



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA VACUNA CONTRA
SARS-COV-2, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ASOCIADOS A LA
VACUNACIÓN EN ADULTOS DE UN DISTRITO DE LIMA-PERÚ, 2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Floriano Infantes, Juan Carlos

Asesora

Noriega Zapata, Erika Janeth

ORCID: 0000-0002-7769-1386

Jurado

Soto Linares, Carlos

Jaimes Serkovic, Valentín Timoteo

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima - Perú

2025



NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA VACUNA CONTRA SARS-COV-2, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN EN ADULTOS DE UN DISTRITO DE LIMA-PERÚ, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	3%
	Trabajo del estudiante	
2	revistas.urp.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.unfv.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	www.researchgate.net	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.unac.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	Submitted to uncedu	1%
	Trabajo del estudiante	
7	repositorio.upn.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	Submitted to Universidad Americana	1%
	Trabajo del estudiante	
9	core.ac.uk	< 1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.unica.edu.pe	< 1%
	Fuente de Internet	
11	pesquisa.bvsalud.org	



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA VACUNA CONTRA
SARS-COV-2, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ASOCIADOS A LA
VACUNACIÓN EN ADULTOS DE UN DISTRITO DE LIMA-PERÚ, 2024

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Floriano Infantes, Juan Carlos

Asesora:

Noriega Zapata, Erika Janeth

ORCID: 0000-0002-7769-1386

Jurado:

Soto Linares, Carlos

Jaimes Serkovic, Valentín Timoteo

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

Dedico este trabajo en memoria de mi madre y mi abuelo, cuyo amor y enseñanzas me guían desde siempre. A mi familia, por su apoyo incondicional en cada paso. A mis amigos, por su aliento y compañía durante esta travesía. Gracias por creer en mí.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia que fue el sostén y soporte en estos largos años de carrera, me dieron la confianza y apostaron en mi educación, en especial a mi madre y abuelo que hoy ya no están conmigo, La vida me regalo una hermosa niña, Helena esto va para ti hija, a mi novia por ser mi soporte en estos últimos años, tío Walter, mi hermano, mis primos esto va para ustedes.

ÍNDICE

Resumen	8
Abstract	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Descripción y formulación del problema	10
1.1.1 Descripción del problema.....	10
1.1.2 Formulación del problema	13
1.2 Antecedentes	13
1.2.1 Internacionales	13
1.2.2 Nacionales	14
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo General	15
1.3.2. Objetivos Específicos.....	16
1.4. Justificación	16
1.5. Hipótesis	19
II. MARCO TEORICO	20
2.1.Bases teóricas sobre el problema de investigación	20
III. MÉTODO	29
3.1. Tipo de investigación.....	29
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	29
3.3. Variables	29
3.4. Población y muestra	30
3.5 Instrumentos.....	31
3.6 Procedimientos	33
3.7. Análisis de datos	33
3.8. Consideraciones éticas	33

IV. RESULTADOS.....	35
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
VI. CONCLUSIONES.....	57
VII. RECOMENDACIONES	58
VIII. REFERENCIAS	59
IX. ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de conocimientos sobre la vacuna.....	35
Tabla 2 Relación entre factores sociodemográficos y nivel de conocimientos sobre la vacuna	36
Tabla 3 Relación entre factores asociados a la vacunación y el nivel de conocimientos sobre la vacuna	40
Tabla 4 Actitudes frente a la vacuna	42
Tabla 5 Relación entre factores sociodemográficos y actitudes frente a la vacuna	43
Tabla 6 Relación entre factores asociados a la vacunación y actitudes frente a la vacuna.....	47
Tabla 7 Relación entre nivel de conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra SARS- CoV-2.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de conocimientos sobre la vacuna	35
Figura 2 Edad y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna.....	37
Figura 3 Nivel de instrucción y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna .	38
Figura 4 Sexo y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna	38
Figura 5 Ocupación y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna.....	39
Figura 6 Estado de vacunación y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna	41
Figura 7 Fuentes de información y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna	42
Figura 8 Actitudes frente a la vacuna	43
Figura 9 Edad y su relación con las actitudes frente a la vacuna.....	44
Figura 10 Nivel de instrucción y su relación con las actitudes frente a la vacuna	45
Figura 11 Sexo y su relación con las actitudes frente a la vacuna.....	46
Figura 12 Ocupación y su relación con las actitudes frente a la vacuna	46
Figura 13 Estado de vacunación y su relación con las actitudes frente a la vacuna	49
Figura 14 Fuente de información y su relación con las actitudes frente a la vacuna.....	49
Figura 15 Relación entre nivel de conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra SARS- CoV-2.....	51

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. **Método:** Estudio cuantitativo, analítico-correlacional, de diseño transversal. Se aplicó un cuestionario estructurado a 120 adultos residentes en San Juan de Lurigancho, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales para identificar asociaciones significativas ($p < 0.05$). **Resultados:** El 43.3% de los participantes presentó un nivel bajo de conocimientos sobre la vacuna, mientras que el 40.8% tuvo un nivel alto. Se encontró que el estado de vacunación se asoció significativamente con el nivel de conocimientos ($p = 0.000$), mientras que las fuentes de información no mostraron relación significativa ($p = 0.133$). Respecto a las actitudes, el 49.2% de los participantes tuvo una actitud negativa frente a la vacuna. No se halló asociación significativa entre los factores sociodemográficos ni el estado de vacunación con la actitud hacia la vacuna ($p > 0.05$). Sin embargo, el nivel de conocimientos sí presentó una relación significativa con la actitud frente a la vacunación ($p = 0.000$). **Conclusiones:** Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud frente a la vacunación.

Palabras clave: Pandemias, inmunización, educación en salud

ABSTRACT

Objective To determine the relationship between the level of knowledge and attitudes toward the SARS-CoV-2 vaccine, according to sociodemographic factors and vaccination-related aspects in adults from a district in Lima, Peru, 2024. **Method:** A quantitative, analytical-correlational, cross-sectional study. A structured questionnaire was applied to 120 adults from San Juan de Lurigancho, selected through non-probabilistic convenience sampling. Descriptive and inferential analyses were conducted to identify significant associations ($p < 0.05$). **Results:** 43.3% of participants had a low level of knowledge, while 40.8% had a high level. Vaccination status was significantly associated with knowledge level ($p = 0.000$), whereas information sources showed no significant relationship ($p = 0.133$). Regarding attitudes, 49.2% of participants exhibited a negative attitude toward the vaccine. No significant association was found between sociodemographic factors or vaccination status and attitude ($p > 0.05$). However, knowledge level was significantly related to attitude toward vaccination ($p = 0.000$). **Conclusions.** There is a significant relationship between knowledge level and attitude toward vaccination.

Keywords: Pandemics, Immunization, Health Education.

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha resaltado la importancia de la vacunación como medida esencial para controlar la propagación del SARS-CoV-2. En este contexto, el nivel de conocimientos y las actitudes de la población hacia la vacuna desempeñan un papel crucial en la aceptación y cobertura de la inmunización. Diversos factores sociodemográficos, como la edad, el género, el nivel educativo y la situación económica, pueden influir en la percepción y disposición de los individuos hacia la vacunación. Comprender estas variables es fundamental para diseñar estrategias efectivas que promuevan la vacunación y, por ende, la salud pública en comunidades específicas, como los distritos de Lima, Perú.

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción del problema

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, que pertenece a la familia de los coronavirus. Este virus fue identificado por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China, y rápidamente se propagó globalmente, generando una crisis sanitaria mundial. El COVID-19 afecta principalmente al sistema respiratorio y se transmite principalmente por gotículas respiratorias y contacto cercano (González et al., 2023).

Una vacuna es una preparación biológica destinada para inducir una respuesta inmune en el organismo, mediante la administración de un agente patógeno atenuado o inactivado, o fragmentos de este. El objetivo es permitir al sistema inmunológico reconocer y defenderse de una futura infección. Las vacunas contra el COVID-19 han sido desarrolladas para proteger contra el virus SARS-CoV-2, previniendo formas graves de la enfermedad (Pérez y Rodríguez, 2022).

A nivel global, más de 600 millones de casos se han confirmados y millones de muertes se han reportado. Para mitigar la propagación del virus, la comunidad internacional desarrolló

vacunas en tiempo récord. Los programas de vacunación masiva se implementaron en casi todos los países, logrando una disminución significativa de las tasas de mortalidad y complicaciones graves (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Sin embargo, la distribución y aceptación de la vacuna ha sido desigual, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Para mediados de 2023, aproximadamente el 72% de la población mundial había recibido al menos una inmunización contra el virus, mientras que el 67% había completado el esquema completo de vacunación. Sin embargo, la distribución no ha sido uniforme, con países de ingresos bajos y medios enfrentando desafíos en el acceso a las vacunas (OMS,2023).

En América Latina, los esfuerzos por vacunar a la población han sido desiguales, con algunas naciones logrando altos niveles de inmunización y otras enfrentando obstáculos significativos, como la desinformación y problemas logísticos. Para el 2023, el 85% de la población latinoamericana había recibido al menos una dosis de la vacuna. Sin embargo, las tasas de vacunación completas varían significativamente entre países. En países como Chile, Uruguay y Argentina, más del 90% de la población ha sido vacunada con al menos una dosis, mientras que en Venezuela y Bolivia, las tasas de vacunación son más bajas, con algunos países alcanzando solo alrededor del 60-70% de cobertura total (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En Perú, la campaña de vacunación contra el COVID-19 comenzó en 2021, y el país ha logrado vacunar a un porcentaje considerable de su población, aunque persisten disparidades regionales. La aceptación de la vacuna ha variado significativamente entre los diferentes grupos socioeconómicos y entre zonas urbanas y rurales. A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2023), el país ha enfrentado desafíos en términos de desinformación, especulación sobre los efectos adversos de las vacunas, y una notable resistencia por parte de ciertos sectores de la población.

Se reportó que, para finales de 2023, aproximadamente el 95% de la población elegible había recibido al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19. Sin embargo, solo alrededor del 75% de la población había completado el esquema completo de vacunación (MINSA, 2023).

El conocimiento sobre las inmunizaciones se refiere a la comprensión general de la población sobre su funcionamiento, beneficios, y efectos secundarios. Diversos estudios han señalado que existe una correlación entre un mayor nivel de educación y mayor conocimiento sobre la vacuna, lo que a su vez influye en las actitudes y decisiones de vacunación (González et al., 2023). Sin embargo, la información incorrecta o incompleta sigue siendo un desafío importante en la educación pública.

Las actitudes hacia las vacunas son las disposiciones favorables o desfavorables que las personas tienen respecto a la vacunación, que pueden influir en la decisión de vacunarse o no. Estas actitudes son el resultado de una interacción compleja de factores, incluyendo la confianza en las autoridades sanitarias, creencias culturales y percepciones sobre los riesgos y beneficios de la vacunación (Pérez y Rodríguez, 2022). Las actitudes también se ven afectadas por el entorno social y la influencia de los medios de comunicación, que pueden reforzar o disminuir la confianza en las vacunas.

Los adultos del distrito de San Juan de Lurigancho conforman una población diversa en términos de nivel educativo, acceso a la información y percepciones sobre la salud. Este distrito, el más poblado de Lima, fue duramente golpeado por la pandemia de COVID-19, enfrentando altos índices de contagio, saturación del sistema de salud y dificultades en la implementación de medidas de prevención. A pesar de los esfuerzos en las campañas de vacunación, la desinformación, la desconfianza en el sistema de salud, creencias socioculturales y experiencias previas con la enfermedad, influyen negativamente en la aceptación de recibir la inmunización. Evaluar la relación entre los conocimientos y las

actitudes de esta población es esencial para identificar barreras y desarrollar estrategias que fomenten una mayor cobertura de vacunación.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024??

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

Peralta y Torres (2022) llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal utilizando datos del International Citizen Project COVID-19. El 54.8% de los participantes tenía bajos conocimientos sobre la vacuna, el 57.2% presentaron buenas actitudes y el 59.5% tenían malas prácticas. Se observó que el género femenino, el nivel socioeconómico bajo y la residencia en áreas rurales estaban asociados con mejores actitudes y prácticas hacia la vacuna. Se halló que el género, la edad, el nivel de educación, el nivel socioeconómico y el área de residencia mostraron una relación estadísticamente significativa con las actitudes hacia la vacuna contra COVID-19 ($p < 0,05$). Además, el género y el área de residencia fueron variables significativamente asociadas con las prácticas sobre la vacuna ($p < 0,05$).

Díaz et al. (2022) revisaron 40 estudios sobre la vacunación contra el COVID-19, encontrando predominio femenino (33,6%-100%), con participantes de 18 a 55 años y educación universitaria (29,2%-92,2%). Entre el 41% y 95% ya estaban vacunados, y hasta el 95% sabía que dos dosis eran efectivas. Aunque entre el 52,2% y 70% sentían miedo o desconfianza, hasta el 80,5% consideraba la inmunización masiva como la mejor estrategia, y el 88,4% esperaba recibir la vacuna.

Elgendy y Abdelrahim (2021) encuestaron a 871 personas en Egipto, hallando que el 81% mantenía medidas de protección, el 88% aceptaba vacunarse y el 94% sabía que la

inmunidad duraba de 6 a 12 meses. Además, el 91,9% veía la infección activa como una contraindicación. En general, mostraron buen conocimiento y actitud positiva hacia la vacunación.

Ochoa (2023) realizó un estudio observacional y transversal en Colombia, encontrando un conocimiento promedio sobre vacunación de 5,9/10 (DE 1,9). El 93,7% de las participantes consideró esencial la vacunación. Un mayor conocimiento se asoció con edades entre 26-30 años ($p=0,011$) y niveles educativos básicos, medios o superiores ($p=0,002$).

1.2.2 Nacionales

López (2023) realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional y transversal que incluyó a 215 participantes adultos. El 63.72% tenía un nivel bueno de conocimiento general sobre el COVID-19 y el 59.53% presentó un nivel bueno de conocimiento sobre la inmunización. En cuanto a la actitud, el 66.51% mostró actitudes adecuadas frente a la vacunación. Además, se identificó una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a la vacuna ($p < 0.05$).

Aguilar et al. (2022) llevaron a cabo un estudio no experimental, enfoque cuantitativo, corte transversal y nivel correlacional. El 88% de la población presentó un buen nivel de conocimientos sobre la vacuna, y el 91% tuvo una actitud adecuada hacia la vacunación. Se concluyó que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna ($p < 0,05$), siendo el conocimiento un factor de protección para una actitud adecuada (OR: 0,43).

