

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**EVALUACIÓN DE LA INTENCIÓN DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19  
Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN ADULTA-  
AREQUIPA 2021**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**Chávez Vélez, Nancy Paola**

**Sánchez Carigga, Karla Alejandra**

para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesora:

**Dra. Muñoz del Carpio Toia,  
Águeda**

**Arequipa- Perú**

**2021**

## DICTAMEN APROBATORIO DE BORRADOR DE TESIS

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**MEDICINA HUMANA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 21 de Junio del 2021

**Dictamen: 003973-C-EPMH-2021**

Visto el borrador del expediente 003973, presentado por:

**2014700152 - CHAVEZ VELEZ NANCY PAOLA**

**2014203632 - SANCHEZ CARIGGA KARLA ALEJANDRA**

Titulado:

**EVALUACIÓN DE LA INTENCIÓN DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 Y SUS FACTORES  
ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN ADULTA-AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1238 - DEL CARPIO SANZ DE LAZO ADA OTILIA  
DICTAMINADOR**



**1684 - NOEL CORDOVA EDGARD ELEAZAR  
DICTAMINADOR**



**3064 - RAMOS GUERRA SANDRA NELDA  
DICTAMINADOR**



## DEDICATORIAS

*A Dios quien fue mi luz en medio de la tormenta y por quien sigo aquí con más fuerzas.*

*A mis padres Julio y Nancy que fueron, son y serán mi mayor ejemplo, motor y motivo.*

*A mis angelitos en el cielo todos y cada uno de ustedes me guían cada día a ser mejor.*

*A mi familia, que me da su apoyo a pesar de los tiempos adversos.*

*A mis amigas del colegio que siempre me alientan y con las que puedo contar.*

*A mis amigos de la universidad con los que compartí este largo camino.*

*A Karla, Betty y Máximo que fueron muchas veces mi soporte y mi ánimo.*

*A mi gatita Gordis por llegar a mi vida en el momento indicado y ser mi compañera fiel.*

**Nancy**

*A Dios por darme la fortaleza para seguir adelante sin importar los desafíos que se presenten.*

*A mis padres Brendaly y Ronald y mi hermano Sebastián, quienes son mi más grande apoyo en cada paso de este camino y los que me impulsan a alcanzar mis sueños.*

*A mis grandes amigos y a mi familia de Doctor Pinocho quienes hicieron de la universidad una experiencia inolvidable.*

*A Nancy, Betty y Máximo con quienes formé una amistad que nunca pensé encontrar.*

*Y por qué no, a mi mascota Chato el fiel compañero que acompañó todas mis noches de estudio.*

**Karla**

## AGRADECIMIENTO

*A Dios por permitirnos seguir cada día con ánimos y más fuerzas.*

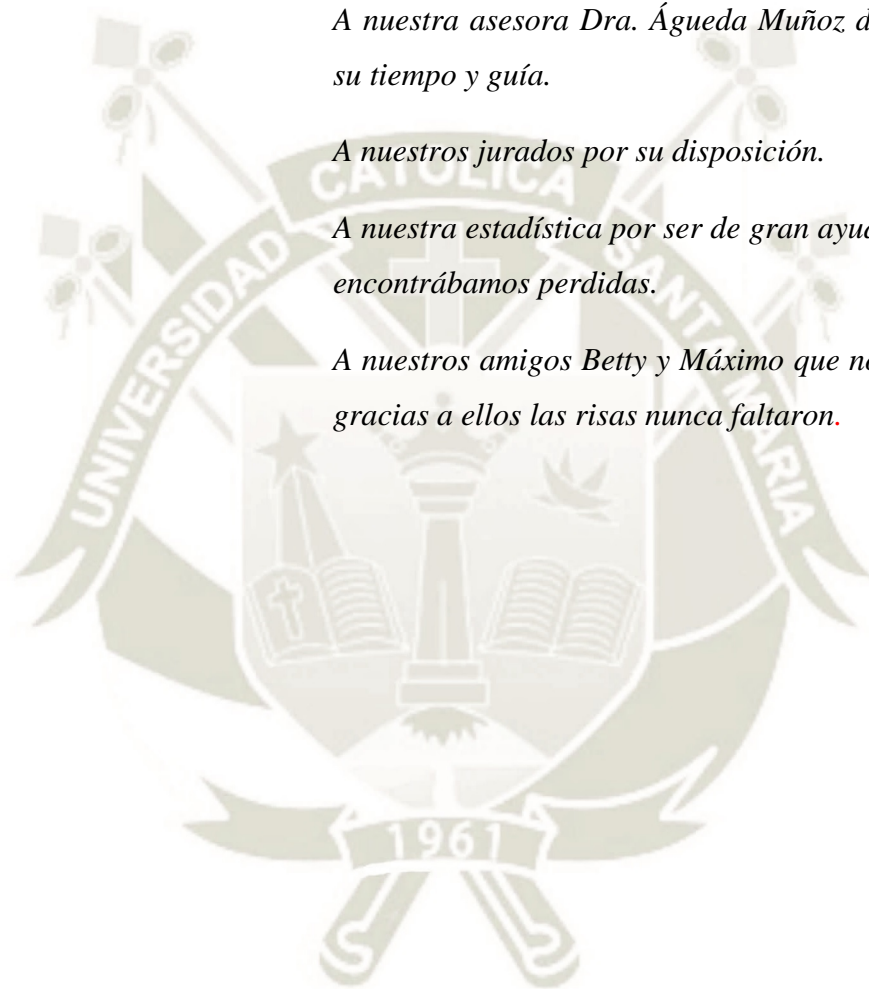
*A nuestra familia y amigos que fueron parte fundamental en estos años de carrera.*

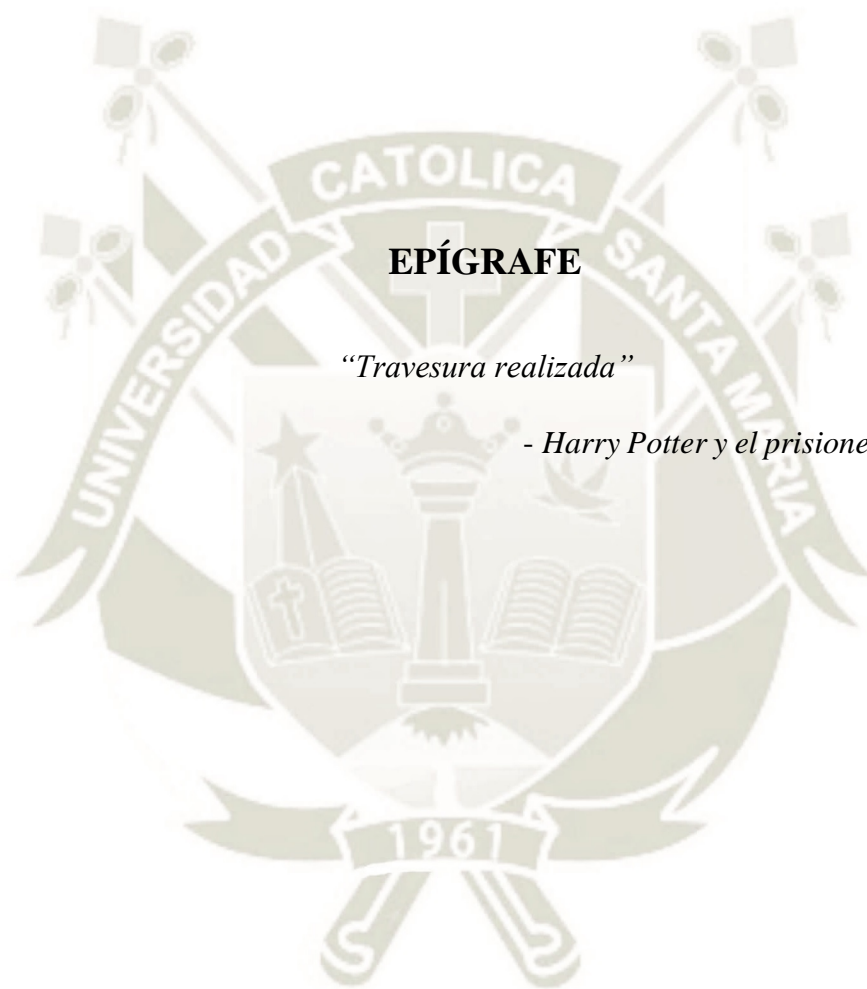
*A nuestra asesora Dra. Águeda Muñoz del Carpio por su tiempo y guía.*

*A nuestros jurados por su disposición.*

*A nuestra estadística por ser de gran ayuda cuando nos encontrábamos perdidas.*

*A nuestros amigos Betty y Máximo que nos alentaron y gracias a ellos las risas nunca faltaron.*





**EPÍGRAFE**

*“Travesura realizada”*

*- Harry Potter y el prisionero de Azkabán*

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la intención de vacunación contra COVID-19 y los factores asociados a esta en la ciudad de Arequipa 2021.

**Métodos:** Se elaboró un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo. Se aplicó un cuestionario que evaluaba la intención de vacunación contra COVID-19 y sus factores asociados en la población adulta de la ciudad de Arequipa en los meses de mayo y junio 2021. Se realizó un análisis descriptivo y la relación de las variables se obtuvo aplicando un análisis bivariado y multivariado a través de las pruebas estadísticas chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, el índice máximo de Youden y regresión logística binaria en el programa estadístico Stata.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 430 personas, el 87% tiene intención de vacunarse, el 73% fueron mujeres, el 35% de 18 a 30 años, 43% solteros, 52.7% con estudios superiores, 71% en labor activa, 77.4% sin comorbilidades y 73% no tuvieron COVID-19 anteriormente, 93% cumplió con medidas de prevención de forma óptima, 70% no fue vacunado contra la Influenza, las redes sociales y la televisión (26%) son la fuente de información de la enfermedad. Se observó que el 83.7% presentan un nivel alto de temor a COVID-19 y 82.7% tenía menos vacilación a la vacunación. La intención de vacunación se ve asociada con la edad ( $p < 0,001$ ), estado civil ( $p = 0,015$ ), grado de instrucción ( $p = 0,266$ ) y comorbilidades ( $p = 0,128$ ). La escala de vacilación a la vacuna ( $p < 0,001$ ) presentó una mejor sensibilidad que la escala de miedo. El nivel de Temor a COVID-19 difiere entre los que están de acuerdo y los que no ( $p = 0,023$ ) y el grado de vacilación de vacunación contra COVID-19 es diferente entre los que están de acuerdo y los que no ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** La intención de vacunación contra COVID-19 fue del 87%, factores como ser varón, tener entre 50 y 60 años, ser casado, con un grado superior de estudios, tener comorbilidades y antecedente de vacunación contra Influenza, se asociaron a mayor intención. Las personas con menor vacilación a la vacunación tienen mayor predisposición a vacunarse y el principal motivo de rechazo es la posibilidad de efectos secundarios producidos por la vacuna.

**Palabras claves:** vacunación contra COVID-19, intención de vacunación, vacilación a la vacunación, rechazo de vacuna COVID-19, vacuna contra COVID-19

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the intention to vaccinate against COVID-19 and the factors associated with it in the city of Arequipa 2021.

**Methods:** An observational, cross-sectional and descriptive study was carried out. A questionnaire was applied that evaluated the intention to vaccinate against COVID-19 and its associated factors in the adult population of the city of Arequipa in the months of May and June 2021. A descriptive analysis was carried out and the relationship of the variables was obtained by applying the bivariate and multivariate analysis, through the chi-square statistical tests, Fisher's exact test, Yourden's maximum index and binary logistic regression in the Stata statistical program.

**Results:** A sample of 430 was obtained, 87% intend to be vaccinated, 73% were women, 35% from 18 to 30 years old, 43% single, 52.7% with higher education, 71% in active labor, 77.4 % without comorbidities and 73% did not have COVID-19 previously, 93% complied with prevention measures optimally, 70% were not vaccinated against influenza, social networks and television (26%) are the source of information of the disease. It is believed that 83.7% had a high level of fear of COVID-19 and 82.7% had less hesitation to vaccination. The intention to vaccinate is associated with age ( $p < 0.001$ ), marital status ( $p = 0.015$ ), educational level ( $p = 0.266$ ) and comorbidities ( $p = 0.128$ ). The vaccine hesitancy scale ( $p < 0.001$ ) presented a better sensitivity than the fear scale. The level of fear of COVID-19 differs between those who agree and those who do not ( $p = 0.023$ ) and the degree of hesitancy of vaccination against COVID-19 is different between those who agree and those who do not ( $< 0.001$ ).

**Conclusion:** The intention to vaccinate against COVID-19 was 87%, factors such as being male, being between 50 and 60 years old, being married, with a higher degree of studies, having comorbidities and a history of vaccination against Influenza, were associated with a greater intention. People who are less hesitant to vaccinate are more likely to be vaccinated and the main reason for rejection is the possibility of side effects produced by the vaccine.

**Keywords:** COVID-19 vaccination, vaccination intention, vaccination hesitation, COVID-19 vaccine rejection, COVID-19 vaccine

## INTRODUCCIÓN

El síndrome respiratorio agudo severo del  $\beta$  coronavirus 2, conocido como el virus SARS-CoV-2, fue identificado por primera vez a fines de diciembre del año 2019, como una presentación atípica de enfermedades respiratorias graves en Wuhan, China y que rápidamente se convirtió en una epidemia. <sup>(1)</sup>

En la actualidad se han presentado más de 178 millones de casos y más de 3.8 millones de muertes en el mundo, según lo reportado por el Centro de ciencia e ingeniería de sistemas de la Universidad Johns Hopkins <sup>(2)</sup>. Ante la rápida propagación del virus y la ausencia de un tratamiento específico y eficaz contra el mismo, investigadores de todo el mundo trabajaron de forma rápida y colaborativa para el desarrollo de vacunas contra COVID-19, al ser la forma más efectiva y económica de prevenir esta enfermedad.

Actualmente se están probando 92 vacunas en ensayos clínicos en humanos y 30 han llegado a las etapas finales de prueba <sup>(3)</sup> con las cuales se han iniciado las campañas de inmunización contra COVID-19 en diferentes países. Previo al inicio de la inoculación, países como Ecuador, Malasia, Indonesia y China, ya presentaban una alta tasa de aceptación de inmunización ante una posible vacuna, con más del 90% de su población <sup>(4,5)</sup>.

Estudios mostraron que los atributos de la vacuna fueron los que más influyeron en su decisión: la eficacia de ésta, sus efectos secundarios, la accesibilidad, el número de dosis, los sitios de vacunación y duración de la protección <sup>(6,7,8)</sup>, su aceptación permite la creación de una inmunidad colectiva y reduce el riesgo de futuras mutaciones del virus. Sin embargo, la vacilación de vacunación se ha convertido en una barrera para la inmunización <sup>(5,9)</sup>.

Diversos estudios de países como Estados Unidos, Kuwait, Jordania, Japón Italia, Rusia, Polonia y Francia presentaban entre 23-62% de intención de vacunación <sup>(10,11)</sup>, la cual se incrementó conforme se iniciaron las campañas de vacunación, siendo Italia una de las que tuvo un gran incremento en la aceptación de la vacuna <sup>(9)</sup>.

Dentro de los factores predisponentes a la negación de la vacunación, destaca la desinformación y la desconfianza de la vacuna, las dudas sobre su seguridad, eficacia y efectividad frente al COVID-19, además de factores demográficos, sociales, políticos, la vulnerabilidad percibida al COVID-19 <sup>(12,13,10)</sup>.

En Perú, uno de los países más afectados por la pandemia con más de 1,8 millones de contagiados y más de 66,000 fallecidos según cifras del Ministerio de Salud (MINSA) <sup>(14)</sup>, inició su campaña de vacunación en el mes de febrero con los trabajadores de salud y actualmente se encuentra vacunando a los adultos mayores de 60, 70 y 80 años; pero al igual que en otros países, la intención de vacunación no es total.

Según un estudio realizado en Perú entre el 15 de enero al 1 de febrero del presente año, el 74.9% de la población tendría intención de vacunarse y un 25% no <sup>(15)</sup>, mientras que una encuesta nacional realizada entre el 10 y 11 de febrero del 2021 publicada por Ipsos mostró que el 35% de peruanos, no estaría dispuesto a ser vacunado <sup>(16)</sup>. Pese a las diferencias entre ambos estudios, el principal temor de los participantes eran los posibles efectos adversos de las vacunas y las dudas sobre su eficacia.

En la ciudad de Arequipa, se notificaron más de 84000 casos y más de 2900 defunciones hasta la fecha <sup>(14)</sup>, actualmente se encuentra iniciando su campaña de vacunación en adultos mayores de 60 años.

El objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia y los factores asociados a la intención de vacunación contra COVID-19 en la ciudad de Arequipa en adultos.

## ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO DE BORRADOR DE TESIS .....	ii
DEDICATORIAS .....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
EPÍGRAFE.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix
ÍNDICE DE TABLAS .....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xiv
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
1.1. Determinación del Problema.....	2
1.2. Enunciado del Problema .....	2
1.3. Descripción del Problema .....	2
1.4. Justificación del problema .....	6
2. OBJETIVOS .....	8
2.1. General.....	8
2.2. Específicos .....	8
3. MARCO TEÓRICO .....	8
3.1. CONCEPTOS BÁSICOS .....	8
3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	19
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	23
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN ....	24
1.1 Técnicas .....	24
1.2 Instrumentos:.....	24
1.3 Materiales:.....	24
2 CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	24
2.1 Ámbito: .....	24
2.2 Unidades de estudio: .....	24
2.3 Temporalidad: .....	24
2.4 Ubicación espacial: .....	24
2.5 Tipo de investigación:.....	24
2.6 Nivel de investigación: .....	24

2.7	Diseño de investigación .....	25
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	25
3.1.	Organización:.....	25
3.2.	Recursos:.....	25
3.3.	Validación de los instrumentos:.....	25
3.4	Criterios para manejo de resultados: .....	26
CAPÍTULO III RESULTADOS .....		27
1.	DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	54
2.	CONCLUSIONES .....	60
3.	RECOMENDACIONES.....	61
4.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
ANEXOS.....		68
Anexo 1: Cuestionario.....		68
Anexo 2: Aprobación del comité de ética .....		74
Anexo 3: Matriz de sistematización de datos .....		76

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de las vacunas contra COVID-19 en uso en el Perú .....	14
Tabla 2. Características clínico-epidemiológicas de los sujetos de estudio .....	34
Tabla 3. Resultados de escala de miedo a COVID-19 .....	38
Tabla 4. Escala de vacilación de la vacuna contra COVID-19 .....	40
Tabla 5. Puntaje de escalas de temor .....	42
Tabla 6. Asociación entre las características sociodemográficas y la intención de vacunación.....	43
Tabla 7. Asociación entre las características clínico-epidemiológicas y la intención de vacunación.....	46
Tabla 8. Asociación entre el medio de comunicación utilizado como fuente de información y la intención de vacunación.....	47
Tabla 9. Asociación entre cumplimiento de medidas de prevención e intención de vacunación.....	48
Tabla 10. Escalas de miedo a COVID-19 y vacilación de vacunación (medianas) .....	49
Tabla 11. Análisis multivariado de las escalas de miedo a COVID-19 y de vacilación a vacunación contra COVID-19.....	50
Tabla 12. Posibilidad de variación en la puntuación de la escala de vacilación a vacunación contra COVID-19.....	51
Tabla 13. Puntaje de escala de miedo a COVID-19 .....	52
Tabla 14. Puntaje de escala de vacilación a vacunación COVID-19 .....	53

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Intención de Vacunación contra COVID-19 .....	28
Gráfico 2. Distribución por Sexo.....	29
Gráfico 3. Distribución por Edad .....	30
Gráfico 4. Distribución por Estado Civil.....	31
Gráfico 5. Distribución por Grado De Instrucción.....	32
Gráfico 6. Distribución por Ocupación .....	33
Gráfico 7. Medidas de Prevención contra COVID-19 .....	35
Gráfico 8. Vacunación contra Influenza.....	36
Gráfico 9. Fuente de Información sobre COVID-19.....	37
Gráfico 10. Razones de Rechazo de Vacunación contra COVID-19 .....	44



# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Determinación del Problema

El año 2019 se vio ensombrecido tras la aparición de un nuevo virus que puso en alerta al país de China y que unos meses después se extendió a todo el mundo; para el año 2020 ya fue llamada una pandemia. Nos vimos frente a una enfermedad altamente contagiosa para la cual hasta el momento no tenemos un tratamiento y cuyas complicaciones costaron miles de vidas. Es así como científicos del mundo empezaron el proceso de la creación de una vacuna para enfrentar al virus. Sin embargo, la rapidez con la que se realizó este proceso de creación ha generado en la población una gran incertidumbre acerca de la eficacia de esta vacuna y sumado a la desinformación generada a través de medios de comunicación, también un gran temor ante sus posibles complicaciones y efectos adversos. Es por este motivo que consideramos importante determinar el nivel de intención de vacunación en nuestra población además de los factores que influyen en su decisión de aceptar o rechazar la vacuna.

