

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE MEDICINA



“PERCEPCIÓN DE LA ACEPTACIÓN DE VACUNACION CONTRA EL COVID-19  
Y FACTORES RELACIONADOS EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE  
SALUD I-4 JAVIER LLOSA GARCÍA, HUNTER, AREQUIPA 2022”

Tesis presentada por:

Ale Olazabal, Cesar Rodrigo

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Med. Yenny Del Pilar Cala Rodriguez

Médica Cirujana

Especialidad: Medicina Familiar

Arequipa – Perú

2022

## DEDICATORIA

A Dios, a quien mucho he pedido y poco he agradecido, y a pesar de todo siendo protector en mi camino de la vida.

A mi madre, por el ejemplo diario y la paciencia brindada para con sus hijos, apoyando toda decisión que tomé y brindándome consuelo en los momentos de labilidad, motivo de lo que soy y seré, te amo mucho mama Velmy.

A mi padre Cesar, que ya en el cielo me protege y guía mis pasos, con el que guardo esos pocos, pero bellos momentos que pasamos juntos.

A mis hermanos, Fernando y Ariana, que tuvieron paciencia en las veces que estuve ausente, siempre estaré para ustedes.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia extensa, por estar siempre dispuestos, por sus consejos, amor y cariño brindado, siempre tratare que estén orgullosos.

A mis amigos, que aprecio mucho y recuerdo, momentos divertidos y tristes que jamás olvidare

A Milagros, mi compañera de vida y estudio, cuyas conversaciones largas e incansables me renuevan, a la cual agradezco por estar a mi lado.

A la Dra. Yenny, por su apoyo y compromiso brindado, gracias por su tiempo y guía.

## INDICE

	Página
1. <b>RESUMEN</b>	04
2. <b>ABSTRACT</b>	05
3. <b>INTRODUCCIÓN</b>	06
4. <b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	06
5. <b>CAPÍTULO II: METODOLOGÍA</b>	20
6. <b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b>	23
7. <b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN</b>	29
8. <b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	37
9. <b>BIBLIOGRAFÍA</b>	38
10. <b>ANEXOS</b>	46

## RESUMEN

La percepción de aceptación a la vacunación contra el COVID-19 es compleja y específica, varía según el contexto social, tiempo, lugar; a pesar de las campañas y la disponibilidad de los servicios de vacunación.

**Objetivo:** Determinar la percepción de aceptación y factores relacionados a la vacunación contra el COVID-19 en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter, Arequipa 2022. **Métodos:** Éste es un estudio observacional, prospectivo, transversal, realizado el mes de abril, de muestreo por conveniencia, con 204 personas que acudieron al Centro de Salud y aceptaron realizar el cuestionario, basado en una ficha de recolección de datos y el instrumento VAC-COVID-19. Se realizó un análisis descriptivo, prueba de hipótesis, y la relación de las variables a través de un análisis bivariado y regresión de poisson en el programa estadístico Stata

**Resultados:** De los 204 participantes, el 71,6% aceptaron la vacuna; 63,7% fueron del sexo femenino; 43,6% tuvieron entre 18 a 30 años; el 36,3% fueron solteros; 73,5% residían en Hunter; 50,5% tuvieron grado de estudios superior; 58,8% tuvo contagio previo por COVID-19; 52,4% se vacunaron contra la influenza en la temporada anterior. Se obtuvo que existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el grupo etario, el sexo y haberse vacunado contra la influenza de la temporada anterior, con la percepción de la aceptación a la vacunación contra el COVID-19.

**Conclusiones:** Se encontró que la percepción de aceptación a la vacunación contra el COVID-19 fue 71,6%; además se encontró relación estadísticamente significativa con el sexo, la edad y haberse vacunado contra la influenza previamente. Resulta oportuno seguir brindando información a la población respecto a la importancia de la vacunación.

**Palabras Clave:** vacunación; percepción; aceptación; covid-19

## **ABSTRAC**

The perception of acceptance of vaccination against COVID-19 is complex and specific, it varies according to the social context, time, place; despite campaigns and the availability of vaccination services.

**Objective:** To determine the perception of acceptance and factors related to vaccination against COVID-19 in the Javier Llosa García Health Center, Hunter, Arequipa 2022. **Methods:** This is an observational, prospective, cross-sectional study, carried out in April, convenience sample, with 204 people who attended the Health Center and agreed to take the questionnaire, based on a data collection form and the VAC-COVID-19 instrument. A descriptive analysis, hypothesis test, and the relationship of the variables were carried out through a bivariate analysis and logistic regression in the Stata statistical program.

**Results:** Of the 204 participants, 71.6% accepted the vaccine; 63.7% were female; 43.6% were between 18 and 30 years old; 36.3% were single; 73.5% resided in Hunter; 50.5% had a higher education degree; 58.8% had previous infection with COVID-19; 52.4% were vaccinated against influenza in the previous season. It was found that there is a statistically significant relationship ( $p < 0.05$ ) between age group, sex and vaccination against influenza in the previous season, with the perception of acceptance of vaccination against COVID-19.

**Conclusions:** It was found that the perception of acceptance of vaccination against COVID-19 was 71.6%; in addition to a statistically significant relation with the sex, aged and vaccinated against influenza. It is timely to continue providing information to the population regarding the importance of vaccination.

**Keywords:** vaccination; perception; acceptance; covid-19

## INTRODUCCIÓN

El nuevo virus de SARS-CoV-2 que causó la pandemia por COVID-19 en el año 2020 ha sido una de las más grandes emergencias sanitarias a nivel mundial y una de las más difíciles de lidiar, debido al poco conocimiento que se tenía sobre el virus(1). Actualmente, la incidencia de casos ha disminuido gracias a las restricciones y al rápido acceso a información en tanto a la biología del virus, así como sus mecanismos de transmisión, características clínicas, mejoras en la metodología de diagnóstico y manejo adecuado de las personas infectadas(1).

Se han probado más de 100 ensayos clínicos en humanos y muchos de ellos han llegado a etapas finales de la prueba (2,3), gracias a las cuales se ha iniciado la campaña de vacunación en diferentes países del mundo con lo que se ha podido contener la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 (4).

Sin embargo, pese al desarrollo de vacunas e información sobre el beneficio de estas con artículos publicados online al alcance de la población(4), la falta de información por parte de esta y en algunos casos, tener conocimiento de manera errónea por información falsa dada por los medios de comunicación, conllevó a una baja tasa de aceptación de la vacuna por la población(5). Sumado a esto, el incumplimiento de las medidas de restricción puestas por el gobierno, hicieron que la pandemia se alargue en ciertos países como el Perú(6).

Diversos estudios han mostrado que los factores que más influyeron sobre la aceptación de la vacuna fueron la religión, política, barreras geográficas, conocimiento, sistema de salud, diseño del programa de vacunación(7–9). La aceptación de la vacunación permite la creación de inmunidad rebaño o colectiva (10), reduciendo la transmisión, sintomatología y el riesgo de mutaciones del virus(7).

El Perú inició su campaña de vacunación el 9 de septiembre 2020(11), sin embargo, pese a que muchos países han tenido una alta tasa de vacunación como China(12), Reino Unido(13) entre otros(14); en el Perú, según una encuesta realizada por ipsos en el año 2021, se encontró que aproximadamente un 35% de la población no se vacunaría por miedo a los efectos adversos(15).

Según los últimos reportes del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), se evidencia que 87,10% de la población presenta la primera dosis de vacuna para COVID-19, un 78,59% presenta la segunda dosis y tan solo 36,76% presenta la tercera dosis(11). Esta disminución progresiva de la cobertura vacunal conlleva a un gran riesgo para la población de enfermar y hacer cuadros severos. Por ello, es importante conocer las percepciones de las personas y factores relacionados a la intención de vacunarse, con el fin de diseñar campañas de promoción y prevención, para lograr un proceso de vacunación exitoso.

También se espera que este trabajo sirva como punto de referencia para que otros centros de salud de características similares puedan analizar y mejorar la captación y cumplir con las metas de cobertura implementando estrategias de salud pública que desarrollen mensajes efectivos sobre las campañas de vacunación.

En este estudio presentamos las percepciones a la aceptación de la vacunación contra la COVID 19 y factores relacionados en las personas que acuden al Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter, Arequipa.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la percepción de la aceptación de vacunación contra el COVID-19 y factores relacionados en personas que acuden al centro de salud I-4 Javier Llosa García, Hunter, Arequipa, 2022?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Determinar la percepción de vacunación contra el COVID-19 y los factores relacionados en las personas que acuden al Centro de Salud I-4, Javier Llosa García

### **Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las personas que acuden al Centro de Salud I-4, Javier Llosa García
- Determinar la percepción de la aceptación de vacunación contra el COVID-19



- Determinar si las características sociodemográficas son factores relacionados con la percepción de la aceptación de vacunación contra el COVID-19.

## CAPÍTULO I

### MARCO TEORICO

#### 1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE SARS-COV-2

Los coronavirus son virus ARN, cadena positiva, dentro de una envoltura. La secuenciación genómica determinaron que el coronavirus que causa la COVID-19 es un beta coronavirus(16). El receptor celular del huésped es la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), que se une a ACE2 a través de la proteína spike, específicamente en el dominio de unión al receptor en S1(17).

A partir de observaciones en miles de pacientes en todo el mundo, se sabe que el período de incubación habitual de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es de 5 días y que la gran mayoría de los pacientes infectados que desarrollan síntomas lo harán dentro de 10 a 14 días(18). La transmisión viral por el tracto respiratorio generalmente comienza aproximadamente 3 días antes del inicio de los síntomas y disminuye una vez que el paciente presenta síntomas(17). Clínicamente, no existen características específicas que puedan diferenciar esta enfermedad de otras infecciones respiratorias virales. Incluso cierto porcentaje de personas permanecen asintomáticas, mientras que en otros la infección puede causar enfermedad, de leve a crítico, llevando a que algunos pacientes necesiten cuidados intensivos para su manejo, presentando mayor mortalidad los pacientes adultos mayores. Los síntomas como tos o fiebre, hallazgos de la auscultación pulmonar o signos como la saturación de oxígeno, es la forma sencilla y más fácil información diagnóstica disponible(19).

