cual también se midió en escala Likert de 1 a 4: 1= muy frecuentemente, 2=frecuentemente, 3=raramente y 4=nunca.

A continuación, se describen los siete pasos para realizar la validación del instrumento por juicio de expertos (20).

4.2. Paso 1: preparación del formulario de validación de contenido

Primero preparamos el formulario de validación de contenidos, con el fin de garantizar que los expertos(as) entiendan claramente el proceso de validación y su función

en la investigación. Para valorar la relevancia, claridad y representatividad de los ítems del cuestionario, los expertos(as) utilizaron una escala tipo Likert según el cumplimiento de estos criterios en cada ítem, en el cual 1= no cumple con el criterio, 2= bajo nivel, 3= moderado nivel y 4=alto nivel. Además, agregamos las definiciones de cada criterio para el dominio. Se entenderá por **criterio** a la relevancia, claridad y representatividad de los ítems y se entenderá por **dominio** a la percepción de riesgo y las medidas de autocuidado. Se definieron dos dominios en el instrumento, percepción de riesgo y medidas de autocuidado. Adicionalmente, se determinaron los criterios para evaluar cada ítem del test, relevancia, claridad y representatividad.

4.3. Paso 2: selección de un panel de expertos(as)

En la selección del comité de expertos(as) nos basamos en la búsqueda de personas con formación mayor o igual a 5 años, trayectoria y experiencia mayor o igual a 7 años y que estén calificadas en la construcción de instrumentos de medición tipo cuestionarios. Así como investigadores o profesionales con experiencia clínica sobre el riesgo y autocuidado durante al menos los últimos 2 años, se intenciona la búsqueda para contar con expertos de distintas áreas. Seleccionamos 27 expertos (as) para determinar la validación de contenido basado en su formación y experiencia.

4.4. Paso 3: realización de la validación de contenido

Para la validación de contenido enviamos una carta (Anexo 7.1) de presentación junto con el formulario de forma online a cada uno de los(as) expertos(as). La carta explicaba por qué se eligió a la persona para el panel y el valor de medir los dominios y criterios. El formulario contenía las instrucciones, objetivos y definiciones necesarias para facilitar la validación. Les consultamos si deseaban ser nombrados para los agradecimientos y recibir una copia de la investigación. Establecimos e informamos la fecha límite para enviar sus respuestas. Además, realizamos un seguimiento a cada uno de los expertos(as) para obtener su respuesta dentro del tiempo determinado.

4.5. Paso 4: revisión de los dominios y criterios

Dimos a conocer a los expertos(as) los dominios del instrumento, los criterios que se evaluarían de cada ítem y el objetivo del estudio. Solicitamos a los expertos que realizaran

una revisión crítica de los ítems del instrumento antes de proporcionar una puntuación a cada criterio (22). Debieron evaluar la representatividad (que tan relacionada al tema es cada pregunta), claridad (si es entendible la pregunta para cualquier lector) y relevancia (que tan importante es evaluar este elemento) en cada ítem. Además, solicitamos que realicen comentarios escritos para confirmar y evaluar la pertinencia de los ítems

4.6. Paso 5: proporcionar puntuación en cada elemento

Luego de revisar cada ítem de los dominios, los expertos(as) proporcionaron, de forma independiente, la puntuación correspondiente a cada criterio. Respondieron de acuerdo a la escala Likert según el grado de cumplimiento de la relevancia, claridad y representatividad dadas al ítem (1= no cumple con el criterio, 2= bajo nivel, 3= moderado nivel y 4=alto nivel). Al finalizar la evaluación en una plataforma digital (link) las respuestas quedaron incorporadas de forma automática en una base de datos con la cual se realiza posteriormente el análisis.

4.7. Paso 6: métodos estadísticos para calcular el RVC modificado por Tristán(23-25)

El cálculo del Índice de Validez de Contenido (IVC) requiere la evaluación previa e individual de los ítems del test, por parte de un grupo de expertas/os en la materia. Primero se calcula, la Razón de Validez de Contenido (RVC), la que determina qué ítems del instrumento son fundamentales y deben mantenerse en la versión final del mismo. Se debe identificar y contabilizar la proporción de expertos(as) que dan al ítem una calificación con puntuaciones de 3 y 4 en el criterio de relevancia y representatividad. Se aplica la siguiente expresión y se calcula:

$$CVR = \frac{n - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Donde **n** es el número de expertos que otorgan la calificación 3 o 4 al ítem y **N**, el número total de expertos que evalúan.

Luego, se debe calcular la Razón de Validez de Contenido de Tristán (RVC') donde se utiliza el RVC de cada ítem. Tristán (referencia) establece un valor mínimo de $RVC \geq 0.58$ como suficiente para considerar un ítem aceptable, independientemente del número de evaluadores. Se calcula:

$$CVR' = \frac{n}{N}$$

Donde **n** es el número de expertos que otorgan la calificación 3 o 4 al ítem y **N**, el número total de expertos que evalúan. Con los datos obtenidos, solo se consideraron los ítems que resultaron con CVR' superior o igual a 0,58.

Finalmente, se calcula el Índice de Validez de Contenido (IVC) para todo el instrumento, el cual no es más que un promedio de la validez de contenido de todos los ítems conservados en el paso previo. Se calcula:

$$IVC = \frac{\sum_{i=1}^M CVRi}{M}$$

Donde **CVRi** es la Razón de validez de contenido de los ítems y **M** es el total de ítems aceptables del instrumento.

4.8. Paso 7: modificación del test

La primera versión del instrumento consta de dos dominios, percepción de riesgo y medidas de autocuidado. La evaluación de la percepción de riesgo incluye 18 ítems, y la parte de medidas de autocuidado de 16 ítems. En total, 34 ítems. Posterior a la evaluación de los expertos, se confeccionará la nueva versión del instrumento validado, la cual se realizó según el puntaje de validez y las observaciones realizadas por el panel de expertos. Siguiendo la metodología de Tristan et al. se consideró como valor mínimo aceptable 0,58 (23,24), es decir los ítems con una valoración de 0,58 o más se mantuvieron en el test. Adicionalmente se evaluaron los comentarios para modificar la redacción de los ítems.

4.9. Sesgo

Para disminuir los sesgos dentro de la investigación evitamos seleccionar expertos(as) que tuvieran algún tipo de interés en particular en el estudio. Además, un psicólogo social evaluó la redacción del test para disminuir errores y mejorar la comprensión de los ítems.

4.10. Aspectos éticos: criterios de Ezequiel Emmanuel (26).

Determinamos que la validación de instrumentos por expertos(as) es un método que contribuye a estandarizar un instrumento aplicable para la comunidad. La cual se ha visto afectada por una pandemia, por lo que es esencial analizar su percepción de riesgo para establecer parámetros de adherencia a medidas de autocuidado, las cuales son importantes para establecer políticas públicas, por lo tanto, contar con un instrumento que evalúe la percepción de riesgo tiene un valor social. Además, tiene validez científica debido a que se establece metodológicamente la validación por expertos(as) que es avalada como una metodología pertinente (27) de un tema actual como lo es la percepción de riesgo de COVID-19. Y, por último, el instrumento fue revisado por peritos apropiados que no estaban afiliados al estudio y que tienen autoridad para aprobar o enmendar la formulación de este. Se debe considerar que los datos serán tratados de manera ética, ya que no serán manipulados y no existe posibilidad de que sean falseados.

Dentro de los factores éticos utilizamos datos relevantes y apropiados sin favoritismo ni prejuicios para obtener resultados válidos, que pudiéramos interpretar. Se contó con apoyo de psicólogo en la validación por juicio de expertos.

5. RESULTADOS

Un total de cinco expertas/os completaron la evaluación del test, una experta no pudo por falta de tiempo y 21 no respondieron. Se eliminaron las respuestas de un experto debido a que no contestó completamente el cuestionario. Las características de las/os expertas/os corroboran que se encuentran calificadas/os para evaluar este instrumento (Tabla 1). Representaban una variedad pertinente para la evaluación del instrumento, tres son profesionales de la salud, enfermera/o y psicólogo, una experta en bioestadística y con experiencia en formulación de instrumentos. Cuatro poseen estudios de doctorado en: Salud pública, Psicología, Sociología, bioestadística y todos estaban trabajando en temas relacionados con COVID-19.

