

UCUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA VACUNA
CONTRA COVID-19 DE LOS HABITANTES DEL CANTÓN CUENCA- ECUADOR
EN EL AÑO 2021.

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico

Modalidad: proyecto de
investigación

Autoras:

María Daniela Peralta Rosales

CI: 0104772421

Correo electrónico: peraltadaniela@gmail.com

Arianna Sofía Torres Ochoa

CI: 0104273933

Correo electrónico: sofitorres8a@gmail.com

Director:

Dr. Bernardo José Vega Crespo

CI: 0102146917

Cuenca, Ecuador

20-junio-2022

Resumen

Antecedentes: A finales del año 2019 el brote de coronavirus produjo el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-Cov-2). En Ecuador, hasta el 25 de mayo 2022, fallecieron 35617 personas. Para evitar la propagación del coronavirus, se han ocupado herramientas bioinformáticas para crear una vacuna eficiente que proporcione un buen perfil de inmunogenicidad y protección a largo plazo.

Objetivo: Identificar conocimientos, actitudes y prácticas frente a la vacuna contra COVID-19 de los habitantes del cantón Cuenca- Ecuador en el año 2021.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, el universo consta de 914 participantes; se utilizó la base de datos del International Citizen Project COVID- 19, encuesta realizada en línea durante febrero del 2021.

Resultados: la mayoría de los encuestados son mujeres (57,4%), tienen una edad entre 20-24 años (32,3%), residen en área urbana (71,8%), poseen ingresos bajos-medianos (53,7%), alcanza el tercer nivel de educación (45,5%) y no estudian o trabajan en el sector de salud (64,2%), confían en el personal de salud como fuente de información (63%); tienen buenas actitudes (57,2%), bajos conocimientos (54,8%) y malas prácticas (59,5%) hacia la vacuna contra COVID-19.

Conclusiones: El género femenino, no pertenecer al sector de salud como estudiante o trabajador y la fuente de información confiable, influyen sobre los altos conocimientos de la vacuna contra COVID-19. El género femenino, edad, nivel de educación secundaria, nivel socioeconómico bajo y área de residencia rural influyen sobre las buenas actitudes hacia la vacuna. El género mujer y área de residencia rural influyen sobre las buenas prácticas hacia la vacuna.

Palabras clave: Conocimientos. Actitudes. Prácticas. Vacuna. COVID-19.
Cuenca

Abstract

Background: At the end of 2019 the outbreak of coronavirus caused the Severe Acute Respiratory Syndrome. In Ecuador, until May 25, 2022, a total of 35,617 people have died. In order to prevent the spread of the coronavirus, bioinformatics tools have been used to create a vaccine whose target is efficient in providing a good immunogenicity profile and long-term protection.

Objectives: To identify knowledge, attitudes, and practices regarding the COVID-19 vaccine of the inhabitants of Cuenca-Ecuador in 2021.

Methods: A cross-sectional, descriptive study was carried out, the International Citizen Project COVID-19 (ICP COVID-19) database was used, obtained through an online survey in February 2021. The universe consists of 914 participants. The data were processed with SPSS software. The results were presented in frequency and percentage tables.

Results: 57,4% were women; 32,3% were between ages 20 and 24 years old, 71,8% resided in the urban area, 53,7% had low to medium incomes (53.7%), the 45,5% had reached the third level of education and 64,2% do not study or work in the health sector. The 63% trusted health professionals as a source of information. The majority of the population in this study has good attitudes (57.2%), low knowledge (54.8%), and bad practices (59.5%) toward the COVID-19 vaccine in 2021.

Conclusions: Female gender, not belonging to the health sector as a student or worker, and the source of reliable information influence the high knowledge of the COVID-19 vaccine. Female gender, age, secondary education level, low socioeconomic level, and rural area of residence influence good attitudes towards the vaccine. The female gender and rural residence influence good practices regarding the vaccine.

Keywords: Knowledge. Attitudes. Practices. Vaccine. COVID-19. Cuenca

Tabla de contenido

Resumen.....	2
Tabla de contenido.....	4
Índice de tablas	7
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional	9
Cláusula de Propiedad Intelectual.....	11
Agradecimiento	13
Dedicatoria	14
CAPÍTULO I	15
1.1 Introducción.....	15
1.2 Planteamiento del problema.....	17
1.3 Justificación.....	18
CAPÍTULO II	20
2. 1 Fundamento teórico	20
2.1 .1 SARS-CoV-2 Generalidades.....	20
2.1.2 Epidemiología	21
2.1.3 Estructura viral	21
2.1.4 Mecanismos de transmisión.....	21
2.1.5 Fisiopatología.....	22
2.1.6 Mecanismo inmunológico frente al SARS-CoV-2.....	23
2.1.7 Tratamiento.....	24
2.1.8 Medidas de prevención	24
2.1.9 Vacunas	25
2.1.10 Conocimientos, actitudes y prácticas a la vacuna contra la COVID-19	29
CAPÍTULO III	33

UCUENCA

3.1	Objetivo general	33
3.2	Objetivos específicos	33
CAPÍTULO IV		34
4.1	Tipo de estudio.....	34
4.2	Área de estudio	34
4.3	Universo	34
4.4	Criterios de inclusión y de exclusión	34
4.5	Variables	34
4.6	Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos	35
4.6.1	Métodos.....	35
4.6.2	Técnicas	35
4.6.3	Instrumentos.....	36
4.7	Tabulación y análisis.....	36
4.8	Aspectos éticos	36
CAPÍTULO V		37
5.1	Resultados. Tablas.....	37
CAPÍTULO VI		58
6.1	Discusión.....	58
CAPÍTULO VII		62
7.1	Conclusiones.....	62
7.2	Recomendaciones.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		63
ANEXOS		70
ANEXO 1: Operacionalización de las variables		70
ANEXO 2: Presupuesto		75

ANEXO 3: Cronograma de trabajo por objetivos	76
ANEXO 4: Formato recolección de datos	76
Anexo 5: Consentimiento informado	80
Anexo 6: Autorización uso de la base de datos	81

Índice de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador.2021	37
Tabla 2: Distribución de actitudes sobre la vacuna contra COVID-19 según efectividad de la vacuna de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador. 2021	38
Tabla 3: Distribución de actitudes sobre la vacuna contra COVID-19 según percepciones de la vacuna de los participantes del estudio. Cuenca-Ecuador. 2021	39
Tabla 4: Nivel de actitud sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador. 2021	41
Tabla 5: Distribución de conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19 de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador. 2021	41
Tabla 6: Nivel de conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador. 2021	42
Tabla 7: Distribución de prácticas sobre la vacuna contra COVID-19 de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador. 2021	42
Tabla 8: Nivel de prácticas sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador. 2021	43
Tabla 9: Relación de variables sociodemográficas con los conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021.....	44
Tabla 10: Relación de variables sociodemográficas con las actitudes sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021.....	46
Tabla 11: Relación de variables sociodemográficas con las prácticas sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021.....	49
Tabla 12: Influencia de las variables de salud en los conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021.....	51

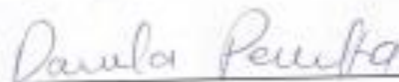
Tabla 13: Influencia de las variables de salud en las actitudes sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021	52
Tabla 14: Influencia de las variables de salud en las prácticas sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021	54
Tabla 15: Influencia de las variables individuales en los conocimientos de la vacuna contra la COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021	55
Tabla 16: Influencia de las variables individuales en las actitudes de la vacuna contra la COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021	56
Tabla 17: Influencia de las variables individuales en las prácticas de la vacuna contra la COVID-19. Cuenca-Ecuador.2021	57

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

María Daniela Peralta Rosales en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA VACUNA CONTRA COVID-19 DE LOS HABITANTES DEL CANTÓN CUENCA- ECUADOR EN EL AÑO 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20 de junio de 2022.



María Daniela Peralta Rosales

C.I: 0104772421

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Arianna Sofia Torres Ochoa en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA VACUNA CONTRA COVID-19 DE LOS HABITANTES DEL CANTÓN CUENCA- ECUADOR EN EL AÑO 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20 de junio de 2022.



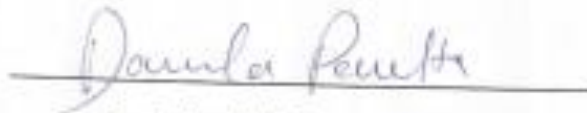
Arianna Sofia Torres Ochoa

C.I: 0104273933

Cláusula de Propiedad Intelectual

María Daniela Peralta Rosales, autora del trabajo de titulación "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA VACUNA CONTRA COVID-19 DE LOS HABITANTES DEL CANTÓN CUENCA- ECUADOR EN EL AÑO 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de junio de 2022.



María Daniela Peralta Rosales

C.I: 0104772421

Cláusula de Propiedad Intelectual

Arianna Sofía Torres Ochoa, autora del trabajo de titulación "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA VACUNA CONTRA COVID-19 DE LOS HABITANTES DEL CANTÓN CUENCA- ECUADOR EN EL AÑO 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de junio de 2022.



Arianna Sofía Torres Ochoa

C.I: 0104273933

Agradecimiento

Queremos agradecer a nuestro docente y director de tesis, Dr. Bernardo Vega, quien ha sido un guía fundamental durante nuestro proceso de formación; gracias a su perseverancia, paciencia y amor hacia la ciencia y a la educación, nos ha enseñado el querer superarnos cada día.

A nuestras familias y amigos, quienes nos han llenado de cariño y apoyo desde siempre.

Agradecemos a la Universidad de Cuenca que nos ha brindado educación de gran calidad. Ha sido nuestra casa durante 6 años, nos ha permitido conocer gente excepcional que nos acompañará por el resto de la vida o quedará guardada en nuestros corazones.

Daniela y Sofía.

Dedicatoria

A mi familia, padres y hermanos, por llenarme de cariño desde pequeña, por haberme enseñado a levantarme tras cada caída.

A mis amigas y amigos, mi compañera de tesis, quienes siempre me han demostrado su amor incondicional.

Daniela

Dedicado a mis padres, Doménica, Andrés, familia, amigos, amigas, docentes y especialmente a mi compañera de tesis; por ser un pilar fundamental en todo este proceso de aprendizaje y crecimiento, tanto profesional como persona.

Sofía

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

El primer brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) se dio a finales del año 2019 en Wuhan, China. Debido a su alto grado de contagiosidad, tomó pocos meses en esparcirse mundialmente y producir una “Pandemia”, declarada el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud. En Ecuador, hasta el 25 de mayo de 2022 han fallecido 35 617 y a nivel mundial aproximadamente 6 millones. Debido al peligro inminente que este virus significaba para toda la población, muchas farmacéuticas y laboratorios, buscaron producir una vacuna eficaz contra esta nueva enfermedad; sin embargo, muchos rumores se habían generalizado sobre la transparencia y eficacia de una vacuna dirigida a la población humana. (1) (2) (3)

En Etiopía en el año 2021, se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas hacia la COVID-19 y su vacuna en trabajadores de la salud, en la que el 56,4 % de la población tiene miedo a la vacuna contra la COVID-19, no obstante, el 64% sí planeaba vacunarse.(4)

En una investigación realizada en los trabajadores de salud en Arabia Saudita, se observó que el 26,73% de la población del estudio no aceptarían la vacuna debido a miedo a los efectos secundarios (16,82%) y a la corta duración de los ensayos clínicos (20,72%); De manera semejante, en un estudio realizado en Kuwait, se reporta que el 25,6% definitivamente no se vacunaría y el 21,3% probablemente no lo haría; siendo un total del 46,9% de participantes que no acepta la vacuna contra COVID-19. Se observó que mientras disminuye la efectividad hipotética de la vacuna lo hace también la aceptabilidad; además, los fumadores y las personas que consideran que las vacunas generan riesgos para la salud tienen menor aceptabilidad a la vacuna. En Estados Unidos, un estudio realizado en septiembre 2020 se determinó que el 67% de la población en cuestión aceptaría la vacuna si estaría recomendada para ellos; con un 72% de hombres comparado con mujeres, 78% de adultos mayores comparado con adultos jóvenes y 81% de asiáticos en

comparación con otros grupos étnicos, así como 75% de graduados con título que con los bachilleres. Además, Los trabajadores o retirados tienen más aceptación de la vacuna COVID-19 que los desempleados. En octubre de 2020, se demostró que la probabilidad de eficacia de la vacuna sí influye en la aceptabilidad de esta; por lo tanto, es imperativo que exista mayor promoción de la aceptación de la vacuna, sobre todo en poblaciones vulnerables. (5) (6) (7) (8)

En Ecuador, en el mes de abril se realizó una encuesta nacional donde de los 1050 hogares encuestados, el 97,4% acepta la vacuna contra SARS-CoV-2. (9)

Sobre las actitudes relacionadas con la vacuna contra COVID-19, se realizó un estudio en Reino Unido que obtuvo como resultado que el 7,2% de la población en estudio, expresó una alta desconfianza hacia la seguridad de la vacuna, mientras que el 52,9% manifestó una preocupación moderada. Además, el 8,5% indicó una fuerte preferencia por la inmunidad natural y el 44,7% expresó que de cierta manera la inmunidad natural podría ser mejor que una vacuna. Las asociaciones más fuertes sobre las actitudes negativas hacia la vacuna son con el nivel socioeconómico y el nivel de educación; pues los niveles más bajos presentaron desconfianza hacia la vacuna. Adicionalmente, se reportó que las mujeres y las personas con niños en el hogar tiene mayor probabilidad de no estar seguros o dispuestos a vacunarse contra COVID-19. (10)

Sobre los conocimientos acerca de la vacuna contra COVID-19, un estudio basado en una encuesta realizada en Bangladesh reporta que la puntuación media sobre el conocimiento de la vacuna contra COVID-19 es significativamente mayor entre los participantes con niveles de educación universitaria o superior, que viven en zonas urbanas y tienen antecedentes de haber recibido otras vacunas. También, se obtuvo como resultado que las principales fuentes de información sobre las vacunas contra COVID-19 son la comunicación en masa, redes sociales e internet. (11)

En cuanto a las prácticas relacionadas con la vacuna contra COVID-19, el estudio anteriormente mencionado realizado en el Reino Unido indica que el 64% de la muestra está dispuesto a recibir la vacuna, el 23% está incierto y el 14% está reacio.