### 1.2. Enunciado del Problema

¿Cuál es la intención de vacunación contra COVID-19 y sus factores asociados en la población adulta arequipeña 2021?

### 1.3. Descripción del Problema

#### a) Área del conocimiento

Área general:	Ciencias de la Salud
Área específica:	Medicina Humana
Especialidad:	Salud Pública
Línea:	Salud Pública

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
<p><b>Factores Sociodemográficos</b> características que brindan identidad a una población</p>	<p><b>Género Social:</b> Comportamientos, actividades y funciones apropiados para hombres y mujeres según la sociedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>
	<p><b>Edad:</b> Años cumplidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18-30</li> <li>- 31-40</li> <li>- 41-50</li> <li>- 51-60</li> </ul>
	<p><b>Estado Civil:</b> Situación estable de una persona en relación con sus circunstancias personales y legales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltero</li> <li>- Conviviente</li> <li>- Casado</li> <li>- Viudo</li> <li>- Divorciado</li> </ul>
	<p><b>Religión:</b> Conjunto de creencias, normas de comportamiento con las que se reconoce la relación del hombre con la divinidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Católico</li> <li>- Testigos de Jehová</li> <li>- Cristiano</li> <li>- Mormón</li> <li>- Adventista</li> <li>- Otros</li> </ul>
	<p><b>Grado de instrucción:</b> Grado más elevado de estudios que se han realizado o se encuentran en curso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> <li>- Técnico superior</li> <li>- Estudiante de pregrado</li> <li>- Graduado</li> </ul>
	<p><b>Ocupación:</b> Actividad o trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desempleado</li> <li>- Labor Activa</li> </ul>
<p><b>Antecedentes patológicos</b></p>	<p><b>Enfermedades crónicas:</b> enfermedades de larga duración y progresión lenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidad</li> <li>- Diabetes</li> <li>- Hipertensión</li> <li>- Enfermedad renal</li> <li>- Asma</li> <li>- VIH-SIDA</li> <li>- TBC</li> <li>- Otros</li> </ul>

<p>Enfermedades que presenta o presentó una persona</p>	<p><b>Antecedentes de vacunación previa contra la influenza estacional (en los últimos 3 años):</b> Haber recibido con anterioridad la vacuna contra Influenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>
<p><b>Factores y antecedentes asociados a COVID-19</b></p> <p>Características relacionadas al COVID-19</p>	<p><b>Antecedente de diagnóstico de COVID-19:</b> Manifestación de síntomas o prueba positiva para COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>
	<p><b>Fuente de información de COVID-19</b> Medio de comunicación usado para acceder a actualizaciones de COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Televisión</li> <li>- Radio</li> <li>- Periódico</li> <li>- Redes sociales</li> <li>- Internet</li> <li>- Otros</li> </ul>
	<p><b>Cumplimiento y/o adherencia a estrategias comunitarias de mitigación:</b> Seguir las indicaciones dispuestas por el ministerio de salud: lavado de manos, distanciamiento social y uso de mascarilla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> <li>- A veces</li> </ul>
	<p><b>Escala de temor al COVID-19:</b> Escala que evalúa el miedo en la población en situaciones relacionadas con el COVID-19</p>	<p>7 - 35</p>
	<p><b>Escala de vacilación de la vacuna COVID-19:</b> Escala que evalúa la indecisión a la aceptación de la inmunización contra COVID-19</p>	<p>0-35</p>

	<p><b>Razones de rechazo a la vacuna contra COVID-19</b> Motivos por los cuales decide una persona, no acceder a la inmunización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos secundarios peligrosos</li> <li>- Alérgico a la vacuna</li> <li>- No funcionaría</li> <li>- Prefiero desarrollar inmunidad y no a través de la vacuna</li> <li>- Estoy sano y bajo riesgo de infección</li> <li>- Odio las agujas y las inyecciones</li> <li>- Ya soy inmune</li> <li>- Soy joven y tengo bajo riesgo de infección</li> <li>- Si me infectara, no me enfermaría gravemente.</li> </ul>
--	--	---

**c) Interrogantes básicas:**

1. ¿Cuál es la intención de vacunación contra COVID-19 y sus factores asociados en la población adulta- Arequipa 2021?
2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en la intención de vacunación contra COVID-19 en la población adulta - Arequipa 2021?
3. ¿Cuáles son los antecedentes patológicos que influyen en la intención de vacunación contra COVID-19 en la población adulta - Arequipa 2021?
4. ¿Cuáles son los factores y antecedentes asociados a COVID-19 que influyen en la intención de vacunación de la población adulta - Arequipa 2021?

## 1.4. Justificación del problema

**1.4.1 Justificación Científica:** La vacilación ante la vacunación no es un tema nuevo ya que a lo largo de los últimos años se ha visto mayor cantidad de personas reacias a creer en la efectividad de las inmunizaciones como un método importante para la erradicación de enfermedades (por poner un ejemplo la poliomielitis). Sin embargo, a raíz del surgimiento de una nueva enfermedad y de la pandemia por COVID-19 la sociedad científica se vio obligada a desarrollar vacunas en tiempo récord y de manera simultánea en diferentes partes del mundo dejando muchas dudas y temores acerca de su eficacia y sus efectos a largo plazo. El presente estudio busca identificar los factores asociados a la intención o rechazo de recibir la vacuna contra el COVID-19 a fin de poder buscar soluciones y estrategias para brindar información verídica respecto a la vacunación a la población en general y que puedan tomar una mejor decisión.

**1.4.2 Justificación Humana:** Las vidas que se ha llevado el COVID-19 son una pérdida irreparable para sus familias y para la sociedad. Al no contar con un tratamiento para aquellos que adquieren la enfermedad o al no cumplir las medidas que aseguren la no propagación del virus estas pérdidas en la actualidad continúan en aumento. Millones de personas afectadas a nivel mundial tanto física como psicológicamente, hacen que esta enfermedad se convierta en uno de los principales problemas de salud pública para la población en general.

**1.4.3 Justificación Social:** La pandemia causada por el nuevo coronavirus tiene un impacto a nivel socioeconómico debido a que muchas familias han perdido su sustento económico al verse obligados a permanecer en cuarentena por varios meses teniendo que dejar sus trabajos, cerrar sus empresas, despedir a sus empleados y sumirse en una incertidumbre acerca del porvenir de sus más allegados. Una vez reanudándose las actividades de manera pseudo normal otros tantos tuvieron que dejar sus hogares y volver a sus trabajos exponiéndose al contagio, con el fin de proveer a sus familias; sumado a esto, el colapso de los servicios de salud,

la ausencia de camas UCI y de balones de oxígeno incrementan la probabilidad de contagio al no contar con un manejo eficaz de pacientes infectados por lo que la vacunación se convierte en una medida de suma importancia para evitar este escenario, sin embargo, la desinformación y la vacilación a vacunarse, son un obstáculo más a tomar en cuenta en esta pandemia.

**1.4.4 Justificación Contemporánea:** La presente investigación es de interés actual debido a la enfermedad por COVID-19 (la cual fue declarada como una pandemia a inicios del año 2020) causada por un nuevo coronavirus, de la cual aún se tiene conocimiento limitado y en la actualidad no se cuenta con un tratamiento específico siendo la vacunación una de las mejores opciones para la mitigación de este virus.

**1.4.5 Factibilidad:** Es un trabajo factible de realizar porque se realizará aplicando encuestas a población adulta en general.

**1.4.6 Interés personal:** Durante el año 2020, la pandemia por COVID-19 afectó directa o indirectamente a familia, amigos y la culminación de nuestros estudios. Como profesionales de la salud en formación tuvimos la necesidad de trabajar en la primera línea de atención exponiéndonos a nosotros mismos y a nuestros familiares con la incertidumbre de saber si tendríamos acceso a una vacuna, sin embargo, muchas personas se debatían entre recibirla o rechazarla. Por ello nos pareció relevante el conocer y evaluar la opinión de la población adulta acerca de la vacunación y los factores que influyen en su decisión ante este proceso.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. General

- Determinar la intención de vacunación contra COVID-19 y sus factores asociados en la población adulta - Arequipa 2021.

### 2.2. Específicos

- Evaluar los factores sociodemográficos asociados a la intención de vacunación contra COVID-19 en la población adulta - Arequipa 2021
- Determinar qué antecedentes patológicos están asociados a la intención de vacunación contra COVID-19 en la población adulta - Arequipa 2021.
- Identificar los factores y antecedentes asociados a COVID-19 que influyen en la intención de vacunación de la población adulta - Arequipa 2021.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. CONCEPTOS BÁSICOS

#### 3.1.1. COVID-19:

Se conoce con este nombre a la enfermedad producida por coronavirus 2019 del tipo SARS-CoV-2 detectada en diciembre del 2019 originaria de China y declarada una pandemia el 11 de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(17)</sup>.

Para inicios del mes de mayo del 2021 se han registrado más de 151 millones de casos confirmados por la OMS a nivel mundial. El número de casos se mantiene en sus valores más altos desde el inicio de la pandemia con más de 5.7 millones de casos nuevos semanalmente y las nuevas muertes continúan en aumento con más de 93.000 muertes <sup>(18)</sup>.

Esta enfermedad tiene un grado de afectación variable de persona a persona, siendo en la mayoría de los casos una afectación de intensidad leve o moderada y que no requiere de hospitalización. Si bien muchos casos de la enfermedad pasan desapercibidos por ser asintomáticos, el 80% de los pacientes que manifiesta síntomas logran recuperarse sin necesidad de ser hospitalizados, el 15% requerirá atención hospitalaria y uso de oxígeno y el 5 % progresará a casos críticos que requerirán ser hospitalizados una Unidad de Cuidados Intensivos <sup>(19,20)</sup>.

Entre los síntomas más frecuentes tenemos la fiebre, tos seca, cansancio y en menos frecuencia las personas pueden presentar malestar general, dolor de garganta, síntomas gastrointestinales, conjuntivitis, cefalea, hiposmia o anosmia, hipogeusia o ageusia, erupciones cutáneas, etc. <sup>(19)</sup>

Las personas que progresan a casos críticos pueden presentar insuficiencia respiratoria, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), tromboembolia, septicemia que puede progresar a shock séptico finalizando en una falla multiorgánica, lo que les costará la vida en instancias avanzadas de la enfermedad <sup>(19)</sup>.

Personas de todas las edades pueden ser contagiadas por COVID-19 y llegar a desarrollar cuadros graves de la enfermedad, sin embargo, las personas que se encuentran en mayor riesgo de progresar a instancias graves o críticas de la enfermedad son los adultos mayores sobre todo aquellos con comorbilidades como hipertensión, diabetes, obesidad, sobrepeso, problemas pulmonares o cáncer, entre otras <sup>(19)</sup>.

Por lo reciente de la aparición de la enfermedad aún se sigue estudiando qué efectos tiene a largo plazo, sin embargo, se ha observado que algunos pacientes que padecieron de la enfermedad presentan algunos síntomas remanentes aún después de haber pasado el tiempo de enfermedad <sup>(19)</sup>.

La transmisión de la enfermedad se da de persona a persona a través de fómites y gotitas expulsadas cuando la persona habla, estornuda o tose sobre todo cuando existe contacto entre personas con infección y aquellas que no tienen la infección sin uso de ningún tipo de protección lo que permite que el virus entre en contacto con su membrana mucosa; estas gotitas no viajan más de 2 metros de distancia y no permanecen en el aire <sup>(17,21,22)</sup>.

Hasta el momento no se cuenta con un tratamiento profiláctico o terapéutico específico cuya eficacia haya sido probada por lo que la mitigación de la propagación se propone con medidas preventivas tales como lavado de manos, uso de protección (mascarillas) y el desarrollo de vacunas en diferentes países del mundo <sup>(19,23)</sup>.

### 3.1.2 Coronavirus:

Virus de tipo ARN monocatenario que son causa de enfermedad en seres humanos y animales. Estos generalmente suelen ser causa de infecciones respiratorias que pueden ir de leves a graves en humanos. En la actualidad se han logrado identificar dos tipos de coronavirus humanos donde se incluye al coronavirus asociado a síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus asociado a síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), los cuales han sido causa de infecciones respiratorias fatales lo que los establece como un nuevo problema de salud pública de nuestra era <sup>(17,21)</sup>.

### 3.1.3 SARS-CoV-2:

Agente causante de la enfermedad emergente COVID-19 <sup>(21)</sup>, gracias a los análisis informáticos se asoció a la familia de coronavirus, linaje betacoronavirus 2B que hasta el momento nunca había sido identificado <sup>(17,21,22)</sup>. Su alta transmisibilidad y patogenicidad ha ocasionado que se disemine en casi todo el mundo en un corto periodo de tiempo convirtiéndose en una de las principales amenazas contra la salud pública mundial <sup>(21)</sup>.

Al ser un betacoronavirus infecta exclusivamente a especies de mamíferos a diferencia de otros tipos de coronavirus que pueden presentarse también en diferentes especies de aves <sup>(23)</sup>. El reservorio natural de este virus según los análisis serían los murciélagos <sup>(21)</sup>.

Para que se dé una infección se requiere la unión específica de la proteína pico (S) a los receptores de entrada entre los que tenemos a la aminopeptidasa N humana, la enzima convertidora de angiotensina 2 y dipeptidil peptidasa 4 permitiendo el ingreso del patógeno a la célula expresando y replicando su ARN genómico mientras que se cree que las proteínas accesorias serían las responsables de regular la respuesta del huésped ante el virus y determinar su patogenicidad <sup>(23)</sup>.

Diferentes estudios sugieren la replicación de este virus a nivel intestinal por lo que posibilita su propagación a través de este medio, también se ha observado la presencia de SARS-CoV-2 en orina y los últimos estudios sugieren la posibilidad de transmisión vertical y transplacentaria <sup>(22)</sup>.

### **3.1.4 Pandemia:**

Según la OMS se denomina pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad y donde la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra ella. Generalmente han sido causadas por virus gripales que infectan a los animales <sup>(24)</sup>. Según la RAE se define pandemia como una enfermedad epidémica extendida a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región <sup>(25)</sup>.

### **3.1.5 Prevención:**

“Anticiparse a un hecho y evitar que este ocurra”. Sobre todo, cuando queremos evitar un acontecimiento negativo <sup>(26)</sup>.

### **3.1.6 Prevención en Salud:**

Rama de la Salud Pública. Generalmente se realiza mediante campañas realizadas por el gobierno o asociaciones no gubernamentales. Estas campañas tocan temas dirigidos a ciertos sectores de la población <sup>(26)</sup>. Existen 4 tipos de prevención:

- Primaria: antes de que aparezca una enfermedad.
- Secundaria: se hace uso de estudios médicos y de laboratorio para identificar la presencia de enfermedades a través de programas de tamizaje.
- Terciaria: una vez tratada la enfermedad, paciente en recuperación; se enfoca en que no haya recidiva.
- Cuaternaria: no realizar intervenciones que no sean estrictamente necesarias o dar tratamiento excesivo <sup>(26)</sup>.

### **3.1.7 Promoción de la salud:**

En salud pública se considera al acto de “promover o fomentar ciertas conductas” para tener un mejor control sobre la salud de uno mismo <sup>(26,27)</sup>. Dentro de ella se requiere la formulación de políticas centradas en que la población conserve su salud y evitar que adquiera enfermedad. Estas también incluyen la protección del entorno en el que habitan. Además, se debe fomentar el conocimiento y brindar acceso a información que ayude a que las personas cuiden su salud <sup>(27)</sup>.

### 3.1.8 Inmunidad:

Se puede simplificar al hecho de que un individuo que ha sufrido una enfermedad determinada de tipo transmisible está exento de padecerla nuevamente. Se puede dividir en 4 tipos:

1. Activa natural: infección.
2. Activa artificial: vacunación.
3. Pasiva natural: transplacentaria.
4. Pasiva artificial: administración de gammaglobulinas <sup>(28)</sup>.

### 3.1.9 Inmunidad de Grupo o de Rebaño:

Brinda una protección contra enfermedades infecciosas, pero de forma indirecta y se da cuando cierto porcentaje de una población ha adquirido una infección y se vuelve inmune o a través de las vacunas lo cual hace que disminuya la posibilidad de infección de personas sin inmunidad <sup>(29)</sup>. En el caso de COVID-19 cuando se adquiere la enfermedad el cuerpo desarrolla anticuerpos hasta 14 días después que surgen los síntomas los cuales pueden ser protectores, sin embargo, estos datos aún son poco precisos <sup>(30)</sup>.

### 3.1.10 Inmunización Activa:

Estimulación de la persona para que desarrolle una defensa inmunológica contra exposiciones futuras a un agente infeccioso. Este estímulo es producido por la administración de un microorganismo vivo atenuado o inactivado, parte de él o de alguno de sus productos que provoque una respuesta inmunológica que se da por la formación de anticuerpos. Las dos formas en las que se produce este tipo de inmunidad son mediante la exposición natural o infección y la administración de vacunas <sup>(31)</sup>.

### 3.1.11 Vacuna:

Producto biológico que contienen uno o varios antígenos destinados a producir inmunidad contra una enfermedad al estimular la producción de anticuerpos. Este estímulo pretende simular la infección de forma natural, produciendo una respuesta inmunitaria específica en el paciente, con el fin de protegerlo ante futuras exposiciones al microorganismo, pero con el menor riesgo posible para el individuo. Al vacunar a un porcentaje considerable de personas, se produce un efecto protector que beneficia tanto a los vacunados, como a las personas

no vacunadas, generando una inmunidad colectiva o de rebaño. Estas vacunas tienen diferentes presentaciones, su administración puede ser tanto por inyectables, como con vaporizador nasal u oral y estas pueden estar compuestas de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos; habitualmente, se suelen precisar de varias dosis para alcanzar una respuesta adecuada y lo más similares a la infección natural en el sujeto. Al ser una adecuada herramienta de prevención de diversas enfermedades, deben fomentarse los conocimientos mínimos sobre las vacunas y sus beneficios a través de los trabajadores de salud <sup>(32,33)</sup>.

