



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Percepciones, barreras culturales y factores sociocomunicacionales que influyen en la aceptación o rechazo de la vacunación contra la COVID-19 en la parroquia Huambi, cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, durante el período pospandemia 2024–2025.”

Autoras:

Md. Andrea Carolina Núñez Miranda
Lcda. Jessica Mariela García Once

Tutor/a:

Msc. Katiuska Mederos Mollineda.

Milagro – Ecuador

2026

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, Md. Andrea Carolina Núñez Miranda, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del presente Proyecto de Investigación, mediante este documento cedo libre, expresa y voluntariamente los derechos de autor de esta obra, elaborada como requisito previo para la obtención del grado académico de Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud, como aporte a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral, de conformidad con lo establecido en el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación (COESCCI).

Concedo a la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI) una licencia gratuita, no exclusiva e intransferible, que autoriza el uso no comercial de esta obra, únicamente con fines académicos y científicos. Me reservo los derechos morales reconocidos por la normativa vigente.

Asimismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro a realizar la digitalización, almacenamiento, preservación y publicación del presente Proyecto de Investigación en el Repositorio Digital Institucional, conforme a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES).

Declaro que la obra autorizada es original, que no infringe derechos de terceros y que asumo la responsabilidad legal por cualquier reclamación vinculada a su contenido, liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 07 de mayo de 2026

Md. Andrea Carolina Núñez Miranda

C.I. 1804496659

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, Lcda. Jessica Mariela García Once, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del presente Proyecto de Investigación, mediante este documento cedo libre, expresa y voluntariamente los derechos de autor de esta obra, elaborada como requisito previo para la obtención del grado académico de Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud, como aporte a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral, de conformidad con lo establecido en el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación (COESCCI).

Concedo a la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI) una licencia gratuita, no exclusiva e intransferible, que autoriza el uso no comercial de esta obra, únicamente con fines académicos y científicos. Me reservo los derechos morales reconocidos por la normativa vigente.

Asimismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro a realizar la digitalización, almacenamiento, preservación y publicación del presente Proyecto de Investigación en el Repositorio Digital Institucional, conforme a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES).

Declaro que la obra autorizada es original, que no infringe derechos de terceros y que asumo la responsabilidad legal por cualquier reclamación vinculada a su contenido, liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 07 de mayo de 2026

Lcda. Jessica Mariela García Once

C.I. 0105656359

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, Msc. Katuska Mederos Mollineda, en mi calidad de directora del trabajo de titulación elaborado por las estudiantes Md. Andrea Carolina Núñez Miranda y Lcda. Jessica Mariela García Once, cuyo tema es “Percepciones y barreras culturales frente a la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi del cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, en el periodo postpandemia 2024–2025”, que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral, previo a la obtención del grado académico de Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud, certifico que dicho trabajo ha sido revisado en su totalidad.

El presente trabajo de titulación constituye una propuesta académica que incluye una investigación exploratoria y diagnóstica, sustento conceptual actualizado, análisis crítico, conclusiones fundamentadas y fuentes bibliográficas pertinentes. Considero que el mismo reúne los requisitos metodológicos, científicos y formales necesarios para ser sometido a evaluación por parte del tribunal calificador que corresponda; por tanto, apruebo su presentación, a fin de que pueda continuar con el proceso de titulación conforme a la modalidad de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 07 de mayo de 2026

Msc. Katuska Mederos Mollineda.

Directora del Trabajo de Titulación.

C.I. 0958824575

FACULTAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticuatro días del mes de julio del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, DRA NUÑEZ MIRANDA ANDREA CAROLINA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **“PERCEPCIONES Y BARRERAS CULTURALES SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 EN LA PARROQUIA HUAMBI, SUCÚA, 2024-2025.”**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Dr. NOVILLO MONTOYA CRISTINA ELIZABETH, Presidente(a), ROBLES LARRETA JOSELYN PAOLA en calidad de Vocal; y, FALCONI CALDERON EDIZON JAHIR que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.33
DEFENSA ORAL	39.00
PROMEDIO	97.33
EQUIVALENTE	EXCELENTE

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



MGS. NOVILLO MONTOYA CRISTINA ELIZABETH
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



ROBLES LARRETA JOSELYN PAOLA
VOCAL



FALCONI CALDERON EDIZON JAHIR
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



NUÑEZ MIRANDA ANDREA CAROLINA
MAESTRANTE

FACULTAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veinticuatro días del mes de julio del dos mil veintiseis, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. GARCIA ONCE JESSICA MARIELA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **“PERCEPCIONES Y BARRERAS CULTURALES SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 EN LA PARROQUIA HUAMBI, SUCÚA, 2024-2025.”**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Dr. NOVILLO MONTOYA CRISTINA ELIZABETH, Presidente(a), ROBLES LARRETA JOSELYN PAOLA en calidad de Vocal; y, FALCONI CALDERON EDIZON JAHIR que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.33
DEFENSA ORAL	39.00
PROMEDIO	97.33
EQUIVALENTE	EXCELENTE