Caselima y Pozo (2023) llevaron a cabo un estudio observacional, con enfoque cuantitativo, y un alcance correlacional. El 69% mostró un nivel alto de conocimientos sobre la vacunación, mientras que el 45.6% mostró actitudes indiferentes hacia el tema. Asimismo, se identificó una correlación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes ($p < 0.001$). Este estudio enfatizó la importancia de estrategias educativas y de concienciación para

mejorar la aceptación de las vacunas en comunidades rurales.

De La Cruz y Quijada (2022) realizaron un estudio correlacional, incluyó a 355 participantes. La edad promedio de los participantes fue de 32.7 años. La mayoría eran mujeres (56.1%), casados (61.4%) y tenían educación secundaria (47.6%). Los resultados indicaron que el 23.4% de los encuestados tenía un nivel bajo de conocimiento sobre la vacuna, mientras que el 74.6% tenía un nivel medio y solo un 2% alcanzó un nivel alto. Además, el 74.4% mostró una actitud inadecuada hacia la vacunación. Se concluyó que existía una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a la vacunación ($p < 0.05$).

Flores y Chumacero (2022) realizaron un estudio con enfoque cuantitativo y diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 384 personas mayores de edad, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados revelaron que el 74% de los participantes presentó un nivel bueno de conocimiento sobre los conceptos básicos de la vacuna y el 82.6% tuvo una disposición cognitiva favorable hacia la vacunación. Además, el nivel de conocimiento se asoció significativamente con una actitud positiva hacia la vacunación ($p < 0.01$).

Piscoche (2021) realizó un estudio correlacional y enfoque cuantitativo. La muestra fue de 134 participantes de 18 a 80 años, quienes completaron un cuestionario. Los resultados mostraron que el 93.28% de los encuestados sabía que la inmunidad se logra después de la segunda dosis y el 92.54% reconoció la necesidad de mantener medidas preventivas post-vacunación. Además, el conocimiento sobre las vacunas se asoció significativamente con la actitud hacia su aceptación ($p < 0.05$).

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo General*

- Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la

vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.
- Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.
- Determinar la relación entre los factores asociados a la vacunación y el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.
- Identificar las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.
- Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.
- Determinar la relación entre los factores asociados a la vacunación y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación teórica

La vacunación es una de las estrategias más eficaces para el control de la pandemia, ya que permite reducir la morbimortalidad y limitar la transmisión del virus. Sin embargo, su éxito no solo depende de la disponibilidad de las vacunas, sino también del nivel de conocimientos

y las actitudes de la población frente a la inmunización. En distritos como San Juan de Lurigancho, que ha sido uno de los más afectados por la pandemia en Lima, la percepción de la vacuna puede estar influenciada por diversos factores, como el acceso a información confiable, la desinformación, la confianza en el sistema de salud y las experiencias previas con la enfermedad.

Diversos estudios han señalado que el conocimiento sobre la vacunación no es homogéneo en la población y puede verse afectado por variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel educativo (Díaz et al., 2022). En Perú, se ha identificado que la desinformación y la percepción del riesgo son determinantes clave en la aceptación de la vacuna, influyendo en la decisión de vacunarse o no. Además, se ha observado que los adultos jóvenes tienden a presentar una mayor aceptación y conocimiento sobre la vacunación en comparación con los adultos mayores, mientras que las mujeres, aunque más informadas, suelen manifestar mayores preocupaciones sobre los posibles efectos adversos. (Ramos et al., 2022; González et al., 2023)

1.4.2. Justificación práctica

El nivel de conocimiento y las actitudes de la población adulta de San Juan de Lurigancho hacia la vacuna contra el SARS-CoV-2 tienen una gran importancia práctica, ya que la aceptación de la vacunación es un factor determinante en la efectividad de las estrategias de control de la pandemia. Dado que este distrito ha sido uno de los más afectados por el COVID-19 en Lima, comprender los factores que influyen en la decisión de vacunarse permitirá identificar barreras y diseñar intervenciones más eficaces para mejorar la cobertura vacunal.

A nivel práctico, los resultados de este estudio permitirán caracterizar no solo el conocimiento y las actitudes frente a la vacunación según variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el nivel de instrucción y la ocupación, sino también analizar factores

directamente asociados a la vacunación, como el estado de vacunación y las fuentes de información utilizadas por la población. La identificación de estas variables es clave para entender qué sectores de la población presentan mayores niveles de desinformación o reticencia, lo que permitirá orientar estrategias educativas y comunicacionales más efectivas.

Además, la información obtenida podrá contribuir a fortalecer las campañas de sensibilización y educación en salud dirigidas a la población adulta, promoviendo una difusión de información basada en evidencia científica y combatiendo la desinformación que aún persiste en ciertos sectores. La identificación de brechas en el conocimiento y actitudes permitirá a las autoridades sanitarias y a los profesionales de la salud diseñar intervenciones adaptadas a las características específicas de la comunidad, maximizando su impacto.

Por otro lado, este estudio tiene implicaciones significativas para la salud pública, ya que proporcionará información clave sobre la percepción de la vacuna en un distrito con alta densidad poblacional y un acceso variable a los servicios de salud. Esto permitirá el diseño de políticas públicas más inclusivas y ajustadas a las necesidades específicas de la población, optimizando los esfuerzos de vacunación y promoviendo una mayor confianza en las instituciones sanitarias.

1.4.3. Justificación metodología

La metodología seleccionada para este estudio se basa en un diseño descriptivo-correlacional, adecuado para examinar las relaciones entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. Este enfoque permite no solo identificar el nivel de conocimientos y actitudes de la población, sino también explorar las posibles asociaciones con factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el nivel de instrucción y la ocupación, así como con factores asociados a la vacunación, como el estado de vacunación y las fuentes de información utilizadas.

Para la recolección de datos, se empleará un cuestionario estructurado, lo que permitirá obtener información de manera sistemática, garantizando datos precisos y comparables sobre los conocimientos y las actitudes de los participantes. El uso de cuestionarios en investigaciones de salud es ampliamente reconocido por su validez y confiabilidad, especialmente cuando se busca evaluar el nivel de información y las percepciones en una comunidad específica.

Además, este método facilitará la recopilación de datos cuantitativos, lo que permitirá la aplicación de análisis estadísticos para identificar correlaciones significativas entre las variables de estudio.

1.5. Hipótesis

- H1: Existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.
- H0: No existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el problema de investigación

Según Bloom (1956) el nivel de conocimiento se refiere a la capacidad para recordar hechos y conceptos. Es la base de los niveles superiores del pensamiento, según la taxonomía de Bloom, definiéndolo como la habilidad para recordar y reproducir información aprendida.

Según Anderson y Krathwohl (2001), el nivel de conocimiento implica la comprensión y retención de información que va más allá de la simple memorización. En su revisión de la taxonomía de Bloom, lo definen como la habilidad para recordar y comprender conceptos, y aplicarlos de manera efectiva.

Según Novak (1998) define el nivel de conocimiento como el entendimiento y la organización mental de conceptos, que se logra a través de la experiencia y el aprendizaje. A diferencia de la mera memorización, el conocimiento involucra la capacidad de integrar información en estructuras cognitivas más complejas.

2.1.1.1. Clasificación de los niveles de conocimiento según Bloom (1956). En la “Taxonomía de objetivos educativos”, Bloom clasifica los niveles de conocimiento en 6 categorías jerárquicas, que van desde el conocimiento más básico hasta el más complejo:

- a. **Conocimiento.** Recordar hechos, términos, conceptos.
- b. **Comprensión.** Entender el significado de lo aprendido.
- c. **Aplicación.** Usar lo aprendido en nuevas situaciones.
- d. **Análisis.** Descomponer la información en partes para entender las relaciones.
- e. **Síntesis.** Combinar elementos para formar una estructura nueva.
- f. **Evaluación.** Juzgar el valor de las ideas, métodos, etc.

2.1.1.2. Clasificación de los niveles de conocimiento según Anderson y Krathwohl (2001). Anderson y Krathwohl revisaron la taxonomía de Bloom y propusieron una versión revisada con dos dimensiones principales: el tipo de conocimiento (declarativo,

procedimental, metacognitivo) y el proceso cognitivo (recordar, comprender, aplicar, analizar, evaluar, crear).

- a. ***Conocimiento declarativo.*** Hechos, conceptos, principios.
- b. ***Conocimiento procedimental.*** Métodos, técnicas, habilidades.
- c. ***Conocimiento metacognitivo.*** Conciencia y control sobre los propios procesos

cognitivos.

2.1.1.3. Clasificación de los niveles de conocimiento según Merrill (2002).

David Merrill propone un enfoque centrado en el conocimiento de cómo realizar tareas en lugar de solo aprender contenido. Según él, los niveles de conocimiento se dividen en las siguientes categorías:

- a. ***Conocimiento declarativo.*** Hechos y principios.
- b. ***Conocimiento procedimental.*** Métodos para realizar tareas.
- c. ***Conocimiento condicional.*** Saber cuándo y por qué usar el conocimiento

declarativo o procedimental.

2.1.1.4. Clasificación de los niveles de conocimiento según Novak (1998).

Novak, conocido por su trabajo con mapas conceptuales, ve el conocimiento como un proceso de aprendizaje significativo en el cual las ideas se relacionan de manera jerárquica. Según Novak, el nivel de conocimiento se divide en:

- a. ***Conocimiento factual.*** Hechos y datos que no requieren interpretación.
- b. ***Conocimiento conceptual.*** Relación entre conceptos para formar teorías o principios.
- c. ***Conocimiento procedimental.*** Saberes sobre cómo hacer algo.
- d. ***Conocimiento metacognitivo.*** Reflexión sobre los propios procesos de

pensamiento y aprendizaje.

2.1.1.5. Clasificación de los niveles de conocimiento según Biggs (2003).

John Biggs introduce el concepto de "niveles de conocimiento" en su enfoque constructivista del aprendizaje, y clasifica el conocimiento en tres niveles:

- a. *Nivel de conocimiento repetitivo.* Recordar información sin comprenderla.
- b. *Nivel de conocimiento interpretativo.* Comprender y aplicar la información en nuevos contextos.
- c. *Nivel de conocimiento transformativo.* Crear nuevo conocimiento aplicando habilidades cognitivas superiores.

2.2. COVID-19

2.2.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, un virus que puede causar desde síntomas leves, como fiebre y tos, hasta cuadros graves como neumonía y síndrome de dificultad respiratoria aguda, y en algunos casos puede llevar a la muerte.

Según el Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2020) es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa que se transmite principalmente a través de gotas respiratorias cuando una persona infectada tose, estornuda o habla. El virus SARS-CoV-2 es el agente causante de la enfermedad y ha llevado a una crisis sanitaria global.

Según Huang et al. (2020) es una infección respiratoria causada por un nuevo coronavirus identificado inicialmente en Wuhan, China, en diciembre de 2019. Esta enfermedad se caracteriza por su alta tasa de transmisión y su capacidad para inducir síntomas respiratorios graves en una proporción significativa de personas infectadas. Es una enfermedad que se presenta inicialmente con síntomas similares a los de una gripe común, pero puede evolucionar rápidamente hacia complicaciones graves, como neumonía y fallos multiorgánicos, especialmente en personas mayores y aquellas con condiciones preexistentes.

2.2.2. Historia y desarrollo de la pandemia

El COVID-19 es causado por el virus SARS-CoV-2, un nuevo coronavirus identificado por primera vez en Wuhan, China, a finales de diciembre de 2019. Según Huang et al. (2020) el primer brote del virus se originó en un mercado de mariscos de la zona señalada. Los primeros casos fueron reportados por las autoridades chinas como una serie de neumonías atípicas de origen desconocido, aunque posteriormente se identificó que el patógeno causante era un coronavirus, similar al SARS-CoV-1, que había causado una epidemia en 2002-2003.

La pandemia se expandió rápidamente a nivel global, con la OMS declarando el brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020. En marzo de 2020, la OMS lo calificó oficialmente como una pandemia, ya que el virus se había diseminado a múltiples países y continentes, afectando a millones de personas y alterando las estructuras sociales, económicas y políticas del mundo.

En diciembre de 2020, las primeras vacunas contra el COVID-19, desarrolladas a gran velocidad, fueron aprobadas para su distribución. A pesar de los avances en las campañas de vacunación, el COVID-19 continuó afectando a la población mundial, con variantes del virus, como la delta y ómicron, que mostraron mayor transmisibilidad y, en algunos casos, resistencia parcial a las vacunas. (Paltiel et al., 2020)

El desarrollo de tratamientos médicos y estrategias de prevención, como el uso de mascarillas, el distanciamiento social y las restricciones de viaje, fueron fundamentales en los esfuerzos para contener el virus. A pesar de los desafíos, el COVID-19 aceleró innovaciones tecnológicas, incluidas las plataformas de vacunación de ARN mensajero. (Huang et al., 2020)

2.2.3. Vacuna contra el COVID-19

2.2.3.1. Definición. Según Rappuoli et al. (2016) las vacunas son preparaciones biológicas que ayudan a prevenir enfermedades infecciosas, generando inmunidad activa en el organismo. Estas pueden ser desarrolladas utilizando diversas plataformas tecnológicas, como

virus atenuados, proteínas recombinantes, o ADN y ARN, con el fin de promover una respuesta inmune específica.

Según Fauci et al. (2020) las vacunas son agentes biológicos que contienen antígenos que simulan una infección sin causar la enfermedad. Al hacer esto, las vacunas inducen una memoria inmunológica que permite al cuerpo responder de manera rápida y eficaz a una exposición futura al patógeno.

Según la OMS (2020) se definen como productos biológicos que estimulan el sistema inmunitario para producir una respuesta protectora frente a enfermedades específicas. Al introducir una pequeña cantidad de un agente patógeno inactivado o atenuado, la vacuna induce una memoria inmunológica, protegiendo al organismo frente a futuras infecciones.

La vacuna contra el COVID-19 para la OMS (2020) es una herramienta de prevención diseñada para inducir inmunidad frente al SARS-CoV-2, el virus responsable del COVID-19 ya que, por medio de estas, se estimula al sistema inmunológico para reconocer y combatir dicho patógeno, reduciendo así la probabilidad de infección, síntomas graves, hospitalización y muerte.

