

Reticencia vacunal para la enfermedad de COVID-19 en una muestra colombiana: un estudio inicial

Vaccine reluctance for COVID-19 disease in a Colombian sample: an initial study

*Aldayr David Rosero Bolaños, Jhonatan Andrés Pantoja Salas
y Erika Mabel Ruiz Melo*

Universidad de Nariño¹

Autor para correspondencia: Aldayr David Rosero Bolaños, davidbrs058@gmail.com.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar las razones que describe una muestra de 204 adultos colombianos para rechazar el proceso de inmunización para la enfermedad COVID-19. Teniendo en cuenta que la temática es novedosa, y que los estudios similares o relacionados son limitados, los alcances de esta investigación se centraron en identificar dichos argumentos, tanto de forma específica, como agrupados en dimensiones. Para ello, se estableció una metodología de tipo cuantitativo-descriptiva, mediante la cual se calcularon los promedios y las desviaciones estándar de las subescalas de la prueba RV-COVID-19, además de efectuar un análisis de frecuencias de cada ítem. En cuanto a los resultados más relevantes, se encontró que la subescala de *Mitos y creencias* puntuó más alto que las demás, mostrando también los promedios más altos en el análisis por ítems; sin embargo, se destacan también ciertos elementos, relacionados con la distancia que hay que recorrer hasta los puntos de vacunación, el tiempo que puede tardar este proceso y el temor al dolor que la aplicación produce como justificaciones para no vacunarse. Por otra parte, las pruebas correlacionales mostraron que la variable Nivel educativo tuvo una relación significativa de carácter negativo, mientras que las variables Edad y Sexo no mostraron tener significancia estadística.

Palabras clave: Reticencia vacunal; Vacunación; COVID-19.

ABSTRACT

This study aimed to determine the reasons provided by a sample of 204 Colombian adults for rejecting the immunization process for the COVID-19 disease. Considering that this topic is novel and that similar or related studies are limited, the scope of this research focused on identifying arguments both specifically and grouped in dimensions. A descriptive quantitative methodology included the averages and standard deviations of the RV-COVID-19 test's subscales. Procedures also included performing an analysis of frequencies per item. The main results suggest that the myths and beliefs subscale scored higher than the others, showing the highest averages in the analysis by items. However, certain elements still require attention, such as the distance to the vaccination points, the time this process may take, and the fear of the pain generated by the vaccine application. Finally, correlational tests showed that educational level had a significant negative relationship, while age and sex did not show statistical significance.

Key words: Vaccine reluctance; Vaccination; COVID-19.

¹ Programa de Psicología, Calle 18 núm. 50-02, Ciudadela Universitaria Torobajo Pasto, Nariño, Colombia, tel. (602)724-43-09.



Recibido: 17/01/2022

Aceptado: 29/08/2022

El SARS-CoV-2, identificado como el agente infeccioso causante de la enfermedad COVID-19, que actualmente sigue catalogada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), ha mostrado tener una alta transmisibilidad y una tasa de mortalidad considerable, especialmente en personas de la tercera edad y en aquellas que presentan comorbilidades, como obesidad e hipertensión (Bhopal y Bhopal, 2020; Guan *et al.*, 2020; Wang, Li, Lu y Huang, 2020).

El número de fallecimientos en todo el mundo es hoy día superior 4'680,000 (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Our World In Data, 2021), mientras que Colombia se aproxima a una cifra de 130 mil muertes desde el arribo del virus al país (Instituto Nacional de Salud, 2021), lo que da idea de la elevada capacidad patógena de este agente y su impacto demográfico, los que se han sumado a la saturación de los sistemas hospitalarios –especialmente en los servicios de cuidados intensivos y los de terapia respiratoria (Lambarri, 2020)–. No obstante, los datos epidemiológicos indican una clara tendencia a la baja de los diferentes efectos de esta enfermedad, la que ha mostrado una reducción de cerca de 70% en la tasa de mortalidad en países como Italia (Flacco *et al.*, 2021). En el caso de Colombia, la situación es similar; en efecto, se aprecia una disminución en el número de fallecimientos diarios, que han pasado de 130 a 32 fallecimientos en promedio cuando se comparan el mes de septiembre de 2020 con el de 2021 (Instituto Nacional de Salud, 2021).