### **3.1.12 Vacunación COVID-19:**

Las vacunas requieren años de investigación y de pruebas para ser aprobadas y usadas en ensayos clínicos. Para mediados del 2020 en todo el mundo se estaban desarrollando más de 150 vacunas contra COVID-19, muchas de las cuales se encontraban en Fase 3. Actualmente 92 vacunas se encuentran en ensayos clínicos en humanos y 30 han alcanzado las fases finales de prueba <sup>(3,5)</sup>. De todas estas se incluyen vacunas en base a proteínas antivirales y antigénicas, péptidos y virus modificados genéticamente ya sean inactivados o atenuados vivos. Actualmente la utilización de nanotecnología en el desarrollo de vacunas ha contribuido a que este se dé de manera acelerada, es decir, en menor tiempo del esperado, sin embargo, estos métodos no están autorizados para su administración en humanos y se desconoce sus riesgos o beneficios a largo plazo <sup>(34)</sup>.

La vacuna contra la COVID-19 solo brinda protección contra el virus SARS-CoV-2 por lo que es importante que las personas sigan teniendo buenos hábitos para mantener la salud <sup>(35)</sup>.

Una vez vacunado, la inmunidad es completamente adquirida tras varias semanas por lo que se puede adquirir la enfermedad inmediatamente después de haber recibido la vacuna y manifestar síntomas <sup>(35)</sup>. En el Perú actualmente se cuentan con las vacunas especificadas en la Tabla 1 <sup>(3,36)</sup>.

**Tabla 1. Características de las vacunas contra COVID-19 actualmente en uso en el Perú**

VACUNA	LABORATORIO	EFICACIA	DOSIS	TIPO	ADMINISTRACIÓN	ALMACENAMIENTO
BBIBP-CorV	Sinopharm	79,34%	2 dosis, con 3 semanas de diferencia	virus atenuado	Inyección muscular	
Comirnaty (tozinameran o BNT162b2)	Pfizer - Biontech	91,3 %	2 dosis, con 3 semanas de diferencia	ARN mensajero	Inyección muscular	Congelador : -25 ° C a -15 ° C
Vaxzevria (AZD1222 o Covishield)	Astrazeneca - Universidad de Oxford	76%	2 dosis, intervalo de entre 8 y 12 semanas*	vacuna de vectores virales	Inyección muscular	Estable en nevera durante al menos 6 meses

### 3.1.13 Efecto adverso:

Se define como un “problema médico inesperado”. Se puede presentar durante el tratamiento de enfermedades ya sea a medicamentos o a procedimientos. Los podemos dividir en leves, moderados o graves <sup>(37)</sup>.

### 3.1.14 Efectos adversos de la vacunación:

Es frecuente que tras aplicarse una vacuna se presenten efectos secundarios leves, algunas veces se presentan efectos adversos más graves lo cual es muy infrecuente. La probabilidad de que se presenten o no va a variar dependiendo de cada vacuna administrada. Estos efectos aparecen como muestra de que el cuerpo está adquiriendo inmunidad y las reacciones son la respuesta del sistema inmune ante la inoculación de un agente extraño. Esto nos ayuda a comprobar que la vacuna es eficaz sin embargo el hecho de no presentarlos no significa que esta no lo sea <sup>(38,35)</sup>.

### **3.1.15 Efectos adversos de la vacunación COVID-19:**

Por lo general la vacuna contra COVID-19 es inocua, pero en caso de presentar reacciones adversas estas pueden ser leves como dolor o enrojecimiento en la zona de inyección o febrícula y tienden a desaparecer a pocos días de la vacunación.

Hasta el día de hoy se han identificado efectos secundarios moderados y breves como fiebre, escalofríos, cefalea, mialgias, cansancio, diarrea y dolor en la zona de inyección<sup>(38)</sup>.

Se han identificado casos de reacciones alérgicas graves (anafilaxia) de forma muy infrecuente. Sin embargo, desde el inicio del proceso de vacunación no se han notificado casos de efectos adversos con duración prolongada<sup>(35)</sup>.

### **3.1.16 Intención:**

“Término con origen en el latín intentio, definido como la determinación de la voluntad hacia un fin. Lo intencional es consciente, ya que este se realiza teniendo en mente un objetivo y suele estar vinculado a un deseo que motiva una acción y no a su resultado o consecuencia”<sup>(39)</sup>.

### **3.1.17 Intención de vacunación:**

Existen tres factores que influyen en la intención de vacunación:

- 1) Complacencia: esto se presenta cuando la población tiene una percepción errónea sobre el riesgo que puede traer una enfermedad por lo que piensan que vacunarse contra esta es inútil.
- 2) Conveniencia: se refiere a cuán asequibles es para la población adquirir una vacuna, ya sea por disponibilidad o comodidad.
- 3) Confianza: en cuanto a si su efecto será eficaz o si es segura y no le traerá efectos adversos<sup>(5)</sup>.

### **3.1.18 Vacilación:**

Según el Gran Diccionario de la Lengua Española se define como la “falta de decisión a la hora de elegir entre dos o más posibilidades”. Sinónimo: Duda, indecisión<sup>(40)</sup>.

### **3.1.19 Vacilación ante la vacunación:**

Según el Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE) se define vacilación ante la vacunación como: “retraso en la aceptación o rechazo de la vacunación a pesar de la disponibilidad de servicios de vacunación” <sup>(5,41)</sup> “El concepto 'vacilación ante las vacunas' ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las diez principales amenazas para la salud mundial” <sup>(42)</sup>.

Durante los últimos años se ha visto una tendencia de rechazo a la vacunación contra diferentes enfermedades promovida por un sector de la población escéptica a sus beneficios en el control de enfermedades lo cual alimenta la vacilación ante la decisión de vacunarse contra dichas enfermedades. Esta vacilación generalmente nace de la percepción que tiene cada persona sobre la relación riesgo-beneficio de las vacunas que muchas veces se basa en fuentes de información poco confiables (desinformación) y con poco fundamento científico <sup>(43)</sup>.

Este hecho no es una tendencia actual, sino que se remonta ya ha varios años atrás y se ha convertido en un obstáculo que los profesionales de la salud deben superar para lograr una inoculación total contra enfermedades prevalentes y altamente contagiosas y sobre todo para evitar el resurgimiento de aquellas enfermedades que gracias a la vacunación han sido eficazmente erradicadas <sup>(43)</sup>.

### **3.1.20 Vacilación ante la vacunación COVID-19:**

En el contexto actual un alto grado de vacilación de la vacuna COVID-19 podría ser la gran barrera que tendrá que ser superada para lograr combatir esta pandemia <sup>(43,5)</sup>.

Existe un alto nivel de desconfianza ante la vacuna contra la COVID-19 en cuanto al nivel de seguridad de la misma lo cual aumenta la vacilación de la población al momento de ofrecerles ser inmunizados y se convierte en una amenaza para la salud <sup>(43)</sup>.

### **3.1.21 Desinformación de los medios de comunicación:**

Es un fenómeno que ha visto un gran crecimiento con la aparición de las redes sociales y que supone un gran riesgo para nuestra salud en el contexto de

pandemia. Uno de los factores que influyen en que las personas caigan en este fenómeno es el miedo, la incertidumbre. A pesar de tener recursos para acceder a una información verídica, si una noticia falsa gana fuerza puede anular toda la relevancia de esta información <sup>(44)</sup>. La aparición de las nuevas tecnologías “establecen la instantaneidad como ritmo normal de la información”, como consecuencia el rumor y las noticias no verificadas adquieren un valor que no corresponde. La viralización de información que se da activamente en las redes sociales sumado a la mala praxis de algunos medios que publican información que no ha sido corroborada previamente contribuyen a la expansión de este fenómeno <sup>(45)</sup>.

En el contexto actual la necesidad de la población de resolver sus dudas acerca de la pandemia y de COVID-19 ha hecho que se recurra en mayor proporción a obtener información de la manera más rápida (redes sociales, comunicación digital) lo cual ha sido un elemento crucial en fomentar el fenómeno de desinformación. Combatir este fenómeno se ha convertido en una tarea constante y de gran importancia debido a la aparición de discursos populistas promovidos en redes como información verídica que aumentan el grado de desinformación <sup>(45,46)</sup>.

### **3.1.22 Adultez:**

“Etapa biológica de la vida caracterizada por el total desarrollo anatómico y fisiológico de los órganos, y de su capacidad de funcionamiento” <sup>(47)</sup>, lo que les permite posicionarse en la cúspide de la curva de desarrollo normal. Según Levinston, este periodo puede ser dividido en: pre adultez, la adultez temprana (17-45 años), la adultez intermedia (40-65 años) y la adultez tardía (de los 60 años en adelante); el cual presentará diversos retos a los cuales deberá enfrentarse el adulto y que pueden dividirse acorde con Peck en:

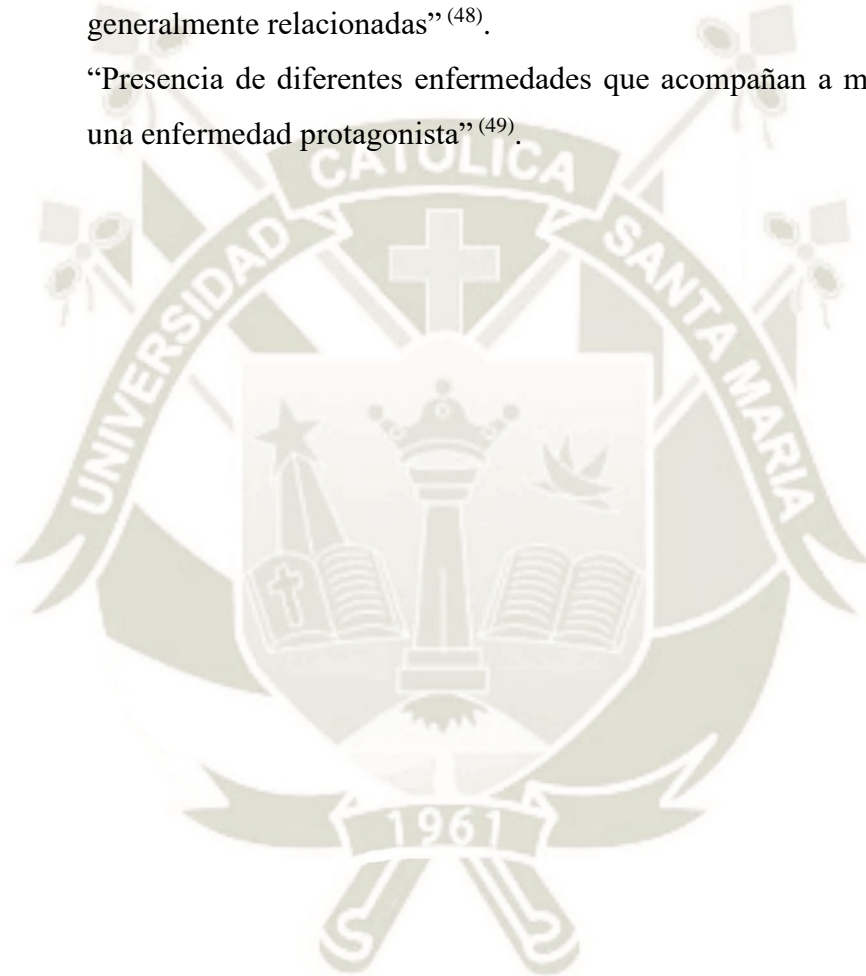
- El aprecio de la sabiduría frente al de la fuerza física, a mayor edad, el adulto inclinarse por en actividades mentales, en lugar de físicas.
- Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas, la presencia de cambios físicos con el pasar de los años, obliga al adulto a redefinir sus relaciones sociales, dándoles una mayor prioridad a estos, que a las relaciones íntimas con su pareja o a la competitividad.
- Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo, el adulto es capaz de adaptarse a los cambios en sus relaciones familiares y amicales.

- Flexibilidad frente a rigidez mental, durante esta etapa el adulto debe luchar contra la tendencia a obstinarse en sus hábitos o el rechazo a nuevas ideas para adaptarse a cambios y abrir la mente a nuevas experiencias y mentalidades<sup>(10)</sup>.

### **3.1.23 Comorbilidad:**

Según la Real Academia de la Lengua Española se define como la “coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas”<sup>(48)</sup>.

“Presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista”<sup>(49)</sup>.



## 3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**3.2.1. A nivel local:** No se han encontrado trabajos de investigación ni tesis similares al tema propuesto en la investigación dentro de la búsqueda del NCBI y el repositorio nacional de tesis.

### 3.2.2. A nivel nacional:

**3.2.2.1. Autores:** Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano A, Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Toro-Huamanchumo C, Rodriguez-Morales A, Hernandez A, Benites-Zapata V

**Título:** Prevalencia y factores asociados a la intención de vacunación contra la COVID-19 en el Perú

**Resumen:** “*Objetivo:* Determinar la prevalencia y factores asociados a la intención de vacunación (IDV) contra la COVID-19 en el Perú. *Material y métodos:* Estudio transversal analítico utilizando la encuesta realizada por la Universidad de Maryland, EUA, en Facebook. Las variables dependientes fueron la IDV. Se calcularon razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), mediante modelos lineales generalizados de la familia Poisson, para evaluar la asociación de variables sociodemográficas, cumplimiento de estrategias comunitarias de mitigación, síntomas de COVID-19, salud mental y aceptación de la vacunación ante la recomendación (AVR) por diversos actores y autoridades sanitarias, con la IDV. *Resultados:* Se analizaron los datos de 17.162 adultos. La prevalencia general de IDV fue de 74,9%. Se asoció a menor prevalencia de IDV el sexo femenino, vivir en un pueblo o zona rural y la AVR de políticos,  $RP=0,95$  (IC95%:0,94-0,96),  $RP=0,95$  (IC95%:0,91- 0,99),  $RP=0,90$  (IC95%:0,86-0,93) y  $RP=0,89$  (IC95%:0,87-0,91); respectivamente. Contrariamente, tener síntomas de COVID-19, inseguridad económica, miedo a que un familiar enferme de COVID-19, síntomas depresivos y la AVR de familiares y amigos, trabajadores de la salud, organización mundial de la salud y funcionarios del gobierno se asociaron con mayor prevalencia de IDV,  $RP=1,05$  (IC95%:1,03-1,08),  $RP=1,03$  (IC95%:1,01-1,06),  $RP=1,48$  (IC95%:1,35-1,63),  $RP=1,03$  (IC95%:1,01-1,06),  $RP=1,10$  (IC95%:1,08-1,12),  $RP=1,29$  (IC95%:1,26-1,32),  $RP=1,34$  (IC95%:1,29-1,40) y  $RP=1,18$  (IC95%:1,15-1,21); respectivamente. *Conclusión:* Tres cuartas partes de los

encuestados manifiestan IDV. Existen factores potencialmente modificables que podrían mejorar la aceptación de la vacuna”<sup>(15)</sup>.

### 3.2.3. A nivel internacional:

#### 3.2.3.1 Autores: Ruiz J, Bell R

**Título:** Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey

**Resumen:** “*Background:* Public polling indicates that vaccine uptake will be suboptimal when COVID-19 vaccines become available. Formative research seeking an understanding of weak vaccination intentions is urgently needed.

*Methods:* Nationwide online survey of 804 U.S. English-speaking adults. Compensated participants were recruited from the U.S. through an internet survey panel of 2.5 million residents developed by a commercial survey firm.

Recruitment was based on quota sampling to produce a U.S. Census-matched sample representative of the nation with regard to region of residence, sex, and age. *Results:* COVID-19 vaccination intentions were weak, with 14.8% of respondents being unlikely to get vaccinated and another 23.0% unsure.

Intent to vaccinate was highest for men, older people, individuals who identified as white and non-Hispanic, the affluent and college-educated, Democrats, those who were married or partnered, people with pre-existing medical conditions, and those vaccinated against influenza during the 2019-2020 flu season. In a multiple linear regression, significant predictors of vaccination intent were general vaccine knowledge ( $\beta = 0.311$ ,  $p < .001$ ), rejection of vaccine conspiracies ( $\beta = -0.117$ ,  $p = .003$ ), perceived severity of COVID-19 ( $\beta = 0.273$ ,  $p < .001$ ), influenza vaccine uptake ( $\beta = 0.178$ ,  $p < .001$ ), having  $\geq 5$  pre-existing conditions ( $\beta = 0.098$ ,  $p = .003$ ), being male ( $\beta = 0.119$ ,  $p < .001$ ), household income of  $\geq \$120,000$  ( $\beta = 0.110$ ,  $p = .004$ ), identifying as a Democrat ( $\beta = 0.075$ ,  $p < .029$ ), and not relying upon social media for virus information ( $\beta = -0.090$ ,  $p < .002$ ). Intent to vaccinate was lower for Fox News (57.3%) than CNN/MSNBC viewers (76.4%) ( $\chi^2(1) = 12.68$ ,  $p < .001$ ). Political party differences in threat appraisals and vaccine conspiracy beliefs are described. *Conclusions:* Demographic characteristics, vaccine knowledge, perceived vulnerability to COVID-19, risk factors for COVID-19, and politics likely contribute to vaccination hesitancy”<sup>(7)</sup>.

**3.2.3.3 Autores:** “Gagneux-Brunon A, Detoc M. Bruel S, Tardy B, Rozaire O, Frappe P and Botelho-Neversa E”<sup>(10)</sup>

**Título:** Intention to get vaccinations against COVID-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross-sectional survey

**Resumen:** “*Background:* Healthcare workers (HCWs) are at the frontline of the COVID-19 pandemic and identified as a priority target group for COVID-19 vaccines. We aimed to determine COVID-19 vaccine acceptance rate in HCWs in France. *Methods:* We conducted an anonymous survey from 26th March to 2nd July 2020. The primary endpoint was the intention to get vaccinated against COVID-19 if a vaccine was available. *Results:* Two-thousand and forty-seven HCWs answered the survey; women accounted for 74% of respondents. Among respondents, 1,554 (76.9%, 95% confidence interval 75.1e78.9) would accept a COVID-19 vaccine. Older age, male gender, fear about COVID-19, individual perceived risk and flu vaccination during previous season were associated with hypothetical COVID-19 vaccine acceptance. Nurses and assistant nurses were less prone to accept vaccination against COVID-19 than physicians. Vaccine hesitancy was associated with a decrease in COVID-19 vaccine acceptance. Flu vaccine rate was 57.3% during the previous season, and 54.6% of the respondents had the intention to get a flu vaccine during the next season. *Conclusions:* Intention to get vaccinated against COVID-19 reached 75% in HCWs with discrepancies between occupational categories. COVID-19 pandemic had no positive effect on flu vaccine acceptance rate”<sup>(10)</sup>.