Un estudio transversal en Kazajistán reporta que el más del 80% de la muestra en estudio indica que sigue el plan de vacunación propuesto por el Ministerio de Salud de ese país; el 61,4% indica que las vacunas deben ser obligatorias, el 72,3% estarían dispuestos a pagar por la vacuna y un 24,2% aceptaría participar en un ensayo clínico sobre la vacuna contra el COVID-19. (11) (12)

Al momento en el que se realizó este estudio, todavía no existía ninguna vacuna aprobada para el uso en la población contra COVID-19, por lo que se busca identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la vacuna contra COVID-19 de los habitantes de Cuenca-Ecuador en el año 2021.

1.2 Planteamiento del problema

En diciembre del 2019 China registró el primer caso de infección por SARS-CoV-2, marcando el inicio de una emergencia sanitaria. Debido a que el virus traspasó fronteras, actualmente nos vemos inmersos en una pandemia. Según el reporte situacional de la Organización Mundial de la Salud con fecha de corte del 27 de enero del 2022; el mundo registra 366 249 339 casos confirmados y 5 603 751 muertes. El Ecuador dentro de sus reportes con esta misma fecha, indicó 457 489 casos confirmados con RT PCR y 21 545 fallecidos. (1) (2) (3)

Al no contar con una cura específica de esta patología, existe ansiedad e incertidumbre social por lo que se han realizado esfuerzos científicos para inmunizar a la población contra el COVID-19 obteniendo como resultado varios tipos de vacunas que se encuentran disponibles para ser inoculadas en la población y así disminuir el riesgo de contagio, complicaciones y mortalidad.

Israel y Emiratos Árabes Unidos lideran mundialmente en la cobertura en vacunación; un estudio israelita que compara 596 6178 personas que recibieron la vacuna de Pfizer BioNTech con un grupo de control que no fueron vacunados, indicó que la vacuna reduce en un 94% los casos sintomáticos, 87% la hospitalización y 92% los casos severos de COVID-19. En Reino Unido, se realizó un estudio sobre el efecto de la vacunación en la transmisión de la COVID-19; demostrando la

reducción de casos en los familiares que habitan junto con el trabajador de salud vacunado con la vacuna BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) o ChAdOx1 nCoV-19 (Universidad de Oxford y AstraZeneca) en relación con aquellos no vacunados, con una tasa 100 personas-año de 5,93 y 9,40 respectivamente. (13) (14)

A pesar de contar ya con vacunas aprobadas, disponibles y estudios que demuestran la eficacia de las mismas; la resistencia o rechazo a la vacunación interviene en los esfuerzos de inmunizar a la población para controlar y frenar la infección por SARS-CoV-2; como se menciona en una investigación realizada en los trabajadores de salud en Arabia Saudita, se observó que el 26,73% de la población del estudio no aceptarían la vacuna debido a miedo a los efectos secundarios (16,82%) y a la corta duración de los ensayos clínicos (20,72%); De manera semejante, en un estudio realizado en Kuwait, se reporta que el 25,6% definitivamente no se vacunaría y el 21,3% probablemente no lo haría; siendo un total del 46,9% de participantes que no acepta la vacuna COVID-19. (5) (6) (7)

La vacunación es una las medidas más efectivas para controlar propagación del virus, por lo que considerar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vacuna con COVID-19 es necesario para crear una estrategia de vacunación efectiva en cada país. (15)

La pregunta de investigación planteada para este estudio es: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los habitantes del cantón Cuenca-Ecuador a la vacuna contra COVID-19?

1.3 Justificación

El primer caso confirmado de COVID-19 en el Ecuador se reportó el 29 de febrero del 2020, desde el 17 de marzo al 14 de septiembre del 2020 el país se encontraba en Estado de excepción disponiendo medidas para disminuir el contagio del SARS-CoV-2 como la regulación de la movilidad y asociación, confinamiento, uso obligatorio de mascarilla, promoción del aseo de manos, entre otros; sin embargo,

la medida con mayor efectividad para frenar la COVID-19 y sus consecuencias es la vacunación. (15)

El Plan de Vacunación para prevenir la COVID-19 Ecuador 2020-2021, buscó inmunizar al 60% de la población, para conseguir una inmunidad de rebaño o comunitaria; conocida como el estado en el cual suficientes individuos de una población tienen inmunidad frente a la infección. Hasta el 25 de enero del 2022, 14 615 853 ecuatorianos han sido vacunados, de los cuales, el 75% han recibido las dosis completas según el esquema de vacunación. (15) (16)

En un estudio global transversal online que representó a 60 nacionalidades en el año 2021, el 65,5% de la población están de acuerdo con la importancia de adquirir una vacuna para protegerse contra la COVID-19 y el 48,7 % de la población está de acuerdo que los efectos secundarios de la vacuna contra COVID-19 van a prevenir que se administren la vacuna. En Etiopía en el año 2021, se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas hacia la COVID-19 y su vacuna en trabajadores de la salud, en la que el 56,4 % de la población tiene miedo a la vacuna contra la COVID-19, no obstante, el 64% sí planea vacunarse. (17)

Datos recogidos en el 2020 por ORB International y Vaccine Confidence Project, junto con CEDATOS, en Quito y Guayaquil, indican que un 20% de los encuestados no estarían dispuestos a recibir la vacuna. Es necesario conocer a nivel local el porcentaje de los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la vacuna contra la COVID-19; en este eje está basada la importancia de nuestra investigación, ya que los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vacuna tienen gran influencia en la aceptabilidad de las personas hacia la vacuna y los resultados obtenidos permitirán elaboración de estrategias para un adecuado programa de vacunación. Además, este estudio se enmarca en las líneas prioritarias de investigación del Ministerio de Salud Pública, en el área de sistema nacional de salud, línea de atención primaria de salud y sublínea de prevención. (17)

CAPÍTULO II

2. 1 Fundamento teórico

2.1.1 SARS-CoV-2 Generalidades

Los coronavirus pertenecen a la familia Coronaviridae y a la subfamilia Orthocoronavirinae, que está conformada por cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Los Alfacoronavirus y Betacoronavirus infectan a mamíferos y son los que producen las infecciones respiratorias de grado leve hasta severo en humanos, así como gastroenteritis en animales. (18)

En 2002 emergió un coronavirus con alta patogenicidad y con origen zoonótico, produciendo el Síndrome Respiratorio Grave Agudo, denominado “SARS-CoV” y en el año 2012, de igual forma, brotó un nuevo coronavirus ocasionando el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente, “MERS-CoV”, generando que, en el siglo XXI, el coronavirus sea un problema de salud pública. (19)

El 8 de diciembre de 2019, se presentó el primer caso de un nuevo tipo de coronavirus denominado “SARS-CoV-2” en Wuhan en la provincia de Hubei, China. También conocido como “Enfermedad por coronavirus 2019” (COVID-19). Su manifestación principal es una neumonía inusual, incluyendo fiebre, tos, molestias en el pecho y en casos severos, infiltrados bilaterales pulmonares. (19)

Su origen es desconocido, pero se lo relaciona con el “Huanan Seafood Wholesale Market” en Wuhan, que vende además de mariscos, animales vivos silvestres y aves de corral. El 31 de diciembre, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, informó a la OMS la aparición de un nuevo brote de neumonía de causa desconocida. Este nuevo coronavirus, incrementó rápidamente en número de personas infectadas y en rango espacial de las áreas epidémicas tanto al SARS-CoV y MERS-CoV. (19)

2.1.2 Epidemiología

Debido a la alta contagiosidad del virus y a que los primeros casos de coronavirus se dieron cerca de “Fin de año” cuando la gente viaja con gran frecuencia, el esparcimiento fue sumamente rápido en enero y febrero. El 11 de marzo de 2020, la OMS definió que la COVID-19 ha producido una pandemia. El 2 de octubre de 2020 se registraron más de 34,000,000 de casos y más de un millón de muertes a nivel mundial. (19)

Este virus tiene una letalidad entre 1 al 3% y alta contagiosidad, que hasta mayo del año 2022 han producido 53 1653 841 de casos y 6 310 854 de muertes. Además, se han recuperado 502 468 243 personas. En Ecuador, hasta el 10 de abril existen 865 263 casos confirmados y 35 508 fallecidos. (20) (21)

2.1.3 Estructura viral

Los coronavirus pueden presentar forma esférica o irregular, su diámetro es de 125 nm aproximadamente; formado por una cadena de ARN y contiene 4 proteínas estructurales: la proteína de nucleocápside (N) que probablemente participa en la replicación del contenido genético del virus, así como del empaquetamiento de este. En la envoltura lipídica se encuentran ancladas las demás tres proteínas, la de la envoltura (E), la de la membrana (M) y la espícula (S), que le da la forma de corona. Además, tiene 16 proteínas no estructurales (nsp1-16). La función de la glucoproteína Spike (S), consiste en permitir que el virus entre a la célula huésped, por lo tanto, ésta puede ser un punto atractivo antiviral. Es importante indicar que tanto SARS-CoV como SARS-CoV-2, para ingresar a la célula huésped, reconocen el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), reconociendo que la afinidad de SARS-CoV-2 es mayor que la de SARS-CoV. (22) (23)

2.1.4 Mecanismos de transmisión

El mecanismo de transmisión es de persona a persona por contacto directo a través de gotículas o gotas de Flugge grandes que se expulsan al hablar, toser, estornudar,

respirar; pueden depositarse a través de las fosas nasales, la boca e incluso conjuntivas cuando una persona se encuentra a una distancia menor de 1 metro. Las partículas muy pequeñas pueden permanecer suspendidas en el aire e ingresar por vía respiratoria en lugares cerrados con poca ventilación. La transmisión mínima también se da mediante contacto indirecto cuando una persona infectada toca una superficie y deposita gotículas o aerosoles. No existe evidencia de transmisión intrauterina (madres infectadas a fetos) y la Organización Mundial de la Salud recomienda que mujeres lactantes que poseen el virus, continúen amamantando a su bebé debido a que los beneficios son mayores a los riesgos. (24)

2.1.5 Fisiopatología

Cuando el virus ha entrado en contacto con el hospedero, depende en gran medida del estado de salud del paciente afectado. Como antes se ha mencionado, la infección por SARS-CoV-2 comienza con la unión del virus con el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE 2). Esta enzima se encuentra en varios órganos corporales como el riñón, pulmones, sistema cardiovascular, placenta, hígado, tubo digestivo, testículos y sistema nervioso central. (25)

La función de la ACE 2 consiste en convertir la angiotensina I en angiotensina 1-9 y la angiotensina II en angiotensina 1-7. Estos productos cumplen una función antihipertensiva, vasodilatadora, antifibrótica, antiinflamatoria y promueve natriuresis. La angiotensina II, promueve la vasoconstricción, la inflamación, retiene sodio y favorece la hipertensión arterial. Se ha determinado que en pacientes con COVID-19, este virus inhibe la ACE 2 y produce niveles muy incrementados de angiotensina II. La ACE 2 varía según la edad del paciente, es menor en niños pequeños y elevada en adolescentes, también expresándose de mayor forma en hombres que en mujeres, por lo que se estima que la testosterona y el estradiol pueden afectar la actividad de esta enzima. Se ha podido observar una diferencia en la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres (2,8% y 1,7%) respectivamente. (25)

Los coronavirus son causantes de enfermedades respiratorias preferentemente, en este caso los síntomas más frecuentes son: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración, disnea, dolor de garganta, cefalea, congestión nasal, escalofríos, náuseas o vómitos, entre otros. (18)

2.1.6 Mecanismo inmunológico frente al SARS-CoV-2

Tras la infección por SARS-CoV-2 el sistema inmunitario humano genera distintas respuestas inmunológicas según la fase infecciosa. La inmunidad innata actúa en la fase inicial de la infección con la participación de la inmunidad celular: macrófagos, Natural killer (NK), monocitos, leucocitos; y humoral: interferón. El ARN viral en el citosol es reconocido por la célula y da lugar a la síntesis de interferón para contener la diseminación del virus mediante dos mecanismos; bloquea la producción de proteínas impidiendo que el virus utilice la maquinaria celular para la creación sus proteínas y su replicación, esto a su vez resulta en apoptosis de la célula infectada. Simultáneamente el interferón es liberado para actuar en las células contiguas e inducir la activación de genes para generar resistencia frente a la infección. (26)

En la segunda fase de la infección se genera una respuesta inmune adaptativa con la activación de linfocitos T, en especial CD4 y CD8, y linfocitos B que generan anticuerpos específicos contra SARS-CoV-2, los cuales bloquean la unión de la proteína S viral al receptor ACE2 (enzima convertidora angiotensina 2) de las células susceptibles. Las inmunoglobulinas IgM e IgA pueden ser detectadas en la primera semana tras la aparición de la sintomatología, mientras que la inmunoglobulina IgG lo es alrededor de los 14 días. Los valores de IgM disminuyen hasta desaparecer en pocas semanas y los niveles de IgG pueden mantenerse por 3 o más meses. (26) (27)

2.1.7 Tratamiento

El tratamiento actual recomendado para la COVID-19 es sintomático; mediante la administración de paracetamol, enfriamiento corporal externo, oxigenoterapia, suplementos nutricionales y terapia antibacteriana como profilaxis de sobreinfecciones en algunos casos, anticoagulantes, glucocorticoides y plasma convaleciente. Sin embargo, la COVID-19 al momento no cuenta con un tratamiento que reduzca significativamente la morbimortalidad de la enfermedad; por ejemplo, una investigación realizada en 7 centros médicos en Wuhan, China, desde febrero a abril de 2020, muestra que la terapia estándar para el tratamiento en conjunto con plasma convaleciente no tiene una mejoría estadísticamente significativa. (28) (29)

Al no contar con medicamentos que sean específicos para esta patología, es necesaria la implementación de técnicas de prevención mediante esquemas de bioseguridad, distanciamiento social y vacunación masiva de la población global para así contrarrestar los efectos y daños que han afectado a la población desde hace varios meses. (30)

2.1.8 Medidas de prevención

La piedra angular para frenar la expansión de la enfermedad ha sido la prevención mediante las recomendaciones del CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) para evitar la infección por SARS-CoV-2 son el uso de mascarilla que cubra la nariz y la boca, lavado de manos frecuente, distanciamiento social de 2 metros, evitar aglomeraciones y espacios mal ventilados, cubrir nariz y boca al toser y estornudar, limpiar y desinfectar superficies que son tocadas frecuentemente, monitorización de la salud a diario y vacunación; con estas medidas se ha logrado que la población disminuya la transmisión del virus y así aminorar el número de casos, morbilidad y mortalidad. (30)