Dicha tendencia mundial a la baja, según diversos expertos, es producto de las diferentes medidas establecidas por los diferentes gobiernos y autoridades sanitarias, como el distanciamiento físico, el uso obligatorio de cubrebocas, la asepsia en manos y superficies (Chen, Rodewald, Lai y Gao, 2021), y sobre todo la vacunación, siendo este el mecanismo más eficaz para reducir la aparición de signos y síntomas graves propios del COVID-19, como también prevenir la hospitalización y la muerte del paciente (Casas y Mena, 2021).

En cuanto a este último mecanismo de mitigación de la enfermedad grave y de la muerte por COVID-19, se ha llevado a cabo en la actualidad un importante número de estudios enfocados en identificar aspectos tales como la eficacia, la eficiencia y los efectos secundarios de las diferentes vacunas desarrolladas hasta el momento. En relación a ello, se conocen más de 70 biológicos en diferentes fases de desarrollo que se basan en diferentes plataformas, como por ejemplo vectores virales, cadenas de proteínas, virus inactivados y vacunas basadas en ácidos nucleicos (Heinz y Stiasny, 2021), sobresaliendo, por ejemplo, la BNT162b2 y la mRNA-1273, conocidas popularmente por el nombre de los laboratorios que las fabrican (Pfizer, AstraZeneca, Sinovac, Moderna, etc.) (Sharma *et al.*, 2021). Sin embargo, los avances tecnológicos y científicos continúan, por lo que se espera que en los próximos meses haya una mayor cantidad de vacunas disponibles para mejorar la cobertura mundial de este servicio de salud (Heinz y Stiasny, 2021).

Desde la llegada de la primera vacuna aprobada por autoridades como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), hasta octubre de 2021 se había reportado la aplicación de más de seis mil millones de dosis en todo el orbe, lo que significa que cerca de 38% de la población total cuenta ya con el esquema completo de vacunación (Google, 2021). Aun así, es importante señalar que el porcentaje antes mencionado no es homogéneo en las diferentes regiones del mundo, pues los países de la Unión Europea, al igual que China y Estados Unidos, son los que concentran la mayor cantidad de personas vacunadas (76% de su población), mientras que algunas regiones de África, como también de Centro y Sudamérica, donde algunos países no cuentan siquiera con información estadística disponible de este proceso (Mathieu *et al.*, 2021), muestran un preocupante rezago en el número de personas inmunizadas.

Colombia reporta la administración de cerca de 45 millones de dosis de las diferentes vacunas, lo que significa que cerca de 39% de la población contaba hasta el año 2021 con el régimen completo del proceso de inmunización, y que cerca de 52% de habitantes tenía al menos una dosis de alguna de las diferentes vacunas disponibles en el

país (Our World in Data, 2021). Si bien las estadísticas indican que el porcentaje de población inmunizada en Colombia es similar a la global, en relación a la región sus cifras de vacunación están por debajo de Chile, Uruguay, Ecuador y México (Statista, 2021).

Respecto a lo anterior, se podría pensar que el rezago del proceso de vacunación en Colombia se debe exclusivamente al retraso en la llegada de las vacunas en relación a otros países, a la limitada disponibilidad de las mismas, al retraso de la distribución de estos biológicos en zonas apartadas y a elementos propios del sistema de salud, según han señalado autores como Guarnizo, García y León (2021) y la Organización Mundial de la Salud (2021); no obstante, se sabe que una de las causas por las cuales hay retraso o rechazo en los procesos de vacunación se deben a factores psicológicos, sociales y culturales, los que hacen que las personas se nieguen a que se les aplique esta medida de protección contra el COVID-19.

Si bien es amplia y concluyente la evidencia científica de la eficacia y eficiencia de las vacunas para evitar la aparición de síntomas y la muerte en el caso de diferentes enfermedades, hay sectores de la sociedad que se resisten a ellas, al punto de crear grupos y movimientos “antivacunas” que han generado un fuerte rechazo a su aplicación a través de protestas pacíficas, recursos legales y acciones pedagógicas (Galindo y Molina, 2021; Romero, 2021). Como muestra de ello, hay incluso movimientos que han decidido rechazar los procesos de inmunización contra enfermedades tales como la viruela y el papiloma humano, y actualmente contra el COVID-19 (Cepero, 2017).