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**CRISTINA ELIZABETH
NOVILLO MONTOYA**

MGS. NOVILLO MONTOYA CRISTINA ELIZABETH
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**JOSELYN PAOLA
ROBLES LARRETA**

ROBLES LARRETA JOSELYN PAOLA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**EDIZON JAHIR
FALCONI CALDERON**

FALCONI CALDERON EDIZON JAHIR
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**JESSICA MARIELA
GARCIA ONCE**

GARCIA ONCE JESSICA MARIELA
MAESTRANTE

DEDICATORIA

"La familia no es algo importante, lo es todo."

Michael J. Fox

Dedicamos este trabajo, ante todo, a nuestras familias, quienes han sido el pilar fundamental en cada etapa de este camino académico. A nuestros padres, por inculcarnos el valor del esfuerzo, la responsabilidad y la perseverancia, y por ser ejemplo constante de fortaleza y dedicación. Gracias por su guía, su apoyo incondicional y por enseñarnos que todo logro es posible cuando se construye con disciplina y amor.

A nuestros esposos, cuya paciencia, comprensión y respaldo emocional nos acompañaron durante los momentos más desafiantes de este proceso. Su aliento diario, su compañía y su confianza en nuestras capacidades fueron fundamentales para culminar esta meta. Gracias por ser nuestro refugio, nuestro impulso y nuestra mayor motivación para continuar.

A nuestros seres queridos, quienes, con su cariño, palabras de ánimo y presencia constante hicieron más ligero este camino. Este logro no nos pertenece únicamente a nosotras; es también de quienes caminaron a nuestro lado con amor, comprensión y fe en nuestro propósito.

Con profundo agradecimiento y cariño, dedicamos este trabajo a quienes han sido nuestra fortaleza y nuestro mayor motivo para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, por guiarnos, protegernos y darnos la fortaleza necesaria para perseverar en cada etapa de este proceso académico. Su luz y su sabiduría han sido nuestro sostén y nuestra inspiración para avanzar incluso en los momentos más difíciles.

Extendemos nuestro más sincero agradecimiento a nuestras familias y a nuestros esposos, quienes han sido el soporte emocional esencial durante esta trayectoria. Su comprensión, paciencia, apoyo inagotable y palabras de ánimo nos impulsaron a continuar y alcanzar este objetivo. Este logro es también de ustedes.

De manera muy especial, como autora de este trabajo, deseo dedicar unas palabras a mi hija, Pia Marypaz, quien me acompañó desde el vientre durante gran parte de este camino. En las largas jornadas de estudio, investigación y trabajo, su presencia fue la mayor fuente de motivación para no rendirme y continuar esforzándome por construir un mejor futuro para ambas. Aunque aún no había llegado al mundo, cada logro alcanzado estuvo inspirado en el inmenso amor que sentía por ella. Hoy, al culminar esta etapa, este trabajo también le pertenece, porque fue mi compañera silenciosa en cada noche de desvelo, en cada desafío superado y en cada paso dado hacia esta meta. A ella dedico con todo mi amor este logro académico, con la esperanza de que algún día sea un ejemplo de perseverancia, esfuerzo y dedicación.

Manifestamos nuestro reconocimiento a las instituciones y profesionales de salud de la parroquia Huambi, en el cantón Sucúa, por su apertura, colaboración y disposición para facilitar el desarrollo de esta investigación. Su compromiso con la salud comunitaria y su contribución al fortalecimiento del conocimiento científico han sido fundamentales para este trabajo.

Agradecemos igualmente a todas las personas que, de una u otra manera, aportaron con su tiempo, experiencia, información o apoyo moral. Cada gesto, consejo y acompañamiento ha sido invaluable en la construcción de este proyecto.

A todos ustedes, gracias por ser parte esencial de este logro académico que hoy celebramos con profundo orgullo y gratitud.

