

REPORTE TURNITIN_121.docx



My Files



My Files



Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:529664433

Fecha de entrega

18 nov 2025, 3:54 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

18 nov 2025, 4:28 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

REPORTE TURNITIN_121.docx

Tamaño del archivo

299.3 KB

17 páginas

7325 palabras

42.848 caracteres

12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	revibiomedica.sld.cu	1%
2	Trabajos entregados	Universidad de Montemorelos A.C. on 2024-02-09	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
5	Internet	redined.mecd.gob.es	<1%
6	Trabajos entregados	upeu on 2025-04-10	<1%
7	Internet	repositorio.pucesa.edu.ec	<1%
8	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
9	Internet	www.wma.net	<1%
10	Internet	repositorio.unbosque.edu.co	<1%
11	Internet	repositorio.uchile.cl	<1%

12	Internet	usma.ac.pa	<1%
13	Internet	portal.amelica.org	<1%
14	Internet	favaloro.edu.ar	<1%
15	Publicación	Alejandra Olivio, Jesús Lau, Luz Edith Herrera Díaz. "Postfotografía y el ecosistem...	<1%
16	Publicación	Jesús Joel Aiquipa-Tello. "Propiedades psicométricas del Inventario de Dependenc...	<1%
17	Internet	radiochubut.com	<1%
18	Internet	www.scielo.org.pe	<1%
19	Trabajos entregados	Universidad Externado de Colombia on 2024-10-26	<1%
20	Internet	www.analesdepediatria.org	<1%
21	Internet	www.scielo.org.ar	<1%
22	Internet	www.unicef.org	<1%
23	Trabajos entregados	Universidad TecMilenio on 2024-02-02	<1%
24	Internet	ojs.revistainteracciones.com	<1%
25	Internet	repositorio.upeu.edu.pe:8080	<1%

26	Internet	www.slideshare.net	<1%
27	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-09-25	<1%
28	Trabajos entregados	Universidad Peruana Union on 2023-11-16	<1%
29	Internet	repositorio.uss.edu.pe	<1%
30	Internet	www.gob.pe	<1%
31	Internet	www.lsb-uso.com	<1%
32	Internet	www.scielo.org.co	<1%
33	Publicación	Marín Ferrari, Marcela Fanny. "Recopilación de Evidencia de Validez y Confiabilidad..."	<1%
34	Trabajos entregados	Universidad Católica de Trujillo on 2025-07-18	<1%
35	Trabajos entregados	Universidad Técnica De Cotopaxi on 2025-11-06	<1%
36	Internet	boletines.finlay.edu.cu	<1%
37	Internet	revistaschilenas.uchile.cl	<1%
38	Publicación	M. Mutlu, Y. Cayir, K. Kasali. "Validity and reliability of the Turkish version of the P..."	<1%
39	Trabajos entregados	Universidad Nacional De La Amazonia Peruana on 2025-09-23	<1%

40	Internet	digitum.um.es	<1%
41	Internet	reliefweb.int	<1%
42	Internet	scielo.isciii.es	<1%
43	Trabajos entregados	upeu on 2025-03-11	<1%
44	Internet	www.lajpe.org	<1%
45	Publicación	"Diseño de un instrumento para evaluar el pensamiento crítico en la educación s...	<1%
46	Publicación	Miguel-Ángel López-Sáez, Dau García-Dauder, Ignacio Montero, Óscar Lecuona. " ...	<1%
47	Trabajos entregados	The University of Texas at Tyler on 2025-10-02	<1%
48	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-06-16	<1%
49	Trabajos entregados	Universidad Miguel Hernandez Servicios Informaticos on 2018-10-19	<1%
50	Internet	larazon.net	<1%
51	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
52	Internet	repositorio.unal.edu.co	<1%
53	Internet	salus.adapt.it	<1%

54	Internet	sumapsicologica.konradlorenz.edu.co	<1%
55	Internet	www.coursehero.com	<1%
56	Internet	www.preprints.org	<1%

26

Construcción y validación de una escala para medir las actitudes hacia el esquema de vacunación infantil, Juliaca-2025.

I Resumen

4

35

45

54

Objetivo. Diseñar y validar la escala de actitudes hacia el esquema de vacunación infantil, Juliaca-2025. **Métodos.** Estudio instrumental con muestreo no probabilístico. La validez de contenido se evaluó mediante V de Aiken con 7 jueces; se realizaron análisis factorial exploratorio (mínimos residuales, rotación promax) y confirmatorio con estimador WLSMV, dado el carácter ordinal de los ítems. **Resultados.** Los análisis mostraron adecuada validez de contenido (V de Aiken general = .99) y buen ajuste del modelo factorial, con índices CFI, TLI, RMSEA y SRMR dentro de los rangos recomendados, así como coeficientes α y ω superiores a .80. El KMO ($\geq .85$) y la prueba de Bartlett ($p < .001$) respaldaron la factorización. Emergió una estructura tridimensional (cognitiva, afectiva y conductual) que explicó $\approx 47.9\%$ de la varianza. **Conclusiones.** La escala presenta evidencias sólidas de validez y confiabilidad para evaluar actitudes hacia la vacunación infantil en un contexto altoandino y resulta útil para orientar intervenciones de promoción de la inmunización.

13 Palabras clave

14 vacunación infantil ₁, hesitación vacunal ₂, actitudes ₃.

15 Abstract

56

46

47

Objective. To design and validate the Attitudes Toward the Childhood Vaccination Schedule Scale, Juliaca-2025. **Methods.** Instrumental study with non-probabilistic sampling. Content validity was assessed using Aiken's V with 7 experts; exploratory factor analysis (minimum residuals, promax rotation) and confirmatory factor analysis with the WLSMV estimator were performed, given the ordinal nature of the items. **Results.** The analyses showed adequate content validity (overall Aiken's V = .99) and good fit of the factorial model, with CFI, TLI, RMSEA and SRMR indices within recommended ranges, as well as α and ω coefficients above .80. The KMO ($\geq .85$) and Bartlett's test ($p < .001$) supported factorability. A three-dimensional structure (cognitive, affective, and behavioral) emerged, explaining $\approx 47.9\%$ of the variance. **Conclusions.** The scale provides solid evidence of validity and reliability for assessing attitudes toward childhood vaccination in a high-Andean context and is useful for guiding immunization promotion interventions.

27 Keywords

28 childhood vaccination ₁, vaccine hesitancy ₂, attitudes ₃.

29 I Introducción

36

13

22

17

30 La vacunación infantil sigue siendo una de las intervenciones de salud pública más costo-efectivas, pues
31 previene millones de muertes cada año y reduce de manera sustantiva la carga de enfermedad prevenible en
32 la niñez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
33 (UNICEF) señalan que, a pesar de estos beneficios, la cobertura mundial de la tercera dosis de la vacuna
34 contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP3) se ha estancado alrededor del 84–85 %, dejando a más de 14
35 millones de niños sin recibir ninguna vacuna y a muchos otros con esquemas incompletos; esta situación se
36 ha descrito como una “alerta roja” para la salud infantil (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025;
37 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2023).

10

30

50

38 En América Latina y el Caribe UNICEF (2023) advierte que la región que históricamente presentaba algunas
39 de las coberturas más altas ha experimentado el mayor descenso relativo en vacunación infantil durante la
40 última década, con brechas marcadas según nivel socioeconómico, territorio y acceso geográfico. Estas
41 desigualdades se observan también en el Perú: los reportes del Ministerio de Salud indican que, aunque la
42 cobertura de vacunación en niños menores de tres años ha aumentado de manera sostenida en los últimos
43 años, en 2024 aún se sitúa por debajo de los niveles óptimos y se mantienen diferencias por región, área de
44 residencia, nivel educativo materno y quintil de riqueza (Ministerio de Salud [MINSA], 2024). De forma

6

particular, las regiones altoandinas y muchos contextos rurales presentan coberturas sustancialmente inferiores al promedio nacional, lo que incrementa el riesgo de brotes de enfermedades inmunoprevenibles y obliga a reforzar estrategias focalizadas de inmunización (UNICEF, 2024).