Las razones y justificaciones para tal reticencia y son variadas, y van desde las explicaciones pseudocientíficas relacionadas con el desarrollo natural y la nula intervención artificial del sistema inmune (Bernal, Morales y Moreno, 2021), hasta las complejas teorías conspirativas que afirman que las vacunas son herramientas de control mental o que forman parte de un plan de exterminio o depuración de la humanidad (Vega, 2020). Esta situación, que se ha hecho más evidente durante la pandemia por COVID-19 y su actual proceso de

vacunación, ha develado la necesidad de prestar mayor atención a tales creencias y conductas debido a que constituyen un obstáculo en la lucha contra esta nueva enfermedad y otras ya conocidas, puesto que su expansión supone la posibilidad de consolidar creencias e imaginarios que dificultarán a futuro el adecuado desarrollo de diversos procesos de inmunización ya consolidados; por ejemplo, los esquemas de vacunación infantil, la viruela o el papiloma humano (Fernández y Baquero, 2019).

La revisión documental que aquí se reporta tuvo como objetivo identificar las razones, referidas por una muestra de adultos de la ciudad San Juan de Pasto (Colombia) que han rechazado los diferentes procesos de vacunación contra el COVID-19, que pueden agruparse en diferentes categorías, como la dificultad de acceso a este servicio de salud (Guarnizo *et al.* 2021), el temor y el sobredimensionamiento de los riesgos (Gomes, 2012; Gómez y Zamanillo, 2005), los mitos y creencias (Ullah, Khan, Tahir, Ahmed y Harapan, 2021; Vega, 2020) y la desinformación (García y Aguilar, 2018) como las predominantes en el fenómeno de la reticencia vacunal.

MÉTODO

Participantes

El presente trabajo empleó una muestra de 204 participantes, de los cuales 92 (45%) fueron varones y 112 mujeres (55%), cuyas edades oscilaron entre 18 y 78 años ($M = 39.9$, $D.E. = 16.94$). Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo incidental, basado en los principios de la técnica de “bola de nieve”, en la que los mismos participantes del estudio identifican, se acercan o incentivan a otros sujetos que cumplen con los criterios de inclusión a participar en una investigación (Baltar y Gorjup, 2012).

Los criterios de inclusión fueron ser mayores de edad y residir en Colombia, así como no haberse vacunado contra el COVID-19 al momento de responder la encuesta.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

Este instrumento permitió identificar el sexo, la edad y el nivel de escolaridad de los participantes.

Reticencia Vacunal para COVID-19 (RV-COVID-19).

Elaborada *ex profeso* para este estudio, se estructura en cuatro factores que se califican en una escala de cuatro opciones de respuesta, con recorrido de 0 a 3: Barreras de acceso al servicio de vacunación (cinco ítems); Sobredimensionamiento del riesgo (cinco ítems); Mitos y creencias (siete ítems) y Desinformación (cinco ítems), los que se califican como “Nada importante” (0), “Poco importante” (1), “Medianamente importante” (2) y “Muy importante” (3).

Cabe aclarar que para garantizar la validez y la comprensión de los ítems que componen el instrumento se desarrolló un proceso de pilotaje con 25 participantes, a quienes se dieron algunas recomendaciones relacionadas con conectores verbales y palabras difíciles de comprender, siendo sus observaciones un importante insumo para corregir algunos ítems de la prueba.

Por último, se calcularon algunas estadísticas para determinar las propiedades psicométricas de la prueba, hallándose un adecuado nivel de confiabilidad para la escala general ($\alpha = 0.84$), con coeficientes α para las subescalas de entre .79 y .91, y mostrando además un buen nivel de ajuste para el modelo de cuatro factores propuesto por los autores, los que arrojaron los siguientes estadísticos: $KMO = .87$; $p < 0.05$.

Procedimiento

A través de un proceso de boca a boca y de una convocatoria efectuada a través de redes sociales, como Facebook y WhatsApp, se conjuntó a un grupo de participantes que satisfacían los criterios de inclusión ya descritos, quienes después invitaron a otras personas que cumplieran igualmente dichas condiciones.

Una vez identificados los Participantes potenciales, se estableció contacto con ellos vía telefónica o por medio de WhatsApp a fin de detallarles los procedimientos, fases y objetivos de la

presente investigación, así como para formularles una invitación formal para que formasen parte de la misma. Una vez que se contó con su aprobación, se les envió mediante correo o mensaje electrónico un formulario elaborado en Google Forms que contenía la descripción del estudio, la información necesaria para establecer contacto con el equipo investigador, el formato de consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y la escala denominada RV-COVID-19.