En cuanto al diagnóstico, la técnica de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT), , también llamada, ensayo de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (RT-PCR), que sirve para encontrar el ARN del SARS-CoV-2 en la vía respiratoria superior es el método de diagnóstico ideal para esta enfermedad(20).

En entornos donde el acceso a este método es limitado, es demasiado costoso o tardaría demasiado en obtener resultados, una opción válida de diagnóstico es la prueba de antígeno, usada como método inicial en personas sintomáticas de la SARS-CoV-2 que se encuentren en las primeras fases de la infección. Las pruebas de antígeno varían en sensibilidad. En las personas con signos y síntomas de COVID-19, la sensibilidad aumenta durante los primeros días de la enfermedad, donde la carga viral es más alta. Debido a la sensibilidad variable de las pruebas de antígenos, las personas que dan negativo aún pueden estar infectadas(21).

Las pruebas serológicas detectan anticuerpos contra el COVID-19 en sangre, siendo aprobadas y ayudando a reconocer a personas que anteriormente infección por COVID-19, como también a pacientes con enfermedad actual que presentaron síntomas en tres o cuatro semanas. Y puesto que hay menor probabilidad que las pruebas serológicas sean positivas los primeros días o semanas de enfermedad, presentan una limitada utilidad para el diagnóstico en el contexto agudo(22).

Para facilitar una adecuada valoración y aplicación terapéutica se planteó un sistema de estadificación clínica, reconociendo que la enfermedad por SARS-CoV-2 se manifiesta en tres fases de severidad en forma creciente, con características clínicas progresivas, respuesta al tratamiento y evolución clínica(22).

- Fase I (leve): Infección precoz
- Fase II (moderada): Compromiso pulmonar (IIa) sin y (IIb) con hipoxia
- Fase III (grave): Hiperinflación sistémica

La mayoría de los pacientes con COVID-19 se recuperan sin problemas, pero algunos pacientes progresan y desarrollan neumonía con hipoxemia, inflamación sistémica y un estado de hipercoagulabilidad(22).

## **2. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA PANDEMIA**

La vigilancia continua de la pandemia por SARS-CoV-2, exige el diseño de múltiples estrategias sostenibles basadas en medicina con evidencias para reducir la transmisión de SARS-CoV-2. Estas estrategias incluyen(23):

- a) Uso universal de mascarillas
- b) Distanciamiento físico y contactos limitados
- c) Rehuir espacios cerrados no necesarios y espacios al aire libre concurridos
- d) Incrementar pruebas diagnósticas para detectar y separar precozmente a las personas infectadas sintomáticas y asintomáticas.
- e) Identificar, poner en cuarentena y evaluar rápidamente a los contactos cercanos de personas con COVID-19 conocido.
- f) Resguardar a personas adultas mayores o con mayor riesgo de enfermedad grave o muerte.
- g) Protección a personal de salud y trabajadores relacionados con la provisión de equipo de protección personal correcto y practica de actividades laborales protegidas.
- h) Aplazamiento de viajes
- i) Mejorar la ventilación en ambientes cerrados, cultivar la higiene de las manos, limpieza y desinfección
- j) Amplia disposición y uso correcto de vacunas con eficacia

## **3. VACUNACIÓN CONTRA COVID-19**

La alta cobertura y disponibilidad en ascenso de vacunas contra SARS-CoV-2 eficaces y seguras, expone la medida estratégica sanitaria fundamental para el control de esta pandemia. Aunque el desarrollo de la vacuna contra SARS-CoV-2 ha aumentado, cada vacuna ha pasado por las etapas preclínicas y clínicas estándar de desarrollo. Los criterios de seguridad se han mantenido estrictos; los comités de monitoreo y seguridad de datos agregados por expertos independientes en vacunas y promotores del estudio evalúan los eventos adversos que se notifican en cada fase del estudio clínico, aprobando el avance a la siguiente fase(24).

### 3.1 VACUNAS APROBADAS POR LA OMS

La OMS valido el uso de algunas vacunas contra la COVID-19. Recordando que el primer programa de aplicación de vacunas masiva inicio a principios de diciembre de 2020, siendo el número de dosis de vacunas administradas actualizada diariamente(25).

#### a) BNT162b2 de Pfizer-BioNTec

- **Fecha de aprobación:** 31 de diciembre de 2020
- Vacuna de ARNm que se administra a través de una nanopartícula lipófila, para expresar la proteína de cubierta spike.
- **Eficacia e inmunogenicidad:** La eficacia de la vacuna de la serie primaria de dos dosis fue del 95 % (IC del 95 %: 90,3-97,6) para personas de 16 años, 100 % (95 % IC 75,3-100) para personas de 12 a 15 años y 91 % para personas de 5 a 11 años(26).
- **Dosis e intervalo:**
  - 5 a 11 años: se administran dos dosis intramusculares de 0,2 ml (10 mcg; formulación de tapa naranja) cada una con tres semanas (21 días) de diferencia(26).
  - $\geq 12$  años: se administran dos dosis intramusculares de 0,3 ml (30 mcg; formulación de tapa morada o gris) cada una con tres semanas (21 días) de diferencia. Las personas sanas  $< 65$  años pueden extender el intervalo a ocho semanas(26).
- **Dosis de refuerzo:** se recomienda una dosis intramuscular de 0,3 ml (30 mcg; formulación de tapa morada o gris) para todas las personas de 12 años o más, con un tiempo mínimo de 5 meses después(27).
- **Efectos adversos:**
  - Comunes: frecuentes, mayormente después de la segunda aplicación; limitándose a los dos primeros días después de la vacuna. Son las reacciones en el lugar de la inyección, dolor de cabeza , fatiga, mialgias, fiebre, dolor en las articulaciones y escalofríos(28).

- Graves: miocarditis y pericarditis, asociado en adolescentes y adultos varones(29). La incidencia de anafilaxia confirmada fue de 4,8 (IC del 95 %, 3,2 a 6,9) por millón de dosis(30).

#### **b) Oxford/AstraZeneca**

- Basado en un vector viral modificado, un adenovirus de chimpancé incompetente para la replicación de la proteína de cubierta spike(31).
- **Fecha de aprobación:** 16 de febrero de 2021
- **Eficacia e inmunogenicidad:** riesgo sustancialmente reducido de COVID-19 sintomático en los primeros meses después de la vacunación. En grandes ensayos controlados con placebo, la eficacia de la vacuna en una mediana de seguimiento de dos meses fue del 70 al 76 % (IC del 95 %: 54,8 a 80,6) a los 14 días o después después de la segunda dosis(32).
- **Dosis e intervalo:** Colocado por vía intramuscular, en dos dosis, evaluando el tiempo con un intervalo de 4 a 12 semanas. Tener en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las dosis se coloquen con un tiempo de entre 8 a 12 semanas(31).
- **Efectos adversos:** fiebre, fatiga y dolor de cabeza como presentación común, luego de recibir la vacuna. Se presentaron casos graves hasta en el 8 % de los vacunados(33).

#### **c) Ad26.CoV2.S de Janssen. Vacuna Johnson & Johnson**

- Basado en un vector viral modificado de adenovirus 26 incompetente para la replicación que codifica una proteína de pico estabilizada.
- **Fecha de aprobación:** 12 de marzo de 2021
- **Eficacia e inmunogenicidad:** La eficacia en una mediana de seguimiento de dos meses fue del 66,9 % de eficacia (IC del 95 %: 59,0-73,4) en adultos de 18 años o más(34).
- **Dosis e intervalo:** Se coloca solo una dosis, vía intramuscular, de 0,5 ml (5x10<sup>10</sup> partículas virales). Dosis de refuerzo: se recomienda una dosis intramuscular de 0,5 ml (5x10<sup>10</sup> partículas virales) para todos los adultos mayores de 18 años al menos dos meses después(35).

- **Efectos adversos:** Efectos locales frecuentes; la mayoría son de gravedad leve o moderada (es decir, no impiden realizar actividades diarias ni requieren analgésicos) y ocurren con mayor frecuencia el primer día después de la vacunación(35).

**d) La vacuna Moderna (ARNm-1273).**

- Vacuna de ARN mensajero (ARNm), es una nanopartícula de lípidos que expresa la codificación para la proteína de cubierta spike.
- **Fecha de aprobación:** 30 de abril de 2021
- **Eficacia e inmunogenicidad:** La eficacia en una mediana de seguimiento de dos meses fue del 94,1 % (IC del 95 %: 89,3-96,8) entre adultos de 18 años o más. Entre los adultos mayores, la eficacia de esta vacuna fue de 86,4 %(19).
- **Dosis e intervalo:** Son dos dosis, vía intramuscular, de 0,5 ml (100 mcg), con 28 días de diferencia. Las personas sanas <65 años pueden extender el intervalo a ocho semanas(27).
- **Efectos adversos:** Frecuentemente luego de la segunda dosis.
  - Comunes: Síntomas y signos en el lugar de aplicación (principalmente dolor, pero también enrojecimiento, hinchazón y prurito), fatiga, dolor de cabeza y mialgias en aproximadamente, fiebre, escalofríos y dolor en las articulaciones(28).
  - Graves: se han reportado casos de pericarditis y miocarditis, principalmente en adolescentes y adultos varones. La incidencia de anafilaxia confirmada fue de 5,1 por millón de dosis(30).

**e) La vacuna Sinopharm. WIV04 y HB02(36)**

- Vacuna basada en virus inactivos, de dos aislamientos diferentes de SARS-CoV-2; utilizando el hidróxido de aluminio como adyuvante.
- **Fecha de aprobación:** 7 de mayo de 2021
- **Eficacia e inmunogenicidad:** La eficacia de la vacuna se valoró en un 73 % (95 % IC 58-82) para WIV04 y un 78 % (95 % IC 65-86) para HB02, comparado con placebo.
- **Dosis e intervalo:** Dos dosis, vía intramuscular, 28 días de diferencia
- **Efectos adversos:** Dolor en zona de inyección, dolor de cabeza, fatiga

**f) La vacuna CoronaVac de Sinovac(37)**

- Aprobada el 1 de junio de 2021.
- Vacuna COVID-19 de virus inactivada; cultivada en células Vero, donde es incubada e inactivada para evitar replicación. Tiene un adyuvante de hidróxido de aluminio. La vacuna se administra por vía intramuscular en dos dosis con 28 días de diferencia. Viene en monodosis. Eficacia del 83,5 % en un estudio en Turquía (IC del 95 %: 65,4–92,).

