



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1
AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE UN
INSTRUMENTO QUE MIDA LA INTENCIÓN DEL CONSEJO
PRECONCEPCIONAL DE LOS MÉDICOS EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN**

TESIS

**PRESENTADA POR:
GRISELDA GÓNGORA SERNA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

**ASESOR:
DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ**

AGUASCALIENTES, AGS., A FEBRERO 2021



AGUASCALIENTES, AGS. A NOVIEMBRE 2021

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. GRISELDA GÓNGORA SERNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO QUE
MIDA LA INTENCIÓN DEL CONSEJO PRECONCEPCIONAL DE LOS MÉDICOS DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

Número de Registro: **R-2019-101-015** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Griselda Góngora Serna asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante al comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jannett Padilla López', written over a circular stamp or mark.

**DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
ASESOR DE TESIS**



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2021

**DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. GRISELDA GÓNGORA SERNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO QUE
MIDA LA INTENCIÓN DEL CONSEJO PRECONCEPCIONAL DE LOS MÉDICOS DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

Número de Registro: **R-2019-101-015** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Griselda Góngora Serna asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos A. Prado'.

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 08/01/21

NOMBRE: GRISELDA GONGORA SERNA

ID

7 7 3

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA LA INTENCIÓN DEL CONSEJO PRECONCEPCIONAL DE LOS MÉDICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): EVALUACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO EN PRIMER NIVEL, PARA MEJORAR ATENCIÓN.

INDICAR SI/ NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
NO Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutoral, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si x

No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Dr. Jorge Prieto Macías

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de un logro más en la vida a pesar de las adversidades, de recordarme el valor de esta profesión y la importancia de investigación en nuestra vida diaria.

A mi madre que siempre ha estado ahí, que asumió el papel de madre y padre, que nunca se dio por vencida, gracias por ser un ejemplo de vida.

A ti mi hermana Bertha que en las buenas y en las malas siempre has estado ahí para nosotros, que me alientas a seguir adelante a pesar de caerme siempre me tiendes la mano no importa la adversidad, compañera y confidente de aventuras.

A ti mi hermana Gabriela que siempre me has mostrado ser una persona fuerte, un alma libre que aprendió a volar.

A ti mi hermano Ricardo por brindarme la inspiración de ser mejor cada día, de cumplir tus metas a pesar de las adversidades, de tu apoyo incondicional en todas mis caídas.

A ti abuelita que sé que estás ahí en el cielo cuidándome a cada paso que doy.

A toda mi familia que a pesar de tomar diferentes caminos seguimos juntos en esta travesía.

A mis amigos de esos que se cuentan con la palma de las manos que, a pesar de la distancia y el silencio, siempre saben cómo ayudarme cuando me he dado por vencida.

A mi asesora la Dra. Jannett que no me abandono en cada momento a pesar de casi darme por vencida, que siempre estuvo a mi lado no solo como asesora sino también como amiga, por creer en mí a pesar de que dudaba de mí misma en terminar este proyecto, por mostrarme de lo que soy capaz de hacer, por todo ese tiempo invertido en mí, mil gracias Dra.

A todos los que colaboraron que este proyecto fuera un hecho, a mi panel de expertos, a mi grupo focal y a todos los médicos que sin importar lo ocupados que estuvieran pudieron hacer posible este sueño, gracias por su granito de arena.

A las Dras. Jannett, Estrella, Alanis, Georgina y Carolina que me ayudaron a mi proyecto de tesis con sus conocimientos, porque no solo es grande el que sabe sino aquel que lo comparte.

A mis profesores por su tiempo y dedicación para enseñarnos, mostraron eso que los libros nunca enseñan la humanidad ante los pacientes.

También a todos esos compañeros que cayeron en combate, que estuvimos unidos por la angustia de una enfermedad desconocida, que no le importo el estado socioeconómico, cultural, etc. a todos ellos les doy gracias.

A todos y cada uno de los que lograron formar parte de mí, a todos muchas gracias y les puedo decir lo hemos logrado.

DEDICATORIA

A mi familia por darme su tiempo y apoyo incondicional, ahora vamos por más.

A la Dra Jannett por todo su tiempo que me ha brindado y guiarme en esta travesía tan llena de cosas nuevas que jamás imagine lograr, por hacer mis sueños realidad. Espero nunca defraudarla.

A ti Griselda que lo has logrado a pesar de no creer en ti misma aquí está, cada lagrima, cada esfuerzo ha valido la pena, tu única limitación es la que decidas poner tu misma... Nunca olvides que te quiero.



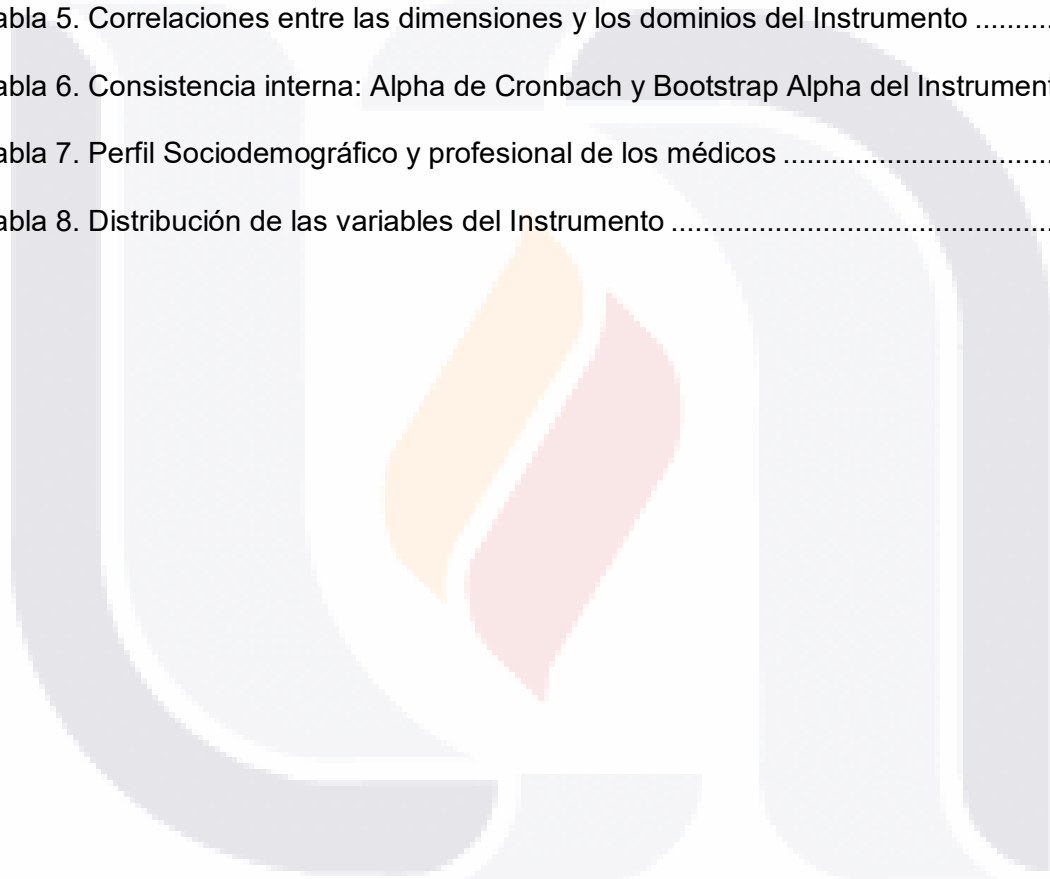
ÍNDICE GENERAL

Índice General.....	1
Índice de Tablas.....	3
Índice de Gráficas y Figuras.....	4
Acrónimos	5
Resumen.....	6
Abstract.....	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. ANTECEDENTES.....	9
2.1.A. Antecedentes Científicos	10
2.1.B. Antecedentes del Consejo Preconcepcional.....	12
2.2. Teorías.....	13
2.2.A. Teorías y Modelos del Comportamiento Humano.....	13
2.2.B. Modelo de la Teoría de la Acción Razonada (TAR).....	14
2.2.C. Modelo de la Teoría del Comportamiento Planeado (TPB).....	15
2.2.D. Intención.....	16
2.3. MARCO DE REFERENCIA.....	16
2.3.A. Validación.....	16
2.3.B. Validez de Contenido.....	16
2.3.C. Validez Aparente.....	16
2.3.D. Validez de Constructo.....	17
2.3.E. Validez de Criterio.....	17
2.3.F. Confiabilidad.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
6. OBJETIVOS	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
7. MATERIAL Y METODOS	22
Diseño de estudio	22
Universo de trabajo.....	22

Población de estudio	22
Unidad de Análisis	22
Criterios de selección	22
Muestreo	23
Tamaño de la muestra.....	23
Descripción de las variables y operacionalización de las variables	23
Construcción inicial del Instrumento.....	25
Logística.....	25
Validación del Instrumento	26
Procesamiento y análisis de datos.....	28
8. ASPECTOS ETICOS	30
9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	32
10. RESULTADOS	33
Validez de contenido	33
Validez aparente	33
Validez de constructo	33
Validez de Criterio.....	38
Confiabilidad	38
Análisis de variables sociodemográficas	39
Distribución de variables.....	40
11. DISCUSIONES	41
12. SEGOS Y LIMITACIONES	43
13. RECOMENDACIONES	43
14. CONCLUSIÓN.....	44
15. GLOSARIO	45
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
17. ANEXOS	A

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frases no entendibles por los médicos	33
Tabla 2. Criterio de Normalidad.....	33
Tabla 3. Rotación de Componentes.....	35
Tabla 4. Índice de bondad de ajuste	37
Tabla 5. Correlaciones entre las dimensiones y los dominios del Instrumento	38
Tabla 6. Consistencia interna: Alpha de Cronbach y Bootstrap Alpha del Instrumento	38
Tabla 7. Perfil Sociodemográfico y profesional de los médicos	39
Tabla 8. Distribución de las variables del Instrumento	40



ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS

Figura 1. Detalle de la búsqueda bibliográfica y la selección de estudio. Diagrama de Flujo

PRISMA9



ACRÓNIMOS

Siglas	Descripción
UMF1	Unidad de Medicina Familiar Número 1
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
DFH	Fenitoína (Difenilhidantoína)
TAR	Teoría de la Acción Razonada
TPB	Teoría del Comportamiento Planeada
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis
n	Número
KMO	Kaiser Meyer Olkim
CFI	Comparative Fit Index
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
ASE	Modelo Attitude, Social influence y Efficacy
RMM	Razón de Muerte Materna
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
TLI	Ticker-Lewis index
SRMR	Standardized Root Mean square Residual
IC P95%	Intervalo de confianza al 95% basado en Percentiles
IC BCa	Intervalo de Confianza basado en modelo BCa

Abreviatura Descripción

Et al. Et alii

RESUMEN

Título: construcción, validación y confiabilidad de un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional de los médicos de primer nivel de atención.

Antecedentes: A pesar de que existe evidencia que el consejo preconcepcional disminuye el riesgo de complicaciones materno fetales, no se lleva a cabo. Existen diferentes teorías y modelos que tratan de explicar lo que motiva e influencia a llevar a cabo el dicho consejo. Hay pocos estudios que examinan el comportamiento de la intención para el consejo preconcepcional, solo uno habla sobre la intención de llevarla a cabo, con deficiencias conceptuales y metodológicas que no permite una medición adecuada del consejo preconcepcional ya que es un importante pilar en la prevención de complicaciones materno fetales. **Objetivo:** Construir y valorar la validez y confiabilidad un instrumento para medir la intención del consejo preconcepcional basada en la teoría del comportamiento planeado en médicos del primer nivel de atención. **Material y métodos:** Estudio instrumental de construcción, valoración de validez y confiabilidad de un instrumento de medición. Muestreo por conveniencia, en todos los médicos de la Unidad de Medicina Familiar #1. Se usó estadística descriptiva, se realizó: validez de contenido con método Delphi; validez aparente con metodología con un grupo focal (médicos de primer nivel de atención); validez de constructo con análisis factorial exploratorio con análisis de componentes principales y rotación varimax, el análisis factorial confirmatorio con modelación de ecuaciones estructurales, validez de criterio con correlación de Spearman, y la confiabilidad con alpha de Cronbach. Se usó es STATA versión 13 y para el análisis cualitativo Atlas.ti versión 8. **Resultados:** La validez de constructo mostro varianza por cada dimensión > 17.42% y varianza total por cada dominio > 78%. La validez de criterio, presentó una correlación moderada-elevada (extremos: 0.3113-0.8340). La confiabilidad total del instrumento fue 0.9528. **Recursos e infraestructura:** El proyecto contó con recursos humanos asesor de tesis y tesista. Se contó con infraestructura de equipo de cómputo, así como paquetes estadísticos, para el análisis. Se contó con investigador metodológico con experiencia en construcción de instrumentos quien dirige este proyecto que se desarrolló en 18 meses. **Conclusiones:** Se ha obtenido un instrumento que mide la intención del Consejo Preconcepcional basada en la Teoría del Comportamiento Planeado con buena validez y confiabilidad. **Palabras claves:** Consejo preconcepcional, intención, teoría del comportamiento planeado, validación de un instrumento, construcción, teoría psicométrica.

ABSTRACT

Title: construction, validation and reliability of an instrument that measures the intention of the preconception counseling of first level care physicians. Background:

Although there is evidence that preconception counseling reduces the risk of maternal-fetal complications, it is not carried out. There are different theories and models that try to explain what motivates and influences carrying out said advice. There are few studies that examine the behavior of intention for preconception advice, only one talks about the intention to carry it out, with conceptual and methodological deficiencies that do not allow an adequate measurement of preconception advice since it is an important pillar in the prevention of maternal fetal complications. **Objective:** To construct and assess the validity and reliability of an instrument to measure the intention of preconception counseling based on the theory of planned behavior in primary care physicians. **Material and methods:** Instrumental study of construction, assessment of validity and reliability of a measuring instrument. Convenience sampling, in all the doctors of Family Medicine Unit # 1. Descriptive statistics were used, it was carried out: content validity with the Delphi method; face validity with methodology with a focus group (first level care physicians); Construct validity with exploratory factor analysis with principal component analysis and varimax rotation, confirmatory factor analysis with structural equation modeling, criterion validity with Spearman correlation, and reliability with Cronbach's alpha. STATA version 13 was used and for the qualitative analysis Atlas.ti version 8. Results: The construct validity showed variance for each dimensión > 17.42% and total variance for each domain > 78%. Criterion validity presented a moderate-high correlation (extremes: 0.3113-0.8340). The total reliability of the instrument was 0.9528. **Resources and infrastructure:** The project had human resources thesis advisor and thesis. There was a computer equipment infrastructure, as well as statistical packages, for the analysis. There was a methodological researcher with experience in instrument construction who directs this project, which was developed in 18 months. **Conclusions:** An instrument has been obtained that measures the intention of the Preconception Council based on the Theory of Planned Behavior with good validity and reliability. **Keywords:** Preconception advice, intention, theory of planned behavior, validation of an instrument, construction, psychometric theory.

1. INTRODUCCIÓN

Los beneficios de realizar consejo preconcepcional en toda mujer en edad fértil son bien conocidos, pero a pesar de esto no se lleva a cabo de manera rutinaria por el Médico de primer nivel, en México no existe una guía de práctica clínica que oriente acerca de cómo llevarla a cabo.

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes teorías y modelos que tratan de explicar lo que motiva e influencia al ser humano para llevar a cabo un comportamiento. Sin embargo, no existe ningún instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional en los médicos de primer nivel de atención en la teoría del comportamiento planeado.

Por eso surge la necesidad de la creación de un instrumento válido y confiable que mida adecuadamente la motivación e influencia que tienen los Médicos Familiares sobre el consejo preconcepcional ya que son un pilar en la prevención de complicaciones materno fetales. Su importancia radica en la identificación de los factores psicosociales para la realización del consejo preconcepcional, la actitud que tenga el médico de llevarla a cabo, la presión social de las pacientes, compañeros y directivos (norma subjetiva) y finalmente la percepción del control que tenga sobre la capacidad de controlar las dificultades que se le presenten en realizarlo durante la consulta es clave fundamental en la disposición que tenga para llevarlo a cabo.

Para una adecuada medición, debe existir un instrumento, que mida el consejo preconcepcional bajo el contexto de la intención sin deficiencias conceptuales o metodológicas en la elaboración del instrumento.

El presente estudio se realizó desde la construcción, posteriormente se realizó la validación y confiabilidad del instrumento con la finalidad de medir la intención del consejo preconcepcional en los médicos de primer nivel de atención basada en la teoría del comportamiento planeado en las que se encuentra implícito el consejo preconcepcional, riesgo reproductivo, prevención, educación y promoción a través de las dimensiones actitud, norma subjetiva, control percibido e intención.