El tiempo medio para el llenado de dicho instrumento fue de 12 minutos.

Elementos éticos y bioéticos

Esta investigación y sus diferentes fases se fundamentaron en las disposiciones nacionales relacionadas con los estudios con seres humanos en el área de la psicología y la salud en general.

De acuerdo con lo anterior, se tuvieron en cuenta los principios éticos considerados en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006), especialmente la aplicación del formato consentimiento informado, como también el uso adecuado de los instrumentos psicométricos aplicados; además, se atendieron los lineamientos establecidos en la Resolución 8430 de 1993, en la que se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para una investigación en salud en el país, especialmente su título II: “De la investigación en seres humanos”. Cabe mencionar que se brindó de manera adecuada toda la información necesaria a los participantes, además de hacerles explícitos el objetivo del estudio y los riesgos y beneficios del mismo; por otra parte, se subrayó el carácter anónimo, confidencial y voluntario de su participación, así como la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que lo decidieran.

Análisis de datos

Inicialmente, se hizo el vaciado y depuración de la información recolectada a través del software Excel, para su posterior análisis en el SPSS, v. 23 (IBM, 2015).

Se efectuó dicho análisis con el de los estadísticos descriptivos y las frecuencias en el cues-

cionario sociodemográfico, seguido del cálculo del promedio y la desviación estándar de los puntajes de los factores del instrumento RV-COVID-19 y de los puntajes generales.

Seguidamente, se calcularon los estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) de cada ítem de la prueba, obteniéndose asimismo un análisis de frecuencias para dichos reactivos.

Se complementó el presente examen con el cálculo de índices de correlación empleando la prueba *Rho* de Spearman a fin de identificar las relaciones entre los puntajes de las subescalas de la prueba, la prueba general y las variables de edad, sexo y nivel educativo.

RESULTADOS

El cálculo de los promedios de los puntajes de las subescalas y los totales de la prueba RV-COVID-19 (Tabla 1) indica que la subescala *Mitos y creencias* ($M = 5.78$; D.E. = 4.73) alcanzó el promedio más alto, seguido de la subescala *Barreras de acceso a los servicios de vacunación* ($M = 3.13$; D.E. = 3). En relación a este análisis, es posible observar que los promedios de las subescalas *Desinformación* y *Sobredimensionamiento del riesgo* mostraron estadísticos similares.

Tabla 1. Promedio y desviación estándar (puntajes de la prueba RV-COVID-19).

Subescala	M	D.E.
Barreras de acceso al servicio de vacunación	3.13	3.00
Sobredimensionamiento del riesgo	2.75	3.01
Mitos y creencias	5.78	4.73
Desinformación	2.83	3.55
Total	14.49	9.03

En relación con lo anterior, se puede inferir que, en la muestra utilizada, los mitos y las creencias sobre las vacunas pueden ser determinantes al momento de tomar la decisión de evadir los procesos de inmunización contra el COVID-19, sin que ello implique que se deban desestimar aspectos tales como las barreras para la vacunación, la desinformación y la percepción de los riesgos con relación a este servicio de salud.

En cuanto al análisis estadístico por ítems (Tabla 2), se halló que los números 11 (“*La sospecha de que la vacuna está hecha para matar a la gente y controlar la sobrepoblación*”), 17 (“*La sospecha de que la vacuna es solo un negocio para algunas empresas o países*”) y 1 (“*La distancia que debo recorrer al puesto de vacunación es larga*”) son los que alcanzaron el mayor promedio y porcentaje de participantes, quienes los calificaron como aspectos importantes al momento en que decidieron no vacunarse. De lo anterior, llama la atención que los ítems 11 y 17 pertenecen a la subescala *Mitos y creencias*, la cual aglomera los reactivos con los promedios más altos (que oscilan entre .96 y .72), superando las medias de los demás, a excepción del número 1.

Respecto a la distribución de frecuencias, se

encuentra que los ítems de la mencionada subescala muestran que la mayor cantidad de participantes calificó las afirmaciones de la prueba RV-COVID-19 con las opciones “Medianamente importante” y “Muy importante”, agrupando así cerca de 20% del total de participantes; pese a ello, ítems como el 1 (“*La distancia que debo recorrer al puesto de vacunación es larga*”), 4 (“*Las filas y el tiempo de espera en los puntos de vacunación*”), 7 (“*Temor al dolor que genera la vacuna*”), 18 (“*La idea de que mi sistema inmune [las defensas del cuerpo] son suficientes para combatir eficazmente a cualquier enfermedad*”) y 22 (“*La información de que la vacuna no es eficaz, por lo que no vale la pena correr riesgos*”) se aproximan a ese porcentaje, por lo cual se podrían considerar relevantes al momento de generar reticencia vacunal en la presente muestra.

