

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

**“CONSTRUCCION, VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE
UN INSTRUMENTO DE EVALUACION CON EL MODELO
DE INFORMACION, MOTIVACION Y COMPORTAMIENTO
HACIA LA VACUNA ABDALA CONTRA COVID 19 EN
PERSONAL DE LA SALUD DE LA UMF 11.”**

TESIS PRESENTADA POR

ROBERTO ISRAEL RAMOS GONZÁLEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

ASESORA:

DRA. MARÍA IRIS EDITH FERNÁNDEZ SALAZAR

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

COASESORA:

DRA. CAROLINA QUIÑONES VILLALOBOS

AGUASCALIENTES, AGS. A 21 DE ENERO DEL 2026

CARTA DE APROBACIÓN DE TESIS (ASESOR)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



Aguascalientes, Ags. A 18 de Septiembre del 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes

DR. ROBERTO ISRAEL RAMOS GONZÁLEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"CONSTRUCCION, VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION CON EL MODELO DE INFORMACION, MOTIVACION Y COMPORTAMIENTO HACIA LA VACUNA ABDALA CONTRA COVID 19 EN PERSONAL DE LA SALUD DE LA UMF 11"

Número de Registro: R-2024-101-105 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

El **DR. ROBERTO ISRAEL RAMOS GONZÁLEZ** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

*Iris Fernández**

ATENTAMENTE:

DRA. MARÍA IRIS EDITH FERNÁNDEZ SALAZAR

DIRECTOR DE TESIS

CARTA DE APROBACIÓN DELEGACIÓN



Aguascalientes, Ags. A 18 de Septiembre del 2025

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes.

DR. ROBERTO ISRAEL RAMOS GONZÁLEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“CONSTRUCCION, VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION CON EL MODELO DE INFORMACION, MOTIVACION Y COMPORTAMIENTO HACIA LA VACUNA ABDALA CONTRA COVID 19 EN PERSONAL DE LA SALUD DE LA UMF 11”

Número de Registro: R-2024-101-105 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

El **DR. ROBERTO ISRAEL RAMOS GONZÁLEZ**, 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.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS


ATENTAMENTE:

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ

COORDINADORA AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

DICTAMEN DE APROBACIÓN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Evaluación e Investigación
Evaluación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H. GRAL. ZONA NUM. 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Lunes, 02 de septiembre de 2024

Doctor (a) MARIA IRIS EDITH FERNANDEZ SALAZAR

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CONSTRUCCION, VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION CON EL MODELO DE INFORMACION, MOTIVACION Y COMPORTAMIENTO HACIA LA VACUNA ABDALA CONTRA COVID 19 EN PERSONAL DE LA SALUD DE LA UMF 11**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-101-105

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

[Imprimir]

dictamen de aprobacion de comité de ética

27/6/25, 17:30

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"Dictamen de Reaprobación"

TESIS TESIS TESIS TESIS

JEFATURA DE MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA FAM 11
Comité de Ética en Investigación 1018

Viernes, 27 de junio de 2025

CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

DOCTOR (A) MARIA IRIS EDITH FERNANDEZ SALAZAR

P R E S E N T E

En atención a su solicitud de evaluación de documentos del protocolo de investigación con título: **CONSTRUCCION, VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION CON EL MODELO DE INFORMACION, MOTIVACION Y COMPORTAMIENTO HACIA LA VACUNA ABDALA CONTRA COVID 19 EN PERSONAL DE LA SALUD DE LA UMF 11.**, y número de registro institucional **R-2024-101-105**; me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación revisó y aprobó la solicitud de reaprobación del **27 de Junio de 2025** al **27 de Junio de 2026**

ATENTAMENTE

DOCTOR (A) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

EVIDENCIA DE ENVÍO A PUBLICACIÓN



ROBERTO ISRAEL

AUTOR

Código : TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Título : CONSTRUCCION, VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION CON EL MODELO DE INFORMACION, MOTIVACION Y COMPORTAMIENTO HACIA LA VACUNA ABDALA CONTRA

Título breve: CONSTRUCCION, VALIDACION Y CONFIABILIDAD

Estado: Artículo nuevo para validar

Tipo: Artículo Original

Resumen:

Palabras clave: validación psicométrica, modelo IMB, vacuna Abdala

Editor jefe: Issa Gil Alfaro
Neri Alejandro Álvarez Villalobos

Comentarios:

Financiación: No

Conflicto de intereses: No

DOI: _____

Cronología: 18-09-2025 Artículo nuevo para validar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi papá Dr. Juan Ramos Gallegos y mi mamá Dra. Ma. Concepción González Moreno que me apoyaron desde principio a fin de esta carrera y postgrado, por su sacrificio y esmero, por su tanto amor, cariño, respeto, humildad, consejos y, sobre todo por su confianza y por creer en mí, por estar en las buenas, en las malas y en la distancia, porque por ellos estoy logrando mis sueños y metas. Los amo con todo mi corazón.

Gracias a mi amada esposa Dra. María Iris Edith Fernández Salazar, por su comprensión, amor, empatía, humildad, por ser un gran ejemplo a seguir, por guiarme en este trayecto que no fue fácil, por apoyarme en mis peores momentos y compartir los mejores de mi vida, por darme de tu tiempo, por llevarme de la mano por el camino de Dios y hacerme un mejor médico y ser humano en cada paso que damos juntos. Gracias por nunca soltarme, te amo con todo mi ser.

A mi hija Isabella Ramos Fernández, por ser mi mayor motivación para seguir creciendo y seguir superándome y así, darte lo mejor de mí y de este mundo. Te amo hija mía.

A mis hermanos, gracias por estar en cada paso de mi camino, por no soltarme, por darme sus consejos y amor, por ser mi guía en la luz y en la oscuridad, gracias por su comprensión y confianza, hermanos. Los amo mucho.

DEDICATORIA:

Esta tesis la dedico a mi esposa e hija, por ser mi maestra, pareja, doctora, esposa, amiga, confidente y la madre de mi hija. Gracias por tu tiempo, sacrificio, esfuerzo, enseñanzas, gracias por ser mi guía por este largo camino y no soltarme, por estar a mi lado en la salud y en la enfermedad, en la cercanía y la distancia y, sobre todo, gracias por regalarme ese pequeño angelito que en este momento camina de nuestras manos.

INDICE GENERAL

INDICE DE GRAFICAS.....	3
INDICE DE TABLAS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	9
2.2. TEORÍAS Y MODELOS.....	16
2.2.1. Informacion.....	17
2.2.2. Motivacion	17
2.2.3. Comportamiento	18
2.3. MARCO CONCEPTUAL	19
3. JUSTIFICACION.....	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	26
5. OBJETIVOS	27
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
5.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	27
6. MATERIAL Y MÉTODOS	28
6.1. DISEÑO DE ESTUDIO	28
6.2. UNIVERSO DE TRABAJO.....	28
6.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO	28
6.4. UNIDAD DE ANÁLISIS	28

6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
6.5.1. Criterios de inclusión:	28
6.5.2. Criterios de exclusión:	28
6.5.3. Criterios de eliminación:	28
6.6. MUESTRA:	29
6.7. VALIDEZ APARENTE.....	29
6.8. VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	30
6.9. LOGÍSTICA.....	31
6.9.1. Instrumento.....	31
6.10. PROCESAMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS	32
6.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	41
6.12. RECURSOS	42
6.12.1. Recursos humanos.....	42
6.12.2. Recursos materiales.....	42
6.12.3. Financiamiento	43
6.13. CRONOGRAMA.....	43
7. RESULTADOS	43
7.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	43
7.2. VALIDEZ APARENTE.....	45
7.3. VALIDEZ DE CONTENIDO	46
7.4. VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	48
7.5. VALIDEZ DE CRITERIO	54
7.6. CONFIABILIDAD	55
8. DISCUSIÓN	56
8.1. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	59

9.	CONCLUSIONES.....	60
10.	GLOSARIO.....	63
11.	BIBLIOGRAFÍA	66
12.	ANEXOS	69
	ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
	ANEXO B. INSTRUMENTO FINAL (19 ÍTEMES)	71
	ANEXO C. CARTA DE NO INCONVENIENTE	72

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1.	Edad.....	44
Gráfica 2.	Sexo	44
Gráfica 3.	Gráfico de sedimentación.....	53

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Datos sociodemográficos	44
Tabla 2.	Indicadores globales y por dominio	46
Tabla 3.	Ronda 1 Método Delphi.....	47
Tabla 4.	Ronda 1 Método Delphi.....	48
Tabla 5.	Distribución de ítems	48
Tabla 6.	Ánalisis factorial exploratorio inicial.....	50
Tabla 7.	Ánalisis factorial exploratorio final	52
Tabla 8.	índices confirmatorios	54
Tabla 9.	Matriz de correlaciones de las dimensiones.....	54
Tabla 10.	Alfa de Cronbach.....	55

RESUMEN

Antecedentes: En el personal de salud, la decisión de aplicarse y recomendar refuerzos contra COVID-19 depende de determinantes cognitivos, motivacionales y de desempeño presentes en la práctica clínica. En la UMF 11 no existían instrumentos breves, validados y con sustento teórico para identificar con precisión brechas de información, motivación y habilidades relativas a la vacuna Abdala, lo que dificultaba diseñar y evaluar intervenciones focalizadas. **Objetivo:** Construir y evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento IMB para medir información, motivación y habilidades hacia la vacuna Abdala en personal de salud de la UMF 11. **Material y métodos:** Estudio instrumental con muestra no probabilística ($n=103$). La validez de contenido se estableció con Delphi (dos rondas, 5 expertos); la validez aparente con entrevistas a grupo focal. La validez de constructo se analizó con AFE y AFC; la validez de criterio con correlaciones entre dimensiones; la confiabilidad con alfa de Cronbach. **Resultados:** Predominaron 25–35 años (52,4%) y 36–45 años (30,1%), con distribución por sexo balanceada (hombres 52,4%, mujeres 47,6%); sobresalieron nutriólogos/as (50,5%) y médicos (44,7%). Tras depuración, el modelo final quedó en 19 ítems (7 información, 5 motivación, 7 comportamiento). AFE: $KMO=0,767$, Bartlett $p<0,001$, con tres factores coherentes con IMB. AFC: índices absolutos adecuados ($RMSEA=0,048$; $SRMR=0,047$) e incrementales aceptables/mejorables ($CFI=0,85$; $TLI=0,89$). Validez de criterio: correlación información–motivación $r=0,44$ ($p<0,01$); sin asociación significativa con comportamiento. Confiabilidad: α global $\approx 0,82$ (subescalas $\geq 0,76$). Validez de contenido y aparente satisfactorias, con consenso experto y alta comprensión/pertinencia reportada. **Conclusiones:** El instrumento IMB desarrollado aporta evidencia sólida de validez de contenido, aparente y de constructo, así como confiabilidad adecuada, y permite identificar de forma diferenciada si las necesidades de mejora se ubican en conocimiento, actitudes o habilidades relacionadas con la vacuna Abdala.

Palabras clave: validación psicométrica, modelo IMB, vacuna Abdala.

ABSTRACT

Background: Among healthcare personnel, the decision to receive and recommend COVID-19 boosters depends on cognitive, motivational, and performance determinants present in clinical practice. At UMF 11, there were no brief, validated, and theoretically supported instruments to accurately identify gaps in information, motivation, and skills related to the Abdala vaccine, which made it difficult to design and evaluate targeted interventions. **Objective:** To construct and evaluate the validity and reliability of an IMB instrument to measure information, motivation, and skills related to the Abdala vaccine in healthcare personnel at UMF 11. **Material and methods:** An instrumental study with a non-probabilistic sample (n=103). Content validity was established using Delphi (two rounds, 5 experts); face validity with focus group interviews. Construct validity was analyzed with EFA and CFA; criterion validity with correlations between dimensions; and reliability with Cronbach's alpha. **Results:** The group of individuals aged 25–35 years (52.4%) and 36–45 years (30.1%) predominated, with a balanced gender distribution (men 52.4%, women 47.6%). Nutritionists (50.5%) and physicians (44.7%) were the most prominent. After refinement, the final model consisted of 19 items (7 information, 5 motivation, 7 behavior). EFA: KMO=0.767, Bartlett p<0.001, with three factors consistent with BMI. CFA: adequate absolute indices (RMSEA=0.048; SRMR=0.047) and acceptable/improvable incremental indices (CFI=0.85; TLI=0.89). Criterion validity: information–motivation correlation $r=0.44$ ($p<0.01$); no significant association with behavior. Reliability: overall $\alpha\approx0.82$ (subscale ≥0.76). Satisfactory content and face validity, with expert consensus and high reported comprehension/relevance. **Conclusions:** The developed BMI instrument provides solid evidence of content, face, and construct validity, as well as adequate reliability, and allows for the distinct identification of whether improvement needs are related to knowledge, attitudes, or skills related to the Abdala vaccine.

Keywords: psychometric validation, BMI model, Abdala vaccine.

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 dejó en claro que la adopción de conductas preventivas en el personal de salud, y en particular la vacunación y su recomendación informada a pacientes y familias, no depende solo de la disponibilidad del biológico, sino de un entramado de determinantes cognitivos, motivacionales y de desempeño que se activan en contextos organizacionales específicos¹. En la Unidad de Medicina Familiar No. 11, la necesidad de contar con una medición rigurosa y breve que identifique, de manera diferenciada, qué tanto se sabe sobre la vacuna Abdala (información), qué tan favorable es la actitud y la intención de recomendarla (motivación) y qué tan capaces son los profesionales de convertir esa intención en acciones concretas a pie de consulta (habilidades/autoeficacia), es particularmente apremiante: confluye el reto de mantener coberturas altas de refuerzo, de contrarrestar información imprecisa circulante y de gestionar barreras cotidianas de flujo de trabajo, tiempos y comunicación clínica. Sin embargo, el panorama local y regional muestra un vacío de instrumentos psicométricamente sólidos que, anclados en un marco teórico probado como el Modelo de Información–Motivación–Comportamiento (IMB)², permitan diagnosticar con precisión el eslabón que limita la conducta vacunal, monitorear el impacto de intervenciones educativas y organizacionales, y comparar entre categorías profesionales y a lo largo del tiempo; predominan cuestionarios ad hoc, poco comparables, sin validaciones formales y que confunden creencias, conocimientos y desempeño, lo que dificulta traducir los hallazgos en decisiones de mejora³. Este protocolo propone la construcción, validación y estimación de la confiabilidad de un instrumento específico para el personal de salud de la UMF 11, diseñado para capturar con claridad las tres dimensiones del IMB en torno a la vacuna Abdala y para ofrecer resultados accionables: identificar brechas de conocimiento que ameritan actualización focalizada, perfilar necesidades de motivación y de manejo de objeciones, y reconocer carencias de habilidades comunicacionales u organizativas que impiden llevar la recomendación a la práctica; la utilidad esperada trasciende la medición puntual y se orienta a habilitar ciclos de mejora continua, al proveer una métrica

estandarizada que sirva como línea base, permita evaluar intervenciones y facilite la toma de decisiones clínicas y programáticas con criterios de efectividad y costo-efectividad, contribuyendo así a fortalecer la cultura de calidad y la seguridad del paciente en el primer nivel de atención.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

2. MARCO TEORICO

Se hizo una búsqueda sistemática en la base de datos de MEDLINE/ PubMed, BVS, EBSCO, Web of Science. La estrategia de búsqueda que se utilizó fueron los términos: Covid-19 vaccines, Covid-19, motivation and behavior, IMB MODEL, information motivation behavioral skills model obteniéndose un total de 23 artículos.