El problema no se limita a la disponibilidad de vacunas o a la logística del sistema de salud, puesto que, los aspectos psicosociales asociados a la toma de decisiones parentales han adquirido un rol central, por lo tanto, la noción de “vacunación atrasada, rechazo o duda” ha sido conceptualizada por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de la OMS bajo el término *vaccine hesitancy*, entendida como un continuo de actitudes que va desde la aceptación sin reservas hasta el rechazo total, pasando por la aceptación con dudas y la postergación selectiva de ciertas dosis (MacDonald, 2015; OMS, 2014). Esta indecisión se ve influida por factores contextuales (confianza en las instituciones, circulación de desinformación), individuales y grupales (experiencias previas, creencias, emociones) y relativos a la vacuna (percepción de riesgo/beneficio, complejidad del esquema, vía de administración).

En el Perú se han documentado tanto el incumplimiento del esquema nacional de vacunación como percepciones ambivalentes hacia las vacunas en distintos grupos de padres y madres. Estudios recientes señalan que una proporción relevante de progenitores manifiesta dudas o no intención de vacunar a sus hijos frente a determinadas vacunas, especialmente en contextos de desinformación o desconfianza, y que regiones del sur andino, como Puno, concentran una de las prevalencias más altas de no intención de vacunar frente a la COVID-19 en niños y adolescentes (Benites-Zapata et al., 2022; Sonan, 2023). Asimismo, investigaciones centradas en el conocimiento y cumplimiento del calendario vacunal en madres de niños menores de cinco años evidencian que los niveles de conocimiento y las actitudes hacia la inmunización se asocian significativamente con el seguimiento de las dosis recomendadas, reforzando la relevancia de evaluar estos constructos mediante instrumentos psicométricos rigurosos (De La Cruz & Gonzales, 2023; Nolasco, 2025).

44 En la literatura internacional se han desarrollado diversos instrumentos para medir actitudes hacia las vacunas y la indecisión vacunal. Entre ellos destaca la Vaccination Attitudes Examination (VAX), que integra dimensiones como la preocupación por los efectos secundarios, la desconfianza en los beneficios de las vacunas o la percepción de intereses comerciales, y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en contextos anglosajones (Martin & Petrie, 2017). Su adaptación y validación en población hispanohablante ha confirmado una estructura factorial de cuatro componentes correlacionados, con buenos índices de ajuste, alta consistencia interna y evidencias de invariancia de medida por sexo y nivel educativo (Espejo et al., 2022; Paredes et al., 2021). De manera complementaria, el Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV) se ha posicionado como uno de los instrumentos más utilizados para identificar padres con indecisión vacunal, habiendo sido adaptado y validado en múltiples idiomas, incluido el español, con buenos indicadores de confiabilidad, validez de constructo y capacidad predictiva de la inmunización infantil (Cunningham et al., 2019; Opel et al., 2011; Shapiro et al., 2018).

No obstante, revisiones centradas en Latinoamérica han advertido que muchos instrumentos se han desarrollado para contextos muy específicos (por ejemplo, vacunas frente a COVID-19 o biológicos particulares) y que existe escasez de escalas culturalmente adaptadas que midan de forma integral las actitudes parentales frente al esquema regular de vacunación infantil en la región (Bernal et al., 2021; Shapiro et al., 2021). En el contexto peruano se han reportado experiencias de construcción de cuestionarios y escalas que exploran conocimientos y actitudes hacia la inmunización infantil, pero suelen orientarse a describir niveles globales y su relación con el cumplimiento del calendario, sin una fundamentación explícita en modelos teóricos de actitudes ni análisis avanzados de validez estructural (De La Cruz & Gonzales, 2023; Sonan, 2023). Esta situación es particularmente crítica en regiones andinas como Puno, donde coexisten vulnerabilidades socioeconómicas, barreras geográficas de acceso y patrones culturales propios que pueden modular la percepción de riesgo y la confianza en las vacunas.

3 Desde el punto de vista teórico, el modelo tripartito de actitudes propuesto por Rosenberg y Hovland constituye uno de los marcos más influyentes para conceptualizar la estructura actitudinal. Este modelo plantea que las actitudes están conformadas por tres componentes interrelacionados: cognitivo (creencias y percepciones sobre el objeto de actitud), afectivo (respuestas emocionales de agrado o desagrado) y conductual o conativo (intenciones y disposiciones a actuar) (Rosenberg & Hovland, 1960, como se cita en Kaiser & Wilson, 2019). Evidencias empíricas posteriores han respaldado la utilidad de esta estructura

8 97 tripartita en distintos dominios, mostrando que la consideración simultánea de los tres componentes
98 mejora la comprensión y la capacidad predictiva de las actitudes sobre la conducta efectiva (Bagozzi, 1978;
99 Breckler, 1984; Kaiser & Wilson, 2019; Mustaffa et al., 2020). Aplicar este modelo al estudio de las
100 actitudes hacia el esquema de vacunación infantil permite diferenciar entre lo que las madres y padres saben
101 o creen acerca de las vacunas (componente cognitivo), lo que sienten ante la vacunación de sus hijos
102 (componente afectivo) y su disposición real a cumplir o no con el calendario nacional (componente
103 conductual).

8 104 Ante lo mencionado, es necesario contar con instrumentos contruidos y validados específicamente para
105 medir las actitudes hacia el esquema de vacunación infantil en el contexto peruano, que incorporen
106 explícitamente el modelo tripartito de actitudes y que puedan ser aplicados en zonas de alta prioridad
41 107 sanitaria, como la ciudad de Juliaca, en la región Puno. A diferencia de las escalas centradas en vacunas
108 puntuales o en la hesitación frente a un biológico específico, una escala tripartita orientada al esquema de
109 vacunación infantil permitiría captar de forma más fina las creencias, emociones e intenciones que subyacen
110 al cumplimiento integral del calendario, generando evidencia útil para diseñar intervenciones de educación,
5 111 comunicación y seguimiento adaptadas al contexto local. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue
8 112 construir y validar psicométricamente una escala de actitudes hacia el esquema de vacunación infantil en
113 madres y padres de niños menores de cinco años de la ciudad de Juliaca, 2025.