Por otra parte, el análisis de frecuencias muestra que todos los ítems tienen al menos un participante que los calificó como *muy importante*, lo cual puede indicar que, para la presente muestra, la resistencia al proceso de vacunación se justifica con base en más de un argumento o razón, evidenciando cierta complejidad en el fenómeno de la reticencia vacunal para la enfermedad COVID-19.

Tabla 2. Análisis estadístico por ítems prueba RV- COVID-19.

Ítem	M	D.E.	Nada importante (%)	Poco importante (%)	Medianamente importante (%)	Muy importante (%)
1. La distancia que debo recorrer al puesto de vacunación es larga.	.93	.896	36.3	41.7	14.7	7.4
2. Las dificultades para que me den permiso en mi trabajo para ir a vacunarme.	.58	.781	57.4	30.4	9.3	2.9
3. El tiempo que tardan los trámites del proceso de vacunación.	.49	.772	66.2	21.6	9.8	2.5
4. Las filas y el tiempo de espera en los puntos de vacunación.	.64	.828	55.9	27.5	13.7	2.9
5. Los horarios establecidos por los puestos de vacunación.	.50	.733	62.3	28.4	6.9	2.5
6. Temor a las inyecciones y/o agujas	.55	.826	61.8	25.5	8.3	4.4
7. Temor al dolor que genera la vacuna.	.68	.927	56.4	26.5	9.8	7.4
8. Temor a presentar síntomas leves a moderados (dolor de cabeza, malestar general, fiebre).	.53	.771	61.3	27.5	8.3	2.9
9. Temor a presentar síntomas graves (problemas respiratorios, enfermedades del corazón, etc.).	.50	.766	63.7	25.5	7.8	2.9
10. Temor a morir producto de complicaciones de la vacuna.	.48	.752	66.2	21.1	11.3	1.5
11. La sospecha de que la vacuna está hecha para matar a la gente y controlar la sobrepoblación.	.96	.793	27.9	53.4	13.2	5.4
12. La sospecha de que la vacuna tiene un chip con fines desconocidos.	.79	.924	47.1	34.3	10.8	7.8
13. La idea de que la vacuna modifica el ADN o los genes de las personas.	.82	.967	48.5	28.9	14.2	8.3
14. La sospecha de que la vacuna controlará la mente de las personas.	.75	.944	52.5	28.4	11.3	7.8
15. La idea de que la vacuna es una forma de controlar y manipular a la sociedad.	.71	.915	53.9	27.5	12.3	6.4
16. La sospecha de que el COVID-19 o el Coronavirus no existe.	.80	.954	50.0	27.5	15.2	7.4
17. La sospecha de que la vacuna es solo un negocio para algunas empresas o países.	.95	1.045	45.1	26.5	16.7	11.8
18. La idea de que mi sistema inmune (las defensas del cuerpo) son suficientes para combatir eficazmente a cualquier enfermedad.	.63	.852	57.4	26.0	12.7	3.9
19. La información de que me voy a enfermar aun teniendo la(s) vacuna(s) para la COVID-19.	.51	.809	64.7	24.0	6.9	4.4
20. La marca o el laboratorio que produce la vacuna.	.53	.790	62.3	26.0	8.3	3.4
21. La idea de que la vacuna para la COVID-19 no sirve para nada.	.51	.809	65.2	22.5	8.3	3.9
22. La información de que la vacuna no es eficaz por lo que no vale la pena correr riesgos.	.65	.856	56.4	26.5	13.2	3.9

En cuanto al análisis de correlación entre las variables sociodemográficas con los puntajes de las subescalas y el total de la prueba (Tabla 3), se encontró que el grado de escolaridad muestra una correlación negativa moderada tanto con la escala total (Rho de Spearman = $-.67$; $p < 0.05$) como con las subescalas *Sobredimensionamiento del riesgo*, *Mitos y creencias* y *Desinformación*, mientras que las variables restantes arrojaron correlaciones que no tienen significancia estadística o presentan una relación muy débil, como las encontradas entre algunas subescalas de la prueba RV-COVID-19 y la variable sexo.