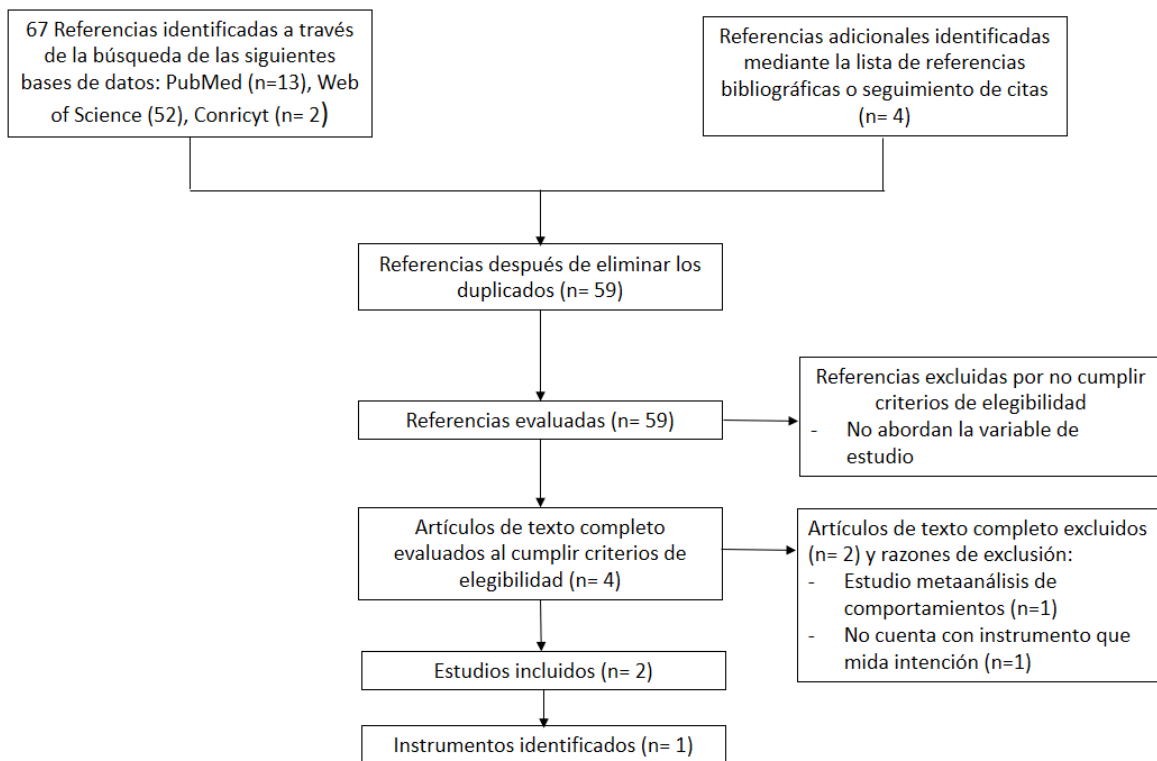
2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La calidad metodológica de los instrumentos y su proceso de validación es un factor importante para obtener una validez y confiabilidad adecuada. Se realizó una revisión para buscar si existen instrumentos validados para la medición de la intención del consejo preconcepcional. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura de acuerdo con las directrices Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis (PRISMA) en la base de datos MEDLINE / PubMed, Web of Science y Conricyt. La estrategia de búsqueda que se utilizó fueron los siguientes descriptores: “Intention” AND “Counseling” (Figura1).

Se escogieron estas tres fuentes de información por los siguientes motivos: Web of Science y Conricyt para la identificación de estudios publicados en revista con factor de impacto; MEDLINE, por su magnitud y ser la fuente recomendada en el Cochrane Handbook for Systematic Reviews.

Figura 1. Detalle de la búsqueda bibliográfica y la selección de estudio. Diagrama de Flujo PRISMA



2.1.1. Antecedentes Científicos

En la búsqueda de la información, se encontraron instrumentos diseñados y validados para medir la intención en diversos problemas de salud (1–4), en específico la teoría del comportamiento planeado, que es una de las teorías que ha explicado diversos comportamientos (5).

Un estudio instrumental realizado por Villar et al. donde elaboraron una construcción y validación de una escala de actividad física basada en la TPB el cual se evaluó mediante un panel de expertos la validez de contenido; el análisis factorial exploratorio se llevó a cabo mediante el índice KMO de 0.92 que muestra la factibilidad y la prueba Barlett ($p < 0.01$) adecuada para la validez de constructo; obteniendo una consistencia interna muy alta con un Alpha de Cronbach que va de 0.87 a 0.91 ya que cada dimensión obtuvo su propia confiabilidad; lo que muestra que este instrumento tenga validez y confiabilidad adecuada (6).

Bello et al. realizaron una construcción y validación de la escala de intención donde se evaluó mediante un análisis cualitativo para determinar la validez de contenido, se realizaron dos escalas una para mujeres y otra para hombres mediante un análisis factorial exploratorio con una varianza explicada mayor a lo que indica el criterio psicométrico de 86.772% y de 76.278%, un KMO factible de 0.789 y de 0.736, una esfericidad de Bartlett adecuada y altamente significativa ($\chi^2 = 1861.149$; $gl=15$; $p < 0.01$ y $\chi^2 = 1881.094$; $gl=15$; $p < 0.01$) que determinó la validez de constructo, una confiabilidad muy alta con un Alpha de Cronbach de 0.82 y 0.88 respectivamente, permitiendo que el instrumento sea válido y confiable (7).

Noriega et al. elaboraron un modelo de medición de la intención de consumo de alcohol donde se evaluó la validez de contenido a través del panel de expertos; un análisis factorial exploratorio con un índice de KMO factible de 0.90 y una prueba de Bartlett adecuada con una $\chi^2 = 4774.8$, $p < 0.001$, con una varianza explicada de 66.1% menor a lo requerido como criterio psicométrico, un análisis factorial confirmatorio satisfactorio con CFI 0.998, RMSEA 0.028 adecuada para la medición de constructo y una confiabilidad muy alta con un Alpha de Cronbach del 0.93, este instrumento a pesar de tener una muy buena confiabilidad no permite medir de manera adecuada, debido a que no cumple con los criterios psicométricos de validez de constructo, sin permitir evaluar el grado de significado que este nos da (8).

Otro estudio realizado para crear un instrumento para medir la intención de Consumo de Cannabis fue sometido a evaluación para validez aparente por medio de un panel de jueces expertos e independientes, los índices de curtosis presentan una gran variación desde -0.92 hasta 6.78 no cumpliendo los criterios de normalidad, los ítems presentaron cargas factoriales de 0.51 a 0.66 cumpliendo con el criterio psicométrico, pero no muestra la varianza, con un análisis factorial confirmatorio no satisfactorio con un CFI 0.775, RMSEA 0.165 no adecuada para la medición de constructo, con una confiabilidad alta en las dimensiones de autoeficacia hacia la abstinencia e intención del 0.70, este instrumento muestra errores metodológicos, sin una validez de constructo y para algunos autores la confiabilidad no es adecuada, por lo que no lo hace valido ni confiable (9).

Temel et al. desarrollaron un cuestionario con el modelo ASE que consta de 124 ítems, en holandés acompañado de una traducción al inglés o turco dependiendo del origen étnico del entrevistado, con las siguientes dimensiones: actitud, autoeficacia, habilidades, conocimiento, barreras e intención; en donde un equipo de expertos participo en la realización del cuestionario, con una validez aparente y contenido realizado de forma cualitativa grupal por medio de una prueba con 6 sujetos de estudio piloto, con una Alpha de Cronbach del 0.83, no se realiza validez transcultural, ni validez de constructo ni criterio, se envían inicialmente las encuestas y en caso de que entrevistado no conteste de manera eficiente se lleva a cabo en una entrevista oral por personal capacitado en el domicilio del participante, la prevalencia de los resultados y los determinantes (como la educación) se vieron afectados por la participación selectiva, sesgos de memoria por parte de la participante en información pasada, este instrumento no muestra una buena validez, con errores metodológicos, no es adecuado a pesar de tener una confiabilidad muy alta (10).

Todos los estudios coinciden en la importancia de conocer la actitud, la norma subjetiva y la percepción del control volitivo ya que son factores que influyen y predicen la intención de llevar a cabo un comportamiento (5,11).

De acuerdo al estudio realizado por Toivonen más del 40% de los estudios que examinan el comportamiento hacia el consejo preconcepcional están centrados de manera exclusiva en el uso de ácido fólico o con un enfoque general al uso de ácido fólico, alcohol y drogas. Son escasos los estudios de medición de la intención en la consejería preconcepcional (12), el instrumento existente muestra características sociodemográficas diferentes, con deficiencias conceptuales y metodológicas, y sesgos en la elaboración del instrumento (13).

Una manera de contribuir desde el primer nivel para orientar a las mujeres en edad fértil, es mediante la participación de los médicos donde la piedra angular en su labor diaria es la prevención, influyendo en la modificación del riesgo preconcepcional, esto inicialmente, mediante la identificación de la intención del médico en otorgar el consejo preconcepcional (14).

2.2. Antecedentes del Consejo Preconcepcional

En España se han realizado estudios donde se han obtenido resultados como gestaciones planificadas (70-80%), pacientes que acuden a consejo preconcepcional del 7-24%, donde existe discrepancias en si la prevención de complicaciones sea la causa más frecuente del 4.3 al 40.8% (15–17).

En un estudio realizado por Roviralta et al., casi dos tercios de las mujeres acuden al sistema público, donde el 60.2% de las mujeres acuden a consejo preconcepcional con el médico de familia (16).

Solo una pequeña proporción de las mujeres que acuden a consejería preconcepcional lo realizan de manera preventiva (4%), ante la escasa demanda se debe promocionar y difundir para garantizar que las parejas estén informadas y en un estado de salud adecuado previo a la concepción (17).

El descenso de la morbilidad materno infantil se han visto influenciadas por las actividades preventivas preconcepcionales (18).

De acuerdo a los estudios realizados en España por Martin et al., Roviralta et al., y la Sociedad Española de Ginecología, el consejo y la consulta preconcepcional debería realizarse en toda mujer en edad fértil al menos un año previo al embarazo (15,16,18).

La evaluación del riesgo reproductivo se realiza para conocer los factores que pueden dificultar la concepción, el desarrollo del embarazo y la maternidad, de manera que se pueda incidir sobre ellos (18). Se identifican mediante la historia clínica y exploración física (18,19):

- 1. Factores sociodemográficos:** Edad materna y paterna, consanguinidad, etnia, ocupación, etc (18–21).
- 2. Antecedentes reproductivos:** Intervalo intergenésico corto, paridad, abortos previos, muerte fetal previa, parto pretérmino, cesárea previa, malformaciones uterinas, etc (19,20).

3. **Condiciones patológicas preexistentes:** Diabetes Mellitus, enfermedades tiroideas, epilepsia, hipertensión arterial, fenilcetonuria, asma, enfermedad tromboembólica, anemia, etc (18–20,22–28).
4. **Enfermedades transmisibles:** Tuberculosis, rubeola, toxoplasma, hepatitis B, VIH, varicela, citomegalovirus, Sífilis, gripe, malaria o paludismo, etc (18–20).
5. **Alteraciones psiquiátricas:** Trastornos del humor y de ansiedad, esquizofrenia, etc (20).
6. **Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física:** Obesidad, bajo peso, desórdenes alimenticios, ejercicio (18–20).
7. **Hábitos no saludables:** Tabaco, alcohol, drogas ilegales, café, té, mate, bebidas de cola, etc (18–20).
8. **Medicación:** Isotretinoína, talidomida, DFH, carbamazepina, ácido valproico, cumarínicos, antihipertensivos, sales de litio, antibióticos aminoglucósidos (estreptomycinas, kanamicinas, etc), tetraciclinas, misoprostol, etc (20).
9. **Isoimmunizaciones:** Tétanos, hepatitis B, influenza, etc (18–20).

2.2. Teorías

2.2.A. Teorías y Modelos del Comportamiento Humano

Durante años se ha tratado de comprender lo que motiva al individuo a realizar ciertos comportamientos, por lo que existen teorías para explicar los comportamientos. Es importante su comprensión, ya que son modificables y pueden ejercer un impacto positivo en un estado de salud (29).

Los modelos ecológicos explican la evaluación de los comportamientos en distintos niveles, desde el social, el ambiental, político, y el que se aborda en este estudio es el intrapersonal, mediante los factores psicosociales (29,30).

Algunos modelos y teorías que se han utilizado en el ámbito de la salud son los siguientes: El modelo transteórico que distingue las etapas de transición del cambio de comportamiento del individuo (1,2); permite la distinción entre individuos que realizan un comportamiento saludable, la motivación y la intención del cambio (1–3).

Este modelo no es lineal, por lo que puede avanzar de una etapa a otra de manera de avance o retroceso (recaídas). Se divide en las siguientes etapas: que van desde no realizar un comportamiento, no tener la intención de llevarlo a cabo a mediano plazo, hasta la

terminación, en donde ya se lleva a cabo por más de un año. La recaída se atribuye a la escasa motivación o al uso de estrategias inadecuadas para lograr un cambio (2–4).

El Modelo de creencias en salud explica la conducta protectora de salud y preventiva de la enfermedad (29,31–33), se ve influida en la realización de comportamiento si se tiene conocimiento de la gravedad de la enfermedad, su vulnerabilidad de tenerla o si tiene una buena percepción de una conducta para disminuirla (29).

Las dimensiones que se manejan en esta teoría son: susceptibilidad percibida, severidad percibida (29,31,33), beneficios percibidos, barreras percibidas, señales para la acción o claves de acción (29,31) y auto-eficacia (29).

La autoeficacia es una teoría que contribuye con pautas para el desarrollo y fomento de la eficacia humana (34). Los factores que influyen en la interpretación de experiencias para la autoeficacia se dividen en: factores personales, comportamentales y ambientales (34,35).

La motivación y el comportamiento humano están regulados por el pensamiento que involucra 3 expectativas: a) Expectativas de la situación, b) Expectativas de resultados, c) Expectativas de autoeficacia. (36)

La autoeficacia es la creencia del individuo sobre su capacidad de realizar un comportamiento saludable (34,37).

2.2.B. Modelo de la Teoría de la Acción Razonada (TAR)

Fishbein y Ajzen (1980) señalan a este modelo como un predictor del comportamiento humano, que se encuentra influenciado por dos determinantes independientes de la intención: la actitud y la norma subjetiva (38–40).

La teoría está compuesta de las siguientes dimensiones: actitud, norma subjetiva (29,38,39) y creencias conductuales (38,39). Existe una correlación directa entre creencias y consecuencias (38).

La asociación entre la intención y el comportamiento dependerá fundamentalmente de tres aspectos: 1) El comportamiento, medido por la intención, 2) La intención no debe cambiar entre el momento de la evaluación y en el que se observa para que pueda ser predecible el comportamiento (38), 3) Debe estar bajo control volitivo, para llevarla a cabo. El ser humano es el único que tiene la capacidad de decisión, que puede valorar las consecuencias y expectativas de los resultados (38,39).

Son pocos los problemas que se tienen con el control volitivo, pero se muestran más evidentes al modificar hábitos de difícil control (38).

2.2.C. Modelo de la Teoría del Comportamiento Planeado (TPB)

Es uno de los modelos más utilizados para analizar la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar consejo preconcepcional (41) el cual se basa en la Teoría de la Acción Razonada por Ajzen y Fishbein (1980). La Teoría del Comportamiento Planeado toma como eje central a la intención del médico para llevar a cabo el consejo preconcepcional (5). Los factores motivacionales que influyen para realizar el consejo preconcepcional (5,40), la intención del consejo preconcepcional debe tener el control volitivo completo (5). Existirán momentos que el consejo preconcepcional dependerá de otros factores como recursos, infraestructura y oportunidades, estos pueden ser de tipo interno o externo (4,5,40).

El control percibido sobre el consejo preconcepcional es la percepción que tiene el médico de la facilidad de realizarlo, que se determinará por el consejo preconcepcional así como la posibilidad de llevarlo a cabo (5).

La Teoría del Comportamiento Planeado postula tres conceptos independientes que determinarán la intención.

Actitud: Es la disposición que tiene el médico mediante la experiencia (relación entre los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales), que motiva y orienta a la realización del consejo preconcepcional, influenciada por la percepción y el pensamiento que se refuerzan por procesos de condicionamiento clásico e instrumental. La Teoría del Comportamiento Planeado se considera una actitud de tipo afectiva (emociones, sentimientos) siendo determinada por las creencias sobre el consejo preconcepcional (conocimiento, cognición o información que poseen los médicos) (5,40).

Norma subjetiva: Es el razonamiento que se manifiesta por la percepción de la presión social de quien realizará o no el consejo preconcepcional; dando como resultado una evaluación entre lo que las personas importantes para el médico (jefe, compañeros de trabajo y pacientes) y las expectativas impuestas por ellos (5,42).

Control percibido: Es la percepción por parte del médico de realizar el consejo preconcepcional considerando las barreras externas que facilitan o dificultan la realización del consejo preconcepcional (5,43).

En la TPB la intención y el control percibido son predictores para determinar si el médico llevará a cabo el consejo preconcepcional y nos permitirá comprender acerca del comportamiento realizado (5).

2.2.D. Intención

Es la posibilidad de realizar el consejo preconcepcional, que dependerán de factores de tipo externo como la norma subjetiva; pero no todas las intenciones se llevan a cabo, algunas son abandonadas y otras se adaptan a la necesidad de acuerdo al momento en que se lleva a cabo (11). Según la TAR la intención es lo que antecede a la realización del consejo preconcepcional (5,11).

Las intenciones pueden cambiar en el tiempo, pueden verse afectadas por el tiempo transcurrido entre la intención y la realización del consejo preconcepcional o por actualización de la información. Cuando la intención es fuerte se realizará el consejo preconcepcional sin importar la nueva información obtenida (11).

2.3. MARCO DE REFERENCIA

2.3.A. Validación

Un instrumento de medición adecuado debe contener dos aspectos fundamentales: validez y confiabilidad. Sin una de ellas el instrumento no sería objetivo al momento de la medición debido a que existe una relación muy estrecha entre ambas (44).

2.3.B. Validez de Contenido

Un instrumento debe contener las dimensiones del comportamiento que se quiere medir en base a la teoría que se use (45,46). A lo largo de la historia han surgido diferentes métodos cualitativos y cuantitativos, obteniendo una mezcla de ambos (47). Uno de los más utilizados es el Índice de Lawshe que determina el grado de consenso mediante un grupo de expertos que evalúan ítems en 3 categorías: esencial, útil pero no esencial, no necesario (48).

2.3.C. Validez Aparente

Es el grado en que el instrumento parece medir lo que realmente debe medir (49,50), esto es desde la perspectiva de quien responde la prueba si es aplicable y aceptable (49).

2.3.D. Validez de Constructo

Es la coherencia que tiene el instrumento con la teoría y la capacidad de medir el contenido para el cual se diseño (45,46,51). Se realiza mediante análisis discriminante, correlacional (validez convergente) usado cuando no existe un criterio de referencia o criterio externo (51) y factorial (exploratorio o confirmatorio) (46,51). En el análisis factorial de las cargas factoriales representa la variabilidad. La validez discriminante mide la capacidad de distinguir individuos o poblaciones (46).