Tabla 1: Descripción de los expertos que participaron en la evaluación

Experto 1	Sociólogo de la Universidad de Chile, Máster en Metodología de las ciencias del Comportamiento por la Universidad Autónoma de Madrid, Doctor en Metodología por la Universidad Complutense de Madrid. Sus principales áreas de investigación son la psicometría, la identidad regional, la epistemología de las ciencias sociales y los movimientos sociales. Tiene una experiencia de más de 20 años en docencia de pregrado en los ámbitos de la estadística y metodología de la investigación social cuantitativa. Ha sido investigador de varios proyectos Fondecyt y Fondef. Es parte del Grupo de Estudios de Psicología de Fondecyt y Vicepresidente de la Asociación Chilena de Metodología Medición y Evaluación (ACMME). Es académico Jornada Completa de la Universidad de Chile desde el año 2006 y actualmente es Director de su Departamento de Sociología. Laboralmente ha trabajado en Organizaciones No Gubernamentales, ha sido Jefe del Departamento de Estudios del Instituto Nacional de la Juventud y ha trabajado como consultor para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
Experto 2	Académico del Departamento de Ciencias Sociales. Docente de la Escuela de Psicología. Psicólogo y Licenciado en Psicología. Doctor en psicología por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su área de investigación y docencia es la Psicología Clínica y de la Salud.
Experto 3	Coordinadora académica de diplomado en salud pública (98 horas) de la Universidad del Desarrollo, Tesis de maestría en Salud Pública: 2021 Tutor estudiante: Nicole Camilla C. Cobertura de vacunación y neumonía por influenza en adultos mayores en las regiones de Chile, 2009-2018 Universidad Mayor (En curso). 2017 Curso docente: Análisis e interpretación de datos en estudios transversales para profesionales SEREMI de salud Arica y Parinacota y profesionales de la Universidad de Tarapacá.
Experto 4	Enfermero egresado de la Universidad Católica del Maule y Enfermero coordinador de Unidad de Gestión del Paciente Crítico en Hospital Regional de Talca desde Mayo de 2021
Experto 5	Bioestadística Académica de la Universidad de Talca, interesada en problemas de Salud Pública. Actualmente colabora con colegas de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) en el análisis Edad-Periodo-Cohorte.

El RVC' se calculó para los dos dominios, percepción de riesgo y medidas de autocuidado, con un total de 34 preguntas, en los criterios de relevancia, claridad y representatividad de cada ítem. Lo que resultó en la estimación de 102 coeficientes, para la Razón de Validez de Contenido modificado por Tristán (RVC').

Tabla 2: Coeficiente Razón de Validez de Contenido modificado por Tristán para cada criterio evaluado

	<i>ITEM</i>	<i>RELEVANCIA</i>	<i>CLARIDAD</i>	<i>REPRESENTATIVIDAD</i>	<i>RVC'(tres criterios)</i>	<i>RVC' (Relevancia y representatividad)</i>
1	<i>¿Cómo calificaría su estado de salud?</i>	0,80	0,40	0,80	0,67	0,80
2	<i>Mi percepción de riesgo de contraer COVID-19 es alta</i>	1,00	0,20	0,80	0,67	0,90
3	<i>Me considero un sujeto de riesgo</i>	0,80	0,20	0,40	0,47	0,60
4	<i>Es probable que me contagie en los próximos meses</i>	0,40	0,80	0,80	0,67	0,60
5	<i>Tengo mayor riesgo de tener covid en próximos meses que hace un año</i>	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80
6	<i>Si no sigo las medidas preventivas tengo mayor probabilidad de contraer COVID-19</i>	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80
7	<i>Si no me vacuno mis posibilidades de tener COVID-19 en los próximos 6 meses son altas</i>	0,60	1,00	0,60	0,73	0,60
8	<i>Si me enfermo de COVID-19 podría morir</i>	1,00	0,80	1,00	0,93	1,00

9	<i>Creo que es más probable que mueran personas con otros problemas de salud a causa de una infección por COVID-19 que las que no tienen ningún otro problema de salud</i>	0,80	0,40	0,80	0,67	0,80
10	<i>Dios me protegerá del COVID-19</i>	0,80	0,60	0,40	0,60	0,60
11	<i>Sería grave que tuviera COVID-19</i>	0,40	0,40	0,60	0,47	0,50
12	<i>Me quedaré sin dinero debido al COVID-19 en los próximos tres meses</i>	1,00	0,60	1,00	0,87	1,00
13	<i>Creo que perderé mi trabajo debido al COVID-19 en los próximos meses</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14	<i>Estoy expuesto en mi lugar de trabajo al COVID-19</i>	1,00	0,80	1,00	0,93	1,00
15	<i>Tengo acceso a un Servicio de Salud</i>	1,00	0,60	1,00	0,87	1,00
16	<i>Por tener de COVID-19 mi vida se vería afectada emocionalmente</i>	1,00	0,60	1,00	0,87	1,00
17	<i>Tener COVID-19 me hace sentir:</i>	1,00	0,60	1,00	0,87	1,00

18	<i>A pesar de que no me he contagiado, me afecta emocionalmente el coronavirus</i>	1,00	0,80	0,60	0,80	0,80
19	<i>¿Me preocupó de adoptar medidas para prevenir la infección por COVID-19?</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
20	<i>Me lavo las manos.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
21	<i>Al realizar el lavado de manos: Marca una o más opciones</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
22	<i>Evitar saludar de mano, beso o abrazo.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
23	<i>Estornudo o toso con el antebrazo o en un pañuelo desechable.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
24	<i>Mantengo ambientes ventilados</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
25	<i>Mantengo una distancia física de al menos un metro.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
,00	<i>Estoy alerta a los síntomas del COVID-19: fiebre, tos, dificultad respiratoria, dolor de pecho, pérdida del olfato o del gusto (13)</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

27	<i>Evitar tocar mi cara, ojos, nariz y boca antes de lavarme las manos.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
28	<i>Evitar compartir artículos de higiene o de alimentación.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
29	<i>Uso la mascarilla en espacios cerrados.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
30	<i>Uso la mascarilla en espacios abiertos.</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
31	<i>¿Me he vacunado contra el COVID-19?</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
32	<i>Si su respuesta fue sí ¿Cuántas dosis?</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
33	<i>¿Con qué vacuna?</i>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
34	<i>Si su respuesta es no ¿Por qué no se ha vacunado?</i>	1,00	0,80	1,00	0,93	1,00
	<i>Promedio PR</i>	0,84	0,63	0,80	0,76	0,82
	<i>Promedio MA</i>	1,00	0,99	1,00	1,00	1,00
	<i>CVR Promedio instrumento</i>	0,92	0,80	0,89	0,87	0,91
	<i>IVC aceptable</i>					0,92

El RVC' promedio de la calificación que dieron los/as expertos/as para los criterios osciló entre 0,2 (pregunta 2 y 3, criterio claridad) y 1,0 (la mayoría de los criterios del dominio autocuidado) (Tabla 2). En relación a la relevancia, 32 (94.1 %) de los 34 índices eran superiores a 0,58. En el criterio de claridad se obtuvo que 29 (85,3%) eran superiores a 0,58. Por último, en cuanto a la representatividad 32 ítems (95,1%) eran superiores a 0,58.

Al realizar el promedio de todos los criterios evaluados, el 83,3% de los ítems estuvieron un RVC' sobre 0,80. Las preguntas mostraron una mejor evaluación en el dominio de autocuidado (RVC'/Promedio 1,0) que en la percepción de riesgo (RVC'/Promedio 0,76) (Tabla 2).

Los jueces realizaron observaciones y comentarios, las cuales fueron analizadas y se acogieron las sugerencias de modificar la redacción o agregar la explicación de algunos términos, el 41,2% (14 ítems) de los ítems quedaron sin modificaciones.

Al analizar el instrumento completo, se puede observar que, en el criterio de relevancia, el RVC' promedio para la relevancia de las respuestas en ambos dominios osciló entre 0,40 y 1,0. Las preguntas sobre gravedad (ítem 3) y probabilidad de contagio (ítem 11) se consideraron poco relevantes (RVC'/Promedio 0,40). Las conductas de autocuidado (RVC'/Promedio 1,0) así como la frecuencia en la que las aplican (RVC'/Promedio 1,0) fueron relevantes (Tabla 2).

El RVC 'promedio para la representatividad del instrumento completo osciló entre 0,40 y 1,0. Las preguntas sobre riesgo (ítem 4) y religión (ítem 10) se consideraron poco representativas (RVC' 0,40). Las conductas de autocuidado (RVC' / Promedio 1,0) así como la frecuencia en que se aplican (RVC' / Promedio 1,0) fueron calificadas mejor en este criterio (Tabla 2).