**3.2.3.4 Autor:** Fisher K, Bloomstone S, Walder J, Crawford S, Fouayzi and Mazor K

**Título:** Attitudes Toward a Potential SARS-CoV-2 Vaccine: A Survey of U.S. Adults

**Resumen:** “*Background:* Coronavirus disease 2019 (COVID-19) has rapidly instigated a global pandemic. Vaccine development is proceeding at an unprecedented pace. Once available, it will be important to maximize vaccine uptake and coverage. *Objective:* To assess intent to be vaccinated against COVID-19 among a representative sample of adults in the United States and

identify predictors of and reasons for vaccine hesitancy. *Design:* Cross-sectional survey, fielded from 16 through 20 April 2020. *Setting:* Representative sample of adults residing in the United States. *Participants:* Approximately 1000 adults drawn from the AmeriSpeak probability-based research panel, covering approximately 97% of the U.S. household population. *Measurements:* Intent to be vaccinated against COVID-19 was measured with the question, “When a vaccine for the coronavirus becomes available, will you get vaccinated?” Response options were “yes,” “no,” and “not sure.” Participants who responded “no” or “not sure” were asked to provide a reason. *Results:* A total of 991 AmeriSpeak panel members responded. Overall, 57.6% of participants (n = 571) intended to be vaccinated, 31.6% (n = 313) were not sure, and 10.8% (n = 107) did not intend to be vaccinated. Factors independently associated with vaccine hesitancy (a response of “no” or “not sure”) included younger age, Black race, lower educational attainment, and not having received the influenza vaccine in the prior year. Reasons for vaccine hesitancy included vaccine-specific concerns, a need for more information, antivaccine attitudes or beliefs, and a lack of trust. *Limitations:* Participants' intent to be vaccinated was explored before a vaccine was available and when the pandemic was affecting a narrower swath of the United States. Questions about specific information or factors that might increase vaccination acceptance were not included. The survey response rate was 16.1%. *Conclusion:* This national survey, conducted during the coronavirus pandemic, revealed that approximately 3 in 10 adults were not sure they would accept vaccination and 1 in 10 did not intend to be vaccinated against COVID-19. Targeted and multipronged efforts will be needed to increase acceptance of a COVID-19 vaccine when one becomes available.”<sup>(12)</sup>.



## **CAPÍTULO II**

# **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

**1.1 Técnicas:** Recolección de datos por Google Forms.

**1.2 Instrumentos:**

- Formato de recolección de datos
- Formato con consentimiento informado

**1.3 Materiales:** Laptop, impresora, programas estadísticos, Microsoft Excel, Microsoft Word y Microsoft Powerpoint, Stata.

## 2 CAMPO DE VERIFICACIÓN

**2.1 Ámbito:**

El presente estudio se llevará a cabo virtualmente a través de redes sociales con adultos residentes de la ciudad de Arequipa.

**2.2 Unidades de estudio:**

- **Población:** Está conformada por la población adulta con residencia en la ciudad de Arequipa.
- **Muestra:** 430 personas por conveniencia
- **Criterios de inclusión:**
  - Edad entre 18 y 60 años
  - No vacunados por COVID-19
  - Residencia en la ciudad de Arequipa
  - Cuestionario lleno en su totalidad
- **Criterios de exclusión:**
  - Menores de edad
  - Cuestionario mal llenado
  - Personas que ya han sido vacunadas contra COVID-19

**2.3 Temporalidad:**

Mes de mayo-junio del año 2021

**2.4 Ubicación espacial:**

Arequipa-Perú

**2.5 Tipo de investigación:**

Se trata de un estudio observacional, transversal

**2.6 Nivel de investigación:**

Se trata de un estudio descriptivo

## 2.7 Diseño de investigación

Descriptivo

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Organización:

Se realizó un formulario de Google Forms (Anexo 1), luego de su aprobación por Comité de ética (Anexo 2) fue difundido a través de redes sociales a personas de diferentes edades (Facebook, WhatsApp) solicitando su participación voluntaria y la difusión del mismo.

Después de 6 días se procedió a cerrar el formulario y a descargar la matriz de datos en formato Excel para su posterior interpretación y análisis estadístico con el programa Stata.

#### 3.2. Recursos:

##### 3.2.1. Recursos humanos:

- Investigadoras
- Asesora
- Estadístico

##### 3.2.2 Materiales:

- Formularios de Google
- Consentimiento informado
- Laptop
- Programa estadístico Stata

##### 3.2.3. Financieros:

- Autofinanciado

#### 3.3. Validación de los instrumentos:

Se elaboró un cuestionario dividido en 3 secciones: la primera con 6 preguntas relacionadas a los factores sociodemográficos, la segunda con 2 preguntas sobre los antecedentes patológicos y la tercera con 7 preguntas sobre factores asociados a COVID-19.

En un inicio se contó con 20 preguntas, que fueron analizadas por un experto (asesora), quien solicitó la modificación de 4 de ellas, algunas por ser consideradas repetitivas, otras por no tener un valor de aporte lo suficientemente considerable para el trabajo de investigación, también se realizó un reordenamiento de las preguntas, dividiéndolas en secciones, para un mejor

entendimiento del encuestado. Finalmente se obtuvo un cuestionario de 15 preguntas, incluyendo 2 escalas validadas: “Escala del miedo a Coronavirus (COVID-19)” y “Vacilación de la vacuna”

La pregunta 12 donde se utilizó la escala de miedo al coronavirus COVID-19 <sup>(50)</sup> que cuenta con 7 preguntas, en donde se puede obtener una puntuación de 1 a 5 puntos por pregunta, con un puntaje máximo de 35; y la pregunta 13 del cuestionario, con la escala de Vacilación de la vacuna <sup>(51)</sup>, donde el puntaje mínimo es 0 y el máximo, 35, ambas escalas fueron obtenidas tras una revisión bibliográfica.

### **3.4 Criterios para manejo de resultados:**

Al finalizar la recolección de datos, estos fueron descargados en un formato de Microsoft Excel y tabulados en una matriz de datos para su procesamiento en el programa estadístico Stata. Se realizó un análisis descriptivo y la relación de las variables se obtuvo aplicando las un análisis bivariado y multivariado, a través de las pruebas estadísticas chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, el índice máximo de Yourden y regresión logística binaria en el programa estadístico Stata. Los resultados fueron plasmados en gráficos y tablas.



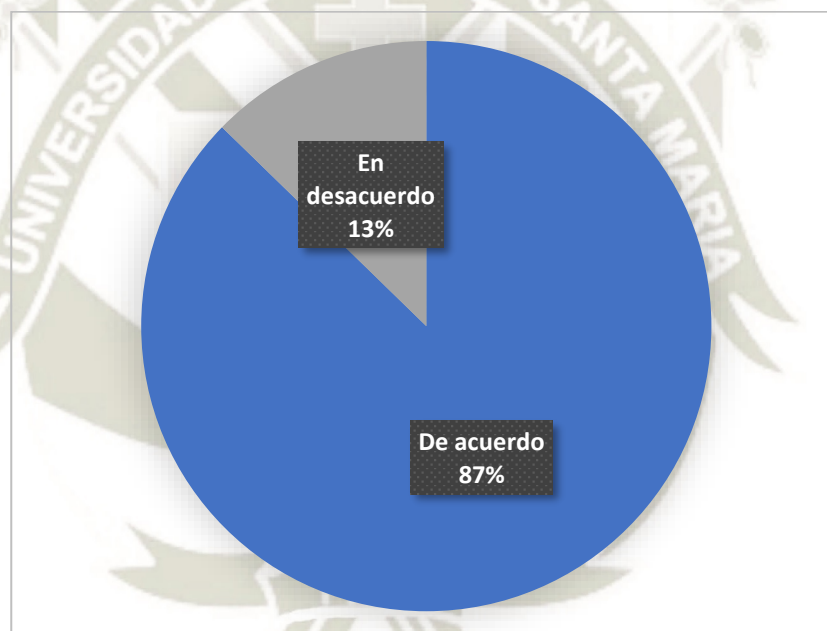
## CAPÍTULO III RESULTADOS

Según la muestra obtenida de la población adulta arequipeña, se debía recolectar como mínimo 385 encuestas para el presente trabajo de investigación, 6 días después de haber iniciado la difusión del formulario por medio de redes sociales, se obtuvo un total de 430 encuestados, 11% más de lo requerido, por lo cual este fue cerrado.

De las 430 respuestas obtenidas, los encuestados llenaron el cuestionario en su totalidad, el 100% de estas cumplían con los criterios de inclusión consignados en la misma y no se presentaron dificultades o dudas con respecto al llenado de este.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

**Gráfico 1. Intención de Vacunación contra COVID-19**

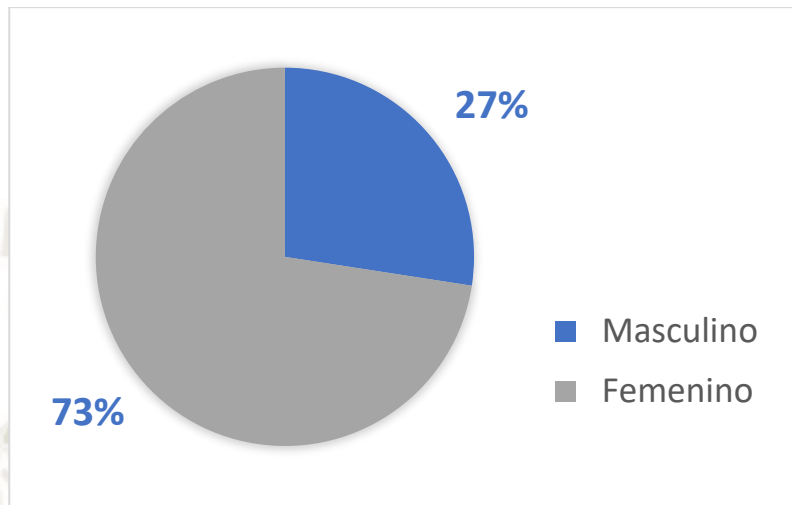


*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En el Gráfico 1 podemos observar la intención de vacunación contra COVID-19, en donde el 87.2% de los encuestados está de acuerdo con ser inmunizado.

En los siguientes gráficos se presentan las características sociodemográficas de los sujetos de estudio:

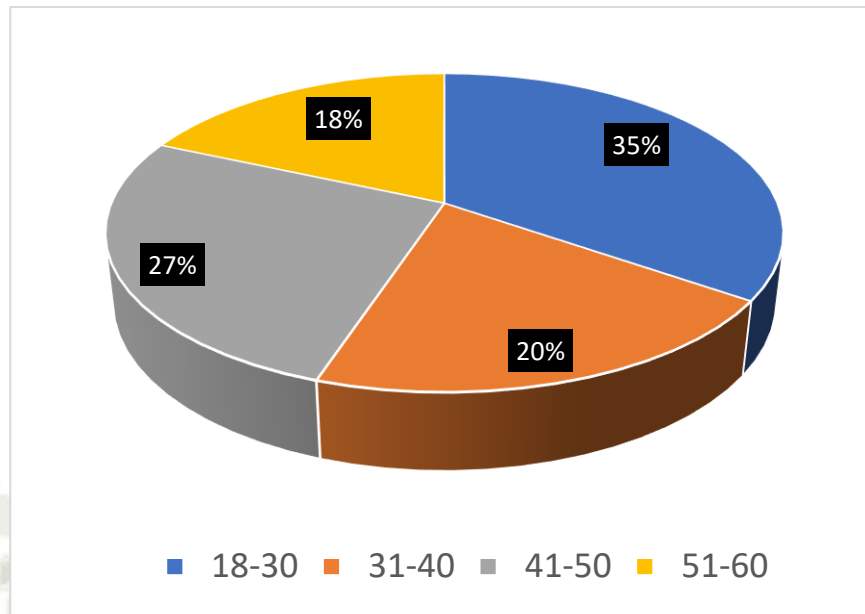
**Gráfico 2. Distribución por sexo**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En el Gráfico 2 en cuanto al sexo, más del 72% de los participantes fueron mujeres, mientras que el sexo masculino ocupó el 27.4%.

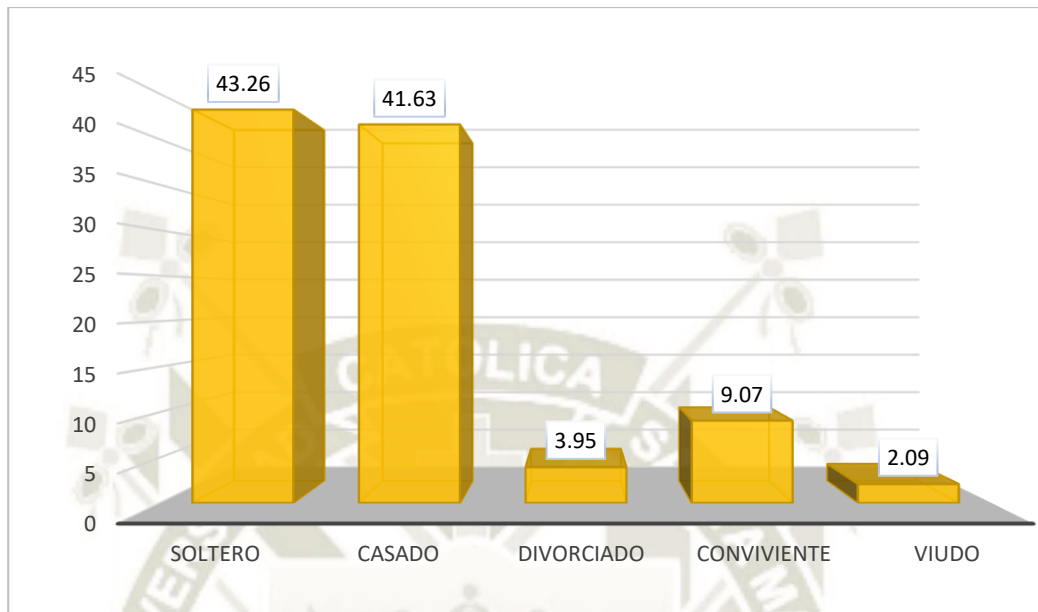
**Gráfico 3. Distribución por Edad**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En el Gráfico 3 en cuanto a la edad, estos fueron agrupados en 4 grupos: los encuestados de 18 a 30 años, fueron el mayor porcentaje de población, con un 34.6%, los adultos de 31 a 40 años ocuparon el 20.4%, los de 41 a 50 años, un 26.5% y el grupo con el menor porcentaje fue para los adultos de 50 a 60 años con un 18.3%.

**Gráfico 4. Distribución por Estado Civil**

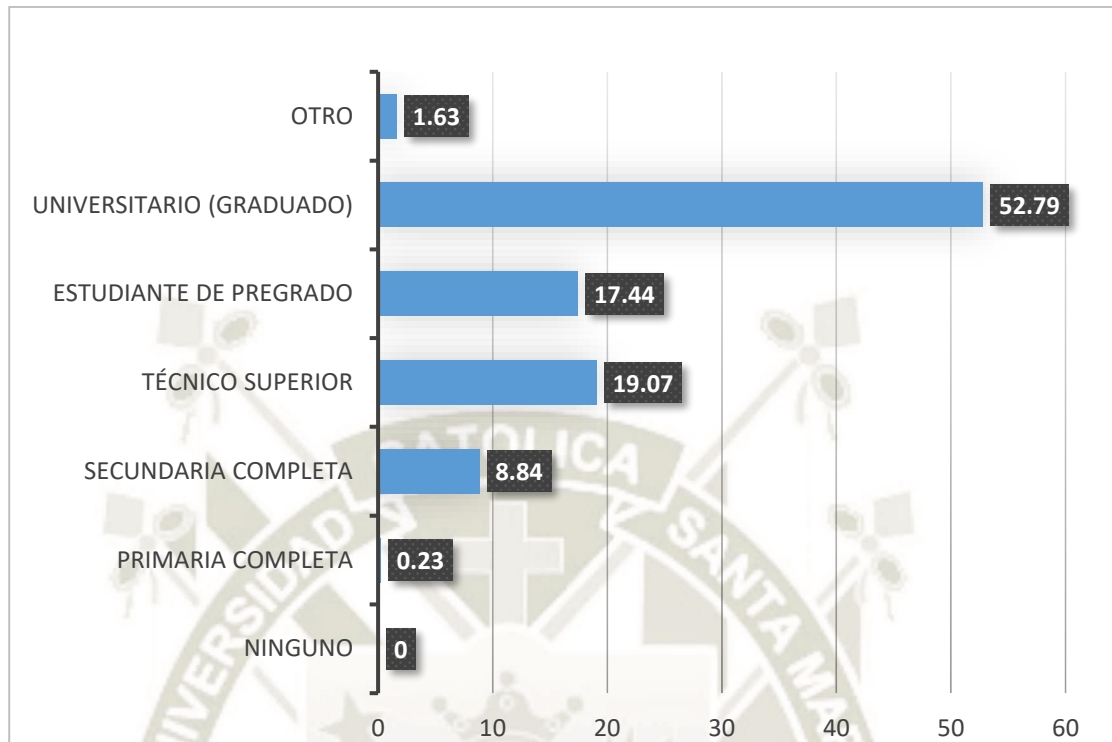


*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En el Gráfico 4 en relación con el estado civil de la persona, el 43% eran solteros y el 41% casados, el resto estaba distribuido entre divorciado, convivientes y viudos.

En cuanto a la religión que profesaban, el catolicismo representó un 87%.

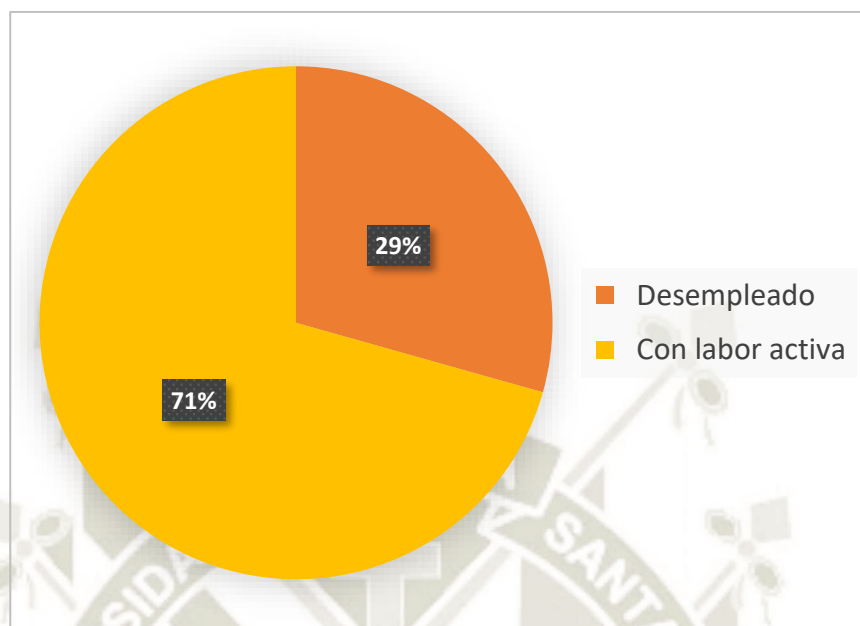
**Gráfico 5. Distribución por Grado de Instrucción**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En el Gráfico 5 al observar el grado de instrucción, la población fue mayoritariamente universitaria (52%), mientras que los estudios técnico-superiores y de pregrado ocupan el 19% y 17% respectivamente.