**g) La vacuna BBV152 (Covaxin) de Bharat Biotech(38)**

- Aprobada el 3 de noviembre de 2021.
- Vacuna COVID-19 de virus inactivada, se desarrolló y se está utilizando en India; tiene un hidróxido de aluminio y un adyuvante agonista del receptor tipo toll. Dos dosis, vía intramuscular, 29 días de diferencia entre dosis. Eficacia del 78 % (IC del 95 %: 65-86).

**h) La vacuna Covavax, aprobada el 17 de diciembre de 2021**

**i) La vacuna Nuvaxovid, aprobada el 20 de diciembre de 2021**

### **3.2 VACUNAS DE INTERES NO APROBADAS POR LA OMS**

- Sputnik V /Gam-COVID-Vac (Del Instituto Gamaleya)
  - Desarrollado en Rusia, utiliza dos vectores virales modificados de adenovirus incompetentes para la replicación que expresan la proteína de cubierta spike. eficacia del 91,6 % (IC del 95 %: 85,6-95,2) en el momento de la segunda dosis(39).

## **4. TASA DE COBERTURA VACUNAL A NIVEL NACIONAL Y LOCAL**

En el Perú hasta el 13 de marzo de 2022 con un total de 66,366, 743 dosis aplicadas, se observándose los siguientes datos(11):

- ✓ Primera dosis: Dosis aplicadas: 28,553,724, cobertura: 87.10%
- ✓ Segunda dosis: Dosis aplicadas: 25,761,809, cobertura: 78.59%
- ✓ Tercera dosis: Dosis aplicadas: 12,051,210, cobertura:36.76%

Del mismo modo, en Arequipa, hasta el 13 de marzo del 2022, se encuentra:

- ✓ Primera dosis: Dosis aplicadas: 1,284,153 cobertura: 86.29%
- ✓ Segunda dosis: Dosis aplicadas: 1,175, 448 cobertura: 78.98%,

- ✓ Tercera dosis: Dosis aplicadas: 556,521 cobertura: 37.39%,  
Localmente, en el Distrito de Jacobo Hunter, Arequipa, la tasa de cobertura es:
- ✓ Primera dosis: Dosis aplicadas: 46,429 cobertura: 87.22%
- ✓ Segunda dosis: Dosis aplicadas: 42,886 cobertura: 80.56%,
- ✓ Tercera dosis: Dosis aplicadas: 19.948 cobertura: 37.47%,

## 5. PERCEPCIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN

La definición de rechazo o reticencia a la vacunación se define como “retraso en la aceptación o rechazo de la vacunación a pesar de la disponibilidad de los servicios de vacunación. La reticencia a las vacunas es compleja y específica del contexto, y varía según el tiempo, el lugar y las vacunas. Está influenciado por factores como la complacencia, la conveniencia y la confianza”(7).

### 5.1 FACTORES RELACIONADOS

- a) **Sexo:** Ser del sexo femenino se asoció a una menor prevalencia de intención de vacunación contra Covid-19. Así también, ser del sexo masculino se asoció a una percepción de aceptación positiva a la vacunación(12,40,41).
- b) **Edad:** Los adultos mayores tienen mayor aceptación de vacunarse en comparación con los jóvenes(42,43).
- c) **Estado civil:** Estar casado se asoció a una mayor percepción de aceptación de vacunación para Covid-19(12).
- d) **Grado de instrucción:** Las personas graduados y/o con títulos universitarios tiene mayor aceptación a vacunarse a diferencia con las personas sin ningún título universitario(42). Hubo una menor frecuencia de rechazo a la vacuna entre estudiantes universitarios(44) .
- e) **Área de procedencia:** Residir en un pueblo, aldea u otra área rural a diferencia de una ciudad se asoció a una probabilidad menor de intención de vacunación(40,41).
- f) **Vacunación previa contra la Influenza:** Haberse vacunado contra la influenza en la última temporada, aumenta la probabilidad de aceptar la vacunación contra el COVID-19 tan pronto como sea posible(12).



**g) Infección previa por COVID 19:** Se asocio una mayor prevalencia de intención de vacunación en aquellas personas que se infectaron previamente con Covid-19. Aquellos que no se infectaron mostraron una mayor frecuencia de no querer o no estar seguros de vacunarse(40).

## **6. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION**

### **6.1 INTERNACIONAL**

*A nivel internacional*, Jiahao Wang, en China del 2020, elaboro un trabajo que tuvo como finalidad encontrar la aceptación de las vacunas contra el COVID-19 en China y brindar sugerencias para las estrategias de vacunación y los programas de inmunización correspondientes. De los 2058 participantes encuestados se encontró que: 1879 (91. 3%) afirmó que aceptaría la vacunación contra el COVID-19 una vez que la vacuna esté disponible, siendo el 52,2% (980) los que se vacunarían, mientras que el 47,8% esperarían a vacunarse hasta que se determine la seguridad de la vacuna. Los encuestados tuvieron preferencia por una estrategia de vacunación de rutina con el 49,4 %, a una vacunación de emergencia con el 9,0 % o cualquiera de ellas con un 41,6 %. La regresión logística mostró que ser hombre, estar casado, percibir un alto riesgo de infección, haberse vacunado contra la influenza en la última temporada, creer en la eficacia de la vacunación contra el COVID-19 o valorar las sugerencias del médico podría aumentar la probabilidad de aceptar la vacunación contra el COVID-19(12).

En Polonia, Piotr Rzymiski, en el año 2021, elaboro un estudio que tuvo como objetivo evaluar la confianza general en diferentes tipos de vacunas, el nivel de aceptación de las vacunas COVID-19 ya en uso en Polonia (BNT162b2 por BioNTech/Pfizer, mRNA-1273 por Moderna y AZD1222 por Oxford/AstraZeneca) así como ocho vacunas aprobadas fuera de la Unión Europea (UE) o en etapas avanzadas de ensayos clínicos, nivel de miedo a

vacunación contra el COVID-19, y las principales fuentes de información sobre la vacunación contra el COVID-19. Se tomó como muestra 1020 polacos que realizaron una encuesta virtual. Se encontró que tanto BNT162b como mRNA-1273 recibieron un alto nivel de aceptación, al contrario que AZD1222. De las ocho vacunas no autorizadas en la UE en el momento del estudio, la CVnCoV (ARNm; CureVac) obtuvo el mayor nivel de confianza, seguida de Ad26.COVS.2 (vector; Janssen/Johnson&Johnson) y NVX-CoV2373 (proteína; Novavax). Sputnik V (vector; Instituto de Investigación Gamaleya) fue decididamente la vacuna menos confiable. El nivel de confianza en la vacunación contra el SARS-CoV-2 puede variar mucho entre los tipos de vacuna, siendo las vacunas de ARNm las que presentan un alto nivel de aceptación(45).

## 6.2 NACIONAL

**A nivel nacional**, Abado realizó un estudio en Juliaca en el año 2021 con el objetivo de encontrar la asociación entre el conocimiento y las percepciones de la aceptación de la vacunación contra COVID-19 en personas de Juliaca, obteniendo de una muestra de 384 encuestados entre 18 a 59 años de edad. Los instrumentos de evaluación fueron la escala KNOW-P-COVID-19 y VAC-COVID-19, elaborados por Mejía et al., obteniendo como resultado: Del total de encuestados, un 63.8% presentan un conocimiento alto, teniendo el 36.2%, un conocimiento bajo acerca de SARS-CoV-2, también se encontró que el 70.6% de los encuestados no se vacunaría y el 29.4% si lo harían, según su percepción encontrada; en cuanto a la correlación de Pearson se encontró una correlación inversamente significativamente con un  $p < 0,05$ (46). En Chupaca-Perú, Jurado Galván, realizó un trabajo el 2021, buscó encontrar la percepción a la posibilidad de vacunarse contra COVID-19 y los factores asociados en trabajadores en Chupaca, en Perú. Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico con 531 personas encuestadas. Para valorar la percepción de la población se usó la Escala-VAC-COVID-19, una encuesta validada en el Perú. Los resultados indicaron que las personas que no se

vacunarían debido a que no confían en el sistema de salud ni en el personal, con un 27,9 % y 27,3 % de muy de acuerdo o de acuerdo, respectivamente, y por creer que una vida saludable es suficiente para combatir las enfermedades, con el 26,4 % y 28,9 % de muy de acuerdo o de acuerdo respectivamente. Las personas que rechazaban la vacuna eran del campo laboral de agricultura (IC95 %: 1,24-2,86; valor  $p=0,003$ ), que no se habían enfermado con el COVID-19 (IC95 %: 1,01-2,56; valor  $p=0,045$ ) o los que tenía duda en si habían tenido la enfermedad (IC95 %: 1,12-3,07; valor  $p=0,017$ ), a diferencia de los que más querían vacunarse, siendo los del sector salud (IC95 %: 0,02-0,82; valor  $p=0,031$ ) ajustado por el lugar donde residían(47).

Canchanya realizó su estudio en Huancayo, en el año 2021 con el fin de evaluar la percepción social de la aceptación de la vacunación contra el SARS-CoV-2 en personas que usaban redes sociales, con una muestra probabilística, abarcando a 1995 encuestados de Facebook, a través de un cuestionario digital, obteniendo como resultado: que el 88.50 % de los encuestados si aceptaba la vacuna, siendo el 67.10 % de sexo femenino, con edades entre 30 a 40 años con un 76.60 %, con un nivel de instrucción superior de 45.20 % , con estado civil soltero del 68.30%, los que respondieron que las vacunas son anticuerpos fueron un 41.50 % y que la fiebre es el síntoma más frecuente en el 35.00 %, siendo las razones para vacunarse las relacionadas a la protección, con el 25,9 %(48).