2.2.3.2. Clasificación. Según Callaway (2020) se pueden clasificar las vacunas contra el COVID-19 según las plataformas utilizadas para su desarrollo y las diferentes estrategias tecnológicas.

a. Vacunas de ARN mensajero (ARNm). En este grupo se incluyen las vacunas de Pfizer-BioNTech y Moderna. Utilizan ARNm sintético para proporcionar instrucciones al cuerpo para producir una proteína viral y desencadenar una respuesta inmune.

b. Vacunas de vectores virales. Estas vacunas usan un virus (como el adenovirus) para transportar material genético del SARS-CoV-2 e inducir una respuesta inmune. Ejemplos incluyen la vacuna de Oxford-AstraZeneca y la de Johnson & Johnson.

c. Vacunas de proteínas recombinantes. Este tipo de vacunas utiliza proteínas producidas en laboratorio a partir de genes del virus. Ejemplo: la vacuna de Novavax.

d. Vacunas inactivadas. Utilizan virus muertos o inactivados que no pueden causar la enfermedad, pero permiten al sistema inmunológico aprender a reconocer el virus. Ejemplo: Sinovac (CoronaVac).

Folegatti et al. (2020) en su estudio de la vacuna ChAdOx1 nCoV-19 de la Universidad de Oxford, agrupan las vacunas contra el COVID-19 en las siguientes categorías tomando en cuenta la estrategia de inmunización:

a. Vacunas de ARN mensajero (ARNm). Ejemplos de vacunas que pertenecen a esta categoría son Pfizer-BioNTech y Moderna.

b. Vacunas de vectores virales. Utilizan adenovirus modificados como vectores para entregar material genético del SARS-CoV-2. Ejemplos: Oxford-AstraZeneca y Johnson & Johnson.

c. Vacunas inactivadas y de subunidades. Estas vacunas contienen virus muertos o proteínas virales para inducir una respuesta inmune. Ejemplo: Sinovac (CoronaVac).

2.2.3.3. Importancia de las vacunas. La inmunización es una de las intervenciones más efectivas en la salud pública para prevenir enfermedades infecciosas.

La OMS destaca que la inmunización es crucial para la protección individual y colectiva frente a enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas. Anualmente se prevén aproximadamente 2-3 millones de muertes al año, demostrando así que son esenciales para reducir la propagación de enfermedades y proteger a las poblaciones vulnerables.

Según Salmon et al. (2015) subrayan que la inmunización tiene un impacto económico positivo, ya que previene las enfermedades infecciosas que podrían generar costos de tratamiento y hospitalización.

Según Rappuoli et al. (2016) la inmunización es uno de los logros más grandes de la

salud pública moderna, ya que ha sido responsable de la erradicación de enfermedades como la viruela y la reducción significativa de la polio y el sarampión. Además, destacan que la inmunización es fundamental para prevenir enfermedades emergentes y para combatir epidemias de rápida propagación.

Según Slaoui y Hepburn (2020) la inmunización es fundamental no solo en la prevención de enfermedades ya conocidas, sino también en la preparación frente a futuras pandemias. Las vacunas, particularmente las innovadoras como las de ARN mensajero, son esenciales para una respuesta rápida y eficaz ante nuevas amenazas infecciosas.

2.2.3.4. Rechazo ante la inmunización contra el COVID-19. Se presentan algunas perspectivas sobre el rechazo a la inmunización contra el COVID-19.

El Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE) de la OMS señala que el rechazo a las vacunas contra el COVID-19 puede estar influenciado por una combinación de desinformación, desconfianza en las autoridades sanitarias y temores sobre la seguridad de las vacunas.

Paul et al. (2020) sostienen que uno de los principales factores que contribuyen al rechazo de las vacunas contra el COVID-19 es la preocupación por los efectos secundarios. Aunque las vacunas han demostrado ser seguras y efectivas, algunos individuos temen que los efectos a largo plazo no sean bien comprendidos debido a la rapidez con la que se desarrollaron las vacunas.

Larson et al. (2020) explican que el rechazo a las vacunas contra el COVID-19 se debe en parte a la falta de confianza en las autoridades y los fabricantes de vacunas. Además, argumentan que las percepciones de desigualdad y discriminación en los sistemas de salud pueden agravar el rechazo, especialmente entre grupos marginados.

2.3. Actitudes

2.3.1. Definición

Wilson et al. (2000) definen las actitudes como “respuestas evaluativas hacia objetos, personas, y situaciones, que son construidas a través de la experiencia y la reflexión”. Ellos argumentan que las actitudes pueden ser formadas por la cognición y el sentimiento, pero que la introspección o el análisis consciente no siempre refleja las verdaderas razones detrás de las actitudes de las personas.

Maio y Haddock (2010) describen las actitudes como “estructuras psicológicas duraderas que representan la evaluación de un objeto o situación y que influyen en la forma en que las personas responden a esos objetos o situaciones”. Su enfoque se centra en cómo las actitudes influyen en las respuestas conductuales y cómo las personas justifican sus actitudes a través de creencias, valores y emociones.

Crano y Prislin (2006) definen las actitudes como “evaluaciones favorables o desfavorables hacia un objeto, persona, grupo o evento que influyen en las conductas y decisiones”. Este enfoque destaca la relación directa entre las actitudes y las decisiones o comportamientos que una persona adopta, y cómo estas evaluaciones afectan las interacciones sociales y el juicio.

2.3.2. Factores que influyen

2.3.2.1. Factores cognitivos. Según Eagly y Chaiken (1993) los factores cognitivos son fundamentales en la formación de las actitudes. Las personas desarrollan actitudes a partir de la información que poseen sobre un objeto o evento, y estas actitudes están influenciadas por la evaluación cognitiva que hacen de esa información. Además, las creencias y evaluaciones sobre las consecuencias de un comportamiento pueden modelar las actitudes hacia ese comportamiento.

2.3.2.2. Factores sociales. Cialdini (2001) destaca que los factores sociales juegan un papel crucial en la formación de las actitudes. Las influencias de las normas sociales, el conformismo y la presión grupal son determinantes importantes para el cambio de actitudes.

Las personas tienden a adoptar las actitudes prevalentes en su grupo social para ser aceptadas y evitar el rechazo social.

2.3.2.3. Factores emocionales. Fazio y Towles-Schwen (1999) argumentan que las emociones son factores clave en la formación y cambio de actitudes. Las emociones positivas o negativas asociadas con un objeto de actitud pueden tener un impacto duradero en la evaluación de ese objeto. Este modelo sugiere que las emociones pueden ser responsables de una actitud favorable o desfavorable sin un procesamiento cognitivo profundo.

2.3.2.4. Factores contextuales. Gawronski y Bodenhausen (2006) subrayan que los factores contextuales pueden influir en la formación y modificación de las actitudes. Estos incluyen el entorno social, las circunstancias de tiempo y lugar, así como las experiencias personales previas. Los contextos específicos en los que se encuentran las personas pueden influir en sus actitudes, especialmente cuando las actitudes son evaluadas bajo ciertas condiciones sociales o políticas.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

- **Enfoque:** El estudio tiene un **enfoque cuantitativo**, ya que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos obtenidos a partir de encuestas estructuradas. Esto permite medir la frecuencia y asociación de variables mediante pruebas estadísticas.

- **Método;** Se trata de un **estudio no experimental**, porque no se manipulan variables, sino que se analizan los datos tal como son reportados por los participantes.

- **Diseño:** El estudio es **descriptivo-correlacional**. Es descriptivo porque permite caracterizar el nivel de conocimientos y las actitudes de la población frente a la vacuna contra SARS-CoV-2. A su vez, es correlacional, ya que analiza la relación entre estos conocimientos y actitudes con factores sociodemográficos, sin establecer causalidad.

- **Corte:** El estudio tiene un corte transversal, pues los datos se recopilarán en un único momento del tiempo, sin realizar seguimiento a los participantes.

3.2. Ámbito temporal y espacial

3.2.1. *Ámbito espacial*

El estudio se realizó en adultos residentes en el distrito de San Juan de Lurigancho (Lima, Perú), específicamente en el Asentamiento Humano El Trébol

3.2.1. *Ámbito temporal*

Se realizó durante los meses de noviembre a diciembre del año 2024.

3.3. Variables

3.3.1. *Variables principales*

- Variable independiente (VI): Nivel de conocimiento sobre la vacuna contra SARS-CoV-2.

- Variable dependiente (VD): Actitud frente a la vacuna contra SARS-CoV-2.

3.3.2. *Variables intervinientes*

Factores sociodemográficos

- Edad
- Nivel de instrucción
- Sexo
- Ocupación

Factores asociados a la vacunación

- Estado de vacunación
- Fuentes de información

3.3.2. Operacionalización de variables

Cuadro de operacionalización de variables (Anexo C)

3.4. Población y muestra

3.4.1 Población

La población del estudio está conformada por adultos residentes en el Asentamiento Humano El Trébol, del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima-Perú, con una población aproximada de 350 personas.

3.4.2. Muestra

Para la determinación de la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$\text{Donde: } n = \frac{NZ^2P(1-P)}{(N-1)E^2 + Z^2P(1-P)}$$

- **N** (Población): 350
- **P** (Proporción esperada): 0.50
- **Z** (Nivel de confianza del 95%): 1.96
- **E** (Margen de error del 5%): 0.05

Por lo tanto, la muestra mínima para este estudio es de 120 personas.

Técnicas de Muestreo

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo aleatorio simple, asegurando que todos los individuos de la población tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados.

3.4.1.1. Criterios de inclusión

- Ser adulto residente en San Juan de Lurigancho, específicamente en la urbanización AA.HH El trébol, durante el año 2024.
- Tener 18 años o más.
- Estar dispuesto a participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.
- Tener acceso y disponibilidad para completar el cuestionario sobre conocimiento y actitud frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2.

3.4.1.2. Criterios de exclusión

- Personas que no residan en San Juan de Lurigancho o que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Aquellos que no deseen participar o que no firmen el consentimiento informado.
- Personas con condiciones médicas o limitaciones cognitivas que les impidan responder adecuadamente el cuestionario (por ejemplo, problemas de comprensión o dificultades que afecten su participación).

3.5 Instrumentos

Técnica Utilizada: Se empleó la técnica de encuesta estructurada mediante un cuestionario. Este instrumento se basó en el estudio de Caselima y Pozo (2022), utilizado para evaluar las actitudes y conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2. El cuestionario fue aplicado a la población adulta de San Juan de Lurigancho, específicamente en el AA. HH El trébol, con el objetivo de medir el nivel de conocimiento y la actitud frente a la vacunación en este grupo poblacional.

Instrumento: está compuesto por tres secciones:

✚ **Factores sociodemográficos y asociados a la vacunación**

✚ **Sección de nivel de conocimientos:** Se aborda el nivel de conocimiento sobre temas específicos relacionados con el COVID-19, su vacuna, y las prácticas de vacunación. 11 ítems que abarcan temas como el concepto de COVID-19, las vacunas, sus efectos y la autorización en Perú, con la posibilidad de obtener puntuaciones de conocimiento alto, medio o bajo.

Las preguntas se estructuran usando una escala dicotómica (respuestas “Sí/No” o “Verdadero/Falso”).

✚ **Sección de actitudes:** Se evalúan las actitudes frente a la vacunación, utilizando una escala de Likert para medir el grado de acuerdo con 10 afirmaciones sobre el COVID-19 y las vacunas, que abordan aspectos como: Necesidad y efectividad de la vacuna, aceptación de la vacuna y medidas preventivas y actitudes relacionadas con la responsabilidad social y el temor hacia las vacunas. 10 ítems que utilizan una escala de Likert para medir las actitudes de los internos respecto a la vacunación y las medidas preventivas.

Las respuestas son categorizadas en una escala de 5 puntos, desde “Totalmente en desacuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo”.

Escala de Baremos: Para la interpretación de los resultados en ambas secciones (conocimientos y actitudes), se utiliza una escala de baremos:

✚ **Conocimiento:** Se clasifica en Alto (8-11), Medio (4-7), y Bajo (0-3).

✚ **Actitudes:** Se clasifica en Positivo (38-50), Indiferente (24-37), y Negativo (10-23).

Validez y confiabilidad: La validez del instrumento fue determinada mediante juicio de expertos, obteniendo un coeficiente V de Aiken de 0.994 (99.4%), lo que indica una alta validez

La confiabilidad se evaluó mediante alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.89, lo que demuestra una excelente consistencia interna en la medición de conocimientos y actitudes sobre la vacunación contra el COVID-19.

3.6 Procedimientos

- Primero, se realizaron los trámites correspondientes para la aprobación del estudio, asegurando que cumpliera con los requisitos éticos y académicos establecidos. Este proceso fue fundamental para garantizar la validez y el rigor metodológico de la investigación.
- Luego, se inició la recolección de información. Para ello, se aplicó un cuestionario estructurado enfocado en los conocimientos y actitudes respecto a la inmunización contra el SARS-CoV-2, según el instrumento descrito.
- Finalmente, la información recopilada fue procesada mediante los programas estadísticos correspondientes, permitiendo realizar los análisis pertinentes

3.7. Análisis de datos

3.7.1. Estadística descriptiva

Los datos fueron registrados en Excel (Microsoft Office 365®) y procesados con IBM SPSS Statistics 27®, donde se elaboraron tablas de frecuencias absolutas y relativas, junto con sus porcentajes.

3.7.2. Estadística inferencial

Para el análisis inferencial, se aplicaron la prueba de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher para evaluar la relación entre las variables de forma individual, considerando significativo un valor $p < 0.05$.

3.8. Consideraciones éticas

El estudio se basó en los principios éticos de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y las Pautas Éticas Internacionales del CIOMS (2017), garantizando la protección de los participantes. Se obtuvo el consentimiento informado y se aseguraron tres

principios fundamentales: beneficencia, procurando beneficios sin causar daño; equidad, asegurando un análisis justo y transparente; y confidencialidad, protegiendo la información personal de los participantes.

IV. RESULTADOS

Este estudio evaluó el nivel de conocimientos y actitudes hacia la vacuna contra el SARS-CoV-2 en 120 adultos de un distrito de Lima, Perú, considerando factores sociodemográficos y de vacunación. Se analizaron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas) y la prueba de Chi-cuadrado y Exacta de Fisher para determinar asociaciones entre conocimientos, actitudes y dichos factores.