Tabla 3. Correlaciones entre la RV-COVID-19 y las variables sociodemográficas.

Subescala	Sexo	Edad	Escolaridad
Barreras de acceso al servicio de vacunación	.125	.009	0.32
Sobredimensionamiento del riesgo.	.071	.022	-0.79*
Mitos y creencias.	.151*	-.011	-0.68*
Desinformación.	.216*	-.050	-0.63*
Total	.310	-.240*	-0.67*

*Indica significancia estadística $p < 0.05$

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo muestran que los mitos y las creencias son las razones o argumentos más frecuentes para justificar la reticencia vacunal para la enfermedad generada por el SARS-CoV-2, donde también sobresalen aspectos relacionados con la disponibilidad de tiempo para asistir a los puntos de vacunación, el temor al dolor o los efectos que puede generar la vacuna, y la desinformación que existe en torno a la función que tienen estos biológicos en el sistema inmunológico y el desarrollo de la enfermedad.

Si bien el contraste de datos es limitado debido a la novedad de este tópico y a la escasa disponibilidad de información relacionada a la reticencia vacunal, se encontraron algunos resultados que guardan cierta similitud con los del presente estudio; por ejemplo, en la investigación efectuada en Honduras por Alfaro *et al.* (2021) los participantes que mostraron una actitud en contra de

las vacunas refirieron que sentían desconfianza hacia los biológicos debido a la velocidad con la que se fabricaron, además de manifestar que se carece de conocimientos básicos sobre la función, al igual que de los riesgos y las implicaciones de las vacunas, situación que se complica aún más debido a la gran cantidad de información errónea que circula en las redes sociales. Un estudio similar, hecho en la República Dominicana por Pérez y Berríos (2021), encontró que 17.7% de una muestra de personas mayores de edad respondieron no estar seguras de vacunarse, y 11% no tenía la intención de acceder a este servicio de salud, mostrando frecuencias similares a las encontradas en este trabajo, lo que puede indicar que los determinantes y las distribuciones de las muestras tienden a ser similares, al menos en lo que refiere a la población latina.

En ese orden de ideas, un estudio realizado en Colombia por el Departamento Nacional de Planeación (2021) mostró igualmente algunas similitudes, pues 33% de los participantes de la muestra refirió que no accedieron a la vacuna para COVID-19 debido a los efectos secundarios de la misma, mientras que 9% señaló que las vacunas no servían. Llama la atención que 6% justificara su decisión mediante teorías conspirativas, de un modo semejante al presente estudio en cuanto a los ítems incluidos en la subescala de mitos y creencias.

Un aspecto importante a resaltar es que la mayoría de las investigaciones sobre la reticencia vacunal para el COVID-19 se enfocan principalmente en reflexiones de carácter bioético, en que se analiza la viabilidad y pertinencia de las posiciones “antivacunas” a la luz de normas, derechos y salud pública, por las que diversos autores concluyen que si bien existen argumentos válidos, el mayor reto para las entidades de salud y gobiernos nacionales y locales es el de combatir los mitos, creencias y desinformación que se transmiten especialmente por medio de las redes sociales (Canchanya, 2021; Cuesta, Martínez y Niño, 2019).

En cuanto a las correlaciones encontradas en esta investigación, se identificaron similitudes con las del estudio llevado a cabo por Pérez y Berríos (2021), quienes consideran que la formación académica tiene una estrecha relación con la disposición a aceptar la vacuna, motivo por el cual los

participantes con nivel académico universitario tienden a aplicarse la vacuna, a diferencia de los encuestados con niveles educativos inferiores; no obstante, llama la atención que el trabajo citado también describe diferencias cuando se tienen en cuenta las variables de sexo y edad; en efecto, las mujeres y los menores de 45 años mostraron una mayor resistencia al proceso vacunal, lo que pone en evidencia la necesidad de profundizar en el fenómeno con nuevos análisis.

Al entender que la reticencia vacunal para el COVID-19 es una temática nueva y, por ende, poco estudiada, es de vital importancia que se efectúen más investigaciones como la presente utilizando diferentes métodos y enfoques a fin de comprender con mayor detalle las percepciones, pensamientos y argumentos que hay ante el hecho de no acceder a las vacunas disponibles, por lo que la comprensión del fenómeno se convierte en un elemento esencial para desarrollar estrategias que permitan disminuir la cantidad de personas que no se encuentran vacunadas debido a justificaciones que se alejan de los hechos científicos.