2.3.E. Validez de Criterio

Es el grado de eficacia al comparar dos instrumentos de medición o variables, permitiendo predecir una variable de interés a partir de la puntuación obtenida (49). Existen dos tipos: Validez concurrente se realiza de manera simultánea la medición de los instrumentos o variables en los mismos sujetos. Validez predictiva se mide transcurrido un tiempo tras la aplicación, permite predecir una situación (46).

2.3.F. Confiabilidad

Es el grado de precisión, estabilidad y reproducibilidad de los resultados al aplicar el instrumento en condiciones similares, puede ser en los mismos individuos en diferentes ocasiones o con diferentes individuos con las mismas características (46,51). La consistencia interna mide homogeneidad de los ítems (46,51) mediante el alpha de Cronbach (46).

3. JUSTIFICACIÓN

Las altas tasas de morbilidad materno-fetal es uno de los problemas a nivel mundial debido a que la gran mayoría de ellas son prevenibles; ya que algunos factores de riesgo están presentes antes del embarazo y se agravan con la gestación. Su importancia radica en el impacto en los índices de desarrollo humano y de desigualdad reflejando las necesidades de los programas prioritarios de una nación.

A nivel mundial la razón de muerte materna (RMM) en el año 1990 fue de 385 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en el 2015 fue de 216 por 100 000 nacidos vivos. La tasa de mortinatalidad mundial en el 2004 fue de 23.9 por 1 000 nacidos vivos y para el 2015 fue de 12.5 por cada 1 000 nacidos vivos. La magnitud de la mortalidad materna y mortinatalidad esta subestimada debido al subregistro de las mismas.

Las causas de muerte materna que son prevenibles por los factores de riesgo que valora el consejo preconcepcional corresponden a más del 80% debido a que se atribuye a factores médicos y menos del 20% a causas indirectas.

En IMSS Aguascalientes se cuenta con una infraestructura de 12 unidades de Medicina Familiar donde cada año se realizan más del 80% de las consultas realizadas en el instituto, siendo el primer nivel de atención médica el pilar de la prevención. De las cuales en la Unidad de Medicina Familiar No 1 realiza más de 690 consultas al día.

El objetivo principal del consejo preconcepcional es la promoción de la salud materno-fetal, de manera que al momento de planificar un embarazo se deben efectuar cambios de comportamientos de nocivos a saludables.

El consejo preconcepcional incluye la valoración del riesgo preconcepcional, actividades de prevención, educación y promoción para la salud materno-fetal. La historia clínica permite la obtención de datos para una visión biopsicosocial, un adecuado control y promoción de la salud materna previo a la concepción.

Los factores psicosociales explican los comportamientos en salud, como es el caso de la intención para realizar el consejo preconcepcional en médicos de primer nivel de atención.

En la actualidad no existen instrumentos que midan adecuadamente la intención del consejo preconcepcional en el médico de primer nivel de atención.

Por lo que es necesario la construcción, validación y confiabilidad de un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional basado en la teoría del comportamiento planeado.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen diversos instrumentos diseñados y validados para la medición de la intención en diversos problemas de salud (1–4); siendo la teoría del comportamiento planeado una de las teorías que ha explicado diversos problemas en salud (5).

En el tiempo, se han desarrollado teorías y modelos psicosociales en el área de la salud que nos permitan conocer la motivación e influencia de realizar un determinado comportamiento (52) de manera individual o colectiva (30). Es importante entender lo que motiva e influencia para la realización del consejo preconcepcional (5,11,34,36), ya que a pesar de que existe evidencia de que el consejo preconcepcional disminuye las complicaciones materno fetales (23,53–61), en la actualidad, esta práctica es casi nula (15–17).

La intención es uno de los factores psicosociales que tiene múltiples estudios, pero a pesar de ello, estos son escasos con el enfoque del consejo preconcepcional. Algunos de ellos solo examinan el comportamiento centrado en la ingesta de ácido fólico, (12). Existe solo un instrumento centrado en una teoría distinta a la planteada en este trabajo, se encuentra en holandés, presenta deficiencias en la metodología, sesgos en su elaboración sin una validación adecuada por lo que no permite una medición correcta (13). Hay un vacío en el conocimiento en este sentido, así como la necesidad de realizar un instrumento basado en los factores psicosociales que influyen en el consejo preconcepcional donde la actitud, norma subjetiva y la percepción del control son clave fundamental en la intención para llevarlo a cabo e impactar en la morbilidad materno fetal antes de la concepción para poder erradicar las muertes maternas prevenibles, morbilidad neonatal prevenible, al igual que los costos en salud. La intención es lo que antecede a la realización del consejo preconcepcional, la medición debe realizarse mediante instrumentos con características específicas de la población en estudio, sin deficiencias conceptuales o metodológicas, con adecuadas propiedades psicométricas; ya que en caso contrario esto afecta la medición del mismo y por lo tanto las intervenciones futuras para llevar a cabo estrategias para abordar el problema de salud que existe en nuestra población.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo anteriormente descrito surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento que se construyó para medir la intención del consejo preconcepcional basada en la Teoría del Comportamiento Planeado en médicos adscritos a la consulta externa de la UMF 1 IMSS, Aguascalientes?



6. OBJETIVOS

Objetivo general

Construir, valorar la validez y confiabilidad de un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional en base a la teoría del comportamiento planeado en Médicos del primer nivel de atención.

Objetivos específicos

1. Determinar la validez de contenido del instrumento para medir la intención del consejo preconcepcional de los Médicos con la teoría del comportamiento planeado en el primer nivel de atención.
2. Determinar la validez de aparente del instrumento para medir la intención del consejo preconcepcional de los Médicos con la teoría del comportamiento planeado en el primer nivel de atención.
3. Determinar la validez de constructo del instrumento para medir la intención del consejo preconcepcional de los Médicos con la teoría del comportamiento planeado en el primer nivel de atención.
4. Determinar la validez de criterio del instrumento para medir la intención del consejo preconcepcional de los Médicos con la teoría del comportamiento planeado en el primer nivel de atención.
5. Determinar la confiabilidad del instrumento para medir la intención del consejo preconcepcional de los Médicos con la teoría del comportamiento planeado en el primer nivel de atención.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Instrumental con metodología psicométrica.

Universo de trabajo

Todos los Médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar N 1, IMSS delegación Aguascalientes.

Población de estudio

Todos Médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N 1, IMSS delegación Aguascalientes.

Unidad de Análisis

Médico de primer nivel de atención adscrito a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N 1, IMSS delegación Aguascalientes.

Criterios de selección

- Criterios de inclusión

- Médicos adscritos a la consulta externa con el Médico de Familia de la Unidad de Medicina Familiar N 1.
- Médicos que tengan consultorio asignado.
- Médicos que acepten participar en el estudio.
- Médicos que firmen la carta de consentimiento informado.

- Criterios de exclusión

- Médicos que no se encuentren en el área operativa (jefes de clínica, director médico).
- Médicos que no hayan firmado la carta de consentimiento informado en el momento de la aplicación del instrumento.

- Criterios de eliminación

- Médicos que contesten menos del 85% de la encuesta aplicada.

Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia

Tamaño de la muestra

Se aplicó a 43 Médicos Familiares que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No 1.

Descripción de las variables y operacionalización de las variables**Consejo preconcepcional**

Es la información que brinda el médico previo a la gestación, mediante la identificación de los riesgos maternos fetales, la evaluación de riesgo reproductivo, prevención, educación y promoción de la salud materna preconcepcional.(18). Se realiza por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Riesgo Reproductivo

Es la evaluación que permite calcular la probabilidad de que una mujer en edad fértil sufra algún daño a la salud de ella o la del producto durante el embarazo (62). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Prevención

Son las medidas que se realizan durante el consejo preconcepcional para evitar la aparición de complicaciones materno fetales, como son la reducción de factores de riesgo reproductivo, así como evitar su avance o disminuir las consecuencias una vez establecidas (63). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Educación

Es el proceso en donde se influye en la mujer en edad fértil acerca de la salud materna y producir cambios en su conocimiento, actitudes y destrezas que permitan mantener o mejorar la salud materna realizada durante el consejo preconcepcional (63). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Promoción

Es proporcionar a la mujer en edad fértil los medios necesarios para mejorar su salud materna y ejercer mayor control sobre ella previo al embarazo. Alcanzando un bienestar físico, mental y social, fortaleciendo las habilidades y conocimiento de las mujeres en edad fértil en su salud materna, capaz de cambiar sus condiciones sociales, ambientales y económicas para favorecer el bienestar materno fetal (63). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Actitud

Son las creencias del médico sobre realizar el consejo preconcepcional, por la valoración de resultados obtenidos del consejo y por la experiencia, que será de tipo afectiva al consejo preconcepcional de manera consistente (42). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Norma subjetiva

Es la percepción que el médico tiene sobre las presiones sociales que se ejercen sobre el para que realice o no el consejo preconcepcional y la de complacerlas (42). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Percepción del control

La percepción del médico que tiene del control de realizar el consejo preconcepcional, incluso cuando se enfrenta a determinadas barreras, influyendo de manera directa sobre la intención e indirecta sobre el consejo preconcepcional (41,42). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

Intención

Es lo que precede al consejo preconcepcional, se debe a la suma de influencias de las actitudes hacia el consejo preconcepcional, las normas subjetivas y el control percibido (42). Se realizó por medios de enunciados con respuestas en una escala de tipo Likert de 5 puntos.

La operacionalización de las variables se encuentra en el **anexo 2**.

Construcción inicial del Instrumento

El instrumento se construyó basado en la teoría del comportamiento planeado; para medir la intención del consejo preconcepcional de los médicos de primer nivel de atención, generando los diferentes ítems con 5 dominios (Consejo preconcepcional, riesgo reproductivo, prevención, educación y promoción) y cada uno con 4 dimensiones (actitud, norma subjetiva, control percibido e intención). Se complementó con el investigador principal en tres revisiones para emitir opiniones acerca del abordaje del consejo preconcepcional, la operacionalización de las variables, las escalas de medición, la estructura del ítem, la eliminación de ítems. Presentando la primera versión del instrumento con un total de 152 ítems distribuidos en 5 dominios y en 4 dimensiones cada uno.

Logística

Se solicitó el permiso e informó sobre el estudio de investigación a los directivos de la Unidad de Medicina Familiar # 1, para la aplicación del instrumento, dirigido a los médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 1, proyecto que cuenta con un registro por parte del Comité de Ética en Investigación y del Comité Local de Investigación en Salud. La aplicación del instrumento la llevó a cabo la residente de segundo año de medicina familiar, se explicó a los médicos participantes en que consiste el instrumento ítem por ítem, y por cada sección del instrumento, así como la estructura de la escala de Likert. Al entrevistar a los Médicos Familiares, se les explicó que se les aplicaría a todos los médicos que se encontrarán laborando en todos los consultorios de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar No 1, para la realización de un estudio de investigación que cuenta con el respaldo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); se les dio a leer la carta de consentimiento informado en donde cuenta con el nombre del estudio, la justificación y objetivo del estudio, los procedimientos que se llevarían a cabo, los posibles riesgos y molestias que se pudieron generar, los beneficios que recibiría de participar en el estudio, la información de los resultados, la participación o retiro del mismo, la privacidad y confidencialidad de los datos, el apartado de la declaración del consentimiento, y los datos del personal con quien podían dirigirse en caso de dudas o aclaraciones. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida, una vez firmada se les entregó una copia de la misma.

Validación del Instrumento

Se llevó a cabo mediante los siguientes procesos:

- Validez de contenido

Se realizó mediante la técnica Delphi, con la participación de un grupo focal de expertos: 1 en metodología de la investigación, 2 en medicina familiar y 2 ginecobstetras, se les hizo llegar por vía correo electrónico los objetivos del estudio, el marco teórico, la operacionalización, el instrumento y se les solicitó que se revisará si las instrucciones eran apropiadas, concisas, completas, si los reactivos eran claros, se les solicitó la evaluación de cada ítem del cuestionario, se les proporcionó una plantilla de juicio de expertos, con los indicadores para calificar cada uno de los ítems: pertinente, útil, no pertinente y no pertinente, posteriormente se obtuvo el índice de Lawshe, luego se analizaron las respuestas para reformular los ítems del instrumento de acuerdo a las observaciones planteadas por cada uno de los expertos, y se les reenvió la evaluación hasta lograr un consenso, se proporcionó el material corregido y observaciones por internet de cada uno de los expertos, de manera que conocieran los cambios realizados, las observaciones y pudieran interaccionar entre ellos para llegar a un acuerdo manteniendo siempre en anonimato.

El método grupal no se llevó a cabo debido a que durante índice de Lawshe se encontró parsimonia en los ítems llegando a un consenso en la segunda ronda.

- Validez aparente

Se realizó con un grupo focal formado por 5 médicos adscritos a primer nivel de atención de diferentes unidades de medicina familiar 7, 8, 9, 10 seleccionados de manera aleatoria, tratando que la muestra fuera homogénea por edad, género, turno, representativa de la población a la cual se estudió, al mismo tiempo que se obtuvo diferentes opiniones de esa población. Se les explicó el objetivo de la reunión; se hizo el análisis de los elementos de cada uno de los ítems del instrumento de intención en el consejo preconcepcional basado en la teoría del comportamiento planeado, para tratar que los ítems fueran concretos, cómodos para los participantes desde lo general hasta lo específico, de lo más fácil a lo más difícil, y en caso de que no quedarán entendidos los ítems, se explicó en qué parte y porqué; logrando un consenso grupal todo esto apoyado por un observador que estuvo atento al comportamiento de los asistentes, se solicitó autorización para la grabación de

audio y video, en caso de aceptar firmaron la carta de consentimiento informado por el médico participante, se realizaron las grabaciones de audio y video. Se aplicó por segunda ocasión manteniendo las mismas indicaciones, teniendo como objetivo la realización de las modificaciones pertinentes hasta que fueron entendibles por cada uno de los participantes y llegaron a un consenso.

- **Validez de constructo**

Posteriormente se aplicó a aplicar el cuestionario a todos los médicos de la Unidad de Medicina Familiar # 1 para cada uno de los dominios, esto de manera individual, se les explicó a los médicos la etapa del estudio en la cual estaban participando, el objetivo y la confidencialidad de la información que proporcionarán. Terminando de aplicar el cuestionario a cada médico de la unidad se recabó la información para posteriormente llevar a cabo el análisis factorial exploratorio.

- **Validez de criterio**

Se hizo mediante la correlación de ítems y las dimensiones de cada dominio y entre los ítems y los dominios, tomando como "criterio" la dimensión que explicó la mayor varianza. Se tomó en cuenta el criterio concurrente ya que se determinó en el mismo momento la correlación del desempeño del instrumento y el criterio propuesto.

- **Confiabilidad**

Coefficiente de consistencia interna

Se calculó el coeficiente de alpha de Cronbach en el programa STATA versión 13.

- **Bootstrap**

Bootstrap Alpha

Se calculó el Bootstrap alpha, sesgo, error estándar, intervalo de confianza en percentiles y el método BCA.

Procesamiento y análisis de datos

Con la información obtenida, se realizó la base de datos en Excel y se procesó en el programa STATA versión 13.

Se analizó la distribución de las variables mediante la asimetría y la curtosis (identificación de la existencia de concentración de los valores normales) utilizando un rango de ± 2 como normalidad. Se obtuvo una distribución normal, por lo que la medida de tendencia central que se usó fue la media y para la dispersión la desviación estándar. Se realizaron frecuencias de los datos obtenidos para observar que no haya datos perdidos o estén mal codificados.

Validez de contenido. Se evaluó mediante el Índice de Lawshe con la técnica individual por el método de Delphi. Las respuestas de los panelistas que participaron se agruparon en el programa excel y se realizó el índice de validez de contenido de Lawshe de acuerdo a la siguiente formula:

$$IVC = \frac{N_e - N/2}{N/2}$$

N_e : Número de expertos que lo creen pertinente
 N : Número total de expertos

Si el resultado fue 1 el ítem fue pertinente y no sufrió cambios, si no se realizó las reformulaciones y se sometió nuevamente hasta llegar a un consenso, obteniéndolo en la segunda ronda sin necesidad de realizar un grupo focal.

Validez aparente. Se analizó la información obtenida de las grabaciones del audio y video del grupo focal (médico) posterior a su transcripción fidedigna y ordenada de toda la información con ayuda del programa “Express Scribe Transcription Software en Español V8.08”, se agregaron los comentarios realizados por el observador. Posteriormente con ayuda del software “atlas.ti V.8” se codificaron los datos en un primer plano descriptivo o textual y en un segundo plano conceptual para llevar su análisis cualitativo.

Validez del constructo. Se realizó mediante el análisis factorial exploratorio de componentes principales: a) Calculo y examen de la matriz de correlaciones: mediante el análisis de la matriz de correlaciones y la obtención de factores que expliquen las correlaciones observadas; b) Análisis de componentes principales: se buscó el factor que explicó la mayor cantidad de la varianza (factor principal), hasta obtener un valor de la varianza explicada total mayor del 70% y más del 10% de la varianza explicada en cada dimensión; c) Rotación de los factores para facilitar la interpretación; d) interpretación de los factores: cargas factoriales fueron >0.4 .

El número de factores se determinó mediante la operacionalización y la validez de contenido, respetando los siguientes criterios psicométricos: el número de factores fue congruente con la operacionalización, por lo menos 3 ítems por dimensión y cada uno con un eigen valor >0.4 , el porcentaje de varianza explicada por los factores en cada dimensión $>10\%$ y la total del instrumento $> 70\%$.

Para posteriormente realizar en análisis factorial confirmatorio mediante los índices de bondad de ajuste de cada dimensión encontrando índices absolutos (χ^2 , RMSEA) y comparativos (CFI, TLI y SRMR).

Validez de criterio. Este se obtuvo de la creación de los índices de cada dimensión y se utilizó la correlación de Spearman. El grado de correlación que se tomó fue de moderado-elevado cuando este era de > 0.4 .

Confiabilidad: Coeficiente de consistencia interna. El cálculo del Alpha de Cronbach se realizó mediante alpha de Cronbach considerando solo valores superiores a 0.8 como adecuada.