4.1. Análisis del nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2

Tabla 1

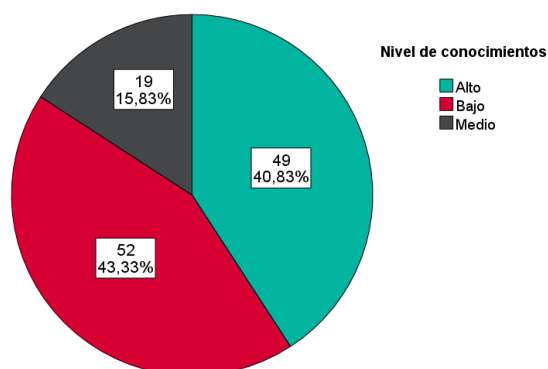
Nivel de conocimientos sobre la vacuna

Nivel de conocimientos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alto	49	40.8
Medio	19	15.8
Bajo	52	43.3
Total	120	100.0

Nota. Se observa que el 43.3% de los participantes presenta un nivel bajo de conocimientos sobre la vacuna, seguido de un 40.8% con un nivel alto de conocimientos. Por otro lado, un 15.8% de los encuestados tiene un nivel medio de conocimientos. Estos resultados sugieren que una proporción considerable de la población tiene un conocimiento insuficiente sobre la vacuna, lo que podría influir en su percepción y aceptación de la vacunación.

Figura 1

Nivel de conocimientos sobre la vacuna



Nota. Se observa que la mayor proporción de participantes (43.3%) presenta un nivel bajo de conocimientos sobre la vacuna, seguido por un 40.8% con nivel alto y un 15.8% con nivel medio. Esto indica que una parte significativa de la población tiene conocimientos limitados sobre la vacunación.

Tabla 2

Relación entre factores sociodemográficos y nivel de conocimientos sobre la vacuna

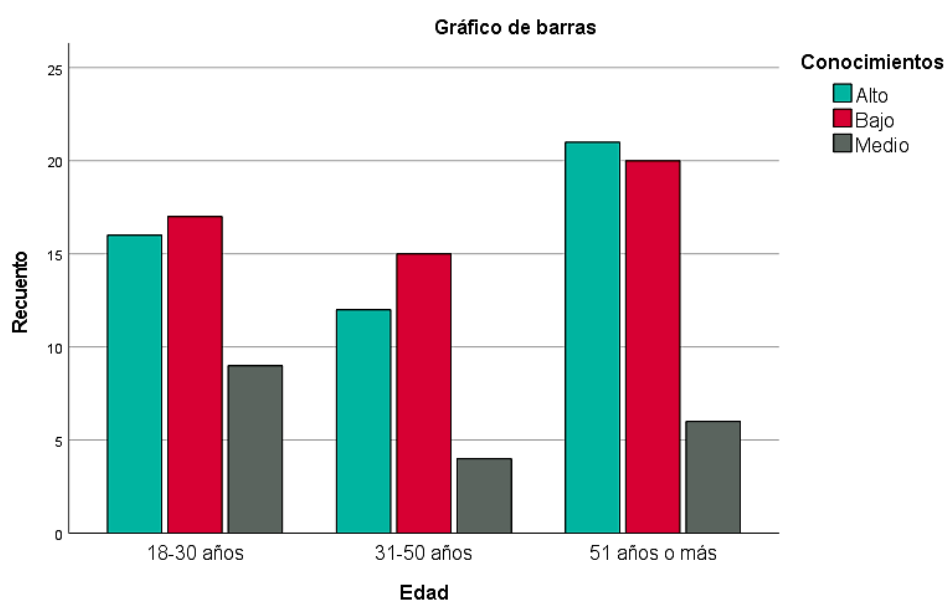
Factores sociodemográficos	Categoría	Nivel de conocimientos				Análisis inferencial	
		Alto (n %)	Medio (n %)	Bajo (n %)	Total (n %)	X ²	Valor p
Edad	18-30 años	16 (32.7%)	9 (47.4%)	17 (32.7%)	42 (35.0%)	1,828	,767
	31-50 años	12 (24.5%)	4 (21.1%)	15 (28.8%)	31 (25.8%)		
	51 años o más	21 (42.9%)	6 (31.6%)	20 (38.5%)	47 (39.2%)		
Nivel de instrucción	Primaria o menor	17 (34.7%)	6 (31.6%)	13 (25.0%)	36 (30.0%)	1,956	,744
	Secundaria completa	13 (26.5%)	6 (31.6%)	20 (38.5%)	39 (32.5%)		
	Educación superior	19 (38.8%)	7 (36.8%)	19 (36.5%)	45 (37.5%)		
Sexo	Femenino	26 (53.1%)	11 (57.9%)	25 (48.1%)	62 (51.7%)	,602	,740
	Masculino	23 (46.9%)	8 (42.1%)	27 (51.9%)	58 (48.3%)		
Ocupación	Desempleado	12 (24.5%)	6 (31.6%)	15 (28.8%)	33 (27.5%)	5,164	,523
	Estudiante	9 (18.4%)	5 (26.3%)	14 (26.9%)	28 (23.3%)		
	Trabajador dependiente	16 (32.7%)	3 (15.8%)	8 (15.4%)	27 (22.5%)		
	Trabajador independiente	12 (24.5%)	5 (26.3%)	15 (28.8%)	32 (26.7%)		
	Total	49 (100%)	19 (100%)	52 (100%)	120 (100%)		

Nota. En cuanto al análisis descriptivo, se observa que dentro del nivel alto de conocimientos, el grupo de 51 años o más presentó el mayor porcentaje (42.9%). En el nivel medio, el grupo de 18-30 años tuvo la mayor proporción (47.4%), mientras que en el nivel bajo, el grupo de 51 años o más mostró el porcentaje más alto (38.5%). Respecto al nivel de conocimientos según nivel de instrucción, los participantes con educación superior presentaron la mayor proporción

de conocimientos altos (38.8%). En el nivel medio, los de educación superior tuvieron el mayor porcentaje (36.8%), mientras que en el nivel bajo, los de secundaria completa destacaron con el mayor porcentaje (38.5%). En cuanto al sexo, dentro del nivel alto de conocimientos, el grupo femenino presentó el mayor porcentaje (53.1%). En el nivel medio, el grupo femenino también lideró (57.9%), mientras que en el nivel bajo, el grupo masculino tuvo la mayor proporción (51.9%). Por último, según la ocupación, dentro del nivel alto de conocimientos, los trabajadores dependientes presentaron el mayor porcentaje (32.7%). En el nivel medio, los desempleados destacaron con el mayor porcentaje (31.6%), mientras que en el nivel bajo, tanto los desempleados como los trabajadores independientes tuvieron la mayor proporción (28.8%). Respecto al análisis inferencial, se encontró que ninguna de las variables sociodemográficas mostró una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos sobre la vacuna, ya que todas las p-valores fueron mayores a 0.05. Esto indica que la edad, el nivel de instrucción, el sexo y la ocupación no están significativamente relacionados con el nivel de conocimientos en la población estudiada.

Figura 2

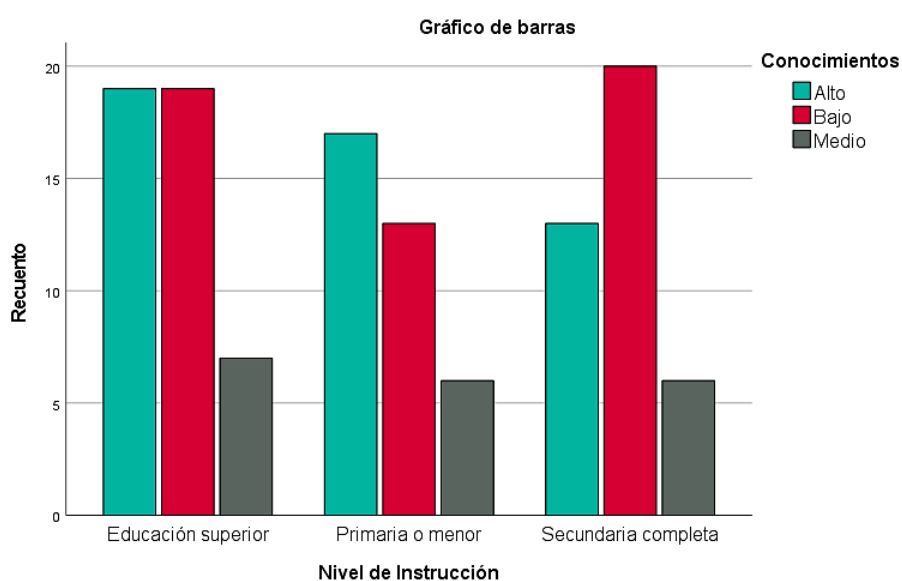
Edad y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna



Nota. Se observa que en el grupo de 51 años o más, la proporción de participantes con nivel alto de conocimientos sobre la vacuna es mayor en comparación con los otros grupos de edad, seguido de cerca por el nivel bajo en esta misma categoría. En los grupos de 18-30 años y 31-50 años, el nivel bajo de conocimientos es más frecuente, mientras que el nivel medio es el menos representado en todos los grupos de edad.

Figura 3

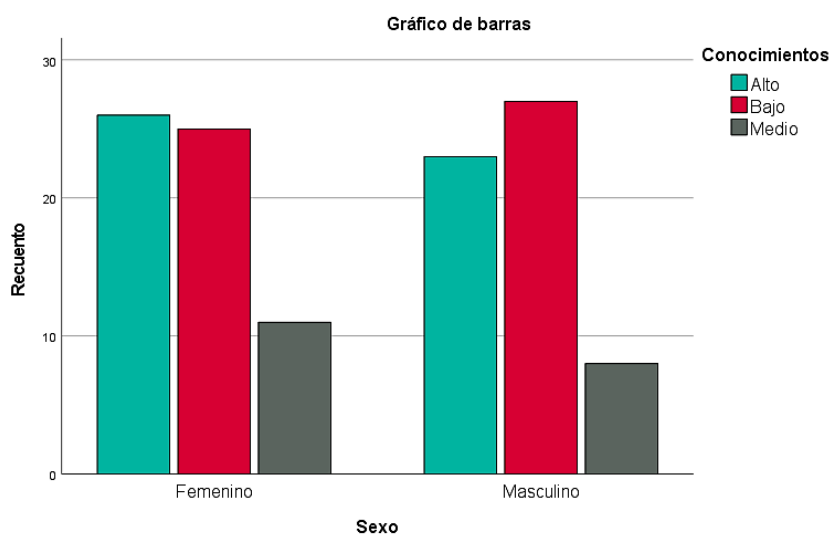
Nivel de instrucción y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna



Nota. Se observa que los participantes con educación superior presentan una mayor proporción de nivel alto de conocimientos sobre la vacuna en comparación con los otros grupos educativos. En contraste, aquellos con secundaria completa tienen el mayor porcentaje de nivel bajo de conocimientos.

Figura 4

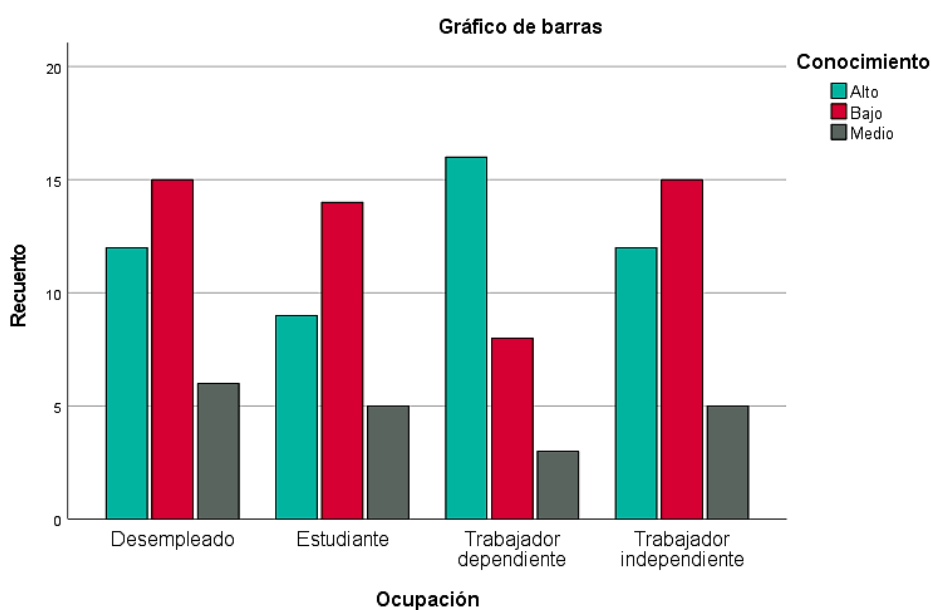
Sexo y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna



Nota. Se observa que en el grupo femenino, la proporción de nivel alto de conocimientos sobre la vacuna es ligeramente mayor en comparación con el grupo masculino. Sin embargo, en el nivel bajo de conocimientos, el grupo masculino presenta una mayor frecuencia. Estos resultados sugieren que no hay una diferencia marcada en el nivel de conocimientos entre hombres y mujeres.

Figura 5

Ocupación y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel alto de conocimientos, los trabajadores dependientes presentan la mayor proporción, seguidos de los trabajadores independientes y los desempleados. En cuanto al nivel bajo de conocimientos, los trabajadores independientes tienen el mayor porcentaje, seguidos de los desempleados y los estudiantes.