En conclusión, los resultados obtenidos permiten concluir que las razones por las cuales los participantes manifiestan una negativa frente al proceso de vacunación para la enfermedad COVID-19

se centran principalmente en mitos y creencias en torno a este servicio fundamental de salud, de donde se destacan justificaciones relacionadas con la creencia de que la vacuna generará muertes como parte de un plan de control poblacional, como también la idea de que las vacunas son solo un negocio de las farmacéuticas.

En cuanto a la percepción de las barreras de acceso al servicio de vacunación, los participantes identificaron las distancias que debían recorrer, las filas y los tiempos de espera para acceder al mismo como los principales argumentos para no vacunarse contra el COVID-19.

Los análisis de frecuencias indican que las razones que tienen los participantes para no vacunarse son multifactoriales y que no responden a un solo motivo, hallándose asimismo que al menos 11% de los participantes reportó tener razones importantes para no aplicarse la vacuna.

Es posible concluir que existe una relación negativa entre el nivel académico y los puntajes de la prueba RV-COVID-19, lo que puede indicar que entre mayor sea la preparación académica de los participantes, menor será la resistencia al proceso de vacunación para el nuevo coronavirus, en la que variables como el sexo y la edad no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Citación: Rosero B., A.D., Pantoja S., J.A. y Ruiz M., E.M. (2022). Reticencia vacunal para la enfermedad de COVID-19 en una muestra colombiana: un estudio inicial. *Psicología y Salud*, Número Especial, 91-100. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2794>.