Bootstrap alpha: nos proporcionó valores muy semejantes al alpha observado, el sesgo, el error estándar, así como intervalos de confianza en percentiles y en método de BCA. Los sesgos >0.05 y los errores estándares mínimos mostraron estabilidad y replicabilidad.

Para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis del consejo preconcepcional y sus diferentes dominios con sus respectivas dimensiones actitud, norma subjetiva, control percibido e intención se calcularán los niveles de actitud: De acuerdo, indiferente y en desacuerdo, para la norma subjetiva, el control percibido y la intención: Se realiza siempre, a veces o nunca.

8. ASPECTOS ÉTICOS

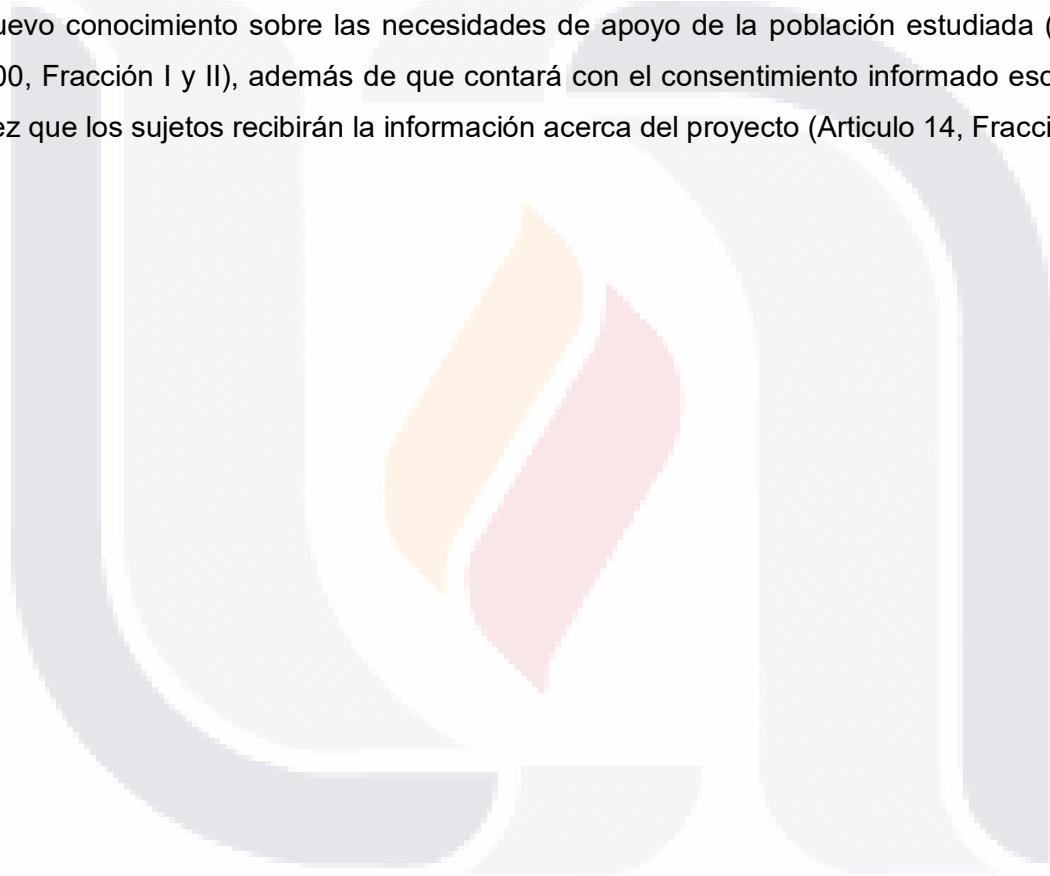
El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación en salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegura la confiabilidad de dichos datos (artículo 13).

La investigación se realizará en los médicos adscritos a la consulta externa de la UMF 1 Aguascalientes, la participación será voluntaria y se protegerán bajo los principios de individualidad y el anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para los médicos en estudio, ya que no tuvo procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se solicitará una carta de consentimiento informado de los médicos que participarán en la fase de construcción y validación del instrumento la cual se aplicará en la Unidad de Medicina Familiar No 1 en la Ciudad de Aguascalientes. Se anexa carta de consentimiento informado (Anexo 4) la cual cuenta con los siguientes rubros: nombre del estudio, la justificación y objetivo del estudio, los procedimientos que se llevarán a cabo, los posibles riesgos y molestias que se pudieran generar, los beneficios que recibirá de participar en el estudio, la información de los resultados, la participación o retiro del mismo, la privacidad y confidencialidad de los datos, el apartado de la declaración del consentimiento, y los datos del personal con quien pueden dirigirse en caso de dudas o aclaraciones. Una vez firmada se les entregará una copia de la misma, con la garantía del anonimato y la confidencialidad de los datos.

Esta investigación es congruente con la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" adaptada por la 54ª Asamblea General, en Fortaleza, Brasil en octubre del 2013, dado que se considerará el respeto por los pacientes y sus cuidadores (Artículo 8), y el derecho a su autodeterminación para tomar decisiones informadas (artículos 20 y 22), mediante la implementación del proceso de consentimiento informado es voluntario. Además, se revisó cuidadosamente la bibliografía para formar antecedentes y escribir la parte metodológica del proyecto, tomando en cuenta que la investigación debe basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11).

También se consideró el artículo 15 de la declaración, dado que la presente investigación es conducida por los investigadores con experiencia en el área de investigación correspondiente y que el proyecto de investigación que se llevará a cabo se someterá a aprobación por el comité de ética (artículo 13).

El proyecto también es congruente con la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, del título quinto en “Investigación para la salud”, Capítulo uno, Artículo 13 deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, Capítulo dos, Artículo 30 la participación de los sujetos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento, capítulo cinco, Artículo 100, dado que su realización no se expondrá a los participantes a riesgos y daños innecesarios (artículo 100, Fracción III) y se apegó a los principios científicos y éticos que justifican su realización, con lo que se pretendió producir nuevo conocimiento sobre las necesidades de apoyo de la población estudiada (Artículo 100, Fracción I y II), además de que contará con el consentimiento informado escrito una vez que los sujetos recibirán la información acerca del proyecto (Artículo 14, Fracción V).



9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

Para la construcción y validación del instrumento, se trabajará con los recursos propios del investigador y tesista, cuyos perfiles son los siguientes:

Asesor o investigador responsable: Dra. Jannett Padilla López, Especialista en Medicina Familiar y con Maestría en Ciencias de la Salud con campo disciplinario en Epidemiología

Tesista: Dra. Griselda Góngora Serna, Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

Recursos materiales

- Se utilizará el instrumento en papel que consta de anexos y carta de consentimiento informado, lápiz, borrador, cámara para grabación de audio y video, grabadora de audio, computadora con algunos paquetes estadísticos.

Financiamiento

No se cuenta con ningún financiamiento de alguna Institución para el desarrollo de este protocolo.

Factibilidad

El estudio es factible, ya que será sometido para aprobación ante el Comité de Investigación y Bioética de la Institución a nivel local, el cual cuenta con los datos necesarios para procesarlo según los objetivos planteados.

10. RESULTADOS

Validez de Contenido

Se realizó mediante la técnica Delphi en sus dos rondas hasta llegar a consenso de los ítems, sin necesidad de pasar al grupo focal de expertos. Después de este proceso se eliminaron 12 ítems por no considerarse esenciales y tener un valor menor de 0.99, quedando un instrumento de 140 ítems.

Validez Aparente

Al grupo focal se dio a conocer cada uno de los ítems del instrumento, con la finalidad de que fuera suficientemente claro, identificando y modificando las frases no entendibles, dándose a conocer a los 5 expertos nuevamente para recibir aprobación y mejorar el entendimiento del instrumento. Se sometió a un análisis cualitativo, mediante el programa Atlas.ti.

Tabla 1. Frases no entendibles por los médicos

Frases no entendibles por el médico	Frases corregidas en el instrumento	Aceptación de los expertos
Consejo preconcepcional...	Consejo preconcepcional porque...	5/5
Riesgo preconcepcionales	Riesgo reproductivo	5/5

Validez de Constructo

En primer lugar, se revisó que se cumpliera los supuestos de normalidad de los ítems posterior a las 2 validaciones anteriores mediante la asimetría, curtosis y Shapiro Wilk encontrando que todos los ítems presentaban una distribución normal en cada uno de los Dominios por lo que ninguno fue eliminado (tabla 3).

Tabla 2. Criterio de Normalidad

Consejo Preconcepcional					Riesgo Reproductivo						
Ítem	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk	Ítem	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk
ACP1	4.744186	0.0751007	0.0001	0.0183	0.75611	ARR1	4.837209	0.0569649	0.0000	0.0588	0.83453
ACP2	4.581395	0.1255445	0.0000	0.0000	0.44969	ARR2	4.534884	0.1260563	0.0000	0.0000	0.49769
ACP3	4.604651	0.1110682	0.0000	0.0003	0.53140	ARR3	4.627907	0.942609	0.0000	0.0003	0.68049
ACP4	4.72093	0.0692115	0.0081	0.0286	0.95135	ARR4	4.651163	0.0735413	0.0698	0.0000	0.98041
ACP5	4.55814	0.0899263	0.0115	0.8147	0.83323	ARR5	4.697674	0.0708662	0.0179	0.0006	0.96309
ACP6	4.72093	0.0767962	0.0002	0.0508	0.78590	ARR6	4.767442	0.0651874	0.0013	0.7843	0.91935
ACP7	4.744186	0.0673253	0.0034	0.2460	0.93699	ARR7	4.72093	0.0692115	0.0081	0.0286	0.95135

NSCP1	2.906977	0.2301089	0.6835	0.0000	0.96868	NSRR1	2.906977	0.2125986	0.7639	0.0019	0.98312
NSCP2	3.139535	0.2295486	0.4722	0.0000	0.98263	NSRR2	3.255814	0.2234657	0.2318	0.0020	0.97385
NSCP3	3.511628	0.2290432	0.1511	0.0046	0.97408	NSRR3	3.372093	0.2468478	0.2598	0.0000	0.98302
NSCP4	3.372093	0.2052016	0.3027	0.0226	0.98367	NSRR4	3.162791	0.2180408	0.6706	0.0034	0.99705
NSCP5	3.511628	0.2166188	0.0623	0.1367	0.95594	NSRR5	3.534884	0.2113838	0.0665	0.1701	0.95785
NSCP6	4.581395	0.1340756	0.0000	0.0004	0.62386	NSRR6	4.372093	0.1729916	0.0000	0.0189	0.67983
CPCP1	4.162791	0.1149425	0.4157	0.0045	0.99226	CPRR1	4.255814	0.1249275	0.0064	0.1982	0.84377
CPCP2	4.44186	0.0958862	0.0633	0.5529	0.91224	CPRR2	4.44186	0.0958862	0.0633	0.5529	0.91224
CPCP3	4.418605	0.1064506	0.0316	0.4478	0.93164	CPRR3	4.44186	0.1068129	0.0013	0.0284	0.79896
CPCP4	4.27907	0.1259541	0.0247	0.9336	0.91077	CPRR4	4.44186	0.1068129	0.0013	0.0284	0.79896
ICP1	4.465116	0.1017501	0.0198	0.7710	0.90781	IRR1	4.488372	0.1018766	0.0118	0.9542	0.89663
ICP2	4.465116	0.1017501	0.0198	0.7710	0.90781	IRR2	4.627907	0.0942609	0.0005	0.1343	0.79041
ICP3	4.860465	0.0534667	0.0000	0.0117	0.78749	IRR3	4.767442	0.0804005	0.0000	0.0015	0.56928
ICP4	4.790698	0.627722	0.0004	0.6088	0.89748	IRR4	4.627907	0.1200925	0.0000	0.0000	0.50395

Prevención

Educación

Item	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk	Item	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk
AP1	4.744186	0.0886282	0.0000	0.0000	0.53254	AE1	4.813953	0.0600463	0.0001	0.2204	0.86995
AP2	4.465116	0.138609	0.0000	0.0004	0.59961	AE2	4.581395	0.1255445	0.0000	0.0000	0.44969
AP3	4.55814	0.1118768	0.0000	0.0008	0.58275	AE3	4.55814	0.1258518	0.0000	0.0000	0.47432
AP4	4.651163	0.0735413	0.0698	0.0000	0.98041	AE4	4.651163	0.0934376	0.0000	0.0001	0.65671
AP5	4.697674	0.0708662	0.0179	0.0006	0.96309	AE5	4.627907	0.0942609	0.0000	0.0003	0.68049
AP6	4.744186	0.0673253	0.0034	0.2460	0.93699	AE6	4.837209	0.0569649	0.0000	0.0588	0.83453
AP7	4.767442	0.0651874	0.0013	0.7843	0.91935	AE7	4.767442	0.0651874	0.0013	0.7843	0.91935
NSP1	3.046512	0.228029	0.7100	0.0002	0.99340	NSE1	3.00000	0.2182179	0.5531	0.0009	0.98054
NSP2	3.372093	0.2281983	0.1580	0.0078	0.97305	NSE2	3.325581	0.1988921	0.0515	0.2572	0.95020
NSP3	3.72093	0.2113228	0.0196	0.6960	0.93078	NSE3	3.860465	0.1985032	0.0082	0.8213	0.89971
NSP4	3.232558	0.2152472	0.3462	0.0115	0.98816	NSE4	3.27907	0.213927	0.3742	0.0112	0.99020
NSP5	3.651163	0.2048248	0.0620	0.1803	0.94740	NSE5	3.395349	0.2134449	0.1708	0.0117	0.96931
NSP6	4.325581	0.1654583	0.0001	0.0145	0.68638	NSE6	4.534884	0.1425478	0.0000	0.0011	0.59074
CPP1	4.395349	0.1006047	0.0776	0.4068	0.93608	CPE1	4.418605	0.1064506	0.0316	0.4478	0.93164
CPP2	4.44186	0.0958862	0.0633	0.5529	0.91224	CPE2	4.465116	0.0961544	0.0393	0.6888	0.90127
CPP3	4.44186	0.1014967	0.0322	0.6160	0.91807	CPE3	4.488372	0.1018766	0.0118	0.9542	0.89663
CPP4	4.465116	0.0961544	0.0393	0.6888	0.90127	CPE4	4.488372	0.0962882	0.0235	0.8599	0.88929
ICP1	4.465116	0.1017501	0.0198	0.7710	0.90781	IE1	4.651163	0.0807202	0.0035	0.4886	0.85391
ICP2	4.465116	0.1017501	0.0198	0.7710	0.90781	IE2	4.697674	0.850697	0.0001	0.0275	0.68662
ICP3	4.860465	0.0534667	0.0000	0.0117	0.78749	IE3	4.744186	0.0751007	0.0001	0.0183	0.75611
ICP4	4.790698	0.627722	0.0004	0.6088	0.89748	IE4	4.627907	0.1153897	0.0000	0.0000	0.47141

Promoción

Item	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk
APR1	4.697674	0.091347	0.0000	0.0000	0.60124
APR2	4.534884	0.1260563	0.0000	0.0000	0.49769
APR3	4.627907	0.0942609	0.0000	0.0003	0.68049
APR4	4.697674	0.091347	0.0000	0.0000	0.60124
APR5	4.651163	0.0991867	0.0000	0.0004	0.58953
APR6	4.790698	0.0627722	0.0004	0.6088	0.89748
APR7	4.744186	0.0673253	0.0034	0.2460	0.93699

NSPR1	3.116279	0.2162023	0.5335	0.0050	0.99214
NSPR2	3.395349	0.2210905	0.0988	0.0228	0.95808
NSPR3	3.674419	0.2070756	0.0423	0.4101	0.94636
NSPR4	3.325581	0.2123562	0.4080	0.0090	0.98972
NSPR5	3.511628	0.2166188	0.0623	0.1367	0.95594
NSPR6	4.511628	0.1642868	0.0000	0.0019	0.57999
CPPR1	4.465116	0.961544	0.0393	0.6888	0.90127
CPPR2	4.44186	0.1014967	0.0322	0.6160	0.91807
CPPR3	4.511628	0.0962882	0.0136	0.9426	0.87623
CPPR4	4.465116	0.0961544	0.0393	0.6888	0.90127
IPR1	4.627907	0.0881912	0.0014	0.2264	0.77059
IPR2	4.674419	0.0862722	0.0002	0.0610	0.71756
IPR3	4.813953	0.686511	0.0000	0.0004	0.63206
IPR4	4.627907	0.1200925	0.0000	0.0000	0.50395

Análisis Factorial Exploratorio

Se realizó un análisis factorial exploratorio inicial de componentes principales con rotación varimax de 21 ítems para el dominio de consejo preconcepcional, 21 ítems para riesgo reproductivo, 21 ítems para prevención, 21 ítems para educación y 21 ítems para promoción, se extrajeron 4 dimensiones en base a la operacionalización (actitud, norma subjetiva, control percibido e intención), en la Tabla 4 se muestra la agrupación de componentes, convergiendo las cargas factoriales, dando como resultado un instrumento de 60 ítems de los 140 iniciales, 3 por dimensión, 12 por dominio y con un eigen valor entre 0.5007 a 0.6162, varianza por dimensión desde 17.42 a 23.51 y una varianza total explicada por dominio de 78.00 a 88.25. Cumpliendo con los criterios psicométricos para una buena medición.