El RVC promedio para la claridad en ambos dominios_osciló entre 0,20 y 1,0. Las preguntas sobre riesgo de contagio (ítem 2) y gravedad (ítem 3) fueron las menos claras (RVC'/Promedio 0,20). Las conductas de autocuidado (RVC'/Promedio 1,0) y frecuencia (RVC'/Promedio 1,0) fueron calificadas mejor en este criterio (Tabla 2).

Para el análisis por dominio de test, se consideró los criterios de representatividad y relevancia ya que el criterio de claridad es modificable y se proponen estas a la luz de las

observaciones formulados por los/as expertos/as. En el dominio de percepción de riesgo, de las 18 preguntas evaluadas, 17 obtuvieron puntaje sobre el mínimo establecido de 0,58 y 7 de estas obtuvieron puntaje máximo de 1.0, sin embargo, debido a los comentarios sugeridos por el panel se determinó eliminar dos ítems, aparte del que no logró el puntaje aceptable, ya que eran similares a otros ítems, el resto (31) se conservan y se incorporan modificaciones a la redacción, propuestas por el panel.

En general, 13 de los 18 ítems necesitaron algún grado de modificación (Anexo 8.3). y al considerar la evaluación de los tres criterios se obtuvo como resultado que sólo un ítem de 18 tiene una puntuación bajo el mínimo aceptado de 0,58.

Los ítems del dominio percepción de riesgo obtuvieron menor puntaje en RVC/Promedio en comparación a los ítems del dominio autocuidado (0,76 y 1,0 respectivamente), no obstante, ambos tienen un RVC aceptable (Figura 1, Figura 2).

Figura 1: RVC' según criterios y dominios evaluados.

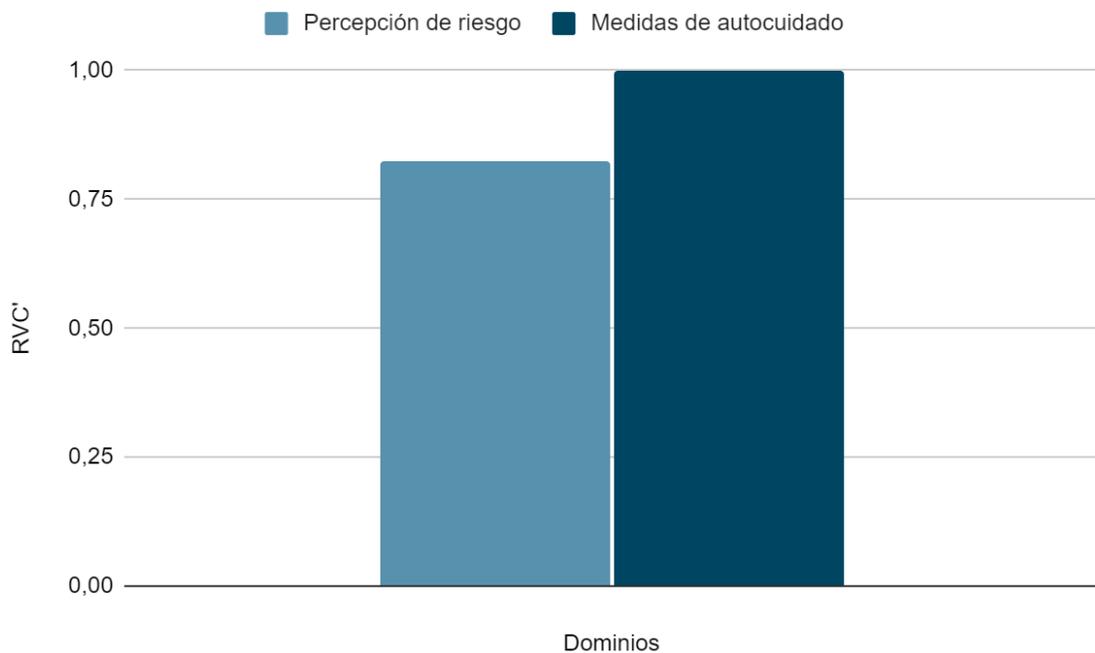
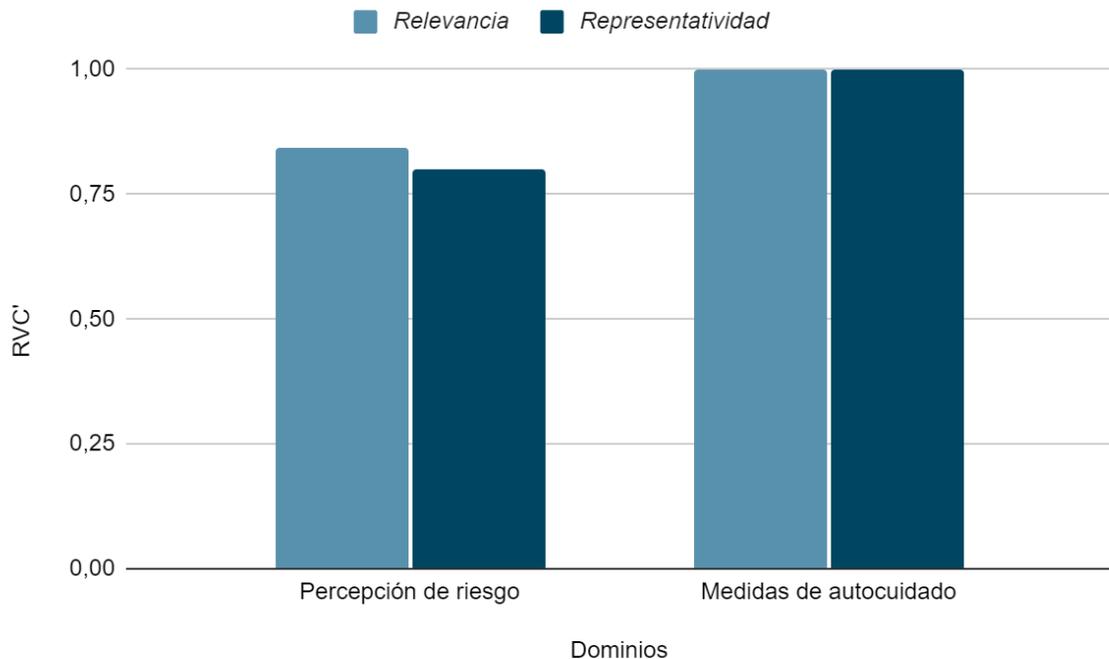


Figura 2: RVC' del dominio percepción de riesgo y medidas de autocuidado según criterios de relevancia y representatividad



Para el dominio de medidas de autocuidado, las 16 preguntas mostraron una validez entre 0,9 a 1,0 con respecto a la relevancia y representatividad, mientras que 15 mostraron valores sobre 0,9 con respecto a la claridad y una fue evaluada con 0,8 la cual se debió modificar (Anexo 8.3). En total, 16 ítems completos (la pregunta más las opciones de respuesta, desde el ítem 19 al 34) fueron evaluados sobre 0,8 no obstante los expertos dejaron observaciones en los ítems 29, 30, 33, 34 (Anexo 8.2). Por lo tanto 12 no fueron modificados. Las observaciones se refieren en términos generales a la redacción y actualización de información, debido a que por ejemplo ahora debe considerarse la vacuna de refuerzo (Anexo 8.2).

El promedio de la validez de contenido de todos los ítems seleccionados (33) fue de $IVC = 0,86$ el cual se encuentra 0,28 décimas por sobre el mínimo 0,58, y por lo tanto el 97% de los ítems son aceptables de acuerdo a la propuesta de Tristán.

5.1. Modificaciones del instrumento

En 22 preguntas, el panel dejó comentarios para mejorar su redacción, los que se consideraron para clarificar las preguntas. Las modificaciones al instrumento se realizaron

con base en los puntajes de la RVC'. El ítem que obtuvo puntaje menor a 0,58 en relación a relevancia y representatividad fue eliminado (ítem 11), además se determinó eliminar el ítem 3 debido a que era similar a otro (ítem 2) y el ítem 10 debido a que se determinó no puntualizar a una creencia. Los cambios se relacionaron, principalmente, con la reducción de las preguntas y agregar especificaciones de términos, para mejorar la comprensión.