Tabla 3

Relación entre factores asociados a la vacunación y el nivel de conocimientos sobre la vacuna

Factores asociados a la vacunación	Categorías	Nivel de conocimientos				Análisis inferencial	
		Alto (n %)	Medio (n %)	Bajo (n %)	Total (n %)	X ²	Valor p
Estado de Vacunación	Esquema completo	32 (59.3%)	5 (33.3%)	8 (15.7%)	45 (37.5%)	22,2	,000
	Esquema incompleto	14 (25.9%)	8 (53.3%)	31 (60.8%)	53 (44.2%)		
	No vacunado	8 (14.8%)	2 (13.3%)	12 (23.5%)	22 (18.3%)		
Fuente de Información	Científica/Gubernamental	16 (29.6%)	5 (33.3%)	13 (25.5%)	34 (28.3%)	7,05	,133
	Medios tradicionales	26 (48.1%)	3 (20.0%)	17 (33.3%)	46 (38.3%)		
	Redes sociales o boca a boca	12 (22.2%)	7 (46.7%)	21 (41.2%)	40 (33.3%)		
Total		54 (100%)	15 (100%)	51 (100%)	120 (100%)		

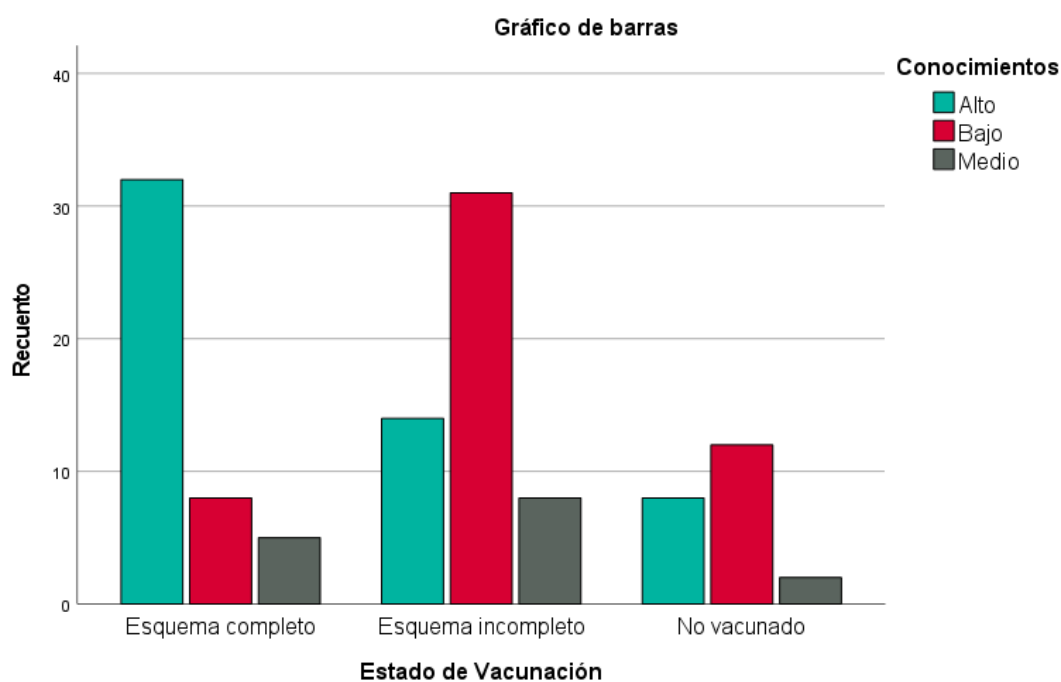
Nota. En cuanto al análisis descriptivo, se observa que dentro del nivel alto de conocimientos, el grupo con esquema completo de vacunación presentó el mayor porcentaje (59.3%). En el nivel medio, el mayor porcentaje se encuentra en aquellos con esquema incompleto (53.3%), mientras que en el nivel bajo, el grupo con esquema incompleto también lidera con el 60.8%. Respecto a la fuente de información, dentro del nivel alto de conocimientos, el grupo que se informó a través de medios tradicionales presentó la mayor proporción (48.1%). En el nivel medio, el mayor porcentaje lo tuvo el grupo que se informó por redes sociales o boca a boca (46.7%), mientras que en el nivel bajo, este mismo grupo también tuvo la mayor proporción

(41.2%).

Respecto al análisis inferencial, se encontró que el estado de vacunación presentó una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra SARS-CoV-2 ($X^2 = 22.2$; $p = 0.000$), lo que indica que el nivel de conocimientos varía significativamente según si la persona tiene un esquema completo, incompleto o no está vacunada. En cambio, la fuente de información no mostró una asociación estadísticamente significativa ($X^2 = 7.05$; $p = 0.133$), lo que sugiere que el medio a través del cual se obtiene información sobre la vacuna no influye significativamente en el nivel de conocimientos de los participantes.

Figura 6

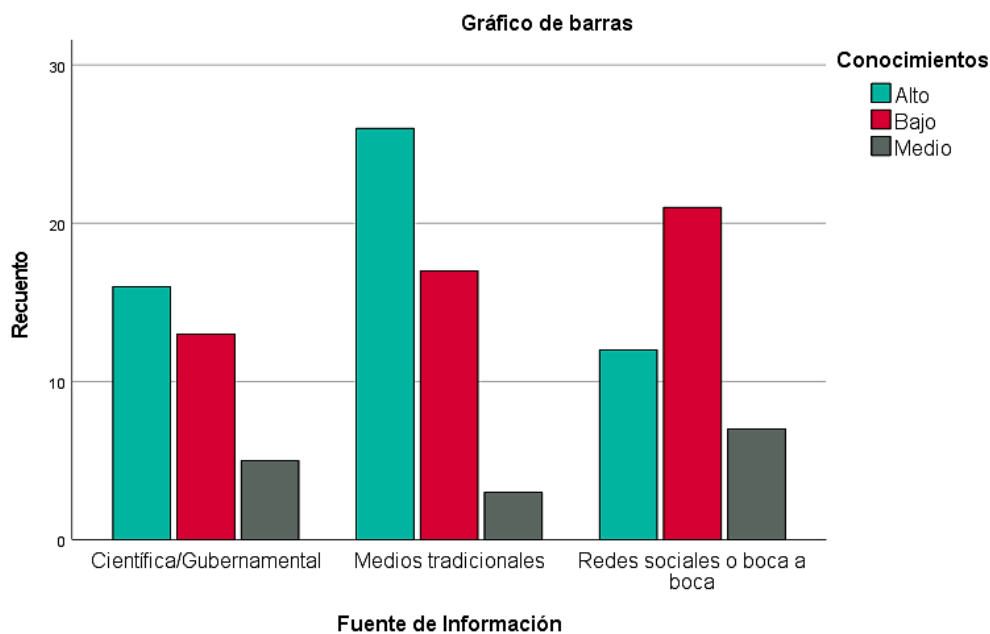
Estado de vacunación y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel alto de conocimientos, la mayor proporción se encuentra en las personas con esquema completo de vacunación, seguido por aquellos con esquema incompleto y, en menor medida, los no vacunados. En cuanto al nivel bajo de conocimientos, la mayor proporción se observa en los participantes con esquema incompleto.

Figura 7

Fuentes de información y su relación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel alto de conocimientos, la mayor proporción se encuentra en las personas que se informaron a través de medios tradicionales, seguidas por aquellas que recurrieron a fuentes científicas o gubernamentales. En contraste, en el nivel bajo de conocimientos, la mayor proporción se encuentra en aquellos que se informaron por redes sociales o boca a boca.

4.2. Análisis de las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2

Tabla 4

Actitudes frente a la vacuna

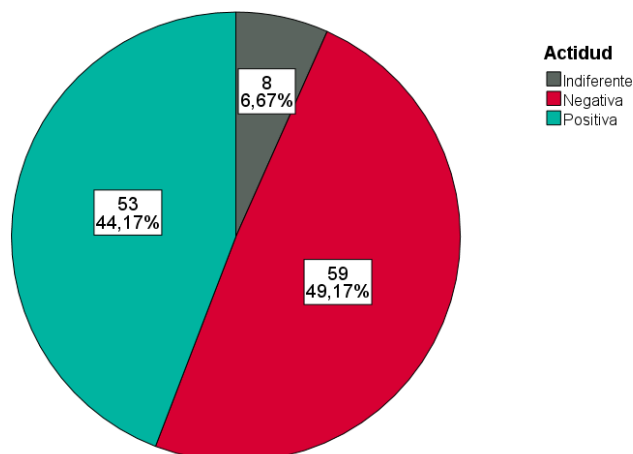
Actitud	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Indiferente	8	6.7
Negativa	59	49.2
Positiva	53	44.2
Total	120	100.0

Nota. Se observa que la mayoría de los participantes presenta una actitud negativa frente a la vacuna (49.2%), seguida de aquellos con una actitud positiva (44.2%). Un pequeño porcentaje

(6.7%) muestra una actitud indiferente hacia la vacunación.

Figura 8

Actitudes frente a la vacuna



Nota. Se observa que la mayoría de los participantes presenta una actitud negativa frente a la vacuna (49.2%), seguida de aquellos con una actitud positiva (44.2%). Un pequeño porcentaje (6.7%) muestra una actitud indiferente hacia la vacunación.

Tabla 5

Relación entre factores sociodemográficos y actitudes frente a la vacuna

Factores sociodemográficos	Categoría	Actitudes			Total (n %)	Análisis inferencial		
		Positiva (n %)	Indiferente (n %)	Negativa (n %)		X ²	Valor p	p exacta
Edad	18-30 años	15 (28.3%)	4 (50.0%)	23 (39.0%)	42 (35.0%)	4,0	,406	,372
	31-50 años	14 (26.4%)	3 (37.5%)	14 (23.7%)	31 (25.8%)			
	51 años o más	24 (45.3%)	1 (12.5%)	22 (37.3%)	47 (39.2%)			
Nivel de instrucción	Primaria o menor	19 (35.8%)	3 (37.5%)	14 (23.7%)	36 (30.0%)	2,4	,655	,647
	Secundaria completa	15 (28.3%)	2 (25.0%)	22 (37.3%)	39 (32.5%)			
	Educación superior	19 (35.8%)	3 (37.5%)	23 (39.0%)	45 (37.5%)			
Sexo	Femenino	26 (49.1%)	4 (50.0%)	32 (54.2%)	62 (51.7%)	0,3	,857	,917
	Masculino	27 (50.9%)	4 (50.0%)	27 (45.8%)	58 (48.3%)			
Ocupación	Desempleado	15 (28.3%)	3 (37.5%)	15 (25.4%)	33 (27.5%)	4,9	,563	,608
	Estudiante	12 (22.6%)	0 (0.0%)	16 (27.1%)	28 (23.3%)			

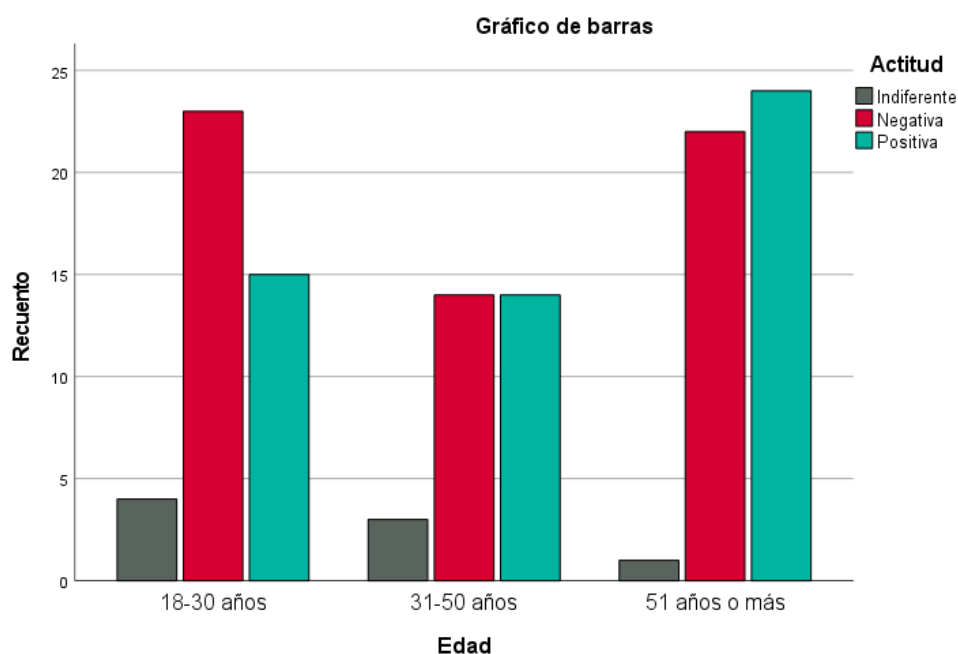
Trabajador dependiente	13 (24.5%)	1 (12.5%)	13 (22.0%)	27 (22.5%)
Trabajador independiente	13 (24.5%)	4 (50.0%)	15 (25.4%)	32 (26.7%)
Total	53 (100%)	8 (100%)	59 (100%)	120 (100%)

Nota. En cuanto al análisis descriptivo, se observa que dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción se encuentra en el grupo de 51 años o más (45.3%). En el nivel indiferente, el grupo con mayor porcentaje es el de 18-30 años (50.0%), mientras que en el nivel negativo, el grupo con mayor proporción es el de 18-30 años (39.0%). Respecto al nivel de instrucción, dentro del nivel de actitud positiva, los participantes con educación superior y primaria o menor presentan el mismo mayor porcentaje (35.8%). En el nivel indiferente, la mayor proporción se encuentra en los grupos con educación superior y primaria o menor (37.5%), mientras que en el nivel negativo, los de educación superior tienen la mayor proporción (39.0%). En cuanto al sexo, dentro del nivel de actitud positiva, el grupo masculino presenta una ligera mayor proporción (50.9%) frente al femenino (49.1%). Finalmente, según la ocupación, dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción se encuentra en los desempleados (28.3%), mientras que en el nivel negativo, los estudiantes tienen la mayor proporción (27.1%).

En cuanto al análisis inferencial, ninguna de las variables sociodemográficas mostró una asociación estadísticamente significativa con la actitud frente a la vacunación (todas las p-valores fueron mayores a 0.05). Esto indica que factores como edad, nivel de instrucción, sexo y ocupación no tienen una influencia significativa en la actitud hacia la vacuna contra SARS-CoV-2 en la población estudiada.

Figura 9

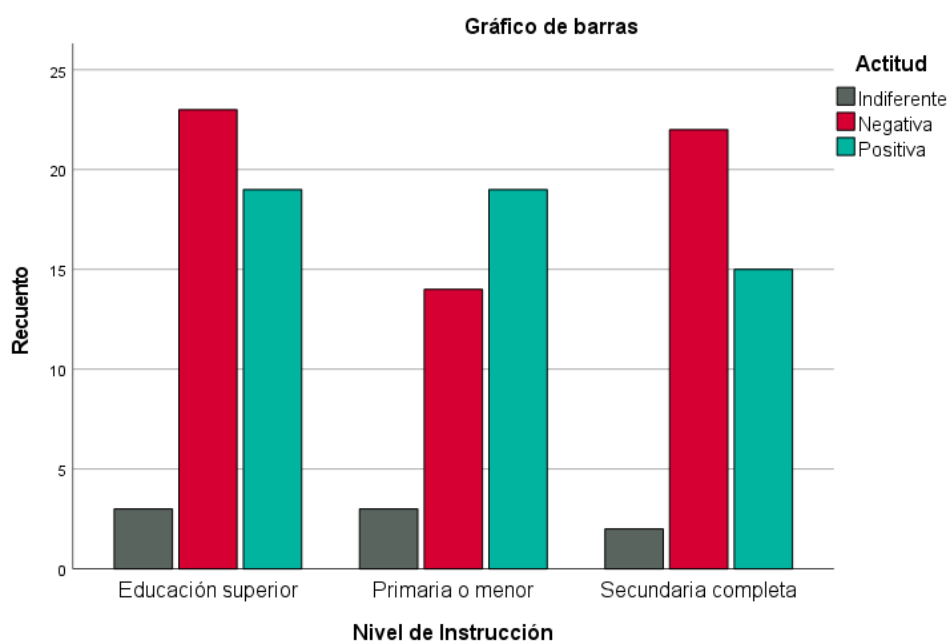
Edad y su relación con las actitudes frente a la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción se encuentra en el grupo de 51 años o más, seguido por los de 18-30 años y, en menor medida, los de 31-50 años. Finalmente, en el nivel de actitud negativa, el grupo de 18-30 años muestra la mayor proporción, seguido por los de 51 años o más.