2.1.9 Vacunas

Para contener esta emergencia sanitaria se ha puesto mucho empeño a nivel mundial en producir un método de inmunización para prevenir la COVID-19, a inicios del 2021 varias vacunas estaban disponibles para su inoculación en diferentes partes del mundo. El desarrollo de las vacunas se da a través de una evaluación preclínica y tres fases. Generalmente estas fases tardan años en completarse, pero el desarrollo de una vacuna contra el SARS-CoV-2 se ha conseguido en un tiempo récord; sin embargo, los criterios de seguridad de estas siguen siendo estrictos. (31)

En los estudios preclínicos las vacunas en estudio se administran a ciertos animales pequeños; en caso de la vacuna contra el SARS-CoV-2 se utilizó en primates no humanos y luego se midió la inmunización generada, así como la toxicidad para revisar la seguridad de estas para una futura inoculación humana segura. En caso de que las vacunas desarrolladas en la fase preclínica no muestren toxicidad y generen una respuesta inmunitaria en los animales se avanza a la fase I, en la cual se ensaya en sujetos sanos y generalmente en una población menor de 100 personas. Estos estudios prueban la seguridad, la inmunogenicidad y los rangos de dosis a utilizar; las personas inscritas en esta fase son evaluados mediante una monitorización diaria y en caso de observarse reacciones graves esta fase cuenta con reglas para detener el estudio. (32) (33)

La segunda fase se realiza para observar la seguridad y respuesta inmunitaria de las vacunas en una población amplia, en este ensayo se incluyen a cientos de participantes. En el desarrollo de la vacuna contra el SARS CoV-2, la transición de la fase I y II, así como de II a III ha sido fluida y se han combinado con frecuencia para evitar pérdidas de tiempo y poder obtener lo antes posible una inmunización efectiva. (34)

En la tercera fase, se diseñan los ensayos para poder observar si la vacuna previene la enfermedad; se usa al azar en la población. La eficacia de la vacuna es la reducción en la incidencia de enfermedad específica entre los que recibieron la vacuna frente a los que recibieron el producto de control. (34) (35)

Existen diferentes plataformas de vacunas, consideradas para el desarrollo de las vacunas contra la COVID-19, que son: (36)

Vacunas inactivadas: el virus es cultivado en células y posteriormente inactivado física o químicamente. La vacuna combina el virus con adyuvantes para estimular al sistema inmune.

Vacunas vivas atenuadas: son las vacunas más inmunogénicas que no necesitan de adyuvantes para generar una respuesta inmune eficaz. Contienen virus vivos viables pero atenuados con baja virulencia que son incapaces de causar una infección en alguien inmunocompetente. La atenuación se logra con una modificación genética o cultivos en condiciones adversas. Los virus se reproducen con lentitud consistiendo en una fuente continua de antígenos por un largo período después de una sola inmunización. Están contraindicadas en infantes, pacientes inmunocomprometidos y adultos mayores por el riesgo de la reversión del virus atenuado.

Vacunas de proteína recombinante: contienen proteínas virales expresadas en células de insectos, mamíferos, levaduras y plantas. Son producidas mediante técnicas de ADN recombinante y requieren adyuvantes para estimular la respuesta inmune.

Vacunas de vector de replicación incompetente: utilizan como vector un virus diseñado para no replicarse, pero expresa la proteína viral necesaria para generar la respuesta inmunológica.

Vacunas de vector con capacidad de replicación: los vectores son virus atenuados o de vacunas que pueden replicarse.

Vacunas de vector de virus inactivado: los virus inactivados expresan la proteína requerida para la inmunización, siendo seguros incluso en inmunodeprimidos.

Vacunas ADN: se basan en ADN plasmídico que codifica la proteína que se usa como antígeno.

Vacunas ARN: el ARN inoculado codifica únicamente el antígeno objetivo y así inducir una respuesta inmunitaria.

Hoy en día existen vacunas que han completado los ensayos de fase III o lo están haciendo, las cuales son presentadas a continuación; es importante mencionar que en determinados países existe ya la disponibilidad para el uso de algunas de estas vacunas.

BNT162b2 (vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19)

Esta vacuna de ARNm en una nanopartícula lipídica se administra por vía intramuscular en dos dosis con tres semanas de diferencia. Está autorizada para su uso en varios países, incluidos los Estados Unidos, el Reino Unido, la Unión Europea y Canadá; se ha observado que actúa contra la variante B.1.1.7 que se ha identificado como una variante dominante en el Reino Unido. En la fase III demostró un 95% de eficacia luego de recibir la segunda dosis; en adultos mayores de 65 años con otras comorbilidades médicas u obesidad, la eficacia de la vacuna fue del 91,7%. Los efectos adversos son comunes luego de la segunda dosis, la mayoría son leves o moderados, sin impedir el diario vivir, se han dado 5 casos de anafilaxia por millón y no se han observado eventos adversos importantes. (37) (38) (39)

ARNm-1273 (vacuna Moderna COVID-19)

Fue una de las primeras en desarrollarse; administrada a humanos dentro de los dos meses posteriores a la publicación de la secuencia genómica del SARS-CoV-2. Utiliza una nanopartícula lipídica en donde se encuentra el ARNm. Es autorizada en Estados Unidos, Unión Europea, México, Singapur y Canadá para su uso. Tuvo una eficacia del 94,1% en la prevención de la COVID-19 después de 14 días de la segunda dosis; los adultos mayores de 65 años inoculados con la vacuna tuvieron una eficacia del 86,4%. En cuanto a efectos secundarios, esta vacuna es similar a la vacuna de Pfizer-BioNTech, observándose efectos leves a moderados luego de 78 horas de la inoculación de la segunda dosis. (40) (41) (42)

Ad26.COV2. S (vacuna Janssen COVID-19)

La vacuna Janssen contiene un vector de replicación incompetente, el adenovirus 26, con expresión de la proteína Spike estabilizada. La administración es vía intramuscular en una sola dosis; según la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) la eficacia de una sola dosis es del 66,9% para prevenir la COVID-19 de moderada a grave desde los 14 días de la vacunación. Está autorizado su uso en los Estados Unidos. Los efectos secundarios que se pueden presentar son: dolor en el lugar de inoculación, cefalea, fiebre, fatiga y mialgia. (43)

ChAdOx1 nCoV-19 (Universidad de Oxford y AstraZeneca)

La vacuna utiliza como vector de replicación incompetente a un adenovirus de chimpancé que expresa la proteína Spike. Se administra en 2 dosis vía intramuscular, con un intervalo interdosis de 4 a 12 semanas. Su distribución está autorizada en la Unión Europea, India, Canadá, Reino Unido y otros países. Tiene una eficacia del 76%; la cual aumenta si el intervalo entre dosis es de 8 a 12 semanas. (42) (44)

Al emplear esta vacuna se presentaron ciertos episodios tromboembólicos que fueron sujetos a investigación; la Agencia Europea de Medicamentos (EMA: European Medicines Agency) informó que el beneficio de la vacuna supera el riesgo mínimo de sufrir coagulación intravascular diseminada o trombosis del seno venoso cerebral. (45)

NVX-CoV2373 (Novavax)

Es un tipo de vacuna de proteína recombinante, proteínas Spike triméricas, que contiene el adyuvante Matrix-M1. La administración se la realiza en dos dosis con 21 días de intervalo, por vía intramuscular. En un ensayo de fase III mostró una eficacia del 89,3% para prevenir COVID-19 sintomático desde los siete días de la administración de la segunda dosis. (46)

Vacuna COVID-19 basada en Ad5 (CanSino Biologics)

Basa su estructura en el vector de adenovirus 5 con replicación incompetente y la expresión de la proteína Spike. Se administra en una dosis única intramuscular, que tiene una eficacia del 65,28%. Está autorizada en China. (47)

Gam-COVID-Vac / Sputnik V (Instituto Gamaleya)

Está constituida por dos vectores de replicación incompetente que expresan la proteína Spike; el adenovirus 26 en la primera dosis y el adenovirus 5 en la dosis de refuerzo que se aplica 21 días tras la primera. Fue desarrollada en Rusia y está disponible en varios otros países. Reporta una eficacia del 91,6% a los 21 días de la dosis inicial. (47)

BBIBP-CorV (Sinopharm) y CoronaVac (Sinovac)

Estas dos vacunas contienen el virus SARS-CoV-2 inactivado e hidróxido de aluminio como adyuvante. La administración se realiza en dos dosis con un intervalo de 28 días por vía intramuscular. Disponibles en China, Emiratos Árabes Unidos, Brasil y otros países. Sinopharm muestra una eficacia del 79%. Los estudios de fase 3 de Sinovac reportan diferentes resultados sobre la eficacia de la vacuna, según el país donde se realizó el estudio, siendo en Brasil 50% efectiva y en Turquía 83,5% efectiva. (42) (47) (48)

2.1.10 Conocimientos, actitudes y prácticas a la vacuna contra la COVID-19

Se definen como:

Conocimiento: *noción, saber o noticia elemental de algo.* (49)

Actitud: *disposición de ánimo manifestada de algún modo.* (49)

Práctica: *que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil.* (49)

En un estudio global transversal realizado en 2020 a través de una encuesta online, se recolectaron datos de 26 852 individuos entre 19 años y más, representando 60

nacionalidades respecto a las actitudes, conocimientos y prácticas a la vacuna contra la COVID -19. El 68,4% de la población están en desacuerdo con que los efectos de salud de COVID-19 son más severos en personas que tienen condiciones de salud serias. El 79,1% está de acuerdo con que los lavados nasales con solución salina protegen contra la COVID-19. El 65,5% están de acuerdo con que es importante adquirir una vacuna para protegerse contra la COVID-19. El 48,7 % de la población está de acuerdo con que los efectos secundarios de la vacuna contra COVID-19 van a prevenir que se administren la vacuna. El 56,8% cree que es falso que el virus fue creado genéticamente como un arma biológica o que el virus fue creado por humanos y liberado deliberadamente. (17)

En Etiopia en el año 2021, se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 y su vacuna entre trabajadores de salud en la que el 41,1% de la población piensa que la vacuna contra la COVID-19 puede prevenir la enfermedad de forma efectiva, el 30,4% no lo sabe y el 28,6% cree que no. El 33,7% de la población, piensa que la COVID-19 igual se puede adquirir después de la vacunación completa. El 65,1% sabe dónde puede vacunarse cuando la vacuna esté disponible. El 56,4 % de la población de este estudio tiene miedo a la vacuna contra la COVID-19, no obstante, el 64% si planea vacunarse. El 34,9% no se vacunaría porque solo Dios o Allah, puede prevenir COVID-19. (4)

Sobre las actitudes relacionadas con la vacuna contra COVID-19, se realizó un estudio en Reino Unido que obtuvo como resultado que el 7,2% de la población en estudio expresó una alta desconfianza hacia la seguridad de la vacuna mientras que el 52,9% manifestó una preocupación moderada. Además, el 8,5% indicó una fuerte preferencia por la inmunidad natural y el 44,7% expresó que de cierta manera la inmunidad natural podría ser mejor que una vacuna. Las asociaciones más fuertes sobre las actitudes negativas hacia la vacuna son con el nivel socioeconómico y el nivel de educación; pues los niveles más bajos presentaron desconfianza hacia la vacuna. Adicionalmente, se reportó que las mujeres y las personas con niños en el

hogar tiene mayor probabilidad de no estar seguros o dispuestos a vacunarse contra COVID-19. (10)

Sobre los conocimientos acerca de la vacuna contra COVID-19, un estudio basado en una encuesta realizada en Bangladesh reporta que la puntuación media sobre el conocimiento de la vacuna contra COVID-19 es significativamente mayor entre los participantes con niveles de educación universitaria o superior, que viven en zonas urbanas y tienen antecedentes de haber recibido otras vacunas. También, se obtuvo como resultado que las principales fuentes de información sobre las vacunas contra COVID-19 son la comunicación en masa, redes sociales e internet. (11)

En cuanto a las prácticas relacionadas con la vacuna contra COVID-19, el estudio antes mencionado realizado en el Reino Unido indica que el 64% de la muestra está dispuesto a recibir la vacuna, el 23% está incierto y el 14% está reacio. Un estudio transversal en Kazakhstan reporta que el más del 80% de la muestra en estudio indica que sigue el plan de vacunación propuesto por el Ministerio de Salud de ese país; el 61,4% indica que las vacunas deben ser obligatorias, el 72,3% estarían dispuestos a pagar por la vacuna y un 24,2% aceptaría participar en un ensayo clínico sobre la vacuna contra el COVID-19. (10) (12)

Los factores que influyen en la aceptabilidad a la vacuna incluyen la complacencia, haciendo referencia a la baja percepción del riesgo de la enfermedad por lo que la vacunación se considera innecesaria; la conveniencia de vacunarse dependiendo de la disponibilidad, asequibilidad y entrega de vacunas; además de la confianza en la seguridad y efectividad de estas, al igual que en la competencia de los sistemas de salud. (50)

Adicionalmente, el rechazo o incertidumbre sobre la vacuna puede analizarse según la triada epidemiológica: factores del ambiente, del agente y del huésped. Los factores ambientales están compuestos por políticas de salud pública, factores sociales e información distribuida por los medios de comunicación; los factores del agente (vacuna y enfermedad) incluyen la percepción de seguridad y eficacia de la vacuna, y la susceptibilidad a la enfermedad; los factores del huésped son

dependientes del conocimiento, experiencias previas y nivel de educación y de ingresos. (50)

Principalmente tres aspectos están limitando la aceptabilidad a la vacuna COVID-19: la preocupación sobre la rapidez con la que se han desarrollado las vacunas, considerando que los ensayos clínicos fueron apresurados y los estándares de regulación laxos; las dudas sobre la nueva plataforma de vacuna en base a ARNm; y las teorías conspiratorias que circulan en redes sociales. Como ejemplo, en la República Democrática del Congo se llevó a cabo un estudio sobre la aceptabilidad a la vacuna COVID-19 utilizando los datos del cuestionario en línea del International Citizen Project COVID-19 (ICP COVID). Entre los participantes que rechazan la vacuna (44,1% del total de la población en estudio), el 60,6% indica que desconfían en la vacuna, 14,4% cree que la vacuna es diseñada para matar a personas en África y el 5,9% piensa que la vacuna es creada para esterilizar a la población. (17) (51)

En un estudio desarrollado en Estados Unidos, en septiembre de 2020, se determinó que el 67% de la población en cuestión aceptaría la vacuna si estaría recomendada para ellos; con un 72% de hombres comparado con mujeres, 78% de adultos mayores comparado con adultos jóvenes y 81% de asiáticos en comparación con otros grupos étnicos, así como 75% de graduados con título que con los bachilleres. En comparación con la administración de la vacuna de la influenza, se determinó que los participantes que no habían terminado el colegio tienen poca acogida a esta vacuna, pero el 60% se administraría contra COVID-19. Los trabajadores o retirados tienen más aceptación de la vacuna COVID-19 que los desempleados. Además, en octubre de 2020, se demostró que la probabilidad de eficacia de la vacuna sí influye en la aceptabilidad de esta. (7) (8)

CAPÍTULO III

3.1 Objetivo general

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los habitantes del cantón Cuenca ante una vacuna contra la COVID-19 en el año 2021.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio tales como edad, sexo, nivel de educación, ocupación, nivel socioeconómico, área de residencia; y su influencia sobre las actitudes, conocimientos y prácticas de la vacuna contra la COVID-19.
- Caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de la vacuna contra la COVID-19 de acuerdo con las variables sociodemográficas tales como edad, sexo, nivel de educación, ocupación, nivel socioeconómico, área de residencia, fuente de información sobre COVID-19.
- Identificar la influencia de las variables de salud tales como antecedentes de enfermedades crónicas o subyacentes y medidas preventivas contra la COVID-19; que influyen sobre las actitudes, conocimientos y prácticas de la vacuna contra la COVID-19.
- Caracterizar la influencia de factores individuales como cuarentena previa, conocimiento del estado de infección con COVID-19 y preocupación de infección o reinfección con COVID-19 sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la vacuna contra la COVID-19.