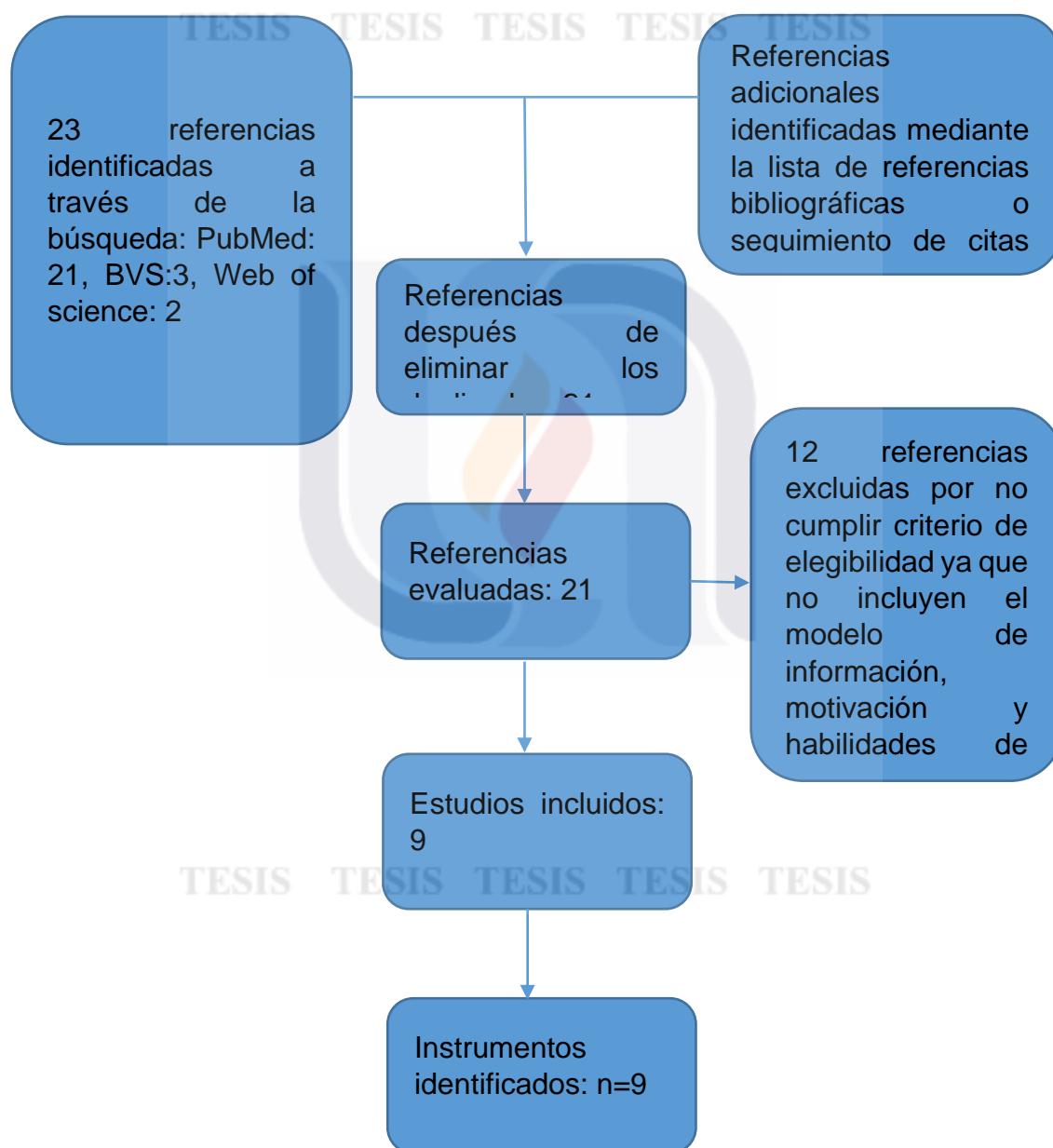


FIGURA 1. DIAGRAMA DE COCHRANE.

2.1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Zhenwei Dai, Shu Jing, Xiaoyang Liu. Et al. (2023) en la ciudad de Beijín, China, utilizando el modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento se tiene como objetivo desarrollar una escala de autocontrol de diabetes mellitus en pacientes chinos de mediana edad y ancianos, en una población de 469 pacientes de rango de edad 45 a 65 años, mediante una encuesta por muestreo por conveniencia con total de 22 ítems con 3 dimensiones (información 5 ítems, motivación 8 ítems y comportamiento 9 ítems) y utilizando un análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, arrojaron como resultado del análisis factorial simple que el valor del KMO fue de 0.839, la prueba esférica de Barlett $2 = 3254.872$, $P < 0.001$. Los resultados del análisis de factor confirmatorio mostraron $2/df=2.261$, $RMSEA=0.073$, $CFI=0.937$, $TLI=0.930$ y $SRMR=0.096$. las cargas factoriales estándar estuvieron por encima de 0.6 y los valores de CR de 3 dimensiones fueron todos superiores a 0.9, demostrando buena validez discriminante y de criterio. En conclusión, esta escala de autocontrol diabético puede usarse para hacer una evaluación integral del autocontrol en cuanto a dieta, actividad física y medicación, estando validada con buena confiabilidad y validez.¹

Peng Z, Yu Y, Wei W, Hou Y, Sun Z et al. (2020) En la ciudad de Shanghái, China, utilizando el modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento, se realizó este estudio con el objetivo de realizar un cuestionario de adherencia a la terapia anti retroviral entre pacientes con VIH positivo, en un total de 426 pacientes a los que se realizaron un cuestionario sobre información (9 ítems) motivación (10 ítems) y habilidades del comportamiento (13 ítems). Se usó el Programa Comunitario para la Investigación Clínica de SIDA (CPCRA por sus siglas en inglés) para calcular la adherencia a la terapia anti retroviral. Para analizar la adherencia se utilizó el cuestionario de adherencia a LifeWindows – Información, motivación y habilidades conductuales (LW-IMB-AAQ por sus siglas en inglés), los datos se analizaron por medias y desviación estándar de cada ítem del cuestionario, índice crítico por cada ítem y se comprobó el coeficiente-correlación entre cada ítem y las puntuaciones totales de la escala. Se obtuvieron como resultados que, excepto el

ítem 1 de motivación, todos los demás eran aceptables, los resultados en la fiabilidad arrojaron que todos los coeficientes α -Cronbach para las 3 secciones y el cuestionario total son superiores al 0,7 con ICC superiores a 0,6 ($p<0,001$) y el coeficiente de Spearman-Brown para la escala total es de 0,825; en la validez el valor KMO de la información es de 8,851 y la esfericidad de Bartlett es $\chi^2=1368,327$ ($p<0,001$), el valor KMO para motivación es de 0,864 y la esfericidad de Bartlett es $\chi^2=1395,851$ ($p<0,001$) y en habilidades del comportamiento es 0,944 y la esfericidad de Bartlett es $\chi^2=453,052$ ($p<0,001$). El modelo final demostró buena validez ($p=0,471$, $\chi^2/df=0,960$, CFI=1.000, GFI=0.994 y RMSEA <0,001 a sin el ítem 4 de motivación. En conclusión, el cuestionario final incluyó 30 ítems, siendo que la validez y la confiabilidad de este LW-IMB-AAQ son aceptables.²

William A. Fisher, Jeffrey D. Fisher (2023) creadores y mediante el modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento señalan que las respuestas del personal de salud pública a la COVID-19 y a pandemias anteriores no han sido óptimamente efectivas ya que no se han empleado en contexto de pandemias, por lo tanto se podría aplicar un modelo de cambio de comportamiento pandémico y evaluado en el contexto de comprender la dinámica y cambiar la actual baja vacunación de refuerzo contra la COVID-19 en adultos y niños; asimismo señalan que el IMB Model es bien probado y respaldado (JD Fisher & Fisher, 1992; WA Fisher and Fisher, 2003; WA Fisher and cols., 2014) para cambiar la dinámica y promover los cambios en el comportamiento sanitario del personal de salud. Para la COVID-19, los comportamientos preventivos y entre ellos la vacunación refieren que su uso es desigual e inadecuada entre cada país y cada población, siendo así que la eficacia de las vacunas contra nuevas variantes es un desafío, creando así escepticismo público. Mediante este artículo refieren la creación de un nuevo modelo, pero vinculado al IMB Model para la prevención de pandemias, teniendo como objetivo comprender los determinantes y dinámica del riesgo y comportamiento preventivo de futuras pandemias y así promover y mantener la prevención a nivel individual, interpersonal y comunitario.¹

Yetao Luo, MAS, Lili Yao, BSN, [...] y Xiaoni Zhong, PhD. (2020). basado en un modelo IMB extendido. Cuyo objetivo fue determinar las diferencias en los comportamientos de salud y los factores relacionados entre los residentes rurales y urbanos en China, 2449 participantes (1783 (72,81 %) residentes urbanos y 666 (27,19 %) residentes rurales. Los residentes rurales tuvieron puntajes de comportamiento de salud más bajos que los residentes urbanos, incluso después de ajustar las características demográficas (33,86 frente a 34,29, $P = 0,042$; el puntaje total fue 40). Las habilidades motivacionales, conductuales y el estrés tuvieron impacto directo positivo y negativo en los comportamientos de salud de los residentes urbanos y rurales. La información y la percepción positiva de las intervenciones tuvieron efectos directos sobre los comportamientos de salud en los residentes rurales, pero no en los residentes urbanos. Todos los factores estuvieron mediados por las habilidades conductuales de los residentes rurales y urbanos.⁴

El autor dice que los comportamientos los estudiaron basados en modelo MBI, pero en el artículo no reporta el instrumento ni la construcción o validación del mismo, sin reportar resultado. La información del presente trabajo no es de utilidad, ni pertinente para mi problema de estudio.

Y. Luoa, L. Yaob, L. ZhouC, F. Yuand, X. Zhongmi. (2020) China, objetivo fue explorar los factores que influyeron en los comportamientos de salud durante el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Se evaluaron utilizando el modelo de habilidades de comportamiento, motivación e información extendida (IMB) además de agregar estrés percibido y percepción positiva de las intervenciones. Encuesta transversal de 2449 participantes, se utilizó el método de muestreo de bola de nieve para reclutar participantes en las plataformas de redes sociales, los datos se recopilaron a través de un cuestionario en línea. Los comportamientos de salud se evaluaron mediante un sistema de puntuación (rango de puntuación total: 8- 40); el puntaje promedio de comportamiento de salud en este estudio fue 34.62 ± 4.44 . El término 'estrés de riesgo para la salud' se refiere al impacto que el estrés percibido tiene sobre la salud, y esto fue experimentado por el 39,9% de los participantes. Solo el 35,9% de los participantes respondió

correctamente las siete preguntas sobre la información de COVID-19. El modelo final mostró que la información, la motivación, las habilidades conductuales, el estrés por riesgo de salud y la percepción positiva de las intervenciones tenían efectos directos significativos en los comportamientos de salud. Los comportamientos de salud se asociaron positivamente con la percepción positiva de las intervenciones, pero se asociaron negativamente con el estrés de riesgo para la salud. Las habilidades conductuales tuvieron el mayor impacto en los comportamientos de salud. Conclusiones, Ante emergencias de salud pública, el modelo IMB extendido se ha utilizado como marco teórico para construir intervenciones más efectivas, En cuanto a la educación sanitaria, el gobierno debe centrarse en las habilidades conductuales, rectificar con prontitud la información de prevención ineficaz y crear conciencia sobre la enfermedad para aliviar el estrés y la ansiedad en la población.⁵

Gi Yon Kim, Taeksoo Shin, Young-Junh hijo y Jihea Choi, (2021) mediante un estudio transversal con 500 adultos coreanos (253 hombres y 247 mujeres) con edad entre 20 y 60 años, utilizaron los factores psicoconductuales (responsabilidad social, autoeficacia y vacilación de la vacuna COVID-19) basándose en el instrumento IMB (Información, motivación y comportamiento) Se realizó una encuesta en línea (eSalud), obtuvieron como resultado a responsabilidad social: α -Cronbach de 0.87 tenían alta autoeficacia por lo que redujo su reticencia a la vacuna, identificándose como el factor que más influyó en la reticencia a vacunarse contra COVID-19, autoeficacia α -Cronbach 0.91 refiriendo que los adultos con alto nivel de alfabetización en eSalud tenían mayor sentido de autoeficacia en relación con el COVID-19 que aquellos con bajo nivel de alfabetización, y vacilación de la vacuna. En cuanto al efecto moderador de la edad, el efecto de responsabilidad social en la autoeficacia y la reticencia a la vacuna COVID-19 fue mayor para participantes mayores. En conclusión, la edad tuvo un efecto moderador en relación entre la responsabilidad social y la autoeficacia, entre la alfabetización en eSalud y la reticencia a la vacuna COVID-19 y entre la responsabilidad social y la vacilación de la vacuna COVID-19 por lo que se debe centrar la atención en cuanto a la difusión

de información en salud confiable en internet, redes sociales y otros medios de comunicación.⁶

Feng-Jen Tsai, Hsiu-Wen Yang, [y Jeffrey Zen Liu. (2021) Aceptabilidad de las vacunas contra la COVID-19 y comportamiento de protección entre adultos en Taiwán: asociaciones entre la percepción del riesgo y la voluntad de vacunarse contra la COVID-19. Estudio transversal con objetivo de evaluar la aceptación de las vacunas COVID-19 y el impacto de la percepción del riesgo en la aceptación de la vacuna y los comportamientos de protección de la salud personal en Taiwán. 1020 participantes fueron incluidos en el análisis final; El cuestionario utilizado en esta investigación incluye seis dimensiones: fuentes de información sobre vacunas, factores que afectan la disposición a vacunar, actitud hacia diferentes enfoques éticos de asignación de recursos de vacunas; y percepción de riesgo, disposición a vacunar y comportamientos de salud con respecto a COVID-19 en Taiwán". En cuanto a la disposición a recibir una vacuna COVID 19, el 52,7% de los participantes estaba dispuesto a recibir la vacuna, mientras que casi la mitad (47,3%) no estaba dispuesto a recibirla. La principal razón para rechazar la vacuna fue la preocupación de que "el proceso de EUA no es lo suficientemente estricto" (296/608, 48,7 %), seguida de la preocupación por los "efectos secundarios" (184/608, 30,3 %).⁷