Tabla 3. Rotación de Componentes Dominio Consejo Preconcepcional final

	Consejo Preconcepcional				Riesgo Reproductivo				Prevención			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACP1			0.5067		ARR5		0.5613		AP4		0.5007	
ACP4			0.6077		ARR6		0.5292		AP5		0.6039	
ACP6			0.5823		ARR7		0.6152		AP7		0.5971	
NSCP1		0.5620			NSRR2		0.5713		NSP1		0.5290	
NSCP2		0.5525			NSRR4		0.5342		NSP4		0.5973	
NSCP5		0.5687			NSRR5		0.6037		NSP5		0.5855	
CPCP1	0.5782				CPRR1	0.5566			CPP1	0.5146		
CPCP3	0.5176				CPRR3	0.5690			CPP3	0.5933		
CPCP4	0.5970				CPRR4	0.5550			CPP4	0.6020		
ICP1				0.6059	IRR1			0.5843	IP1			0.5067
ICP2				0.5616	IRR2			0.6066	IP2			0.6145
ICP4				0.5384	IRR3			0.5297	IP4			0.5654

Varianza (%)	20.34	20.20	20.04	17.42	Varianza (%)	23.11	19.69	19.55	19.32	Varianza (%)	22.30	21.03	20.67	20.48
Varianza Total (%)	78.00				Varianza Total (%)				81.67	Varianza Total (%)				84.49

	Educación				Promoción				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
AE1		0.5849			APR3	0.5719			
AE6		0.5590			APR4	0.5699			
AE7		0.5759			APR5	0.5757			
NSE2				0.5592	NSPR1			0.5188	
NSE4				0.5686	NSPR4			0.6148	
NSE5				0.5956	NSPR5			0.5781	
CPE2	0.5467				CPPR1	0.5627			
CPE3	0.5574				CPPR3	0.5687			
CPE4	0.5826				CPPR4	0.5669			
IE1			0.5807		IPR1		0.5273		
IE2			0.5806		IPR2		0.5727		
IE3			0.5382		IPR4		0.6020		
Varianza (%)	23.51	21.19	21.11	20.35	Varianza (%)	23.20	21.96	21.73	21.36
Varianza Total (%)	86.16				Varianza Total (%)	88.25			

Análisis confirmatorio

Se analizó los índices de bondad de ajuste del modelo estimados para el consejo preconcepcional. En su dimensión actitud los índices absolutos y los índices comparativos no fueron satisfactorios. El riesgo reproductivo en actitud los índices absolutos fueron óptimos; por el contrario, los índices comparativos no fueron satisfactorios. En prevención en su norma subjetiva los índices absolutos y comparativos no fueron satisfactorios. En educación en actitud los índices absolutos fueron óptimos, al contrario de los índices comparativos que fueron no satisfactorios, mientras que para norma subjetiva los índices absolutos fueron no satisfactorios; al contrario de los índices comparativos que fueron óptimos. En promoción en actitud los índices absolutos y comparativos ambos fueron no satisfactorios. Y para intención los índices absolutos fueron no satisfactorios; al contrario de los índices comparativos que fueron óptimos. El resto de las dimensiones siendo la gran mayoría los índices absolutos y comparativos fueron óptimos (Tabla 5).

Tabla 4. Índice de bondad de ajuste

Consejo Preconcepcional					
		Actitud	Norma Subjetiva	Control Percibido	Intención
Fit statistic	Description	Value	Value	Value	Value
chi2_ms(14)	model vs. Saturated	13.771	5.872	5.872	0.267
RMSEA	Root mean squared error of approximation	0.77	0.000	0.000	0.000
CFI	Comparative fit index	0.979	1.000	1.000	1.000
TLI	Tucker-Lewis index	0.960	1.020	1.020	1.000
SRMR	Standardined root mean squared residual	0.077	0.035	0.035	0.014
Riesgo Reproductivo					
		Actitud	Norma Subjetiva	Control Percibido	Intención
Fit statistic	Description	Value	Value	Value	Value
chi2_ms(14)	model vs. Saturated	9.304	6.479	0.444	0.763
RMSEA	Root mean squared error of approximation	0.028	0.043	0.000	0.000
CFI	Comparative fit index	0.998	0.996	1.000	1.000
TLI	Tucker-Lewis index	0.996	0.991	1.000	1.048
SRMR	Standardined root mean squared residual	0.054	0.033	0.006	0.015
Prevención					
		Actitud	Norma Subjetiva	Control Percibido	Intención
Fit statistic	Description	Value	Value	Value	Value
chi2_ms(14)	model vs. Saturated	2.722	6.814	0.096	2.582
RMSEA	Root mean squared error of approximation	0.000	0.092	0.000	0.000
CFI	Comparative fit index	1.000	0.988	1.000	1.000
TLI	Tucker-Lewis index	1.026	0.965	1.000	1.000
SRMR	Standardined root mean squared residual	0.036	0.052	0.004	0.035
Educación					
		Actitud	Norma Subjetiva	Control Percibido	Intención
Fit statistic	Description	Value	Value	Value	Value
chi2_ms(14)	model vs. Saturated	4.627	9.719	1.503	0.984
RMSEA	Root mean squared error of approximation	0.000	0.095	0.000	0.000
CFI	Comparative fit index	1.000	0.980	1.000	1.000
TLI	Tucker-Lewis index	1.022	0.957	1.009	1.032
SRMR	Standardined root mean squared residual	0.053	0.046	0.010	0.019
Promoción					
		Actitud	Norma Subjetiva	Control Percibido	Intención
Fit statistic	Description	Value	Value	Value	Value
chi2_ms(14)	model vs. Saturated	17.456	2.251	1.325	3.712
RMSEA	Root mean squared error of approximation	0.148	0.000	0.000	0.141
CFI	Comparative fit index	0.972	1.000	1.000	0.988
TLI	Tucker-Lewis index	0.935	1.020	1.000	0.963
SRMR	Standardined root mean squared residual	0.067	0.024	0.017	0.027

Validez de Criterio

En la tabla 6 se puede observar la correlación realizada entre las 4 dimensiones de los 5 dominios, donde se obtuvieron para Consejo preconcepcional valores bajos a moderado-elevado (0.3113-0.8340), en Riesgo Reproductivo valores moderados-elevados (0.4705-0.8001), en Prevención valores bajos a moderado-elevado (0.3655-0.8519), en Educación valores moderados-elevados (0.4640-0.8342) y finalmente en promoción valores moderados-elevados (0.4523-0.8279).

Tabla 5. Correlaciones entre las dimensiones y cada dominio del Instrumento

DIMENSIÓN		DOMINIO CONSEJO PRECONCEPCIONAL	DOMINIO RIESGO REPRODUCTIVO	DOMINIO PREVENCIÓN	DOMINIO EDUCACIÓN	DOMINIO PROMOCIÓN
Actitud	C-C	0.3113	0.4705	0.3655	0.4640	0.5542
		0.0421	0.0015	0.0160	0.0017	0.0001
Norma Subjetiva	C-C	0.8340	0.8001	0.8519	0.8342	0.8279
		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Control Percibido	C-C	0.5955	0.6241	0.5659	0.6158	0.4523
		0.0000	0.0000	0.0001	0.0000	0.0023
Intención	C-C	0.4530	0.5475	0.6519	0.5534	0.5724
		0.0023	0.0001	0.0000	0.0001	0.0001

Confiabilidad

La consistencia interna se valoro mediante el alpha de Cronbach, donde el instrumento final mostró valores por arriba de 0.7419 por dominio y una escala general de 0.9528. Con bootstrap alpha con el fin de obtener estimaciones de medicion de precisión para valorar si efectivamente nuestro instrumento tenía una muy alta confiabilidad. Se realizaron 1000 replicas y un intervalo de confianza del 95%, obteniendo valores por arriba 0.5883762 (extremos: 0.5883762-0.9766343) en los dominios y una escala general de 0.9201565-0.9855046 (Tabla 7).

Tabla 6. Consistencia interna: alpha de Cronbach y Bootstrap alpha del Instrumento

Dominio	Alpha	Bootstrap alpha		Sesgo	error estándar	IC P95%		IC BCa	
Consejo Preconcepcional	0.7419	0.588376	0.8763007	-0.0013351	0.0733625	0.518243	0.8170092	0.3929691	0.8051962
Riesgo Reproductivo	0.7763	0.631517	0.9209878	-0.0190221	0.0737563	0.5332211	0.8496265	0.557633	0.8538837
Prevención	0.8069	0.708486	0.9053007	-0.0049193	0.0501477	0.7084081	0.8754115	0.7037531	0.8715559
Educación	0.7976	0.652390	0.9427392	-0.0141268	0.0739802	0.5932837	0.8752467	0.6071208	0.8758076
Promoción	0.8127	0.648834	0.9766343	-0.0203707	0.0835227	0.5043758	0.8748898	0.4951725	0.8722655
Global	0.9528	0.920156	0.9855046	-0.0037837	0.0166506	0.9137507	0.9683276	0.9210474	0.9692345

*IC P95% Intervalo de confianza al 95% basado en Percentiles, IC BCa Intervalo de Confianza basado en modelo BCa (estimación corregida del sesgo)

Análisis de variables sociodemográficas

El Cuestionario de intención basada en la Teoría de la Acción Planeada se aplicó a 43 médicos de la Unidad de medicina Familiar No. 1, la tabla 2 muestra su perfil sociodemográfico y profesional.

Tabla 7. Perfil Sociodemográfico y profesional de los médicos

	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)
Turno		
Matutino	21	48.84
Vespertino	22	51.16
Edad		
20-30	1	2.33
31-40	25	58.14
41-50	12	27.91
51-60	5	11.63
Sexo		
Masculino	15	34.88
Femenino	28	65.12
Grado Máximo de Estudios		
Licenciatura	4	9.3
Especialista o posgrado	37	86.05
Maestría	2	4.65
Certificación		
Si	22	51.16
No	21	48.84
Estado Civil		
Soltero(a)	18	41.86
Casado(a)	20	46.51
Unión libre	3	6.98
Divorciado(a)	2	4.65
Antigüedad laboral en el IMSS		
Menos de 5 años	7	16.28
5-10 años	14	32.56
11-15 años	13	30.23
16-20 años	5	11.63
21-25 años	4	9.3

Actividades docentes o investigación en el Consejo preconcepcional		
Docente	2	4.65
Investigación	1	2.33
No	40	93.02
Cursos sobre Consejo Preconcepcional en los últimos 2 años		
Si	6	13.95
No	37	86.05

Distribución de las variables

La Tabla 8 muestra frecuencia relativas y absolutas de las dimensiones de la teoría del comportamiento planeado en sus respectivos dominios el dominio de Consejo Preconcepcional obteniendo que un 97.67 al 100% de los médicos están de acuerdo en realizar el consejo preconcepcional, evaluar el riesgo reproductivo, la prevención, educación y promoción; en el 48.84 a 55.81% siempre influye la norma subjetiva en lo anterior; el 83.72 al 93.02% de los médicos siempre tienen control percibido adecuado; y el 93.02 al 97.67% tienen la intención de llevarlas a cabo en toda mujer en edad fértil en el primer nivel de atención.

Tabla 8. Distribución de las variables del Instrumento

	Consejo Preconcepcional		Riesgo reproductivo		Prevención		Educación		Promoción	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
ACTITUD										
De acuerdo	42	97.67	43	100	43	100	43	100	42	97.67
Indiferente	1	2.33	0	0	0	0	0	0	0	0
En desacuerdo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.33
NORMA SUBJETIVA										
Siempre	22	51.16	22	51.16	21	48.84	24	55.81	22	51.16
A veces	8	18.61	9	20.93	10	23.26	7	16.28	10	23.26
Nunca	13	30.23	12	27.91	12	27.90	12	27.91	11	25.58
CONTROL PERCIBIDO										
Siempre	36	83.72	39	90.69	39	90.70	40	93.02	40	93.02
A veces	7	16.28	3	6.98	4	9.3	3	6.98	3	6.98
Nunca	0	0	1	2.33	0	0	0	0	0	0
INTENCIÓN										
Siempre	40	93.02	40	93.02	40	93.02	42	97.67	41	95.35
A veces	3	6.98	3	6.98	2	4.65	1	2.33	2	4.65
Nunca	0	0	0	0	1	2.33	0	0	0	0
Total General	43	100	43	100	43	100	43	100	43	100

11. DISCUSIONES

El objetivo de esta investigación fue construir, valorar la validez y confiabilidad de un instrumento que midiera la intención del consejo preconcepcional en base a la teoría de del comportamiento planeado en médicos del primer nivel de atención (actitud, norma subjetiva, control percibido e intención). ya que esto nos permitirá el conocer la motivación e influencia que tienen los factores psicosociales en la realización por parte del médico del primer nivel de atención del consejo preconcepcional; siendo este un factor importante en la prevención de las complicaciones materno fetales (23,53–61).

Se realizaron diferentes procesos para construir y validar el instrumento (46). El desempeño del instrumento fue bueno, pero tiene limitaciones por el tamaño de la muestra. No fue posible comparar los resultados de la validez, confiabilidad y desempeño del instrumento debido a que no existe un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional en base a la teoría de comportamiento planeado en médicos de primer nivel de atención (12). Existen estudios de validación con diferentes problemas de salud con validez y confiabilidad adecuada como la escala de medición de la actividad física basada en la TPB (6), algunos otros en donde la validez exploratoria no cumplió los criterios psicométricos como el modelo de medición de intención de consumo de alcohol (8).

Para la validez de contenido se realizó mediante un análisis cuali-cuantitativo mediante un grupo de expertos (46,64), basados en algunos autores como de Arquer (65), Van Der Fels-Klerx et al. (66), Galicia Alarcón et al. (47), Urrutia Egaña et al. (67), Varela-Ruiz et al. (68) y Pedrosa et al. (64) Se eliminaron 12 ítems en esta primera etapa, logrando un consenso total en la segunda ronda sin necesidad de un grupo focal de expertos (48).

Tal como lo plantea Carvajal et al. (46) y Lamprea et al. (49), la validez aparente permitió valorar el grado en que el instrumento parece medir lo que pretende medir, por parte de la población en estudio. (69,70) para posteriormente realizar un análisis en el software Atlas.ti. Se realizó un análisis factorial cumpliendo con los criterios de normalidad mediante la asimetría, curtosis y Shapiro Wilk (71). El análisis factorial exploratorio cumplió con los criterios psicométricos, obteniendo un eigen valor > 0.5007 , cada dimensión tiene 3 ítems, con una varianza $>17.42\%$ y una varianza total explicada >78.00 (72). Para el análisis factorial confirmatorio se obtuvieron los índices de ajuste de cada dimensión de cada dominio, donde se observó que la actitud en 4 dominios, norma subjetiva en 2 e intención en 1 sus resultados fueron no satisfactorios, mientras que en control percibido siempre fueron óptimos (73–75).

El análisis de la validez de criterio al no contar con un Gold estándar para su comparación (76), Zavando et al. refieren no tomar en cuenta en la validación de un instrumento (77), sin embargo otros señalan una correlación con los resultados, es decir tem-ítem, ítem-dimensión obteniendo en los 5 dominios una correlación moderada-elevada (78).

La confiabilidad global del instrumento fue de 0.9528 asegurando que se trata de un instrumento reproducible; no todos los dominios ni dimensiones fueron >0.8 que es el ideal según Nunnally (45) y Quero (79), pero si todas fueron >0.7 dando una confiabilidad alta que sería suficiente de acuerdo a Oviedo et al. (80), sin embargo también se dice que depende de lo que se quiera medir o su utilización (45,79). Por lo que se utilizó el programa bootstrap que permitió replicaciones y predicciones con un intervalo de confianza de 95%, sesgos menores de -0.0203707, con un error estándar menor del 0.0835227 y valores Bootstrap que van de 0.5883762-0.9855046 entre cada dominio y el resultado global del instrumento.

Al realizar la caracterización de la población de estudio se observó que la media de edad es entre 31-40 años, el sexo predominantemente femenino (65.12%), el 86.05% de los médicos cuentan con un posgrado y el 4.65 con una maestría, más de la mitad cuentan con certificación (51.16%), los estados civiles que prevalecen son los casados con 46.51% y los solteros con 41.86%, con una antigüedad laboral entre 5-10 años (32.56%). Durante la realización del estudio no se pudieron realizar comparaciones del perfil sociodemográfico y profesional de los médicos con respecto a otros estudios debido a que no existen trabajos al respecto (12), y al compararlo con otros estudios de validación y construcción de instrumentos, la metodología y la población de estudio han sido diferentes (10).

12. SEGOS Y LIMITACIONES

En el presente estudio se encontraron algunas limitaciones, entre las que destacan las siguientes:

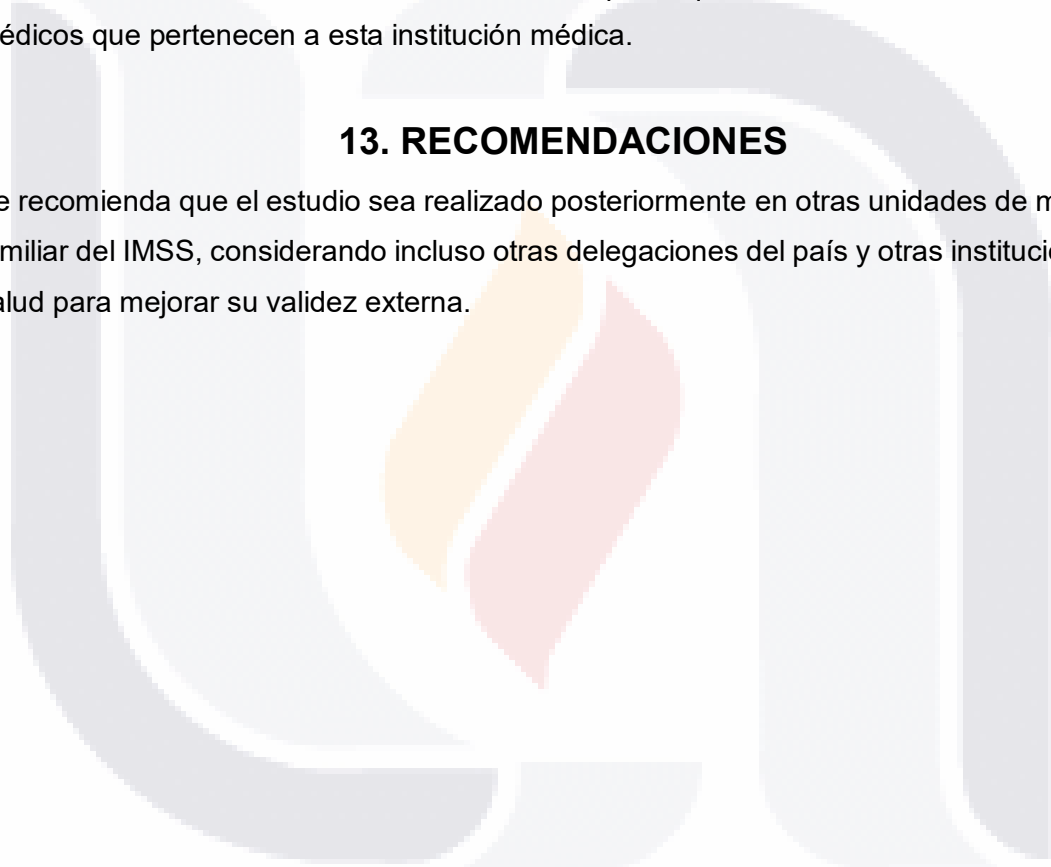
Sesgo de selección: debido a que no se realizó al azar y solo se tomó una sola unidad médica de medicina familiar, sin conocer las características de los médicos de las otras unidades.