Figura 10

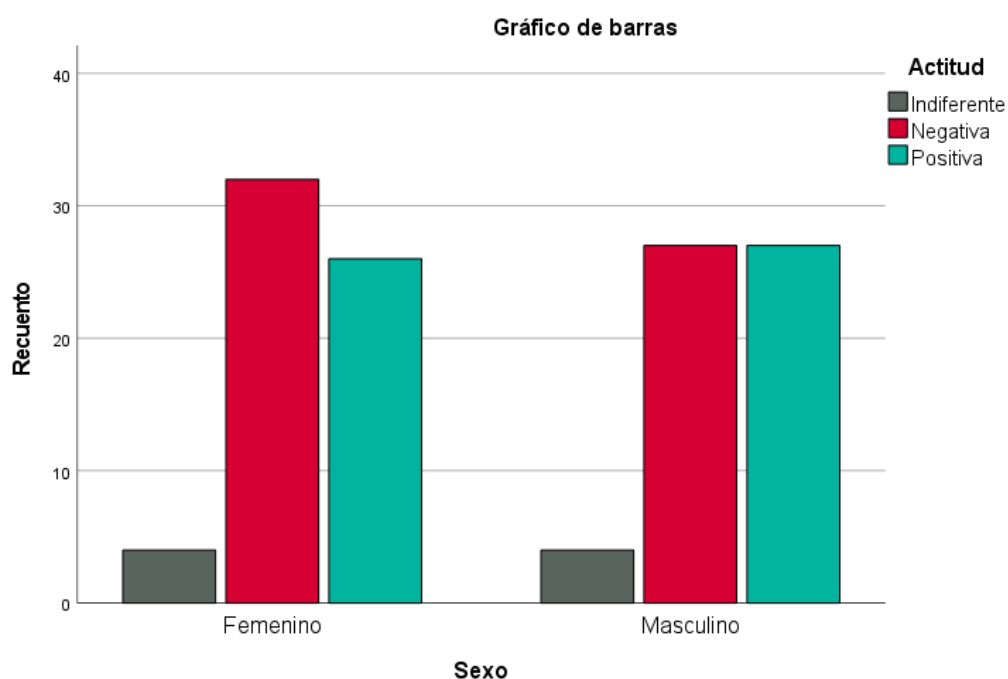
Nivel de instrucción y su relación con las actitudes frente a la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel de actitud positiva, los grupos con educación superior y primaria o menor presentan las mayores proporciones, seguidos por aquellos con secundaria completa. Finalmente, en el nivel de actitud negativa, el mayor porcentaje se encuentra en los participantes con educación superior y secundaria completa, mientras que el grupo con primaria o menor muestra la menor proporción de actitud negativa.

Figura 11

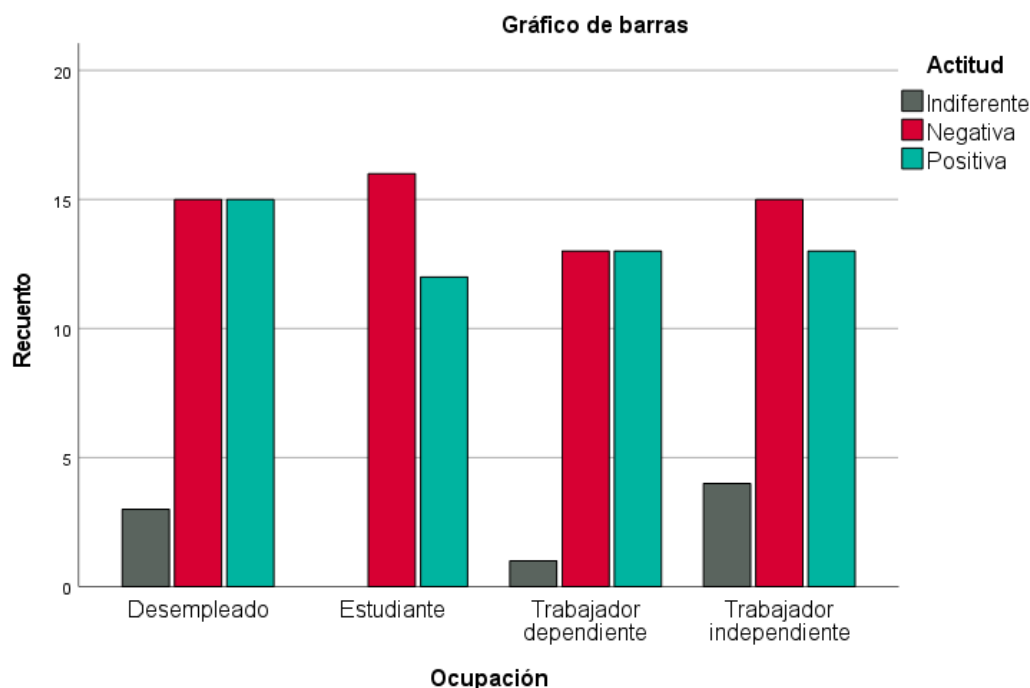
Sexo y su relación con las actitudes frente a la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel de actitud positiva, los grupos femenino y masculino presentan proporciones similares, con una ligera mayor tendencia en los hombres. En cuanto al nivel indiferente, ambos grupos tienen una proporción baja y muy similar. Finalmente, en el nivel de actitud negativa, el grupo femenino presenta una mayor proporción en comparación con el masculino.

Figura 12

Ocupación y su relación con las actitudes frente a la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel de actitud positiva, las proporciones son similares entre los desempleados, trabajadores dependientes e independientes, mientras que los estudiantes presentan una menor proporción. En cuanto al nivel indiferente, los trabajadores independientes tienen la mayor proporción, mientras que los trabajadores dependientes presentan la menor. Finalmente, en el nivel de actitud negativa, los estudiantes presentan la mayor proporción, seguidos de los trabajadores independientes y desempleados, mientras que los trabajadores dependientes muestran una menor proporción.

Tabla 6

Relación entre factores asociados a la vacunación y actitudes frente a la vacuna

Factores asociados a la vacunación	Categorías	Actitudes			Total (n %)	Análisis inferencial		
		Positiva (n %)	Indiferente (n %)	Negativa (n %)		X ²	Valor p	p exacta
Estado de Vacunación	Esquema completo	21 (39.6%)	3 (37.5%)	21 (35.6%)	45 (37.5%)	2,74	,602	,689
	Esquema incompleto	23 (43.4%)	5 (62.5%)	25 (42.4%)	53 (44.2%)			
	No vacunado	9 (17.0%)	0 (0.0%)	13 (22.0%)	22 (18.3%)			

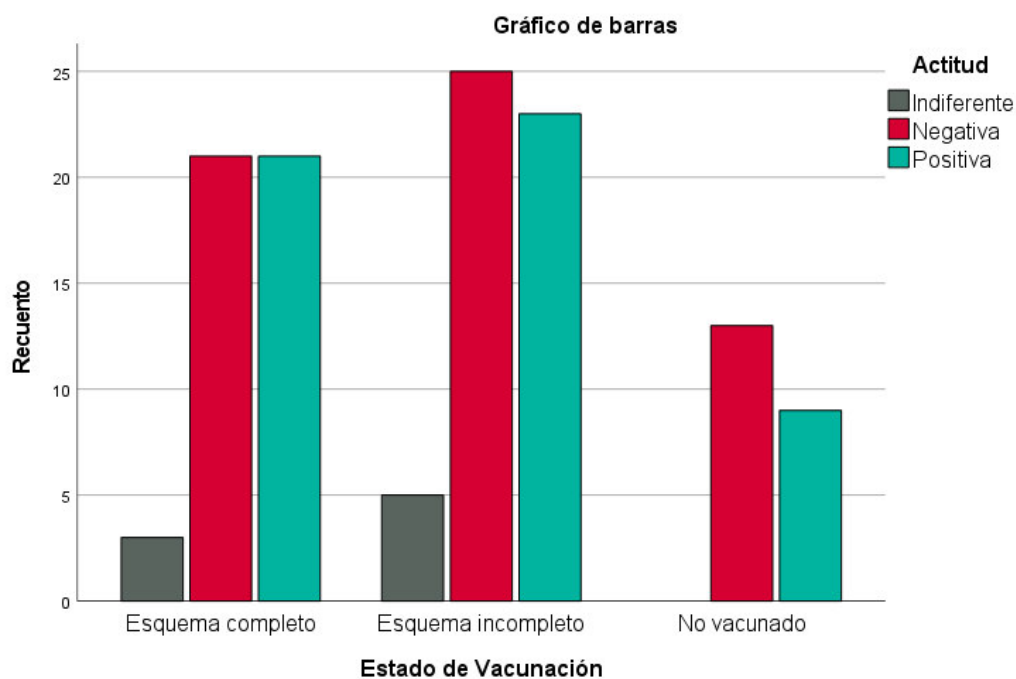
Fuente de Información	Científica/ Gubernamental	17 (32.1%)	2 (25.0%)	15 (25.4%)	34 (28.3%)	2,02 ,731 ,750
	Medios tradicionales	21 (39.6%)	4 (50.0%)	21 (35.6%)	46 (38.3%)	
	Redes sociales o boca a boca	15 (28.3%)	2 (25.0%)	23 (39.0%)	40 (33.3%)	
	Total	53 (100%)	8 (100%)	59 (100%)	120 (100%)	

Nota. En cuanto al análisis descriptivo, se observa que dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción se encuentra en el grupo con esquema incompleto de vacunación (43.4%), seguido por aquellos con esquema completo (39.6%), mientras que los no vacunados presentan la menor proporción (17.0%). En el nivel indiferente, el grupo con esquema incompleto muestra la mayor proporción (62.5%), mientras que no se reportaron participantes indiferentes en el grupo de no vacunados. Finalmente, en el nivel negativo, la mayor proporción se encuentra en el grupo con esquema incompleto (42.4%), seguido por los esquema completo (35.6%) y, en menor medida, los no vacunados (22.0%). Respecto a la fuente de información, dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción se observa en aquellos que obtuvieron información de medios tradicionales (39.6%), seguidos por quienes recurrieron a fuentes científicas o gubernamentales (32.1%) y, finalmente, los que se informaron a través de redes sociales o boca a boca (28.3%). En el nivel indiferente, la mayor proporción se encuentra en los participantes que recurrieron a medios tradicionales (50.0%). En el nivel negativo, la mayor proporción corresponde a quienes se informaron por redes sociales o boca a boca (39.0%), seguidos de los que recurrieron a medios tradicionales (35.6%) y fuentes científicas/gubernamentales (25.4%).

Respecto al análisis inferencial, se encontró que ninguna de las variables presentó una asociación estadísticamente significativa con la actitud frente a la vacunación (todas las p-valores fueron mayores a 0.05). Esto sugiere que ni el estado de vacunación ni la fuente de información utilizada tienen una influencia significativa en la actitud hacia la vacuna contra SARS-CoV-2 en la población estudiada.

Figura 13

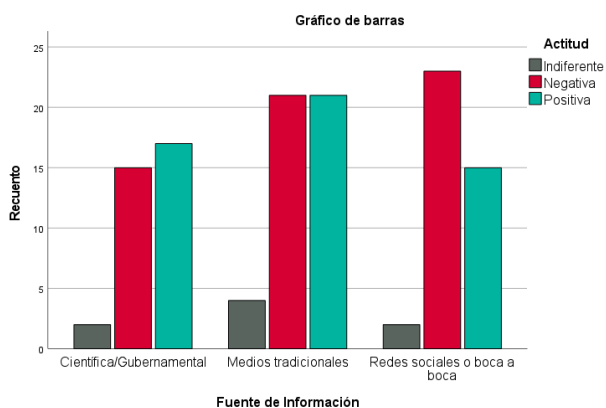
Estado de vacunación y su relación con las actitudes frente a la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción corresponde a los participantes con esquema incompleto de vacunación, seguidos de aquellos con esquema completo, mientras que los no vacunados presentan la menor proporción. Finalmente, en el nivel de actitud negativa, el grupo con esquema incompleto tiene la mayor proporción, seguido por los de esquema completo, mientras que los no vacunados presentan la menor frecuencia.

Figura 14

Fuente de información y su relación con las actitudes frente a la vacuna



Nota. Se observa que dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción se encuentra en los participantes que obtuvieron información sobre la vacuna a través de medios tradicionales, seguidos por aquellos que recurrieron a fuentes científicas o gubernamentales, mientras que los que se informaron por redes sociales o boca a boca presentan la menor proporción. Finalmente, en el nivel de actitud negativa, la mayor proporción se observa en quienes se informaron por redes sociales o boca a boca, seguidos de los que recurrieron a medios tradicionales, mientras que la menor proporción se encuentra en quienes utilizaron fuentes científicas o gubernamentales.