Q. Wang, R. Zhu, Y. Cao, Y. Ning, Y. Feng, Y. Feng and S. Han, en la ciudad de Taiyuan, China, se estudió la eficacia del modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento para mejorar la adherencia de la inmunoterapia sublingual en pacientes con rinitis alérgica en una población total de 120 pacientes divididos en 2 grupos: Grupo control (n=60) al que recibió instrucciones de rutina por médicos y enfermeras y grupo experimental (n=60) al que recibió una intervención basado en el modelo IMB, mediante el método de controles históricos y empleando un diseño de ensayo controlado no aleatorio, se realizó una encuesta en línea para recopilación de datos al inicio (T0), después de la intervención (T1), al mes (T2) y 3 meses posteriores (T3), los datos sobre características demográficas y clínicas de los participantes de los 2 grupos de compararon mediante la prueba T

student, prueba Mann-Whitney U, Chi-cuadrada o prueba exacta de Fisher según corresponda, excluyendo 6 pacientes (3 de cada grupo). Se utilizó un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) de 2 vías para explorar entre grupos, dentro del grupo y los efectos de interacción. En el grupo T0 no se observaron diferencias significativas entre los grupos experimental y de control en las creencias sobre la adherencia a la medicación ($t=0.88$, $p=0.381$), la autoeficacia ($t=-1.37$, $p=0.175$) o nivel de conocimiento de la medicación ($F=426.11$, $p<0.001$), creencias sobre la medicación ($F=216.88$, $p<0.001$), autoeficacia ($F= 17.10$, $p<0.001$) y conocimiento de la medicación ($F=483.32$, $p<0.001$). Además, se observaron diferencias significativas a lo largo del tiempo en la adherencia a la medicación ($F = 51,46$, $p<0,001$), creencias sobre la medicación ($F = 216,77$, $p<0,001$), autoeficacia ($F = 88,99$, $p<0,001$), y conocimiento de la medicación ($F = 496,04$, $p<0,001$). Las interacciones tuvieron un efecto significativo sobre la adherencia a la medicación ($F = 88,96$, $p = 0,034$), las creencias sobre la medicación ($F = 223,00$, $p<0,001$), autoeficacia ($F = 85,47$, $p<0,001$), y conocimiento de la medicación ($F = 273,13$, $p<0,001$), lo que sugiere que la duración y el modo de intervención tuvieron un efecto sobre estos resultados para los participantes del grupo experimental. En conclusión, los resultados confirmaron que la intervención basada en el modelo IMB fue efectiva para mejorar la adherencia a la medicación, las creencias sobre la toma de medicación, autoeficacia y el conocimiento de la medicación en estos pacientes.⁸

Meihua Li, en Chenzhou, China (2022), se utilizó el modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento para reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida en la rehabilitación cardiaca en pacientes con enfermedad coronaria, analizando un total de 108 pacientes (59 hombres y 49 mujeres) divididos en 2 grupos: Modo I a los que se otorgó un esquema de enfermería de rutina otorgado en forma de manuales a los pacientes incluyendo cambios de estilo de vida, sesiones educativas por profesionales médicos; el grupo Modo II se llevó a cabo mediante la aplicación del modelo IMB: Información corresponde a entrevistas cara a cara con los pacientes para la evaluación de la adherencia de cambios en estilo de vida, motivación fue a entrevistas motivacionales después de que el personal

médico explicara datos relevantes de la rehabilitación cardiaca, la segunda entrevista 2 días posteriores de la primera de acuerdo a la puntuación de mayor importancia de la primera entrevista y la tercera 5 días posteriores a la segunda entrevista para conocer la mejora del comportamiento de los pacientes; en habilidades del comportamiento basándose en la rehabilitación deportiva, en aquellos pacientes con buenos hábitos de ejercicio se les brindó ayuda para ajustar la frecuencia, tiempo e intensidad de la actividad física, en los pacientes con malo hábitos deportivos, se les evaluó su voluntad y capacidad para realizar ejercicio y se les guio para que lo realizaran regularmente, estas intervenciones fueron antes del alta hospitalaria y la segunda posterior al alta hospitalaria; arrojo como resultado que las características clínicas básicas son similares entre los 2 grupos ($P>0,05$), No hubo diferencias en la FEVI, VS, umbral anaeróbico, consumo máximo de oxígeno, el PEF y FVC entre los 2 grupos de rehabilitación antes de la intervención ($P>0,05$), después de la intervención estos índices mejoraron, los pacientes del MODO II mostraron FEVI, SV, umbral anaeróbico, consumo máximo de oxígeno, PEF y FVC mayores que el modo I ($P<0,05$), en discusión el modelo de información, motivación y habilidades del comportamiento se asoció a índices mejorados de función cardiopulmonar en comparación con los pacientes del grupo Modo I, en conclusión la intervención del modelo IMB en estos pacientes es beneficiosa para mejorar la función cardiopulmonar y la aptitud física funcional.⁹

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

2.2. TEORÍAS Y MODELOS

El modelo IMB (J. Fisher y Fisher, 1992; 2000; W. Fisher y Fisher, 1993; 1999) conceptualiza los determinantes psicológicos de la realización de conductas que tienen la capacidad de deteriorar o mejorar el estado de salud. El modelo se desarrolló originalmente para dar cuenta de los determinantes psicológicos del riesgo de VIH y el comportamiento preventivo (J. Fisher y Fisher, 1992; W. Fisher y Fisher, 1993), y se basa en una revisión crítica y la integración de los constructos de teorías relevantes en psicología social y de la salud) y en un análisis de los éxitos y fracasos informados en la literatura sobre intervenciones de prevención del VIH (J. Fisher y Fisher, 1992). La conceptualización IMB busca abordar las limitaciones de la teoría existente en psicología social y de la salud.²

El modelo IMB especifica que la motivación es un determinante adicional del desempeño de los comportamientos relacionados con la salud e influye en si incluso las personas bien informadas se inclinarán a emprender acciones de promoción de la salud. De acuerdo con el modelo, la motivación personal (actitudes hacia el desempeño personal de los comportamientos de promoción de la salud) y la motivación social (apoyo social para la promulgación de comportamientos de promoción de la salud) son influencias críticas en el desempeño del comportamiento relacionado con la salud.

Las habilidades de comportamiento para el desempeño de las acciones de promoción de la salud son un determinante crítico adicional de si las personas bien informadas y bien motivadas serán capaces de promulgar de manera efectiva comportamientos de promoción de la salud. El componente de habilidades conductuales del modelo IMB se enfoca en las habilidades objetivas de un individuo y su sentido de autoeficacia (Rye, 1990; 1998) con respecto al desempeño de un comportamiento relacionado con la salud.¹⁰

Las habilidades conductuales están implicadas en una amplia gama de prácticas de salud, modelo IMB especifica que la información y la motivación para la promoción de la salud funcionan principalmente a través de las habilidades conductuales de

promoción de la salud para influir en el comportamiento de promoción de la salud. En esencia, los efectos de la información y la motivación para la promoción de la salud se ven principalmente como resultado de la aplicación de habilidades conductuales de promoción de la salud al inicio y mantenimiento de la conducta de promoción de la salud. El modelo también afirma que la información y la motivación para la promoción de la salud pueden tener efectos directos en el desempeño de la conducta de promoción de la salud, cuando no se requieren habilidades conductuales complicadas o novedosas para ejecutar la conducta de promoción de la salud en cuestión.³

Este modelo especifica un conjunto de relaciones causales entre estos constructos, así como un conjunto de operaciones que pueden usarse para traducir el enfoque de IMB en intervenciones de promoción de la salud.

2.2.1. Informacion

La información es directamente relevante para el desempeño del comportamiento de la salud y que el individuo puede implementar en su ecología social, este es un determinante crítico del desempeño del comportamiento de la salud. La información puede incluir hechos específicos, heurísticas relevantes y teorías implícitas sobre la promoción de la salud, siendo estas dos últimas frecuentemente incorrectas.¹⁰

La información hacia la vacuna Abdalá nos orienta hacia los hechos específicos, relevantes y teorías sobre el conocimiento de esta vacuna, ya que de esto depende el comportamiento del personal de salud sobre la prevención de la COVID-19.

2.2.2. Motivacion

Es un determinante adicional al desempeño de los comportamientos relacionados con la salud y es influenciada por la información para emprender acciones de promoción de la salud. La motivación personal (actitudes hacia el desempeño personal de los comportamientos de promoción de la salud) y la motivación social (apoyo social para la promulgación de comportamientos de promoción de salud) son influencias críticas en el desempeño del comportamiento relacionado con la salud.¹⁰

2.2.3. Comportamiento

Es el desempeño de las acciones de la promoción de la salud y es un determinante critico de si las personas bien informadas y bien motivadas serán capaces de promulgar de manera efectiva comportamientos de promoción de la salud. Los efectos de la información y motivación para la promoción de la salud es el resultado de la aplicación de las habilidades conductuales de que influye en el inicio y mantenimiento de la conducta a la promoción de la salud.¹⁰

Esencialmente, se cree que alguien que está bien informado y motivado desarrolla y pone en práctica las habilidades necesarias para implementar el comportamiento en cuestión y, en última instancia, es probable que obtenga mayores beneficios para la salud.¹¹

El modelo IMB considera la información y la motivación como constructos independientes, ya que individuos bien informados no están necesariamente motivados para participar en comportamientos de promoción de salud, y los individuos altamente motivados no están necesariamente bien informados sobre las prácticas de promoción de la salud.

Con lo mencionado anteriormente, este modelo es de suma importancia en el campo de la salud médica para entender y mejorar el comportamiento de salud basando en la información, motivación y las habilidades del comportamiento.

Ante la búsqueda de información observamos del uso del instrumento primordialmente enfocado al sector salud, dando como resultados positivos hacia cambios de conductas de pacientes estudiados con distintas enfermedades crónico degenerativas sobre sus cuidados personales para la prevención de complicaciones o aplicación de vacuna para la prevención de enfermedades.

Ante la ausencia de relación entre el modelo IMB hacia la vacuna Abdalá, así como la reticencia observada en el personal de salud hacia su aplicación, es de suma importancia la creación de un instrumento de evaluación como herramienta para obtener evidencia necesaria y que las autoridades en primera instancia dentro de

nuestra unidad puedan desarrollar acciones a fin de evitar la reticencia hacia la aplicación de la vacuna Abdala otorgada de forma gratuita hacia el personal.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Covid-19: trastorno viral generalmente caracterizado por fiebre alta; tos, disnea, escalofríos, temblor persistente, dolor muscular, cefalea, dolor de garganta, pérdida del gusto y / o del olfato que son de nueva aparición, así como por otros síntomas de una neumonía viral. En casos graves, se observa una miríada de síntomas asociados a la coagulopatía que a menudo se correlacionan con la gravedad del COVID-19. Un coronavirus SARS-CoV-2 del género beta coronavirus es el agente causante.¹²

Vacunas contra la COVID-19: Vacunas o vacunas candidatas que contienen antígenos componentes del SARS-CoV-2, material genético o el virus SARS-CoV-2 inactivado, y están diseñadas para prevenir el COVID-19.¹³

Modelo de información, motivación y habilidades conductuales: Un modelo para comprender los comportamientos de los pacientes reconoce tres constructos: la información, motivación y habilidades conductuales que son necesarios para participar en un comportamiento de salud dado, como determinantes individuales específicos del comportamiento y el cambio de comportamiento, las dimensiones de la información se buscara conocer la veracidad y la falsedad sobre el mecanismo de acción, efectos secundarios, efectividad, comparación con otras vacunas, estado de investigación, confianza del personal médico hacia el origen de la vacuna, confianza su la promoción de la vacuna, la veracidad en las redes sociales; en las dimensiones que influyen en la motivación se buscara conocer el miedo a la aplicación de la vacuna, la responsabilidad social, la influencia de las redes sociales y grupos sociales; en las habilidades conductuales se buscará conocer el comportamiento hacia a la responsabilidad social y personal. En el concepto del

modelo IMB, la información se define como los hechos, acontecimientos y las teorías existentes en torno a la salud; la motivación es la disposición de un individuo o sociedad de llevar a cabo promociones a la salud; y el comportamiento son las acciones desempeñadas a la promoción de la salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

3. JUSTIFICACION.

La OMS refiere que han desarrollado diferentes tipos de vacunas contra la COVID-19, entre las que cabe mencionar las siguientes:¹⁴

- Vacunas con virus inactivados o debilitados (Sinovac-Coronavac, Sinopharm, Bharat, Valneva)
- Vacunas basadas en proteínas (Novavax/Serum Institute of India)
- Vacunas de vectores víricos (AstraZeneca/Oxford, Janssen, CanSino)
- Vacunas de ARN y ADN (Pfizer/BioNTech, Moderna)

El gobierno de México, refiere que la vacuna, desarrollada por el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) de la República de Cuba, está indicada para la inmunización activa específica contra la infección por SARS-CoV-2, en niños y niñas a partir de los 5 años, con eficacia a las formas clínicas leves, moderadas y graves de COVID-19 de 92.13 por ciento, 88.99 por ciento y 92.33 por ciento, respectivamente. El uso de la vacuna contra Covid-19, Abdala, genera un gran debate en México, dado a que este fármaco aún no ha recibido la licencia de uso de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Hay diversos elementos que inciden en el proceso de aceptación de la vacunación, puesto que la pandemia se desenvuelve en un contexto de desconfianza en la seguridad y eficacia en la absorción de la vacuna, así como los posibles efectos adversos. Esto ha desencadenado actitudes negativas en las personas, por el desconocimiento e “información engañosa o incorrecta con mensajes falsos fabricado en las redes sociales por usuarios y/o colectivos en crear un determinado estado de opinión” o también llamado infodemia, Entorpeciendo las medidas para contener el brote, promoviendo el temor, generar un caos innecesario así como la

división en un momento donde es necesario ser empático y de ayuda a salvar vidas y así derrotar la crisis sanitaria.¹⁴

En esta perspectiva, se tiene a YouTube como segunda plataforma más visitada a nivel mundial, mostrando videos anti vacunas que señalan como consecuencia de ello, enfermedades como el autismo, muerte súbita, o que a través de las vacunas se colocaran microchips para alterar la genética de las personas o que uno de los primeros voluntarios falleció por complicaciones generas por la vacuna de Oxford Vaccines Group , los mismos que han sido rechazados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), porque se atribuyen como conocimiento pseudocientífico, que necesita la verificación de especialistas, situación que lleva a la desconfianza por una parte de la población hacia la vacunación contra la COVID-19.¹⁴

Hechos que han propiciado la renuencia a vacunarse de un grupo de personas, que no permite aún llegar al 50% de población vacunada, y a la vez la falta de vacunas en algunos países lo que se constituye en un reto para el cuidado del planeta, El poner en primer lugar el bien de los demás y la equidad en todos los países, para que todos tengan accesibilidad a este beneficio de salvar vidas, menguar la gravedad producida por la enfermedad, controlar la transmisión del virus y desacelerar la expansión de la pandemia.¹⁵ De tal manera que las vacunas en la actualidad constituyen una de las acciones más eficaces y efectivas de salud pública que van a contribuir a la reducción de la morbimortalidad.

Por lo tanto el dominio de la pandemia no sólo se basa por la eficacia de la vacuna contra COVID-19, sino también en la información real y objetiva que debe llegar a la población y las estrategias de vacunación de cada país, así como en la información, motivación y habilidades de comportamiento de cada ser humano, que se van a traducir en sostener el cumplimiento de las medidas de seguridad en su totalidad, asimismo promover y concientizar la información pertinente al rol y relevancia de las vacunas contra el COVID-19.