CAPÍTULO IV

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal

4.2 Área de estudio

Se utilizó la base de datos del International Citizen Project COVID- 19 (ICP COVID-19) obtenida mediante encuesta en línea durante el mes de febrero de 2021. El formulario fue remitido en línea a través de los correos electrónicos de estudiantes, docentes, empleados y trabajadores de la Universidad de Cuenca, Universidad del Azuay, Universidad Católica de Cuenca, Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Cuenca, Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, Consejo cantonal de salud y emisoras de radio del cantón Cuenca.

4.3 Universo

914 participantes que cumplieron con los siguientes criterios

4.4 Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión:

- Participantes que residen en el cantón Cuenca.

Criterios de exclusión:

- Participantes que han respondido de manera incompleta la encuesta.
- Participantes que residen en Cuenca pero que no han llenado la encuesta.

4.5 Variables

Las variables se clasificaron de la siguiente manera:

- **Variables Sociodemográficas:** edad, género, nivel de educación, ocupación, nivel socioeconómico, área de residencia, fuente de información confiable.

- **Variables Individuales:** cuarentena previa, conocimiento del estado de infección COVID-19 y preocupación infección o reinfección COVID-19.
- **Variables de Salud:** enfermedades crónicas/subyacentes y medidas preventivas contra COVID-19.
- **Variables de Conocimientos:** posibilidad de reinfección con COVID-19, prevención de infección por SARS-CoV 2 con una vacuna y existencia actual de una vacuna eficaz contra la COVID-19.
- **Variables de Actitudes:** disposición a permitir que hijos reciban la vacuna COVID-19 si es al menos 50% efectiva, si es al menos 75% efectiva, si es al menos 90% efectiva y si es al menos 95% efectiva. Razones para dudar en recibir la vacuna COVID-19, importancia de recibir la vacuna de COVID-19 para proteger la propia salud, importancia de recibir la vacuna COVID-19 para proteger la salud de otras personas de la comunidad.
- **Variables de Prácticas:** disposición a recibir la vacuna COVID-19 si es al menos 50% efectiva, si es al menos 75% efectiva, si es al menos 90% efectiva y si es al menos 95% efectiva.

Ver anexo 1: operacionalización de las variables

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos

4.6.1 Métodos

La información se obtuvo a través de la base digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador; proyecto investigativo internacional que en el país es llevado a cabo por el Dr. Bernardo Vega, Dr. David Acurio y Dr. Julio Jaramillo Monge, investigadores de la Universidad de Cuenca (Ecuador).

4.6.2 Técnicas

Aplicación del formulario ICP COVID-19 en línea en la población de este estudio.

4.6.3 Instrumentos

Se utilizó el formulario en línea del ICP COVID-19 junto al respectivo consentimiento informado (ver en anexo 4 y 5).

4.7 Tabulación y análisis

Tras la recolección de datos y según los criterios de inclusión y exclusión, los datos fueron tabulados y analizados en Microsoft Excel y SPSS. Para el análisis estadístico descriptivo de las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes; mientras que media y desvío estándar para las variables cuantitativas. Los resultados se presentan en tablas estadísticas de una entrada y complejas.

Para poder clasificar las variables en conocimientos, actitudes y prácticas hacia la vacuna contra COVID -19, se utilizó el estadístico SPSS en el que las preguntas de la encuesta que corresponden con las variables de “Conocimientos”, “Actitudes” y “Prácticas” que se especifican anteriormente, se dicotomizaron en “Malas actitudes”, “Malas prácticas” y “Bajos conocimientos”, los que se encuentren por debajo de la media, mientras que “Buenas actitudes”, “Buenas prácticas” y “Altos conocimientos”, a los que se encuentren por encima de la media, respectivamente.

4.8 Aspectos éticos

La información obtenida para este trabajo investigativo procede de una base de datos anónima de la encuesta en línea de la investigación ICP COVID Ecuador, respetando y manteniendo la confidencialidad de las personas que participaron voluntariamente en el proyecto. Es importante considerar que el formulario no solicita datos de identificación personal y que las respuestas se han codificado.

El proyecto fue aprobado por el COBIAS de la Universidad de Cuenca mediante oficio UC-COBIAS-2021-096.

Los datos únicamente serán utilizados para fines académicos.

Las investigadoras declaran que no existe conflicto de interés en la realización del estudio.

CAPÍTULO V

5.1 Resultados. Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador, 2021.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	389	42,6%
Mujer	525	57,4%
Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-19 años	101	11,1
20-24 años	295	32,3
25-29 años	112	12,3
30-34 años	69	7,5
35-39 años	85	9,3
40-44 años	85	9,3
45-49 años	76	8,3
50-54 años	34	3,7
55-59 años	35	3,8
60-64 años	14	1,5
65-69 años	7	0,8
70-74 años	1	0,1
Media: 31,69 Mediana: 26 Moda:20 DS: 12,33		
Nivel de educación	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	220	24,1
Tercer nivel	416	45,5
Cuarto nivel	277	30,3
Ninguno	1	0,1
¿Es usted estudiante o trabajador en el sector de la salud?	Frecuencia	Porcentaje
Si	327	35,8%
No	587	64,2%
Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Ingresos bajos	125	13,7%
Ingresos bajos a medianos	491	53,7%
Ingresos medianos a altos	290	31,7%
Ingresos altos	8	0,9%
Área de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Área rural	141	15,4%

Área urbana	656	71,8%
Área suburbana	117	12,8%
Fuente de información	Frecuencia	Porcentaje
Radio /TV	103	11,3%
Personal de salud	576	63%
Redes sociales Whatsapp, Facebook, Twitter, etc.	88	9,6%
Familia y amigos	17	1,9%
Ninguno	130	14,2%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

En la tabla 1 se reporta, del total de 914 participantes, el 57,4% (525) son mujeres y el 42,6% (389) son hombres. La mayor parte de la población tiene una edad entre 20 a 24 años (32,3%), con una moda de edad de 20 años, reside en el área urbana (71,8%), tiene ingresos bajos a medianos (53,7%), ha alcanzado el tercer nivel de educación (45,5%) y no estudia o trabaja en el sector de salud (64,2%). El (63%) confía más en el personal de salud como fuente de información.

Tabla 2: Distribución de actitudes sobre la vacuna contra COVID-19 según efectividad de la vacuna de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador, 2021.

Actitudes		Frecuencia	Porcentaje
¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 50% efectiva	Si	172	18,8%
	No	376	41,1%
	Sin opinión/ No aplica	366	40%
¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando	Si	240	26,3%
	No	317	34,7%

esté disponible?: Si es al menos 75% efectiva	Sin opinión/ No aplica	357	39,1%
¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 90% efectiva	Si	416	45,5%
	No	190	20,8%
	Sin opinión/ No aplica	308	33,7%
¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 95% efectiva	Si	592	64,8%
	No	41	4,5%
	Sin opinión/ No aplica	281	30,7%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

La tabla 2 indica que el mayor porcentaje de encuestados estarían dispuestos a permitir que sus hijos reciban la vacuna si esta al menos 90% y 95% efectiva; con un 45,5% y 64,8% respectivamente.

Tabla 3: Distribución de actitudes sobre la vacuna contra COVID-19 según percepciones de la vacuna de los participantes del estudio. Cuenca-Ecuador, 2021.

Actitudes		Frecuencia	Porcentaje	
¿Cuáles son algunas de las posibles razones por las que dudaría en tomar la vacuna COVID-19?	No creo que exista COVID-19	Si	2	0,2%
		No	912	99,8%
	Creo que la vacuna no es efectiva	Si	736	80,5%
		No	178	19,5%
	Creo que la vacuna está diseñada para hacernos daño	Si	880	96,3%
		No	34	3,7%
	Tengo miedo de los efectos secundarios de la vacuna	Si	402	44,0%
		No	512	56,0%

	Mi cuerpo es naturalmente fuerte. No necesito la vacuna para luchar contra Covid-19	Si	884	96,7%
		No	30	3,3%
	Ya tuve Covid-19 y pienso que soy inmune a la enfermedad	Si	898	98,2%
		No	16	1,8%
	La pandemia de Covid-19 se terminó en mi país, no necesito una vacuna	No	914	100%
	¿Qué tan importante es para usted que al recibir la vacuna COVID-19, protegería su propia salud?:	No tan importante		20
Poco importante		14	1,5%	
Moderadamente importante		98	10,7%	
Muy importante		291	31,8%	
Extremadamente importante		491	53,7%	
¿Qué tan importante es para usted que al recibir la vacuna COVID-19, protegería la salud de otras personas en su comunidad?:	No tan importante		16	1,8%
	Poco importante		11	1,2%
	Moderadamente importante		60	6,6%
	Muy importante		239	26,1%
	Extremadamente importante		588	64,3%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

La tabla 3 muestra las principales razones por las cuales los participantes dudarían en vacunarse contra COVID-19, éstas son: “Creo que la vacuna no es efectiva” (80,5%), “Creo que la vacuna está diseñada para hacernos daño” (96,3%), “Mi cuerpo es naturalmente fuerte, no necesito la vacuna para luchar con COVID-19” (96,7%) y “Ya tuve COVID-19 y pienso que soy inmune a la enfermedad” (98,2%); mientras que el total de la población niega que la pandemia termino por lo que no necesitan vacuna.

Más de la mitad de la muestra considera que es extremadamente importante vacunarse para proteger su salud y la salud de otras personas de su comunidad (53,7% y 64,3%, respectivamente).

Tabla 4: Nivel de actitud sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Buenas actitudes	523	57,2%
Malas actitudes	391	42,8%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

La tabla 4 demuestra que, de 914 encuestados, 523 (57,2%) personas poseen buenas actitudes sobre la vacuna contra COVID-19. La metodología sobre cómo se obtuvieron estos resultados, se explica en el capítulo IV (Tabulación y análisis).

Tabla 5: Distribución de conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19 de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador, 2021.

Conocimientos		Frecuencia	Porcentaje
En su opinión, ¿alguien puede volver a infectarse con coronavirus después de recuperarse de una infección previa por COVID-19?	Si	798	87,3%
	No	28	3,1%
	No lo sé	88	9,6%
En su opinión, ¿se puede prevenir la infección por COVID-19 con una vacuna?	Si	625	68,4%
	No	116	12,7%
	No lo sé	173	18,9%
A su entender, ¿existe actualmente una vacuna eficaz contra COVID-19?	Si	524	57,3%
	No	170	18,6%
	No lo sé	220	24,1%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

La tabla 5 refiere que el 87,3% de los encuestados considera que alguien puede volverse a infectar tras recuperarse de una infección de COVID-19, el 68,4% cree que se puede prevenir la infección con una vacuna y el 57,3% indica que existe una vacuna eficaz contra el COVID-19.

Tabla 6: Nivel de conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Altos conocimientos	413	45,2%
Bajos conocimientos	501	54,8%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

La tabla 6 demuestra que el 54,8% posee bajos conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. La metodología sobre cómo se obtuvieron estos resultados, se explica en el capítulo IV (Tabulación y análisis).

Tabla 7: Distribución de prácticas sobre la vacuna contra COVID-19 de los participantes en el estudio. Cuenca-Ecuador, 2021.

Prácticas		Frecuencia	Porcentaje
¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté	Si	248	27,1%
	No	508	55,6%

disponible?: Si es al menos 50% efectiva	Sin opinión	158	17,3%
¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 75% efectiva	Si	372	40,7%
	No	397	43,4%
	Sin opinión	145	15,9%
¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 90% efectiva	Si	630	68,9%
	No	207	22,6%
	Sin opinión	77	8,4%
¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 95% efectiva	Si	835	91,4%
	No	44	4,8%
	Sin opinión	35	3,8%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

La tabla 7 demuestra que la disposición a recibir la vacuna contra COVID-19 si esta tiene 50% y 75% de eficacia es rechazada por el 55,6% y 43,4% de los participantes, respectivamente; mientras que con una eficacia del 90% y 95%, la vacuna es aceptada por el 68,9% y 91,4%.

Tabla 8: Nivel de prácticas sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Buenas prácticas	370	40,5%
Malas prácticas	544	59,5%

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis:

En la tabla 8 se informa que la mayoría de los encuestados presentan malas prácticas sobre la vacuna contra COVID-19 (59,5%). La metodología sobre cómo se obtuvieron estos resultados, se explica en el capítulo IV (Tabulación y análisis).