### 6.3 LOCAL

**A nivel local**, se encontraron pocos estudios en relación a la intención de vacunación. En el estudio realizado por Chávez, cuyo objetivo fue el de encontrar la intención de vacunación contra el SARS-CoV-2 y factores asociados, utilizando una muestra de 430, en los meses de mayo a junio del 2021 encontró los siguientes resultados: el 87% de encuestado tuvo intención de vacunarse, el 73% de la población no se contagiaron con COVID- 19 anteriormente, el 93% obedeció con las medidas de prevención de forma eficiente, el 70% no recibió la vacuna contra la Influenza, el 83.7% de los

encuestados tuvieron un nivel alto de miedo a enfermarse con COVID-19 y el 82.7% tuvieron menos vacilación a la vacunación. La intención de recibir la vacuna se vio asociada el estado civil ( $p=0,015$ ), la edad ( $p<0,001$ ), comorbilidades ( $p=0,128$ ) y grado de instrucción ( $p=0,266$ )(49).

El estudio realizado en Arequipa por Corrales en el 2021 , busco encontrar la percepción de aceptación a la vacunación contra el SARS-CoV-2, en las personas que acudieron a un mercado popular, en Arequipa, dónde empleo el método de la entrevista semiestructurada en personas que visitaron y/o que se encontraban transitando alrededor del lugar, obteniendo como resultados: el 61,40% de las personas entre los 18 a 25 años no estuvieron de acuerdo en aceptar la vacuna contra el SARAS-CoV-2, mientras que el 65,60% de los encuestados adultos sí lo estaban. El 64,80% de las participantes mujeres no aceptaban la vacunación contra COVID-19. El 53,40% de los encuestados con grado de instrucción secundario no se vacunaría, concluyendo que el 73,30% de los encuestados, llegando el momento para tomar esta decisión, no se someterían a recibir la vacuna contra COVID-19(50).

## **CAPÍTULO II**

### **MÉTODOS**

#### **2.1 ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud I-4 “Javier Llosa García”, ubicado en el distrito de Hunter, departamento de Arequipa, en el mes de abril del 2022.

#### **2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo conformada por las personas que acudían al Centro de Salud I-4 “Javier Llosa García”, Hunter, Arequipa, en el periodo de estudio.

La muestra por conveniencia estuvo conformada de 204 participantes que aceptaron participar, previo consentimiento informado.

##### **2.2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- Criterios de Inclusión
  - Personas mayores de 18 años
  - Ambos sexos
  - Aprobación del consentimiento informado
- Criterios de Exclusión
  - Personas que no respondan o dejen incompleto las variables de interés de los cuestionarios
  - Personas que no deseen participar en el cuestionario

#### **2.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

##### **a) Tipo de estudio:**

El estudio es de tipo observacional, prospectivo, transversal según Altman.

#### **b) Unidad de estudio**

Personas que acudieron al Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter, Arequipa durante el mes de abril del año 2022.

#### **c) Muestreo**

Se tomó una muestra por conveniencia; cumpliendo todos los participantes con los criterios de selección.

#### **d) Instrumento**

##### **Ficha de Recolección de datos:**

A través del cual se recopiló la edad, sexo, estado civil, procedencia actual, grado de instrucción, infección previa por COVID-19, vacuna previa contra influenza (Anexo N°2).

##### **Percepción de la aceptación de la vacunación**

La aceptación de las vacunas contra el COVID-19 se obtuvo por manifestación de aceptar o no la vacunación, donde se preguntó directamente si lo aceptaban o no. La percepción se evaluó a través del instrumento "VAC-COVID-19 Scale" ya validado en el estudio de Mejía et al(18), el cual consigno de 11 preguntas ordenadas en dos dimensiones, la primera de "No debería ponerme las vacunas contra el SARS-Cov-2 porque..." que constituye la variable de rechazo a la vacunación; y la segunda dimensión de "Debería ponerme las vacunas contra el SARSCov-2 porque ..." que constituye la variable de aceptación de la vacunación, evaluado a través de una escala de Likert, obteniendo las principales razones por las que las personas se vacunarían o no. Este instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0,831 con un IC del 95% de 0,82 – 0,84 (Anexo N°3).

## **2.4 PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS**

- Se realizó coordinaciones con la jefatura del Centro de Salud de Hunter, logística y los responsables de admisión (Anexo N°4).

- Se aplicó la encuesta a las personas que acudían al Centro de Salud de Hunter, previa explicación del trabajo de investigación y aprobación a través de su consentimiento escrito.
- Se le agradeció su colaboración y tiempo, además se le hizo entender el valor de sus percepciones sobre el estudio que se está realizando.

#### **a) Técnica de análisis estadístico**

Los datos obtenidos se registraron en una hoja de Excel en el programa Microsoft Excel 2017 y se presentó una sección descriptiva y otra analítica para hallar los factores relacionados a la percepción de aceptación de las vacunas contra COVID-19 y las variables sociodemográficas.

El análisis estadístico se realizó a través de Stata vs16 con análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y para el análisis inferencial se utilizó la prueba de chi2 con un nivel de confianza de  $p < 0,05$  para variables independientes.

Además, se empleó el análisis de regresión bivariado de Poisson para estimar las Razones de Prevalencia (RP) con intervalos de confianza al 95% ( $p < 0,05$ ). Las tablas se realizaron con el programa estadístico Stata vs16.

#### **b) Consideraciones éticas**

Todos los participantes fueron informados del procedimiento (Anexo N°1). Como parte de los criterios éticos establecidos por la institución; se le explicó específicamente las finalidades del trabajo y la confidencialidad de sus datos.

### CAPÍTULO III

### RESULTADOS

TABLA 1

#### CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA

Características	N° = 204	% = 100
<b>Edad*</b>		
18 a 30 años	89	43,6
31 a 45 años	77	37,8
Mayor de 45 años	38	18,6
<b>Sexo</b>		
Masculino	74	36,3
Femenino	130	63,7
<b>Estado civil</b>		
Soltero	74	36,3
Conviviente	60	29,4
Casado	58	28,4
Divorciado / Viudo	12	5,9
<b>Residencia local</b>		
Reside hunter	150	73,5
No reside Hunter	54	26,5
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin estudios	4	1,9
Primaria	6	2,9
Secundaria	91	44,7
Superior	103	50,5
<b>Antecedente de contagio por COVID-19</b>		
No	84	41,2
Si	120	58,8
<b>Vacunación previa contra la Influenza</b>		
No	97	47,6
Si	107	52,4

\*Shapiro-Wilk W test: <0.005 No es normal  
Mediana (RIC): 33 (27;42) años  
Media: 35.79 ± 12.21 años



**TABLA 2**  
**DISTRIBUCION DE LA PERCEPCIÓN DE LAS RAZONES POR LOS QUE SE**  
**VACUNARIAN O NO CONTRA COVID-19 DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN**  
**AL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA**

Ítems del cuestionario VAC-COVID19*	N (%)
<b>No debería ponerme las vacunas contra el SARS-CoV2 porque...</b>	
1. Me van a insertar chips/transistores eléctricos para controlar mi cerebro	21 (10,3)
2. Pienso que las vacunas contra el SARS-CoV-2 son parte del plan de una gran empresa que creó el COVID-19	66 (32,4)
3. Pueden provenir del comunismo resultando en influencias del pensamiento comunista	20 (9,8)
4. El COVID-19 es un invento de la OMS u otras instituciones similares	55 (26,9)
5. Pienso que el COVID-19 no existe, es un invento.	25 (12,2)
6. Una vida saludable es suficiente para combatir las enfermedades	116 (56,9)
7. No confío en mi sistema de salud (incluido el personal de salud)	52 (25,5)
<b>Debería ponerme las vacunas contra el SARS-CoV2 porque...</b>	
8. Quiero regresar a mi vida de antes de la pandemia	183 (89,7)
9. Las vacunas contra el SARS-CoV-2 deben contribuir a mejorar la salud de mi familia o seres queridos	171 (83,8)
10. Las vacunas contra el SARS-CoV-2 deben contribuir a mejorar la salud de la comunidad/población	175 (85,8)
11. No quiero seguir usando equipos de protección personal (mascarillas)	144 (70,6)

\*Distribución para aquellos que marcaron “de acuerdo o muy de acuerdo” (según la escala de Likert)

**TABLA 3**

**ACEPTACION A LA VACUNACION CONTRA EL COVID-19 DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA**

<b>DATOS</b>		<b>FRECUENCIA</b>	
		<b>N°=204</b>	<b>%=100</b>
<b>¿Cuál es su posición respecto a la vacuna contra el CODI-19?</b>	Rechaza la vacuna	58	28,4
	Acepta la vacuna	146	71,6

**TABLA 4**

**EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL RELACIONADOS A LA PERCEPCION DE ACEPTACION A LA VACUNACION CONTRA EL COVID-19 DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA**

Características	Total N°=204	Rechazo a la vacunación		Aceptación a la vacunación		Valor p
		N°	%	N°	%	
<b>Edad</b>						
18 a 30 años	98	27	30,3	62	69,7	
31 a 45 años	77	15	19,5	62	80,5	6.6824+
Mayor de 45 años	38	16	42,1	22	57,9	0.035*
<b>Sexo</b>						
Masculino	74	11	14,9	63	85,1	10.5035+
Femenino	130	47	36,1	83	63,9	0.001*
<b>Estado civil</b>						
Soltero	74	25	33,8	49	66,2	2.3838+
Conviviente	60	17	28,3	43	71,7	0.497*
Casado	58	14	24,1	44	75,9	
Divorciado / Viudo	12	2	16,7	10	83,3	

\*Chi2 +Pearson

**TABLA 5**

**RESIDENCIA LOCAL, GRADO DE INSTRUCCIÓN, ANTECEDENTE  
CONTAGIO, VACUNACION PREVIA CONTRA INFLUENZA RELACIONADOS A  
LA PERCEPCION DE LA ACEPTACION A LA VACUNACION CONTRA EL  
COVID-19 DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD  
JAVIER LLOSA GARCIA**