El médico familiar y enfermera como primer contacto con el paciente tiene la responsabilidad de actuar en la prevención primaria de las enfermedades, así como la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y prevención de complicaciones, siendo la prevención uno de sus principales objetivos para evitar la aparición de enfermedades, dentro de ellas cabe destacar que la vacunación en todas las edades es un factor primordial, el presente destaca sobre la prevención de la COVID-19 sobre el uso de la vacuna Abdalá, sin embargo durante la primer campaña de vacunación Abdala se mostraron reticentes a su aplicación con diferentes argumentos uno de ellos que debe actualizarse cada año de acuerdo con las mutaciones que presenta el virus, por ello la vacuna Abdala que actualmente se aplica disminuye su eficacia para combatir la enfermedad, por lo que la protección obtenida por este biológico es poca, motivo por el cual si el profesional de la salud no está convencido de su aplicación, no mostrará motivación para recomendar a la demás población sobre la aplicación y por ende en el aumento de casos positivos a la COVID-19 así como hospitalizaciones a causa de sus complicaciones. Cabe destacar que un instrumento válido y confiable limita el sesgo de información por una mala clasificación del sujeto.

De ahí la importancia en la creación de un modelo de motivación, información y habilidades de comportamiento y su validación para que nos permita mediante un cuestionario analizar cada una de las dimensiones a fin de adoptar e implementar estrategias para reforzar y fomentar la vacunación contra la COVID-19, esperando conocer los mitos, realidades, las fuentes de información obtenidas, saber si son o no confiables, su motivación personal y social para la aplicación de la vacuna, todo lo anterior con la finalidad de analizar y crear medidas para fomentar la vacunación y por ende el personal de salud informe y motive la aplicación de la vacuna a sus pacientes.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La COVID-19 es una enfermedad de rápido crecimiento que se propaga a nivel mundial y pone en grave peligro la salud humana y causa importantes daños al desarrollo social y económico. Las prácticas mundiales de salud pública han demostrado que la vacunación es una de las medidas más seguras y eficaces para prevenir el control y las enfermedades infecciosas.¹⁴ Sin embargo, no todo el personal médico está dispuesto a vacunarse debido al tiempo de desarrollo relativamente corto de la vacuna contra la COVID-19, la información engañosa, las emociones negativas, el fácil acceso a la vacuna y la preocupación por la seguridad de la vacuna¹⁶. En consecuencia, existe un fenómeno de vacilación vacunal, es decir, de rechazar o retrasar la vacunación para la COVID-19.

El modelo IMB afirma que la información relacionada con la salud, la motivación y las habilidades conductuales son determinantes fundamentales del desempeño de los comportamientos de salud.

En la medida en que las personas estén bien informadas, motivadas para actuar y posean las habilidades conductuales necesarias para una acción eficaz, es probable que inicien y mantengan conductas que promuevan la salud y experimenten resultados positivos para la salud. Por el contrario, en la medida en que las personas estén mal informadas, desmotivadas para actuar y carezcan de las habilidades conductuales necesarias para una acción eficaz, tenderán a involucrarse en comportamientos de riesgo para la salud y a experimentar resultados negativos para la salud.¹⁷

Abraham Maslow menciona que todo ser humano es capaz de ser exitoso, ya que la motivación (lo que provoca un cambio en una persona) reside en uno mismo. Realizó estudios en los que entrevistó a individuos exitosos y llegó a la conclusión de que todo ser humano es capaz de alcanzar el éxito y según él, todo depende de la motivación interna o personal.

Los datos de que las vacunas disponibles no pueden prevenir por completo la infección, aunque sí reducen considerablemente las enfermedades graves y la

hospitalización, pueden reducir la motivación personal para vacunarse. La noticia de que las autoridades de salud pública han cancelado la designación de emergencia por COVID-19 y han relajado los mandatos y recomendaciones de COVID-19 (u otras medidas de prevención de pandemias) pueden tener fuertes efectos desmotivadores en el comportamiento preventivo, especialmente en poblaciones altamente motivadas para regresar a la normalidad pre pandémica.¹⁸

El fin oficial de las emergencias de COVID-19 declaradas por el gobierno puede resultar en el cese de la financiación para las pruebas y la vacunación de COVID-19 y la necesidad adicional de superar barreras financieras para acceder a ellas. La naturaleza de la prevención de la COVID-19 y las habilidades de comportamiento necesarias cambiarán a lo largo de la pandemia, y las personas necesitarán desarrollar nuevas habilidades y estrategias de prevención con el tiempo (Organización Mundial de la Salud,2022).

La confiabilidad y validez son propiedades importantes de ser reportadas porque permiten conocer el nivel de precisión y evidencia de los instrumentos utilizados, que derivarán en conclusiones coherentes en el estudio.

El modelo IMB de Fisher y Fisher que ha sido utilizado en el área de la salud ha arrojado cambios conductuales favorables de diferentes objetos de estudio respecto al autocuidado de enfermedades y prevención de complicaciones, adherencia terapéutica, vacunación para prevención de enfermedades, así como la promoción de vacunación al entorno social.

En la revisión bibliográfica no se identificaron estudios con instrumentos válidos y confiables en base a este modelo, por lo que se propone para fines de esta investigación determinar el nivel de información, motivación y habilidades de comportamiento hacia la vacuna Abdala-COVID-19.

En un estudio realizado por Zhenwei Dai, Shu Jing, Xiaoyang Liu. Et al, no existe un instrumento para evaluar de manera sistemática la preparación de los pacientes con DM2 para el autocuidado en personas de mediana edad y edad adulta.

En el estudio de Yetao Luo, Lili Yao, Ling Hu, Et al., refieren que el uso del modelo IMB tuvo intervenciones variables en los comportamientos de salud en población rural y urbana, especificando la necesidad de implementar medidas de intervención dirigidos a población urbana o rural, por separado, de ahí la importancia de realizar este estudio en una población específica, en este caso a personal de salud.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿CUÁL ES LA VALIDEZ Y LA CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO QUE SE CONSTRUYÓ PARA MEDIR EL COMPORTAMIENTO HACIA LA VACUNA ABDALA POR MEDIO DEL MODELO IBM?



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Construir, evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento que mida la información, motivación y habilidades de comportamiento hacia la vacuna Abdala contra la COVID-19 en el personal de la salud de la UMF 11.

5.2. OBJETIVO ESPECIFICO.

1. Describir las características demográficas y laborales.
2. Construir un instrumento de información, motivación y habilidades de comportamiento en el personal de la salud adscritos a la unidad de medicina familiar número 11.
3. Valorar la validez de contenido de un instrumento de información, motivación y habilidades de comportamiento en el personal de la salud adscritos a la unidad de medicina familiar número 11.
4. Evaluar la validez aparente un instrumento de información, motivación y habilidades de comportamiento en el personal de la salud adscritos a la unidad de medicina familiar número 11.
5. Analizar la validez de constructo exploratorio y confirmatorio de un instrumento de información, motivación y habilidades de comportamiento en el personal de la salud adscritos a la unidad de medicina familiar número 11
6. Evaluar la validez de criterio un instrumento de información, motivación y habilidades de comportamiento en el personal de la salud adscritos a la unidad de medicina familiar número 11.
7. Describir la confiabilidad un instrumento de información, motivación y habilidades de comportamiento en el personal de la salud adscritos a la unidad de medicina familiar número 11.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio instrumental para construir, y evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento con base en el modelo MBI hacia la vacuna Abdala contra COVID 19 en el personal de la salud adscritos a la UMF #11.

6.2. UNIVERSO DE TRABAJO

Todo el personal de la salud de la Unidad de Medicina Familiar número 11, Aguascalientes, Aguascalientes

6.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todo el Personal de salud adscrita a la unidad de medicina familiar número 11, Aguascalientes

6.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Personal de salud, hombres y mujeres trabajadores de la Unidad de medicina familiar numero 11

6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.5.1. *Criterios de inclusión:*

Hombres y mujeres que forman parte del personal de salud adscrito a la UMF 11 que aceptaron ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado

6.5.2. *Criterios de exclusión:*

Personal de salud que sea de otra unidad de medicina familiar.

6.5.3. *Criterios de eliminación:*

Personal de salud que no contesto el 80 por ciento del cuestionario y personal de la salud que decidió abandonar el cuestionario

6.6. MUESTRA:

El muestreo fue no probabilístico, intencional, y se llevó a cabo con personal de salud (enfermería, estomatología, nutrición y medicina familiar). El tamaño de la muestra se determinó con base en los ítems del instrumento en construcción mediante el cálculo $10n$, con un total de 470. Para la validez de contenido se trabajó con 5 expertos seleccionados intencionalmente; se incluyeron aquellos con experiencia en metodología de construcción y validación de instrumentos, en modelos de comportamiento (MBI) y en COVID-19. Se utilizó el método Delphi para alcanzar consenso sobre qué preguntas reflejaban el constructo a medir, en dos rondas de comentarios de expertos intercaladas con discusiones de grupos focales con la población objetivo. Para el análisis se empleó el índice de validez de contenido de Lawshe.

6.7. VALIDEZ APARENTE

El tamaño de muestra para el grupo focal fue de 7 a 9 integrantes, cuidando la representación de cada categoría del personal de salud (médicos, enfermería, nutrición y estomatología). En la elaboración del guion se abordaron las tres dimensiones del instrumento. La entrevista cognitiva implicó la administración de borradores de preguntas y se solicitó a los participantes verbalizar el proceso mental al responder; con ello se modificaron, aclararon o ampliaron ítems para ajustarlos a los objetivos del estudio. La preparación de las sesiones se realizó en el aula de enseñanza de la UMF No. 11, un espacio amplio, seguro y de fácil acceso. Para la administración de encuestas se utilizó el software Atlas.ti, lo que facilitó el análisis de datos, redujo errores de captura con costo mínimo, aumentó la tasa de respuesta, disminuyó errores del encuestador y permitió retroalimentación instantánea.

6.8. VALIDEZ DE CONSTRUCTO.

Como criterio, se tomó $10n = 470$ conforme a la teoría psicométrica. La validez de constructo se evaluó mediante análisis factorial exploratorio de componentes principales.

Variables del modelo de información, motivación y habilidades de comportamiento

Información

Refuerzos de la vacuna Abdala contra la COVID-19

Mitos sobre la vacuna Abdala contra la COVID-19

Realidades sobre la vacuna Abdala contra la COVID-19

Reacciones adversas sobre la COVID-19

Fuentes de información sobre la vacuna COVID-19

Motivación

Actitudes hacia las vacunas contra la COVID-19

Apoyo de amigos para la aplicación de la vacuna Abdala

Apoyo de la familia para la aplicación de la vacuna Abdala

Habilidades de comportamiento

Habilidades cognitivas

Habilidades sociales

Habilidades físicas

6.9. LOGÍSTICA

Para la realización del trabajo de campo de esta investigación, una vez que se contó con el registro en el sistema de registro electrónico de la Coordinación en Salud, se informó a los directivos de la UMF número 11 sobre el proyecto, solicitándoles de manera atenta el permiso para llevar a cabo la aplicación del cuestionario auto administrado. Al inicio de cada sesión se explicó en qué consistía el cuestionario ítem por ítem, con apoyo del manual operacional que se diseñó, a fin de asegurar una aplicación homogénea.

6.9.1. *Instrumento*

El instrumento incluyó aspectos sociodemográficos en los que se recopilaron datos básicos tales como: edad, género, estado civil, categoría laboral y antigüedad. Posteriormente se presentaron los tres componentes del modelo:

- a) Información sobre la vacuna Abdala (mitos y realidades)
- b) Motivación para la aplicación y recomendación hacia pacientes y familiares
- c) Habilidades refiriéndose a destrezas y conductas hacia la vacuna

Estos tres componentes incluyeron:

Información:

Conocimiento sobre la vacuna Abdala contra la COVID-19 con 16 preguntas en escala Likert. Los ítems se puntuaron en una escala de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), (rango total = 14–70). Puntajes más bajos indicaron una posesión de información más precisa sobre la vacunación. Se consideró que puntuaciones de 14–40 indicaban un nivel deficiente de información y puntuaciones de 41–70 indicaban un nivel deficiente de información.

Motivación:

Con 15 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntuaron de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo) (rango total = 12–60), donde puntuaciones de 12–36 indicaron un nivel bajo de motivación hacia la aplicación y puntuaciones de 37–60 indicaron un nivel alto de motivación hacia la aplicación.

Habilidades de comportamiento:

Con 15 preguntas en escala tipo Likert. Los ítems se puntuaron de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo) (rango total = 12–60), donde las puntuaciones de 12–36 indicaron un nivel bajo de habilidades hacia la vacunación y las puntuaciones de 37–60 indicaron un nivel alto de motivación hacia la aplicación.

6.10. PROCESAMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS

Se llevó a cabo el procesamiento y análisis para cada etapa de validez conforme a estándares psicométricos. Para la validez de contenido, se evaluó la concordancia del panel de expertos mediante el índice de validez de contenido de Lawshe (CVR), complementado con el índice de validez a nivel de ítem (I-CVI) y el kappa modificado, dentro de un proceso Delphi en dos rondas; con base en estos juicios se documentaron ajustes de redacción y decisiones de retención o eliminación de reactivos. La validez aparente se abordó mediante entrevistas con usuarios objetivo, utilizando sus observaciones para sustituir tecnicismos, afinar la comprensibilidad y reordenar ítems. Para la validez de constructo, se realizó el diagnóstico de supuestos (inspección de asimetría y curtosis) y la factorizabilidad con KMO y prueba de esfericidad de Bartlett, además de la matriz anti-imagen para obtener el MSA por ítem. Posteriormente se estimó un análisis factorial exploratorio con factores comunes (PAF) y rotación oblicua (Direct Oblimin, $\delta=0$), aplicando supresión de cargas $< .40$ y reglas de depuración basadas en MSA bajo, communalidades (h^2) reducidas y cargas cruzadas (segunda carga elevada o

diferencias pequeñas entre las dos mayores); la decisión del número de factores se guio por el scree plot en diálogo con el marco teórico IMB, asegurando ≥ 3 ítems por dimensión. La estructura resultante se contrastó con un análisis factorial confirmatorio (AFC) mediante estimación robusta apropiada para respuestas tipo Likert, informando χ^2 , gl, χ^2/gl , CFI, TLI, RMSEA (con IC90%) y SRMR. La validez de criterio se examinó con correlaciones de Pearson entre dimensiones y, cuando estuvo disponible, con variables externas de referencia. La confiabilidad se evaluó mediante alfa de Cronbach.



CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADOR	Escala	ITEM
Information Motivation Behavioral Skills Model (IMB Model) Un modelo para comprender los comportamientos de los pacientes reconoce tres constructos (información, motivación y habilidades conductuales) necesarios para participar en un comportamiento de salud dado, como determinantes individuales específicos del comportamiento y el cambio de comportamiento (Fisher & Fisher; Norton, 2009).	Información: son hechos específicos, relevantes y teorías implícitas sobre la promoción de la salud.	Información correcta Información incorrecta	Refuerzos de la vacuna Abdala contra la COVID-19. Mitos sobre la vacuna Abdala COVID-19	Escala de Likert 1.- Totalmente de acuerdo 2. de acuerdo 3. me es indiferente 4. en desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo 1.- Totalmente de acuerdo 2. de acuerdo 3. me es indiferente	1- ¿Es necesario aplicarse un refuerzo de la vacuna contra la COVID-19? 2- ¿Al ponerme la vacuna corro el riesgo de esterilidad? 3- ¿Al aplicarme la vacuna me aplican también un chip para robar mis datos? 4- ¿La vacuna Abdala protege contra todas las cepas? 5-La vacuna Abdala fue autorizada de emergencia, no pasaron las pruebas de laboratorio para poder usarse de forma masiva 6-La vacuna contiene un virus del COVID-19 para hacer efecto 7-La vacuna de Pfizer es más fuerte 8-La vacuna se desarrolló demasiado rápido para ser confiable 9-La vacuna evita en un 80% que desarrolle la enfermedad 10-Se siente seguro respecto a la cantidad de información difundida sobre la vacuna Abdalá 11- ¿Sabe dónde conseguir información precisa y oportuna sobre la vacuna Abdala contra la COVID-19?