51 114 2 Materiales y métodos

115 2.1 Metodología

116 Esta investigación corresponde a una metodología instrumental, cuya modalidad es de enfoque cuantitativo
117 que permite la construcción, adaptación o validación de instrumentos de medición psicológica, mediante un
118 diseño no experimental y corte transversal (Ato et al., 2013; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

119 2.2 Participantes

120 La población y muestra estuvo conformado por 420 padres (mamá, papá y/o tutores legales), usuarias(os)
15 21 de un centro de salud de la ciudad de Juliaca, quienes fueron seleccionados mediante un muestreo no
48 22 probabilístico por conveniencia debido a las limitaciones que se tiene para acceder a la población en su
123 totalidad (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Aplicando los siguientes criterios de inclusión:
124 mamá/papá que tengan hijos(as) menor a los 5 años, que llenen el cuestionario bajo la aceptación del
125 consentimiento informado, que completen o respondan cada uno los ítems, tutores legales que tengan a
126 cargo un niño(a) (<=5 años) ante el deceso de la madre/padre. Los criterios de exclusión: madres o tutores
127 legales que tengan hijos mayores a los 5 años, que no respondan a todos los ítems del cuestionario, tutores
128 o responsables temporales, seguidamente, en base en la tabla I de distribución de frecuencias, se observa
19 29 que la mayoría de los participantes se encuentra en el rango de edad de 26 a 30 años (32.6%) y 31 a 35
130 años (29.3%), evidenciando una población predominantemente joven-adulta. En cuanto al sexo, predomina
131 la participación femenina con un 83.3%. La mayoría cuenta con formación secundaria (57.1%), seguida de
132 educación primaria (25.7%), mientras que una minoría posee estudios universitarios (5.5%). Además, un
133 64.8% de los encuestados indica estar actualmente trabajando. En cuanto a su lugar de procedencia, el 55%
134 reside en zonas rurales. En el aspecto del estado civil, prevalecen los convivientes con un 67.9%.
135 Finalmente, se destaca que el 76.7% manifiesta profesar alguna religión. Estos datos reflejan una muestra
136 mayoritariamente femenina, joven, con nivel educativo medio y fuerte presencia de creencias religiosas, lo
137 que puede influir en sus actitudes, valores y comportamientos evaluados en el estudio.

138 **Tabla I.** Datos sociodemográficos (N=420).

Variables	Categorías	Fi	%
Edad	Menos de 20	18	4.30%
	Entre 20-25	69	16.40%
	Entre 26-30	137	32.60%
	Entre 31-35	123	29.30%

	Entre 36-40	49	11.70%
	más de 41	24	5.70%
Sexo	Mujer	350	83.30%
	Hombre	70	16.70%
Formación académica	Primaria	108	25.70%
	Secundaria	240	57.10%
	Técnico	49	11.70%
	Universitario	23	5.50%
Actualmente está trabajando	Si	272	64.80%
	No	148	35.20%
Zona de procedencia donde vive	Rural	231	55.00%
	Urbano	189	45.00%
Estado civil	Separado/a	26	6.20%
	Conviviente	285	67.90%
	Casado/a	58	13.80%
	Soltero/a	51	12.10%
¿Profesa alguna religión?	Si	322	76.70%
	No	98	23.30%

2.3 Diseño del instrumento

EL diseño del instrumento siguió las recomendaciones de Muñiz & Fonseca-Pedrero (2019) quienes recomiendan desarrollar una prueba en 10 pasos: marco general, definición de la variable de medida, especificaciones, construcción de los ítems, edición, estudios piloto, selección de otros instrumentos de medida, aplicación de la prueba, propiedades psicométricas y versión final de la prueba. En tal sentido, se elaboró la primera versión de la escala, en base a una revisión exhaustiva de la literatura científica. Lo anterior, ayudó a componer los 33 ítems con un modelo conceptual Likert luego, se procedió a validar el contenido a través de jueces expertos quienes emitieron una puntuación con la cual se generó el coeficiente V de Aiken reduciéndose a 23 ítems (Ventura León, 2022). Posterior a ello se realizó el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, también se incluyó su nivel de fiabilidad (Domínguez-Lara & Merino-Soto, 2015).

2.4 Análisis de datos

Se describieron los ítems mediante el análisis del V de Aiken por medio del juicio de expertos (7), tres enfermeras, dos médicos, un psicólogo y un docente de lengua, seguida del cálculo de su media, desviación estándar, asimetría y curtosis. Continuo de un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de "residuo mínimo" en combinación con una rotación "promax", verificando la adecuación muestral con la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). El análisis paralelo mostró un modelo tridimensional. Después, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el estimador WLSMV, adecuado para variables ordinales (Muthén & Muthén, 2017). La adecuación del modelo se valoró con los índices de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), los parámetros para el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR), considerando como aceptables CFI, TLI superiores a .90, y valores de RMSEA y SRMR menores a 0.08 (Fábregas et al., 2018). Finalmente, la confiabilidad se estimó mediante coeficiente alfa de Cronbach y Omega. Para el análisis descriptivo, exploratorio, confirmatorio y la confiabilidad se utilizó el programa estadístico Jamovi versión 2.6.26 (Meneses et al., 2013).

2.5 Aspectos éticos

Para la elaboración del estudio se solicitó formalmente el permiso y la aprobación del proyecto al comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión (0883-2024/UPEU-FCS-CF). Asimismo, se respetó la decisión de los participantes con hijos menores de 5 años, registrando su consentimiento informado tras una explicación previa de los procedimientos del estudio. Además, se garantizó la confidencialidad y la reserva de su identidad mediante un código o ID asignado a cada participante. Todos los procedimientos procuraron preservar la integridad y los derechos fundamentales de las personas involucradas, conforme a las buenas prácticas clínicas y a los principios de ética en investigación biomédica de la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024).

3 Resultados y discusión

3.1 Análisis descriptivos

En la tabla 2, se observa la validez de contenido del cuestionario es excelente. Los resultados del V de Aiken general = 0.99 y, a nivel de ítem, los valores son cercanos a 1.00, con intervalos de confianza que, en su mayoría, tienen límite inferior de 0.85 y superior de 1.00, lo que indica alto acuerdo entre jueces en los criterios de relevancia, representatividad y claridad. Sin embargo, estos resultados son posteriores a la primera revisión, cuyo instrumento contaba con 33 ítems/preguntas, de las cuales 10 fueron eliminados. Por ello, solo un ítem presenta un límite inferior de 0.78, que sigue siendo aceptable, antes de la aplicación definitiva. En conjunto, los resultados respaldan que los ítems representan adecuadamente el constructo evaluado.

Tabla 2. Validez del contenido

Nº	Preguntas	Promedio	V	I.C. AL 95%, Z: 196	
				Límite inferior	Límite superior
1	Me siento tranquilo(a) cuando mi hijo/a recibe las vacunas recomendadas.	3	1.00	0.85	1.00
2	Siento preocupación por posibles efectos adversos al vacunar a mi hijo/a.	3	1.00	0.85	1.00
3	Siento que las vacunas son una medida de protección de la salud de mi hijo/a.	3	1.00	0.85	1.00
4	Me resulta reconfortante saber que mi hijo/a está protegido/a contra enfermedades prevenibles.	3	1.00	0.85	1.00
5	Siento ansiedad días antes de llevar a mi hijo/a vacunarse.	3	1.00	0.85	1.00
6	Soy responsable al cumplir el esquema de vacunación de mi hijo(a).	3	1.00	0.85	1.00
7	Los comentarios de otras madres influyen en mi decisión de vacunar a mi hijo.	3	1.00	0.85	1.00
8	Me preocupo por los efectos adversos a largo plazo que puede ocasionar las vacunas en mi hijo/a.	2.9	0.95	0.773	0.99
9	Las vacunas son esenciales para prevenir enfermedades graves en la infancia.	3	1.00	0.85	1.00
10	Pienso que las vacunas son seguras.	2.9	0.97	0.80	1.00
11	Creo que las vacunas antes de ser aplicadas pasaron por pruebas de calidad.	3	1.00	0.85	1.00
12	Conozco los beneficios de las vacunas que recibe mi hijo/a.	3	1.00	0.85	1.00