Muestra: el número de médicos a los que se les aplicó el cuestionario fue muy reducido.

Validez externa: el estudio se realizó en el IMSS por lo que la validez externa se limita a los médicos que pertenecen a esta institución médica.

13. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el estudio sea realizado posteriormente en otras unidades de medicina familiar del IMSS, considerando incluso otras delegaciones del país y otras instituciones de salud para mejorar su validez externa.



14. CONCLUSIONES

El instrumento que se construyó para medir la intención del consejo preconcepcional en el medico de primer nivel de atención basada en la teoría del comportamiento planeado presentando 5 dominios (consejo preconcepcional, riesgo reproductivo, prevención, educación y promoción), y cada uno de ellos con sus respectivas 4 dimensiones (actitud, norma subjetiva, control percibido e intención) con un análisis cuali-cuantitativo.

El instrumento cuenta con una adecuada validez de contenido y aparente, al lograr en ambos un consenso grupal.

La validez de constructo para el análisis factorial exploratorio cumplió con todos los criterios psicométricos en todas las dimensiones. Con el análisis factorial exploratorio resulto inadecuado ya que no se obtuvieron en todas las dimensiones todos índices de bondad de ajuste, ni en todos los dominios, probablemente debido al tamaño de la muestra.

La validez de criterio resulto en correlación ítem-dimensión, en todos correlaciones moderadas-elevadas, siendo adecuada.

La confiabilidad es adecuada de manera global, siendo reproducible este instrumento.

Se contestó la pregunta de investigación al determinar la validez y la confiabilidad del instrumento.

El instrumento creado tiene una adecuada validez de contenido, aparente, criterio y una adecuada confiabilidad global; pero sin una buena validez de constructo a pesar de cumplir con los criterios psicométricos, por lo que este estudio es un punto de referencia para la construcción de un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional en base a la teoría del comportamiento planeado en Médicos del primer nivel de atención.

GLOSARIO

Validación: Es el proceso cuali-cuantitativo de un instrumento para determinar su objetividad, teniendo como propiedades la Validez y la Confiabilidad.

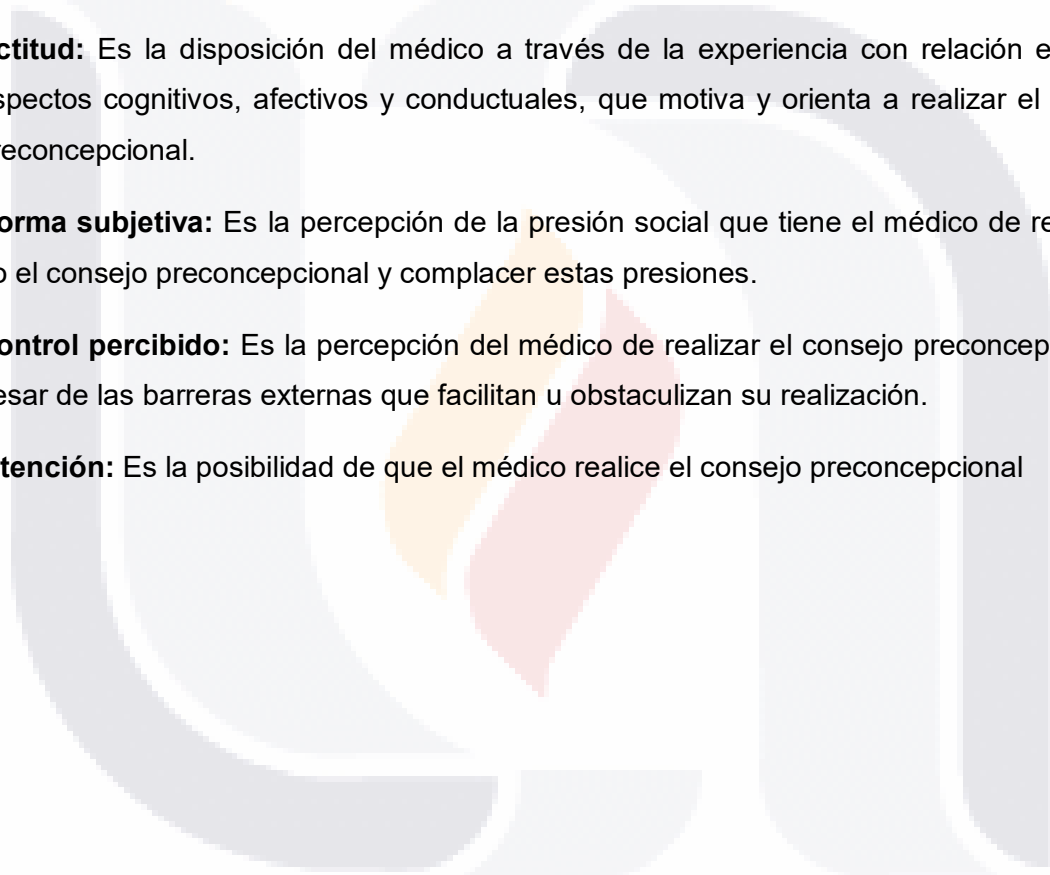
Consejo Preconcepcional: Es la información que brinda el médico previo al embarazo, al identificar los riesgos maternos fetales, evaluar el riesgo reproductivo, prevención, educación y promoción de la salud materna preconcepcional.

Actitud: Es la disposición del médico a través de la experiencia con relación entre los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, que motiva y orienta a realizar el consejo preconcepcional.

Norma subjetiva: Es la percepción de la presión social que tiene el médico de realizar o no el consejo preconcepcional y complacer estas presiones.

Control percibido: Es la percepción del médico de realizar el consejo preconcepcional a pesar de las barreras externas que facilitan u obstaculizan su realización.

Intención: Es la posibilidad de que el médico realice el consejo preconcepcional



15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojas-Russell ME. Factores Psicosociales Asociados a la Actividad Física en Adultos Jóvenes: Un estudio transversal. *TIPICA Bol Electron Salud Esc.* 2009;5(2):136–44.
2. Berra-Ruiz E, Muñoz-Maldonado SI. El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Rev Digit Int Psicol y Cienc Soc.* 2019;4(2):153–70.
3. Cabrera GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud The transtheoretical model of health behavior. *Publ en la Rev Fac Nac Salud Pública.* 2000;18(2):129–38.
4. Quillas R, Vásquez C, Cuba M. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2017;34(2):126–31. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200008
5. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* [Internet]. 1991 Dec;50(2):179–211. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/074959789190020T>
6. Villar E, Armando Ó, Soto Q, Vega G, Peña G, Margarita G, et al. Estructura Factorial De Una Escala De Actividad Física Basada En La Teoría Del Comportamiento Planificado. *Enseñanza e Investig en Psicol* [Internet]. 2017;22(1):118–26. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29251161011.pdf>
7. Bello-Villanueva AM, Palacio J, Rodríguez-Díaz M, Oviedo-Trespacios O. Medición de la Intención en la Actividad Sexual en Adolescentes: una Aproximación de Acuerdo al Género del Caribe Colombiano. *Ter psicológica* [Internet]. 2013;31(3):343–53. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
8. Noriega JÁV, Quintana JT, Cuervo ÁAVÁ, Ortega LEM, Martínez EAC. Modelo de medición de la intención de consumo de alcohol en adolescentes. *Interam J Psychol.* 2015;48(3):315–27.
9. Lloret D, Morell-Gomis R, Lagúa A, Moriano JA. Diseño y validación de una escala de intención de consumo de cannabis (CUIQ) para adolescentes. *Adicciones* [Internet]. 2018;30(1):54–65. Available from: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/865/865>
10. Temel S, Birnie E, Sonneveld HM, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Steegers EAP, et al. Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Int J Public Health* [Internet]. 2013 Apr 8;58(2):295–304. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00038-012-0396-3>
11. Ajzen I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. *Action Control* [Internet]. 1985;11–39. Available from: http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-3-642-69746-3_2
12. Toivonen KI, Oinonen KA, Duchene KM. Preconception health behaviours: A scoping review. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2017 Mar;96:1–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.022>
13. **Temel S, Erdem Ö, Voorham TAJJ, Bonsel GJ, Steegers EAP, Denктаş S. Knowledge on preconceptional folic acid supplementation and intention to seek for preconception care among men and women in an urban city: A population-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1).**
14. Cáceres C, Rubén C, García D, María N, San A, Bosch J. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconceptional en mujeres en edad fértil. *Medisur* [Internet]. 2017;15(6):807–18. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n6/ms09615.pdf>
15. Martín CB, Martínez Galiano JM, Berlanga SDD. Mujeres que reciben asistencia preconceptional en Granada Women receiving preconception care in Granada. *Matronas Prof* [Internet]. 2008;9(1):11–4. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol9n1pag11-14.pdf>
16. Roviralta Puente C, Rodríguez Valiente S, Valdez González J, Lorenzo Valdez AG, Reynoso Heinsen WJ, López de Castro F.

- La consulta preconcepcional en el Área de Salud de Toledo. *Rev Clínica Med Fam*. 2013;6(1):10–6.
17. Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Falguera Puig G, Nieto-Tirado S, Núñez Rodríguez L. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. *Matronas Prof [Internet]*. 2018;19(2):52–8. Available from: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf
 18. Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. *Medifam [Internet]*. 2001 Apr;11(4):207–15. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos de.pdf>
 19. Sánchez Ruiz JC, González López E, Aparicio Tijeras C, Ezquerro Gadea J. Consulta preconcepcional en Atención Primaria. *Semer - Med Fam [Internet]*. 2005 Oct;31(9):413–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359305729609>
 20. Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello J, Martínez G, Serruya S. Guías para el manejo Continuo del Atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. CLAP/SMR Publicación Científica [Internet]. 2da ed. 2010;1573(2da Edición):1–288. Available from: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=174-clap-1573&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es
 21. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev méd Chile [Internet]*. 142(2):168–74. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>.
 22. Wahabi HA, Alzeidan RA, Bawazeer GA, Alansari LA, Esmaeil SA, ~~Alhazwani SH, Alhazwani SH~~. 14. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care [Internet]*. 2019 Jan 17;42(Supplement 1):S165–72. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dc19-S014>
 23. ~~14. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. Diabetes Care [Internet]. 2019 Jan 17;42(Supplement 1):S165–72. Available from: http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dc19-S014~~
 24. Yano S, Moseley K, Bottiglieri T, Arning E, Azen C. Maternal Phenylketonuria International Collaborative Study revisited: Evaluation of maternal nutritional risk factors besides phenylalanine for fetal congenital heart defects. *J Inherit Metab Dis*. 2014;37(1):39–42.
 25. Rodger MA, Walker MC, Smith GN, Wells PS, Ramsay T, Langlois NJ, et al. Is thrombophilia associated with placenta-mediated pregnancy complications? A prospective cohort study. *J Thromb Haemost [Internet]*. 2014 Apr;12(4):469–78. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jth.12509>
 26. **D'Ippolito S, Ortiz AS, Veglia M, Tersigni C, Di Simone N. Low Molecular Weight Heparin in Obstetric Care. *Reprod Sci [Internet]*. 2011 Jul 20;18(7):602–13. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1933719111404612>**
 27. Tan WK, Lim SK, Tan LK, Bautista D. Does low-molecular-weight heparin improve live birth rates in pregnant women with thrombophilic disorders? A systematic review. *Singapore Med J [Internet]*. 2012;53(10):659–63. Available from: <http://www.sma.org.sg/UploadedImg/files/SMJ/5310/5310a4.pdf%5Chttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=2012693583>
 28. Donoso Bernaldes B, Oyarzún Ebensperger E. High risk pregnancy. *Medwave [Internet]*. 2012 Jun 1;12(05):e5429–e5429. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>
 29. Organización Panamericana de la Salud. Teorías del comportamiento. 2015;60:18–48.
 30. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. an Ecological Approach To Creating Active Living Communities. *Annu Rev Public Health [Internet]*. 2006;27(1):297–322. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100>

31. Moreno San Pedro E, Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud : Revisión Teórica , Consideración ... Int J Psychol Psychol Ther. 2003;3(1):91–109.
32. Spain. Ministerio de Sanidad y Consumo. F, Lacoste Marín JA, Papenfuss RL, Gutiérrez León A. El modelo de creencias de salud.Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 1997;71(4):335–41. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Cabrera A. G, Tascón G. J, Lucumí C. D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2001;19(1). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019107>
34. Bandura,Albert. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Asian J Soc Psychol [Internet]. 1999;2(1):1–26. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=4369846&site=ehost-live>
35. Velásquez Fernández A. Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. Rev Pequeñ Esc Psicol. 2012;2(1):148–60.
36. Olivari C, Urrea E. Autoeficacia Y Conductas De Salud Self-Efficacy and Health Behaviors. Cienc y Enfermería [Internet]. 2007;13(Autoeficacia y conductas de salud):7. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
37. Juárez Castelan MA, Rojas Russell ME, Serrano Alvarado K, Gómez García JA, Huerta Ibáñez A, Ramírez Aguilar M. Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. Psychologia. 2018;12(1):25.
38. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. J Exp Soc Psychol. 1986;22(5):453–74.
39. Reyes Rodríguez L. La Teoría De Acción Razonada: Implicaciones Para El Estudio De Las Actitudes Investigación Educativa. 2007;(7):66–77. Available from: http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf
40. Ubillos Landa S, Mayordono López S, Páez Rovira D. Actitudes: Definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. In: Psicología social, cultura y educación [Internet]. 2004. p. 301–26. Available from: <https://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
41. Neipp MC, Quiles MJ, León E, Tirado S, Rodríguez-Marín J. Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? Atención Primaria [Internet]. 2015 May;47(5):287–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.003>
42. Guzmán Facundo FR, García Salas BA, Rodríguez Aguilar L, Alonso Castillo MM. Actitud , norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México Attitude , Subjective Norm , and Behavioral Control as Predictors of Drug Use among Youth. Front Norte [Internet]. 2014;26(51):53–74. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722014000100003&lng=es&tlng=es.
43. Ballester AC, Asensio AB. La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido. 2005;21:84–91.
44. González Llana FM. Instrumentos de Evaluación Psicológica. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana (Cuba); 2007. 424 p.
45. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory (Español). 3era ed. México: McGraw Hill; 1995. 843 p.
46. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar [Internet]. 2011 Apr;34(1):4135–46. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
47. Galicia L, Balderrama J, Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: Propuesta de una herramienta virtual. Apertura [Internet]. 2017;9(2):42–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.18381/Ap.v9n2.993>
48. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Av en Medición. 2008;6(1):37–48.