Tabla 9: Relación de variables sociodemográficas con los conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Altos conocimientos N (%)	Bajos conocimientos N (%)	Total N (%)	Valor de P
Género	Hombre	151 (38,73%)	238 (61,03%)	389 (100%)	0,001
	Mujer	262 (49,9%)	263 (50,1%)	525 (100%)	
Edad	18-19 años	50 (49,9%)	51 (50,1%)	101 (100%)	0,75
	20-24 años	136 (46,13%)	159 (53,87%)	295 (100%)	
	25-29 años	48 (43,09%)	64 (56,91%)	112 (100%)	
	30-34 años	34 (49,33%)	35 (50,67%)	69 (100%)	
	35-39 años	38 (45,16%)	47 (54,84%)	85 (100%)	
	40-44 años	34 (39,78%)	51 (60,22%)	85 (100%)	
	45-49 años	37 (48,19%)	39 (51,8%)	76 (100%)	
	50-54 años	10 (29,72%)	24 (70,28%)	34 (100%)	
	55-59 años	16 (47,36%)	19 (52,63%)	35 (100%)	
	60-64 años	6 (46,67%)	8 (53,33%)	14 (100%)	
	65-69 años	4 (50,1%)	3 (49,9%)	7 (100%)	
	70-74 años	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
Nivel de educación	Secundaria	110 (50%)	110 (50%)	220 (100%)	0,319

	Tercer nivel	183 (43,95%)	233 (56,04%)	416 (100%)	
	Cuarto nivel	120 (43,23%)	157 (56,77%)	277 (100%)	
	Ninguno	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
¿Es usted estudiante o trabajador en el sector de la salud?	Si	120 (36,6%)	207 (63,4%)	327 (100%)	0,00
	No	293 (49,9%)	294 (50,1%)	587 (100%)	
Nivel socioeconómico	Ingresos bajos	72 (57,66%)	53 (42,34%)	125 (100%)	0,001
	Ingresos bajos a medianos	231 (47,11%)	260 (52,89%)	491 (100%)	
	Ingresos medianos a altos	106 (36,6%)	184 (63,4%)	290 (100%)	
	Ingresos altos	4 (50%)	4 (50%)	8 (100%)	
Área de residencia	Área rural	73 (51,95%)	68 (48,05%)	141 (100%)	0,231
	Área urbana	288 (43,87%)	368 (56,13%)	656 (100%)	
	Área suburbana	52 (44,53%)	65 (55,47%)	117 (100%)	
Fuente de información confiable	Radio/TV	57 (55,34%)	46 (44,66%)	103 (100%)	0,016
	Personal de salud	240 (41,67%)	336 (58,33%)	576 (100%)	
	Redes sociales Whatsapp, Facebook, Twitter, etc.	41 (46,59%)	47 (53,41%)	88 (100%)	
	Familia y amigos	12 (70,59%)	5 (29,41%)	17 (100%)	
	Ninguno	63 (48,46%)	67 (51,54%)	130 (100%)	

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: la tabla 9 demuestra que del total de la población de estudio (914), la mayoría tiene bajos conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. Según género, hombres y mujeres tienen bajos conocimientos, siendo más notorio en hombres (61,03%). Según edad, la población entre 50 y 54 años, es la que peores conocimientos tiene, en un 70,28%, y la que más altos conocimientos tiene, de 65 a 69 años en un 50,1%. La población con nivel de educación secundaria tiene altos conocimientos en un 50%, mientras que los de cuarto nivel tiene bajos conocimientos en un 56,77%. Los estudiantes o trabajadores del sector de la salud, tienen bajos conocimientos en un 63,4%. Los participantes de ingresos bajos, tienen altos conocimientos en un 57,66% y los de ingresos altos, en un 50%. Los que pertenecen al área rural, tienen altos conocimientos en un 51,95%. La fuente de información más confiable y que más altos conocimientos proporciona es a través de familiares y amigos en un 70,59%, mientras que los que más bajos conocimientos tienen son los que confían en el personal de salud en un 58,33%. El género, el pertenecer al sector de la salud como trabajador o estudiante, el nivel socioeconómico y la fuente de información más confiable, son estadísticamente significativos con los conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19 (valor de P 0,001-0,00- 0,001 y 0,016, respectivamente).

Tabla 10: Relación de variables sociodemográficas con las actitudes sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Buenas actitudes N (%)	Malas actitudes N (%)	Total N (%)	Valor de P
Género	Hombre	196 (50,23%)	193 (49,53%)	389 (100%)	0,00
	Mujer	327 (62,37%)	198 (37,8%)	525 (100%)	
Edad	18-19 años	72 (71,7%)	29 (28,83%)	101 (100%)	0,00
	20-24 años	188	107	295	

		(63,78%)	(36,22%)	(100%)	
	25-29 años	76 (67,48%)	36 (31,71%)	112 (100%)	
	30-34 años	37 (53,33%)	32 (46,67%)	69 (100%)	
	35-39 años	46 (53,76%)	39 (46,24%)	85 (100%)	
	40-44 años	39 (46,24%)	46 (53,76%)	85 (100%)	
	45-49 años	29 (38,55%)	47 (61,45%)	76 (100%)	
	50-54 años	16 (48,65%)	18 (54,05%)	34 (100%)	
	55-59 años	11 (31,58%)	24 (68,42%)	35 (100%)	
	60-64 años	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)	
	65-69 años	2 (37,5%)	5 (62,5%)	7 (100%)	
	70-74 años	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
Nivel de educación	Secundaria	157 (71,37%)	63 (28,63%)	220 (100%)	0,00
	Tercer nivel	248 (59,56%)	168 (40,44%)	416 (100%)	
	Cuarto nivel	118 (42,57%)	159 (57,43%)	277 (100%)	
	Ninguno	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
¿Es usted estudiante o trabajador en el sector de la salud?	Si	179 (54,75%)	148 (45,25%)	327 (100%)	0,258
	No	344 (58,57%)	243 (41,43%)	587 (100%)	
Nivel socioeconómico	Ingresos bajos	82 (65,69%)	43 (34,31%)	125 (100%)	0,01
	Ingresos bajos a medianos	299 (60,89%)	192 (39,11%)	491 (100%)	
	Ingresos medianos a altos	138 (47,63%)	152 (52,37%)	290 (100%)	
	Ingresos altos	4 (50%)	4 (50%)	8 (100%)	
Área de residencia	Área rural	88 (62,34%)	53 (37,66%)	141 (100%)	0,031

	Área urbana	358 (54,6%)	298 (45,4%)	656 (100%)	
	Área suburbana	77 (65,63%)	40 (34,38%)	117 (100%)	
Fuente de información confiable	Radio/TV	64 (62,14%)	39 (37,86%)	103 (100%)	0,214
	Personal de salud	330 (57,29%)	246 (42,71%)	576 (100%)	
	Redes sociales Whatsapp, Facebook, Twitter, etc.	50 (56,82%)	38 (43,18%)	88 (100%)	
	Familia y amigos	13 (76,47%)	4 (23,53%)	17 (100%)	
	Ninguno	66 (50,77%)	64 (49,23%)	130 (100%)	

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: la tabla 10 demuestra que del total de la población de estudio (914), la mayoría tiene buenas actitudes hacia la vacuna contra COVID-19. Según género, tanto hombres como mujeres tienen buenas actitudes, con predominio de mujeres en un 62,37%. La población entre 18 y 19 años tiene buenas actitudes en un 71,7% y los de 55 a 59 años, tienen malas actitudes en un 68,42%. Según nivel de educación, la población de secundaria tiene buenas actitudes en un 71,37% y los de cuarto nivel, tienen malas actitudes en un 57,43%. Tanto los estudiantes o trabajadores del sector de salud como los que no pertenecen a este sector, tienen buenas actitudes, en un 54,75% y 58,57%, respectivamente, teniendo predominio los del segundo grupo. Los participantes de ingresos bajos tienen buenas actitudes en un 65,69% y los de ingresos medianos a altos, tienen malas actitudes en un 52,37%. Según la fuente de información, los que mejores actitudes tienen son los que confían en familia y amigos en un 76,47%, y los que peores actitudes tienen son los que más confían en redes sociales en un 43,18%. La población que vive en área suburbana tiene buenas actitudes en un 65,63%, el área rural en un 62,34% y

el área urbana en un 54,6%. El género, la edad, el nivel de educación, nivel socioeconómico y el área de residencia son estadísticamente significativas con las actitudes hacia la vacuna contra COVID-19. (valor de P: 0,00- 0,00- 0,00- 0,01- 0,031, respectivamente).

Tabla 11: Relación de variables sociodemográficas con las prácticas sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Buenas prácticas N (%)	Malas prácticas N (%)	Total N (%)	Valor de P
Género	Hombre	138 (35,45%)	251 (64,55%)	389 (100%)	0,008
	Mujer	232 (44,25%)	293 (55,92%)	525 (100%)	
Edad	18-19 años	33 (32,43%)	68 (66,67%)	101 (100%)	0,339
	20-24 años	111 (37,46%)	184 (62,23%)	295 (100%)	
	25-29 años	48 (43,09%)	64 (56,91%)	112 (100%)	
	30-34 años	29 (42,67%)	40 (58,67%)	69 (100%)	
	35-39 años	39 (46,24%)	46 (53,76%)	85 (100%)	
	40-44 años	40 (47,31%)	45 (52,69%)	85 (100%)	
	45-49 años	35 (45,78%)	41 (54,22%)	76 (100%)	
	50-54 años	17 (50%)	17 (50%)	34 (100%)	
	55-59 años	13 (36,84%)	22 (63,16%)	35 (100%)	
	60-64 años	4 (26,67%)	10 (73,33%)	14 (100%)	
	65-69 años	1 (12,5%)	6 (87,5%)	7 (100%)	
70-74 años	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)		
Nivel de educación	Secundaria	91 (41,49%)	129 (58,51%)	220 (100%)	0,612

	Tercer nivel	161 (38,68%)	255 (61,32%)	416 (100%)	
	Cuarto nivel	118 (42,57%)	159 (57,43%)	277 (100%)	
	Ninguno	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
¿Es usted estudiante o trabajador en el sector de la salud?	Si	125 (38,27%)	202 (61,73%)	327 (100%)	0,300
	No	245 (41,74%)	342 (58,26%)	587 (100%)	
Nivel socioeconómico	Ingresos bajos	54 (43,07%)	71 (56,93%)	125 (100%)	0,144
	Ingresos bajos a medianos	211 (43,02%)	280 (56,98%)	491 (100%)	
	Ingresos medianos a altos	103 (35,65%)	187 (64,67%)	290 (100%)	
	Ingresos altos	2 (22,22%)	6 (77,78%)	8 (100%)	
Área de residencia	Área rural	73 (51,95%)	68 (48,05%)	141 (100%)	0,012
	Área urbana	252 (38,44%)	404 (61,56%)	656 (100%)	
	Área suburbana	45 (38,28%)	72 (61,72%)	117 (100%)	
Fuente de información confiable	Radio/TV	44 (42,72%)	59 (57,28%)	103 (100%)	0,116
	Personal de salud	225 (39,06%)	351 (60,94%)	576 (100%)	
	Redes sociales Whatsapp, Facebook, Twitter, etc.	34 (38,64%)	54 (61,36%)	88 (100%)	
	Familia y amigos	12 (70,59%)	5 (29,41%)	17 (100%)	
	Ninguno	55 (42,31%)	75 (57,69%)	130 (100%)	

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: la tabla 11 indica que, según género, las mujeres tienen buenas prácticas (44,25%) y los hombres (35,45%). La población entre 40 y 44 años, tiene buenas prácticas en un 47,31% mientras que la población con peores prácticas es la de 65 y 69 años con un 87,5%. La población con nivel de educación de tercer nivel tiene buenas prácticas en un 38,68% mientras que los de cuarto nivel en un 42,57%. Los estudiantes o trabajadores del sector de la salud poseen en un 38,27% buenas prácticas y los que no pertenecen a este grupo, (41,74%). Los participantes de ingresos bajos tienen buenas prácticas en un 43,07% y los de ingresos altos tienen malas prácticas en un 77,78%. Los que habitan en área rural tienen buenas prácticas en un 51,95% y los que habitan en área suburbana y urbana tienen malas prácticas en un 61,72% y 61,56%, respectivamente. Según la fuente más confiable de información, los que mejores actitudes tienen son a través de familia y amigos en un 70,59%, y los que peores actitudes tienen son los que confían más en redes sociales en un 61,36%. El género y el área de residencia son estadísticamente significativos con las prácticas de la vacuna contra COVID-19. (Valor de P: 0,008 y 0,012, respectivamente).

Tabla 12: Influencia de las variables de salud en los conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Altos conocimientos N (%)	Bajos conocimientos N (%)	Total N (%)	Valor de P
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas / subyacentes? (Asma, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, VIH/SIDA,	Si	45 (40,91%)	65 (59,09%)	110 (100%)	0,337
	No	368 (45,77%)	436 (54,23%)	804 (100%)	

hipertensión arterial, tuberculosis)					
Durante los últimos 7 días, ¿ha estado observando alguna de las siguientes medidas preventivas contra COVID-19?	Distanciamiento social de al menos 1.5 m	306 (44,8%)	377 (55,2%)	683 (100%)	0,689
	Uso de mascarilla	401 (45,21%)	486 (54,79%)	887 (100%)	0,937
	Higiene de manos (lavado normal con jabón o usando gel de manos)	376 (45,3%)	454 (54,7%)	830 (100%)	0,826
	Cuidado al toser (se cubre la boca cuando tose o estornuda)	302 (44,48%)	377 (55,52%)	679 (100%)	0,464

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: la tabla 12 demuestra que, de los participantes con enfermedades crónicas subyacentes, el 40,91% tiene altos conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19. De los participantes que han observado en los últimos 7 días, distanciamiento social de al menos 1,5m, uso de mascarilla, higiene de manos y cuidado al toser tienen altos conocimientos en un 44,8%, 45,21%, 45,3%, 44,48%, respectivamente. Estas variables no han demostrado ser estadísticamente significativas con los conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19.