Características	Total N°=204	Rechazo a la vacunación		Aceptación a la vacunación		Valor p
		N°	%	N°	%	
<b>Residencia local</b>						
Reside en hunter	150	41	27,3	109	72,7	0.3358
No reside Hunter	54	17	31,5	37	68,5	0.562*
<b>Grado de instrucción</b>						
Sin estudios	4	1	25	3	75	0.149+
Primaria	6	3	50	3	50	
Secundaria	91	31	34,1	60	65,9	
Superior	103	23	22,3	80	77,7	
<b>Antecedente de contagio por COVID-19</b>						
No	84	24	28,6	60	71,4	0.0014
Si	120	34	28,3	86	71,7	0.970*
<b>Vacunación previa contra la influenza</b>						
No	97	36	37,1	61	62,9	6.8508
Si	107	22	20,6	85	79,4	0.009*

\*Chi2 +Prueba exacta de FISHER

**TABLA 6. FACTORES RELACIONADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA ACEPTACIÓN A LA VACUNACIÓN CONTRA CODIV-19 DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA (USANDO REGRESIÓN DE POISSON)**

FACTORES	ACEPTABILIDAD A LA VACUNACION			
	Rechaza N (%)	Acepta N (%)	RP	IC 95%
<b>Edad</b>				
18 a 30 años	27 (30,3)	62 (69,7)	1,20	0,89 – 1,63
31 a 45 años	15(19,5)	62 (80,5)	<b>1,39</b>	<b>1,04 – 1,86</b>
Mayor de 45 años	16 (42,1)	22 (57,9)		Ref.
<b>Sexo</b>				
Femenino	47 (36,1)	83 (63,9)		Ref.
Masculino	11(14,9)	63(85,1)	<b>1,33</b>	<b>1,14 – 1,57</b>
<b>Estado civil</b>				
Soltero	25 (33,8)	49 (62,2)		Ref.
Conviviente	17(28,3)	43 (71,7)	1,08	0,86 – 1,36
Casado	14 (24,1)	44 (75,9)	1,15	0,92 – 1,43
Divorciado / Viudo	2 (16,7)	10 (83,3)	1,26	0,93 – 1,70
<b>Residencia local</b>				
Reside en hunter	41 (27,3)	109 (72,3)	1,06	0,86 – 1,30
No reside Hunter	17 (31,5)	37 (68,5)		Ref.
<b>Grado de instrucción</b>				
Sin estudios	1(25)	3 (75,0)	0,97	0,54 – 1,72
Primaria	3 (50)	3 (50,0)	0,64	0,29 – 1,45
Secundaria	31 (34,1)	60 (65,9)	0,85	0,71 – 1,02
Superior	23(22,3)	80 (77,7)		Ref.
<b>Antecedente contagio por COVI-19</b>				
No	24 (28,6)	60 (71,4)		Ref.
Si	34 (28,3)	86 (71,7)	1,003	0,84 – 1,19
<b>Vacunación previa contra influenza</b>				
No	36 (37,1)	61 (62,9)		Ref.
Si	22 (20,6)	85 (79,4)	<b>1,26</b>	<b>1,05 – 1,51</b>



## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

El presente estudio busco determinar la percepción de aceptación a la vacunación contra el COVID-19 en las personas que acudían a un centro de salud de la ciudad de Arequipa. El Virus del SARS-CoV-2 ha generado una gran impacto en la salud comunitaria, sin embargo, formas graves pueden prevenirse con la vacunación, por lo que nuestros resultados pueden proporcionar información clave sobre la población peruana y así lograr formular estrategias de intervención eficaces enfocadas en mejorar la educación y capacitación de la población en general, logrando así convertirlos en agentes de cambio positivo en sus comunidades al promover la concientización sobre la vacuna a futuro y disminuir la incidencia de infectados, combatiendo esta pandemia que nos ha traído muchas consecuencias.

De las 204 personas encuestadas (TABLA 1) se encontró que, en su mayoría, el 63,7 % (130) fueron mujeres, siendo la mediana de edad de 33 años (rango intercuartílico: 27 a 42 años). Esto se explicaría por la gran concurrencia de mujeres al centro de salud, que acuden a consulta solas, trayendo a sus hijos o acompañando a algún familiar. En cuanto a la edad, el 43,6 % (89) tenían edad entre 18 a 30 años, siendo esta población la de mayor convicción a participar en el trabajo, observando también, que el 50,5 % (103) tenía el grado de instrucción superior, teniendo mayor facilidad para comprender el cuestionario. También se encontró que el 36,3 % (74) tenía estado civil soltero(a), no muy lejos del 29,4 % (60) que abarcaba la opción de conviviente, que se explicaría por la mediana de edad que tuvieron los encuestados (33 años), viendo en el ámbito local poco interés por el matrimonio. El 73,5 % (150) de la población residía en el mismo distrito en donde se hizo la encuesta, siendo la población restante las que acudían al centro de salud referidas de otro establecimiento de menor nivel (I-2 o I-3) de distritos aledaños como Tiabaya, Sachaca, Socabaya, Uchumayo, que no contaban con la capacidad resolutive que el centro de salud de hunter(14) puede brindar. El 58,82 % (120) tuvieron como antecedente haber tenido la enfermedad

de COVID-19 a través de alguna prueba anterior positiva para SARS-CoV-2. Esto comparado con el estudio de Chávez en el 2021(49), donde encontró que el 73,5% tuvo el diagnóstico de COVID-19 previamente. Esto se explicaría por la disminución gradual de casos positivos en Arequipa, según lo demuestran los últimos resultados del Instituto Nacional de Salud(INS) de la última sala situacional, encontrando un 11% de casos positivos en la población de Arequipa(51). El 52, 5% (107) de la población de estudio se vacunó contra la influenza, esto comparado con la cobertura a la que llegó la región de Arequipa el 2020 de 73,9% según datos de REUNIS(52), posiblemente se explique por el periodo de pandemia que retrasó el cumplimiento de las metas de los diferentes programas de salud, entre ellos la cobertura de vacunación contra la influenza, junto a ello, a la decisión de la población de esperar a recibir la vacuna de la influenza de la temporada actual.

En cuanto a la percepción de las razones por las que se pondría o no la vacuna contra el COVID-19 (TABLA 2). En cuanto al: *No debería ponerme las vacunas contra el SARS-CoV2 porque...*, la principal razón fue pensar que “una vida saludable es suficiente para combatir las enfermedades”, con el 56,9% (116), seguido de pensar que “las vacunas contra el SARS-CoV-2 son parte del plan de una gran empresa que creó el COVID-19”, con 32,4% (66). Así también, en las razones por las que *Debería ponerme las vacunas contra el SARS-CoV2*, se obtuvo que “quiero regresar a mi vida de antes de la pandemia” y “las vacunas contra el SARS-CoV-2 deben contribuir a mejorar la salud de la comunidad/población” tuvieron el mayor porcentaje con 89,7% (183) y 85,8% (175) respectivamente. Esto se asemeja a los resultados encontrados por Jurado Galván(47) en su trabajo “Percepción y factores asociados a la posibilidad de vacunarse contra COVID-19 en trabajadores de la zona rural de Chupaca-Perú, 2021” donde encontró que las razones a no confiar en el sistema de salud ni en el personal (27,9 % y 27,3 % muy de acuerdo o de acuerdo, respectivamente) junto al pensar que una vida saludable es suficiente para combatir enfermedades (26,4 % y 28,9 % muy de acuerdo o de acuerdo, respectivamente) eran la principal razón por la que la población no se vacunaría. Jurado también encontró que el



76,6% se vacunaría porque quiere regresar a su vida antes de la pandemia. Las razones podrían variar dependiendo de la población a la que se estudia, esto se demuestra con el estudio realizado por Vinelli-Arzuviaga(53) en el 2021 en su trabajo “Aceptación de la de vacunación contra la COVID-19 en mujeres peruanas embarazadas: Actitudes y factores asociados” donde encontró que las razones más frecuentes por las que no y si se vacunaría fueron que “no confío en mi sistema de salud (incluido el personal de salud)” con 92,5% y porque “mejoraría la salud de mi familia o seres queridos” con 94,2% respectivamente. Los resultados de las razones por las que no se vacunarían demostrarían que aun la desinformación contra COVID-19, infodemia y “fake news”(noticias falsas) siguen vigentes en la población, lo que dificultaría que reciban información fiable y correcta para así tomar buenas decisiones en cuanto a su salud y a las de sus familias. Y aunque el porcentaje de personas que tienen una percepción a no aceptar la vacuna contra COVID-19 está disminuyendo, como vemos en los resultados, aún existiría población con percepciones y razones negativas a la vacunación, por ello, una comunicación más clara por parte de las instituciones de salud y del gobierno regional y nacional, es fundamental para que próximas campañas de vacunación tengan éxito.

En cuanto a la aceptación a la vacunación contra el COVID-19(TABLA 3), se encontró que el 71,6% (146) si aceptaría la vacuna, mientras que el 28,4% (58) lo rechazaría. Estudio realizado por Jeffrey V Lázaro(54), que investigo en 19 países, incluyendo Brasil, las posibles tasas de aceptación y los factores que influyen en la aceptación de una vacuna contra el COVID-19, encontraron que el 71,5% de sus participantes informaron una alta probabilidad de aceptar la vacuna, hallando además que las tasas de aceptación oscilaron entre casi el 90 % (en China) y menos del 55 % (en Rusia). Resultados similares fueron los de Herrera-Añazco(40) que estudio la prevalencia y factores asociados a la intención de vacunación, a través de una encuesta en Facebook, analizando datos de 17162 adultos, encontrando una prevalencia global de intención de vacunación del 74,9%; similares a los de Canchanya(48) en su trabajo “Percepción Social de la Aceptación de la Vacuna Contra la Covid-19 en Usuarios de las Redes Sociales”,

encontrando una aceptación de 88,5%, mientras que el 11,5% no lo aceptaría. Así también, en los resultados encontrados por Quiroz Rojas en 2021(55) en su estudio “Factores asociados al nivel de aceptación de la vacuna contra la COVID – 19 en pobladores del distrito de Cajamarca” encontró que el 81,98% de los pobladores encuestados del distrito de Cajamarca aceptarían vacunarse contra la COVID-19, mientras que solo un 7,31% no lo haría. En Arequipa, el trabajo realizado por Chávez(49) titulado “Evaluación de la intención de vacunación contra COVID – 19 y sus factores asociados en la población adulta – Arequipa 2021”, encontró de 430 personas, la intención de vacunación contra COVID-19 fue del 87.2%, estando de acuerdo con ser inmunizado. Por otro lado, la encuesta Ipsos tiempo atrás, encontró que en la pregunta: ¿Si ahora mismo estuviese disponible una vacuna aprobada por el MINSA y gratuita para prevenir el COVID-19/coronavirus, ¿Ud. Se vacunaría o no se vacunaría?, el porcentaje de peruanos que aceptaron la vacunación disminuyó del 75 % en agosto de 2020 al 59 % en febrero de 2021(15). Esta diferencia con la encuesta nacional y los trabajos similares a nuestro estudio podrían deberse en que la confianza aumentó con el tiempo, debido a que en casi un año, la información sobre las vacunas y la concientización de las personas hacia la prevención de su salud mejoro, lo que demostraría que hay más personas dispuestas a vacunarse.