**Gráfico 6. Distribución por Ocupación**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En el Gráfico 6, correspondiente a la ocupación, el 70% de los encuestados, son trabajadores con labor activa y el 29% restante, se encuentra desempleado.

**Tabla 2. Características clínico-epidemiológicas de los sujetos de estudio**

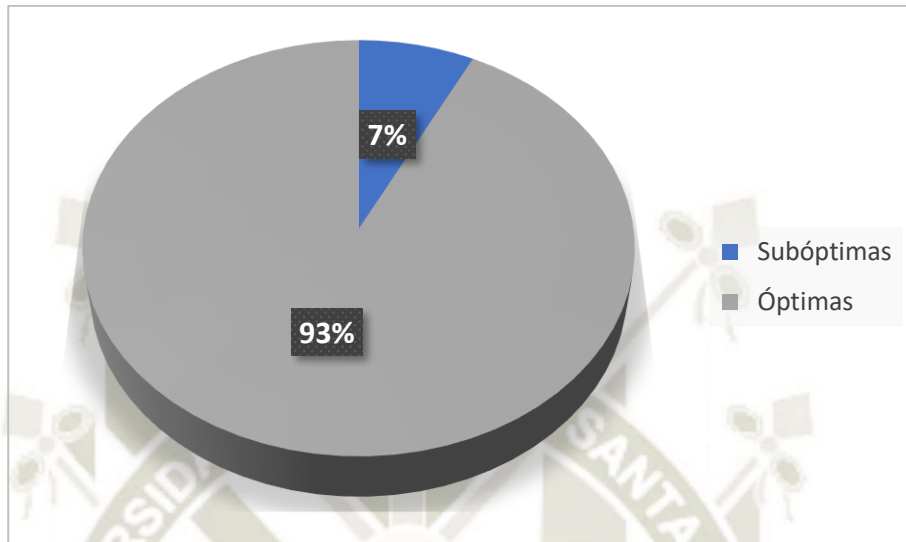
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<i>Comorbilidades</i>		
Ausentes	333	77.44
Presentes	97	22.56
<i>COVID-19 previamente diagnosticado</i>		
No	316	73.49
Sí	114	26.51

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 2, se observan las características clínico-epidemiológicas, donde se consideró la presencia o no de comorbilidades en los encuestados, donde un 77% refirió no tener antecedentes de enfermedades crónicas, mientras que el 23.5% restante destaca por la presencia de al menos una de las cuales las más señaladas fueron obesidad, hipertensión arterial y diabetes, en un 6.9%, 4.4% y 3% respectivamente.

Al preguntar por el antecedente de COVID-19, el 26% refiere haber sido diagnosticado y el 73% niega haber sido contagiado.

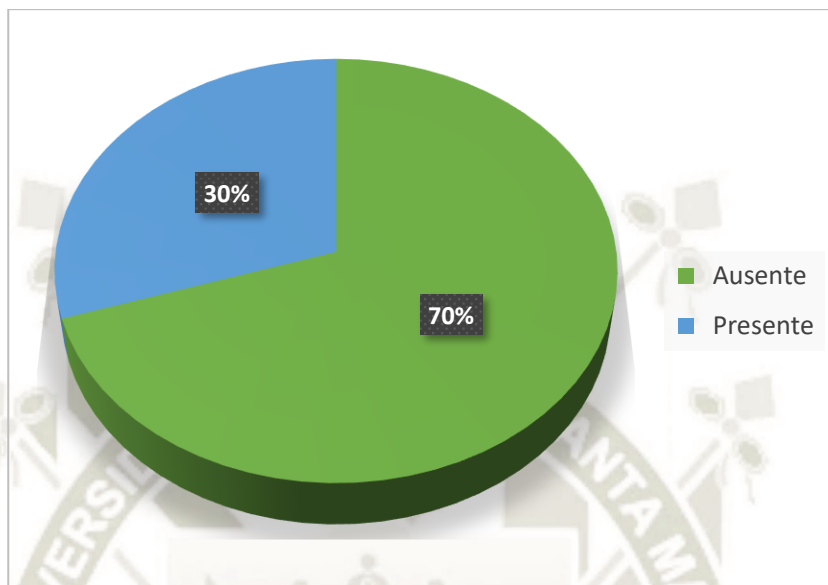
**Gráfico 7. Medidas de Prevención contra COVID-19**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En cuanto a medidas de prevención contra COVID-19 tomadas por los sujetos de estudio, se observa en el Gráfico 7 que el 92% cuenta con medidas óptimas de prevención, cumpliendo con los protocolos sugeridos por el MINSA y la OMS (lavado de manos, uso de doble mascarilla, distanciamiento social, etc.) y el 7.4% cuenta con medidas subóptimas, siendo aquellos que las cumplen en ciertas ocasiones y no de forma continua.

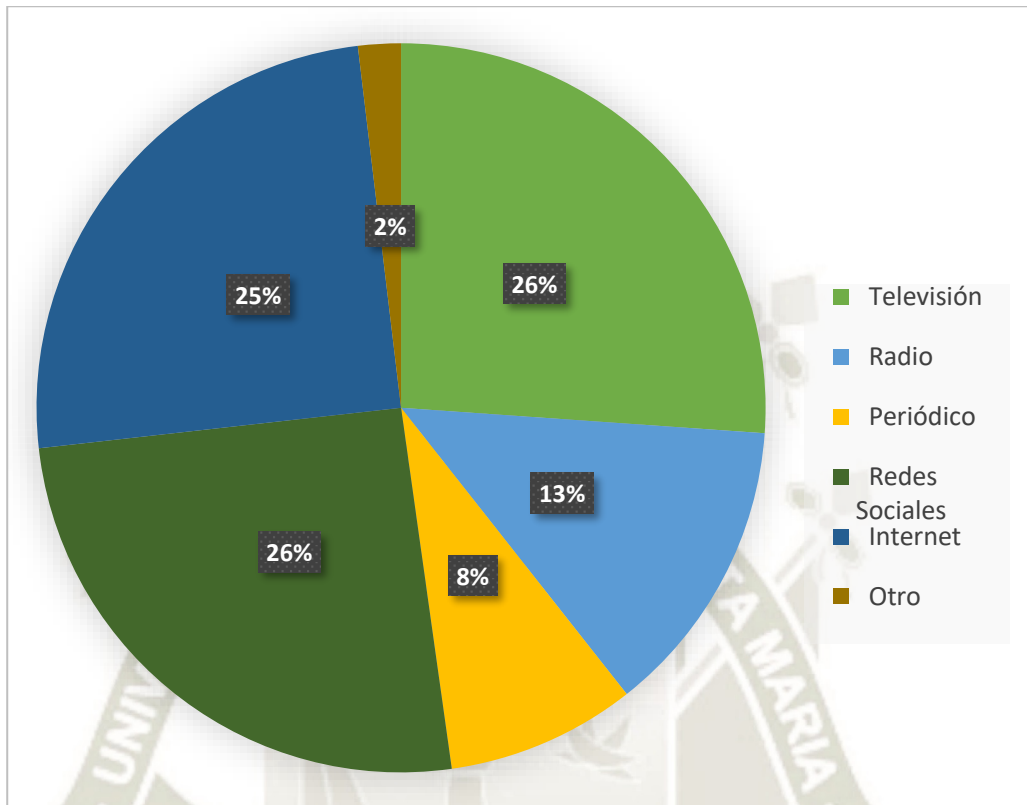
**Gráfico 8. Vacunación contra Influenza**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

Por otro lado, en el Gráfico 8 solo el 30% de encuestados refirió haber sido vacunado contra la influenza en los últimos 3 años.

**Gráfico 9. Fuente de información sobre COVID-19**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

Al evaluar las fuentes de información sobre COVID-19 que utilizan los participantes del estudio (Gráfico 9), destaca la presencia de la televisión, internet y redes sociales en más del 70%.

**Tabla 3. Resultados de Escala de Miedo a COVID-19**

<i>Temores sobre COVID-19</i>					
	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1) Tengo mucho miedo del Coronavirus (COVID-19)	58 (13.49%)	77 (17.91%)	87 (20.23%)	138 (32.09%)	70 (16.28%)
2) Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	64 (14.88%)	82 (19.07%)	75 (17.44%)	152 (35.35%)	57 (13.26%)
3) Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	162 (37.67%)	166 (38.60%)	64 (14.88%)	27 (6.28%)	11 (2.56%)
4) Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	82 (19.07%)	87 (20.23%)	58 (13.49%)	133 (30.93%)	70 (16.28%)
5) Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)	89 (20.70%)	117 (27.21%)	104 (24.19%)	90 (20.93%)	30 (6.98%)
6) No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	165 (38.37%)	151 (35.12%)	81 (18.84%)	19 (4.42%)	14 (3.26%)
7) Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	151 (35.12%)	149 (34.65%)	73 (16.98%)	37 (8.60%)	20 (4.65%)

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

Además, se realizaron dos escalas de medición para el trabajo, la primera fue la Escala del Miedo a COVID-19 (Tabla 3), donde a través de 7 enunciados observados en la columna de la derecha se les permitió a los participantes seleccionar, según el grado de temor, en cada situación presentada las opciones en la fila superior: totalmente en desacuerdo (1 punto), en desacuerdo (2 puntos), ni de acuerdo ni desacuerdo (3 puntos), de acuerdo (4 puntos) y totalmente de acuerdo (5 puntos). En la presente tabla solo se describe la cantidad de personas que marcaron cada opción sin adjudicarles ninguna puntuación.



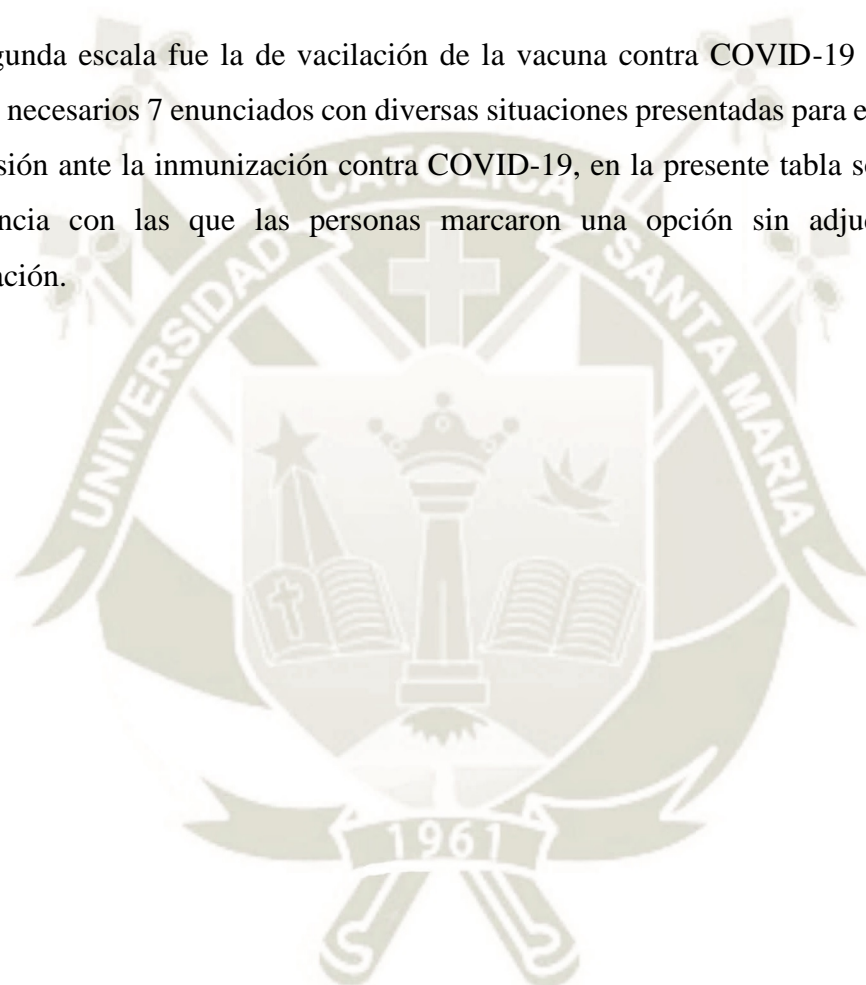
**Tabla 4. Escala de Vacilación de la vacuna contra COVID-19**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<i>¿Se colocaría una vacuna COVID-19 si se le ofreciera?</i>		
Definitivamente	305	70.93
Probablemente	61	14.19
Puede que sí o no	24	5.58
Probablemente no	18	4.19
Definitivamente no	9	2.09
No lo sé	13	3.02
<i>Si tuviera una vacuna COVID-19 disponible</i>		
Querría conseguirla tan rápido como sea posible	152	35.35
Me la pondría cuando me la ofrezcan	206	47.91
No estoy seguro de lo que haría	30	6.98
Lo pospondría (retrasaría)	15	3.49
Me negaría a recibirla	11	3.49
No lo sé	16	3.72
<i>Describiría mi actitud para recibir la vacuna contra el COVID-19 como:</i>		
Muy entusiasta	115	26.74
Bastante positivo	185	43.02
Neutral	97	22.56
Bastante incómodo	7	1.63
En contra	9	2.09
No lo sé	17	3.95
<i>Si la vacuna contra el COVID-19 estuviera disponible en mi farmacia local, me gustaría:</i>		
Conseguirla lo antes posible	269	62.56
Conseguirla cuando tenga tiempo	95	22.09
Retrasar conseguirla	5	1.16
Evitar conseguirla durante el mayor tiempo posible	10	2.33
Nunca conseguirla	14	3.26
No lo sé	37	8.60
<i>Si mi familia o amigos estuvieran pensando en vacunarse contra COVID-19, yo:</i>		
Motivarlos encarecidamente	140	32.56
Motivarlos	213	49.53
No les diría nada al respecto	49	11.40
Les pediría que retrasen la vacunación	8	1.86
Les sugeriría que no se vacune	6	1.40
No lo sé	14	3.26
<i>Me describiría a mí mismo como:</i>		
Ansioso por recibir una vacuna COVID-19	43	10.00
Dispuesto a recibir la vacuna COVID-19	298	69.30
No me preocupa por recibir la vacuna COVID-19	64	14.88
No estoy dispuesto a recibir la vacuna COVID-19	10	2.33
Antivacunación para COVID-19	5	1.16
No lo sé	10	2.33

<i>Recibir una vacuna COVID-19 es:</i>		
Realmente importante	215	50.00
Importante	156	36.28
Ni importante ni poco importante	29	6.74
Sin importancia	6	1.40
Realmente poco importante	12	2.79
No lo sé	12	2.79

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

La segunda escala fue la de vacilación de la vacuna contra COVID-19 (Tabla 4), donde fueron necesarios 7 enunciados con diversas situaciones presentadas para evaluar el nivel de indecisión ante la inmunización contra COVID-19, en la presente tabla solo se muestra la frecuencia con las que las personas marcaron una opción sin adjudicarles ninguna puntuación.



**Tabla 5. Puntaje de escalas de temor**

	M (RIQ)*
Puntaje del cuestionario de Temor a COVID-19	18 (14-22)
Puntaje de la Escala de vacilación de vacunación contra COVID-19	11 (6-14)

\*Mediana (Rango intercuartílico)

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la tabla 5, la mediana del puntaje del cuestionario de temor a COVID-19 fue de 18 puntos (215 encuestados tienen un puntaje menor o igual a 18 y 215 encuestados obtuvieron puntaje mayor o igual a 18). Mientras que la mediana del puntaje de la escala de vacilación de vacunación contra COVID-19 fue de 11 puntos (215 encuestados tienen un puntaje menor o igual a 11 y 215 encuestados obtuvieron puntaje mayor o igual a 11).

**Tabla 6. Asociación entre las características sociodemográficas y la intención de vacunación de los sujetos de estudio**

	Intención de vacunación		p
	En desacuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	
<i>Sexo</i>			
Masculino	13 (11.02%)	105 (88.98%)	0.498*
Femenino	442 (13.46%)	270 (86.54%)	
<i>Edad</i>			
18-30	30 (20.13%)	119 (79.87%)	<0.001*
31-40	13 (14.77%)	75 (85.23%)	
41-50	10 (8.77%)	104 (91.23%)	
51-60	2 (2.53%)	77 (97.47%)	
<i>Estado civil</i>			
Soltero	32 (17.20%)	154 (82.80%)	0.015*
Casado	12 (6.70%)	167 (91.30%)	
Divorciado	3 (17.65%)	14 (82.35%)	
Conviviente	7 (17.95%)	32 (82.05%)	
Viudo	1 (11.11%)	8 (88.89%)	
<i>Grado de instrucción</i>			
Ninguno	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0.266*
Primaria Completa	0 (0.00%)	1 (100.00%)	
Secundaria Completa	6 (15.79%)	32 (84.21%)	
Técnico Superior	14 (17.07%)	68 (82.93%)	
Estudiante de Pregrado	13 (17.33%)	62 (82.67%)	
Universitario (graduado)	22 (9.69%)	205 (90.31%)	
Otro	0 (0.00%)	7 (100.00%)	
<i>Ocupación</i>			
Desempleado	20 (15.87%)	106 (84.13%)	0.223*
Con labor activa	35 (11.55%)	268 (88.45%)	