			<p>Realidades sobre las vacunas COVID-19</p> <p>Reacciones adversas sobre la COVID-19</p> <p>Fuentes de información sobre la vacuna COVID-19</p>	<p>4. en desacuerdo</p> <p>5.- Totalmente en desacuerdo.</p> <p>1.- Totalmente de acuerdo</p> <p>2.- De acuerdo</p> <p>3.- Me es indiferente</p> <p>4.- En desacuerdo</p> <p>5.- Totalmente en desacuerdo</p> <p>1.- Totalmente de acuerdo</p> <p>2.- De acuerdo</p> <p>3.- Me es indiferente</p> <p>4.- En desacuerdo</p> <p>5.- Totalmente en desacuerdo</p>	<p>12-Hay fiebre en las primeras 24 horas después de la aplicación</p> <p>13-La vacuna Abdalá es la menos investigadas de todas las vacunas,</p> <p>14-Tengo conocimiento sobre el mecanismo de acción de la vacuna Abdalá</p> <p>15-La vacuna Abdala contra la COVID-19, puede provocar esterilidad.</p> <p>16-Tengo duda sobre la efectividad de la vacuna Abdala</p> <p>17- ¿Mi edad y mis condiciones médicas me ponen en alto riesgo de sufrir complicaciones?</p>

			Indicaciones para la aplicación de la vacuna contra la COVID-19 Reacciones adversas de la vacuna contra la COVID-19.		
Motivación: es el desempeño de los comportamientos relacionados con la salud y es influenciada por la información para emprender acciones de promoción de la salud.	Motivación personal: se refiere a las actitudes hacia el desempeño personal de los comportamientos de promoción de la salud. Motivación social: se refiere al apoyo social para la promulgación de comportamientos de promoción de salud	Motivación personal: se refiere a las actitudes hacia el desempeño personal de los comportamientos de promoción de la salud. Motivación social: se refiere al apoyo social para la promulgación de comportamientos de promoción de salud	Escala de Likert 1.- Totalmente de acuerdo 2. de acuerdo 3. me es indiferente 4. en desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	1-Le tenía mucho miedo a la aplicación de la vacuna Abdala contra la COVID-19 2-No me aplicaría la vacuna por miedo a reacciones adversas 3-Me siento frustrado el no contar con el refuerzo contra la COVID-19 4-A pesar de que no estoy vacunado con Abdalá, recomiendo al personal médico aplicársela 5-A pesar de que no estoy vacunado con Abdalá, recomiendo a los pacientes aplicársela 6-Estaría dispuesto a aplicarme la vacuna Abdala para evitar contagio a mi familia 7-El aplicarme la vacuna oportunamente reduciría el riesgo de infección grave	

					<p>8- ¿Prefiero esperar a la aplicación de otra vacuna diferente a Abdala?</p> <p>9- ¿Las vacunas disponibles reducen considerablemente las enfermedades graves y hospitalización?</p> <p>10-Mis compañeros de trabajo no se aplican la vacuna por eso yo tampoco lo haría</p> <p>11-Me afectan los comentarios de mi familia hacia las vacunas por lo cual dudo en colocarme la vacuna</p> <p>12-No me aplico la vacuna ya que las personas continúan contagiándose de la enfermedad</p> <p>13-He oído información sobre la vacuna en redes sociales la cual influye para no aplicarme la vacuna Abdalá</p> <p>14- ¿Cree que la mayoría del personal de salud se vacunará con la vacuna Abdalá contra la COVID-19?</p> <p>15-Cree que la mayoría de sus amigos y familiares se vacunará con la vacuna Abdalá si está recomendado en ellos?</p> <p>16-Me resulta difícil mantenerme informado sobre las vacunas contra la COVID-19</p>
Habilidades del comportamiento: Es el desempeño de las	Dependiente de la información y motivación.	Favorable	Escala de Likert	1- Con la información que obtengo, ¿Me es más conveniente vacunarme?	

acciones de la promoción de la salud.	Desfavorables	1.- Totalmente de acuerdo 2.- De acuerdo 3.- Me es indiferente 4.- En desacuerdo 5.- Totalmente en desacuerdo	2-Me resulta difícil preguntar a otro personal de salud sobre la vacunación 3- ¿Me es sencillo promocionar la vacuna Abdalá a mis pacientes? 4- ¿Me es sencillo explicarles a los pacientes sus dudas y preocupaciones sobre la vacuna Abdala contra la COVID-19? 5- ¿Me siento incómodo preguntar a mis compañeros de personal de salud sobre la vacuna Abdala contra la COVID-19? 6-Me preocupan más los efectos secundarios de la vacuna a contraer la COVID-19 7-Prefiero contraer la COVID-19 a vacunarme con Abdala contra la COVID-19 8-Creó que vacunarme ejerce una influencia positiva en la conducta de mis pacientes 9-Si mi estado de salud es óptimo no requiero vacunarme. 10-Me aplicaría la vacuna Abdalá solamente si existe un rebrote de la enfermedad 11-No me aplico la vacuna ya que no ha sido aprobada por las autoridades de salud. 12-No me convence la vacuna por el país donde fue desarrollada.
---------------------------------------	---------------	---	---

	TESIS	TESIS	TESIS	TESIS	TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Variables	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Edad	25- 35 años 36-45 años 45-55 años > 60 años Transformación Conteo por Grupos de edad	Medida de tendencia central y dispersión Media y D.S. Porcentaje Por grupo de edad
Sexo	Hombre Mujeres	Porcentaje
Estado civil	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado Separado	Porcentaje
Categoría laboral	Conteo o Número de Médico/Enfermera/Estomatólogo/Nutrición y dietética	Porcentaje
Antigüedad	Número de años trabando en el IMSS	Medida de tendencia central y dispersión Media y D.S.

6.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este estudio incluyó entrevistas a hombres y mujeres del personal de salud, en las que se investigaron aspectos de información, motivación y habilidades de comportamiento hacia la vacuna Abdala contra la COVID-19. La realización de la investigación no contravino los aspectos éticos contemplados en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de los Estados Unidos Mexicanos, ni los principios generales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, así como los considerados en la Declaración de Tokio de 1975 y sus modificaciones realizadas en Edimburgo en el año 2000.¹⁹ En todo momento se respetó el principio de autonomía, garantizando la capacidad del sujeto de estudio para tomar decisiones por sí mismo sin influencia o intervención, mediante la obtención del consentimiento informado, conforme a los principios de Beauchamp y Childress.²⁰ La participación fue voluntaria y se protegieron la individualidad y el anonimato de cada participante, de acuerdo con lo establecido por la ley en el artículo 14, fracción V de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo cual constó en la carta de consentimiento informado.²¹ Se mantuvo el respeto a la dignidad humana durante todo el estudio, se evitó realizar comentarios sobre las respuestas de los cuestionarios y se aseguró a los entrevistados la privacidad de los datos obtenidos.²² El estudio se consideró sin riesgo para los sujetos, dado que no se realizaron procedimientos invasivos, no se administraron medicamentos ni se extrajeron muestras de material biológico. En cuanto al resguardo de la información, se garantizó la custodia de los datos personales por 10 años, de acuerdo con el tipo de estudio, en la Jefatura de Enseñanza de la UMF-11. Respecto al mecanismo de notificación al CEI, se estableció que, en caso de detectarse resultados inesperados o reportarse algún resultado adverso o idiosincrático, se notificaría al Comité de Ética mediante oficio emitido por el investigador principal, procedimiento que se aplicó según correspondió.

6.12. RECURSOS

6.12.1. *Recursos humanos.*

Dra. María Iris Edith Fernández Salazar, investigador principal, médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina familiar número 11, asesor de tesis.

Carolina Quiñones Villalobos, investigador asociado, Doctorante en ciencias. Asesor de tesis.

Dr. Roberto Israel Ramos Gonzalez, médico residente del segundo año de la especialidad en medicina familiar.

6.12.2. *Recursos materiales.*

- Bolígrafos
- Marca texto
- Equipo de computo
- Impresora
- Carpeta pasta dura con argollas
- Grapadora
- Grapas
- Memoria USB
- Escritorio
- Silla
- Perforadora de 3 orificios
- Fotocopias
- Cartucho de tinta para impresora

6.12.3. Financiamiento

El costo total de la realización de este protocolo quedó a cargo del tesista ya que solamente se utilizó recursos propios (papelería, equipo de cómputo).

6.13. CRONOGRAMA

	2023		2024				2025		
	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep
Acopio de Bibliografía.	X	X							
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hacer Planteamiento.	X	X							
Revisión de planteamiento		X	X						
Hacer Marco Teórico y Conceptual			X	X					
Revisión de Marco Teórico y Conceptual				X	X				
Diseño y Revisión Protocolo					X				
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.					X	X			
Aprobación de Protocolo					X	X	X		
Acopio y Captura de Datos.						X	X	X	
Análisis e Interpretación de Resultados								X	X
Revisión de la investigación								X	X
Autorización.								X	X
Elaboración de tesis.								X	X
Difusión de resultados.									X
Presentación examen profesional									X

7. RESULTADOS

7.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por adultos jóvenes y de mediana edad: el grupo de 25–35 años concentró el 52,4% (n=54) y el de 36–45 años el 30,1% (n=31), mientras que los extremos etarios fueron minoritarios (18–24 años, 12,6%; 45–55 años, 3,9%; >60 años, 1,0%) (**Gráfica 1**). La distribución por sexo fue

prácticamente equilibrada, con una ligera predominancia de hombres (52,4%; n=54) sobre mujeres (47,6%; n=49) (**Gráfica 2**). En cuanto al estado civil, predominó la población casada (52,4%; n=54), seguida de la soltera (35,9%; n=37), en tanto que unión libre y separación representaron 4,9% cada una (n=5) y el divorcio 1,9% (n=2). La categoría laboral se concentró en dos perfiles profesionales: nutriólogos/as con el 50,5% (n=52) y médicos con el 44,7% (n=46); enfermería (1,9%; n=2) y estomatología (2,9%; n=3) tuvieron presencia marginal. La antigüedad institucional mostró trayectorias laborales consolidadas: casi la mitad reportó entre 10 y 17 años 11 meses (49,5%; n=51) y un tercio entre 1 y 9 años 11 meses (33,0%; n=34), mientras que los tramos de 18–25 años 11 meses (13,6%; n=14) y 26–34 años 11 meses (3,9%; n=4) fueron menos frecuentes (**Tabla 1**).

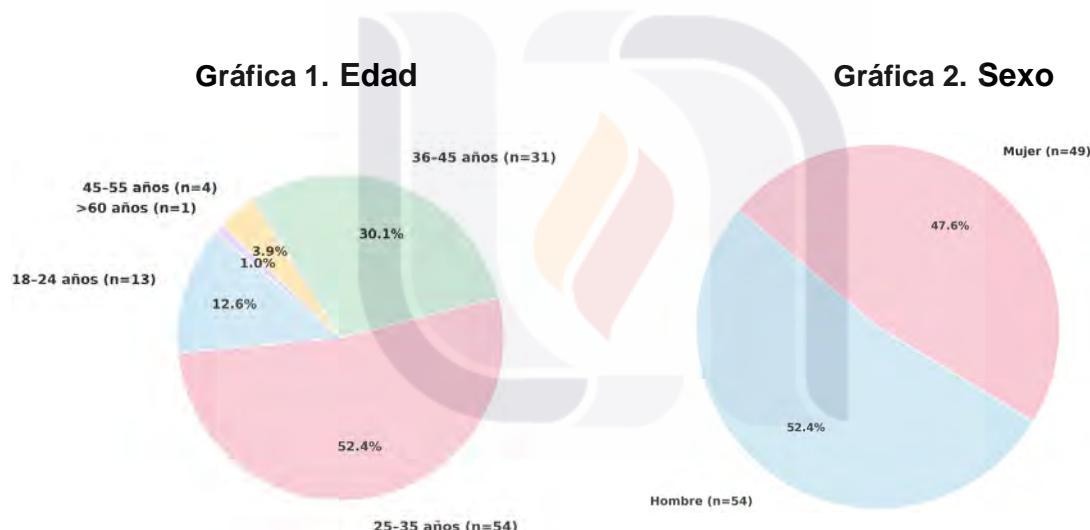


Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Categoría	n	%
Edad			
	18- 24 años	13	12,6
	25- 35 años	54	52,4
	36- 45 años	31	30,1
	45- 55 años	4	3,9
	> 60 años	1	1,0
Sexo			
	Hombre	54	52,4

	Mujer	49	47,6
Estado civil			
	Soltero/a	37	35,9
	Casado/a	54	52,4
	Unión libre	5	4,9
	Divorciado	2	1,9
	Separado	5	4,9
Categoría laboral			
	Médico	46	44,7
	Enfermera/o	2	1,9
	Estomatólogo/a	3	2,9
	Nutriólogo/a	52	50,5
Antigüedad			
	De 1 año – 9 años 11 meses	34	33,0
	De 10 años – 17 años 11 meses	51	49,5
	De 18 años – 25 años 11 meses	14	13,6
	De 26 años – 34 años 11 meses	4	3,9

Fuente: Instrumento aplicado

7.2. VALIDEZ APARENTE

Para estimar la validez aparente del instrumento IMB se realizó, previo al pilotaje psicométrico, una evaluación con usuarios objetivo y un panel metodológico. Participaron nueve profesionales de la salud (5 mujeres, 4 hombres; médicos, enfermería y promotores) en dos grupos focales consecutivos. Se solicitó juzgar cada ítem en términos de comprensión, claridad y pertinencia respecto del constructo al que pertenecía, así como registrar términos técnicos confusos, ambigüedades, dobles negaciones y sesgos afectivos. Se midió el tiempo de cumplimentación y la carga cognitiva percibida en una escala de 1 (muy baja) a 5 (muy alta). A partir de esta evidencia se introdujeron ajustes de redacción, orden y formato y se verificaron en una segunda pasada breve con cinco participantes distintos del primer ejercicio.

El instrumento mostró una aceptabilidad alta y adecuada legibilidad. El tiempo medio de respuesta fue de 8.2 minutos (DE = 2.1), la tasa de comprensión global alcanzó el 94%, la claridad el 92% y la pertinencia el 95%. Se modificaron 9 ítems

(25% de la versión inicial de 36 ítems) principalmente por exceso de tono valorativo o vocablos técnicos.