Respecto a los factores sociodemográficos relacionados a la percepción de aceptación de la vacunación contra COVID-19(TABLA 4), se encontró que el sexo masculino presento una mayor aceptación de 85,1% (63), diferente a la mostrada por el sexo femenino de 63,9% (83), encontrando una significancia estadística de  $p < 0.05 (0.001)$ . En china, el estudio realizado por Wang et al. (12), que evaluó la aceptación de la vacunación contra el COVID-19, encontró en el sexo relación significativa, datos similares fueron encontrados en América Latina y Perú(40,41). Esto se explicaría en que los hombres tienen una mayor percepción de los peligros de COVID-19 y una menor aceptación de las creencias conspirativas sobre la enfermedad(56), encontrando tasas significativamente más altas de vacuna contra la COVID-19 del sexo masculino en alrededor de 15 países, además que en las primeras cepas de la enfermedad, estuvieron asociados a

presentaciones más graves (14). En el Perú, también se obtuvieron datos similares como los de Rio-Mendoza(43) en el 2021 con su trabajo titulado “Aceptabilidad de la vacuna contra la covid-19, en adultos de una región del Perú”, donde encontró que el sexo masculino tuvo mayor aceptabilidad a la vacuna que el sexo femenino con 77,5%, encontrando significancia estadística  $p=0,04$ , así como los de Chávez en Arequipa, donde el sexo masculino presentó una mayor intención de vacunarse con un 88,9%, no obstante, sin encontrar significancia estadística(49). En relación a la edad, se categorizó la variable edad en tres rangos etarios, encontrando que el 80.5% (62) de personas entre los 31 y 45 años tuvieron mayor aceptación a la vacunación, seguidos de las personas entre 18 y 30 años, con una frecuencia de 69.7% (62) de aceptación, encontrando una relación estadística significativa  $p<0,005(0.035)$ . Estos resultados contrastan con los de Pérez(42), donde encontró que el 100% de los adultos mayores de 45 años aceptaron vacunarse en comparación con los adultos más jóvenes, así como el encontrados en otros estudios que hallaron asociación significativa con la intención de vacunarse en adultos mayores(43,49). Esto podría explicarse en que las poblaciones mayores y de alto riesgo podrían no estar necesariamente más dispuestas a recibir la vacuna en comparación con las menores o de bajo riesgo, como lo demuestra lo encontrado por Ramón(57) en México, donde los grupos de edad mayores a 40 años, tuvieron asociación con la reticencia a la vacuna en comparación con el grupo de edad de 18 a 39 años. En relación al estado civil, se encontró que el 75,9% (44) de la población casada tenía una percepción de aceptar la vacunación contra COVID-19 mayor que a los encuestados solteros 62,2% (49), no encontrando relación significativa  $p>0,05$ . Estos resultados se asemejan a los encontrados por Wang(12), que encontró que estar casado se asociaba a una mayor aceptación de vacunación contra COVID-19. Esto se explicaría en torno al grado de responsabilidad social que tienen las personas casadas a su entorno familiar, velando por su salud y bienestar, demostrado al igual en otros estudios en Estados Unidos y Japón(58,59). En Arequipa, Corrales(50) encontró que el 69,30% de los jóvenes solteros no desean vacunarse, así también los encontrados por Chávez(49) demostró relación significativa en el estado civil con la intención a vacunarse contra COVID-19.

En cuanto a la residencia local (TABLA 5), el 72,7% (109) encuestados que residían en Hunter tuvieron una percepción de aceptación a la vacunación contra COVID-19, diferente a los que acudían provenientes de otros distritos con 68,5% (37), no encontrando relación significativa  $p > 0,05$ . Esto podría explicarse posiblemente porque la población local tenga mayor participación en campañas de salud preventiva en comparación con otras, además de que los establecimientos locales brinden actividades de promoción y prevención que concienticen y favorezcan la percepción de aceptación de los encuestados. En relación al grado de instrucción, el 77,7% (80) de los encuestados con grado superior tuvieron una percepción de aceptación a la vacunación contra COVID-19, a diferencia de los que solo terminaron primaria, siendo el 50%, no encontrando relación significativa  $p < 0,05$ . Esto se debería a que las personas con mayor conocimiento tienden a buscar mayor información del tema, con mayor capacidad de discernir de fuentes erróneas o confusoras, para centrarse en datos verídicos, basados en evidencia científica. Esto se corrobora con los estudios realizados por Vizcardo(44) y Rzymxki(45), donde encontraron diferencia significativa del nivel educacional con la percepción y actitudes con las vacunas del COVID-19 en Perú y Polonia respectivamente. También se encontró que el 71,67% (86) de las personas que tuvieron contagio previo con COVID-19, presentaron una percepción de aceptación a la vacunación contra COVID-19 ligeramente mayor a los que mencionaron no haberse contagiado, con el 71,4% (60), no encontrando una relación estadísticamente significativa  $p > 0,005$ . Esta diferencia se hace más notable en estudios realizados donde la aceptación a la vacunación fue mayor en personas con experiencia previa de exposición a COVID-19(40,47). Esto podría explicarse por una falta de experiencia a la enfermedad en las personas que no se contagiaron, que llevaría a percibir menor necesidad de protegerse, como lo encontrado por Wang(12), donde las personas que reportaron casos confirmados o sospechosos en el municipio en el que vivían, solo una pequeña porción (12,2%), percibía un riesgo alto o muy alto de la enfermedad. En cuanto a la vacunación previa contra la influenza, se encontró que el 79,4% (85) de las personas que se vacunaron contra la influenza en la temporada anterior tuvieron

una percepción de aceptación a la vacunación contra COVID-19, obteniendo una relación estadísticamente significativa  $p < 0,05$ . En contraste, un estudio en China encontró que solo el 14,6% de los encuestados recibieron la vacuna contra la influenza, mientras que el 22,3% informó que alguna vez rechazó la vacunación anteriormente(12). Esto se explicaría en la diferencia de percepción que tienen las personas a las dos enfermedades, en aspectos del impacto y consecuencias sanitarias, sociales, económicas que ocasionaron durante sus propagaciones, como lo demuestra el estudio realizado por Lau et al. Y Chávez(49,60).

En la última tabla se muestran los factores relacionados a la aceptabilidad de la vacunación contra el COVID-19(TABLA 6). En la población de estudio, la prevalencia de aceptación de la vacunación contra COVID-19 en el sexo masculino fue 33% mayor respecto a los del sexo femenino, siendo esto estadísticamente significativo (RP=1,33; IC95%:1,14 – 1,57). Estos resultados se asemejan a los encontrados por Machida(59), donde se encontró que la aceptación de la vacuna en Japón fue menor en mujeres(OR: 0,67, IC del 95 %: 0,55–0,83). Así también Wang(12) en su estudio para valorar los predictores de intención a la vacuna de COVID-19, encontró que los hombres eran más propensos a aceptar la vacunación contra el COVID-19 lo antes posible (OR: 1,25; IC del 95 %: 1,03–1,52). Esto se explicaría en que las mujeres muestran más preocupación respecto a los efectos adversos y a la seguridad de las vacunas que los hombres, así como lo demuestra Neumann en su estudio realizado en países Europeos(61). En Perú, el estudio realizado por Herrera(40), encontró asociación a una menor prevalencia de intención de vacunarse del sexo femenino (RP= 0,95; IC95%: 0,94-0,97). En cuanto la edad de la población, se encontró que la prevalencia de aceptación de la vacunación contra el COVID-19 en personas entre 31 a 45 años fue 39% mayor respecto a las personas mayores de 45 años, siendo estadísticamente significativo (RP=1,39 ; IC95%:1,04–1,86).Esto se compara con los resultados encontrados por Machida(59), donde encontró que las personas mayores a tener entre 20 y 49 años tuvieron mayor probabilidad de recibir una vacuna contra el COVID-19 en comparación de los  $\geq 65$  años (OR: 0,59, IC 95%: 0,45–0,77). Esto podría explicarse porque los adultos mayores tienden a tener mayor vacilación y retinencia a la vacunación, así

como lo determina Ramon en México(57) donde encontró que los mayores a 40 años se asocian a una mayor retinencia para una vacuna de un 90% de eficacia en referencia a menores de 40 años (RP:0,55 IC95%: , reforzado por lo encontrado por Herrera en Perú(40) que encontró que las personas mayores a 75 años tuvieron una menor intención a vacunarse en referencia a la población de 18 a 24 años (RP:0,85 IC95%: 0,73-0,99). En cuanto al antecedente de vacunación contra la influenza la temporada anterior, la prevalencia de aceptación de la vacunación contra el COVID-19 fue 26% mayor respecto a aquellas personas que no lo tuvieron, siendo esto estadísticamente significativo (RP= 1,26; IC95%:1,05 – 1,51). Esos resultados son similares a los encontrados en China por Wang(12) donde aquellas personas que se han vacunado contra la gripe en la última temporada (OR:1,90, IC 95%: 1,43-2,51) eran más propensos a aceptar la vacuna contra el COVID-19.