REFERENCIAS

- Alfaro D., E.A., Funes N., Y.V., Yoel, N., Lozano, M., Alvarado M., Y.V., Pérez R., S. y Ordoñez P., J.V. (2021). *Percepción de la población hondureña hacia la vacuna contra el COVID-19*. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Andrade-31/publication/352465506_Percepcion_de_la_poblacion_hondurena_hacia_la_vacuna_contra_el_COVID-19/links/60ca4bb8458515dc178942fb/Percepcion-de-la-poblacion-hondurena-hacia-la-vacuna-contra-el-COVID-19.pdf.
- Baltar, F. y Gorjup, M.T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.
- Bernal V., B.M., Morales J., A., y Moreno P., N.E. (2021). Indecisión a las vacunas: una revisión sistemática para abordar el fenómeno en Latinoamérica. *Sanus*, 6. Doi: 10.36789/sanus.vi1.182.
- Bhopal, S.S. y Bhopal, R. (2020). Sex differential in COVID-19 mortality varies markedly by age. *The Lancet*, 396(10250), 532-533. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)31748-7.
- Canchanya C., X. (2021). *Percepción social de la aceptación de la vacuna contra la COVID-19 en usuarios de las redes sociales*. Tesis doctoral. Huancayo (Perú): Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. Recuperado de <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/609/TESIS%20XIOMARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Casas, I. y Mena, G. (2021). La vacunación de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 156(10), 500-502. Doi: 10.1016/j.med-cli.2021.03.001.
- Cepero L., C. (2017). *Revisión bibliográfica sobre las vacunas y el movimiento anti vacuna*. Tesis de pregrado. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.
- Chen, Q., Rodewald, L., Lai, S. y Gao, G.F. (2021). Rapid and sustained containment of COVID-19 is achievable and worthwhile: implications for pandemic response. *British Medical Journal*, 2021; 375:e066169. Doi: 10.1136/BMJ-2021-066169.
- Cuesta C., U., Martínez, L.M. y Niño G., J.I. (2019). Análisis de la información pro vacunas y anti vacunas en redes sociales e internet. Patrones visuales y emocionales. *Profesional de la Información*, 28(2). Recuperado de <https://revista.profesional-delainformacion.com/index.php/EPI/article/view/68613>.
- Departamento Nacional de Planeación (2021, octubre). *Vacunación contra el COVID-19 en Colombia: opinión pública sobre su priorización y distribución*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.poverty-action.org/publication/vacunaci%C3%B3n-contra-el-covid-19-en-colombia-opini%C3%B3n-p%C3%BAblica-sobre-su-priorizaci%C3%B3n-y>.
- Fernández N., J.A. y Baquero, H. (2019). El movimiento anti-vacunas y la anti-ciencia como amenaza para la salud pública. *Salud*, 51(2), 103-106.
- Flacco, M.E., Soldato, G., Acuti, M.C., Carota, R., Di Luzio, R., Caponetti, A. y Manzoli, L. (2021). Interim estimates of COVID-19 vaccine effectiveness in a mass vaccination setting: data from an Italian province. *Vaccines*, 9(6), 628. Doi: 10.3390/vaccines9060628.
- Galindo S., B.M., y Molina Á., N. (2021). La sostenibilidad de la vacunación y los movimientos antivacunas en tiempos del nuevo coronavirus. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2599.
- García A., S. y Aguilar I., R. (2018). Discurso antivacunas en las redes sociales: análisis de los argumentos más frecuentes. *Tiempos de Enfermería y Salud*, 1(5), 50-53.
- Google (2021, septiembre 30). *Coronavirus (Covid-19)*. Recuperado de <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419ystate=7ymid=%2Fm%2F02j71&gl=CO&ceid=CO%3Aes-419>.
- Guan, W.J., Liang, W.H., Zhao, Y., Liang, H.R., Chen, Z.S., Li, Y.M. y He, J.X. (2020). Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. *European Respiratory Journal*, 55(5). Doi: 10.1183/13993003.00547-2020.
- Guarnizo, D., García, J. y León., D. (de 2021, septiembre 30). *Acceso equitativo a las vacunas COVID-19 en Colombia*. Bogotá: Heinrich-Böll-Stiftung. Recuperado de <https://co.boell.org/es/2021/08/19/acceso-equitativo-las-vacunas-covid-19-en-colombia>.
- Heinz, F.X. y Stiasny, K. (2021). Distinguishing features of current COVID-19 vaccines: knowns and unknowns of antigen presentation and modes of action. *NPJ Vaccines*, 6(1), 1-13. Doi: 10.1038/s41541-021-00369-6.
- IBM Corporation (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Instituto Nacional de Salud (2021, septiembre). *COVID-19 en Colombia*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>.
- Lambarri M., C. (2020). Conceptos para una buena toma de decisiones en la pandemia COVID-19 en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 37(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182020000200170>.
- Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz O., E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C. y Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature Human Behaviour*, 1-7. Doi: 10.1038/s41562-021-01122-8.
- Organización Mundial de la Salud (2021, septiembre). *La OMS y UNICEF advierten de un descenso en las vacunaciones durante la COVID-19*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19>.
- Organización Panamericana de la Salud (2021, septiembre). *Actualización epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Washington, D.C. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-27-septiembre-2021>.
- Our World in Data (2021, 30 de septiembre). *Coronavirus (COVID-19): Deaths*. Recuperado de <https://ourworldindata.org/covid-deaths>.
- Pérez S., A. y Berríos V., D. (2021). *Determinantes sobre la aceptación de la vacuna COVID-19, en el Distrito Nacional, República Dominicana, durante el periodo de febrero a marzo de 2021*. Tesis inédita de doctorado. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE).
- Romero B., D. (2021). *La objeción de conciencia y la desobediencia civil durante la COVID-19*. Tesis inédita de pregrado. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11531/49450>.
- Sharma, K., Koirala, A., Nicolopoulos, K., Chiu, C., Wood, N. y Britton, P.N. (2021). Vaccines for COVID-19: where do we stand in 2021? *Paediatric Respiratory Reviews*. Doi: 10.1016/j.prrv.2021.07.001.

- Statista (2021, octubre). *Porcentaje de vacunados y dosis administradas contra el coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe a 1 de octubre de 2021, por país*. Recuperado de <https://es.statista.com/estadisticas/1258801/porcentaje-y-numero-vacunados-contra-covid-19-en-latinoamerica-por-pais/>.
- Ullah, I., Khan, K.S., Tahir, M.J., Ahmed, A. y Harapan, H. (2021). Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: potential effect on global vaccine refusals. *Vacunas*, 22(2), 93-97. Doi: 10.1016/j.vacun.2021.01.001.
- Vega D., J.M. (2020). Teorías de conspiración y desinformación en torno a la epidemia de la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(3), 135-137. Doi: 10.20453/rnp.v83i3.3792.
- Wang, B., Li, R., Lu, Z. y Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging*, 12(7), 6049. Doi: 10.18632/aging.103000.