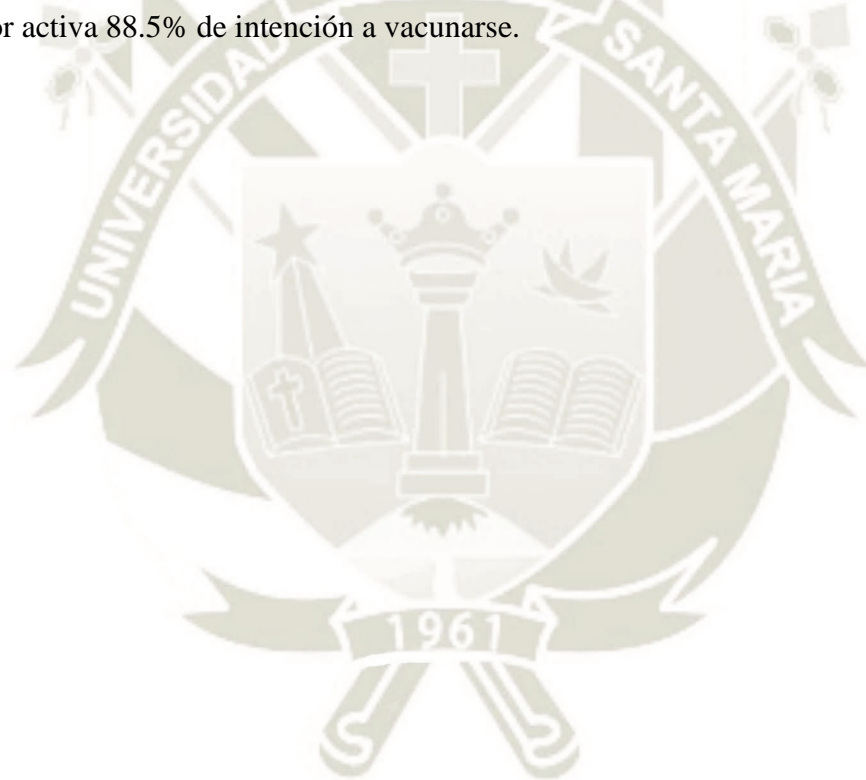
\* Chi cuadrado

\* Prueba exacta de Fisher

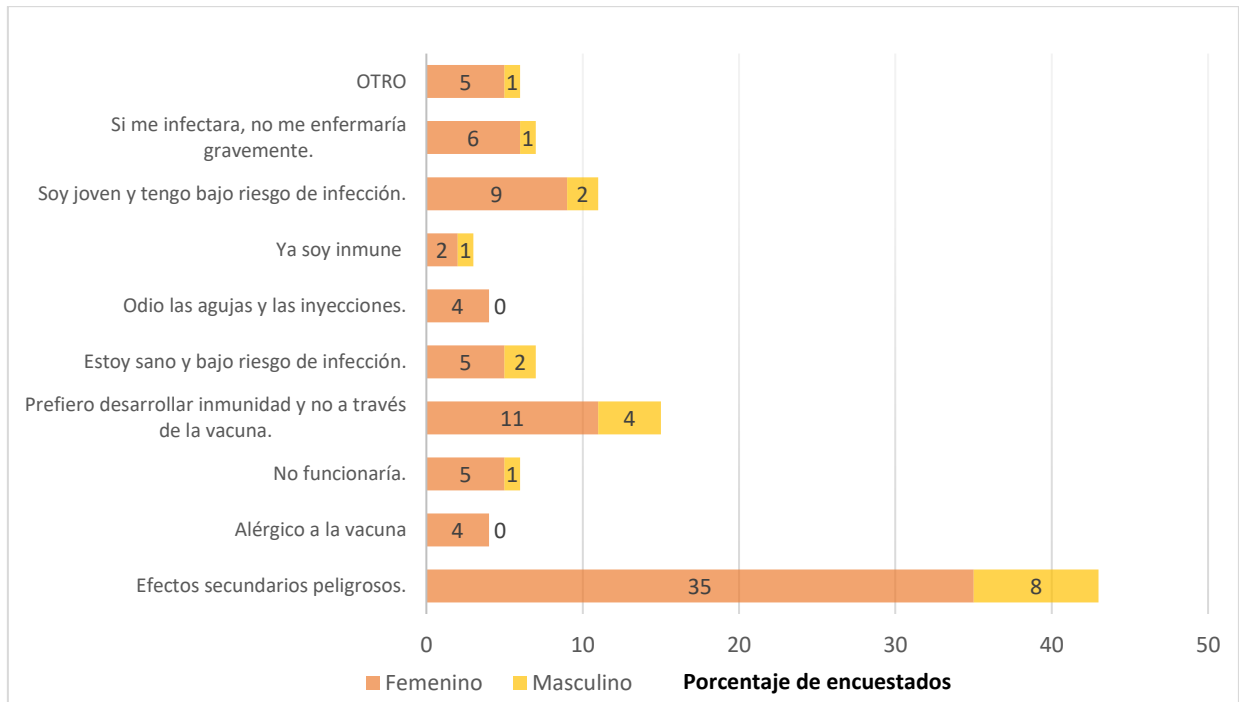
*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 5 se puede observar la asociación entre las características sociodemográficas y la intención de vacunación: con respecto al sexo, no existe una diferencia significativa ya

que el sexo masculino tiene un 88.9% y el femenino 86.5% de intención de vacunación; con respecto a la edad, si existe una alta asociación debido a que el rango de edad de 51 a 60 años tiene un 97% de intención y los de 18 a 30 años tienen un 79%; en relación con el estado civil, sí existe una asociación ya que la población casada tiene 91% de intención, de vacunarse a diferencia de los solteros, viudos y convivientes que cuentan con un 82% cada uno; en cuanto a la religión que profesan, al evaluar a aquellos que profesaban una religión con los que no, el 87% de creyentes y el 80% de los no creyentes tenían intención de vacunación, por lo que existe una asociación, aunque débil; según el grado de instrucción sí existe una alta asociación, donde los estudiantes universitarios ocupan el 90% de intención de vacunación y los que cuentan con secundaria completa, tienen un 84.2% de intención; y con respecto a la ocupación, no existe una asociación ya que el desempleo ocupa el 84% y la labor activa 88.5% de intención a vacunarse.



**Gráfico 10. Razones de Rechazo de vacunación contra COVID-19**



*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En el Gráfico 10 se observan las razones de rechazo de vacunación contra COVID-19, en un 42.7% estas fueron influenciadas por los posibles efectos peligrosos que podría producir la vacuna, seguido de un 14.6% que prefiere desarrollar inmunidad y no a través de la vacuna. Además, se observó que las razones de rechazo predominaron en el sexo femenino.

**Tabla 7. Asociación entre las características clínico-epidemiológicas y la intención de vacunación de los sujetos de estudio**

	Intención de vacunación		p
	En desacuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	
<i>Comorbilidades</i>			
Ausentes	47 (14.11%)	286 (85.89%)	0.128*
Presentes	8 (8.25%)	89 (91.75%)	
<i>COVID-19 previamente diagnosticado</i>			
No	40 (12.66%)	276 (87.34%)	0.891*
Sí	15 (13.16%)	99 (86.84%)	

\* Chi cuadrado

Fuente: *Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 6 se observa la asociación entre las características clínico-epidemiológicas y la intención de vacunación, con respecto a la presencia de comorbilidades existe una alta asociación donde se tiene a la obesidad, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, con más del 89% de intención; ante la ausencia y presencia de estos, existe una asociación débil con 85% de intención en su ausencia y el 91% tenía mayor intención en presencia de comorbilidad; al clasificarlos según la cantidad de comorbilidades simultáneas, existe una alta asociación, con un 100% de intención en 2 y 3 comorbilidades; y con relación al antecedente de diagnóstico de COVID-19, no existe una asociación ya que no existe una diferencia porcentual significativa, ambos grupos presentan más del 86% de intención.

**Tabla 8. Asociación entre el medio de comunicación utilizado como fuente de información y la intención de vacunación de los sujetos de estudio**

	Intención de vacunación		p
	En desacuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	
<i>Fuentes de información</i> <sup>Ψ</sup>			
Televisión	37 (11.67%)	280 (88.33%)	0.245*
Radio	24 (14.91%)	137 (85.09%)	0.309*
Periódico	14 (13.73%)	88 (86.27%)	0.746*
Redes Sociales	18 (12.30%)	271 (87.70%)	0.625*
Internet	38 (12.58%)	264 (87.42%)	0.843*
Otro	2 (8.70%)	21 (91.30%)	0.753*

<sup>Ψ</sup> Un sujeto de estudio podía obtener información de más de un medio de comunicación

\* Chi cuadrado

\* Prueba exacta de Fisher

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 7 se presenta la asociación entre el medio de comunicación utilizado como fuente de información y la intención de vacunación, donde sí existe una asociación, aunque débil, siendo la televisión, las redes sociales y el internet se encuentran por encima del 86% de intención a la vacunación.

**Tabla 9. Asociación entre cumplimiento de medidas de prevención e intención de vacunación en los sujetos de estudio**

<b>Intención de vacunación</b>			
	<b>En desacuerdo n (%)</b>	<b>De acuerdo n (%)</b>	<b>p</b>
<i>Medidas de prevención</i>			
Subóptimas	5 (15.63%)	27 (84.38%)	0.584*
Óptimas	50 (12.56%)	348 (87.44%)	
<i>Vacunación contra influenza</i>			
Ausente	43 (14.29%)	258 (85.71%)	0.156*
Presente	12 (9.30%)	117 (90.70%)	

\* Chi cuadrado

\* Prueba exacta de Fisher

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 8 se presenta la asociación entre el cumplimiento de medidas de prevención e intención de vacunación: con respecto a las medidas sanitarias de prevención no existe asociación ya que las medidas subóptimas tienen un 84% y las óptimas un 87% de intención; y con respecto a la vacunación previa contra influenza existe una asociación débil, con 90% de intención en la presencia de previa vacunación y un 85.7% en su ausencia.

**Tabla 10. Escalas de Miedo a COVID-19 y Vacilación de vacunación (medianas)**

	Intención de vacunación		p
	En desacuerdo M (RIQ)*	De acuerdo M (RIQ)*	
Puntaje del Cuestionario de Miedo a COVID-19	16 (11-21)	19 (14-22)	0.023 <sup>Ψ</sup>
Puntaje de la Escala de vacilación de vacunación contra COVID-19	18 (14-24)	11 (9-13)	<0.001 <sup>Ψ</sup>

\* Mediana (Rango intercuartílico)

<sup>Ψ</sup> Suma de rangos de Wilcoxon

Fuente: *Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 9 podemos observar que se obtuvo un valor de p de 0,023 por lo que se concluye que la intención de vacunación, entre el grupo que está de acuerdo como el que está en desacuerdo con la vacunación, es diferente según el grado de miedo a COVID-19 obtenido en la escala. De igual manera se obtuvo un valor de p <0,001 que concluye que la intención de vacunación es diferente según el grado de vacilación de vacunación contra COVID-19.

**Tabla 11. Análisis Multivariado de las escalas de miedo a COVID-19 y de vacilación a vacunación contra COVID-19**

Análisis Multivariado							
	AUC	IC95%	Punto de corte $\Psi$	Sensibilidad	Especificidad	Correctamente clasificados	p*
Puntaje de Cuestionario de Temor a COVID-19	59.49 %	(50.75-68.23%)	12	85.87%	30.91%	78.84%	0.035
Escala de vacilación a vacunación contra COVID-19*	82.06 %	(73.37-90.73%)	15	90.93%	72.73%	88.60%	<0.001

$\Psi$  Índice máximo de Youden

\* Chi cuadrado

\* Para el análisis estadístico se utilizó el complemento del puntaje obtenido por cada sujeto, es decir, un mayor puntaje es obtenido por sujetos que están más seguros con respecto a la vacunación contra COVID-19

Fuente: *Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 10 podemos observar que el punto de corte en la Escala de Miedo a COVID-19 es de 12, lo que quiere decir que valores por debajo de este número representan menos temor a la COVID-19 y valores por encima de 12 lo contrario. También se halló una sensibilidad de 85.57% y una especificidad de 30.91% por lo que sus resultados hallados no son considerados significativos.

Además, se halló como punto de corte de la Escala de Vacilación a vacunación contra COVID-19 el valor de 15, lo que quiere decir que valores por debajo de este número representan menos vacilación ante la vacuna COVID-19 y valores por encima de 15 lo contrario, también se halló una sensibilidad de 90.93% y una especificidad 72.73%, y un valor de  $p < 0,001$ . Siendo los resultados de esta escala significativos.

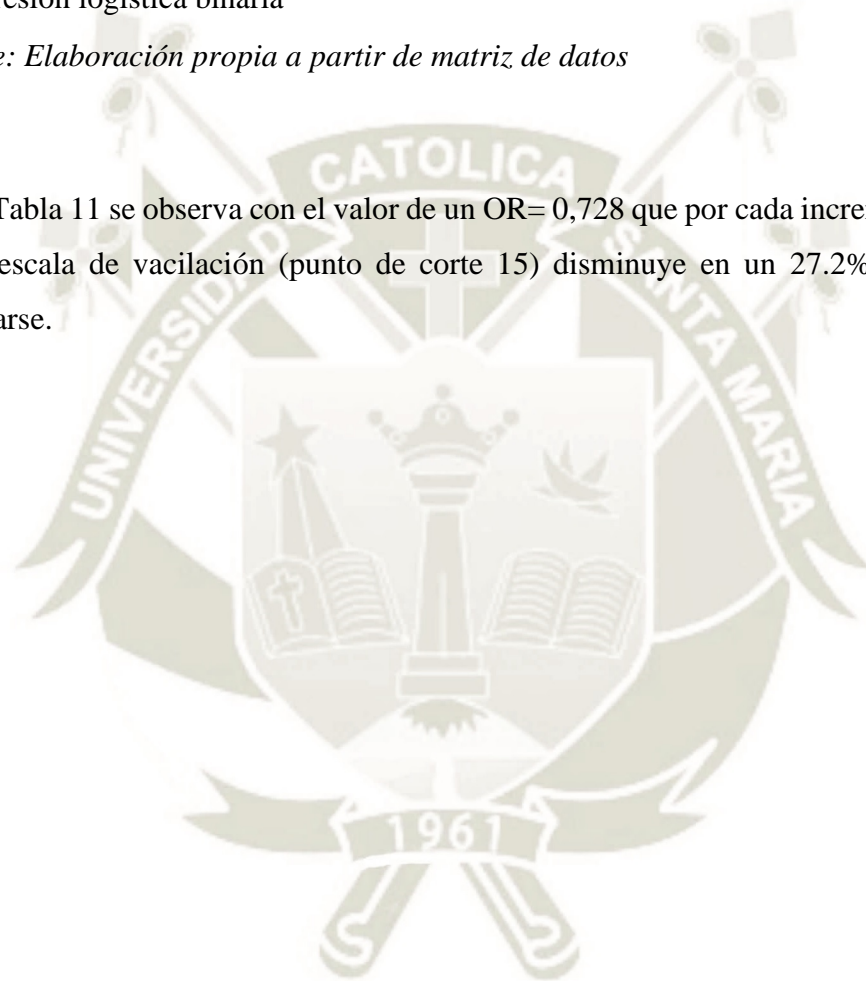
**Tabla 12. Posibilidad de variación en la puntuación de la Escala de vacilación a vacunación contra COVID-19**

	OR	IC95%	P
Escala de vacilación a vacunación contra COVID-19*	0.728	0.67-0.78	<0.001

\* Regresión logística binaria

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 11 se observa con el valor de un OR= 0,728 que por cada incremento de 1 punto en la escala de vacilación (punto de corte 15) disminuye en un 27.2% la intención de vacunarse.



**Tabla 13. Puntaje de escala de miedo a COVID-19**

		Miedo a COVID-19			TOTAL
		Intención de vacunación			
			Sí	No	
Puntaje de la Escala	Menor de 12	Recuento	53	17	70
		% del Total	12.33%	3.95%	16.28%
	Mayor o igual a 12	Recuento	322	38	360
		% del Total	74.88%	8.84%	83.72%
TOTAL		Recuento	375	55	430
		% del Total	87.21%	12.79%	100.00%

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 12 se observan los puntajes obtenidos en la escala de miedo a COVID-19 y su relación con la intención de vacunación. Se observó que un 16.28% de personas obtuvieron puntajes menores de 12 puntos lo que significa menor temor a la enfermedad; de ellos el 12.33% tenía intención de vacunarse. El 83.72% obtuvo un puntaje mayor o igual a 12 que significa mayor temor y de ellos el 74.88% tenía intención de ser inoculado.

**Tabla 14. Puntaje de escala de vacilación a vacunación COVID-19**

Vacilación a vacunación COVID-19					
			Intención de vacunación		TOTAL
			Sí	No	
Puntaje de la Escala	Menor de 15	Recuento	341	15	356
		% del Total	79.30%	3.49%	82.79%
	Mayor o igual a 15	Recuento	34	40	74
		% del Total	7.91%	9.30%	17.21%
TOTAL	Recuento	375	55	430	
	% del Total	87.21%	12.79%	100.00%	

*Fuente: Elaboración propia a partir de matriz de datos*

En la Tabla 13 se observan los puntajes obtenidos en la escala de vacilación a la vacuna contra COVID-19 y su relación con la intención de vacunación. Se observó que un 82.79% de personas obtuvieron puntajes menores de 15 puntos lo que significa menor vacilación a la vacunación; de ellos el 79.33% tenía intención de vacunarse. El 17.21% obtuvo un puntaje mayor o igual a 15 que significa mayor vacilación a la vacunación y de ellos el 7.91% tenía intención de ser inoculado mientras que el 9.30% no la tenía.



# 1. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Los resultados del presente estudio indicaron que la mayoría de las personas encuestadas (87%) tienen la intención de recibir la vacuna contra COVID-19. Nuestro hallazgo difiere en cierto grado con otros estudios donde la intención de vacunarse de forma definitiva o probable no supera el 60% del total de la muestra, mientras que las personas indecisas en algunos casos representan el 20% o hasta el 40% del total de encuestados, y aquellos que definitivamente no se pondrán la vacuna son aproximadamente entre el 10-20% de la muestra <sup>(52,12)</sup>. En nuestro estudio no se evaluó el nivel de duda en vacunarse por lo que no contamos con ese valor. Así mismo, estudios realizados al inicio de la pandemia muestran resultados discordantes como el de Schwarzingger et al. donde el 29% de la población encuestada rechaza la vacuna y tan solo el 27% acepta a la misma <sup>(53)</sup>.

Con respecto a los factores sociodemográficos asociados a la intención de vacunación contra COVID-19, el sexo masculino presentó una mayor intención, siendo un resultado similar al estudio realizado por Herrera-Añazco et al. en el Perú <sup>(49)</sup> y diversos trabajos del extranjero <sup>(7, 11, 53)</sup> sin embargo, esta diferencia de los hombres (89%) frente a las mujeres (86.5%) dispuestos a vacunarse, no es muy significativa y esto podría deberse a la menor población de varones en los encuestados; por otro lado, se observó que las mujeres son más propensas a mostrar temor a la eficacia y seguridad de una vacuna lo que podría explicar su negación a esta <sup>(54,55)</sup>, nuestro estudio encontró que de las 42 participantes que se negaron a la vacunación, el 85% de ellas, refiere que una de las principales razones de rechazo es la preocupación por los posibles efectos adversos y complicaciones relacionadas con la gestación.

Separamos nuestra muestra por grupos etarios de los cuales en su mayoría se encontraban entre 18 y 30 años y en menor porcentaje se encuestó a los adultos de 50 a 60 años; sin embargo, se observó que los adultos del grupo de 50 a 60 años tienen una mayor intención de vacunación que los adultos del grupo de 18 a 30 años. Esto coincide con otros estudios en los que se observó que en personas edad avanzada la aceptación a la vacuna es mayor mientras que los más jóvenes tienden a no estar seguros o a no tener intención de vacunarse <sup>(56,12,7,11)</sup>, esto puede deberse al hecho de que a mayor edad las personas tienen más comorbilidades y están en mayor riesgo de desarrollar cuadros más graves de COVID-19 y son más susceptibles a sus complicaciones. Por otro lado, nuestro hallazgo difiere del estudio realizado por Guidry et al. donde se observó que las personas con edad avanzada tenían menos probabilidad de estar dispuestos a vacunarse <sup>(52)</sup>. También hay cierta diferencia con

Schwarzinger et al. se halló que en ambos extremos de grupos etéreos la aceptación a la vacuna era la misma <sup>(53)</sup>.

En cuanto al estado civil de los participantes, al igual que otros estudios <sup>(7,11)</sup>, la condición de casado o conviviente juega un papel importante en la decisión de vacunarse ya que estos muestran una mayor aceptación de vacunación a diferencia de aquellos que se encuentra solteros, divorciados o viudos; en cuanto al grado de instrucción, se observó que aquellas personas con estudios superiores (sea universitario como técnico) tenían una fuerte asociación a estar de acuerdo a vacunarse al igual que aquellos que habían culminado la secundaria, lo cual es consecuente con la mayoría de estudios revisados <sup>(52,12,7)</sup>, sin embargo al no tener una muestra significativa de personas que cuentan con un menor nivel educativo no se puede hacer una asociación entre este grupo y su intención de vacunación como se hizo en otros estudios donde se encontró que había más probabilidad de rechazo a la vacuna e incluso algunos consideraban que no podrían adquirirla <sup>(12,7,53)</sup>.