La principal crítica fue que los ítems no estaban claros y se deberían detallar conceptos; recomendaron considerar especificar y explicar algunas de las palabras utilizadas. Con las observaciones y comentarios proporcionados por los expertos sobre la primera versión del test, se eliminaron tres de 34 ítems. Del total, se modificaron 17 ítems porque requerían una nueva redacción, para mayor claridad y comprensión. La versión final del test consta de 31 ítems y se adjunta en Anexo 8.3

El panel de expertas/os consideró que la mayoría de los ítems del test eran relevantes, claros y representativos. Por lo que están de acuerdo en que la mayoría, excepto los ítems 3, 10 y 11, son fundamentales para determinar la percepción de riesgo y la adherencia a medidas de autocuidado frente al COVID-19 (Tabla N°2, Anexo 8.2).

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo consistió en la validación de contenido por juicio de expertos de un instrumento que mide la percepción de riesgo y la adherencia a medidas de autocuidado frente a COVID-19. La importancia de este estudio es la validación de las preguntas y la redacción del instrumento (28), a partir de un diseño metodológico que sintetiza y permite seguir un paso a paso que todo trabajo de validación requiere para obtener la información pertinente (20). En general, para los profesionales de la salud, es poco conocida la metodología para validar instrumentos (29).

La validez de contenido establece que un instrumento sea útil y pertinente para medir las dimensiones definidas, por lo que es un indicador de la calidad de este (30,31). En este estudio, el desarrollo y evaluación del instrumento proporcionan una base para continuar exhaustivamente el proceso de validez y confiabilidad (32). Para evaluar la validez de contenido, es importante determinar las características de cada ítem, los jueces indicaron que la mayoría son relevantes y representativos. Sin embargo, identificaron debilidades en cuanto a la claridad, el puntaje de claridad junto con las observaciones y comentarios, entregaron información sobre las fortalezas y debilidades de cada ítem. Lo que conllevó a realizar las modificaciones necesarias, mejorando la redacción.

El método que se utilizó es el de Lawshe modificado por Tristán y obtuvimos un IVC global de 0,87, superior al mínimo 0,58 propuesto por esta metodología (33). Este método ha sido utilizado ampliamente en otros estudios que presentan resultados similares al nuestro, en cuanto a la cantidad de ítems eliminados y el valor de IVC global (34). El valor de IVC se encuentra relacionado con el número de expertos participantes y con que la fórmula RVC está influenciada por el número de jueces. De esta forma, permite interpretar la proporción de ítems con acuerdos (con puntajes 3 o 4) respecto al número de jueces y, así, considerar o no un instrumento válido, con al menos el 58% de consenso de aceptación de los ítems. Por otra parte, debemos considerar que el valor 0,58 es un valor referencial, que no depende del número de jueces, lo que permite una igual exigencia en todos los casos y facilita su utilización (27).

El dominio de autocuidado nos da un RVC =1, en el cual se logra una similitud en los puntajes asignados por todos los evaluadores. En cambio, en el dominio percepción de riesgo el RVC´

es de 0,76, esto indica una discrepancia entre expertas/os. Una situación similar ha sucedido en otros estudios (35,36), donde esta discrepancia en los índices se puede explicar debido a que la percepción de riesgo es un dominio subjetivo, a diferencia de las medidas de autocuidado que se pueden objetivarse, por lo cual es más fácil de medir. Además, la percepción de riesgo puede variar y va a depender de cuán informada se encuentre la comunidad para que se consideren en riesgo de contraer la enfermedad (37).

El criterio claridad recibió un mayor número de observaciones por parte del panel, en donde se criticó la redacción y especificidad de los ítems, por lo tanto, al momento de eliminar preguntas no se consideró el ítem claridad ya que es modificable. Esto se ha observado en otros estudios, en donde los jueces aportan nuevas perspectivas e interpretaciones útiles para la reformulación del instrumento. Sin embargo, entregan un alto grado de subjetividad a sus respuestas (38).

El estudio de la validez de contenido no validó completamente el instrumento, ya que sólo una parte de las preguntas mostró un RVC' aceptable. Basado en los RVC' obtenidos, la mayoría de los ítems fueron evaluados con un valor sobre el aceptable, por lo que el instrumento creado es exitoso y podría probarse en población objetivo una vez que sea modificado y así completar la evaluación de la validez del instrumento. Esto quiere decir, que el instrumento permite medir cada dominio. Los resultados del presente estudio se condicen con los resultados de otros estudios, en donde se utilizó la misma metodología, sus instrumentos fueron validados con IVC altos y, a pesar de esto, coinciden en que es necesario realizar otros procedimientos que fortalezcan la validación de constructo (23, 39).

En el contexto de validación de test por juicio de expertos, es previsible la aparición de dificultades inherentes a la validación de contenido, como la definición del número de expertos, lo cual difiere ante diversos autores, dado que no hay un acuerdo unánime para su determinación (40). El método de Lawshe modificado por Tristán elimina las limitaciones del método original de Lawshe, el cual ante un número de cinco jueces presenta una alta exigencia de la RVC, en nuestro caso el método propuesto por Lawshe para cinco jueces exige un RVC de 0,99, el cual es exigente, esta metodología disminuye la RVC cuando existe un mayor número de expertos, siendo de RVC de 0,29 cuando el estudio incorpora 40 expertos (41). No obstante, este método no siempre es recomendable, tal y como lo demuestran algunos de los estudios anteriores. No en todos los casos es posible conseguir

que un número elevado de ítems consiga el valor crítico aceptable (42). En el año 2008 Tristán propone un límite constante de 0.5823 para subsanar las exigencias de Lawshe, esta metodología es pertinente para la presente investigación porque el panel consta de cinco jueces. Por lo que utilizamos el modificado por Tristán, que permite superar esas limitaciones, al establecer un número constante para decidir si el ítem es o no válido, sin depender de la cantidad de expertas/os. De esta forma, interpretamos la evaluación del instrumento como válida, ya que el cálculo según la RVC' para el instrumento completo fue de (S-RVC 0,87), considerando los criterios (relevancia y representatividad), por lo que se interpreta que el 87% de los ítems del instrumento son válidos (27, 43).

Finalmente, cabe mencionar que quedaría pendiente la aplicación del instrumento creado. Se recomienda que, en los estudios futuros, se calcule y pruebe la validez de constructo y confiabilidad (24) al administrar el test a una parte de la población. Esto implicaría el uso de dicho instrumento y la medición de los ítems en las personas, esto permitirá obtener información sobre la percepción de riesgo y la adherencia a las medidas de autocuidado. Y, de esta forma, se analice la relación entre ambos dominios en población chilena y obtengan información para establecer prioridades y medidas para las intervenciones de salud ante un estado de emergencia (38). Adicionalmente, este instrumento podría adaptarse para otras amenazas o riesgos para la salud (44-46).

7. REFERENCIAS

1. Cheng ZJ, Shan J. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. *Infection*. 2020;48(2):155-63. doi: 10.1007/s15010-020-01401-y.
2. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020;7(1):11. doi: 10.1186/s40779-020-00240-0.
3. Choi JS, Kim KM. Infection-control knowledge, attitude, practice, and risk perception of occupational exposure to Zika virus among nursing students in Korea: A cross-sectional survey. *J Infect Public Health*. 2018;11(6):840-4. doi: 10.1016/j.jiph.2018.07.002.
4. Costa MF. Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Rev Saude Publica*. 2020;54:47. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002494.
5. Rochefort C, Baldwin AS, Tiro J, Bowen ME. Evaluating the Validity of the Risk Perception Survey for Developing Diabetes Scale in a Safety-Net Clinic Population of English and Spanish Speakers. *Diabetes Educ*. 2020;46(1):73-82. doi: 10.1177/0145721719889068.
6. Falasinnu T, Gilbert M, Gustafson P, Shoveller J. Deriving and Validating A Risk Estimation Tool for Screening Asymptomatic Chlamydia and Gonorrhoea. 2014;41(12):706-12. doi: 10.1097/olq.0000000000000205.
7. Abdelhafiz AS, Mohammed Z, Ibrahim ME, Ziady HH, Alorabi M, Ayyad M, et al. Knowledge, Perceptions, and Attitude of Egyptians Towards the Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *J Community Health*. 2020;45(5):881-90. doi: 10.1007/s10900-020-00827-7.
8. Finucane ML, Alhakami A, Slovic P, Johnson SM. The affect heuristic in judgments of risks and benefits. 2000;13(1):1-17. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00970.
9. Weinstein ND, Kwitel A, McCaul KD, Magnan RE, Gerrard M, Gibbons FX. Risk perceptions: assessment and relationship to influenza vaccination. *Health Psychol*. 2007;26(2):146-51. doi: 10.1037/0278-6133.26.2.146.