49. Lamprea M. JA, Gomez-Restrepo C. Validity in scale-testing. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36(2):340–8.
50. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública [Internet].* 2004;6(3):302–18. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000300006&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
51. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validation of questionnaires. *Reumatol Clin.* 2009;5(4):171–7.
52. Edberg M. Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health. *Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health.* Boston, MA, US: Jones and Bartlett Publishers; 2007. xviii, 200-xviii, 200.
53. Durán Santos M, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. *Med Gen.* 2002;(043):252–62.
54. Martins Lage E, Simoes Barbosa A. Cardiopatías e gravidez. *Femenina.* 2012 May 15;40(1):43–50.
55. Domènech AP, Gatzoulis MA. Embarazo y cardiopatía. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(9):971–84.
56. Lau López S., Rodríguez Cabrera A., Pría Barros MC. Health problems in pregnant women and their importance for the care of preconceptional reproductive risk [(Problemas) de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional]. *Rev Cuba Salud Publica [Internet].* 2013;39(SUPPL 1):836–49. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84892381251&partnerID=40&md5=90a0de79f9c5078b97900118b010944f>
57. Kachoria R, Oza-Frank R. Receipt of preconception care among women with prepregnancy and gestational diabetes. Vol. 31, *Diabetic Medicine.* 2014. p. 1690–5.
58. Wahabi HA, Alzeidan RA, Bawazeer GA, Alansari LA, Esmaeil SA. Preconception care for diabetic women for improving maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet].* 2010 Dec 14;10(1):63. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-63>
59. del Rey MD, Herranz L, Martín Vaquero P, Lozano García JJ, Darias R, Felipe Pallardo L, et al. Influencia del control metabólico preconcepcional en la evolución de la gestación de la paciente diabética. *Med Clin (Barc) [Internet].* 2001 Jan;117(2):45–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002577530172009X>
60. Levy HL, Waisbren SE, Güttler F, Hanley WB, Matalon R, Rouse B, et al. Pregnancy experiences in the woman with mild hyperphenylalaninemia. *Pediatrics [Internet].* 2003;112(6 Pt 2):1548–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14654663>
61. Prick BW, Hop WC, Duvekot JJ. Maternal phenylketonuria and hyperphenylalaninemia in pregnancy: pregnancy. *Am J Clin Nutr [Internet].* 2012;95:374–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.110.009456>
62. Delgado Hernandez M, Trufero Canovas N. Riesgo Reproductivo. *AMC [Internet].* 2006;10(6):47–55. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000600005&Ing=es&nrm=iso
63. Vargas I, Villegas O, Sanchez A, Holthuis K. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. *Curso Espec Posgrado en Atención Integr Salud para Médicos Gen.* 2003:171.
64. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción Psicológica [Internet].* 2014 Jun 6;10(2):3. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/11820>
65. de Arquer MI. Fiabilidad Humana: métodos de cuantificación, juicio de expertos. *Cent Nac Condiciones Trab.* 1995;1–5.
66. Van Der Fels-Klerx IHJ, Goossens LHJ, Saatkamp HW, Horst SHS. Elicitation of Quantitative Data from a Heterogeneous Expert Panel: Formal Process and Application in Animal Health. *Risk Anal [Internet].* 2002 Feb;22(1):67–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/0272-4332.t01-1-00007>

67. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2015;28(3):547–58.
68. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Description and uses of the Delphi method in health sciences research. *Investig en Educ médica* [Internet]. 2012;1(2):90–5. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572012000200007&script=sci_abstract&tlng=en
69. García Calvente MM, Rodríguez IM. Concepto y fundamentos del grupo focal El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica Ventajas y limitaciones. *Aten Primaria*. 2000;25(25):181–6.
70. Kitzinger J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Social Health Illn*. 1994;16(1):103–21.
71. Levy Mangin J-P, Varela Mallou J, Gonzalez Alvarez N, Abad Gonzalez J, Levy Mangin J-P. Normalidad y otros supuestos en analisis de covarianzas. In: *Modelizacion con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. La Coruña; 2006. p. 31–57.
72. Mavrou I. Análisis factorial exploratorio: cuestiones conceptuales y metodológicas. *Rev Nebrija* [Internet]. 2015;19:71–84. Available from: <https://revistas.nebrija.com/revista-linguistica/issue/view/25/numero19>
73. Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. *Methodology in the Social Sciences*. 2015. 462 p.
74. Martínez Arias MR, Hernández Lloreda MJ, Hernández Lloreda MV. *Psicometría*. en versión. Editorial Alianza. S. A., editor. Madrid: 2014. 1-488 p.
75. Herrero J. El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2010;19(3):289–300. Available from: <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=fa2431bf9d65058fe34e9713e32d60e6>
76. Argibay JC. Técnicas Psicométricas. Cuestiones de Validez y confiabilidad. *Subj y Procesos Cogn* [Internet]. 2006;8:15–33. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630247002>
77. Zavando M D, Suazo G I, Manterola D C. Validez en la investigación imaginológica. *Rev Chil Radiol* [Internet]. 2010;16(2):75–9. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082010000200007
78. Supo J. Cómo validar un instrumento [Internet]. 1era ed. Perú BN del, editor. Perú; 2013. Available from: http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s_p/doc_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf
79. Quero Virla M. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Univ Priv Dr Rafael Belloso Chacín* [Internet]. 2010;12(2):248–52. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf>
80. Oviedo HC, Campo-arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2015;34(January 2005):572–80. Available from: https://www.researchgate.net/publication/284821545_Aproximacion_al_uso_del_coeficiente_Alfa_de_Cronbach

16. ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Cronograma de ActividadesA
Anexo B. Operacionalización de las VariablesB
Anexo C. Instrumento.....F
Anexo D. Carta de Consentimiento InformadoK
Anexo E. Manual OperacionalL



ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Ene 19	Feb 19	Mar 19	Abr 19	May 19	Jun 19	Jul 19	Ago 19	Sep 19	Oct 19	Nov 19	Dic 19	Ene 20	Feb 20	Mar 20	Abr 20	May-Oct 20
Fase de Planeación																	
1. Búsqueda de información	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX									
2. Elaboración y de planeación de protocolo			XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX						
2.1. Antecedentes de validación					XX	XX				XX	XX						
2.2. Teorías de comportamiento					XX	XX											
2.3. Intención					XX	XX											
2.4. Asesoría preconcepcional					XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX						
2.5. Justificación							XX	XX	XX	XX	XX						
2.6. Planteamiento del problema							XX	XX	XX	XX	XX						
2.7. Objetivos							XX	XX	XX	XX	XX						
2.8. Material y Métodos							XX	XX	XX	XX	XX						
3. Construcción del instrumento								XX	XX	XX	XX	XX					
3.1. Validez de Contenido												XX	XX				
3.2. Validez Aparente													XX				
3.3. Validez de Constructo													XX				
3.4. Validez de Criterio													XX				
3.5. Confiabilidad													XX				
Fase de ejecución																	
4. Recolección de datos												XX	XX				
5. Revisión de datos												XX	XX				
6. Codificación												XX	XX				
7. Verificación de información												XX	XX				
8. Tabulación de datos													XX	XX			
9. Análisis e interpretación													XX	XX	XX	XX	
Fase de comunicación y divulgación																	
10. Redacción de informe final															XX	XX	XX
11. Impresión del informe final															XX	XX	XX
12. Divulgación de Resultados																	Pend

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	ITEMS
Perfil socio-demográfico: Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza al grupo social al que pertenece cada médico	Características sociodemográficas: Características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo	<u>Edad</u> Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años cumplidos en el momento de la entrevista	Cuantitativa discreta: 1. 20-30 años 2. 31-40 años 3. 41-50 años 4. 51-60 años 5. > 60 años	1. Edad:
		<u>Sexo</u> Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres	Cuantitativa nominal dicotómica: 1. Masculino 2. Femenino	2. Sexo:
		<u>Escolaridad</u> Grados que el individuo ha probado en un establecimiento educativo reconocido legalmente	Cualitativa nominal 1. Licenciatura 2. Especialidad o posgrado 3. Maestría 4. Doctorado 5. Otros	3. Grado máximo de estudios
		<u>Estado civil</u> Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes o relacionadas con el matrimonio.	Cualitativa nominal 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Divorciado (a) 5. Separado (a) 6. Viudo(a)	4. Estado civil
		<u>Antigüedad laboral</u> Tiempo total que tiene un trabajador prestando sus servicios para una empresa, patrón o unidad económica determinada	Cuantitativa discreta 1. < 5 años 2. 5-10 años 3. 11-15 años 4. 16-20 años 5. 21-25 años 6. > 26 años	5. Antigüedad laboral en el IMSS

DOMINIO	DIMENSIÓN	ESCALA	ITEM
<p>Consejo Preconcepcional: Se estudia los factores psicosociales que influyen en la información que proporciona el médico de primer nivel previo a la gestación, la identificación de los riesgos maternos fetales en la evaluación de riesgo reproductivo para prevenir riesgos materno fetales, educar y promocionar la salud materna preconcepcional.</p>	<p><u>Actitud</u> Son los procesos psicológicos a favor o en contra que tiene el médico de llevar a cabo en el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo</p>	<p>1. Considero que realizar el consejo preconcepcional... a. Es adecuado b. Estaría satisfecho(a) c. Es necesario</p>
	<p><u>Norma subjetiva</u> Son los procesos psicológicos que tiene el médico sobre las presiones sociales que se ejercen para que lleve o no a cabo en el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>2. Brindaría el consejo preconcepcional porque... a. Mis compañero(a)s de trabajo lo hacen b. Mi jefe(a) me lo recomienda c. La opinión de mi jefe(a) sobre realizar el consejo preconcepcional es importante para mí</p>
	<p><u>Control percibido</u> Son los procesos psicológicos sobre el control volitivo del médico en la realización del consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>3. Al realizar el consejo preconcepcional... a. Me siento capacitado(a) b. Me siento seguro(a) c. Me siento confiado(a)</p>
	<p><u>Intención</u> Es la suma de los procesos psicológicos (actitud, normas subjetivas y control percibido) que influyen la realización del consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>4. Acerca del consejo preconcepcional... a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización. c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil</p>
<p>Riesgo Reproductivo: Es la identificación, registro y análisis de los factores que pueden predisponer o condicionar un evento que aumente la morbilidad materna y perinatal realizada durante el consejo preconcepcional.</p>	<p><u>Actitud</u> Son los procesos psicológicos a favor o en contra que tiene el médico de realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo</p>	<p>1. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional... a. Sería para mí importante b. Es necesario c. Estaría dispuesto(a)</p>
	<p><u>Norma subjetiva</u> Son los procesos psicológicos que tiene el médico sobre las presiones sociales que se ejercen para que lleve o no a cabo la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>2. Realizaría la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque... a. Mi jefe(a) me lo recomienda b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí c. La opinión de mi jefe(a) sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí</p>
	<p><u>Control percibido</u> Son los procesos psicológicos sobre el control volitivo del médico en la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>3. Al realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional... a. Me siento capacitado(a) b. Me siento seguro(a) c. Me siento confiado(a)</p>
	<p><u>Intención</u> Es la suma de los procesos psicológicos (actitud, normas subjetivas y control percibido) que influyen la realización de la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>4. Acerca de valorar el riesgo reproductivo... a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización c. Yo lo realizaría si la paciente lo solicitará</p>

DOMINIO	DIMENSIÓN	ESCALA	ÍTEM
<p>Prevención: Es la preparación de la mujer en edad fértil con el fin de evitar, de manera anticipada, un riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional, un evento desfavorable (muerte materna o neonatal) o un acontecimiento dañoso (repercusiones físicas, psicológicas, económicas o sociales de la madre o el neonato).</p>	<p><u>Actitud</u> Son los procesos psicológicos a favor o en contra que tiene el médico de realizar la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo</p>	<p>1. Considero que la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional... a. Estaría satisfecho(a) b. Sería para mí importante c. Estaría dispuesto(a)</p>
	<p><u>Norma subjetiva</u> Son los procesos psicológicos que tiene el médico sobre las presiones sociales que se ejercen para que lleve o no a cabo la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>2. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque... a. Mis compañero(a)s de trabajo lo hacen b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la prevención es importante para mí c. La opinión de mi jefe(a) sobre la prevención es importante para mí</p>
	<p><u>Control percibido</u> Son los procesos psicológicos sobre el control volitivo del médico en la prevención de complicaciones materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>3. Para prevenir de las complicaciones materno-fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional... a. Me siento capacitado(a) b. Me siento seguro(a) c. Me siento confiado(a)</p>
	<p><u>Intención</u> Es la suma de los procesos psicológicos (actitud, normas subjetivas y control percibido) que influyen la realización de la prevención de complicaciones materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>4. Acerca de prevenir de las complicaciones materno fetales durante el consejo preconcepcional... a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil.</p>
<p>Educación: Es un proceso en el cual se transmite el conocimiento del médico hacia las pacientes en edad fértil sobre la salud materna, así como los factores de riesgo materno fetal con el fin de mejorar su estado de salud durante el consejo preconcepcional.</p>	<p><u>Actitud</u> Son los procesos psicológicos a favor o en contra que tiene el médico de educar sobre la salud materna y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo</p>	<p>1. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional... a. Es adecuado b. Es necesario c. Estaría dispuesto(a)</p>
	<p><u>Norma subjetiva</u> Son los procesos psicológicos que tiene el médico sobre las presiones sociales que se ejercen para que lleve o no a cabo la educación sobre la salud materna y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>2. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque... a. Mi jefe(a) me lo recomienda b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre brindar educación es importante para mí c. La opinión de mi jefe(a) sobre brindar educación es importante para mí</p>
	<p><u>Control percibido</u> Son los procesos psicológicos sobre el control volitivo del médico en la educación de la salud materna y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>3. Al educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional... a. Lo realizo cuando me lo propongo b. Me siento seguro(a) c. Me siento confiado(a)</p>

DOMINIO	DIMENSIÓN	ESCALA	ÍTEM
	<p><u>Intención</u> Es la suma de los procesos psicológicos (actitud, normas subjetivas y control percibido) que influyen la educación de la salud materna y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>4. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional... a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización c. Yo lo realizaría si la paciente lo solicitará</p>
<p>Promoción: Es la acción de fomentar o favorecer la salud materna con el objetivo de divulgar para dar a conocer y persuadir a las mujeres en edad fértil de conocer los riesgos maternos fetales durante el consejo preconcepcional.</p>	<p><u>Actitud</u> Son los procesos psicológicos a favor o en contra que tiene el médico de realizar la promoción de la salud materna preconcepcional durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo</p>	<p>1. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo reproductivos que afectan a la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional... a. Me siento responsable b. Estaría satisfecho(a) c. Sería para mí importante</p>
	<p><u>Norma subjetiva</u> Son los procesos psicológicos que tiene el médico sobre las presiones sociales que se ejercen para que lleve o no a cabo la promoción de la salud materna durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>2. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque... a. Mis compañero(a)s de trabajo lo hacen b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí c. La opinión de mi jefe(a) sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí</p>
	<p><u>Control percibido</u> Son los procesos psicológicos sobre el control volitivo del médico en la promoción de la salud materna durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>3. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional... a. Me siento capacitado(a) b. Me siento seguro(a) c. Me siento confiado(a)</p>
	<p><u>Intención</u> Es la suma de los procesos psicológicos (actitud, normas subjetivas y control percibido) que influyen la realización de la promoción de la salud materna durante el consejo preconcepcional.</p>	<p>Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>	<p>4. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización. c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil</p>



“Construcción y validación de un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional de los médicos en el primer nivel de atención”

Buenos días/tardes: Se está realizando un estudio de intención del consejo preconcepcional basado en la teoría del comportamiento planificado, se aplicará el cuestionario a médicos adscritos en la consulta externa de todos los consultorios de ambos turnos, adscritos a la UMF 1, IMSS Aguascalientes. La entrevista será completamente anónima y los datos obtenidos son confidenciales, no se dará a conocer sus respuestas, por lo tanto, siéntase en libertad de responder lo que usted considere. Muchas gracias por su colaboración.

Número de folio /_/_/_/_/

Fecha de aplicación: /_/_/_/_/_/ (DD/MM/AAAA)

SECCIÓN I. Características demográficas

1 Ficha de identificación

1.a Matricula /_/_/_/_/_/_/_/_/_/ 1.b Turno laboral /_/_/_/ 1. Matutino 2. Vespertino

2. Características socio-demográficas

2.a. Edad /_/_/

1. 20-30 años

2. 31-40 años

3. 41-50 años

4. 51-60 años

5. Mayor de 60 años

2.b. Sexo /_/_/

1. Masculino

2. Femenino

2.c. Grado máximo de estudios /_/_/

1. Licenciatura

2. Especialista o posgrado

3. Maestría

4. Doctorado

5. Otros

2.d. ¿Está certificado? /_/_/

1. Si

2. No

2.e. Estado civil /_/_/

1. Soltero(a)

2. Casado(a)

3. Unión libre

4. Divorciado (a)

5. Separado (a)

6. Viudo (a)

2.f. Antigüedad laboral en el IMSS /_/_/

1. Menos de 5 años

2. 5-10 años

3. 11-15 años

4. 16-20 años

5. 21-25 años

6. Más de 26 años

2.g. ¿Actualmente participa en actividades docentes o de investigación en el consejo preconcepcional? /_/_/

1. Docente

2. Investigación

3. Otra, especifique_____

4. No

2.h. ¿Ha tomado cursos sobre consejo preconcepcional en los dos últimos años? /_/_/

1. Si

2. No

SECCIÓN II. Teoría del Comportamiento Planeado

Instrucciones: En relación a lo que lleva o llevaría a cabo sobre el consejo preconcepcional le voy hacer algunas preguntas, me puede contestar con las opciones que le voy a dar a continuación:

Consejo preconcepcional

1. Considero que realizar el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
a. Es adecuado					
b. Estaría satisfecho(a)					
c. Es necesario					

2. Brindaría el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Mis compañero(a)s de trabajo lo hacen					
b. Mi jefe(a) me lo recomienda					
c. La opinión de mi jefe(a) sobre realizar el consejo preconcepcional es importante para mí					

3. Al realizar el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Me siento capacitado(a)					
b. Me siento seguro(a)					
c. Me siento confiado(a)					

4. Acerca del consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil					
b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización.					
c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil					

Riesgo Reproductivo

1. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
a. Sería para mí importante					
b. Es necesario					
c. Estaría dispuesto(a)					

2. Realizaría la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Mi jefe(a) me lo recomienda					
b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí					
c. La opinión de mi jefe(a) sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí					

3. Al realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Me siento capacitado(a)					
b. Me siento seguro(a)					
c. Me siento confiado(a)					

4. Acerca de valorar del riesgo reproductivo...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil					
b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización.					
c. Yo lo realizaría si la paciente lo solicitará					

Prevención

1. Considero que la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
a. Estaría satisfecho(a)					
b. Sería para mí importante					
c. Estaría dispuesto(a)					

2. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Mis compañero(a)s de trabajo lo hacen					
d. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la prevención es importante para mí					
e. La opinión de mi jefe(a) sobre realizar la prevención es importante para mí					

3. Para prevenir de las complicaciones materno fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Me siento capacitado(a)					
c. Me siento seguro(a)					
c. Me siento confiado(a)					

4. Acerca de prevenir los factores de riesgo materno fetales durante el consejo pre concepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil					
b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización.					
c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil					

Educación

1. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
a. Es adecuado					
b. Es necesario					
c. Estaría dispuesto(a)					

2. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Mi jefe(a) me lo recomienda					
b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre brindar educación es importante para mí					
c. La opinión de mi jefe(a) sobre brindar educación es importante para mí					

3. Al educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Lo realizo cuando me lo propongo					
b. Me siento seguro(a)					
c. Me siento confiado(a)					

4. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil					
b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización.					
c. Yo lo realizaría si la paciente lo solicitará					

Promoción

1. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores riesgo reproductivos que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
a. Me sentiría responsable					
b. Estaría satisfecho(a)					
c. Sería para mí importante					

2. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Mis compañero(a)s de trabajo lo hacen					
d. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí					
e. La opinión de mi jefe(a) sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí					

3. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Me siento capacitado(a)					
c. Me siento seguro(a)					
d. Me siento confiado(a)					

4. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil					
b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización.					
d. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil					



ANEXO D.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)
UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes

Nombre del estudio:	"CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO QUE MIDA LA INTENCIÓN DEL CONSEJO PRECONCEPCIONAL DE LOS MÉDICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"
Patrocinador externo (si aplica):	NINGUNO
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes. enero del 2020.
Número de registro institucional:	F-2019-101-012
Justificación y objetivo del estudio:	Es necesaria la construcción de un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional de acuerdo a la teoría del comportamiento planeado dirigido a los médicos adscritos del primer nivel de atención. El objetivo: es construir, valorar la validez y confiabilidad de un instrumento que mida la intención del consejo preconcepcional en base al modelo del comportamiento planificado en Médicos del primer nivel de atención.
Procedimientos:	La participación como médico consistirá en permitir que se me aplique un cuestionario, para la validez aparente y de contenido se realizará la grabación en audio y video para apoyo en la observación para permitir las modificaciones pertinentes del instrumento, el cuestionario consta de múltiples preguntas sobre el concepto de consejo preconcepcional, así como múltiples preguntas sobre actitud, norma subjetiva, control percibido e intención del consejo preconcepcional para identificar qué factores del comportamiento humano influyen en esta conducta.
Posibles/// riesgos y molestias:	Se me ha informado que no se espera ningún riesgo o molestia durante la realización del presente estudio, se realizará la grabación en audio y video para la validez aparente sólo al grupo focal seleccionado de manera aleatoria y homogénea, al igual que en la validez de contenido.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener información sobre la intención y los factores psicosociales (actitud, norma subjetiva, control percibido) que influyen en el consejo preconcepcional en los médicos de primer nivel de la UMF 1, delegación Aguascalientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación
Participación o retiro:	Se me conservará el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo deseé conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	No se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio. Los datos personales relacionados con su privacidad serán tratados en forma confidencial.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y se me aplique el instrumento para este estudio.