Al evaluar el factor religión, se encontró una asociación débil con la intención a vacunarse, tal como sugiere el estudio realizado por Guidry et al <sup>(52)</sup>, donde concluyeron que la religiosidad no tiene una relación significativa con la intención de vacunación, por lo cual no será considerado como un factor predisponente. Según nuestro estudio no hubo diferencia significativa entre aquellas personas que se encuentran en labor activa con aquellas que están desempleadas ya que en ambos casos el mismo porcentaje estaba de acuerdo con la vacunación, esto difiere del estudio realizado por Schwarzinger et al. en el que la vacilación a la vacuna disminuyó en el grupo de personas que se encontraban trabajando <sup>(53)</sup>.

Al evaluar los antecedentes patológicos, en cuanto a las comorbilidades presentes se observó que no había diferencia en el grado de intención a vacunarse entre aquellas personas que presentaban comorbilidades comparado con aquellas que no presentaban ninguna comorbilidad; este hallazgo difiere con lo hallado en el estudio de Schwarzinger et al. en el que el grupo de personas que no presentaban ninguna condición crónica (excluyendo la hipertensión) se asociaba fuertemente con el rechazo total a la vacuna COVID-19 <sup>(53)</sup>. Del grupo de personas que presentaban de 1 a más comorbilidades se obtuvo una asociación muy fuerte de aceptación a la vacunación de las cuales las personas que refirieron tener el diagnóstico de obesidad, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 fueron las que contaban con una mayor intención de vacunación. Esto coincide con el estudio de Ruiz et al. donde aquellas personas que tenían de cinco o más comorbilidades se asocian a una mayor

probabilidad de vacunación y también con Machida et al. donde el tener comorbilidades se convirtió en un factor determinante para recibir la vacuna <sup>(7,11)</sup>.

En relación al antecedente de vacunación previa contra Influenza en los últimos tres años, se resalta la escasa cantidad de personas inmunizadas contra esta enfermedad (30%) pese a ser una vacuna anual, esto coincide con estudios como los de Fisher et al y Gagneux-Brunon et al. donde se destacan la poca adherencia a este esquema de inmunización <sup>(12,10)</sup>; en el presente trabajo no se encontró una asociación significativa con la intención a vacunarse, ya que dentro de los encuestados inoculados contra la Influenza, más del 90% estaban dispuestos a recibir la vacuna contra COVID-19 y aquellos que no tenían este antecedente de vacunación, estaban igual de predispuestos a recibir la vacuna.

En cuanto los factores asociados al COVID-19 y el antecedente de haberse contagiado de COVID-19 no se encontró una diferencia entre aquellos que habían padecido la enfermedad con los que negaron haberla padecido ya que en ambos casos hubo una fuerte asociación con la intención de vacunación. Esto difiere de otros estudios donde se observó un fuerte rechazo a la vacuna en aquellas personas que habían sido infectadas y que percibían a la COVID-19 con menos gravedad. Sin embargo, aquellas personas que se infectaron de forma severa tenían menos rechazo a la vacunación e incluso la vacilación disminuyó en aquellos que mencionaron haber tenido síntomas o conocer a alguien con COVID-19 <sup>(53)</sup>.

En relación con las medidas de prevención, se sabe que las mujeres tienden a presentar una mayor preocupación por contagiarse con COVID-19, lo que las lleva a ser más exigentes con el cumplimiento de medidas sanitarias como el lavado de manos, el uso de mascarilla y el distanciamiento social <sup>(57,58)</sup>, sin embargo, esto no influye en su decisión de vacunarse. El presente trabajo no encontró una asociación significativa de estas medidas con la intención de vacunarse.

Independientemente del medio de comunicación mediante el cual las personas obtenían información sobre COVID-19 la mayoría de las personas tenían un mismo nivel de intención de vacunación de los cuáles la televisión, el internet, y las redes sociales tenían una mayor asociación. Nuestro hallazgo difiere del estudio realizado por Ruiz et al. en el que se observó que las personas que recurrían a las redes sociales como su fuente de información se

asociaban con una menor probabilidad de intención y anticipación de la vacuna, sin embargo se sugirió realizar más investigaciones al respecto <sup>(7)</sup>.

En nuestro estudio según la escala de vacilación de vacunación contra COVID-19 se obtuvo que el 82% tuvo una menor vacilación a la vacuna, lo cual coincide con el hecho de que casi su totalidad (79%) tiene una mayor intención a ser inoculado, mientras que el grupo que presentaba mayor vacilación (17.21%), el 9% no tenían intención de vacunarse y el 7% respondió que sí, mostrando que entre ambos grupos no había una diferencia significativa. Estos hallazgos difieren del estudio realizado por Detoc et al, en el que se observó presencia de vacilación a la vacuna en un 35.3% y donde el nivel de vacilación de la vacuna estaba asociado a una menor intención de vacunarse <sup>(56)</sup>.

Según la escala de miedo al coronavirus (COVID-19), el 83% de encuestados mostraron un mayor miedo a COVID-19, este hallazgo coincide con otros estudios donde el 74% de encuestados tenían temores sobre COVID-19 <sup>(56)</sup>. Además, en este grupo se observó más predisposición a ser vacunados, lo cual era esperado; pero pese a que el 16% tuvo un menor temor a la enfermedad, su intención a vacunarse era alta. Sin embargo, estos resultados pueden verse alterados ya que esta escala mostró una sensibilidad de 85.87% y una especificidad de 30.91% por lo que sus resultados pueden no ser tan confiables.

De los encuestados todos los que respondieron que no estarían dispuestos a vacunarse contra COVID-19 dieron los motivos de rechazo a la vacunación siendo la respuesta más popular el temor a efectos adversos o posibles complicaciones seguido de aquellos que refieren preferir desarrollar inmunidad que no se diera a través de la vacuna, en menor proporción se observó como rechazo el hecho de ser inmune, la juventud, el no tener comorbilidades, miedo a las agujas o la sensación de que la vacuna no funciona. Esto difiere en algunos puntos con el estudio de Guidry et al. donde los puntajes más altos de rechazo a la vacunación fueron el no molestarse en recibir la vacuna, miedo a las agujas, preocupación por los efectos secundarios (a diferencia de nuestro estudio no es la causa más frecuente) y por desarrollo apresurado de la vacuna <sup>(52)</sup>. Otros estudios coinciden en que las razones de rechazo a la vacuna se relacionan en su mayoría específicamente con la vacuna, su seguridad y efectividad, efectos secundarios, alergias, preferencia a desarrollar inmunidad por medio de la infección y en menor frecuencia con el hecho de estar sano, ser joven, miedo a las agujas, el ser inmune <sup>(12,7,32,11,54)</sup>.

### **Limitaciones del estudio:**

- 1. Método de recolección de datos:** Al encontrarnos aún en tiempos de pandemia por el virus de COVID-19, la principal limitación fue el modo de recolección de datos, por lo cual, nos vimos en la necesidad de encuestar vía virtual y hacer la difusión de esta por medio de redes sociales.
- 2. Falta de estudios previos en el país:** Al ser una enfermedad nueva, las investigaciones sobre COVID-19 relacionados con la salud pública y la inmunización en el Perú, son escasas, especialmente en la ciudad de Arequipa, en donde no logramos encontrar estudios previos.
- 3. El inicio de la vacunación en la ciudad de Arequipa:** Al momento de desarrollar el trabajo, ya se había dado inicio a las campañas de vacunación en la ciudad, lo que nos llevó a realizar una toma de datos anticipada, con el fin de recolectar la mayor cantidad de encuestados dentro de los límites de edad establecidos.
- 4. Limitación de las características sociodemográficas:** Al realizarse una encuesta virtual, la diversidad de la población se vio limitada a personas que contaban con acceso a las redes sociales y que residían en la ciudad de Arequipa, además de no contar con la misma cantidad de encuestados entre varones y mujeres.

## 2. CONCLUSIONES

### **Primero.**

La intención de vacunación contra COVID-19 en la ciudad de Arequipa fue de un 87%.

### **Segundo.**

En cuanto los factores sociodemográficos se concluyen que existe una mayor intención de vacunación contra COVID-19 en la ciudad de Arequipa en varones entre 50 y 60 años, casados y con un grado superior de estudios mientras que la religión y la ocupación no se asocian con una mayor o menor intención de vacunación.

### **Tercero.**

En relación a los antecedentes patológicos relacionados a la intención de vacunación contra COVID-19 en la ciudad de Arequipa se concluye que independientemente de si presentaban o no comorbilidades la intención de vacunación era alta y había una asociación débil entre el antecedente de vacunación contra la influenza y la intención de vacunación.

### **Cuarto.**

Sobre los antecedente y factores asociados a COVID-19 se concluye que las personas con mayor miedo a COVID-19 tienen un grado de intención más alto a vacunarse al igual que los que presentan menor vacilación ante la posibilidad de vacunación, mientras que el antecedente de diagnóstico de COVID-19, la fuente de información de la enfermedad y las medidas preventivas no se asocian con una mayor o menor intención de vacunación.

### 3. RECOMENDACIONES

**Primero.**

Se recomienda realizar una encuesta en diferentes sectores de la ciudad tanto urbano como rural.

**Segundo.**

Es importante investigar más a fondo la influencia de los medios de comunicación en la intención de vacunación debido a que con los nuevos medios de comunicación no convencionales (internet, redes sociales) existe un alto grado de desinformación, para la cual se sugiere implementar campañas de concientización sobre las vacunas.

**Tercero.**

Se recomienda que en futuros estudios se pueda investigar más acerca de la ocupación de las personas, si laboran dentro o fuera de casa y el riesgo de exposición.

## 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poland GA. Tortoises, hares, and vaccines: A cautionary note for SARS-CoV-2 vaccine development. *Vaccine*. 2020;38(27):4219-4220. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7252125/>
2. COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
3. Rastreador de vacunas contra el coronavirus del New York Times. [Internet]. (consultado el 06 de mayo de 2021); Disponible en línea: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>
4. Liu R, Zhang Y, Nicholas S, Leng A, Maitland E, Wang J. COVID-19 Vaccination Willingness among Chinese Adults under the Free Vaccination Policy. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(3):292. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8004171/>
5. Sallam M. COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: a systematic review of vaccine acceptance rates [Internet]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2021 Jan Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.12.28.20248950>
6. Leng A, Maitland E, Wang S, Nicholas S, Liu R, Wang J. Preferencias individuales para la vacunación COVID-19 en China. *La vacuna*. 2021; 39 (2): 247-254. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7719001/>
7. Ruiz JB, Bell RA. Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine*. 2021;39(7):1080-1086. Epub 2021 Jan 9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33461833/>
8. Palamenghi L, Barello S, Boccia S, Graffigna G. Mistrust in biomedical research and vaccine hesitancy: the forefront challenge in the battle against COVID-19 in Italy. *Eur J Epidemiol*. 2020 Aug;35(8):785-788. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32808095>
9. Harrison EA, Wu JW. Vaccine confidence in the time of COVID-19. *Eur J Epidemiol*. 2020;35(4):325-330. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174145/>

10. Gagneux-Brunon A, Detoc M, Bruel S, et al. Intention to get vaccinations against COVID-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross-sectional survey. *J Hosp Infect.* 2021;108:168-173. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7699157/>
11. Machida M, Nakamura I, Kojima T, et al. Acceptance of a COVID-19 Vaccine in Japan during the COVID-19 Pandemic. *Vaccines (Basel).* 2021;9(3):210. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8002097/#B9-vaccines-09-00210>
12. Fisher KA, Bloomstone SJ, Walder J, Crawford S, Fouayzi H, Mazor KM. Attitudes Toward a Potential SARS-CoV-2 Vaccine: A Survey of U.S. Adults. *Ann Intern Med.* 2020;173(12):964-973. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32886525/>
13. Caserotti M, Girardi P, Rubaltelli E, Tasso A, Lotto L, Gavaruzzi T. Associations of COVID-19 risk perception with vaccine hesitancy over time for Italian residents. *Soc Sci Med.* 2021;272:113688. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33485215/>
14. Sala situacional COVID-19 Perú. Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. [Internet]. 2021. Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
15. Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano A, Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Toro-Huamanchumo C, Rodriguez-Morales A, Hernandez A, Benites-Zapata V, Prevalencia y factores asociados a la intención de vacunación contra la COVID-19 en el Perú. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1879/version/1993>
16. PSOS. COVID-19 y vacunas- Febrero 2021- Encuesta Nacional Urbano Rural [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/covid-19-y-vacunas-febrero-2021>
17. Habas K, Nganwuchu C, Shahzad F, Gopalan R, Haque M, Rahman S, Azim Majumder A & Nasim T (2020) Resolution of coronavirus disease 2019 (COVID-19), Expert Review of Anti-infective Therapy, 18:12, 1201-1211, Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14787210.2020.1797487>
18. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. World Health Organization. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---13-april-2021>

19. Información Básica sobre la COVID-19. Organización Mundial de la salud. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
20. Wang K, Wong ELY, Ho KF, et al. Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional survey. Vaccine. 2020;38(45):7049-7056. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7834255/>
21. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. Nat Rev Microbiol. 2021;19(3):141-154. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537588/>
22. Wang MY, Zhao R, Gao LJ, Gao XF, Wang DP, Cao JM. SARS-CoV-2: Structure, Biology, and Structure-Based Therapeutics Development. Front Cell Infect Microbiol. 2020;10:587269. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7723891/>
23. V'kovski P, Kratzel A, Steiner S, Stalder H, Thiel V. Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. Nat Rev Microbiol. 2021;19(3):155-170. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33116300/>
24. 19Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Organización mundial de la salud. [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
25. Definición de Pandemia. Real Academia Española. Asociación de academias de la lengua española. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/pandemia>
26. Raffino M. Prevención. Concepto.de. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://concepto.de/prevencion/>
27. Promoción de la salud. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=list&slug=promocion-salud-9772&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=promocion-salud-9772&Itemid=270&lang=es)
28. Verne Martin Eduardo. Conceptos importantes sobre inmunizaciones. Acta méd. peruana [Internet]. 2007; 24(1):59-64. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000100013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100013&lng=es)

29. Clemente-Suárez VJ, Hormeño-Holgado A, Jiménez M, Benitez-Agudelo JC, Navarro-Jiménez E, Perez-Palencia N, et al. Dynamics of Population Immunity Due to the Herd Effect in the COVID-19 Pandemic. *Vaccines* (Basel). 2020;8(2). Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2020/09/Inmunidad-de-reban%CC%83o\\_Cesar-Munayco.pdf](https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2020/09/Inmunidad-de-reban%CC%83o_Cesar-Munayco.pdf)
30. To KK, Tsang OT, Leung WS, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *The Lancet. Infectious Diseases*. 2020;20(5):565-574. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/32213337>
31. Noguera-Valverde, R. Inmunizaciones, algunos apuntes sobre las vacunas. *Inmunizaciones*. Noguera-Valverde, R, Costa Rica. La Unión, 2009. 3-10. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cD0AQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=inmunizaciones+&ots=LWwCDj5Qu3&sig=j8bxWrJ33YPsKlQ5akCtwvd4H8g#v=onepage&q=inmunizaciones&f=false>
32. ¿Cómo actúan las vacunas? Organización Mundial de la salud. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/how-do-vaccines-work>
33. Asociación española de pediatría. Comité asesor de vacunas. Manual de vacunas en línea de la AEP. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://vacunasaep.org/printpdf/documentos/manual/cap-1>
34. Chung JY, Thone MN, Kwon YJ. COVID-19 vaccines: The status and perspectives in delivery points of view. *Adv Drug Deliv Rev*. 2021;170:1-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7759095/>
35. Efectos secundarios de las vacunas contra COVID-19. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/side-effects-of-covid-19-vaccines>
36. La vacuna de Oxford/AstraZeneca contra la COVID-19: lo que debe saber. Organización mundial de la salud. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/the-oxford-astrazeneca-covid-19-vaccine-what-you-need-to-know>
37. Definición de Efecto Adverso. Instituto Nacional del Cáncer. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/efecto-adverso?redirect=true>

38. Enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19): seguridad de las vacunas. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines-safety](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines-safety)
39. Definición de Intención. Real Academia Española. Asociación de academias de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/intenci%C3%B3n>
40. Definición de Vacilación. Gran Diccionario de la Lengua Española © 2016 Larousse Editorial, S.L. Disponible en: <https://dle.rae.es/vacilaci%C3%B3n?m=form>
41. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 2015;33(34):4161-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25896383/>
42. Barello S, Nania T, Dellafiore F, Graffigna G, Caruso R. 'Vaccine hesitancy' among university students in Italy during the COVID-19 pandemic. Eur J Epidemiol. 2020;35(8):781-783. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32761440/>
43. Dror, A.A., Eisenbach, N., Taiber, S. et al. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. Eur J Epidemiol 2020;35,775–779. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-020-00671-y>
44. Noticias falsas y desinformación, otra pandemia del coronavirus. Noticias ONU. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472922>
45. Fake News: desinformación en la era de la sociedad de la información. Ambitos: Revista internacional de comunicación, [Internet]. 2019;45,29-52. Disponible en: [https://institucional.us.es/revistas/Ambitos/45/Mon/Fake\\_News-desinformacion\\_en\\_la\\_era\\_de\\_la\\_sociedad\\_de\\_la\\_informacion\\_.pdf](https://institucional.us.es/revistas/Ambitos/45/Mon/Fake_News-desinformacion_en_la_era_de_la_sociedad_de_la_informacion_.pdf)
46. Alcázar, L. La lucha contra la desinformación en la comunicación digital durante la pandemia de COVID-19: estudio de caso de El Método del Lab RTVE”, RAEIC, Revista de la Asociación Española de Investigación de la Comunicación, 2020;7,14, 78-103. Disponible en: <http://www.revistaeic.eu/index.php/raeic/article/view/267>
47. Izquierdo Martínez A. Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. Revista Complutense de Educación. 2020;16,2,601-619. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0505220601A/15990>
48. Definición de Comorbilidad. Real Academia Española. Asociación de academias de la lengua española. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/comorbilidad>

49. Blanco Aspiazu Miguel Ángel, Kou Shunchao, Xueqing Li. La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. Rev haban cienc méd. 2017;16(1): 12-24. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2017000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000100004)
50. Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A. et al. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. Int J Ment Health Addiction (2020). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11469-020-00354-5>
51. Freeman D, Loe BS, Chadwick A, et al. COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: the Oxford coronavirus explanations, attitudes, and narratives survey (Oceans) II. Psychol Med. 2020;1-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33305716/>
52. Guidry JPD, Laestadius LI, Vraga EK, et al. Willingness to get the COVID-19 vaccine with and without emergency use authorization. Am J Infect Control. 2021;49(2):137-142. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7677682/>
53. Schwarzing M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti JP. Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance? PLoS One. 2010;5(4):e10199. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0010199>
54. Neumann-Böhme, S., Varghese, N.E., Sabat, I. et al. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. Eur J Health Econ 2020;21,977–982. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7317261/>
55. Bish F, Yardley A, Nicoll L, & Michie, S. Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: A systematic review. Vaccine, 2011;29(38), 6472–6484. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11010012>
56. Detoc M, Bruel S, Frappe P, Tardy B, Botelho-Nevers E, Gagneux-Brunon A. Intention to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial and to get vaccinated against COVID-19 in France during the pandemic. Vaccine. 2020;21;38(45):7002-7006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32988688/>
57. J: Brooks D.J., Saad L. The COVID-19 Responses of Men vs. Women. Gallup. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://news.gallup.com/opinion/gallup/321698/covid-responses-men-women.aspx>