10. Siddiqui AA, Alshammary F, Amin J, Rathore HA, Hassan I, Ilyas M, et al. Knowledge and practice regarding prevention of COVID-19 among the Saudi Arabian population. *Work*. 2020;66:767-75. doi: 10.3233/WOR-203223.
11. Kronenfeld JJ. Self care as a panacea for the ills of the health care system: an assessment. *Soc Sci Med*. 1979;13a(3):263-7. doi: 10.1177/1757975911422960.
12. Molla KA, Abegaz SB. Community knowledge, attitude and practices to SARS-CoV-2 disease 2019 (COVID-19): A cross-sectional study in Woldia town, Northeast Ethiopia. *PLOS ONE*. 2021;16(4):e0250465. doi: 10.1371/journal.pone.0250465.
13. Honarvar B, Lankarani KB, Kharmandar A, Shaygani F, Zahedroozgar M, Rahmanian Haghighi MR, et al. Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and field-based study from Iran. *International Journal of Public Health*. 2020;65(6):731-9. doi: 10.1007/s00038-020-01406-2.
14. Slovic P. Perception of Risk. *Science*. 1987;236(4799):280-5. doi: 10.1126/science.3563507.
15. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México*. 2013;55(1):57-66. doi: 10.1590/S0036-36342013000100009.
16. Luque-Vara T, Linares-Manrique M, Fernández-Gómez E, Martín-Salvador A, Sánchez-Ojeda MA, Enrique-Mirón C. Content Validation of an Instrument for the Assessment of School Teachers' Levels of Knowledge of Diabetes through Expert Judgment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(22):8605. doi: 10.3390/ijerph17228605.
17. Alanay A, Cil A, Berk H, Acaroglu RE, Yazici M, Akcali O, et al. Reliability and validity of adapted Turkish Version of Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30(21):2464-8. doi: 10.1097/01.brs.0000184366.71761.84.

18. Walters SJ, Stern C, Robertson-Malt S. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* 2016;14(4):138-97. doi: 10.11124/jbisrir-2016-2159.
19. Kassam-Adams N, Marsac ML, Kohser KL, Kenardy JA, March S, Winston FK. A new method for assessing content validity in model-based creation and iteration of eHealth interventions. *J Med Internet Res.* 2015;17(4):e95. doi: 10.2196/jmir.3811.
20. Yusoff MSB. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Education in Medicine Journal.* 2019;2(2):49–54. doi: 10.21315/eimj2019.11.2.6.
21. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health.* 1997;20(3):269-74. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G).
22. Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. Risk as Analysis and Risk as Feelings: Some Thoughts about Affect, Reason, Risk, and Rationality. 2004;24(2):311-22. doi: <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x>.
23. Vargas Salgado M, Máynez-Guaderrama AI, Cavazos Arroyo J, Cervantes Benavides LE, editors. Validez De Contenido De Un Instrumento De Medición Para Medir El Liderazgo Transformacional (Content Validity of a Measuring Instrument for Transformational Leadership)2016.
24. Esquivel Garzón N, Díaz Heredia LP. Validity and Reliability of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2019;37. doi: 10.17533/udea.iee.v37n3e09.
25. Díaz Mosquera E, Nóbrega M. El MBPQS en Ecuador: Exploración de la validez de contenido para su aplicación en figuras cuidadoras de niños con TEA. *Ciencias Psicológicas.* 2020;14(1):e-2063. doi: 10.22235/cp.v14i1.2063.
26. Ezekiel E, Macklin R, editors. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas.* 1999.

27. Tristán A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 2008;<https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6_Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf>, [accessed 01 Julio 2021](1):75-92.
28. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8.
29. Bernal-García MI, Salamanca Jiménez DR, Perez Gutiérrez N, Quemba Mesa MP. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Educación Médica*. 2020;21(6):349-56. doi: 10.1016/j.edumed.2018.08.008.
30. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(2):214-21. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.03.066.
31. Halek M, Holle D, Bartholomeyczik S. Development and evaluation of the content validity, practicability and feasibility of the Innovative dementia-oriented Assessment system for challenging behaviour in residents with dementia. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):554. doi: 10.1186/s12913-017-2469-8.
32. Choragwicka B, Moscoso S. Validez de contenido de una Entrevista Conductual Estructurada. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2007;<<https://www.redalyc.org/pdf/2313/231317574005.pdf>>, [accessed 04 Noviembre 2021](1):75-92.
33. Raña-Rocha R, López-de-Ullibarri I, Movilla-Fernández MJ, Carvajal CC. Validation of a questionnaire of knowledge and attitudes about the subcutaneous venous reservoir in nursing. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3250. doi: 10.1590/1518-8345.3255.3250.

34. Bacher H, Schweyen R, Vordermark D, Leplow B, Hey J. Development and Validation of an Information Leaflet on Oral Care for Irradiated Patients. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:1791-9. doi: 10.2147/ppa.S256990.
35. Silva T, Castro MCN, Popim RC. Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2383-91. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0015.
36. Barros A, Moreira L, Santos H, Ribeiro N, Santos-Silva F. Development of a Measurement Tool to Assess Students' Knowledge and Perceptions About Cancer (SKPaC). *J Cancer Educ*. 2019;34(3):556-61. doi: 10.1007/s13187-018-1341-9.
37. Schwarzing M, Mohamed MK, Gad RR, Dewedar S, Fontanet A, Carrat F, et al. Risk perception and priority setting for intervention among hepatitis C virus and environmental risks: a cross-sectional survey in the Cairo community. *BMC Public Health*. 2010;10(1):773. doi: 10.1186/1471-2458-10-773.
38. Robles Garrote P, Rojas MDC. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*. 2015;<https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf>, [accessed 04 Noviembre 2021].
39. Espinosa Y, Lloréns L. Exploración de la capacidad de liderazgo para la incorporación de TICC en educación RELATEC - -Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa. 2015;14:35-47. doi: 10.17398/1695-288X.14.3.35.
40. Cabero J, Llorente M. La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Eduweb*, 7 (2), 11-22. 2013.
41. Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. *Personnel Psychology*. 2006;28:563-75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x.
42. Ayre C, Scally AJ. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2014;47(1):79-86. doi: 10.1177/0748175613513808.

43. Zamora-de-Ortiz MS, Serrano-Pastor FJ, Martínez-Segura MJ. Validez de contenido del modelo didáctico P-VIRC (preguntar-ver, interpretar, recorrer, contar) mediante el juicio de expertos. *Formación universitaria*. 2020;13:43-54. doi: 10.4067/S0718-50062020000300043
44. Carlucci L, D'Ambrosio I, Balsamo M. Demographic and Attitudinal Factors of Adherence to Quarantine Guidelines During COVID-19: The Italian Model. *Front Psychol*. 2020;11(2702). doi: 10.3389/fpsyg.2020.559288.
45. Yıldırım M, Güler A. Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study. *Death Studies*. 2020:1-8. doi: 10.1080/07481187.2020.1784311.
46. de Zwart O, Veldhuijzen IK, Elam G, Aro AR, Abraham T, Bishop GD, et al. Perceived Threat, Risk Perception, and Efficacy Beliefs Related to SARS and Other (Emerging) Infectious Diseases: Results of an International Survey. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2009;16(1):30-40. doi: 10.1007/s12529-008-9008-2.

8. ANEXOS

8.1. Carta a expertos/as

VALIDACIÓN DE TEST DE PERCEPCIÓN DE RIESGO COVID-19 Y AUTOCUIDADO, MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

Asunto: **VALIDACIÓN DE TEST DE PERCEPCIÓN DE RIESGO COVID-19 Y
AUTOCUIDADO, MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS**

Estimad@:

Junto con saludar y esperando se encuentre bien, usted ha sido invitad@ a participar en el comité de expert@s para el proceso de validación de un test de percepción de riesgo de COVID-19 y la práctica de medidas de autocuidado. Este test es parte de nuestra memoria para la obtención del título de Cirujano Dentista de la Universidad de Talca cuyo título es “**VALIDACIÓN DE TEST DE PERCEPCIÓN DE RIESGO COVID-19 Y AUTOCUIDADO, MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS**” que se estima finalizar el 12 de Noviembre 2021 y posteriormente esperamos hacer un artículo. Por lo que es relevante contar con su evaluación y observaciones para el test mencionado. Hemos considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia.

Esperamos que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación que contiene:

- Información de percepción de riesgo
- Información sobre conductas preventivas de COVID-19

Se han invitado 27 expert@s de diversas universidades y profesiones, debe responder el formulario por única vez y no será nuevamente consultado. Su nombre no será incluido en la memoria, pero se le consultará en el formulario si nos permite agregar su nombre en los agradecimientos.