Tabla 13: Influencia de las variables de salud en las actitudes sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable	Buenas Actitudes N (%)	Malas Actitudes N (%)	Total N (%)	Valor de P
Si	59	51	110	0,418

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas / subyacentes? (Asma, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, VIH/SIDA, hipertensión arterial, tuberculosis)		(53,64%)	(46,36%)	(100%)	
	No	464 (57,71%)	340 (42,29%)	804 (100%)	
Durante los últimos 7 días, ¿ha estado observando alguna de las siguientes medidas preventivas contra COVID-19?	Distanciamiento social de al menos 1.5 m	378 (55,34%)	305 (44,66%)	683 (100%)	0,05
	Uso de mascarilla	507 (57,16%)	380 (42,84%)	887 (100%)	0,828
	Higiene de manos (lavado normal con jabón o usando gel de manos)	467 (56,27%)	363 (43,73%)	830 (100%)	0,066
	Cuidado al toser (se cubre la boca cuando tose o estornuda)	382 (56,26%)	297 (43,74%)	679 (100%)	0,318

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: en la tabla 13 se observa que los participantes sin enfermedades crónicas subyacentes tienen buenas actitudes hacia la vacuna contra COVID-19 en un 57,71%. De los participantes que han observado en los últimos 7 días, distanciamiento social de al menos 1,5m, uso de mascarilla, higiene de manos, cuidado al toser tienen buenas actitudes en un 55,34%, 57,16%, 56,27% y 56,26%, respectivamente. Estas variables no han demostrado ser estadísticamente significativas con las actitudes sobre la vacuna contra COVID-19.

Tabla 14: Influencia de las variables de salud en las prácticas sobre la vacuna contra COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Buenas prácticas N (%)	Malas prácticas N (%)	Total N (%)	Valor P
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas / subyacentes? (Asma, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, VIH/SIDA, hipertensión arterial, tuberculosis)	Si	42 (38,18%)	68 (61,82%)	110 (100%)	0,600
	No	328 (40,8%)	476 (59,2%)	804 (100%)	
Durante los últimos 7 días, ¿ha estado observando alguna de las siguientes medidas preventivas contra COVID-19?	Distanciamiento social de al menos 1.5 m	278 (40,7%)	405 (59,3%)	683 (100%)	0,815
	Uso de mascarilla	359 (40,47%)	528 (59,53%)	887 (100%)	0,978
	Higiene de manos (lavado normal con jabón o usando gel de manos)	333 (40,12%)	497 (59,88%)	830 (100%)	0,485
	Cuidado al toser (se cubre la boca cuando tose o estornuda)	274 (40,35%)	405 (59,65%)	679 (100%)	0,893

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: la tabla 14 demuestra que de los participantes que tienen enfermedades crónicas subyacentes, tienen buenas prácticas hacia la vacuna contra COVID-19 en un 38,18%. De los participantes que han observado en los últimos 7 días distanciamiento social de al menos 1,5m, uso de mascarilla, higiene de manos y cuidado al toser tienen buenas prácticas en 40,7%, 40,47%, 40,12% y 40,35%,

respectivamente. Estas variables no han demostrado ser estadísticamente significativas para las prácticas de la vacuna contra COVID-19.

Tabla 15: Influencia de las variables individuales en los conocimientos de la vacuna contra la COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Altos conocimientos N (%)	Bajos conocimientos N (%)	Total N (%)	Valor P
¿Ha sido puesto en cuarentena (ya sea en su casa o en otro lugar) en algún momento durante la epidemia de Covid-19?	Si	169 (44,83%)	208 (55,17%)	377 (100%)	0,855
	No	244 (45,44%)	293 (54,56%)	537 (100%)	
Desde el comienzo del brote de COVID-19, ¿tiene información sobre el estado de su infección?	No me he hecho prueba / No conozco el resultado	192 (47,76%)	210 (52,24%)	402 (100%)	0,349
	Tuve resultado negativo	179 (42,72%)	240 (57,28%)	419 (100%)	
	Tuve resultado positivo	42 (45,16%)	51 (54,84%)	93 (100%)	
¿Qué tan preocupado / temeroso está de infectarse o volver a infectarse	No del todo preocupado/a	36 (59,02%)	25 (40,98%)	61 (100%)	0,117
	Un poco preocupado/a	66 (46,48%)	76 (53,52%)	142 (100%)	
	Moderadamente preocupado/a	141 (46,23%)	164 (53,77%)	305 (100%)	
	Muy preocupado/a	105 (40,38%)	155 (59,62%)	260 (100%)	

por el coronavirus?	Extremadamente preocupado/a	65 (44,52%)	81 (55,48%)	146 (100%)	
----------------------------	-----------------------------	----------------	----------------	---------------	--

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: en la tabla 15 se observa que los participantes que han sido puestos en cuarentena en algún momento durante la epidemia de COVID-19, tienen bajos conocimientos sobre la vacuna contra COVID-19 en un 55,17%. Los participantes que tuvieron resultado negativo, tienen bajos conocimientos en un 57,28%. Los participantes que no se encuentran del todo preocupados/as por infectarse o volver a infectarse por coronavirus, tienen altos conocimientos en un 59,02%. Estas variables no han demostrado diferencia estadísticamente significativa para los conocimientos de la vacuna contra COVID-19.

Tabla 16: Influencia de las variables individuales en las actitudes de la vacuna contra la COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Buenas actitudes N (%)	Malas actitudes N (%)	Total N (%)	Valor de P
¿Ha sido puesto en cuarentena (ya sea en su casa o en otro lugar) en algún momento durante la epidemia de Covid-19?	Si	223 (59,15%)	154 (40,85%)	377 (100%)	0,323
	No	300 (55,87%)	237 (44,13%)	537 (100%)	
Desde el comienzo del brote de COVID-19, ¿tiene información sobre el estado de su infección?	No me he hecho prueba / No conozco el resultado	243 (60,45%)	159 (39,55%)	402 (100%)	0,192
	Tuve resultado negativo	227 (54,18%)	192 (45,82%)	419 (100%)	
	Tuve resultado positivo	53 (56,99%)	40 (43,01%)	93 (100%)	

¿Qué tan preocupado / temeroso está de infectarse o volver a infectarse por el coronavirus?	No del todo preocupado/a	29 (47,54%)	32 (52,46%)	61 (100%)	0,001
	Un poco preocupado/a	61 (42,96%)	81 (57,04%)	142 (100%)	
	Moderadamente preocupado/a	185 (60,66%)	120 (39,34%)	305 (100%)	
	Muy preocupado/a	153 (58,85%)	107 (41,15%)	260 (100%)	
	Extremadamente preocupado/a	95 (65,07%)	51 (34,93%)	146 (100%)	

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: en la tabla 16 se observa que los participantes que sí han sido puestos en cuarentena en algún momento durante la epidemia de COVID-19, tienen buenas actitudes hacia la vacuna contra COVID-19 en un 59,15%. Los participantes que no se han hecho la prueba contra COVID-19 o no conocen el resultado, tienen buenas actitudes en un 60,45%. Los participantes que se encuentran extremadamente preocupados/as por infectarse o volver a infectarse por coronavirus, tienen buenas actitudes en un 65,07%, siendo este último un factor estadísticamente significativo en las actitudes hacia la vacuna contra COVID-19 (valor de P: 0,001).

Tabla 17: Influencia de las variables individuales en las prácticas de la vacuna contra la COVID-19. Cuenca-Ecuador, 2021.

Variable		Buenas prácticas N (%)	Malas prácticas N (%)	Total N (%)	Valor de P
¿Ha sido puesto en cuarentena (ya sea en su casa o en otro lugar) en algún momento durante la epidemia de Covid-19?	Si	141 (37,4%)	236 (62,6%)	337 (100%)	0,112
	No	229 (42,64%)	308 (57,36%)	537 (100%)	

Desde el comienzo del brote de COVID-19, ¿tiene información sobre el estado de su infección?	No me he hecho prueba / No conozco el resultado	169 (42,04%)	233 (57,96%)	402 (100%)	0,500
	Tuve resultado negativo	161 (38,42%)	258 (61,58%)	419 (100%)	
	Tuve resultado positivo	40 (43,01%)	53 (56,99%)	93 (100%)	
¿Qué tan preocupado / temeroso está de infectarse o volver a infectarse por el coronavirus?	No del todo preocupado/a	35 (57,38%)	26 (42,62%)	61 (100%)	0,050
	Un poco preocupado/a	55 (38,73%)	87 (61,27%)	142 (100%)	
	Moderadamente preocupado/a	128 (41,97%)	177 (58,03%)	305 (100%)	
	Muy preocupado/a	95 (36,54%)	165 (63,46%)	260 (100%)	
	Extremadamente preocupado/a	57 (39,04%)	89 (60,96%)	146 (100%)	

Fuente: base de datos digital del International Citizen Project COVID-19 Ecuador.

Elaboración: María Daniela Peralta; Arianna Sofía Torres.

Análisis: en la tabla 17 se observa que los participantes que sí han sido puestos en cuarentena en algún momento durante la epidemia por COVID-19 tienen buenas prácticas hacia la vacuna contra COVID-19 en un 37,4%. Los participantes que tuvieron resultado positivo tienen buenas prácticas en un 43,01%. Los participantes que no se encuentran del todo preocupados/as por infectarse o volver a infectarse por coronavirus, tienen buenas prácticas en un 57,38%. Estas variables no son estadísticamente significativas con las prácticas sobre la vacuna contra COVID-19.

CAPÍTULO VI

6.1 Discusión

Después de la aparición de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), surgió en el mundo entero una gran preocupación y temor por la rápida diseminación de este

virus y el diario incremento del número de fallecidos. Se comenzaron a fabricar varios tipos de vacunas en diferentes laboratorios y casas farmacéuticas; en un período de un año aproximadamente, algunas vacunas se aprobaron y comenzaron a administrarse en la población; sin embargo, por el corto período de tiempo en el que éstas vacunas se produjeron, se comenzó a especular sobre la eficacia contra el coronavirus: sobre si el propósito era la vacunación o alguna otra finalidad gubernamental, si era dañino contra la salud de una población selecta, entre otros. El objetivo de este proyecto de investigación es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los habitantes del cantón Cuenca ante una vacuna contra la COVID-19 en el año 2021.

En este estudio, se logró determinar que la mayoría de la población tiene buenas actitudes respecto a la vacunación según eficacia, a medida que la eficacia aumenta, hasta el 95%, el 64% de la población estaría dispuesta a vacunar a sus hijos. Al igual que en un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vacunación contra COVID-19 en la población de Costa Rica en el año 2021, donde la mayoría de la población (89%), vacunaría a sus hijos sin importar el nivel de efectividad de las mismas. (52)

En Cuenca, las razones más importantes por las que la población dudaría en vacunarse son: debido a que “ya me dio COVID-19 y pienso que ya soy inmune a la enfermedad” (98,2%), “mi cuerpo es naturalmente fuerte, no necesito una vacuna para luchar contra COVID-19” (96,7%) y “creo que la vacuna está diseñada para hacernos daño” (96,2%), a diferencia del mismo estudio en Costa Rica, donde la razón más importante que evitaría la vacunación en esta población, es el miedo a los efectos adversos. (52)

En un estudio transversal global en el que se aplicaron encuestas de forma virtual a 26 852 individuos que representaban 60 nacionalidades en el año 2020, reportó que el 48% dejaría de vacunarse por miedo a los efectos secundarios; datos similares obtenidos a los de nuestro estudio, pues el 44% dudaría en vacunarse por la misma razón antes mencionada. (53)

El 35,8% de nuestra población es estudiante o trabajador del sector de la salud, de los cuales la mayoría (54,74%), tiene buenas actitudes hacia la vacuna, al igual que en un estudio realizado en trabajadores de salud en Arabia Saudita en el año 2021, en el que el 50,52% tiene buenas actitudes hacia la misma. (5)

En este estudio, a medida que el nivel socioeconómico desciende, existen más conocimientos hacia la vacuna, que difiere con una investigación realizada en el Reino Unido en 2020, en el que a medida que el nivel socioeconómico desciende, de igual forma lo hacen los conocimientos y aceptabilidad de la vacuna. (10).

El género (mujer) y el habitar en área rural son estadísticamente significativas con las buenas prácticas hacia la vacuna contra COVID-19 en esta población. Esto difiere de un estudio transversal analítico realizado en Perú en el año 2021, en el que la población femenina y el habitar en zona rural, tiene menor aceptación hacia la vacuna. El grupo etario que mayor aceptación tiene hacia la vacuna es de 65 a 74 años con un 77%, mientras que, en Cuenca, es el grupo etario entre 40 y 44 años (47,31%). (54)

A medida que la pandemia avanzaba, la sensación de riesgo en diferentes países fue incrementando, debido a la falta de disponibilidad de respiradores y camas en Unidades de Cuidados Intensivos, de igual forma fue aumentando la aceptación de la ideación de la vacunación, según un estudio realizado en Turquía en el 2021, el 40% de la población que inicialmente tenía dudas sobre la vacunación, cambió de opinión conforme avanzaba la pandemia, posteriormente la consideraron necesaria. (55)

El nivel de preocupación o miedo de infectarse o volverse a infectar por coronavirus influye en la aceptabilidad hacia la vacuna contra COVID-19 (60,66%) que puede estar relacionado con el sentido de susceptibilidad a la enfermedad, según un estudio en Portugal, se demostró que el bajo nivel de riesgo o preocupación por contraer la enfermedad, indicaron tasas inferiores de aceptación de la vacunación en dicho país. Esto se puede relacionar con el factor psicológico del miedo a

contraer la enfermedad y fallecer por la misma, o padecer daño permanente que deje secuelas de por vida, que podría ser evitado con la vacunación. (56)

En nuestro estudio, se observó que, dentro del nivel de educación secundaria, mejor actitud tiene la población hacia la vacuna (71,3%), que difiere de un estudio transversal realizado en Bangladesh en 2021, en el que se demostró que mientras mayor es el nivel de educación, a partir de la universidad, mejores son las actitudes y el conocimiento sobre las vacunas. También en Bangladesh, se determinó que las mejores prácticas hacia la vacuna están relacionadas con el área de residencia urbana, que difiere de nuestro estudio, ya que el área de residencia rural, se relaciona con mejores prácticas hacia la vacuna y el área suburbana con mejores actitudes. (11).