4.3. Análisis de la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2

Tabla 7

Relación entre nivel de conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2

	Actitud frente a la vacuna				Análisis inferencial			
	Categoría	Positiva (n %)	Indiferente (n %)	Negativa (n %)	Total (n %)	X ²	Valor p	p exacta
Nivel de conocimientos sobre la vacuna	Alto	33 (62.3%)	4 (50.0%)	17 (28.8%)	54 (45.0%)	20, 2	0,00	0,00
	Bajo	12 (22.6%)	2 (25.0%)	37 (62.7%)	51 (42.5%)			
	Medio	8 (15.1%)	2 (25.0%)	5 (8.5%)	15 (12.5%)			
	Total	53 (100%)	8 (100%)	59 (100%)	120 (100%)			

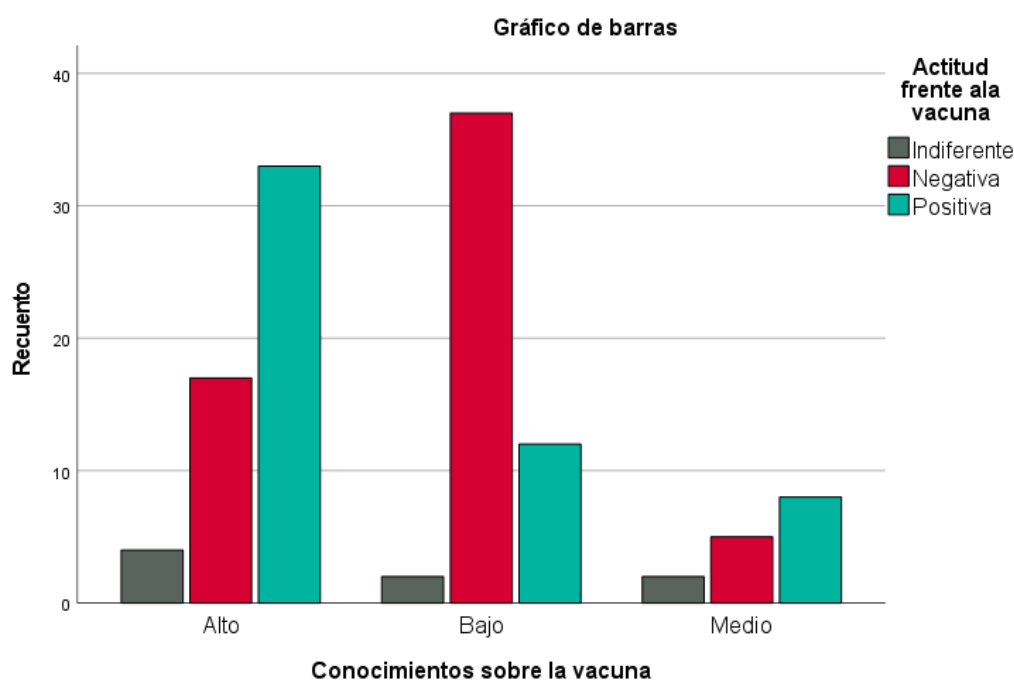
Nota. En cuanto al análisis descriptivo, se observa que dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción se encuentra en los participantes con un nivel alto de conocimientos sobre la vacuna (62.3%), seguidos por aquellos con nivel bajo (22.6%) y, en menor medida, los de nivel medio (15.1%). En el nivel indiferente, los porcentajes son similares en los niveles de conocimientos bajo y medio (25.0%), mientras que el grupo con nivel alto de conocimientos tiene la mayor proporción (50.0%). Finalmente, en el nivel de actitud negativa, la mayor

proporción se encuentra en los participantes con nivel bajo de conocimientos (62.7%), seguidos por los de nivel alto (28.8%), mientras que la menor proporción se observa en el grupo con nivel medio (8.5%).

Respecto al análisis inferencial, se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre la vacuna y la actitud frente a la vacunación ($X^2 = 20.2$; $p = 0.00$). Esto indica que el nivel de conocimientos influye significativamente en la actitud hacia la vacuna contra SARS-CoV-2, donde los participantes con mayor conocimiento tienden a tener una actitud más positiva, mientras que aquellos con menor conocimiento presentan una mayor proporción de actitudes negativas.

Figura 15

Relación entre nivel de conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2



Nota. Se observa que dentro del nivel de actitud positiva, la mayor proporción corresponde a los participantes con un nivel alto de conocimientos sobre la vacuna, seguidos de aquellos con nivel bajo, mientras que la menor proporción se encuentra en el grupo con nivel medio de conocimientos. En cuanto al nivel indiferente, las proporciones son bajas en todos los niveles.

de conocimiento, con una ligera mayor presencia en el grupo de conocimiento alto. Finalmente, en el nivel de actitud negativa, la mayor proporción corresponde a los participantes con nivel bajo de conocimientos, seguidos de los de nivel alto, mientras que la menor proporción se observa en los de nivel medio. Estos resultados sugieren que un mayor nivel de conocimientos sobre la vacuna está asociado a una actitud más positiva, mientras que un menor nivel de conocimientos se relaciona con una actitud más negativa frente a la vacunación.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio evidenció que un 43.3% de los participantes presentó un nivel bajo de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2, seguido de un 40.8% con nivel alto y un 15.8% con nivel medio. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Peralta y Torres (2022) en Ecuador, quienes encontraron que el 54.8% de los encuestados tenía bajos conocimientos sobre la vacuna. Sin embargo, difieren de los estudios de Aguilar et al. (2022) y Flores y Chumacero (2022) en Perú, donde el 88% y el 74% de la población, respectivamente, presentaron un buen nivel de conocimientos. Asimismo, Ochoa (2023) en Colombia reportó un puntaje promedio de conocimientos de 5.9 sobre 10, lo que refleja un nivel moderado. En contraste, Elgendy y Abdelrahim (2021) en Egipto y Piscoche (2021) en Lima encontraron niveles altos de conocimiento en sus respectivas poblaciones, lo que sugiere que factores como el contexto geográfico y las estrategias de comunicación pueden influir en el acceso a la información sobre la vacunación.

Respecto a la relación entre factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre edad, nivel de instrucción, sexo y ocupación con el nivel de conocimientos. Este resultado difiere de lo encontrado por Peralta y Torres (2022), quienes identificaron que el género, la edad, el nivel de educación y el nivel socioeconómico estaban significativamente relacionados con el nivel de conocimientos. Asimismo, Díaz et al. (2022) hallaron que la educación universitaria influyó en la cantidad de información sobre la vacuna, mientras que Ochoa (2023) reportó que los participantes con mayor nivel educativo tenían conocimientos más altos. A nivel nacional, Caselima y Pozo (2023) y De La Cruz y Quijada (2022) encontraron que los participantes con menor educación tenían más probabilidades de presentar bajos conocimientos sobre la vacunación, lo que contrasta con los hallazgos del presente estudio.

Por otro lado, en cuanto a la relación entre factores asociados a la vacunación y el nivel

de conocimientos, se encontró que el estado de vacunación mostró una asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos, lo que indica que las personas con esquema completo tienen mayores conocimientos sobre la vacuna. Estos hallazgos son consistentes con los reportados por López (2023) y Aguilar et al. (2022), quienes concluyeron que las personas con más conocimientos sobre la vacunación tienen mayor adherencia al esquema de inmunización. Sin embargo, la fuente de información no mostró una asociación significativa con el nivel de conocimientos, lo que difiere de los estudios de Elgendy y Abdelrahim (2021), quienes encontraron que el acceso a fuentes confiables mejoró la comprensión sobre la vacuna y su aceptación. Asimismo, Díaz et al. (2022) evidenciaron que el 52.2% al 70% de los participantes mostraron desconfianza y miedo hacia la vacuna, lo que puede estar relacionado con la forma en que la información es transmitida a la población.

En relación con las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2, se encontró que el 49.2% de los participantes presentó una actitud negativa, el 44.2% una actitud positiva, y un 6.7% una actitud indiferente. Este hallazgo se asemeja al estudio de De La Cruz y Quijada (2022), quienes encontraron que el 74.4% de la población tenía una actitud inadecuada frente a la vacunación. Sin embargo, los resultados del presente estudio difieren de los reportados por Díaz et al. (2022) y Elgendy y Abdelrahim (2021), quienes encontraron que entre el 69.8% y el 95% de los participantes consideraban la inmunización como la estrategia más efectiva y estaban ansiosos por vacunarse. A nivel nacional, los estudios de Aguilar et al. (2022) y López (2023) reportaron actitudes mayoritariamente positivas, con valores superiores al 66% de aceptación de la vacuna, lo que sugiere que en ciertos contextos la confianza en la inmunización es mayor.

Respecto a la relación entre factores sociodemográficos y actitudes frente a la vacunación, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad, el nivel de instrucción, el sexo y la ocupación con la actitud hacia la vacuna. Este hallazgo difiere de

los resultados de Peralta y Torres (2022), quienes identificaron que el género femenino, el nivel socioeconómico bajo y la residencia en zonas rurales estaban asociados con mejores actitudes hacia la vacunación. Asimismo, Díaz et al. (2022) reportaron que la educación universitaria y la edad influían en la actitud hacia la vacuna, lo que no se observó en la presente investigación. Caselima y Pozo (2023) también hallaron que el nivel de instrucción estaba relacionado con la actitud hacia la vacunación, lo que evidencia que este factor puede influir de manera distinta según el contexto de cada población.

Por otro lado, en el análisis de la relación entre factores asociados a la vacunación y actitudes frente a la inmunización, se encontró que ni el estado de vacunación ni la fuente de información mostraron una asociación significativa con la actitud hacia la vacunación. Este resultado contradice lo encontrado por Flores y Chumacero (2022) y Piscoche (2021), quienes concluyeron que un mayor nivel de conocimientos estaba asociado con una mejor disposición a vacunarse. Sin embargo, coincide con Caselima y Pozo (2023), quienes encontraron que el 45.6% de los participantes tenía actitudes indiferentes a la vacunación a pesar de poseer un alto nivel de conocimientos.

Finalmente, en la relación entre el nivel de conocimientos y la actitud frente a la vacuna, se encontró una asociación estadísticamente significativa, lo que indica que las personas con mayor conocimiento tienden a tener una actitud más positiva, mientras que aquellas con menor conocimiento presentan más actitudes negativas. Estos resultados son consistentes con los estudios de López (2023), Aguilar et al. (2022) y De La Cruz y Quijada (2022), quienes concluyeron que el conocimiento es un factor protector para una actitud favorable hacia la vacunación. A nivel internacional, estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Piscoche (2021) y Elgendy y Abdelrahim (2021), quienes destacaron la importancia de la educación en salud para mejorar la aceptación de la vacunación.

Los hallazgos del presente estudio muestran que, a pesar de que un porcentaje considerable de la población presenta conocimientos bajos sobre la vacuna, el estado de vacunación influye en el nivel de conocimientos, y existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud hacia la vacunación. Sin embargo, los factores sociodemográficos y las fuentes de información no mostraron una influencia significativa en estos aspectos. Los resultados contrastan con diversas investigaciones nacionales e internacionales, lo que sugiere que el contexto poblacional y las estrategias de comunicación pueden influir en el conocimiento y aceptación de la vacuna.

VI. CONCLUSIONES

- Se encontró que una proporción considerable de la población tiene un nivel bajo de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2 (43.3%).
- No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad, el nivel de instrucción, el sexo o la ocupación con el nivel de conocimientos sobre la vacuna.
- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado de vacunación y el nivel de conocimientos, donde las personas con esquema completo presentaron mayor conocimiento sobre la vacuna. En contraste, la fuente de información no mostró una relación significativa con el nivel de conocimientos.
- La mayoría de los participantes presentó una actitud negativa frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 (49.2%).
- No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad, el nivel de instrucción, el sexo o la ocupación con la actitud hacia la vacunación.
- Ni el estado de vacunación ni la fuente de información utilizada mostraron una asociación estadísticamente significativa con la actitud frente a la vacunación.
- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud frente a la vacunación ($p < 0.001$), evidenciando que los participantes con mayor conocimiento tienden a presentar una actitud más positiva, mientras que aquellos con menor conocimiento muestran una mayor proporción de actitudes negativas.

VII. RECOMENDACIONES

- Fortalecer campañas educativas dirigidas a la población de San Juan de Lurigancho, enfocándose en mejorar el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2, especialmente en aquellos con baja información.
- Implementar estrategias de comunicación efectivas que utilicen medios tradicionales y digitales para difundir información clara y basada en evidencia sobre la seguridad y eficacia de la vacuna.
- Promover la actualización constante en salud pública a través de talleres y charlas comunitarias que refuercen el conocimiento sobre vacunación y reduzcan mitos o información errónea.
- Fomentar la vacunación en la comunidad con iniciativas que incrementen la confianza en el proceso de inmunización y destaquen la importancia de completar el esquema de vacunación.
- Adaptar los mensajes informativos según el nivel de instrucción y ocupación de la población, asegurando que sean accesibles y comprensibles para todos los grupos.
- Evaluar periódicamente el impacto de las campañas de sensibilización mediante encuestas y estudios similares, con el fin de ajustar estrategias en función de las necesidades detectadas.
- Incentivar la participación de profesionales de salud y líderes comunitarios en la promoción de la vacunación, aprovechando su influencia para generar confianza y mejorar las actitudes frente a la inmunización.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar, P., Becerra, A., Valverde, M. y Ñique, M. (2022). Conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra el Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 244-251. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i2.4343>
- Anderson, L. y Krathwohl, D. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. Longman.
- Bloom, B. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. Longmans, Green.
- Caselima, A. y Pozo, A. (2023). *Nivel de conocimientos y actitudes ante la vacunación contra el COVID-19 en pobladores de la zona urbana del distrito de San Marcos - Ancash*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN. <https://hdl.handle.net/11537/35087>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *COVID-19: What you need to know*. <https://www.cdc.gov/covid/about/index.html>
- Cialdini, R. (2001). *Influence: Science and practice* (4^a ed.). Allyn & Bacon.
- Crano, W. y Prislin, R. (2006). Attitudes and persuasion. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 345-374. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070144>
- De La Cruz, A. y Quijada, N. (2022). *Conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra la COVID-19 en los pobladores de Túcume - Perú, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/11258>
- Díaz, L., Bueno, T., Estupiñán, Y. y Silva, L. (2022). *Conocimientos y actitudes relacionados con vacunación para la prevención de la enfermedad por COVID-19. Una revisión de la literatura* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/51136>

- Eagly, A. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Elgendy, M. y Abdelrahim, M. (2021). Conciencia pública sobre la vacuna contra el coronavirus, aceptación de la vacuna y vacilación. *Revista de virología médica*, 93(12), 6535–6543. <https://doi.org/10.1002/jmv.27199>
- Fauci, A., Lane, H. y Redfield, R. (2020). Covid-19 — Navigating the uncharted. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1268-1272. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2002387>
- Fazio, R. y Towles, T. (1999). The MODE model of attitude-behavior processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 31 (1), 75-109.
- Flores, A. y Chumacero, J. (2022). *Nivel de conocimiento de la vacuna contra SARS-CoV-2 y la disposición a vacunarse de los pobladores que asisten a la Botica Mathias, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UNW
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7430/T061_437813_51_45920581_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Folegatti, P., Ewer, K., Aley, P., Angus, B., Baillie, K., Barnabas, S. y Hill, A. (2020). Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: A preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomized controlled trial. *Lancet*, 396(10249), 467-478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31604-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31604-4)
- Gawronski, B. y Bodenhausen, G. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132 (5), 692-731. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.692>
- González, R., Pérez, D. y Hernández, L. (2023). Conocimiento y actitud hacia la vacunación contra el COVID-19 en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 47(3), 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.rpe.2023.02.003>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y. y Cao, B. (2020). Clinical features of

- patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Larson, H., Jarrett, C. y Schulz, W. (2020). Measuring vaccine hesitancy: The state of the art. *Vaccine*, 38 (45), 7175-7181. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.033>
- López, J. (2023). *Nivel de conocimiento y actitud frente a la vacuna contra el COVID-19 en adultos atendidos en un centro de salud en Pachacámac, Perú - 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/12345>
- Maio, G. y Haddock, G. (2010). *The psychology of attitudes and attitude change*. Sage Publications.
- Merrill, M. (2002). First principles of instruction. *Educational Technology Research and Development*, 50 (3), 43-59. <https://doi.org/10.1007/BF02505024>
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2023). *Avances en la vacunación contra COVID-19 en Perú*. <https://www.gob.pe/minsa>
- Novak, J. (1998). *Learning, creating, and using knowledge: Concept maps as facilitative tools in schools and corporations*. Erlbaum.
- Ochoa, E. (2023). Conocimiento, actitudes y prácticas de mujeres gestantes respecto a la Vacunación. *Revista Chilena de Infectología*, 40(3), 1-22. <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/1561>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Informe sobre el progreso de la vacunación mundial contra el COVID-19*. <https://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Vacunación contra el COVID-19 en América Latina y el Caribe: Progreso y desafíos*. <https://www.paho.org>

- Paltiel, A., Zheng, A. y Zheng, S. (2020). Assessment of COVID-19 screening and testing strategies for safe school reopening. *JAMA*, 324 (1), 49-51. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.7240>
- Paul, E., Scully, M. y Naor, R. (2020). Factors influencing COVID-19 vaccine acceptance. *American Journal of Public Health*, 110 (10), 1561-1568. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305931>
- Peralta, M. y Torres, A. (2022). *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 para optar por el título de Médico, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/39216>
- Pérez, A. y Rodríguez, M. (2022). Percepción sobre las vacunas contra el COVID-19 en estudiantes de medicina en Perú. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 43(2), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.rslp.2022.04.009>
- Piscoche, N. (2021). *Conocimiento sobre la vacuna contra COVID-19 y actitud frente a su aplicación en población de Lima-Perú, 2021*. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/68311>
- Ramos, C., Rodríguez, A. y Paredes, E. (2022). Influencia de las características sociodemográficas en el conocimiento y las actitudes hacia la vacuna contra el COVID-19 en la población peruana. *Revista Peruana de Salud Pública*, 28(1), 48-56. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2022.v39n2/201-207/es/>
- Rappuoli, R., Miller, H. y Rappuoli, A. (2016). Vaccines: From discovery to delivery. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 471-490. <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.63>
- Salmon, D., Moulton, L., Halsey, N. y Smith, P. (2015). The impact of vaccine policies on vaccination coverage in the United States. *Vaccine*, 33 (35), 5370-5376.

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.07.068>

Slaoui, M. y Hepburn, M. (2020). Developing safe and effective Covid vaccines. *Science*, 368 (6494), 943-947. <https://doi.org/10.1126/science.abc5312>

Wilson, T., Lindsey, S. y Schooler, T. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101-126. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.107.1.101>

IX. ANEXOS

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA VACUNA CONTRA SARS-COV-2, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN EN ADULTOS DE UN DISTRITO DE LIMA-PERÚ, 2024.

Estimado(a) participante:

Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Juan Carlos Floriano Infantes, interno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Actualmente, estoy desarrollando una investigación titulada:

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA VACUNA CONTRA SARS-COV-2, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN EN ADULTOS DE UN DISTRITO DE LIMA-PERÚ, 2024.”

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de conocimiento y las actitudes frente a la vacunación contra SARS-CoV-2, con el propósito de aportar información valiosa que contribuya a fortalecer estrategias educativas y preventivas en el ámbito de la salud.

Su participación es completamente voluntaria y se realizará en total confidencialidad, garantizando que los datos recolectados sean utilizados exclusivamente para fines académicos y científicos, siguiendo las normas éticas de investigación.

Le agradezco de antemano por su valioso tiempo y disposición para contribuir a este trabajo. Por favor, si está de acuerdo en participar, le pedimos que firme el consentimiento a continuación como señal de aceptación voluntaria.

Atentamente,

Juan Carlos Floriano Infantes

Teléfono: 998736829

Correo: juancky3092@gmail.com

Interno de Medicina Humana

Universidad Nacional Federico Villarreal

Acepta y firma:

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO B: INSTRUMENTO

I. Factores sociodemográficos y asociados a la vacunación

❖ Factores sociodemográficos:

Edad:

- 18-30 años
- 31-50 años
- 51 años o más

Nivel de instrucción:

- Primaria o menor
- Secundaria completa
- Educación superior (*técnica o universitaria*)

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Ocupación:

- Desempleado
- Estudiante
- Trabajador dependiente (*empleado con contrato*)
- Trabajador independiente (*autónomo, informal o emprendedor*)

❖ Factores s asociados a la vacunación:

Estado de vacunación

- Esquema completo: Ha recibido todas las dosis recomendadas según su grupo de edad y condiciones de riesgo.
- Esquema incompleto: Ha recibido al menos una dosis, pero no ha completado el esquema de vacunación.
- No vacunado: No ha recibido ninguna dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2.

Fuentes de información

Se refiere al medio a través del cual los participantes obtienen información sobre la vacunación:

- Científica/Gubernamental: Información proveniente de fuentes oficiales, como organismos de salud (OMS, MINSA), revistas científicas, investigaciones o comunicados de entidades gubernamentales.
- Medios tradicionales: Información obtenida a través de la televisión, radio o periódicos impresos y digitales.
- Redes sociales o boca a boca: Información obtenida mediante plataformas digitales (Facebook, WhatsApp, TikTok, etc.), familiares, amigos o conocidos.

II. Nivel de Conocimientos sobre la Vacuna contra el COVID-19

Marque con un "X" las siguientes preguntas:

Pregunta	Respuestas
¿Cuál es el concepto de COVID-19?	a) Es aquella enfermedad causada por una bacteria. b) Es aquella enfermedad causada por un virus.
¿Cuál es el objetivo de las vacunas que se crearon contra el COVID-19?	a) Evita que contraigamos la infección. b) Contagiar el virus del COVID-19.
¿De qué está compuesto las vacunas contra el COVID-19?	a) Virus activo. b) Antígenos del virus SARS-CoV-2 inactivo.
¿Las personas con diabetes, hipertensión o con enfermedades pulmonares pueden recibir la vacuna contra el COVID-19?	a) Sí. b) No.
¿Las mujeres gestantes a partir de las 12 semanas de embarazo y las madres lactantes pueden vacunarse contra el COVID-19?	a) Sí. b) No.
¿Las vacunas contra el COVID-19 generan variaciones en las pruebas moleculares o pruebas antígenos que se usan para poder detectar la enfermedad del COVID-19?	a) Verdadero. b) Falso.
¿En Perú qué vacunas contra el COVID-19 están autorizadas?	a) Vacuna AstraZeneca, Pfizer, Sinopharm y Moderna. b) No sé.
¿La vacuna Pfizer es la única que es segura y eficaz contra el COVID-19?	a) Verdadero. b) Falso.
¿Qué efectos secundarios se dan luego de recibir la vacuna contra el COVID-19?	a) Dificultad para hablar y respirar. b) Fiebre, hinchazón en la zona donde te vacunan, dolor de cabeza.
¿Cuánto tiempo después que se aplica la vacuna contra el COVID-19, va produciendo protección en nuestro cuerpo?	a) Después de un mes de la aplicación de la 1era dosis. b) Después de 2 semanas de aplicación de la 2da dosis.

¿Las personas que ya contrajeron el COVID-19 pueden recibir la vacuna contra el COVID-19?	a) Definitivamente SÍ. b) Definitivamente NO.
---	--

III. Actitudes frente a la Vacuna contra el COVID-19

Marque con un "X" las siguientes preguntas:

Pregunta	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Me es indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Usted considera que el COVID-19 es una enfermedad muy peligrosa para su vida y la de sus familiares?					
¿Usted considera que son eficaces y seguras las vacunas contra el COVID-19?					
¿Cree usted que la vacuna contra el COVID-19 le va a proteger de las diferentes variantes que existen del COVID-19?					
¿Usted considera que se debe seguir manteniendo las medidas preventivas contra el COVID-19, aun después de haberse vacunado contra esta enfermedad?					
¿Aceptaría vacunarse las dosis que sean necesarias para así poder resguardarse contra el COVID-19?					
Si la primera dosis de la vacuna contra el COVID-19 le provocó efectos secundarios, ¿Se pondría la 2da, 3era o 4ta dosis para poder completar su protección?					

¿Cree usted que no es recomendable mezclar vacunas contra el COVID-19 de diferentes marcas o laboratorios, le podría causar algún daño?					
¿Aconsejaría usted a las personas que se vacunen contra el COVID-19?					
Si usted tiene algún niño, niña o adolescente en casa, ¿dejaría que le apliquen la vacuna contra el COVID-19?					
¿Considera usted que si un porcentaje alto de personas se vacunan, aportaría a ponerle fin a la pandemia del COVID-19?					

Nota. Ficha de recolección de datos. Adaptada de “*Nivel de conocimientos y actitudes ante la vacunación contra el COVID-19 en pobladores de la zona urbana del distrito de San Marcos – Ancash, 2023*”, por Caselima y Pozo, 2022.

ANEXO C: MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.?</p>	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. Determinar la relación entre los factores asociados a la vacunación y el nivel de conocimientos sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. Identificar las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. Determinar la relación entre los factores asociados a la vacunación y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024. 	<p>Hipótesis</p> <p>H1: Existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.</p> <p>H0: No existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes frente a la vacuna contra SARS-CoV-2, según factores sociodemográficos y asociados a la vacunación, en adultos de un distrito de Lima-Perú, 2024.</p>	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLES PRINCIPALES</p> <ul style="list-style-type: none"> Variable independiente (VI): Nivel de conocimiento sobre la vacuna contra SARS-CoV-2. Variable dependiente (VD): Actitud frente a la vacuna contra SARS-CoV-2. <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad Nivel de instrucción Sexo Ocupación <p>Factores asociados a la vacunación</p> <ul style="list-style-type: none"> Estado de vacunación Fuentes de información 	<p>Tipo y diseño de investigación</p> <p>Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, analítico correlacional, y de corte transversal.</p> <p>Población de estudio:</p> <p>La población del estudio estuvo conformada por adultos residentes en el distrito de San Juan de Lurigancho, específicamente en la urbanización Caja de Agua, Lima, Perú, durante los meses de noviembre a diciembre del año 2024.</p> <p>Muestra:</p> <p>120</p> <p>Técnicas de recolección de datos</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumento de recolección</p> <p>Cuestionario</p> <p>Análisis de resultados</p> <p>Se analizarán mediante frecuencias y valor p (<0.05).</p>
--	---	--	---	--

ANEXO C: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	CATEGORIZACIÓN	PRUEBA ESTADÍSTICA
VARIABLES PRINCIPALES	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA VACUNA	El nivel de conocimiento hace referencia a la cantidad de información que posee una persona sobre un tema determinado, en este caso, sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2. Incluye conocimientos sobre la enfermedad COVID-19, las vacunas disponibles, sus efectos, y su composición.	<p>Se mide a través de una serie de preguntas que abordan aspectos clave, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La definición de COVID-19. • El objetivo de la vacuna contra COVID-19. • Composición de las vacunas. • Quienes pueden recibir la vacuna. • Efectos secundarios de las vacunas, entre otros. <p>Respuestas correctas se marcarán con un valor de 1 y las incorrectas con un valor de 0, lo que permitirá calcular el puntaje total y clasificarlos en niveles de conocimiento</p>	Cualitativa	Ordinal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Alto: 8-11 respuestas correctas • Medio: 4-7 respuestas correctas • Bajo: 0-3 respuestas correctas 	Chi cuadrado Prueba exacta de Fisher
	ACTITUDES FRENTE A LA VACUNA	Las actitudes hacen referencia a las creencias, sentimientos y comportamientos de los individuos hacia un tema	<p>Se mide mediante una escala de Likert con 5 opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • Desacuerdo 	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo: 38-50 puntos • Indiferente: 	Chi cuadrado Prueba

		específico. En este caso, las actitudes hacia la vacuna contra el COVID-19 incluyen la percepción sobre la necesidad de la vacuna, la disposición a recibirla, y la confianza en sus efectos.	<ul style="list-style-type: none"> • Me es indiferente • De acuerdo • Totalmente de acuerdo 		Politómica	24-37 puntos <ul style="list-style-type: none"> • Negativo: 10-23 puntos 	exacta de Fisher
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	EDAD	La edad se refiere a la cantidad de años que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento actual..	En esta investigación, la edad se clasifica en dos rangos: 18-25 años y mayor de 25 años	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria o menor • Secundaria completa • Educación superior (técnica o universitaria) 	Chi cuadrado Prueba exacta de Fisher
	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Máximo grado de estudios alcanzado por una persona..	Nivel educativo declarado por el participante.	Cualitativa	Ordinal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Chi cuadrado Prueba exacta de Fisher
	SEXO	El sexo hace referencia a las características biológicas que distinguen a los individuos masculinos y femeninos.	El sexo se clasifica en dos opciones: Masculino y femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Chi cuadrado Prueba exacta de Fisher
		Actividad laboral principal que desempeña una persona.	Ocupación declarada por el participante.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Desempleado • Estudiante • Trabajador dependiente • Trabajador 	Chi cuadrado Prueba

						independiente	exacta de Fisher
FACTORES ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN	ESTADO DE VACUNACIÓN	Situación de una persona en cuanto a la recepción del esquema completo de vacunación contra SARS-CoV-2.	Número de dosis recibidas y adherencia al esquema de vacunación recomendado.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema completo • Esquema incompleto • No vacunado 	Chi cuadrado Prueba exacta de Fisher
	FUENTE DE INFORMACIÓN	Medio a través del cual una persona obtiene información sobre la vacuna contra SARS-CoV-2.	Declaración del participante sobre la fuente principal de información que utiliza para informarse sobre la vacunación.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Científica/Gubernamental • Medios tradicionales • Redes sociales o boca a boca 	Chi cuadrado Prueba exacta de Fisher