13	Pienso que existen posibles riesgos al vacunar a mi hijo/a por comentarios de otros padres.	2.9	0.97	0.80	1.00
14	Pienso que son muchas vacunas las que recibe mi hijo/a.	3	1.00	0.85	1.00
15	Es importante cumplir con todas las dosis del esquema de vacunación, incluso si mi hijo/a parece estar sano/a.	3	1.00	0.85	1.00
16	Creo que las vacunas solo protegen a corto plazo.	3	1.00	0.85	1.00
17	Estoy dispuesto(a) a seguir el esquema completo de vacunación recomendado por el Ministerio de Salud.	3	1.00	0.85	1.00
18	Si tuviera dudas sobre las vacunas, buscaría asesoramiento de un personal de salud en lugar de evitar la vacunación.	3	1.00	0.85	1.00
19	Priorizo llevar a mi hijo/a a cada cita de vacunación, aunque implique dificultades (tiempo y distancia).	3	1.00	0.85	1.00
20	Recomendaría a otros padres seguir el esquema de vacunación infantil.	3	0.98	0.82	1.00
21	Evitaría retrasar las vacunas de mi hijo/a.	3	1.00	0.85	1.00
22	Dudaría vacunar a mi hijo/a si no me siento seguro/a.	3	1.00	0.85	1.00
23	Confío en la información que los profesionales de la salud brindan sobre las vacunas.	3	1.00	0.85	1.00
V de Aiken general		0.994			

3.2 Análisis preliminar de los ítems

Se realizó un análisis descriptivo de los ítems, reportando media (M), desviación estándar (DE), asimetría (g_1) y curtosis (g_2). La Tabla 3, muestra que el ítem P15 obtuvo la media más alta ($M = 3.21$; $DE = 1.29$), mientras que P5 presentó la más baja ($M = 2.55$; $DE = 1.28$). En todos los ítems, los valores de asimetría y curtosis se ubicaron dentro del rango aceptable de ± 2 , con asimetrías leves y curtosis negativas, por lo que se cumple la normalidad univariada aproximada y los datos son adecuados para continuar con análisis factoriales posteriores (EFA/CFA).

Tabla 3. Resultados descriptivos de los ítems

Ítems	Media	DE	Asimetría	EE	Curtosis	EE
P1	2.61	1.28	0.4036	0.119	-0.935	0.238
P2	2.97	1.27	0.037	0.119	-1.083	0.238
P3	2.67	1.23	0.2085	0.119	-1.047	0.238
P4	2.69	1.26	0.3579	0.119	-0.885	0.238
P5	2.55	1.28	0.4513	0.119	-0.882	0.238
P8	3.15	1.27	-0.0631	0.119	-1.116	0.238
P9	2.65	1.3	0.3636	0.119	-1.009	0.238
P10	2.84	1.3	0.1894	0.119	-1.14	0.238
P11	3.04	1.26	0.0535	0.119	-1.139	0.238
P12	3	1.27	0	0.119	-1.079	0.238

P14	3.16	1.27	-0.1629	0.119	-1.095	0.238
P23	2.68	1.24	0.3619	0.119	-0.865	0.238
P6	2.91	1.25	0.1278	0.119	-1.04	0.238
P15	3.21	1.29	-0.1191	0.119	-1.122	0.238
P17	2.87	1.3	0.2293	0.119	-1.104	0.238
P18	3.14	1.3	-0.0912	0.119	-1.134	0.238
P19	3.14	1.31	-0.0753	0.119	-1.159	0.238
P21	2.9	1.3	0.1343	0.119	-1.147	0.238

192

193 3.3 Adecuación muestral y esfericidad

194 Como se observa en la Tabla 4, el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .893) se
195 ubica en el rango meritorio, lo que indica que las correlaciones parciales entre los ítems son bajas y que la
196 matriz de datos es apropiada para la extracción de factores (Kaiser, 1974). Del mismo modo, la prueba de
197 esfericidad de Bartlett resultó significativa, $\chi^2 (153) = 2797$, $p < .001$, rechazándose la hipótesis de identidad
198 de la matriz de correlaciones y evidenciando que existen relaciones suficientes entre los ítems para aplicar
199 el análisis factorial (Bartlett, 1954). En conjunto, estos indicadores respaldan la adecuación del modelo
200 factorial propuesto y justifican proceder con el análisis factorial exploratorio.

201 **Tabla 4.** Adecuación muestral y esfericidad (global).

Indicador	Valor
KMO global	0.893
Bartlett χ^2 (gl=153)	2797 ($p < .001$)

202 *Nota. Valores altos de KMO y Bartlett significativo justifican el modelo factorial.*

203 3.4 Análisis factorial exploratorio

204 Las cargas factoriales primarias configuran tres factores bien definidos, con magnitudes elevadas ($\lambda \geq .60$) y
205 unidades compatibles con una representación adecuada de los ítems, lo que respalda empíricamente la
206 estructura tripartita propuesta. Dado que las dimensiones presentan correlaciones entre sí, la rotación
207 oblicua promax resulta teórica y estadísticamente pertinente (Brown, 2015; Hair et al., 2019). En
208 consecuencia, se eliminan los ítems 7, 13, 16, 20 y 22, que presentaron cargas factoriales inferiores a .30 y,
209 por tanto, un aporte limitado a sus respectivos factores latentes.

Tabla 5. Cargas de los Factores

	Factor			Unicidad
	1	2	3	
P9	0.877			0.29
P10	0.748			0.468
P11	0.71			0.548
P23	0.677			0.571
P12	0.659			0.559
P14	0.578			0.657
P19		0.771		0.443
P17		0.748		0.453
P15		0.721		0.501
P6		0.675		0.559

P2I	0.669	0.563
P18	0.646	0.542
P3		0.794
P1		0.71
P4		0.681
P2		0.648
P5		0.626
P8		0.613

Nota. El método de extracción 'Residuo mínimo' se usó en combinación con una rotación 'promax'

3.5 Varianza explicada

La solución de tres factores explica ~48% de la varianza total, dentro del rango aceptable en ciencias sociales con ítems ordinales (~40–60%) y con contribuciones equilibradas entre factores (Hair et al., 2019).

Tabla 6. Varianza explicada por factor (EFA)

Factor	% Varianza	% Acumulado
F1	16.3	16.3
F2	16.3	32.6
F3	15.3	47.9

Nota. Extracción: Residuo mínimo; Rotación: promax.

3.6 Correlaciones

Las correlaciones Inter factoriales entre F1, F2 y F3 ($r \approx .29-.40$) evidencian una relación sustantiva entre las dimensiones, pero sin redundancia excesiva. Estos coeficientes son coherentes con un constructo multidimensional compuesto por factores relacionados pero distinguibles, y respaldan el uso de una rotación oblicua en el análisis factorial exploratorio (Brown, 2015).

Tabla 7. Correlaciones entre factores (EFA).

	F1	F2	F3
F1	—	0.401	0.296
F2	0.401	—	0.346
F3	0.296	0.346	—

Nota. Correlaciones moderadas indican asociación entre los factores sin pérdida de diferenciación, compatibles con un constructo multidimensional de primer orden.