Tabla 2. Indicadores globales y por dominio

Dominio	Información	Motivación	Habilidades/Conducta	Global
Ítems evaluados	21	12	14	47
Comprensión ≥90%	92%	95%	95%	94%
Claridad ≥90%	90%	93%	93%	92%
Pertinencia ≥90%	94%	96%	95%	95%
Tiempo promedio (min)	3	2.5	2.7	8.2
Ítems modificados	4	3	2	9

7.3. VALIDEZ DE CONTENIDO

En la primera ronda del Delphi, el ítem INF03 (“Abdala fue desarrollada muy rápido, por lo tanto, no es confiable.”, invertido) alcanzó una mediana de relevancia de 3.0 (IQR: 3–4) y una mediana de claridad también de 3.0 (IQR: 3–4). El 80% de los expertos manifestó acuerdo con su pertinencia; no obstante, el CVR fue de 0.60, lo que indica que no todos lo calificaron como “esencial”. Aun así, el I-CVI se situó en 0.80 y el k^* en 0.763 (consistencia excelente al ajustar por azar), por lo que el panel sugirió revisar la redacción para eliminar el sesgo afectivo y formular el contenido de forma más neutra. En contraste, el ítem MOT27 (“Si mis compañeros no se vacunan, yo tampoco.”, invertido) mostró menor consenso en la primera ronda: mediana de relevancia 3.0 (IQR: 2–3) y claridad 3.0 (IQR: 2–3), con 60% de acuerdo. Sus índices apoyaron la necesidad de ajuste (CVR = 0.20; I-CVI = 0.60; k^* = 0.418), por lo que se propuso reencuadrarlo hacia la influencia social percibida en lugar de una conducta categórica.

Tabla 3. Ronda 1 Método Delphi

	INF03	MOT27
Redacción R1	“Abdala fue desarrollada muy rápido, por lo tanto, no es confiable.” (R)	“Si mis compañeros no se vacunan, yo tampoco.” (R)
Relev. Med (IQR)	3.0 (3–4)	3.0 (2–3)
Clar. Med (IQR)	3.0 (3–4)	3.0 (2–3)
% Acuerdo	80%	60%
CVR	0.6	0.2
I-CVI	0.8	0.6
k*	0.763	0.418
Decisión R1	Revisar	Revisar
Cambios propuestos (R1→R2)	Quitar sesgo afectivo; redacción neutra (“confiabilidad”)	Enfocar en influencia percibida y no en conducta categórica

Tras incorporar los cambios sugeridos, en la segunda ronda INF03 se reformuló como “Tengo dudas sobre la confiabilidad de la vacuna Abdala.” (invertido), lo que produjo un incremento claro del consenso: mediana de relevancia y claridad de 3.5 (IQR: 3–4 en ambos casos), 100% de acuerdo y valores máximos en los indicadores de validez (CVR = 1.00; I-CVI = 1.00; k* = 1.00). Con ello, el ítem se consideró sólido y se decidió su conservación sin modificaciones adicionales. Por su parte, MOT27 se reescribió como “La opinión de mis compañeros influye en mi decisión de vacunarme.” (invertido) y mejoró a medianas de 3.5 en relevancia y claridad (IQR: 3–4), con 80% de acuerdo; los índices acompañaron esta mejora (CVR = 0.60; I-CVI = 0.80; k* = 0.763), superando los umbrales operativos definidos y justificando su conservación.

Tabla 4. Ronda 1 Método Delphi

	INF03	MOT27
Redacción R2	“Tengo dudas sobre la confiabilidad de la vacuna Abdala.” (R)	“La opinión de mis compañeros influye en mi decisión de vacunarme.” (R)
Relev. Med (IQR)	3.5 (3–4)	3.5 (3–4)
Clar. Med (IQR)	3.5 (3–4)	3.5 (3–4)
% Acuerdo	100%	80%
CVR	1	0.6
I-CVI	1	0.8
k*	1	0.763
Decisión final	Conservar	Conservar

7.4. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

En los 47 ítems se observan asimetrías marcadas típicas de escalas Likert, con varios reactivos de **efecto techo** (p. ej., Inf2–Inf3, Mot22–Mot30, Com40–Com42) y otros de **efecto suelo** (p. ej., Inf17–Inf18). En **Información** hay gran heterogeneidad de dispersión (DE de 0.52 a 1.42), lo que anticipa diferencias en capacidad discriminativa; en **Motivación** predominan medias altas y DE < 1, reflejando acuerdo favorable a la vacunación, aunque con menor sensibilidad fina; en **Habilidades/Conducta** coexisten ítems de consenso alto y otros con variabilidad amplia (p. ej., Com37, Com46).

Tabla 5. Distribución de ítems

	Media	Desv. Estándar	Asimetría	Curtosis
Inf1	1.97	1.14	1.31	1.02
Inf2	4.57	0.52	-0.52	-1.24
Inf3	4.51	0.71	-1.80	4.80
Inf4	3.83	1.11	-0.75	-0.44
Inf5	3.64	1.25	-0.69	-0.56
Inf6	3.82	1.20	-1.02	0.20
Inf7	2.02	1.11	1.05	0.39
Inf8	3.91	1.06	-0.78	-0.16
Inf9	3.17	1.32	-0.10	-1.29
Inf10	4.07	0.97	-1.08	0.93
Inf11	2.55	1.27	0.43	-1.01
Inf12	1.74	0.75	1.04	1.27

Inf13	2.96	0.98	0.21	-0.87
Inf14	2.73	1.17	0.47	-0.85
Inf15	2.53	1.09	0.69	-0.33
Inf16	4.11	0.91	-1.10	1.44
Inf17	1.74	0.84	1.34	2.18
Inf18	1.40	0.68	2.41	8.48
Inf19	4.23	0.90	-1.22	0.92
Inf20	3.07	1.42	-0.04	-1.39
Inf21	3.20	1.39	-0.24	-1.24
Mot22	4.56	0.61	-1.06	0.13
Mot23	4.20	0.98	-1.24	0.85
Mot24	4.17	0.93	-1.08	0.78
Mot25	2.22	1.29	0.77	-0.71
Mot26	2.95	1.54	0.02	-1.55
Mot27	4.02	1.05	-0.93	0.33
Mot28	4.23	0.89	-0.91	0.30
Mot29	4.36	0.75	-0.84	-0.22
Mot30	4.41	0.83	-1.51	2.37
Mot31	3.12	1.28	-0.11	-0.95
Mot32	2.14	1.20	0.92	-0.18
Mot33	3.18	1.14	-0.05	-0.79
Com34	2.09	1.14	0.92	-0.15
Com35	3.79	1.19	-0.71	-0.71
Com36	2.29	1.30	0.71	-0.76
Com37	3.05	1.40	-0.17	-1.37
Com38	2.38	1.30	0.49	-1.14
Com39	3.81	1.11	-0.65	-0.59
Com40	4.44	0.89	-2.25	5.67
Com41	2.70	1.33	0.24	-1.15
Com42	4.22	1.07	-1.70	2.47
Com43	3.75	1.30	-0.84	-0.47
Com44	2.41	1.29	0.43	-1.15
Com45	3.89	1.20	-0.88	-0.22
Com46	3.30	1.45	-0.27	-1.36
Com47	2.50	1.31	0.31	-1.23

Fuente: Instrumento aplicado

A partir del análisis factorial exploratorio inicial, se observó en la **Tabla 6** una estructura latente incipiente y coherente con tres dimensiones teóricas, pero aún con ítems poco integrados al modelo. En esta primera solución, varias cargas se

concentraron en torno a tres componentes con magnitudes moderadas (por ejemplo, Inf17 e Inf18 con cargas negativas altas en el Factor 1; Mot23, Mot27, Mot28 y Com43 con cargas destacadas en el Factor 2; e Inf10, Inf11, Inf14, Com37–Com41 y Com46 con cargas en el Factor 3), mientras que un grupo no menor de ítems exhibió comunalidades bajas y aportes marginales (p. ej., Inf2, Inf3, Inf12, Inf13, Inf15). La varianza explicada total alcanzó 28.7%, un punto de partida típico en escalas multidominio que sugiere continuar con la depuración de reactivos de baja h^2 , revisión de redacción y control de cargas cruzadas antes de consolidar el modelo.

Tabla 6. Análisis factorial exploratorio inicial

	Componente			Extracción (h^2)
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	
Inf1	-0.434	0.169	0.160	0.242
Inf2	0.175	0.011	-0.072	0.036
Inf3	0.191	0.087	0.148	0.066
Inf4	-0.158	0.308	0.096	0.129
Inf5	0.509	0.206	-0.145	0.322
Inf6	-0.025	0.341	0.026	0.117
Inf7	0.012	0.355	-0.497	0.373
Inf8	0.502	0.352	-0.093	0.385
Inf9	0.067	0.088	0.353	0.137
Inf10	0.223	-0.101	0.622	0.447
Inf11	-0.026	-0.203	0.489	0.281
Inf12	-0.260	-0.239	0.169	0.153
Inf13	0.232	-0.079	-0.095	0.069
Inf14	0.096	-0.087	0.492	0.259
Inf15	0.085	0.122	-0.173	0.052
Inf16	0.472	-0.065	0.096	0.236
Inf17	-0.711	-0.129	-0.071	0.527
Inf18	-0.646	-0.002	-0.152	0.441
Inf19	0.316	0.335	-0.034	0.213
Inf20	-0.141	0.300	0.153	0.133
Inf21	0.012	0.250	-0.235	0.118
Mot22	0.477	0.333	-0.069	0.344
Mot23	0.245	0.621	-0.138	0.465
Mot24	0.165	0.521	-0.226	0.350
Mot25	-0.601	-0.064	0.140	0.385
Mot26	0.123	0.432	-0.192	0.239

Mot27	-0.033	0.654	-0.054	0.432
Mot28	0.191	0.553	-0.037	0.344
Mot29	0.584	0.210	-0.141	0.405
Mot30	0.494	0.180	-0.003	0.277
Mot31	0.032	0.380	0.174	0.175
Mot32	-0.447	-0.133	0.406	0.383
Mot33	-0.155	0.113	0.395	0.193
Com34	-0.419	-0.039	0.309	0.273
Com35	0.007	0.588	-0.296	0.433
Com36	-0.600	0.136	-0.031	0.379
Com37	-0.029	0.193	0.571	0.364
Com38	-0.203	-0.012	0.494	0.285
Com39	0.218	0.465	-0.205	0.306
Com40	0.479	0.383	0.079	0.382
Com41	-0.246	-0.177	0.459	0.303
Com42	0.429	0.391	0.055	0.339
Com43	0.090	0.625	0.006	0.398
Com44	-0.460	-0.188	0.238	0.304
Com45	0.401	0.499	-0.003	0.409
Com46	-0.323	0.084	0.415	0.284
Com47	-0.321	-0.130	0.434	0.309
% De varianza explicada				28.7

Tras la depuración, el análisis factorial exploratorio final (**Tabla 7**) mostró una mejora sustantiva en la calidad de la solución y la parsimonia del instrumento. Se retuvieron ítems con cargas principales $\geq .50$ y comunidades adecuadas, configurando dos núcleos bien definidos y un tercer componente de menor entidad. El primer núcleo agrupó, con signo coherente según la clave de inversión, conductas/autoeficacia y motivación (Com35, Com36, Com40, Com42, Com43, Com44, Com45; Mot23, Mot25, Mot27, Mot28, Mot32), mientras que el segundo se centró en información/conocimiento (Inf5, Inf8, Inf10, Inf11, Inf16, Inf17, Inf18). La varianza explicada total ascendió a 53.7%, indicio de una estructura más estable y de mejor capacidad explicativa que la solución inicial. Si bien se conservaron tres factores en la especificación, en la matriz depurada las cargas salientes se concentraron principalmente en dos, quedando el tercero con un peso menor y sin saturaciones altas visibles, lo cual sugiere que, para la muestra analizada, la solución bifactorial

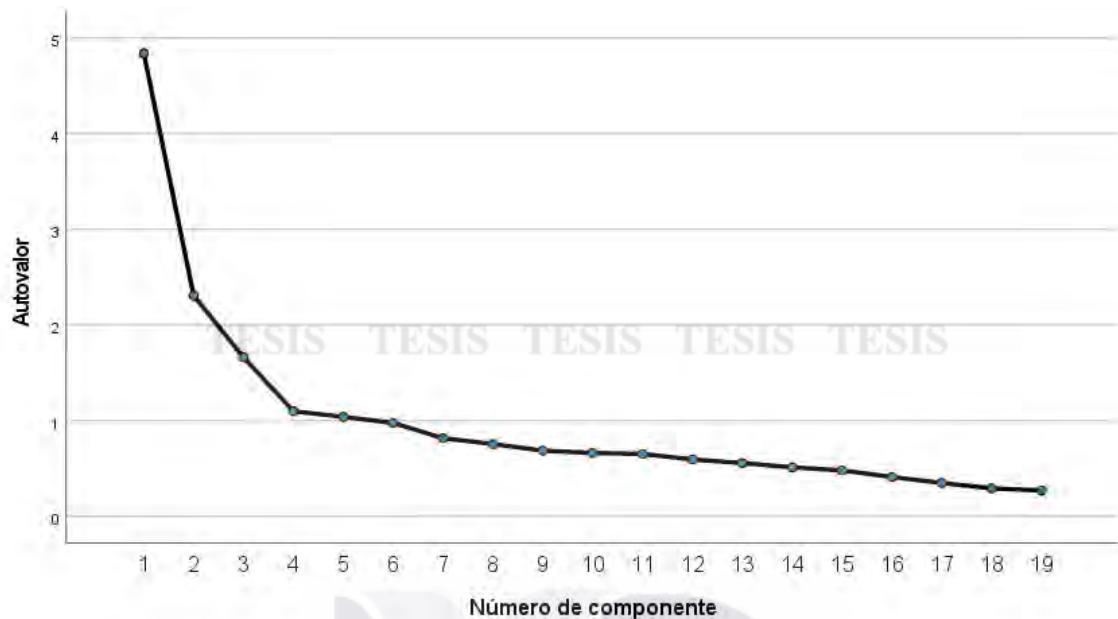
resulta más parsimoniosa o, alternativamente, que el tercer componente requeriría refuerzo con ítems adicionales conceptualmente afines para sostenerse en iteraciones futuras.

Tabla 7. Análisis factorial exploratorio final

	Componente			Extracción (h2)
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	
Inf5			0.678	0.491
Inf8			0.521	0.401
Inf10			0.724	0.527
Inf11			0.537	0.339
Inf16			0.517	0.315
Inf17			-0.568	0.581
Inf18			-0.547	0.543
Mot23		0.602		0.444
Mot25		-0.611		0.403
Mot27		0.732		0.519
Mot28		0.737		0.503
Mot32		-0.645		0.543
Com35	0.500			0.484
Com36	-0.672			0.446
Com40	0.609			0.542
Com42	0.518			0.395
Com43	0.684			0.455
Com44	-0.583			0.465
Com45	0.506			0.419
% De varianza explicada				53.7

El gráfico de sedimentación respaldó esta lectura: el “codo” aparece claramente tras el segundo-tercer autovalor, lo que, junto con la evidencia de cargas y comunidades, favorece una solución compacta de dos a tres factores. Metodológicamente, el scree plot se interpretó de forma complementaria a los criterios teóricos (modelo IMB) y a los indicadores de calidad de la solución, orientando la decisión de mantener una especificación de tres factores para pruebas confirmatorias (**Gráfica 3**).

Gráfica 3. Gráfico de sedimentación



En los índices confirmatorios mostrados en la **Tabla 8**, el ajuste global del modelo fue mixto: CFI = .853 y TLI = .891, por debajo de los umbrales más exigentes (.90–.95), mientras que RMSEA = .048 (IC90% .024–.061) y SRMR = .047 se situaron en rangos satisfactorios, reflejando error de aproximación y residuales estandarizados bajos. Esta combinación sugiere que, aun cuando el ajuste absoluto y de aproximación es aceptable, el ajuste incremental podría beneficiarse de mejoras locales (revisión de ítems con baja h^2 o posibles correlaciones de errores justificadas teóricamente). La adecuación muestral fue correcta (KMO = .783) y la esfericidad de Bartlett resultó significativa ($p = .001$), confirmando la factorizabilidad de la matriz.