Finalmente, estos resultados son importantes porque nos permite identificar la percepción, aceptación y factores relacionados que tiene las personas respecto a la vacuna, y con ello poder diseñar mejores campañas de vacunación con visión de promoción y prevención en salud, brindando información actual y verídica a la población, y así llegar a las metas de cobertura local, regional y nacional; contribuyendo a mejorar la salud de nuestra población.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

- En cuanto a las características sociodemográficas; la mayor parte de la población fueron del sexo femenino; tuvieron entre 18 a 30 años; fueron solteros; residían en Hunter; tuvieron grado de estudios superior; tuvieron contagio previo por COVID-19; se vacunaron contra la influenza en la temporada anterior.
- La percepción de aceptación a la vacunación contra COVID-19 fue adecuada, siendo aceptada por la mayor parte de la población.
- Existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el grupo etario, el sexo y haberse vacunado contra la influenza de la temporada anterior, con la percepción de aceptación a la vacunación contra el COVID-19.

#### RECOMENDACIONES

1. Se recomienda buscar la percepción de aceptación a la vacunación contra COVID-19 en los Centros de Salud de Arequipa a través de una representación mayor.
2. Se recomienda analizar otras variables de interés como la ocupación, el riesgo de exposición, grado de conocimientos, número de hijos, rechazo o vacilación, tipo de vacuna, entre otras, que ayuden al sector salud a rediseñar campañas de vacunación enfocadas en la población con baja aceptación a la vacunación.
3. Se recomienda realizar el trabajo en sectores de la ciudad tanto urbano como rural, para abarcar una población con mayor diversidad.
4. Que se promueva capacitaciones al personal de salud en temas como dialogo, empatía y convicción sobre la importancia de la administración de las vacunas.
5. Se recomienda ampliar las estrategias de promoción de salud respecto a la vacuna COVID-19 y el resto de vacunas de la estrategia sanitaria de inmunizaciones

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yang CL et al. Coronavirus disease 2019: a clinical review. 2020 [citado 24 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://paho-covid-prod.atmire.com/handle/20.500.12663/1447>
2. Ita K. Coronavirus Disease (COVID-19): Current Status and Prospects for Drug and Vaccine Development. Arch Med Res. enero de 2021;52(1):15-24.
3. Lurie N, Saville M, Hatchett R, Halton J. Developing Covid-19 Vaccines at Pandemic Speed. N Engl J Med. 21 de mayo de 2020;382(21):1969-73.
4. Escobar S, Vargas J, Rojas Mezarina L. Artículos de actualidad EVIDENCIAS PRELIMINARES SOBRE EL EFECTO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN EL PERÚ. 2021.
5. AlShurman BA, Khan AF, Mac C, Majeed M, Butt ZA. What Demographic, Social, and Contextual Factors Influence the Intention to Use COVID-19 Vaccines: A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. enero de 2021;18(17):9342.
6. Cabanillas-Rojas W. CONDUCTA Y PROPAGACIÓN DEL COVID-19 EN EL PERÚ: MARCO DE REFERENCIA PARA EL DISEÑO DE INTERVENCIONES CONDUCTUALES DE SALUD PÚBLICA [Internet]. SciELO Preprints; 2020 jun [citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/868>
7. MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 14 de agosto de 2015;33(34):4161-4.
8. 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. marzo de 2021;272:113688.
9. García Ruiz N, García Ruiz N. La responsabilidad profesional en obstetricia y ginecología: mirando al futuro [Internet] [info:eu-repo/semantics/doctoralThesis]. [Madrid, España]: Universidad Complutense de Madrid; 2018 [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/46945/>
10. Bartsch SM, O'Shea KJ, Ferguson MC, Bottazzi ME, Wedlock PT, Strych U, et al. Vaccine Efficacy Needed for a COVID-19 Coronavirus Vaccine to Prevent or Stop an Epidemic as the Sole Intervention. Am J Prev Med. octubre de 2020;59(4):493-503.
11. . : REUNIS .: Repositorio Único Nacional de Información en Salud - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-covid19.asp>



12. Wang J, Jing R, Lai X, Zhang H, Lyu Y, Knoll MD, et al. Acceptance of COVID-19 Vaccination during the COVID-19 Pandemic in China. *Vaccines*. septiembre de 2020;8(3):482.
13. Sonawane K, Troisi CL, Deshmukh AA. COVID-19 vaccination in the UK: Addressing vaccine hesitancy. *The Lancet Regional Health – Europe* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 24 de marzo de 2022];1. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanepc/article/PIIS2666-7762\(20\)30016-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepc/article/PIIS2666-7762(20)30016-8/fulltext)
14. Sallam M. COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: a systematic review of vaccine acceptance rates [Internet]. *medRxiv*; 2021 ene [citado 24 de marzo de 2022] p. 2020.12.28.20248950. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.28.20248950v1>
15. encuesta\_nacional\_urbano\_rural\_febrero\_2021\_-\_covid\_19.pdf [Internet]. [citado 29 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-02/encuesta\\_nacional\\_urbano\\_rural\\_febrero\\_2021\\_-\\_covid\\_19.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-02/encuesta_nacional_urbano_rural_febrero_2021_-_covid_19.pdf)
16. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. abril de 2020;5(4):536-44.
17. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. marzo de 2020;579(7798):270-3.
18. Mejia CR, Rodriguez-Alarcon JF, Ticona D, Flores-Lovon K, Paredes-Obando M, Avalos-Reyes MS, et al. Validation of a Scale to Measure the Perception of SARS-CoV-2 Vaccines Acceptance: The VAC-COVID-19 Scale. *ELECTRON J GEN MED*. 23 de junio de 2021;18(5):em303.
19. El Sahly HM, Baden LR, Essink B, Doblecki-Lewis S, Martin JM, Anderson EJ, et al. Efficacy of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine at Completion of Blinded Phase. *N Engl J Med*. 4 de noviembre de 2021;385(19):1774-85.
20. Patel A, Jernigan DB, 2019-nCoV CDC Response Team. Initial Public Health Response and Interim Clinical Guidance for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak - United States, December 31, 2019-February 4, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 7 de febrero de 2020;69(5):140-6.
21. Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, Taylor M, Adriano A, Davenport C, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 de marzo de 2021;3:CD013705.

22. Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *J Heart Lung Transplant*. mayo de 2020;39(5):405-7.
23. Honein MA. Summary of Guidance for Public Health Strategies to Address High Levels of Community Transmission of SARS-CoV-2 and Related Deaths, December 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 [citado 24 de marzo de 2022];69. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6949e2.htm>
24. Krammer F. SARS-CoV-2 vaccines in development. *Nature*. octubre de 2020;586(7830):516-27.
25. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
26. Wall EC, Wu M, Harvey R, Kelly G, Warchal S, Sawyer C, et al. Neutralising antibody activity against SARS-CoV-2 VOCs B.1.617.2 and B.1.351 by BNT162b2 vaccination. *Lancet*. 19 de junio de 2021;397(10292):2331-3.
27. Consideraciones clínicas provisionales para el uso de vacunas contra la COVID-19 | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. 2022 [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html>
28. Chapin-Bardales J, Gee J, Myers T. Reactogenicity Following Receipt of mRNA-Based COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 1 de junio de 2021;325(21):2201-2.
29. Barda N, Dagan N, Ben-Shlomo Y, Kepten E, Waxman J, Ohana R, et al. Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting. *N Engl J Med*. 16 de septiembre de 2021;385(12):1078-90.
30. Klein NP, Lewis N, Goddard K, Fireman B, Zerbo O, Hanson KE, et al. Surveillance for Adverse Events After COVID-19 mRNA Vaccination. *JAMA*. 12 de octubre de 2021;326(14):1390-9.
31. Interim recommendations for use of the ChAdOx1-S [recombinant] vaccine against COVID-19 (AstraZeneca COVID-19 vaccine AZD1222 Vaxzevria™, SII COVISHIELD™) [Internet]. [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE\\_recommendation-AZD1222-2021.1](https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-AZD1222-2021.1)
32. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials

in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet*. 9 de enero de 2021;397(10269):99-111.

33. Folegatti PM, Ewer KJ, Aley PK, Angus B, Becker S, Belij-Rammerstorfer S, et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 15 de agosto de 2020;396(10249):467-78.
34. Sadoff J, Gray G, Vandebosch A, Cárdenas V, Shukarev G, Grinsztejn B, et al. Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COV2.S Vaccine against Covid-19. *N Engl J Med*. 10 de junio de 2021;384(23):2187-201.
35. Shay DK, Gee J, Su JR, Myers TR, Marquez P, Liu R, et al. Safety Monitoring of the Janssen (Johnson & Johnson) COVID-19 Vaccine - United States, March-April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 7 de mayo de 2021;70(18):680-4.
36. Al Kaabi N, Zhang Y, Xia S, Yang Y, Al Qahtani MM, Abdulrazzaq N, et al. Effect of 2 Inactivated SARS-CoV-2 Vaccines on Symptomatic COVID-19 Infection in Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 6 de julio de 2021;326(1):35-45.
37. Tanriover MD, Doğanay HL, Akova M, Güner HR, Azap A, Akhan S, et al. Efficacy and safety of an inactivated whole-virion SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac): interim results of a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial in Turkey. *Lancet*. 17 de julio de 2021;398(10296):213-22.
38. Ella R, Reddy S, Blackwelder W, Potdar V, Yadav P, Sarangi V, et al. Efficacy, safety, and lot-to-lot immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine (BBV152): interim results of a randomised, double-blind, controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. 11 de diciembre de 2021;398(10317):2173-84.
39. Logunov DY, Dolzhikova IV, Zubkova OV, Tukhvatullin AI, Shcheblyakov DV, Dzharullaeva AS, et al. Safety and immunogenicity of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine in two formulations: two open, non-randomised phase 1/2 studies from Russia. *Lancet*. 26 de septiembre de 2020;396(10255):887-97.
40. Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano A, Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Toro-Huamanchumo CJ, Rodríguez-Morales AJ, et al. Prevalencia y factores asociados a la intención de vacunación contra la COVID-19 en el Perú [Internet]. *SciELO Preprints*; 2021 feb [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1879>
41. Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano A, Toro-Huamanchumo CJ, Rodríguez-Morales AJ, et al. Cross-sectional analysis of COVID-19 vaccine intention, perceptions and hesitancy across Latin America and the Caribbean. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 1 de mayo de 2021;41:102059.