Si acepto participar y se me grabe en audio y video para la validez aparente y de contenido, conservándolo hasta por 5 años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Jannett Padilla López. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 913 90 22. Correo electrónico: janis_padilla@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Griselda Góngora Serna. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 913 90 22. Correo electrónico: grizi3008@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

1. La residente de segundo año de medicina familiar aplicara el instrumento de intención del consejo preconcepcional en médicos adscritos a la consulta externa de primer nivel en la UMF 1 delegación Aguascalientes.
2. Se tomará el total de médicos adscritos a la consulta externa de primer nivel de la UMF 1, turno matutino y vespertino, se le solicitará su participación se dará a firmar la carta de consentimiento bajo información, se les explicará en qué consisten el instrumento y cuál es el objetivo de su participación.
3. El instrumento consta de 60 ítems en total, 12 en relación al consejo preconcepcional, 12 a riesgo reproductivo, 12 a prevención, 12 a educación y 12 a promoción todos ellos enfocados en la teoría del comportamiento planeado, dividido en sus 4 dimensiones actitud, norma subjetiva, control percibido e intención, así como el cuestionario de características sociodemográficas. La duración aproximada es de 30 minutos, la información que se manejará en esta entrevista será confidencial y no afecto en la atención que se brindó en la atención institucional. Se le comunicará al entrevistado que en el momento que no quisiera contestar una pregunta, o no quisiera continuar con la entrevista se podrá retirar.

SECCIÓN I. Características socio-demográficas

Este apartado, la información será extraída de los datos de la paciente entrevista, ya que serán ellas quien proporcione toda la información al responder la encuesta.

1. Edad. Hace referencia a la edad cumplida en años, y se contesta de acuerdo a las opciones dadas, en caso de que su edad cumplida hasta el día de hoy sea 33 años la opción que se seleccionara es el número dos.

Ejemplo

1. 20-30 años
2. 31-40 años
3. 41-50 años
4. 51-60 años
5. Mayor de 60 años

2. Sexo. En esta sección se pregunta al médico su género, y se contesta a la opción masculino o femenino, en caso de que su género sea femenino la opción que se seleccionara es el número dos.

Ejemplo

1. Masculino
2. Femenino

3. Grado máximo de estudios. En esta sección se pregunta al médico hasta que grado de estudios terminó y se contesta con las posibles respuestas dadas, en caso de que su grado máximo sea doctorado la opción que se seleccionará es el número cuatro.

Ejemplo:

1. Licenciatura
2. Especialista o posgrado
3. Maestría
4. Doctorado
5. Otros

4. ¿Está certificado? Ante el consejo de certificación de acuerdo al grado de estudio que corresponda y se codifica de acuerdo a su respuesta, si su respuesta es no, se seleccionará la opción correspondiente al número dos.

Ejemplo

1. Si
2. No

5. Estado civil. En esta sección se le pregunto al médico su estado civil y se codifica de acuerdo a su respuesta, si su respuesta es soltera, se seleccionará la opción que corresponde al número uno.

Ejemplo

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Unión libre
4. Divorciado (a)
5. Separado (a)
6. Viudo (a)

6. Antigüedad laboral en el IMSS. Hace referencia al número de años cumplidos laborando en el IMSS, y se contesta de acuerdo a las opciones dadas, en caso de que su antigüedad hasta el día de hoy sea 6 años, la opción que se seleccionará es el número dos.

Ejemplo

1. Menos de 5 años
2. 5-10 años
3. 11-15 años
4. 16-20 años
5. 21-25 años
6. Más de 26 años

7. Turno laboral. El turno descrito corresponde al horario en que el médico está adscrito para laborar en la UMF, es dado por el sujeto de estudio, en caso de que su turno sea matutino, la opción que se seleccionará será el número uno.

- Ejemplo
1. Matutino
 2. Vespertino

8. ¿Actualmente participa en actividades docentes o de investigación en el consejo preconcepcional? Se refiere si realiza alguna actividad en consejo preconcepcional ya sea de tipo docente o de investigación, se contesta de acuerdo a las opciones dadas, en caso de que este realizando investigación, la opción que se seleccionará será el número dos.

- Ejemplo
1. Docente
 2. Investigación
 3. Otra, especifique _____
 4. No

9. ¿Ha tomado cursos sobre consejo preconcepcional en los dos últimos años? Se refiere a si ha llevado algún tipo de aprendizaje sobre el consejo preconcepcional en los últimos 2 años, se contesta de acuerdo a las opciones dadas, si su respuesta es no, que se seleccionará es número dos.

- Ejemplo
1. Si
 2. No

SECCIÓN II. Teoría del Comportamiento Planeado

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer el comportamiento llevado en los médicos adscritos a la consulta externa del primer nivel de atención, UMF 1 delegación Aguascalientes. Cuenta con 5 dominios (consejo preconcepcional, riesgo reproductivo, prevención, educación y promoción) y cada uno con las siguientes dimensiones: Actitud, Norma subjetiva, control percibido, intención.

Las respuestas del entrevistado fueron marcadas con una "x" de la siguiente manera:

Se le indico al entrevistado las opciones que tenía para contestar, para esto se le presento hojas con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Consejo Preconcepcional

En esta sección se pretende saber si los médicos tienen la actitud, norma subjetiva, control percibido e intención para realizar el consejo preconcepcional en las mujeres en edad fértil que acudan a consulta.

1.a. Considero que realizar el consejo preconcepcional es adecuado

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: Totalmente de acuerdo (5)

1. Considero que realizar el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--	--------------------------	---------------	----------------	------------------	-----------------------------

a. Es adecuado 5

1.b. Considero que realizar el consejo preconcepcional estaría satisfecho(a)

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que realizar el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--	--------------------------	---------------	----------------	------------------	-----------------------------

b. Estaría satisfecho(a) 4

1.c. Considero que realizar el consejo preconcepcional es necesario

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que realizar el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--	--------------------------	---------------	----------------	------------------	-----------------------------

c. Es necesario 4

2.a. Brindaría el consejo preconcepcional porque mis compañero(a)s de trabajo me lo sugieren

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Nunca (1)

2. Brindaría el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Mis compañero(a)s de trabajo me lo sugieren 1

2.b. Brindaría el consejo preconcepcional porque mi jefe(a) me lo recomienda
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Nunca (1)

2. Brindaría el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Mi jefe(a) me lo recomienda 1

2.c. Brindaría el consejo preconcepcional porque la opinión de mi jefe(a) es importante para mí
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Casi siempre (4)

2. Acerca de realizar el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. La opinión de mi jefe(a) es importante para mí 4

3.a. Al realizar el consejo preconcepcional me siento capacitado(a)
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

3. Al realizar el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Me siento capacitado(a) 4

3.b. Al realizar el consejo preconcepcional me siento seguro(a)
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

3. Al realizar el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Me siento seguro(a) 3

3.c. Al realizar el consejo preconcepcional me siento confiado(a)
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi nunca (2)

3. Al realizar el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Me siento confiado(a) 2

4.a. Acerca del consejo preconcepcional yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

4. Acerca del consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil 3

4.b. Acerca del consejo preconcepcional yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización.
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

4. Acerca del consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización 4

4.c. Acerca del consejo preconcepcional yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda la mujer en edad fértil
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es siempre (5)

4. Acerca del consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil 5

Riesgo Reproductivo

En esta sección se pretende saber si los médicos tienen la actitud, norma subjetiva, control percibido e intención para valorar el Riesgo Reproductivo en las mujeres en edad fértil que acuden a consulta.

1.a. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional sería importante para mí
 Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
---	-------------------------	---------------	---------------	------------------	----------------------------

a. Sería importante para mí 4

1.b. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional es necesario
 Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
---	-------------------------	---------------	---------------	------------------	----------------------------

f. Es necesario 4

1.c. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional estaría dispuesto(a)
 Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: Totalmente en desacuerdo (1)

1. Considero que realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
---	-------------------------	---------------	---------------	------------------	----------------------------

c. Estaría dispuesto(a) 1

2.a. Realizaría la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque mi jefe(a) me lo recomienda
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Nunca (1)

2. Realizaría la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Mi jefe(a) me lo recomienda 1

2.b. Acerca de realizar la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es A veces (3)

2. Realizaría la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí 3

2.c. Realizaría la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mi jefe(a) sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Casi siempre (4)

2. Realizaría la evaluación del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. La opinión de mi jefe(a) sobre realizar la evaluación del riesgo reproductivo es importante para mí 4

3.a. Al realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional me siento capacitado(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

3. Al realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Me siento capacitado(a) 4

3.b. Para realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional me siento seguro(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

3. Al realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Me siento seguro(a) 3

3.c. Al realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional me siento confiado(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi nunca (2)

3. Al realizar la valoración del riesgo reproductivo durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Me siento confiado(a) 2

4.a. Acerca de valorar el riesgo reproductivo yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

2. Acerca de valorar el riesgo reproductivo...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil 3

4.b. Acerca de valorar el riesgo reproductivo yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

4. Acerca de valorar el riesgo reproductivo...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización 4

4.c. Acerca de valorar el riesgo reproductivo yo lo realizaría si la paciente lo solicitará

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

4. Acerca de valorar el riesgo reproductivo...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Yo lo realizaría si la paciente lo solicitará 4

Prevención

En esta sección se pretende saber si los médicos tienen la actitud, norma subjetiva, control percibido e intención para la prevención en el consejo preconcepcional en las mujeres en edad fértil que acudan a consulta.

1.a. Considero que la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional estaría satisfecho(a)

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--	--------------------------	---------------	----------------	------------------	-----------------------------

a. Estaría satisfecho(a) 4

1.b. Considero que la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional sería importante para mí

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--	--------------------------	---------------	----------------	------------------	-----------------------------

b. Sería importante para mí 4

1.c. Considero que la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional estaría dispuesto(a)

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: Totalmente en desacuerdo (1)

1. Considero la prevención de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--	--------------------------	---------------	----------------	------------------	-----------------------------

c. Estaría dispuesto(a) 1

2.a. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque mis compañero(a)s de trabajo me lo hacen

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Nunca (1)

2. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque...	5. Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2. Casi nunca	1. Nunca
--	------------	-----------------	------------	---------------	----------

a. Mis compañero(a)s de trabajo me lo hacen 1

2.b. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la prevención es importante para mí

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es A veces (3)

2. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque...	5. Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2. Casi nunca	1. Nunca
--	------------	-----------------	------------	---------------	----------

b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la prevención es importante para mí 3

2.c. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mi jefe(a) sobre realizar la prevención es importante para mí

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Casi siempre (4)

2. Realizaría la prevención en pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional porque...	5. Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2. Casi nunca	1. Nunca
--	------------	-----------------	------------	---------------	----------

c. La opinión de mi jefe(a) sobre realizar la prevención es importante para mí 4

3.a. Para prevenir de las complicaciones materno fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional me siento capacitado(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

3. Para prevenir de las complicaciones materno fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Me siento capacitado(a)			4		

3.b. Para prevenir de las complicaciones materno fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional me siento seguro(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

3. Para prevenir de las complicaciones materno fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
b. Me siento seguro(a)			3		

3.c. Para prevenir de las complicaciones materno fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional me siento confiado(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi nunca (2)

3. Para prevenir de las complicaciones materno fetales en las pacientes en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
c. Me siento confiado(a)				2	

4.a. Acerca de prevenir los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

4. Acerca de prevenir los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil			3		

4.b. Acerca de prevenir los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

4. Acerca de prevenir los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización				4	

4.c. Acerca de prevenir los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda la mujer en edad fértil

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es siempre (5)

4. Acerca de prevenir los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil	5				

Educación

En esta sección se pretende saber si los médicos tienen la actitud, norma subjetiva, control percibido e intención para llevar a cabo la educación en el consejo preconcepcional en las mujeres en edad fértil que acuden a consulta.

1.a. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y sobre de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional es adecuado
 Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: Totalmente de acuerdo (5)

1. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y sobre de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
a. Es adecuado	5				

1.b. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y sobre de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional es necesario
 Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y sobre de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
b. Es necesario	4				

1.c. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y sobre los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional estaría dispuesto(a)
 Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: Totalmente en desacuerdo (1)

1. Considero que educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y sobre de los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Indiferente	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
c. Estaría dispuesto(a)	1				

2.a. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque mi jefe(a) me lo recomienda
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Nunca (1)

2. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque...	5. Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2. Casi nunca	1. Nunca
a. Mi jefe(a) me lo recomienda	1				

2.b. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre brindar educación es importante para mí
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es A veces (3)

2. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque...	5. Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2. Casi nunca	1. Nunca
b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre brindar educación es importante para mí	3				

2.c. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mi jefe(a) sobre brindar educación es importante para mí
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Casi siempre (4)

2. Educaría a las pacientes en edad fértil sobre la importancia de la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. La opinión de mi jefe(a) sobre brindar educación es importante para mí 4

3.a. Al educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional lo realizo cuando me lo propongo
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

3. Al educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Lo realizo cuando me lo propongo 4

3.b. Al educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional me siento seguro(a)
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

3. Al educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Me siento seguro(a) 3

3.c. Al educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional me siento confiado(a)
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi nunca (2)

3. Para educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Me siento confiado(a) 2

4.a. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

4. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil 3

4.b. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

4. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización 4

4.c. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría si la paciente lo solicitará
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

4. Acerca de educar a las pacientes en edad fértil sobre la salud materna preconcepcional y los factores de riesgo materno fetales durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
--	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Yo lo realizaría si la paciente lo solicitará

4

Promoción

En esta sección se pretende saber si los médicos tienen la actitud, norma subjetiva, control percibido e intención para la promoción en el consejo preconcepcional en las mujeres en edad fértil que acuden a consulta.

1.a. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo reproductivos que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional me sentiría responsable
Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: Totalmente de acuerdo (5)

1. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores riesgo reproductivos que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
---	-------------------------	---------------	---------------	------------------	----------------------------

a. Me sentiría responsable

5

1.b. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo reproductivos que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional estaría satisfecho(a)
Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores riesgo reproductivos que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
---	-------------------------	---------------	---------------	------------------	----------------------------

b. Estaría satisfecho(a)

4

1.c. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo reproductivos que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional sería importante para mí
Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo: De acuerdo (4)

1. Considero que realizar la promoción de la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores riesgo reproductivos que afectan la salud materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3.Indiferente	2. En desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
---	-------------------------	---------------	---------------	------------------	----------------------------

c. Sería importante para mí

4

2.a. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo durante el consejo preconcepcional porque mis compañero(a)s de trabajo lo hacen
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Nunca (1)

2. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo preconcepcional durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Mis compañero(a)s de trabajo lo hacen

1

2.b. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí
Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es A veces (3)

2. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo preconcepcional durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. La opinión de mis compañero(a)s de trabajo sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí

3

2.c. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo durante el consejo preconcepcional porque la opinión de mi jefe(a) sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es Casi siempre (4)

2. Realizaría la promoción de la salud materna preconcepcional e información de los factores de riesgo preconcepcional durante el consejo preconcepcional porque...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. La opinión de mi jefe(a) sobre la promoción de la salud materna e información de factores de riesgo reproductivo es importante para mí

4

3.a. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional me siento capacitado(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

3. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Me siento capacitado(a)

4

3.b. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional me siento seguro(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

3. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Me siento seguro(a)

3

3.c. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional me siento confiado(a)

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi nunca (2)

3. Al promover la salud materna preconcepcional e informar sobre los factores de riesgo materno fetal durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Me siento confiado(a)

2

4.a. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es a veces (3)

4. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

a. Yo lo realizaría a toda mujer en edad fértil

3

4.b. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización

Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es casi siempre (4)

4. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

b. Yo lo realizaría si la unidad donde laboro promoviera su realización. 4

4.c. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda la mujer en edad fértil
 Si su respuesta es siempre se codifica como 5, si su respuesta casi siempre se codifica 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es casi nunca se codifica 2 y si su respuesta es nunca se codifica 1. Ejemplo: Si es siempre (5)

4. Acerca de promover la salud materna preconcepcional e informar los factores de riesgo materno fetales a todas las mujeres en edad fértil durante el consejo preconcepcional...	5.Siempre	4. Casi siempre	3. A veces	2.Casi nunca	1.Nunca
---	-----------	-----------------	------------	--------------	---------

c. Yo lo realizaría si existiera una Guía de práctica clínica en México o institucional que la promoviera de manera obligatoria en toda mujer en edad fértil 5