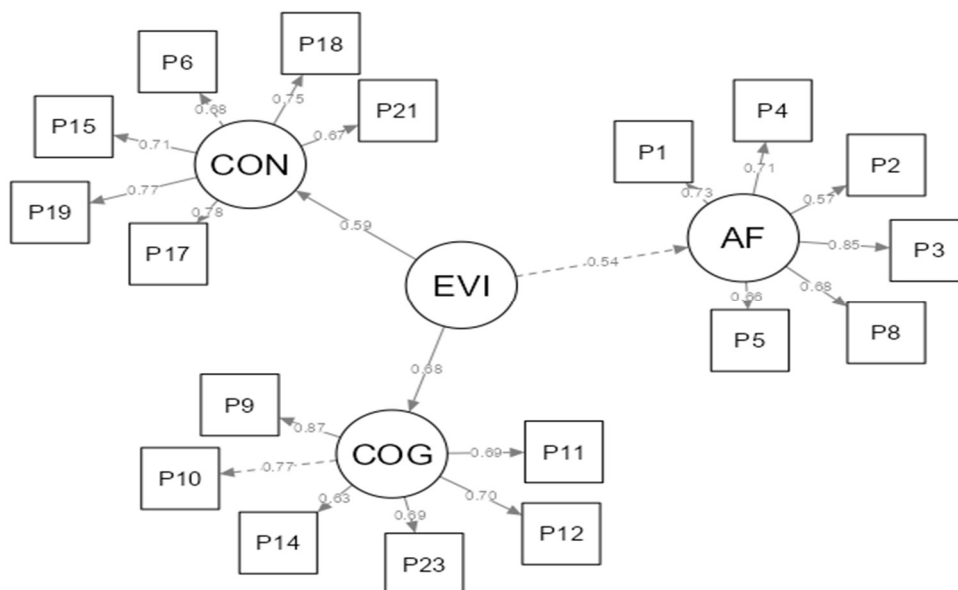
3.7 Análisis factorial confirmatorio (CFA/SEM)

En la Tabla 8 y la Figura 1 se presenta el modelo jerárquico estimado, en el que las dimensiones de primer orden (AF, COG y CON) se especificaron como indicadores de un factor de segundo orden denominado Esquema de vacunación Infantil (EVI). El modelo se estimó mediante mínimos cuadrados ponderados con ajuste de media y varianza (WLSMV), apropiado para ítems ordinales (Brown, 2015; Kline, 2016). El ajuste global fue excelente: $\chi^2 (132) = 150.4$, $p = .131$; CFI_rob = .991; TLI_rob = .990; RMSEA_rob = .023, IC90% [.000, .038]; SRMR = .032. Las cargas estandarizadas de segundo orden indican que EVI explica de forma moderada-alta a COG ($\beta = .681$) y CON ($\beta = .590$), y de manera moderada a AF ($\beta = .542$). Asimismo, las cargas ítem-factor de primer orden fueron altas y significativas, lo que respalda la validez de la estructura jerárquica propuesta.

234 **Tabla 8. Índices de ajuste del modelo (robustos)**

Modelo	X ²	df	p	RMSEA	SRMR	CFI	TLI
Global EVI	150.4	132	0.131	0.023	0.032	0.991	0.990

235 **Gráfico 1.**



237 **Figura 1. Modelo general de la escala de actitudes frente a la vacunación infantil**

239 3.8 Confiabilidad

240 Los resultados de la tabla 9 muestran que tanto las subescalas afectiva, cognitiva y conductual como la
 241 escala total presentan niveles de confiabilidad elevados, con coeficientes de α y ω superiores a 0.80, lo cual
 242 indica que los ítems se relacionan adecuadamente entre sí y miden de manera consistente sus respectivas
 243 dimensiones.

244 **Tabla 9. Resultados de la fiabilidad**

Escala / Dimensión	Alfa de Cronbach (α)	Omega Total (ω)	Nivel de confiabilidad
Afectiva (AF)	0.83	0.833	Alta
Cognitiva (COG)	0.845	0.847	Alta
Conductual (CON)	0.849	0.85	Alta
Total (Global EVI)	0.861	0.862	Muy alta

245 3.9 Discusión

246 El presente estudio tuvo como objetivo construir y aportar evidencias de validez y confiabilidad de una
 247 escala para medir las actitudes de madres y padres frente al esquema de vacunación infantil. En conjunto,
 248 los resultados respaldan que el instrumento presenta adecuada validez de contenido, una estructura interna

249 tridimensional coherente con el modelo tripartito de actitudes de (Rosenberg & Hovland, 1960, como se
250 cita en Kaiser & Wilson, 2019). Y elevados índices de consistencia interna, lo que permite su uso preliminar
251 en investigación y práctica clínica.

252 Conforme a Merino-Soto (2023), los índices de V de Aiken obtenidos fueron altos, con intervalos de
253 confianza cuyos límites inferiores se ubicaron, en su mayoría, por encima del punto de corte convencional
10 254 (.70–.75), lo que indica consenso entre los jueces respecto a la relevancia, claridad y representatividad de
255 los ítems. Este nivel de acuerdo es consistente con recomendaciones metodológicas para estudios
256 instrumentales en ciencias de la salud, donde la validez de contenido rigurosa es un prerequisite para
257 avanzar a la fase factorial

11 258 Tras la depuración inicial del constructo de (33-10 ítems), el análisis factorial exploratorio identificó una
259 solución de tres factores que explica aproximadamente la mitad de la varianza total, con cargas factoriales
260 altas y ausencia de saturaciones cruzadas problemáticas. Esta solución es coherente con el modelo
261 tripartito clásico, que concibe las actitudes como configuraciones de componentes cognitivos, afectivos y
262 conductuales (Breckler, 1984; Rosenberg & Hovland, 1960, como se cita en Kaiser & Wilson, 2019).
263 Asimismo, se alinea con instrumentos contemporáneos sobre actitudes hacia las vacunas, como la
264 Vaccination Attitudes Examination (VAX) (Espejo et al., 2022; Martin & Petrie, 2017; Paredes et al., 2021).
265 El Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV) (Cunningham et al., 2019; Opel et al., 2011). O la
266 Vaccine Hesitancy Scale (Shapiro et al., 2018). los cuales también tienden a organizarse en dimensiones que
267 combinan creencias, emociones y predisposición conductual.

268 Las correlaciones moderadas entre los tres factores sugieren que, si bien cada dimensión aporta
269 información diferenciada, todas convergen en un constructo latente común de actitud global hacia la
270 vacunación infantil. Esto coincide con la evidencia acumulada que muestra que los componentes cognitivo,
271 afectivo y conductual rara vez son independientes, sino que se articulan en sistemas relativamente
272 coherentes de evaluación y acción (Bagozzi, 1978; F. G. Kaiser & Wilson, 2019). El modelo confirmatorio
273 tridimensional correlacionado presentó índices de ajuste excelentes ($\chi^2(132)=150.4, p=.131$;
274 CFI_rob=.991; TLI_rob=.990; RMSEA_rob=.023; SRMR=.03), por encima de los puntos de corte usuales en
275 la psicometría aplicada (CFI/TLI $\geq .95$, RMSEA $\leq .06$, SRMR $\leq .08$), lo que refuerza la validez de la estructura
276 propuesta (Hair et al., 2018). La alta convergencia entre los modelos de primer orden correlacionados y el
277 jerárquico indica que ambas parametrizaciones representan adecuadamente los datos, fenómeno común
278 cuando los factores de primer orden están fuertemente correlacionados (Brown, 2015).

279 Las subescalas y la puntuación total mostraron coeficientes α y ω superiores a .80, considerados buenos
280 para medidas de carácter actitudinal en contextos comunitarios (Prieto & Delgado, 2010). Estos valores son
281 comparables a los reportados para la VAX en diferentes contextos culturales (Espejo et al., 2022; Martin &
282 Petrie, 2017; Paredes et al., 2021). para el PACV en poblaciones hispanohablantes según Cunningham et al.
283 (2019), Y para la Vaccine Hesitancy Scale (Shapiro et al., 2018). El uso complementario de alfa y omega
284 resulta particularmente pertinente, dado que este último es menos sensible a violaciones del supuesto de
285 tau-equivalencia y ofrece una estimación más robusta de la consistencia interna cuando las cargas ítem-
286 factor son heterogéneas (Hair et al., 2018).