Si acepta esta invitación, por favor acceda a este link donde encontrará el instrumento. Se aceptarán respuestas hasta el 8 Octubre de 2021.

<https://forms.gle/5Q2wQGTUFCBpauqz6>

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar por expertos el instrumento y obtener información válida.

ATENTAMENTE

Loreto Nuñez, Docente guía

Rocio Riquelme y Katherine Leyton, Memoristas 6to año.

Universidad de Talca

8.2. Tabla Observaciones de expertos por pregunta

COMENTARIOS POR PREGUNTA					
ITEM	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5
<i>¿Cómo calificaría su estado de salud?</i>	Es una buena pregunta, pero las alternativas de respuesta no siguen un orden claro y refieren a distintos tipos de conceptos. Por ejemplo, si se va a usar una grilla de grados de fragilidad, a Frágil, "Muy fuerte", etc. Por otro lado, "Pobre" es muy polisémico y puede llevar a confusión. Sugiero alternativas más simples en una sola línea ordinal: Excelente, buena, Regular, Mala.	El ítem por sí solo ha demostrado buena capacidad predictiva para sobrevida, pero no se relaciona con Percepción de Riesgo ni conductas de Autocuidado, es la evaluación general de la condición de salud.	Particularmente considero difícil la diferencia entre la alternativa pobre o frágil, el orden podría indicar que ser frágil es peor que una salud pobre. Pero qué es lo que realmente la diferencia. Creo que falta el contraste más claro de una salud excelente y que dé cuenta de una clara jerarquía.	no tengo claro la población diana, sin embargo, creo que la pregunta se vuelve ambigua al no dejar claro la definición de salud, ya que esta es diferente para personal sanitario, como para la población.	No le pongo el puntaje más alto en todo porque no pregunta directamente sobre la percepción de riesgo y autocuidado. Pero entiendo que deba ir esta pregunta general.
<i>Mi percepción de riesgo de contraer COVID-19 es alta</i>	No está mal, pero creo que quedaría mejor como: ¿Cuál es mi nivel de riesgo de contraer COVID-19? con respuestas: baja, media, alta, muy alta.	Es posible que las personas no entiendan lo que se les pregunta, porque se pide evaluar la percepción del riesgo y no directamente el riesgo. Cuando alguien se le pregunta sobre el riesgo, automáticamente nos dará su percepción sobre si cree que el riesgo es alto. Sin embargo, al preguntar sobre la percepción del riesgo, algunos pueden responder sobre su creencia respecto al riesgo (que puede diferir a la evaluación directa respecto al riesgo).	Creo que la formulación de la pregunta puede ser difícil de comprender para todas las personas encuestadas. La palabra percepción es finalmente lo que se quiere medir, pero debería haber un enunciado que la represente de manera más entendible de manera transversal. En reemplazo utilizaría qué tan probable es que pueda contraer la enfermedad de COVID-19, o bien, "Es probable que pueda contraer ...". De este cambio ajustaría las categorías de respuesta.	Al no tener claro la población diana, la pregunta puede estar alterada por factores personales y políticos. recordemos que la información sobre el COVID19 disponible no siempre es de tipo A1. Generando ansiedad que dificulta percepción.	No sé si las personas reflexionen sobre su "percepción de riesgo", lo cambiaría por algo más directo, puede ser como: Me puedo enfermar por COVID-19
<i>Me considero un sujeto de riesgo</i>	No creo que se entienda que es un "sujeto de riesgo", sugiero aclarar que es lo que se quiere preguntar.	Al no indicarse respecto a qué se refiere la autoevaluación como sujeto de riesgo, es una afirmación demasiado amplia. Podría especificarse como de riesgo en el ámbito de salud.	La relevancia de esta pregunta disminuye porque puede ser reemplazada por la pregunta anterior. Creo que la palabra considerarse para lo que se desea saber en esta pregunta, no es la mejor opción. El riesgo debe detallarse, "riesgo a.". Lo anterior le quita claridad por la formulación incompleta y pierde también representatividad. Dejaría la pregunta anterior modificada según comentarios.	Alguien no puede estar en riesgo toda su vida ni las 24 hrs. creo que es importante definir el contexto.	¿No entiendo bien, un sujeto de riesgo en general, de riesgo de morir, de enfermarse por cualquier enfermedad? La redacción no me parece tan directa, podría ser: Me considero una persona de riesgo. Las personas no suelen referirse a sí mismas como sujetos
<i>Es probable que me contagie en los próximos meses</i>	Ninguna	Es lo mismo que el ítem anterior, ¿de qué contagio se está hablando?	Al igual que la pregunta anterior, queda reemplazada por la primera pregunta (P2). Es mucho más clara y un enunciado adecuado. Pero creo que el limitar el tiempo puede distraer al encuestado de lo que se quiere preguntar. Dejaría la P2 con los comentarios.	Todos, incluyendo las personas que tienen un correcto manejo de las EPP podrían tener un quebré que genere contagio.	Es probable que me contagie de COVID-19 en los próximos meses (repetiría siempre en las preguntas a qué nos estamos refiriendo).
<i>Tengo mayor riesgo de tener COVID-19 en próximos meses que hace un año</i>	Ninguna	Sugiero "Tendré mayor riesgo de contagio de COVID-19 en próximos meses, si comparo con el riesgo que tenía hace un año"	No es tan fácil desagregar lo que se desea saber con esta pregunta. ¿El mayor riesgo que se desea medir es por un cambio del comportamiento, actividad de la vida diaria o diagnóstico de enfermedad que presenta un mayor riesgo que antes? Si tiene que ver estas opciones (que serían interesantes de saber en una encuesta de percepción a este tiempo de pandemia), deberían preguntarse directa y detalladamente.	Esta pregunta es adecuada ya que genera contexto.	Hay un tema con la dependencia del momento de la pandemia, que me hace pensar que esto se debería medir en varios momentos. Uniformar a COVID-19
<i>Si no sigo las medidas preventivas tengo mayor probabilidad de contraer COVID-19</i>	No me queda nada claro que se mide en esta pregunta. Es casi una tautología: casi todo el mundo marcará de acuerdo o totalmente de acuerdo, puesto que no seguir las restricciones sin duda aumenta el riesgo. Creo que tienen que aclarar que quieren preguntar. Los únicos que podrían no estar de acuerdo con el ítem serán los que no creen en la existencia del COVID-19 o los antivacunas,		Creo que es una buena pregunta, puntual y directa al encuestado. Sin embargo, detallaría en breves palabras cuáles son las medidas preventivas que se habla: individuales, las impuestas por el MINSAL, etc.	Sin comentarios.	Creo que se puede mejorar la claridad. Podría ser: recomendaciones (y quizás con ejemplos) en vez de medidas preventivas