Es importante recalcar, como se mencionó anteriormente, las encuestas fueron realizadas antes de que existan vacunas aprobadas para el uso en la población contra COVID-19. Al momento de la publicación de esta investigación, existen varios tipos de vacunas que ya han sido administradas en la población y promovidas en grandes campañas de vacunación a nivel mundial. En la actualidad, en Ecuador, el “Plan Vacunarse”, se encuentra promoviendo la cuarta dosis de vacuna contra COVID-19, al igual que Israel, Chile, Bélgica, Estados Unidos, entre otros; para la población inmunodeprimida, mayores de 50-55 años (dependiendo del país) y grupos de riesgo. (57)

Según este estudio, el porcentaje de los participantes que no se vacunaría, oscila entre un 22,6% y 4,8% si la eficacia de la vacuna es igual o mayor al 90%. Según datos hasta el 17 de mayo de 2022, el 80,38% de los azuayos ya se ha vacunado y en Cuenca el 78,9% cuenta con dos dosis. (57)

CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

- Del total de 914 participantes, el 57,4% son mujeres y el 42,6% son hombres. La mayor parte de la población tiene una edad entre 20 a 24 años (32,3%), con una moda de edad de 20 años, reside en el área urbana (71,8%), tiene ingresos bajos a medianos (53,7%), ha alcanzado el tercer nivel de educación (45,5%) y no estudia o trabaja en el sector de salud (64,2%). El 63% confía más en el personal de salud como fuente de información.
- El género mujer, el no pertenecer al sector de salud como estudiante o trabajador y la fuente de información confiable, influyen sobre los altos conocimientos de la vacuna contra COVID-19. El género mujer, la edad, el nivel de educación secundaria, el nivel socioeconómico bajo y el área de residencia rural influyen sobre las buenas actitudes hacia la vacuna. El género mujer y el área de residencia rural influyen sobre las buenas prácticas hacia la misma vacuna.
- Tener el antecedente de enfermedades crónicas como asma, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, VIH/SIDA, hipertensión arterial y tuberculosis además de haber observado medidas preventivas contra COVID-19, no influye en los conocimientos, actitudes y prácticas de la vacuna contra COVID-19.
- El haber estado en cuarentena durante la pandemia y el conocimiento sobre el estado de su infección, no influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas de la vacuna contra COVID-19.
- El nivel moderado de preocupación influye sobre las buenas actitudes hacia la vacuna contra COVID-19.
- La mayoría de la población de este estudio tiene buenas actitudes (57,2%), bajos conocimientos (54,8%) y malas prácticas (59,5%) hacia la vacuna contra COVID-19 en el año 2021.

7.2 Recomendaciones

- Es necesario tener fuentes de información accesibles, con datos verídicos y confiables para poder incrementar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto la vacuna contra COVID-19. Promocionar y difundir a través del primer nivel de atención, información fidedigna respecto mitos y verdades sobre la vacunación contra COVID-19 y la importancia de la aplicación de esta vacuna en la población general y en grupos vulnerables.
- Realizar nuevos estudios en los que se pueda valorar el componente psicológico que ha sido afectado en este tiempo; medir los niveles de depresión y ansiedad que han surgido o se han potenciado desde inicios del año 2020. Comparar los índices de intento de suicidio y fallecidos por intento autolítico antes y durante los años de pandemia.
- Debido a que los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la vacuna contra COVID-19 cambian con el tiempo, es necesario realizar investigaciones actualizadas para poder medir los cambios que se han desarrollado a lo largo de la pandemia.
- Realizar una investigación a nivel nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas hacia la vacuna contra COVID-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ecuador C. Coronavirus Ecuador. [Online].; 2022[citado 2022 enero 30. Disponible en: <https://www.coronavirusecuador.com/estadisticas-covid-19/>.
2. Orús A. STATISTA. [Online].; 2022 [citado 2022 Mayo 23. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>.
3. Orús A. STATISTA. [Online].; 2022 [citado 2022 Enero 30. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>.
4. Metadel Adane AAHK. Knowledge, attitudes, and perceptions of COVID-19 vaccine and refusal to receive COVID-19 vaccine among healthcare workers in northeastern Ethiopia. BMC Public Health. 2022 Febrero; 128(2022).

5. Qattan A, Alshareef N, Alsharqui O, Al Rahahleh N, Chijere Chirwa G, Al-Hanawi MK. Acceptability of a COVID-19 Vaccine Among Healthcare Workers in the Kingdom of Saudi Arabia. *Frontier in medicine*. 2021.
6. Acceptance of a COVID-19 Vaccine and its Related Determinants among the General Adult Population in Kuwait. *Medical Principelas and Practices*. 2021 Enero 22.
7. Kreps S, Prasad S, Brownstein J, Hswen Y, Garibalid B, Zhang B, et al. Factors Associated with US adults Likelihood of Accepting COVID-19 Vaccination. *Jama Network Open*. 2020 Octubre; 3(10).
8. Malik A, McFadden S, Elharake J, Omer S. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EClinicalMedicine*. 2020 Agosto; 26.
9. Oscar Sarasty CECDH,PAGOIB. The demand for a COVID-19 vaccine in Ecuador. *ScienceDirect*. 2020 Diciembre; 3.
10. Steptoe A, Paul E, Fancourt D. Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health*. 2021.
11. Islam S, Bakkar Siddique , Akter , Tasnim , Hossain Sujan , R. Ward P, et al. Knowledge, attitudes and perceptions towards COVID-19 vaccinations: a cross sectional community survey in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2021; 21(1851).
12. Riethmacher , Issanov , Akhmetzhanova , Aljofan M. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2021; 17(10).
13. Wise J. Covid-19: Pfizer BioNTech vaccine reduced cases by 94% in Israel,shows peer reviewed study. *The New Journal of Medicine*. 2021 Febrero 25; 372(567).
14. Anoop S V Shah. Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. *medRxiv*. 2021 Marzo 21.
15. Ministerio de Salud Pública. Plan de vacunación para prevenir la COVID-19 Ecuador 2020-2021. Quito-Ecuador;; 2020.

16. Pública MdS. Plan Vacunarse. [Online].; 2022 [citado 2022 Enero 30. Disponible en: <https://www.planvacunarse.ec>.
17. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawattananon Y, et al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *The Lancet*. 2021 Febrero 12;(397): p. 1023–1034.
18. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad España. [Online].; 2021 [citado 2021 Marzo 10. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>.
19. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*. 2021 Octubre;(19): p. 141–154.
20. Worldometer. Worldometer. [Online].; 2021 [citado 2021 Mayo 27. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
21. Gobierno de la República del Ecuador. Coronavirus Ecuador. [Online].; 2021 [citado 2021 Marzo 30. Disponible en: <https://www.coronavirusecuador.com/estadisticas-covid-19/>
22. Díaz F, Toro AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*. 2021 Marzo; 24(3).
23. Wang MY, Zhao R, Gao LJ, Gao XF, Wang DP, Cao JM. SARS-CoV-2: Structure, Biology and Structure-Based Therapeutics Development. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2020 Noviembre.
24. Alcamí A, del Val M, Hernán M, Jiménez JL, Querol X, Robustillo A, et al. Informe científico sobre vías de transmisión SARS-CoV-2. [Online].; 2020 [citado 2021 Marzo 11. Disponible en: https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Prensa/FICHEROS/Informe_Aerosolo.
25. López-Pérez G, Ramírez-Sandoval MdL, Solyenetzin M. Fisiopatología del daño multiorgánico en la infección por SARS-CoV-2. *Medigraphic*. 2020.

26. Díez F, Alcamí J. La respuesta inmunitaria frente al coronavirus SARS-COV-2. Madrid, España: Ministerio de Ciencia e Innovación, Grupo de Análisis Científico de Coronavirus del Instituto de Salud Carlos III.; 2020.
27. García LF. Immune Response, Inflammation, and the Clinical Spectrum of COVID-19. *Frontiers in Immunology*. 2020 Junio; 11(1441).
28. Hassan S SFNJSea. Coronavirus (COVID-19): A Review of Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*. ; 12(3).
29. LiL,ZW,HY,TX,ZS,YJ,KY,RL,WQ,MH,HC,TC,YR,WJ,YY,GY,WX,XZ,ZL,XN,LZ(. Effect of Convalescent Plasma Therapy on Time to Clinical Improvement in Patients With Severe and Life-threatening COVID-19. *JAMA*. 2020 Junio 3.
30. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [Online].; 2021 [citado 2021 Marzo 20]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html#prin>.
31. Colegio de Médicos de Filadelfia. The History of Vaccines. [Online]. [Online].; 2018 [citado 2021 Marzo 28]. Disponible en: <https://www.historyofvaccines.org/content/articles/vaccine-development-testing-and-regulation>.
32. Kizzmekia S. Corbett PD,BFMS,KEFPD,JRFPD,ea. Evaluation of the mRNA-1273 Vaccine against SARS-CoV-2 in Nonhuman Primates. *The New England Journal of Medicine*. 2020 Octubre.
33. van Doremalen, N., Lambe, T., Spencer, A. et al. Publisher Correction: ChAdOx1 nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques. *Nature* 590, E24 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-03099-2>.
34. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2020 [citado 2021 Marzo 29]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-fases-desarrollo-vacuna>.

35. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online].; 2020 [citado 2021 Marzo 29]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-glosario-sobre-brotes-epidemias-recurso-para-periodistas-comunicadores> .
36. Belete TM. A review on Promising vaccine development progress for COVID-19 disease. Vacunas. 2020.
37. Gee J, Marquez P, Su J, et al. First Month of COVID-19 Vaccine Safety Monitoring — United States, December 14, 2020–January 13, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 2021 Febrero 26;(70): p. 283–288.
38. Documento informativo de la FDA. Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19. Reunión del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados. 10 de diciembre de 2020. [Online]. [citado 2021 Marzo 28]. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/144245/download>.
39. Actualización de seguridad de la vacuna Shimabukuro T. COVID-19, reunión del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), 27 de enero de 2021. <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-01/06-COVID-Shimabukuro.pdf>. [Online].
40. Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna Moderna COVID-19 para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Hoja informativa para los proveedores de atención médica que administran la vacuna. <https://www.fda.gov/media/144637/download>.
41. Agencia Europea de Medicamentos. EMA recomienda COVID-19 Vaccine Moderna para su autorización en la UE. <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-moderna-authorisation-eu>. [Online]. [citado 2021 Marzo 28].
42. Mellet J, Pepper MS. A COVID-19 Vaccine: Big Strides Come with Big Challenges. Vaccines. 2021 Enero; 9(1).
43. Documento informativo de la FDA. Janssen Ad26.COVS.2.S Vacuna para la prevención de COVID-19. Reunión del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados, 26 de febrero de 2021 <https://www.fda.gov/media/146217/download>. [Online]. [citado 2021 Marzo.

44. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones provisionales para el uso de la vacuna AZ D1222 (ChAdOx1-S (recombinante)) contra COVID-19 desarrolladas por la Universidad de Oxford y AstraZeneca. [Online]. [citado 2021 Marzo 26].
45. EMA's human medicines committee. European Medicines Agency. [Online].; 2021 [citado 2021 Marzo 29. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-benefits-still-outweigh-risks-despite-possible-link-rare-blood-clots>.
46. Novavax. Novavax COVID-19 Vaccine Demonstrates 89.3% Efficacy in UK Phase 3 Trial. Novavax. [Online].; 2021 [citado 2021 Marzo 28. Disponible en: <https://ir.novavax.com/news-releases/news-release-details/novavax-covid-19-vaccine-demonstrates-893-efficacy->.
47. Kaur SP, Gupta V. COVID-19 Vaccine: A comprehensive status report. Virus Research. 2020 Agosto;(288).
48. Kim JH, Marks F, Clemens JD. Looking beyond COVID-19 vaccine phase 3 trials. Nature medicine. 2021 Febrero; 29.
49. Real Academia Española. RAE. [Online].; 2022 [citado 2022 Febrero 3. Disponible en: <https://dle.rae.es/practicar?m=form>.
50. Sallam M. COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. Vaccines. 2021; 9(160).
51. Ditekemena JD, Nkamba DM, Mutwadi A, Mavoko HM, Fodjo JNS, Luhata C, et al. COVID-19 Vaccine Acceptance in the Democratic Republic of Congo: A Cross-Sectional Survey. Vaccines. 2021 Febrero; 9(153).
52. UNICEF OO. UNICEF. [Online].; 2021 [citado 2022 Mayo 25. Disponible en: <https://www.unicef.org/costarica/informes/conocimientos-actitudes-y-pr%C3%A1cticas-en-costa-rica-sobre-la-vacunaci%C3%B3n-y-la-vacuna-contra>
53. Abdul MK, Khandaker MF. Knowledge, Attitude and Acceptance of a COVID-19 Vaccine: A Global Cross-Sectional Study. International Research Journal of Business and Social Science. 2020; 6(4).

54. Herrera Añazco P, Uyen Cateriano Á, Unurraga D, Bendezu G, Toro C, Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a la intención de vacunarse contra la COVID-19 en el Perú [Internet]. SciELO. 2021 [citado 26 Mayo 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342021000300381&script=sci_arttext
55. Yilmazbas P, Terzi O, Ozceker D. Did. Covid-19 Pandemic Changed Parents' Approach To Vaccination?. Soc Behav. 2021;43(2):130-134. doi: 10.14744/etd.2020.85451
56. Niederberger E, Turmine V, Hommell C. Síntesis de datos: percepción pública de las vacunas contra la COVID-19 [Internet]. Rcce-collective.net. 2021 [citado 26 May 2022]. Disponible en: https://www.rcce-collective.net/wp-content/uploads/2021/07/ES_Public-Perceptions-of-the-COVID-19-Vaccinations-June-2021-Data-synthesis-Report.pdf
57. Ecuador OSd. Covid 19 Ecuador. [Online].; 2022 [citado 2022 Mayo 23]. Disponible en: <https://www.covid19ecuador.org/vacunas>