Tabla 8. Índices confirmatorios

Índices	Valores
KMO	0.783
Esfericidad Bartlett (valor p)	0.001
CFI	0.853
TLI	0.891
RMSEA (IC90%)	.048 (.024– .061)
SRMR	0.047

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

7.5. VALIDEZ DE CRITERIO

La validez de criterio se exploró mediante la matriz de correlaciones entre dimensiones (**Tabla 9**). Se observó una correlación positiva y significativa entre Información y Motivación ($r = .437$; $p < .01$), consistente con la hipótesis de que mayor conocimiento se asocia con actitudes más favorables. En contraste, la dimensión Comportamiento no se asoció significativamente con Información ($r = -.045$; $p = .651$) ni con Motivación ($r = -.123$; $p = .217$). Este patrón, frecuente en estudios de cambio de conducta, sugiere que traducir conocimiento y actitudes en prácticas efectivas requiere facilitadores adicionales (p. ej., condiciones organizacionales, barreras contextuales o autoeficacia específica), líneas que justifican intervenciones complementarias y una eventual revisión de los indicadores conductuales para captar mejor la variabilidad real de comportamiento.

Tabla 9. Matriz de correlaciones de las dimensiones

		Comportamiento	Motivación	Información
Comportamiento	Correlación de Pearson		-,123	-,045
	Sig. (bilateral)		,217	,651
Motivación	Correlación de Pearson	-,123		,437**
	Sig. (bilateral)	,217		,000
Información	Correlación de Pearson	-,045	,437**	
	Sig. (bilateral)	,651	,000	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

7.6. CONFIABILIDAD

Por último, los resultados de confiabilidad mostraron consistencia interna adecuada de la escala y sus subescalas. El alfa global se situó en torno a .82, mientras que las dimensiones alcanzaron valores en el rango aceptable–bueno (p. ej., Motivación =.76; Conducta/Habilidades =.86), lo que respalda la homogeneidad de los ítems dentro de cada dominio y la estabilidad del instrumento para usos de evaluación y seguimiento.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
Tabla 10. Alfa de Cronbach

	Dimensión	Global
Inf5		
Inf8		
Inf10		
Inf11		0.82
Inf16		
Inf17		
Inf18		
Mot23		
Mot25		
Mot27	0.76	
Mot28		
Mot32		
Com35		
Com36		
Com40		
Com42	0.86	
Com43		
Com44		
Com45		

8. DISCUSIÓN

La discusión de los resultados de este estudio debe situarse en el cruce entre la teoría IMB y la práctica cotidiana de los servicios de primer nivel, donde el comportamiento preventivo rara vez depende de un solo determinante. En primer lugar, el desempeño psicométrico general del instrumento fue satisfactorio y consistente con lo esperable en escalas multidominio: la validez de contenido se fortaleció mediante un proceso Delphi en dos rondas que corrigió sesgos de redacción y ambigüedades semánticas, la validez aparente mostró alta aceptabilidad, tiempos de respuesta breves y comprensión/claridad elevadas, y la validez de constructo reveló una estructura latente coherente con el marco IMB, con dos factores robustos (información-habilidades comunicacionales y reticencia/barreras-conducta/autoeficacia) y un tercer componente más débil, que aun así fue retenido para contraste confirmatorio. La solución exploratoria refinada explicó alrededor de la mitad de la varianza, con adecuación muestral aceptable y cargas principales en el rango deseable, mientras que en el confirmatorio los índices de error de aproximación (RMSEA y SRMR) se situaron en niveles buenos y los incrementales (CFI/TLI) quedaron en zona de mejora razonable para una escala breve y recientemente depurada. El modelo final quedó conformado por 19 ítems (7 de información, 5 de motivación y 7 de comportamiento), lo que prioriza parsimonia y factibilidad de aplicación en campo sin renunciar a la diferenciación conceptual entre dominios.

El contraste con la evidencia internacional ofrece un marco interpretativo claro. En el desarrollo de escalas IMB para autocuidado en diabetes, Dai y cols. reportaron índices confirmatorios incrementales más altos (CFI=.937; TLI=.930) y cargas estandarizadas superiores a .60 con un instrumento de 22 ítems [1]. La diferencia con los resultados de este estudio —que exhiben RMSEA y SRMR competitivos, pero CFI/TLI más modestos— puede atribuirse a tres factores: i) población objetivo distinta (personal de salud frente a pacientes con condiciones crónicas), con patrones de respuesta más heterogéneos en el tercer componente; ii) instrumento

más corto, que tiende a penalizar los índices incrementales al tiempo que gana parsimonia y utilidad operativa; y iii) foco conductual específico (vacunación Abdala) frente a conductas de autocuidado de mayor frecuencia y resistencia temporal (dieta, ejercicio, medicación), donde la varianza explicada suele ser más alta. De modo semejante, el trabajo de Peng y cols. con el LW-IMB-AAQ en adherencia antirretroviral alcanzó un ajuste sobresaliente ($\chi^2/df \approx .96$; CFI=1.00; RMSEA≈0) y consistencias internas $\geq .70$ ²; no obstante, se trata de una escala consolidada, altamente específica y aplicada a un universo conductual con fuerte anclaje clínico (adherencia medicamentosa), menos expuesto a contingencias organizacionales que la conducta vacunal del personal, particularmente cuando el biológico en cuestión puede ser objeto de controversia pública, logística cambiante o mensajes contrapuestos.

En este sentido, los resultados de este estudio —que documentan una correlación positiva entre información y motivación y una traducción incompleta hacia el comportamiento— coinciden con la formulación teórica de Fisher y Fisher, para quienes la adopción sostenida de conductas preventivas requiere, además de conocimiento y actitudes, habilidades específicas y condiciones facilitadoras; su planteamiento para escenarios pandémicos prevé precisamente estas brechas entre lo cognitivo-afectivo y la ejecución, sobre todo cuando existe incertidumbre científica o escepticismo social³.

La misma dirección se observa en los modelos IMB extendidos evaluados por Luo y colaboradores, donde las habilidades conductuales median el efecto de información y motivación, y variables como estrés y percepción de las intervenciones ejercen efectos directos e indirectos sobre las conductas de salud^{4,5}; que en nuestra muestra el comportamiento no se asocie significativamente con información o motivación a pesar del buen vínculo entre estas últimas sugiere, en línea con dichos estudios, que los facilitadores contextuales (tiempo, organización del servicio, accesibilidad, respaldo de pares y jefaturas) y la autoeficacia específica (p. ej., manejar dudas del paciente, resolver barreras logísticas) son cuellos de botella que el instrumento permite señalar. El aporte de Kim y cols. refuerza esta

lectura al mostrar que la autoeficacia y la alfabetización en eSalud modulan la vacilación vacunal y que la edad actúa como moderador ⁶; en nuestro caso, varios ítems de motivación alcanzaron techos elevados —coherentes con una actitud favorable en personal sanitario—, mientras que la variabilidad en el dominio de habilidades/condición para la acción podría explicar el “último tramo” no resuelto hacia la conducta efectiva. A la vez, Tsai y cols. documentaron que la percepción de riesgo y la confianza en los procesos regulatorios influyen de manera decisiva en la disposición a vacunarse ⁷; aplicado a nuestro entorno, ello ayuda a entender por qué aun con conocimiento y motivación altos puede persistir un rezago conductual cuando el biológico es percibido con incertidumbre, o cuando la comunicación pública y las condiciones operativas no son plenamente favorables.

Finalmente, los estudios de intervención orientados por IMB en contextos clínicos —como la adherencia a inmunoterapia sublingual de Wang et al. o la rehabilitación cardiaca de Li— muestran mejoras sostenidas cuando se actúa explícitamente sobre información, motivación y habilidades ^{8,9}; en esa clave, el instrumento derivado de los resultados de este estudio tiene utilidad práctica inmediata para diagnosticar qué eslabón IMB requiere apoyo en cada servicio y para monitorizar el impacto de intervenciones breves (p. ej., módulos de actualización, guías rápidas para resolver objeciones del paciente, microentrenamientos de comunicación clínica, ajustes de flujo para facilitar la aplicación).

La utilidad de la información generada es, por tanto, doble. En el plano clínico-organizacional, disponer de una escala breve, válida y confiable, con 19 ítems distribuidos en 7 de información, 5 de motivación y 7 de comportamiento, permite trazar perfiles de riesgo conductual por unidad y por categoría profesional, priorizar acciones (p. ej., reforzar habilidades conversacionales en quienes ya tienen motivación alta o ajustar procesos donde la motivación es adecuada pero existen barreras de tiempo o acceso), y justificar decisiones de mejora continua con indicadores cuantitativos reproducibles. En el plano epidemiológico-programático, posibilita la comparación longitudinal de estrategias de comunicación, la evaluación costo–efectiva de intervenciones y la identificación de determinantes modulares

(informativos, afectivos y de desempeño) sobre los que se pueden montar paquetes de intervención progresivos, con márgenes claros para auditoría y rendición de cuentas. En suma, la comparación con la literatura muestra que nuestros hallazgos replican los rasgos nucleares del IMB —vínculo estrecho entre información y motivación, peso mediador de las habilidades y rol modulador del contexto—, alcanzan niveles de fiabilidad y ajuste absoluto acordes con escalas en fase de consolidación y ofrecen un instrumento parsimonioso y operativo para la toma de decisiones en el primer nivel de atención, con la oportunidad de reforzar el tercer componente o contrastar una solución bifactorial en muestras independientes.

8.1. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La principal limitación es el muestreo no probabilístico en una sola unidad, con tamaño efectivo menor al planeado ($10n$), lo que restringe la generalización e introduce inestabilidad en el tercer componente; además, el diseño transversal y autoinformado expone a sesgos de deseabilidad y no permite inferencia causal. Se recomienda replicar con muestras multicéntricas y estratificadas, evaluar invariancia por subgrupos, reforzar el dominio de habilidades/autoeficacia con nuevos reactivos, estimar omega y test-retest, usar matrices policóricas y paralelo/MAP para extracción, y vincular la escala con criterios conductuales objetivos (p. ej., registros de aplicación o recomendación efectiva) para fortalecer validez de criterio y utilidad predictiva.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

9. CONCLUSIONES

La población de estudio estuvo conformada principalmente por adultos jóvenes y de mediana edad, con un predominio del grupo de 25 a 35 años (52,4%) seguido del de 36 a 45 años (30,1%); los extremos etarios tuvieron presencia marginal. La distribución por sexo fue prácticamente equilibrada, con ligera mayoría masculina (52,4%). En cuanto al estado civil, más de la mitad de las personas participantes estaban casadas (52,4%) y poco más de un tercio eran solteras (35,9%), mientras que unión libre y separación representaron proporciones similares y bajas; el divorcio fue infrecuente. Laboralmente sobresalieron dos perfiles profesionales — nutriólogos/as y médicos— que en conjunto concentraron la gran mayoría del personal, y la antigüedad institucional se situó preferentemente entre 10 y 17 años 11 meses (49,5%) y entre 1 y 9 años 11 meses (33,0%), lo que perfila una fuerza de trabajo con trayectoria consolidada y formación clínico-nutricional robusta.

Con base en este contexto y siguiendo el marco IMB (Información–Motivación–Habilidades), se construyó un instrumento tipo Likert enfocado en captar de manera diferenciada el nivel de información, las actitudes y la autoeficacia/comportamientos relacionados con la vacunación en personal de salud adscrito a la UMF No. 11. La versión inicial incluyó 47 ítems distribuidos en los tres dominios y fue sometida a un proceso formal de validez de contenido mediante panel Delphi en dos rondas; los expertos valoraron relevancia y claridad, identificaron sesgos afectivos y ambigüedades y propusieron ajustes específicos. Los resultados muestran cómo la reescritura de reactivos con sesgo afectivo o con formulaciones categóricas incrementó sustancialmente sus índices (CVR, I-CVI y k^*), pasando de valores moderados en la primera ronda a magnitudes óptimas tras la revisión, lo que respaldó la pertinencia conceptual y semántica de los ítems conservados.

De manera complementaria, la validez aparente se estimó con usuarios objetivo a través de grupos focales y prueba de comprensión, evidenciando alta aceptabilidad, tiempos de respuesta breves y tasas de comprensión, claridad y pertinencia por encima del 90%, con ajustes menores de redacción y orden para optimizar fluidez y legibilidad.

En la validez de constructo, el análisis factorial exploratorio inicial mostró una organización tridimensional incipiente con varianza explicada del 28,7%, junto con varios reactivos de baja communalidad que motivaron un proceso iterativo de depuración; una vez refinado el banco de ítems y estimada la solución con extracción por ejes principales y rotación oblicua, la estructura mejoró de forma notable, concentrando cargas salientes coherentes con dos núcleos fuertes —uno de reticencia/barreras y conductas/autoeficacia y otro de información/habilidades comunicacionales— y un tercer componente de menor entidad, con varianza total explicada cercana a 54%, KMO en rangos adecuados y pruebas de esfericidad significativas.

La inspección del gráfico de sedimentación situó el “codo” entre el segundo y tercer autovalor, lo que, en conjunto con la teoría IMB, justificó conservar una especificación de tres factores para ser contrastada en el análisis confirmatorio. En el modelo confirmatorio, los índices absolutos y de aproximación fueron satisfactorios ($RMSEA \approx .048$ con IC90% estrecho; $SRMR \approx .047$), mientras que los incrementales se ubicaron en la zona de mejora ($CFI \approx .85$ y $TLI \approx .89$), un patrón compatible con instrumentos multidominio en fase de validación que sugiere posibles ajustes locales (ya sea por simplificación del modelo hacia dos factores más parsimoniosos o por fortalecimiento del tercer componente con reactivos adicionales) antes de la consolidación final.

La validez de criterio apoyó la plausibilidad del modelo al mostrar una correlación positiva y significativa entre información y motivación, coherente con la hipótesis de que mayor conocimiento se asocia a actitudes más favorables, mientras que las asociaciones con el componente conductual no alcanzaron significancia, lo que apunta a la necesidad de considerar facilitadores contextuales y organizacionales para traducir conocimiento y actitudes en práctica efectiva.

Finalmente, la confiabilidad resultó adecuada: el alfa de Cronbach global se situó en el rango alto y las subescalas mostraron consistencias internas de aceptables a buenas, destacando valores favorables en los dominios de motivación y de

conducta/habilidades; estos hallazgos respaldan la estabilidad interna del instrumento para usos de evaluación y seguimiento.

Los resultados describen con precisión el perfil demográfico y laboral del personal estudiado, documentan la construcción rigurosa del instrumento, acreditan su validez de contenido y aparente, aportan evidencia de estructura latente consistente con el marco IMB —con especial solidez en dos dimensiones y un tercer componente susceptible de refuerzo—, demuestran validez de criterio parcial en línea con la teoría del cambio de conducta y confirman una confiabilidad adecuada; el modelo final quedó conformado por 19 ítems: 7 de información, 5 de motivación y 7 de comportamiento, ofreciendo así una herramienta útil, fiable y con sustento psicométrico para el diagnóstico y la evaluación de intervenciones orientadas a mejorar la vacunación en el primer nivel de atención.