287 La coherencia entre los índices de confiabilidad, las cargas factoriales altas y la ausencia de ítems con
288 distribuciones severamente sesgadas sugiere que la escala es capaz de discriminar adecuadamente entre
52 289 distintos niveles de actitud favorable o desfavorable hacia la vacunación. Ello la convierte en una
290 herramienta útil tanto para investigación como para la valoración clínica rápida en servicios de atención
291 primaria.

292 Los hallazgos adquieren particular relevancia en el contexto peruano, puesto que, Estudios recientes en el
293 país han evidenciado que el conocimiento y las actitudes de las madres hacia la inmunización se asocian con
294 el cumplimiento del calendario vacunal en niños menores de cinco años (De La Cruz & Gonzales, 2023;
295 Nolzco, 2025). No obstante, hasta donde se ha podido revisar, no se contaba con una escala validada
296 específicamente para capturar, desde el modelo tripartito, las actitudes de padres y madres frente al
297 esquema regular de vacunación infantil en un contexto andino urbano. En ese sentido, el presente
298 instrumento contribuye a llenar un vacío en la medición, articulando la tradición clásica de las actitudes (

299 (Rosenberg & Hovland, 1960, como se cita en, Kaiser & Wilson, 2019). Con la literatura contemporánea
300 sobre hesitación vacunal (Bernal et al., 2021; MacDonald, 2015; Shapiro et al., 2021).

4 301 Disponer de una escala breve, con evidencias sólidas de validez y confiabilidad, ofrece varias ventajas para la
302 práctica de enfermería y salud pública. En primer lugar, la desagregación en componentes cognitivo, afectivo
303 y conductual permite identificar con mayor precisión qué tipo de barreras predominan en una comunidad
304 específica. Por ejemplo, puntuaciones bajas en la dimensión cognitiva podrían orientar intervenciones
305 centradas en educación sanitaria y corrección de desinformación, mientras que puntajes más problemáticos
306 en el componente afectivo sugerirían la necesidad de trabajar el miedo a los efectos adversos, la
307 desconfianza institucional o las experiencias previas negativas (Bernal et al., 2021; Martin & Petrie, 2017). A
308 su vez, dificultades en la dimensión conductual pueden vincularse con problemas de acceso, organización
309 del tiempo familiar o ausencia de recordatorios y apoyos prácticos.

310 En segundo lugar, la escala puede utilizarse como herramienta de tamizaje en establecimientos de salud,
311 campañas extramurales y programas de visitas domiciliarias, permitiendo identificar microterritorios y
312 grupos familiares en mayor riesgo de incumplimiento del calendario vacunal. También puede servir como
313 indicador de resultado en intervenciones educativas, evaluando cambios en las actitudes antes y después de
314 estrategias de consejería, educación grupal o visitas domiciliarias reforzadas (Dyda et al., 2020; Shapiro et
315 al., 2021). Finalmente, al estar estructurada en un marco teórico ampliamente reconocido, el instrumento
316 resulta fácilmente integrable en modelos de ecuaciones estructurales que exploren relaciones entre
317 actitudes, intención y comportamiento vacunal.

318 Entre las fortalezas del estudio destacan: (a) el diseño instrumental riguroso, que combinó validez de
319 contenido mediante V de Aiken, análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y estimación de alfa y
320 omega; (b) el tamaño muestral adecuado para los análisis realizados, con 420 participantes, cifra que excede
321 los mínimos sugeridos para modelos trifactoriales con ítems ordinales (Hair et al., 2018); y (c) el anclaje
322 conceptual explícito en el modelo tripartito de actitudes, lo que facilita la acumulación de evidencia y la
323 comparación con escalas internacionales como la VAX, PACV y VHS (Espejo et al., 2022; Opel et al., 2011;
324 Shapiro et al., 2018).

43 325 No obstante, es importante reconocer algunas limitaciones. En primer lugar, el muestreo fue no
34 326 probabilístico y se concentró en una sola ciudad de la región Puno, lo que restringe la generalización de los
327 resultados a otros contextos rurales, amazónicos o costeros. En segundo lugar, todas las medidas fueron
328 autor reportadas, por lo que no se puede descartar la influencia del sesgo de deseabilidad social,
329 especialmente en un tema sensible como la vacunación infantil. En tercer lugar, la evidencia presentada se
330 circunscribe a la validez de contenido, estructura y consistencia internas; aún se requieren estudios que
331 evalúen la estabilidad temporal (fiabilidad test-retest), la validez convergente y discriminante con otras
332 medidas de hesitación vacunal, así como la validez predictiva en relación con el cumplimiento real del
333 calendario de vacunación (Dyda et al., 2020; Shapiro et al., 2021).

32 334 Finalmente, futuros trabajos podrían explorar la invariancia factorial del instrumento según sexo, nivel
335 educativo, zona de residencia o tipo de establecimiento de salud, así como aplicar modelos de teoría de
336 respuesta al ítem para refinar el banco de ítems y establecer puntos de corte que permitan utilizar la escala
337 como herramienta de tamizaje en programas de inmunizaciones.

338 3.10 Conclusiones

28 339 El estudio permitió construir y aportar evidencias de validez de contenido y de estructura interna de una
340 escala para evaluar las actitudes de madres y padres hacia el esquema de vacunación infantil, basada en el
341 modelo tripartito de actitudes. La solución tridimensional obtenida (cognitiva, afectiva y conductual)
342 presentó índices de ajuste excelentes y cargas factoriales altas, lo que respalda que los ítems representan
49 343 adecuadamente los componentes teóricos del constructo.

344 Los coeficientes de consistencia interna (α y ω) fueron elevados en las tres dimensiones y en la
4 345 puntuación total, indicando que la escala es internamente coherente y estable para medir actitudes hacia la
346 vacunación infantil en la población estudiada. Esto la convierte en un instrumento psicométricamente sólido
347 para estudios de investigación y para el uso preliminar en servicios de salud.

348 Contar con una medida estructurada en componentes cognitivo, afectivo y conductual ofrece información
349 más fina que las medidas globales de “aceptación/rechazo” vacunal. La escala permite identificar qué tipo de
350 barreras predominan (creencias erróneas, emociones negativas o dificultades para transformar la intención
351 en conducta), lo que puede orientar el diseño de intervenciones educativas y estrategias de consejería más
352 focalizadas en el primer nivel de atención y en campañas comunitarias.

353 Dado que la muestra se recolectó en una sola ciudad de la región Puno mediante muestreo no
354 probabilístico y se utilizaron únicamente autoinformes, los resultados deben interpretarse con cautela al
355 extrapolarlos a otros contextos. Se recomienda que futuras investigaciones evalúen la invariancia factorial
356 en diferentes grupos sociodemográficos, la fiabilidad test–retest, la validez convergente y discriminante con
357 otras escalas de hesitación vacunal, así como la capacidad predictiva de la escala sobre el cumplimiento real
358 del calendario de vacunación infantil.

359 4 Contribuciones de los autores

360 Conceptualización, A.A. y B.B.; metodología, A.A.; software, A.A.; validación, A.A., B.B. y C.C.; análisis
361 formal, A.A.; investigación, A.A.; recursos, A.A.; curación de datos, A.A.; preparación del borrador original,
362 A.A.; revisión y edición, A.A.; visualización, A.A.; supervisión, A.A.; administración del proyecto, A.A.;
363 obtención de financiamiento, B.B. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del
364 manuscrito.

365 5 Financiamiento

366 Es importante incluir todos los detalles sobre las fuentes de financiamiento, incluyendo los números de las
367 subvenciones en caso de ser aplicable. Asegúrese de agregar toda la información necesaria sobre el
368 financiamiento, ya que una vez publicado, no será posible añadirla posteriormente.