58. K: Lin C, Tu P, Beitsch LM. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. *Vaccines* (Basel). 2020;9(1):16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7823859/#>



## ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario

## CUESTIONARIO

Somos estudiantes de la Facultad de Medicina Humana e investigadores de la Universidad Católica de Santa María y estamos realizando el proyecto de investigación titulado “Evaluación de la intención de vacunación contra COVID-19 y sus factores asociados en la población adulta- Arequipa 2021””

La participación en este estudio es **ESTRICTAMENTE VOLUNTARIA**. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán **ANÓNIMAS**.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacerlas a través del correo 70292665@ucsm.edu.pe, si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómodas, tiene derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

LA SIGUIENTE ENCUESTA ESTÁ DIRIGIDA A PERSONAS ENTRE 18 Y 60 AÑOS QUE NO HAN RECIBIDO LA VACUNA CONTRA COVID-19

**Responda marcando la respuesta correcta:**

### **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. **Género social:**
  - A. Femenino
  - B. Masculino
2. **Edad:**
  - A. 18-30
  - B. 31-40
  - C. 41-50
  - D. 51-60
3. **Estado civil**
  - A. Soltero
  - B. Casado
  - C. Viudo
  - D. Divorciado
  - E. Conviviente
4. **Religión:**
  - A. Católico
  - B. Cristiano
  - C. Testigo de Jehová
  - D. Adventista

- E. Mormón  
F. Otro: Especifique: \_\_\_\_\_

**5. Grado de instrucción:**

- A. Ninguno (no asistió al colegio)  
B. Primaria completa  
C. Secundaria completa  
D. Técnico superior  
E. Estudiante de pregrado  
F. Universitario: graduado  
G. Otro à Especifique: \_\_\_\_\_

**6. Ocupación:**

- A. Desempleado  
B. Labor activa

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

**7. Afecciones médicas crónicas: (puede marcar más de una opción):**

- A. Obesidad  
B. Diabetes  
C. Hipertensión  
D. Enfermedad renal  
E. Asma  
F. VIH-SIDA  
G. TBC  
H. Otros: Especifique: \_\_\_\_\_

**8. Antecedentes de vacunación previa contra la influenza estacional:**

- A. Si  
B. No

**FACTORES ASOCIADOS A COVID-19**

**9. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 antes?:**

- A. Si  
B. No

**10. ¿Cumple usted con las medidas sanitarias de prevención de Covid-19? (lavado de manos, uso de doble mascarilla y distanciamiento físico)**

- A. Si  
B. No

**11. ¿Cuál es su fuente de información de COVID-19?: (puede marcar más de una opción)**

- A. Televisión  
B. Redes Sociales

- C. Radio
- D. Internet
- E. Periódico
- F. Otro: \_\_\_\_\_

**12. Temores sobre COVID-19:**

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

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)	1	2	3	4	5
6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5

**13. Vacilación de la vacuna: (marque una opción)**

**13.1. Cómo respondería ante la posibilidad de ser vacunado contra COVID-19:**

- A. Definitivamente
- B. Probablemente
- C. Puede que sí o no
- D. Probablemente no
- E. Definitivamente no
- F. No lo sé

**13.2. Si tuviera una vacuna COVID-19 disponible**

- A. Querría conseguirla tan rápido como sea posible
- B. Me la pondría cuando me la ofrezcan
- C. No estoy seguro de lo que haría
- D. Lo pospondría (retrasaría)
- E. Me negaría a recibirla
- F. No lo sé

**13.3. Describiría mi actitud para recibir la vacuna contra COVID-19 como:**

- A. Muy entusiasta

- B. Bastante positivo
  - C. Neutral
  - D. Bastante incómodo
  - E. En contra
  - F. No lo sé
- 13.4. Si la vacuna contra el COVID-19 estuviera disponible en mi farmacia local, me gustaría:**
- A. Conseguirla lo antes posible.
  - B. Conseguirla cuando tenga tiempo.
  - C. Retrasar conseguirla.
  - D. Evitar conseguirla durante el mayor tiempo posible.
  - E. Nunca conseguirla.
  - F. No lo sé
- 13.5. Si mi familia o amigos estuvieran pensando en vacunarse contra COVID-19, yo:**
- A. Motivarlos encarecidamente.
  - B. Motivarlos.
  - C. No les diría nada al respecto.
  - D. Les pediría que retrasen la vacunación.
  - E. Les sugeriría que no se vacunen
  - F. No lo sé
- 13.6. Me describiría a mi mismo como:**
- A. Ansioso por recibir una vacuna COVID-19
  - B. Dispuesto a recibir la vacuna COVID-19
  - C. No me preocupa por recibir la vacuna COVID-19
  - D. No estoy dispuesto a recibir la vacuna COVID-19
  - E. Antivacunación para COVID-19
  - F. No lo sé
- 13.7. Recibir una vacuna COVID-19 es:**
- A. Realmente importante
  - B. Importante
  - C. Ni importante ni poco importante
  - D. Sin importancia
  - E. Realmente poco importante
  - F. No lo sé
- 14. EN CONCLUSIÓN, ¿Se colocará usted la vacuna contra COVID-19? Si su respuesta es SI, ha finalizado la encuesta. Gracias por su participación.**
- A. Si
  - B. No
- 15. Si su respuesta fue NO, ¿cuáles son los motivos de rechazo a vacuna Covid-19: (Puede marcar más de una alternativa)**

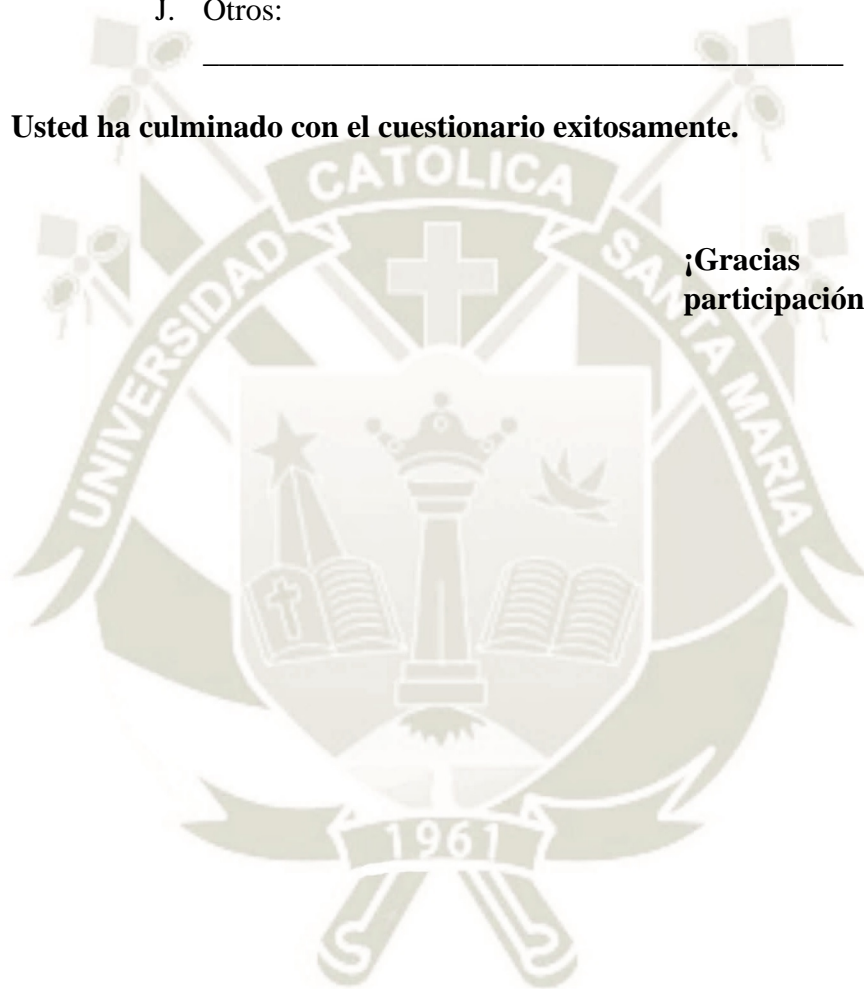
- A. Efectos secundarios peligrosos.
- B. Odio las agujas y las inyecciones.
- C. Estoy sano y bajo riesgo de infección.
- D. Prefiero desarrollar inmunidad y no a través de la vacuna.
- E. Soy joven y tengo bajo riesgo de infección.
- F. No funcionaría.
- G. Alérgico a la vacuna
- H. Ya soy inmune
- I. Si me infectara, no me enfermaría gravemente.
- J. Otros:

Especifique:

\_\_\_\_\_

**Usted ha culminado con el cuestionario exitosamente.**

**¡Gracias por su participación!**





## **Anexo 2: Aprobación del comité de ética**

**COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM**



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION  
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

**SUJETOS DE ESTUDIO:**

Muestra de 300 personas que consientan ser parte del estudio.

**RIESGO DEL ESTUDIO:**

Mínimo

**OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

**DICTAMEN:**



***DICTAMEN FAVORABLE***  
***268- 2021***

Ivo Palomino  
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM



## **Anexo 3: Matriz de sistematización de datos**









id	medidas	influenzavac	tem1	tem2	tem3	tem4	tem5	tem6	tem7	tempuntaje	hes1	hes2	hes3	hes4	hes5	hes6	hes7	hospuntaje	vacuna	efectos	agujas	laborioso	inmunidadpropia	juven	nofunciona	alergia	immune	nograve	otromotivo	seguridad			
1	1	0	4	4	5	4	4	2	4	27	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28			
2	1	0	3	4	2	2	4	3	2	18	2	2	3	2	2	3	2	1	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	19			
3	1	1	2	3	3	4	3	2	2	19	1	1	2	1	2	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25			
4	1	0	4	3	2	5	4	2	4	24	1	1	1	1	1	2	1	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27			
5	1	0	1	2	1	2	1	2	1	30	1	1	1	1	1	2	2	3	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23			
6	0	1	4	4	4	4	5	2	5	28	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28			
7	1	0	4	4	1	4	4	2	2	21	1	2	2	1	2	2	1	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24			
8	1	0	2	2	2	2	2	2	2	14	1	2	1	1	1	2	1	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26			
9	1	1	5	4	2	4	1	1	1	18	2	1	1	1	1	2	1	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26		
10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	2	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25		
11	1	0	4	4	4	4	4	4	4	28	1	2	2	1	1	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25		
12	1	0	3	1	2	3	3	2	3	17	2	2	2	2	2	2	2	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21		
13	1	0	2	2	2	2	5	2	2	17	1	2	2	1	2	2	2	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23		
14	1	0	3	3	3	3	3	3	3	21	3	0	3	0	3	3	3	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	23		
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	2	2	1	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27		
16	0	1	4	5	4	5	3	4	3	30	1	2	2	2	2	2	1	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23		
17	0	2	4	1	1	2	1	1	1	12	2	3	3	0	3	0	3	0	11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	24		
18	1	0	2	2	1	2	3	1	1	12	2	2	3	2	2	3	3	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18		
19	1	0	4	4	1	3	2	3	1	16	1	2	2	2	1	2	1	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24		
20	1	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23		
21	1	0	3	3	3	4	4	2	1	20	1	2	1	2	1	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
22	1	0	2	2	2	2	1	2	2	13	2	2	2	1	2	2	1	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
23	1	0	2	1	1	2	1	1	1	9	1	1	1	1	1	1	2	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
24	1	0	4	3	2	4	4	2	2	21	2	2	2	1	2	2	2	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	
25	1	0	3	3	1	1	1	1	1	14	2	3	3	2	2	2	3	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	
26	1	0	4	4	2	3	3	3	3	22	1	1	1	1	1	1	2	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
27	1	1	4	1	1	1	4	3	1	2	16	1	2	2	2	2	2	1	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
28	1	0	2	2	2	2	2	2	2	14	1	2	2	1	1	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
29	1	1	3	4	3	4	4	3	3	24	1	2	2	1	1	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
30	0	0	3	3	1	1	1	1	1	14	2	3	3	2	2	3	2	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	
31	1	0	5	5	2	3	3	1	1	20	1	2	2	1	2	2	1	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	
32	1	0	2	2	1	1	2	1	1	10	2	2	3	2	2	3	2	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	
33	1	0	4	4	1	3	3	1	1	17	2	2	3	2	2	3	2	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	
34	1	0	1	2	1	2	1	1	1	9	1	2	2	1	2	2	1	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	
35	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	
36	1	0	1	3	3	1	1	1	1	11	4	4	4	5	4	4	4	29	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
37	0	1	2	2	2	2	2	2	2	14	1	2	2	1	1	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
38	1	1	4	2	1	3	1	1	1	13	1	2	1	1	1	2	1	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	
39	1	0	4	4	2	4	4	2	3	23	1	1	2	1	2	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	
40	1	0	4	4	1	1	1	1	1	17	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
41	1	0	4	4	3	4	4	3	4	26	1	1	1	1	1	2	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
42	0	0	2	2	2	2	2	2	2	14	2	1	2	1	3	2	2	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	
43	1	0	4	4	2	5	4	4	5	28	1	1	2	1	1	2	1	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	
44	1	0	4	4	2	4	4	2	2	22	1	1	1	1	1	2	2	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
45	1	0	3	3	2	4	2	2	1	17	2	2	2	1	2	2	2	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
46	0	0	5	4	3	5	4	2	2	25	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
47	1	0	5	5	2	5	4	3	2	26	1	1	2	1	1	1	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
48	0	0	3	5	2	2	3	1	1	17	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
49	1	0	4	3	3	4	3	2	4	21	0	0	0	0	0	0	3	2	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
50	1	0	4	3	1	4	3	3	4	19	1	2	2	1	1	2	1	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
51	1	0	4	4	1	4	4	1	1	19	1	2	2	1	2	2	1	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
52	1	0	4	2	2	4	2	2	2	18	1	1	2	1	2	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
53	1	0	1	1	1	2	2	1	2	10	1	2	1	1	2	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
54	1	1	5	5	3	5	5	5	4	32	1	1	2	1	1	2	1	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
55	1	1	4	2	2	4	4	1	2	19	4	4	2	2	1	2	2	1	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
56	1	0	4	1	1	4	1	1	2	14	1	2	1	1	1	1	3	2	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
57	1	0	1	1	2	1	2	2	2	11	1	1	2	1	1	2	2	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
58	1	1	3	3	1	2	2	2	2	15	1	2	3	2	2	2	2	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
59	1	0	5	4	1	2	1</																										





1. Género Social	Masculino	0
	Femenino	1
2. Edad	18-30	0
	31-40	1
	41-50	2
	51-60	3
		0
3. Estado Civil	Soltero	0
	Casado	1
	Divorciado	2
	Conviviente	3
	Viudo	4
4. Religión	Católico	0
	Cristiano	1
	Adventista	2
	Ateo	3
	Mormón	4
5. Grado de Instrucción	Ninguno (no asistió al colegio)	0
	Primaria Completa	1
	Secundaria Completa	2
	Técnico Superior	3
	Estudiante de Pregrado	4
	Universitario (graduado)	5
6. Área de Residencia	Urbana	0
	Rural	1
7. Ocupación	No	0
	Sí	1
8. ¿Padece de alguna enfermedad crónica (puede marcar más de una opción):	Obesidad	No=0 /Si=1
	Diabetes	
	Hipertensión	
	Enfermedad Renal	
	Asma	
	Inmunosupresión	
9. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 antes?	No	0
	Sí	1
10. ¿Cuáles son sus fuentes de información de COVID-19? (puede marcar más de una opción)	Televisión	No=0 /Si=1
	Radio	
	Periódico	
	Redes Sociales	
	Internet	
11. ¿Cumple usted con las medidas sanitarias de prevención de COVID-19? (lavado de manos, uso de doble mascarilla y distanciamiento físico)	Subóptimo=0	0
	Óptimo=1	1
12. ¿Ha sido vacunado contra la influenza estacional? (en los últimos 3 años)	No	0
	Sí	1
<b>13. Temores sobre COVID-19 (deslice hacia la izquierda para ver todas las opciones)</b>		
1) Tengo mucho miedo del Coronavirus (COVID-19)		
2) Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)		
3) Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)		
4) Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)		
5) Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)		
6) No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)		
7) Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)		
<b>14. Vacilación de la vacuna Covid 19 (Cómo respondería ante la posibilidad de ser vacunado):</b>		
1) ¿Se colocaría una vacuna COVID 19 si se le ofreciera?	Definitivamente	1
	Probablemente	2
	Puede que sí o no	3
	Probablemente no	4
	Definitivamente no	5
	No lo sé	-
2) Si tuviera una vacuna COVID 19 disponible	Querría conseguirla tan rápido como sea posible	1
	Me la pondría cuando me la ofrezcan	2
	No estoy seguro de lo que haría	3
	Lo pospondría (retrasaría)	4
	Me negaría a recibirla	5
	No lo sé	-
3) Describiría mi actitud para recibir la vacuna contra el COVID 19 como:	Muy entusiasta	1
	Bastante positivo	2
	Neutral	3
	Bastante incómodo	4
	En contra	5
	No lo sé	-
4) Si la vacuna contra el COVID 19 estuviera disponible en mi farmacia local, me gustaría:	Conseguirla lo antes posible.	1
	Conseguirla cuando tenga tiempo.	2
	Retrasar conseguirla.	3
	Evitar conseguirla durante el mayor tiempo posible.	4
	Nunca conseguiría.	5
	No lo sé	-
5) Si mi familia o amigos estuvieran pensando en vacunarse contra COVID 19, yo:	Motivarlos encarecidamente.	1
	Motivarlos.	2
	No les diría nada al respecto.	3
	Les pediría que retrasen la vacunación.	4
	Les sugeriría que no se vacunen	5
	No lo sé	-
6) Me describiría a mí mismo como:	Ansioso por recibir una vacuna COVID 19	1
	Dispuesto a recibir la vacuna COVID 19	2
	No me preocupo por recibir la vacuna COVID 19	3
	No estoy dispuesto a recibir la vacuna COVID 19	4
	Antivacunación para COVID 19	5
	No lo sé	-
7) Recibir una vacuna COVID 19 es:	Realmente importante	1
	Importante	2
	Ni importante ni poco importante	3
	Sin importancia	4
	Realmente poco importante	5
	No lo sé	-
<b>15. EN CONCLUSIÓN, ¿Se colocará usted la vacuna contra COVID-19? (Si su respuesta es SI, ha finalizado la encuesta. Gracias por su participación)</b>		
No		
Sí		
16. Si su respuesta fue NO, ¿Cuáles son los motivos de rechazo a vacuna Covid-19: (Puede marcar más de una alternativa)	Efectos secundarios peligrosos	0
	Odio las agujas y las inyecciones	1
	Estoy sano y bajo riesgo de infección	2
	Prefiero desarrollar inmunidad y no a través de la vacuna	3
	Soy joven y tengo bajo riesgo de infección	4
	No funcionaría	5
	Alérgico a la vacuna	6
	Ya soy inmune	7
	Si me infectara, no me enfermaría gravemente	8
	Otro	9

Puntaje	7-35
Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5