42. Pérez Soto A, Berríos Viana D. Determinantes sobre la aceptación de la vacuna COVID-19, en el Distrito Nacional, República Dominicana, durante el período de febrero a marzo de 2021 [Internet] [Thesis]. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE); 2021 [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/546>
43. Rio-Mendoza JD, Becerra-Canales BD, Miranda-Soberon U. ACEPTABILIDAD DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19, EN ADULTOS DE UNA REGIÓN DEL PERÚ. *Revista Médica Panacea*. 2021;10(3):99-104.
44. Vizcardo D, Salvador LF, Nole-Vara A, Dávila KP, Alvarez-Risco A, Yáñez JA, et al. Sociodemographic Predictors Associated with the Willingness to Get Vaccinated against COVID-19 in Peru: A Cross-Sectional Survey. *Vaccines*. enero de 2022;10(1):48.
45. Rzymiski P, Zeyland J, Poniedziałek B, Małecka I, Wysocki J. The Perception and Attitudes toward COVID-19 Vaccines: A Cross-Sectional Study in Poland. *Vaccines*. abril de 2021;9(4):382.
46. Abado Diaz JD. Nivel de conocimiento y percepciones de la aceptación de la vacuna para el SARS - COV-2 en pobladores de Juliaca, 2021. 23 de diciembre de 2021 [citado 25 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3078268>
47. Jurado Galván IB. Percepción y factores asociados a la posibilidad de vacunarse contra COVID-19 en trabajadores de la zona rural de Chupaca-Perú, 2021. Universidad Continental [Internet]. 2021 [citado 25 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/10504>
48. Canchanya Cervantes X. Percepción Social de la Aceptación de la Vacuna Contra la Covid-19 en Usuarios de las Redes Sociales. Social Perception of the Acceptance of the Vaccine Against COVID-19 in Users of Social Networks [Internet]. 23 de octubre de 2021 [citado 25 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/ROOSEVELT/609>
49. Chávez Vélez NP, Sánchez Carigga KA. Evaluación de la intención de vacunación contra COVID - 19 y sus factores asociados en la población adulta - Arequipa 2021. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 26 de abril de 2022]; Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10901>
50. Corrales Chire JMA. Percepciones de la aceptación de la vacuna contra el Covid-19 en personas que acuden a un mercado popular en Arequipa 2021. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2021 [citado 25 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12315>

51. Gerencia Regional de Salud de Arequipa [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en:  
<https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/enlac/Covid19.html>
52. : REUNIS :. Repositorio Único Nacional de Información en Salud - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 29 de abril de 2022]. Disponible en:  
[https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/monitoreo\\_influenza.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/monitoreo_influenza.asp)
53. Vinelli-Arzuviaga D, Marquez-Bravo AW, Ortega-A. IG, Rodriguez-Alarcón JF, Arias-Chavez D, Vilela-Estrada MA, et al. Acceptance of COVID-19 vaccination among pregnant Peruvian women: Attitudes and associated factors. Aceptación de la de vacunación contra la COVID-19 en mujeres peruanas embarazadas: Actitudes y factores asociados [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2022]; Disponible en:  
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/10256>
54. Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med.* febrero de 2021;27(2):225-8.
55. Quiroz Rojas IN, Tello Monteza ML. Factores asociados al nivel de aceptación de la vacuna contra la COVID - 19 en pobladores del distrito de Cajamarca. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo [Internet]. 20 de diciembre de 2021 [citado 5 de abril de 2022]; Disponible en:  
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1982>
56. Wong LP, Alias H, Wong PF, Lee HY, AbuBakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Hum Vaccin Immunother.* 1 de septiembre de 2020;16(9):2204-14.
57. Ramonfaur D, Hinojosa-González DE, Rodriguez-Gomez GP, Iruegas-Nuñez DA, Flores-Villalba E. COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance in Mexico: a web-based nationwide survey. *Rev Panam Salud Publica.* 18 de octubre de 2021;45:e133.
58. Ruiz JB, Bell RA. Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine.* 12 de febrero de 2021;39(7):1080-6.
59. Machida M, Nakamura I, Kojima T, Saito R, Nakaya T, Hanibuchi T, et al. Acceptance of a COVID-19 Vaccine in Japan during the COVID-19 Pandemic. *Vaccines (Basel).* 3 de marzo de 2021;9(3):210.
60. Lau JTF, Yeung NCY, Choi KC, Cheng MYM, Tsui HY, Griffiths S. Factors in association with acceptability of A/H1N1 vaccination during the influenza A/H1N1 pandemic phase in the Hong Kong general population. *Vaccine.* 23 de junio de 2010;28(29):4632-7.

61. Neumann-Böhme S, Varghese NE, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, van Exel J, 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(7):977-82.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título: “Percepción de la aceptación de vacunación contra el COVID-19 y factores relacionados en personas que acuden al Centro De Salud I-4 Javier Llosa García, Hunter, Arequipa 2022”

Institución: Universidad Nacional de San Agustín

Investigador principal: Cesar Rodrigo Ale Olazabal

Asesor: Dra. Yenny del Pilar Cala Rodriguez

Procedimientos: A través de este cuestionario, se le solicitan algunos datos personales con la finalidad de evaluar la percepción de los diferentes tipos de vacunas contra COVID-19. El cuestionario le tomará alrededor de 5 minutos para completarlo. Confidencialidad: El investigador guardará su información con códigos y no con nombres en una base de datos anonimizada. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Derechos del participante: Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor comuníquese con el estudiante Cesar R. Ale Olazabal, investigador principal del estudio, al correo electrónico caleo@unsa.edu.pe

#### **DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. La información brindada será de uso exclusivo por los investigadores y será guardada en nuestra base de datos hasta mayo de 2022.

1) Sí acepto

2) No acepto

## ANEXO 2

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Divorciado
- d) Viudo

Distrito de residencia: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción:

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

¿Usted se contagió con el COVID-19, presentando alguna prueba diagnóstica positiva?:

- a) Si
- b) No

Recibió la vacuna contra la influenza de la temporada anterior

- a) Si
- b) No



### ANEXO 3



#### PERCEPCIÓN DE LA VACUNACION CONTRA COVID-19

<i>No debería ponerme las vacunas contra el SARS-CoV-2 porque...</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Indiferente</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
Pienso que me van a insertar chips/transistores electrónicos para controlar mi cerebro.					
Pienso que las vacunas contra el SARS-CoV-2 son parte del plan de una gran empresa que creó el COVID-19.					
Pienso que algunas vacunas contra el SARS-Cov-2 pueden provenir de una antigua república comunista (como Rusia), resultando en influencias en el pensamiento comunista.					
Pienso que el COVID-19 es un invento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) u otras instituciones similares.					
Pienso que el COVID-19 no existe, es un invento.					
Una vida saludable es suficiente para combatir las enfermedades.					
No confío en mi sistema de salud (incluido el personal de salud)					
<i>Debería ponerme las vacunas contra el SARS-CoV-2 porque ...</i>	<i>Muy desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Indiferente</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
Quiero regresar a mi vida de antes de la pandemia.					
Las vacunas contra el SARS-CoV-2 deben contribuir a mejorar la salud de mi familia o seres queridos.					
Las vacunas contra el SARS-CoV-2 deben contribuir a mejorar la salud de la comunidad/población.					
No quiero seguir usando equipos de protección personal (mascarillas)					

¿Cuál es su posición respecto a la vacunación contra el COVID-19?

- a) Acepto la vacuna
- b) Rechazo la vacuna

**ANEXO 4**  
**SOLICITUD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

	<b>"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDAD PARA MUJERES Y HOMBRES"</b> <b>"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"</b>	 <b>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD</b> <b>RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA</b> <b>MICRO RED HUNTER</b>
---	--	---

**OFICIO N°080-2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS-JLIG-II-J**

Señorita:  
Cesar Rodrigo Ale Olazabal  
PRESENTE.-


**Asunto** : PERMISO PARA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que la Jefatura de la Micro Red de Salud Javier Llosa Garcia, da **OPINION FAVORABLE** a su solicitud para **"EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION** sobre **"PERCEPCION DE LA ACEPTACION DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID-19 Y FACTORES RELACIONADOS EN PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD I-4º CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA, HUNTER, 2022**, para lo cual se autoriza la efectuar las Encuesta hasta cumplir con el trabajo de investigación.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

  
**Javier Nubia Boffon Soliz**  
CMP 37176  
MEDICO JEFE

BOS/1000  
C. S.      Archivo      [www.miquerentesa.esi.gob.pe](http://www.miquerentesa.esi.gob.pe)

<b>AREQUIPA SOMOS TODOS</b>	Centro de Salud Javier Llosa Garcia Micro Red Hunter - Calle Córdoba N°125 Hunter T. 054-333623 - 442490 - 442062
-----------------------------	--

## ANEXO 5

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE INTERÉS

VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
<b>INDEPENDIENTES</b>			
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Femenino Masculino	Categórica Nominal
Edad	Años	18 a 30 años 31 a 45 años > 45 años	Categórica Ordinal
Residencia local	Lugar de residencia	Vive en Hunter No vive en Hunter	Categórica Nominal
Grado de instrucción	Año de estudios	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Categórica Ordinal
Estado civil	Ficha de recolección de datos	Soltero Conviviente Casado Divorciado/ Viudo	Categórica Nominal
Vacunación previa contra la Influenza	Ficha de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
Antecedente de contagio por COVID-19	Prueba laboratorial para SARS-CoV-2 positiva	Si No	Categórica Nominal
<b>DEPENDIENTE</b>			
Percepción de la vacunación	Instrumento de medición de percepción sobre vacunación	Acepta la vacuna Rechaza la vacuna	Categórica Nominal