369 6 Agradecimientos

370 Este es un breve texto para reconocer las contribuciones de colegas, instituciones o agencias específicas
371 que ayudaron en los esfuerzos de los autores.

372 7 Estilos de referencias

373 Asociación Médica Mundial. (2024). *La comunidad médica mundial adopta la Declaración de Helsinki*
374 *revisada, que fortalece los estándares éticos en la investigación clínica con seres humanos – WMA – The*
375 *World Medical Association*. [https://www.wma.net/es/news-post/la-comunidad-medica-mundial-](https://www.wma.net/es/news-post/la-comunidad-medica-mundial-adopta-la-declaracion-de-helsinki-revisada-que-fortalece-los-estandares-eticos-en-la-investigacion-clinica-con-seres-humanos/)
376 [adopta-la-declaracion-de-helsinki-revisada-que-fortalece-los-estandares-eticos-en-la-](https://www.wma.net/es/news-post/la-comunidad-medica-mundial-adopta-la-declaracion-de-helsinki-revisada-que-fortalece-los-estandares-eticos-en-la-investigacion-clinica-con-seres-humanos/)
377 [investigacion-clinica-con-seres-humanos/](https://www.wma.net/es/news-post/la-comunidad-medica-mundial-adopta-la-declaracion-de-helsinki-revisada-que-fortalece-los-estandares-eticos-en-la-investigacion-clinica-con-seres-humanos/)

378 Bagozzi, R. P. (1978). The Construct Validity Of The Affective, Behavioral, And Cognitive
379 Components Of Attitude By Analysis Of Covariance Structures. *Multivariate Behavioral Research*,
380 13(1), 9–31. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr1301_2

381 Bartlett, M. S. (1954). A Note on the Multiplying Factors for Various Chi Square Approximations.
382 *Journal of the Royal Statistical Society (Series B)*, 16, 296–298.
383 <https://www.scrip.org/reference/referencespapers?referenceid=2377898&utm>

384 Benites-Zapata, V. A., Herrera-Añazco, P., Benites-Meza, J. K., Bonilla-Aguilar, K., Urrunaga-Pastor, D.,
385 Bendezu-Quispe, G., Uyen-Cateriano, A., Rodríguez-Morales, A. J., & Hernández, A. V. (2022).
386 Prevalence of parents' non-intention to vaccinate their children and adolescents against COVID-
387 19: A comparative analysis in Colombia and Peru. *Vaccine*, X, 12, 100198.
388 <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2022.100198>

389 Bernal, B. M., Morales, A., & Moreno, N. E. (2021). Indecisión a las vacunas: una revisión sistemática
390 para abordar el fenómeno en Latinoamérica. *SANUS*, 6(17), e182.
391 <https://doi.org/10.36789/sanus.vil.182>

- 392 Breckler, S. J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of
393 attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191–1205.
394 <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.6.1191>
- 395 Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (2nd ed.). Guilford Press.
396 [https://www.guilford.com/books/Confirmatory-Factor-Analysis-for-Applied-Research/Timothy-](https://www.guilford.com/books/Confirmatory-Factor-Analysis-for-Applied-Research/Timothy-Brown/9781462515363)
397 [Brown/9781462515363](https://www.guilford.com/books/Confirmatory-Factor-Analysis-for-Applied-Research/Timothy-Brown/9781462515363)
- 398 Cunningham, R. M., Kerr, G. B., Orobio, J., Munoz, F. M., Correa, A., Villafranco, N., Monterrey, A. C.,
399 Opel, D. J., & Boom, J. A. (2019). Development of a Spanish version of the parent attitudes about
400 childhood vaccines survey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(5), 1106–1110.
401 <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1578599>
- 402 De La Cruz, A. P., & Gonzales, S. H. (2023). Conocimiento sobre inmunizaciones y cumplimiento del
403 calendario de vacunación en madres con niños menores de 2 años en el Centro de Salud San
404 Carlos, 2023. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 3(3), 56–67.
405 <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.3.1859>
- 406 Domínguez-Lara, S. A., & Merino-Soto, C. (2015). ¿Por qué es importante reportar los intervalos de
407 confianza del coeficiente alfa de Cronbach? CésAr Merino-soto. *Revista Latinoamericana de*
408 *Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1326–1328.
409 <https://www.redalyc.org/pdf/773/77340728053.pdf>
- 410 Dyda, A., King, C., Dey, A., Leask, J., & Dunn, A. G. (2020). A systematic review of studies that
411 measure parental vaccine attitudes and beliefs in childhood vaccination. *BMC Public Health*, 20,
412 1253. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09327-8>
- 413 Espejo, B., Checa, I., & Martín-Carbonell, M. (2022). Psychometric properties and measurement
414 invariance of the Vaccination Attitudes Examination Scale (VAX) in a Spanish sample. *BMC*
415 *Psychology*, 10(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00929-y>
- 416 Fábregas, F. D., Ardura, I. R., & Artola, A. M. (2018). Modelos de ecuaciones estructurales en
417 investigaciones de ciencias sociales: Experiencia de uso en Facebook. *Revista de Ciencias Sociales*
418 (Ve), XXIV(1), 22–40. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?>
- 419 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2024). *Las vacunas salvan vidas*.
420 <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/las-vacunas-salvan-vidas>
- 421 Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). *MULTIVARIATE DATA ANALYSIS EIGHTH*
422 *EDITION. EIGHTH EDITION*.
423 https://eli.johogo.com/Class/CCU/SEM/_Multivariate%20Data%20Analysis_Hair.pdf
- 424 Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.).
425 Cengage. <https://www.cengage.com/c/multivariate-data-analysis-8e-hair/>
- 426 Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa,*
427 *cualitativa y mixta* (1ra edición). McGraw-Hill Education.
428 [https://doi.org/http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abus](https://doi.org/http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf)
429 [o/articulos/sampierilasrutas.pdf](https://doi.org/http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf)
- 430 Kaiser, F. G., & Wilson, M. (2019). The Campbell Paradigm as a Behavior-Predictive Reinterpretation
431 of the Classical Tripartite Model of Attitudes. *European Psychologist*, 24(4), 359–374.
432 <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000364>
- 433 Kaiser, H. F. (1974). An Index of Factorial Simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36.
434 <https://doi.org/10.1007/BF02291575>