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Sociodemográficas					
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Años cumplidos	Fecha de nacimiento en cédula de identidad	1. 18-19 años 2. 20-24 años 3. 25-29 años 4. 30-34 años 5. 35-39 años 6. 40-44 años 7. 45-49 años 8. 50-54 años 9. 55-59 años 10. 60-64 años 11. 65-69 años 12. 70-74 años	Cuantitativa continua
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Biológico	Auto identificación que el participante determine.	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa
Nivel de educación	Asistencia educativa de la población, grado de finalización más alto que la persona ha terminado.	Cultural	Años de educación finalizados	1. Primer nivel 2. Secundaria 3. Tercer nivel 4. Cuarto nivel 5. Ninguno	Cuantitativa continua
Ocupación	Actividad de la población se relaciona con el campo de la salud.	Ocupacional	Su ocupación se relaciona con el campo de salud	1. Sí 2. No	Cualitativa
Nivel socioeconómico	Situación económica que la persona tiene según sus ingresos.	Económico	Ingresos	1. Ingresos bajos 2. Ingresos bajos a medianos 3. Ingresos	Cuantitativa

				medianos a altos 4. Ingresos altos	
Área de residencia	Lugar donde una persona vive habitualmente. (permanencia mayor a 6 meses).	Económico	Domicilio de la persona	1. Área rural 2. Área urbana 3. Área suburbana	Cualitativa
Fuente de información/ asesoramiento sobre COVID-19	Fuente de información que la persona piensa que es más confiable para adquirir conocimientos sobre COVID-19.	Cultural	Según las creencias de cada persona	1. Radio / TV 2. Personal de salud 3. Redes sociales (WhatsApp, Facebook, Twitter, etc.) 4. Familia y amigos 5. Ninguno	Cualitativa
Individuales					
Cuarentena previa	Si durante la epidemia COVID-19 la persona se separó de personas que podrían haber contraído la enfermedad pero que no tienen síntomas todavía.	Salud	Si la persona indica que estuvo o no en cuarentena	1. Sí 2. No	Cualitativa
Conocimiento del estado de infección COVID-19	Conocimiento acerca del estado de inmunidad ante la infección COVID-19.	Salud	Resultado de los exámenes para COVID-19 realizados en la persona	1. No me he hecho prueba / No conozco el resultado 2. Tuve resultado negativo 3. Tuve resultado positivo	Cualitativa
Preocupación infección o reinfección COVID-19	Grado de preocupación o temor ante padecer la infección o volverse a infectar con COVID-19.	Salud	Según lo que la persona sienta e indica	1. No del todo preocupado/a 2. Un poco preocupado/a 3. Moderadamente preocupado/a 4. Muy	Cualitativa

				preocupado/a 5. Extremadamente preocupado/a	
Salud					
Enfermedades crónicas/ subyacentes como: Enfermedad cardíaca, Hipertensión arterial, Diabetes, Cáncer, VIH/SIDA, Tuberculosis, Asma	Presencia de enfermedades crónicas o subyacentes que aumentan el riesgo de contraer una infección de COVID-19 más grave.	Salud	Enfermedades crónicas/ subyacentes presentes	1. Si 2. No	Cualitativa
Medidas preventivas contra COVID-19	Acciones realizadas para evitar el contagio de la infección viral.	Salud	Medida de prevención	1. Distanciamiento social de al menos 1.5 m 2. Uso de mascarilla 3. Higiene de manos (lavado normal con jabón o usando gel de manos) 4. Cuidado al toser (se cubre la boca cuando tose o estornuda)	Cualitativa
Conocimientos					
Posibilidad de reinfección con COVID-19	Posibilidad de volverse a infectar de COVID-19 después de recuperarse de una infección previa por COVID-19.	Salud	Opinión sobre posibilidad de reinfección con COVID-19	1. Si 2. No	Cualitativa
Prevención de infección por	Reducción de la probabilidad de infectarse por SARS-CoV-2	Salud	Opinión sobre	1. Si 2. No	Cualitativa

SARS-CoV-2 con una vacuna	mediante la aplicación de una vacuna.		prevención de la COVID-19 con una vacuna	3.No lo sé	
Existencia actual de una vacuna eficaz contra la COVID-19	Perspectiva de eficacia de un instrumento de inmunización actual contra la COVID-19	Salud	Opinión sobre existencia actual de una vacuna eficaz contra la COVID-19	1.Si 2.No 3.No lo sé	Cualitativa
Prácticas					
Disposición a recibir la vacuna COVID-19 si es al menos 50% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 50% efectiva, para inmunizarse frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a recibir la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión	Cualitativa
Disposición a recibir la vacuna COVID-19 si es al menos 75% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 75% efectiva, para inmunizarse frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a recibir la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión	Cualitativa
Disposición a recibir la vacuna COVID-19 si es al menos 90% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 90% efectiva, para inmunizarse frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a recibir la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión	Cualitativa
Disposición a recibir la vacuna COVID-19 si es al menos 95% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 95% efectiva, para inmunizarse frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a recibir la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión	Cualitativa
Actitudes					
Disposición a permitir que hijos reciban la vacuna COVID-19 si es al menos 50% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 50% efectiva, para inmunización de sus hijos frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a permitir que sus hijos reciban la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión/ No aplica	Cualitativa

Disposición a permitir que hijos reciban la vacuna COVID-19 si es al menos 75% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 75% efectiva, para inmunización de sus hijos frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a permitir que sus hijos reciban la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión/ No aplica	Cualitativa
Disposición a permitir que hijos reciban la vacuna COVID-19 si es al menos 90% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 90% efectiva, para inmunización de sus hijos frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a permitir que sus hijos reciban la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión/ No aplica	Cualitativa
Disposición a permitir que hijos reciban la vacuna COVID-19 si es al menos 95% efectiva	Permitir la aplicación de una vacuna, 95% efectiva, para inmunización de sus hijos frente a SARS-CoV-2.	Salud	Disposición a permitir que sus hijos reciban la vacuna COVID-19	1.Si 2.No 3.Sin opinión/ No aplica	Cualitativa
Razones para dudar en recibir la vacuna COVID-19	Motivo que causan indecisión para recibir la vacuna COVID-19	Cultura	Motivo por el cual no recibiría la vacuna COVID-19	1.No creo que exista la COVID-19 2.Creo que la vacuna no es efectiva 3.Creo que la vacuna está diseñada para hacernos daño 4.Tengo miedo de los efectos secundarios de la vacuna 5.Mi cuerpo es naturalmente fuerte. No necesito la vacuna para luchar contra Covid-19 6.Ya tuve Covid-19 y pienso que soy inmune a la enfermedad	Cualitativa

				7.La pandemia de Covid-19 se terminó en mi país, no necesito una vacuna	
Importancia de recibir la vacuna de COVID-19 para proteger la propia salud	Relevancia de la inmunización contra la COVID-19 para resguardar la propia salud.	Salud	Opinión sobre la importancia de la vacunación para la salud propia	1.No tan importante 2.Poco importante 3.Moderadamente importante 4.Muy importante 5.Extremadamente importante	Cuantitativa continua
Importancia de recibir la vacuna COVID-19 para proteger la salud de otras personas de la comunidad	Relevancia de la inmunización contra la COVID-19 para resguardar la salud de las personas de una comunidad.	Salud	Opinión sobre la importancia de la vacunación para proteger la salud de otras personas	1.No tan importante 2.Poco importante 3.Moderadamente importante 4.Muy importante 5.Extremadamente importante	Cuantitativa continua

ANEXO 2: Presupuesto

Elemento	Precio unitario	Cantidad	Total
Plan mensual de internet	\$33,00	5	\$165,00
Computadora	\$500,00	2	\$1000,00
Programas SPSS versión 26 y Microsoft Excel 2016	\$0,0	1	\$0,0
Bases de datos del ICP COVID Ecuador	\$0,0	0	\$0,0
Hojas impresas blanco y negro	\$0,02	150	\$3
Hojas impresas a color	\$0,05	50	\$2,50
Anillado	\$0,50	4	\$2,00
Total			\$1172,50

ANEXO 3: Cronograma de trabajo por objetivos

ACTIVIDADES	Año 2022					
	Mes 1 Enero	Mes 2 Febrero	Mes 3 Marzo	Mes 4 Abril	Mes 5 Mayo	Mes 6 Junio
Revisión final del protocolo y aprobación	X	X				
Diseño y prueba de instrumentos		X				
Recolección de datos	-	-	-	-	-	-
Procesamiento y análisis de datos.			X	X		
Informe final					X	X

ANEXO 4: Formato recolección de datos

Encuesta sobre la vacuna COVID-19 [Ecuador]

1. Edad

2. Sexo

- Hombre
- Mujer

3. Nivel de educación más alto

- Ninguna
- Secundaria
- Cuarto nivel - Postgrado
- Tercer nivel

4. ¿Es usted estudiante o trabajador en el sector de la salud?

- No
- Si

5. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su situación socioeconómica actual?

- Ingresos altos
 - Ingresos bajos a medianos
 - Ingresos bajos
 - Ingresos medianos a altos
- 6. Cantón de residencia:**
- Cuenca
 - Otra
- 7. Usted vive en:**
- Área rural
 - Área suburbana
 - Área urbana
- 8. ¿En qué fuente de información / asesoramiento sobre COVID-19 confía más?**
- Radio / TV
 - Personal de salud
 - Redes sociales (WhatsApp, Facebook, Twitter, etc.)
 - Familia y amigos
 - Ninguno de los anteriores
 - Otro
- 9. ¿Ha sido puesto en cuarentena (ya sea en su casa o en otro lugar) en algún momento durante la epidemia de Covid-19?**
- No
 - Si
- 10. Desde el comienzo del brote de COVID-19, ¿tiene información sobre el estado de su infección?**
- No me he hecho prueba / No conozco el resultado
 - Tuve resultado negativo
 - Tuve resultado positivo
- 11. ¿Qué tan preocupado / temeroso está de infectarse o volver a infectarse por el coronavirus?**
- No del todo preocupado/a
 - Un poco preocupado/a
 - Moderadamente preocupado/a
 - Muy preocupado/a
 - Extremadamente preocupado/a
- 12. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas / subyacentes? (muchas respuestas posibles)?**
- Asma
 - Cáncer
 - Diabetes

- Enfermedad cardíaca
- VIH/SIDA
- Hipertensión arterial
- Tuberculosis
- Ninguna de las anteriores

13. Durante los últimos 7 días, ¿ha estado observando alguna de las siguientes medidas preventivas contra COVID-19? (Marque todas las respuestas que correspondan)

- Cuidado al toser (se cubre la boca cuando tose o estornuda)
- Distanciamiento social de al menos 1.5 m
- Higiene de manos (lavado normal con jabón o usando gel de manos)
- Uso de mascarilla
- Ninguna de las anteriores

14. En su opinión, ¿alguien puede volver a infectarse con coronavirus después de recuperarse de una infección previa por COVID-19?

- No lo sé
- No
- Si

15. En su opinión, ¿se puede prevenir la infección por COVID-19 con una vacuna?

- No lo sé
- No
- Si

16. A su entender, ¿existe actualmente una vacuna eficaz contra COVID-19?

- No lo sé
- No
- Si

17. ¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 50% efectiva

- Si
- No
- Sin opinión

18. ¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 75% efectiva

- Si
- No
- Sin opinión

19. **¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 90% efectiva**
- Si
 - No
 - Sin opinión
20. **¿Estaría dispuesto a recibir la vacuna COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 95% efectiva**
- Si
 - No
 - Sin opinión
21. **¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 50% efectiva**
- Si
 - No
 - Sin opinión / No aplica
22. **¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 75% efectiva**
- Si
 - No
 - Sin opinión / No aplica
23. **¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 90% efectiva**
- Si
 - No
 - Sin opinión / No aplica
24. **¿Estaría dispuesto a permitir que sus hijos reciban la vacuna contra COVID-19 cuando esté disponible?: Si es al menos 95% efectiva**
- Si
 - No
 - Sin opinión / No aplica
25. **¿Cuáles son algunas de las posibles razones por las que dudaría en tomar la vacuna COVID-19? (puede señalar varias respuestas)**
- La pandemia de Covid-19 se terminó en mi país, no necesito una vacuna
 - No creo que exista COVID-19
 - Creo que la vacuna está diseñada para hacernos daño
 - Ya tuve Covid-19 y pienso que soy inmune a la enfermedad
 - Ninguna de las anteriores
 - Creo que la vacuna no es efectiva
 - Mi cuerpo es naturalmente fuerte. No necesito la vacuna para luchar contra Covid-19

- Tengo miedo de los efectos secundarios de la vacuna
- Otras razones (por favor especificar)

26. ¿Qué tan importante es para usted que al recibir la vacuna COVID-19, protegería su propia salud?: En una escala del 1 al 5

- No tan importante
- Poco importante
- Moderadamente importante
- Muy importante
- Extremadamente importante

27. ¿Qué tan importante es para usted que al recibir la vacuna COVID-19, protegería la salud de otras personas en su comunidad?: En una escala del 1 al 5

- No tan importante
- Poco importante
- Moderadamente importante
- Muy importante
- Extremadamente importante

28. Entiendo completamente de qué se trata este estudio y doy mi consentimiento libre para participar. Toda la información que proporciono puede ser utilizada por investigadores para comprender mejor la enfermedad por coronavirus en mi país.

- Si
- No

Anexo 5: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le invitamos de la manera más cordial a participar en la Ronda 4 de una investigación internacional, en línea, denominada ICP Covid, (International Citizen Project) llevada a cabo por investigadores de la Asia, África, América del Sur y Europa. En el Ecuador investigadores de la Universidad de Cuenca forman parte de este estudio.

A nivel mundial los gobiernos tomaron una serie de medidas para prevenir la diseminación del corona virus (Covid- 19). El objetivo del este estudio es investigar

¿cómo experimentó y aplicó las instrucciones para la prevención contra el corona virus (Covid- 19)?.

Si acepta participar, se le solicitará completar una encuesta en línea, totalmente anónima que le llevará aproximadamente diez (10) minutos.

No existen riesgos asociados a este estudio. La información que usted proporcione, será tratada y almacenada de manera confidencial y anónima. En ningún caso sus respuestas serán identificadas con algún dato que permita su identificación. Su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento.

El principal beneficio esperado de esta investigación, radica en la comprensión de la variabilidad de la adherencia y la durabilidad de las medidas de protección para evitar la propagación del Covid- 19, por esta razón, se pedirá a los participantes que completen la encuesta a intervalos regulares de tiempo.

Usted, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación, antes, durante y después de su participación a: Bernardo Vega Crespo, a través del email bernardo.vegac@ucuenca.edu.ec . Si usted quiere saber más sobre nuestras políticas de privacidad por favor visite la página web <https://www.icpcovid.com>

Anexo 6: Autorización uso de la base de datos

Estimada Arianna Sofía Torres y María Daniela Peralta Rosales

Con un atento saludo, y dando respuesta a su solicitud.

Se autoriza el uso de la base de datos del proyecto de investigación INTERNATIONAL CITIZEN PROJECT ECUADOR para su uso en el trabajo de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la vacuna contra COVID-19 de los habitantes del cantón Cuenca- Ecuador en el año 2021”; respetando la confidencialidad de los encuestados.

Es necesario recordar que la base de datos es exclusiva para la elaboración de la tesis en mención y por ninguna circunstancia esta se puede entregar a terceros.

Saludos Cordiales

Dr. Bernardo Vega Crespo. MD, OB/GYN, MSC.

Docente Titular. Universidad de Cuenca