	pero ese es un grupo pequeño.				
<i>Si no me vacuno mis posibilidades de tener COVID-19 en los próximos 6 meses son altas</i>	OK, mucho más clara que la anterior.	Si no me vacuno, tengo altas posibilidades de tener COVID-19 en los próximos 6 meses	Es una pregunta clara y directa, probablemente el tiempo es un agregado que podría retirarse porque podría confundir el enfocarse solo en la percepción de la intervención de vacunación en sí. Y evitar responder en el tiempo de protección de la vacunación.	actualmente tenemos un porcentaje alto de personas vacunadas creo que es pertinente plantear la pregunta.	¿Se debería preguntar antes si se ha vacunado? Esta sería una pregunta para un subgrupo.
<i>Si me enfermo de COVID-19 podría morir</i>	Sugiero que la gente estime la probabilidad de morir si se enferma de COVID-19, con alternativas: muy alta, alta, media, baja y muy baja.		Es una pregunta bien formulada y bien directa, que tiene adecuadas categorías para su respuesta	de acuerdo	Sin observaciones
<i>Creo que es más probable que mueran personas con otros problemas de salud a causa de una infección por COVID-19 que las que no tienen ningún otro problema de salud</i>	La pregunta es clara pero no veo claro que mide: ¿simplemente cuanto sabe la gente de COVID-19?, me parece poco interesante, salvo que esté dentro de una batería de preguntas pensadas para evaluar conocimiento del COVID-19 que pregunte otras cosas.	Creo que es más probable que mueran personas a causa de una infección por COVID-19, cuando tienen otros problemas de salud al comparar con las que no tienen ningún otro problema de salud.	Quizás debería decir: creo que es más probable que mueran personas que tienen problemas de salud que las que no tienen ningún problema de salud. No se entiende "a causa de una infección de COVID-19", ¿quiere decir que las comorbilidades pueden ser factor de riesgo de COVID?, creo que introducir esa frase complica lo preciso que se quiere conocer	No es tan clara a la lectura.	Creo que se puede mejorar la claridad de la pregunta, pero no se me ocurre como
<i>Dios me protegerá del COVID-19</i>	Hay muchas posibles creencias por las cuales las personas piensan que son invulnerables a los riesgos... ¿por qué puntualizar en una?, ¿qué conocimiento les dará algo tan limitado?, salvo que incluyan otras preguntas sobre percepción de invulnerabilidad (tengo suerte, soy joven, tengo buena salud, etc.) no me parece que esta pregunta suelta tenga relevancia.		No queda claro lo que se quiere medir, creo que no es una buena pregunta, ni representa lo que se desea medir en este cuestionario. De tener un trasfondo debería preguntarse como tal.	Qué pasa si la persona no cree en Dios no tiene forma de responder la pregunta.	Supongo que aquí no interesa diferenciar si la persona es creyente o no
<i>Sería grave que tuviera COVID-19</i>	No entiendo que se quiere medir con esto que no esté en la pregunta de probabilidad de morir por COVID-19. Además, en concepto de "grave" puede ser ambiguo para las personas.		Es una alternativa de preguntar, pero precisaría en lo que se quiere medir. ¿Puede ser reemplazada por algunas de las preguntas ya realizadas? No queda clara la relevancia y por supuesto la representatividad. ¿Puede también que intente evaluar la percepción de qué signifique tener COVID 19, pero que simboliza la gravedad? Podría ser: Considero que sería un problema contraer COVID-19, ¿ya que es una enfermedad que no se sabe cómo puede evolucionar y también puedo contagiar a mis familiares? (¿será algo así en reemplazo?)	A que se refiere con Grave, es importante definir el aspecto que quiere consultar.	Similar a otras preguntas, puede que sea redundante, pero no creo que dañe
<i>Me quedaré sin dinero debido al COVID-19 en los próximos tres meses</i>	Ninguna	Aquí sugiero aclarar si la falta de dinero está asociada a gastos en salud derivados del COVID-19 o a la falta de ingresos por las restricciones para evitar el contagio.	Podría ser relevante, pero no es clara la pregunta. ¿El problema de quedarse sin dinero es contextual?, pesquisa la situación actual o a futura (en relación con el tiempo que se pregunta)? Si fuese más bien contextual y a futuro, podría preguntar, algo parecido a esto: Esta pandemia ha producido cambios en los ingresos de mi familia y puede que en los próximos meses esta situación empeore.	sin recomendación	Propuesta: En los próximos meses, me quedaré sin dinero debido al COVID-19
<i>Creo que perderé mi trabajo debido al COVID-19 en los próximos meses</i>	Ninguna	Sugiero especificar si es por las restricciones para evitar el contagio.	Creo que es más clara que la anterior	sin recomendaciones	Propuesta: Puedo perder mi trabajo en los próximos meses debido al COVID-19
<i>Estoy expuesto en mi lugar de trabajo al COVID-19</i>	Creo que la idea de la pregunta es buena, pero tienen que mejorar la redacción. Sugiero: "En mi lugar de trabajo estoy expuesto a contraer COVID-19". Ojo, si preguntan por lugar de trabajo deberían	Sugiero "En mi lugar de trabajo estoy expuesto/a al contagio de COVID-19"	Es una buena pregunta. Me queda claro que es solo lugar de trabajo y no considera transporte. La palabra expuesto a mi juicio no estaría mal, sin embargo, podría detallarse, por ejemplo: mi lugar de trabajo tiene condiciones que me ponen	s/r	Sugerencia: En mi lugar de trabajo estoy expuesto/a al COVID-19

	preguntar por el transporte para llegar a él, pues las personas tienen preocupación de contagiarse en el transporte público, sobre todo.		más en riesgo a contraer COVID-19		
<i>Tengo acceso a un Servicio de Salud</i>	Acceder a un servicio de salud puede ser una forma ambigua de preguntar, además que no hace referencia al COVID-19. Sugiero mejor puntualizar que si me enfermo de COVID-19 tengo acceso a un servicio de salud que me puede atender adecuadamente.		No creo que es comprendido la para todos lo que significa un servicio de salud. Quizás preguntar directamente: ¿Si me enfermo tengo la facilidad de consultar a un centro de salud (consultorio, hospital, centro médico, etc.) que atenderá mi problema de salud?	s/r	¿Sería a un consultorio?
<i>Por tener de COVID-19 mi vida se vería afectada emocionalmente</i>	La idea es buena, pero sugiero mejorar la redacción: "Enfermarme de COVID-19 afectaría mi vida emocional"... en todo caso, parece que están preguntando por "vida emocional", que usualmente para las personas se refiere a relaciones afectivas de pareja o familiares, y quizá ustedes quieren preguntar por estado de salud mental. En ese caso sugiero otra redacción, más directa: "Enfermarme de COVID-19 afectaría la calidad de mi salud mental" o "Enfermarme de COVID-19 me afectaría emocionalmente".	Tener COVID-19 me afectaría emocionalmente	Desagregaría que es afectada emocionalmente.	s/r	Si tuviera COVID-19, mi vida se vería afectada emocionalmente
<i>Tener COVID-19 me hace sentir:</i>	Está extraña la redacción de este ítem... sugiero mejor: "pensar en que puedo enfermarme de COVID-19 me hace sentir"		Podría ser más de una respuesta	Encuentro correcto integrar la opción otros.	Usar lenguaje inclusivo, por ej. furiosos/a
<i>A pesar de que no me he contagiado, me afecta emocionalmente el coronavirus</i>	¿Y si alguien ya tuvo COVID-19?, piensen que más o menos el 10% de la población lo ha tenido. Sugiero hacer una pregunta filtro anterior (anterior a la 17 incluso): ¿Has tenido COVID-19?, y si responde no, preguntar la 17 y 18. Si contesta sí, quizá les interesa modificar las preguntas 17 y 18 para adaptarse a ello.		Es una buena pregunta, quizás entre paréntesis igual que el comentario anterior desagregar que es emocionalmente.	Qué pasa si se contagió, no tiene como responderla, sería estadísticamente impreciso	Propuesta: A pesar de que no me he contagiado, la pandemia de COVID-19 me afecta emocionalmente. Pregunta, descarta a los/as contagiados/as?
<i>¿Me preocupo de adoptar medidas para prevenir la infección por COVID-19?</i>	Ninguna		Es clara y directa	S/R	Sin obs.
<i>Me lavo las manos.</i>	Ninguna		Es relevante para medir medidas protectoras. Solo completaría más la pregunta: con qué frecuencia lava sus manos	S/R	Sin obs.
<i>Al realizar el lavado de manos: Marca una o más opciones</i>	Ninguna		Me confunde un poco. Es posible que una pregunta sea en relación con el lavado de mano y otra pregunta es el uso de alcohol gel. Porque o si no sería: De que maneras mantienes limpias sus manos	S/R	El lavado dura al menos 30 segundos o lo hago al menos durante 30 segundos
<i>Evito saludar de mano, beso o abrazo.</i>	Ninguna		Sin observaciones	S/R	Sin obs.
<i>Estornudo o toso con el antebrazo o en un pañuelo desechable.</i>	Ninguna		Sin observaciones	S/R	Sin obs.
<i>Mantengo ambientes ventilados</i>	Ninguna		Sin observaciones	S/R	Parece muy genérica, ver alternativa en proyecto OMS
<i>Mantengo distancia física de al menos un metro.</i>	Ninguna		Al estar con otra(s) personas mantengo distancia física de al menos 1 metro	S/R	¿También parece demasiado genérica, cuando salgo de mi casa, cuando estoy con desconocidos?
<i>Estoy alerta a los</i>	Ninguna		Si es evaluar el estado de preocupación quizás agregar a	S/R	Hay un número 13 que no corresponde