10. GLOSARIO

IMB (Información–Motivación–Habilidades)

Modelo teórico que explica la adopción de conductas de salud como función de tres componentes: lo que la persona sabe (información), lo que quiere/valora (motivación) y lo que puede hacer (habilidades, autoeficacia y destrezas prácticas).

Escala tipo Likert

Formato de respuesta ordinal (p. ej., 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo) que mide grado de acuerdo o frecuencia ante afirmaciones.

Ítem invertido (R)

Reactivo redactado en sentido contrario al constructo; se recodifica antes del análisis para que puntajes altos conserven la misma dirección teórica.

Validez de contenido

Grado en que los ítems representan adecuadamente el dominio del constructo, juzgado por expertos. Se estima con índices como CVR, I-CVI y kappa modificado.

CVR (Content Validity Ratio de Lawshe)

Proporción de expertos que consideran un ítem “esencial”. Fórmula: $CVR = (ne - N/2) / (N/2)$, donde ne = número de expertos que lo juzgan esencial y N = total de expertos.

I-CVI (Item-level Content Validity Index)

Proporción de expertos que califican el ítem como relevantes/claros (p. ej., 3–4 en una escala de 4). $I-CVI = A/N$, donde A = acuerdos.

Kappa modificado (k*)

Ajusta el I-CVI por acuerdo al azar. $k^* = (I-CVI - P_c) / (1 - P_c)$, con P_c = probabilidad de acuerdo por azar (según combinatoria binomial).

Método Delphi

Procedimiento iterativo con rondas de juicio de expertos, retroalimentación controlada y búsqueda de consenso para refinar ítems.

Validez aparente (face validity)

Grado en que, a juicio de usuarios objetivo, los ítems parecen medir lo que afirman (comprensión, claridad, pertinencia). Se apoya en grupos focales y entrevistas cognitivas (think-aloud).

Validez de constructo

Evidencia de que la escala refleja la estructura latente del constructo. Incluye análisis exploratorio (EFA) y confirmatorio (AFC).

EFA (Análisis Factorial Exploratorio)

Técnica para descubrir la estructura de factores. En psicometría se prefiere factores comunes (p. ej., PAF) y rotación oblicua (p. ej., Oblimin).

AFC (Análisis Factorial Confirmatorio)

Prueba un modelo teórico específico (número de factores, ítems por factor) y reporta índices de ajuste global.

PAF (Factorización de ejes principales)

Método de extracción que modela varianza común (no la total), adecuado para datos Likert y cuando la normalidad es dudosa.

Carga factorial

Correlación del ítem con el factor. Regla práctica: $\geq .40$ deseable como carga principal.

Comunalidad (h^2)

Porción de varianza del ítem explicada por los factores. Regla práctica: $< .20$ candidato a eliminar; $.20\text{--}.30$ borderline; $\geq .30$ aceptable.

KMO (Kaiser–Meyer–Olkin)

Medida de adecuación muestral (0–1). $\geq .70$ bueno; $.60–.69$ mediocre; $< .50$ inadecuado.

Prueba de esfericidad de Bartlett

Contrasta si la matriz de correlaciones no es identidad (debe ser $p < .05$ para factorizar).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Dai Z, Jing S, Liu X, Zhang H, Wu Y, Wang H, Xiao W, Huang Y, Fu J, Chen X, Gao L and Su X (2023) Development and validation of the diabetic self-management scale based on information-motivation-behavioral skills theory. *Front. Public Health* 11:1109158. doi: 10.3389/fpubh.2023.1109158
2. Peng Z, Yu Y, Wei W, Hou Y, Sun Z, Wang Y, Zhang L, Zhou Y, Wang Q, Cai Y. Reliability and Validity of the LifeWindows Information-Motivation-Behavioral Skills Antiretroviral Therapy Adherence Questionnaire Among HIV+ Patients in Shanghai. *Patient Prefer Adherence*. 2020 Mar 5;14:507-515. doi: 10.2147/PPA.S234041. PMID: 32184577; PMCID: PMC7062391.
3. Fisher WA, Kohut T, Schachner H, Stenger P. Understanding Self-Monitoring of Blood Glucose Among Individuals With Type 1 and Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*. 2011;37(1):85-94. doi:10.1177/0145721710391479
4. Yetao Luo MAS, Lili Yao BSN, Ling Hu MM, Li Zhou BSM, Feng Yuan BSN and Xiaoni Zhong PhD, (2020) Urban and Rural Disparities of Personal Health Behaviors and the Influencing Factors During the COVID-19 Outbreak in China: Based on an Extended IMB Model.
5. Y. Luo, L. Yao, L. Zhou, F. Yuan, X. Zhong, Factors influencing health behaviours during the coronavirus disease 2019 outbreak in China: an extended information-motivation-behaviour skills model, *Public Health*, Volume 185, 2020, Pages 298-305, ISSN 0033-3506, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.05>
6. Kim, G. Y., Shin, T., Son, Y-J & Choi, J. (2022). Psycho-behavioural factors influencing COVID-19 vaccine hesitancy among Korean adults: The moderating role of age. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 2904–2915. <https://doi.org/10.1111/jan.15273>
7. Feng-Jen Tsai, Hsiu-Wen Yang, Chia-Ping Lin, Jeffrey Zen Liu. Acceptability of COVID-19 Vaccines and Protective Behavior among Adults in Taiwan: Associations between Risk Perception and Willingness to Vaccinate against COVID-19

8. Sublingual immunotherapy adherence in patients with allergic rhinitis: Effects of an intervention based on the information-motivation-behavioral skills model; Q. Wang, R. Zhu, Y. Cao, Y. Ning, Y. Feng, Y. Feng and S. Han; *Heliyon* 2023 Vol. 9 Issue 12 Pages e22929; Accession Number: 38076044 PMCID: PMC10703609; DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e22929; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38076044>
9. Li M, Zhu H. Application of intervention of information motivation behavior skill (IMB) model in the cardiac rehabilitation of patients with coronary heart disease. *Pak J Med Sci*. 2022; 38(6):1627-1632. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.38.6.5721>
10. Fisher, William A., Fisher, Jeffrey D., Harman, Jennifer. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior; pp. 82-106; SN 9780631225157; <https://doi.org/10.1002/9780470753552.ch4>
11. Fisher JD, Fisher WA. Enfoques teóricos del cambio a nivel individual. En: Peterson JL, DiClemente RJ, editores. Manual de prevención del VIH. Kluwer Academic/Plenum Press; Nueva York: 2000. págs. 3–55.
12. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=C01.748.610.763.500
13. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&mode=&tree_id=D20.215.894.899.085
14. Organización Mundial de la Salud (OMS) [[https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwKipBhBtEiwAWjgwrMJaFUkD14glyBmqUBDCckPHeukt8_Dl-O5tRUrfRdZdnuCAgBLh7BoCot4QAvD_BwE](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwKipBhBtEiwAWjgwrMJaFUkD14glyBmqUBDCckPHeukt8_Dl-O5tRUrfRdZdnuCAgBLh7BoCot4QAvD_BwE)]
15. Gobierno de México (GOB) [<https://www.gob.mx/cofepris/articulos/comité>]
16. Pablo Aguilar Chávez, Anita Becerra Julca, María Valverde-Rondo, Gladis Jesús Ramírez. Conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra el Covid-

19. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000200244
17. Organización Panamericana de la Salud. Introducción de la vacuna contra la COVID-19: Orientaciones para determinar los grupos prioritarios y elaborar la microplanificación. Washington, D.C.: OPS;2021
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53250/OPSFPLIMCOVID-19210008_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y [Links]
18. Dale H. Schunk. Teorías del aprendizaje. Sexta edición. 2012 chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fundasira.cl/wp-content/uploads/2017/03/TEORIAS-DEL-APRENDIZAJE.-DALE-SCHUNK..pdf
19. Favaloro A. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos[Internet]. Indez Infectológico. 2003. 1-119 p. Available from: <http://www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/16791.pdf#page=11>
20. MARTINEZ BARRERA J. LOS FUNDAMENTOS DE LA BIOETICA DE H. TRISTAM ENGELHARDT. SAPIENTA. 1997;52(201):99-115
21. La MDE, Hurtado M. TITUTLO PRIMERO Disposiciones Generales CAPITULO UNICO. 2016;1-268
22. Review E, Participants H. Global G Bal. 2011;(responbility for establishing research ethics review of system):2.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

12. ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

TESIS TESIS TESIS TESIS

Aguascalientes, Ags; Agosto 2024
Lugar y fecha

No. de registro institucional: Pendiente

Título del protocolo: Construcción, validación y confiabilidad de un instrumento de evaluación con el modelo de información, motivación y comportamiento hacia la vacuna Abdalá contra la COVID-19 en personal de la salud de la UMF 11.

Justificación: El conocer la información, motivación y habilidades de comportamiento hacia la vacuna Abdalá dará pauta para trabajar en las medidas necesarias a fin de obtener estrategias para que todos tengan accesibilidad a la información, menguar la gravedad producida por la enfermedad

Objetivo Construir, evaluar la validez y confiabilidad de un instrumento que identifique la información, motivación y comportamiento hacia la vacuna Abdalá contra la COVID-19 en personal de la salud de la UMF 11.

Procedimientos: Se me ha informado que, al aceptar participar en el estudio firmare la carta de consentimiento informado y me darán un cuestionario el cual consta de 47 ítems que consta de 3 dimensiones para evaluar la información, motivación y habilidades de comportamiento hacia la vacuna Abdalá contra la COVID-19, será auto administrado con duración de 20 min aprox., me darán a conocer un lugar privado dentro de la unidad para contestar de manera confiable y seguro.

Riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo ofreceré unos minutos de mi tiempo para contestar las preguntas que se me solicitan, con la excepción de que algunas de las preguntas me hagan sentir con ansiedad y/o incomodo, sin que se me obligue a contestarlas en su totalidad, además contaré con apoyo del servicio de trabajo social para derivación a psicología en caso de labilidad emocional.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: El conocer la información, motivación y comportamiento hacia la vacuna Abdala, permitirá desarrollar mejores estrategias para dar a conocer a la población sobre los mitos y realidades de la vacuna y lograr una mayor inmunización con el fin de evitar complicaciones, secuelas y muerte por causa de la COVID-19.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantea acerca de los procedimientos que se lleven a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado a la investigación.

Participación o retiro: Su participación es voluntaria, explicándole ampliamente sobre el estudio, aclarando sus dudas cuantas veces sea necesario. Usted tiene el derecho, si así lo decide, de

retirarse de este estudio o entrevista en el momento en que usted así lo decida, aclarando que eso no tendrá repercusión alguna en su atención médica.

Privacidad y confidencialidad: Los datos que otorgue durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida

Clave 2810-009-013

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. María Iris Edith Fernández Salazar. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 11. Domicilio: Mariano Hidalgo no. 510. COL. Morelos. CP. 20218. Aguascalientes. Horario de lunes a viernes de 14: 00 a 20: 00 hrs. Teléfono celular: 4921462190. correo: irisilla8@hotmail.com

Investigadora o Investigador Asociado:

Doctorante en Ciencias Carolina Quiñones Villalobos Adscripción: Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Lugar: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México Domicilio: Circuito Interior en Ciudad Universitaria, Av. Universidad 3000, Ciudad de México, CP 04510 Teléfono: 56 23 23 00 Teléfono particular: 4492596928 y el Dr. Roberto Israel Ramos González. Lugar de trabajo: Hospital de Zona número 1 Aguascalientes. Dirección. Avenida José María Chávez no. 1202, Lindavista, Aguascalientes CP 20270 Aguascalientes. Teléfono celular: 6181773490 correo: rober_irg@hotmail.com

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 10 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Maria Iris Edith Fernández Salazar

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO B. INSTRUMENTO FINAL (19 ÍTEMS)

INSTRUCCIONES: De acuerdo a su conocimiento actual, le voy a hacer algunas preguntas las cuales serán respondidas con una "X" en las columnas de a continuación.		1. Totalmente de	2. De acuerdo	3. Me es indiferente	4. En desacuerdo	5. Totalmente en
INFORMACION						
1. La vacuna Abdala se autorizó de manera emergente sin pasar por los métodos necesarios para que se pudiera utilizar.						
2. La vacuna Abdalá fue desarrollada muy rápido, por lo tanto, no es confiable						
3. Considero que existe suficiente difusión de la información sobre la vacuna Abdalá						
4. Sé dónde conseguir información precisa y confiable acerca de la vacuna Abdala						
5. Si me aplico la vacuna Abdalá ¿Mi edad y mis condiciones médicas me ponen en alto riesgo de sufrir complicaciones por sus efectos secundarios?						
6. El aplicarme la vacuna oportunamente reduciría el riesgo de infección grave por la COVID-19						
7. ¿Las vacunas disponibles para prevenir la COVID-19 reducen considerablemente las enfermedades graves y hospitalización?						
MOTIVACION						
8. No me aplicaría la vacuna por miedo a reacciones adversas						
9. Me aplicaría la vacuna Abdalá para proteger a mi familia						
10. Mis compañeros de trabajo no se aplican la vacuna Abdalá, por eso yo tampoco lo haría						
11. Los comentarios de mi familia con respecto a la vacuna Abdalá me afecta, es por ello que no estoy seguro de aplicármela						
12. Creo que todo el personal de salud, incluyéndome, nos vacunariamos con la vacuna Abdalá porque me previene de complicaciones graves de la COVID-19						
COMPORTAMIENTO						
13. A pesar de la información obtenida me surgen dudas sobre la vacuna Abdalá, y me resulta difícil preguntar a otro personal de salud para aclarar esas dudas						
14. Estoy convencido de incentivar la vacunación con Abdalá a mis pacientes						
15. Prefiero contraer la COVID-19 a vacunarme con la vacuna Abdala por sus efectos secundarios a largo plazo						
16. Si mi estado de salud es óptimo no requiero vacunarme con Abdalá para prevenir secuelas de la COVID-19						
17. Me aplicaría la vacuna Abdalá solamente si existe un rebrote de la enfermedad						
18. Me aplicaré la vacuna Abdalá, ya que está aprobada para su uso como dosis de refuerzo y de dosis de inicio						
19. No me convence la vacuna Abdalá por el país donde fue desarrollada.						

ANEXO C. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Aguascalientes
Unidad de Medicina Familiar No. 11
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Dr. Carlos armando Sánchez Navarro
Comité local de investigación 101
Delegación Aguascalientes

Presente:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aguascalientes, Ags, 21 de agosto del 2024

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCONVENIENTE** para que la **Dra. María Iris Edith Fernández Salazar**, investigador principal e investigador asociados **Mtra. Carolina Quiñonez Villalobos** adscrita al programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y el **Dr. Roberto Israel Ramos Gonzalez** residente de 2do año de Medicina Familiar adscrito al HGZ No. 1 con subsede en la Unidad de Medicina Familiar No.11, realicen el proyecto con el nombre: **"CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN CON EL MODELO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES DEL COMPORTAMIENTO HACIA LA VACUNA ABDALA CONTRA LA COVID-19, EN PERSONAL DE LA SALUD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11"**

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

ATENTAMENTE:

Dra. Argelia Anahí Reyes de Luna
DIRECTORA
Mat. 99012669UMF1
Céd. Prof. 4914227

Dra. Argelia Anahí Reyes de Luna

Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 11