- 435 MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34),
436 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- 437 Martin, L. R., & Petrie, K. J. (2017). Understanding the Dimensions of Anti-Vaccination Attitudes: The
438 Vaccination Attitudes Examination (VAX) Scale. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(5), 652–660.
439 <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9888-y>
- 440 Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J., & Valero, S. (2013).
441 *PSICOMETRÍA* (1ra ed.). UOC. https://www.researchgate.net/publication/293121344_Psicometria
- 442 Merino-Soto, C. (2023). Coeficientes V de Aiken: diferencias en los juicios de validez de contenido.
443 *MHSalud: Revista En Ciencias Del Movimiento Humano y Salud*, 20(1), 1–14.
444 <https://doi.org/10.15359/mhs.20-1.3>
- 445 Ministerio de Salud. (2024). *Perú aumenta por cuarto año consecutivo la cobertura de vacunación en*
446 *menores de tres años - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano.*
447 [https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1011900-peru-aumenta-por-cuarto-ano-](https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1011900-peru-aumenta-por-cuarto-ano-consecutivo-la-cobertura-de-vacunacion-en-menores-de-tres-anos)
448 [consecutivo-la-cobertura-de-vacunacion-en-menores-de-tres-anos](https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1011900-peru-aumenta-por-cuarto-ano-consecutivo-la-cobertura-de-vacunacion-en-menores-de-tres-anos)
- 449 Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 1(31),
450 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- 451 Mustaffa, A., Rahman, S. A., & Nawai, N. M. (2020). Exploring behavioural and attitudinal brand loyalty
452 using Tripartite Model of Attitude. *Journal of Entrepreneurship and Business*, 2(1), 26–34.
453 <https://doi.org/10.32890/jes2020.2.1.3>
- 454 Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus 8 Statistical Analysis User Manual* (8th ed.). Muthén &
455 Muthén. <https://manuals.plus/mplus/mplus-8-statistical-analysis-user-manual>
- 456 Nolzco, U. R. (2025). Conocimientos y actitudes hacia la inmunización infantil en madres de niños
457 menores de 5 años que acuden a un centro de atención básica en Lima. *Cuidado y Salud Pública*,
458 5(1), 43–50.
459 <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/137>
- 460 Opel, D. J. o, Mangione-Smith, R., Taylor, J. A., Korfiatis, C., Wiese, C., Catz, S., & Martin, D. P.
461 (2011). Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Human Vaccines*, 7(4), 419–
462 425. <https://doi.org/10.4161/hv.7.4.14120>
- 463 Organización Mundial de la Salud. (2014). *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy.*
464 World Health Organization. [https://cdn.who.int/media/docs/default-](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/2014/october/sage-working-group-revised-report-vaccine-hesitancy.pdf?sfvrsn=240a7c1c_4)
465 [source/immunization/sage/2014/october/sage-working-group-revised-report-vaccine-](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/2014/october/sage-working-group-revised-report-vaccine-hesitancy.pdf?sfvrsn=240a7c1c_4)
466 [hesitancy.pdf?sfvrsn=240a7c1c_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/2014/october/sage-working-group-revised-report-vaccine-hesitancy.pdf?sfvrsn=240a7c1c_4)
- 467 Organización Mundial de la Salud. (2025). *La cobertura mundial de vacunación infantil se mantiene estable,*
468 *pero más de 14 millones de bebés siguen sin vacunar – OMS, UNICEF.*
469 [https://www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-](https://www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef)
470 [yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef](https://www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef)
- 471 Paredes, B., Cárdbaba, M. Á., Cuesta, U., & Martínez, L. (2021). Validity of the Spanish Version of the
472 Vaccination Attitudes Examination Scale. *Vaccines*, 9(11), 1237.
473 <https://doi.org/10.3390/vaccines9111237>
- 474 Prieto, G., & Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles Del Psicólogo*, 31(1), 67–74.
475 <https://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1797.pdf>
- 476 Shapiro, G. K., Kaufman, J., Brewer, N. T., Wiley, K., Menning, L., Leask, J., Abad, N., Betsch, C., Bura,
477 V., Correa, G., Dubé, E., Ganter-Restrepo, F. E., Gong, W., Hickler, B., Jalloh, M. F., Jain, M.,

- 478 Omer, S. B., Requejo, J. H., Pokharel, D. R., ... Wiysonge, C. S. (2021). A critical review of
479 measures of childhood vaccine confidence. *Current Opinion in Immunology*, 71, 34–45.
480 <https://doi.org/10.1016/j.coi.2021.04.002>
- 481 Shapiro, G. K., Tatar, O., Dube, E., Amsel, R., Knauper, B., Naz, A., Perez, S., & Rosberger, Z. (2018).
482 The vaccine hesitancy scale: Psychometric properties and validation. *Vaccine*, 36(5), 660–667.
483 <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.043>
- 484 Sonan, A. A. (2023). *Legitimidad, ideología política y actitudes hacia la vacunación contra el COVID-19 en*
485 *adultos peruanos* [Tesis Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
486 <http://hdl.handle.net/20.500.12404/27222>
- 487 UNICEF. (2023). *The State of the World's Children 2023: For every child, vaccination*. UNICEF.
488 <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2023>
- 489 Ventura León, J. L. (2022). De regreso a la validez basada en el contenido. *Adicciones: Revista de*
490 *Socidrogalcohol*, ISSN 0214-4840, Vol. 34, N.º. 4, 2022, Págs. 323-325, 34(4), 323–325.
491 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8660933&info=resumen&idioma=SPA>
- 492
- 493
- 494
- 495
- 496
- 497
- 498
- 499
- 500
- 501
- 502
- 503
- 504
- 505
- 506
- 507
- 508
- 509
- 510
- 511

ANEXOS

Escala de actitudes hacia el esquema de vacunación infantil
(Última versión)

DATOS GENERALES:

Marque con una "X" o sombree los casilleros de cada alternativa:

Edad en años	Menos de 20	Formación académica	Primaria	Estado civil	Soltero/a
	Entre 20-25		Secundaria		Casado/a
	Entre 26-30		Técnico		Conviviente
	Entre 31-35		Universitario		Separado/a
	Entre 36-40	Actualmente está trabajando	Si		Divorciado/a
	más de 41		No		Viudo/A
Sexo	Hombre	Zona de procedencia donde vives	Urbano	¿profesa alguna religión?	Si
	Mujer		Rural		No

Instrucciones:

Por favor, responda a las siguientes afirmaciones sobre la vacunación. Use la escala proporcionada para indicar su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

Escala de Respuesta:

1 = Totalmente en desacuerdo (TD)

2 = En desacuerdo (ED)

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NA/ND)

4 = De acuerdo (DA)

5 = Totalmente de acuerdo (TA)

N°	ÍTEMs					
Dimensión 1: Componente Afectivo (Emociones y sentimientos hacia la vacunación)						
1	Me siento tranquilo(a) cuando mi hijo/a recibe las vacunas recomendadas.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
2	Siento preocupación por posibles efectos adversos al vacunar a mi hijo/a.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
3	Siento que las vacunas son una medida de protección de la salud de mi hijo/a.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
4	Me resulta reconfortante saber que mi hijo/a está protegido/a contra enfermedades prevenibles.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
5	Siento ansiedad días antes de llevar a mi hijo/a vacunarse.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
8	Me preocupo por los efectos adversos a largo plazo que puede ocasionar las vacunas en mi hijo/a.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
Dimensión 2: Componente Cognitivo (Creencias y conocimientos sobre la vacunación)						
9	Las vacunas son esenciales para prevenir enfermedades graves en la infancia.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
10	Pienso que las vacunas son seguras.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
11	Creo que las vacunas antes de ser aplicadas pasaron por pruebas de calidad.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
12	Conozco los beneficios de las vacunas que recibe mi hijo/a.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
14	Pienso que son muchas vacunas las que recibe mi hijo/a.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
23	Confío en la información que los profesionales de la salud brindan sobre las vacunas.	TD	ED	NA/ND	DA	TA

Dimensión 3: Componente Conativo/conductual (Intención y comportamiento hacia la vacunación)						
17	Estoy dispuesto(a) a seguir el esquema completo de vacunación recomendado por el Ministerio de Salud.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
18	Si tuviera dudas sobre las vacunas, buscaría asesoramiento de un personal de salud en lugar de evitar la vacunación.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
19	Priorizo llevar a mi hijo/a a cada cita de vacunación, aunque implique dificultades (tiempo y distancia).	TD	ED	NA/ND	DA	TA
21	Evitaría retrasar las vacunas de mi hijo/a.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
15	Es importante cumplir con todas las dosis del esquema de vacunación, incluso si mi hijo/a parece estar sano/a.	TD	ED	NA/ND	DA	TA
6	Soy responsable al cumplir el esquema de vacunación de mi hijo(a).	TD	ED	NA/ND	DA	TA