<i>síntomas del COVID-19: fiebre, tos, dificultad respiratoria, dolor de pecho, pérdida del olfato o del gusto (13)</i>			esta pregunta: de presentar estos síntomas consultaría por ellos para descartar si se trata de COVID-19. Me da la impresión que este invierno (2021) como hubo otros virus circulantes, las personas dejaron de consultar inmediatamente pensando que era infección por otra causa respiratoria. Medir esa situación sería interesante, ya que diferencia del invierno 2020 casi lo único que circulaba era COVID.		
<i>Evito tocar mi cara, ojos, nariz y boca antes de lavarme las manos.</i>	Ninguna		Sin observaciones	S/R	Sin obs.
<i>Evito compartir artículos de higiene o de alimentación .</i>	Ninguna		Sin observaciones	S/R	Evito compartir artículos de higiene o alimentación.
<i>Uso la mascarilla en espacios cerrados.</i>	Ninguna		Hay que especificar espacio cerrado, ¿otros espacios que no son su hogar?, espacios cuando se encuentra con personas que no son de su grupo familiar?	agregaría un aforo, es pertinente en algunos casos, en otros está contraindicado	Sin obs.
<i>Uso la mascarilla en espacios abiertos.</i>	Ninguna		Lo mismo que pregunta anterior. ¿Especificar que se entienda por espacios abiertos, con personas fuera del grupo familiar?	limitaría la respuesta, recordemos que estamos en vía de que se permita la mascarilla en lugares abiertos	Sin obs.
<i>¿Me he vacunado contra el COVID-19?</i>	Ninguna		Sin observaciones	dejaría esta pregunta antes	Sin obs.
<i>Si su respuesta fue sí ¿Cuántas dosis?</i>	Ninguna		Creo que debe responder si ha completado las dosis que ha indicado el Ministerio de Salud, incluyendo refuerzo si fue calendarizado. Porque ya estamos en etapa de evaluar también administración de refuerzo, para medir claramente su comportamiento a adoptar intervenciones de prevención de la enfermedad y que se ha mantenido su preocupación de mantenerlas hasta ahora.	S/R	También está el caso de personas que no necesitan dosis de refuerzo
<i>¿Con qué vacuna?</i>	Ninguna	4	Dependiendo de lo que se quiera medir, no sé qué tan necesario como medidas de autocuidado saber que vacuna le corresponde por decisión ministerial	desconozco la población diana, la mayoría de los pacientes no tienen claro este dato.	Que pasa con las personas que tienen más de una vacuna (estoy sin acentos)
<i>Si su respuesta es no ¿Por qué no se ha vacunado?</i>	Ninguna, se nota que lo de ustedes es el campo de la salud, esta parte está mucho mejor que las preguntas emocionales y actitudinales.	4	Agregaría tengo una contraindicación y después otra	S/R	Ojo con el orden, la respuesta es no a que pregunta

8.3. Tabla con modificación de preguntas

	Ítem original	Ítem modificado
1	¿Cómo calificaría su estado de salud?	Cambiar alternativas a Excelente, buena, Regular, Mala.
2	Mi percepción de riesgo de contraer COVID-19 es alta	Mi riesgo de contraer COVID-19 es alto
3	Me considero un sujeto de riesgo	ELIMINAR
4	Es probable que me contagie en los próximos meses	Es probable que me contagie de COVID-19 en los próximos meses
5	Tengo mayor riesgo de tener COVID-19 en próximos meses que hace un año	Tendré mayor riesgo de contagio de COVID-19 en próximos meses, si comparo con el riesgo que tenía hace un año
6	Si no sigo las medidas preventivas tengo mayor probabilidad de contraer COVID-19	Si no sigo las medidas impuestas por el MINSAL (uso de mascarilla, lavado de manos, etc)) tengo mayor probabilidad de contraer COVID-19
7	Si no me vacuno mis posibilidades de tener COVID-19 en los próximos 6 meses son altas	Si no me vacuno, tengo altas posibilidades de tener COVID-19 en los próximos 6 meses
8	Si me enfermo de COVID-19 podría morir	<i>Sin modificación</i>
9	Creo que es más probable que mueran personas con otros problemas de salud a causa de una infección por COVID-19 que las que no tienen ningún otro problema de salud	Creo que es más probable que mueran personas que tienen problemas de salud que las que no tienen ningún problema de salud
10	Dios me protegerá del COVID-19	ELIMINAR
11	Sería grave que tuviera COVID-19	ELIMINAR
12	Me quedaré sin dinero debido al COVID-19 en los próximos tres meses	Esta pandemia ha producido cambios en los ingresos de mi familia y puede que en los próximos meses esta situación empeore.
13	Creo que perderé mi trabajo debido al COVID-19 en los próximos meses	<i>Sin modificar</i>
14	Estoy expuesto en mi lugar de trabajo al COVID-19	En mi lugar de trabajo estoy expuesto/a al contagio de COVID-19
15	Tengo acceso a un Servicio de Salud	¿Si me enfermo tengo la facilidad de consultar a un centro de salud (consultorio, hospital, centro médico, etc.) que atenderá mi problema de salud?
16	Por tener de COVID-19 mi vida se vería afectada emocionalmente	Si tuviera COVID-19, mi vida se vería afectada emocionalmente
17	Tener COVID-19 me hace sentir:	Si tuviera COVID-19, me haría sentir: / agregar en alternativas lenguaje inclusivo
18	A pesar de que no me he contagiado, me afecta emocionalmente el coronavirus	Responde la pregunta 18 o 19 según el enunciado que se asemeje con tu situación: A pesar de que no me he contagiado, la pandemia de COVID-19 me afecta emocionalmente. AGREGAR PREGUNTA: El haber tenido/tener Covid-19 me afectó/a emocionalmente.
19	¿Me preocupo de adoptar medidas para prevenir la infección por COVID-19?	<i>Sin modificar</i>
20	Me lavo las manos.	<i>Sin modificar</i>

21	<i>Al realizar el lavado de manos: Marca una o más opciones</i>	<i>Sin modificar</i>
22	<i>Evito saludar de mano, beso o abrazo.</i>	<i>Sin modificar</i>
23	<i>Estornudo o toso con el antebrazo o en un pañuelo desechable.</i>	<i>Sin modificar</i>
24	<i>Mantengo ambientes ventilados</i>	<i>Sin modificar</i>
25	<i>Mantengo distancia física de al menos un metro.</i>	<i>Sin modificar</i>
26	<i>Estoy alerta a los síntomas del COVID-19: fiebre, tos, dificultad respiratoria, dolor de pecho, pérdida del olfato o del gusto (13)</i>	<i>Sin modificar</i>
27	<i>Evito tocar mi cara, ojos, nariz y boca antes de lavarme las manos.</i>	<i>Sin modificar</i>
28	<i>Evito compartir artículos de higiene o de alimentación.</i>	<i>Sin modificar</i>
29	<i>Uso la mascarilla en espacios cerrados.</i>	<i>Uso la mascarilla en espacios públicos cerrados.(transporte público,supermercado,etc)</i>
30	<i>Uso la mascarilla en espacios abiertos.</i>	<i>Uso la mascarilla en espacios públicos abiertos.(parques, calle,etc)</i>
31	<i>¿Me he vacunado contra el COVID-19?</i>	<i>Sin modificar</i>
32	<i>Si su respuesta fue sí ¿Cuántas dosis?</i>	<i>Sin modificar</i>
33	<i>¿Con qué vacuna?</i>	<i>¿Con qué vacuna/as?</i>
34	<i>Si su respuesta es no ¿Por qué no se ha vacunado?</i>	<i>Agregar en alternativas “Tengo contraindicación”</i>

8.4. Tabla: Valores RVC 'asignados a cada ítem por criterios evaluados para el dominio autocuidado

<i>ITEM</i>	<i>RELEVANCIA</i>	<i>CLARIDAD</i>	<i>REPRESENTATIVIDAD</i>
<i>¿Me preocupo de adoptar medidas para prevenir la infección por COVID-19?</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Me lavo las manos.</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Al realizar el lavado de manos: Marca una o más opciones</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Evitar saludar de mano, beso o abrazo.</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Estornudo o toso con el antebrazo o en un pañuelo desechable.</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Mantengo ambientes ventilados</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Mantengo distancia física de al menos un metro.</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Estoy alerta a los síntomas del COVID-19: fiebre, tos, dificultad respiratoria, dolor de pecho, pérdida del olfato o del gusto (13)</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Evito tocar mi cara, ojos, nariz y boca antes de lavarme las manos.</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Evito compartir artículos de higiene o de alimentación.</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Uso la mascarilla en espacios cerrados.</i>	1,00	1,00	1,00

<i>Uso la mascarilla en espacios abiertos.</i>	1,00	1,00	1,00
<i>¿Me he vacunado contra el COVID-19?</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Si su respuesta fue sí ¿Cuántas dosis?</i>	1,00	1,00	1,00
<i>¿Con qué vacuna?</i>	1,00	1,00	1,00
<i>Si su respuesta es no ¿Por qué no se ha vacunado?</i>	1,00	0,80	1,00
<i>Promedio</i>	1,00	0,99	1,00