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito analizar las percepciones, barreras culturales y factores sociocomunicacionales que influyeron en la aceptación o rechazo de la vacunación contra la COVID-19 en la parroquia Huambi, cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, durante el período pos pandemia 2024–2025. El estudio buscó identificar los factores culturales, sociales y comunicacionales que condicionaron la conducta vacunal en esta población amazónica, considerando la influencia de las creencias tradicionales, las prácticas de medicina ancestral, la confianza en las instituciones sanitarias, la participación de líderes comunitarios y religiosos, así como el impacto de la desinformación y los rumores sobre la decisión de vacunarse. Para el desarrollo de la investigación se empleó un enfoque mixto, con diseño descriptivo y transversal, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas que permitieron obtener una comprensión amplia del fenómeno estudiado. La información fue recolectada mediante encuestas estructuradas dirigidas a la población adulta de la parroquia Huambi, utilizando escalas de medición que permitieron identificar percepciones, actitudes y conductas relacionadas con la vacunación. Complementariamente, se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con líderes comunitarios, representantes religiosos y personal de salud, con el propósito de profundizar en las dimensiones culturales y sociocomunicacionales que influyeron en la aceptación o rechazo de la inmunización. Los resultados de esta investigación permitieron comprender la interacción entre los factores socioculturales y la conducta vacunal en un contexto amazónico caracterizado por su diversidad cultural y territorial. Asimismo, la evidencia generada contribuyó al diseño de estrategias interculturales de comunicación sanitaria orientadas a fortalecer la confianza institucional, promover la participación comunitaria y favorecer la aceptación de la vacunación, aportando elementos técnicos para la planificación de intervenciones de salud pública culturalmente pertinentes y orientadas al fortalecimiento de los programas de inmunización en la parroquia Huambi y en territorios con características similares.

Palabras clave: vacunación contra la COVID-19; reticencia a la vacunación; comunicación en salud; competencia cultural; salud pública.

Abstract

The present study aimed to analyze the perceptions, cultural barriers, and socio-communication factors that influenced the acceptance or refusal of COVID-19 vaccination in Huambi Parish, Sucúa Canton, Morona Santiago Province, during the post-pandemic period of 2024–2025. The study sought to identify the cultural, social, and communication-related factors that shaped vaccination behavior in this Amazonian population, considering the influence of traditional beliefs, ancestral medicine practices, trust in healthcare institutions, the participation of community and religious leaders, as well as the impact of misinformation and rumors on the decision to receive vaccination. A mixed-methods approach with a descriptive cross-sectional design was employed, integrating quantitative and qualitative techniques to achieve a comprehensive understanding of the phenomenon under investigation. Data were collected through structured surveys administered to the adult population of Huambi Parish, using standardized measurement scales to identify perceptions, attitudes, and behaviors related to vaccination. Additionally, semi-structured interviews and focus group discussions were conducted with community leaders, religious representatives, and healthcare professionals to explore in greater depth the cultural and socio-communication dimensions that influenced the acceptance or refusal of immunization. The findings provided a comprehensive understanding of the interaction between sociocultural factors and vaccination behavior in an Amazonian context characterized by cultural diversity and territorial particularities. Furthermore, the evidence generated contributed to the development of intercultural health communication strategies aimed at strengthening institutional trust, promoting community participation, and enhancing vaccine acceptance. These findings provide technical evidence to support the planning and implementation of culturally appropriate public health interventions and to strengthen immunization programs in Huambi Parish and in other territories with similar sociocultural characteristics.

Keywords: COVID-19 vaccination; vaccine hesitancy; health communication; cultural competence; public health.

Lista de Figuras

Figura 1. Metodología PRISMA	pag. 45.
---	-----------------

Lista de Tablas

Tabla 1. Mapa operativo de variables.....	pag 19.
Tabla 2. Matriz de triangulación de la Información.....	pag 35.
Tabla 3. Distribución de la población según sexo.....	pag 55.
Tabla 4. Distribución por grupos etarios.....	pag 55.
Tabla 5. Nivel educativo.....	pag 56.
Tabla 6. Pertenencia étnica	pag 56.
Tabla 7. Ocupación	pag 57.
Tabla 8. Percepción del riesgo de COVID 19.....	pag 57.
Tabla 9. Confianza en la vacuna.....	pag 58.
Tabla 10. Temor a la vacunación.....	pag 58.
Tabla 11. Estado vacunal actual.....	pag 58.
Tabla 12. Intención futura de vacunarse.....	pag 59.
Tabla 13. Barreras identificadas.....	pag 59.
Tabla 14. Nivel de confianza por Etnia.....	pag 60.
Tabla 15. Niveles de temor por género.....	pag 61.
Tabla 16. Esquema de vacunación por edad.....	pag 61.
Tabla 17. Triangulación de resultados cuantitativos y cualitativos.....	pag 63.

SUMARIO

Tabla de contenido

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Delimitación del problema	7
1.3. Formulación del problema	8
1.4. Preguntas de investigación	8
1.5. Objetivos	8
1.5.1. Objetivo general	8
1.5.2. Objetivos específicos	8
1.6. Hipótesis	9
1.7. Justificación	9
1.8. Declaración de las variables	13
1.8.1. Variable independiente: Factores socioculturales asociados a la vacunación	14
1.8.2. Variable dependiente: Aceptación de la vacunación	17
1.9 Mapa operativo de variables	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	22
2.1. Antecedentes de Investigaciones recientes	22
2.2. Fundamentación conceptual de la vacunación contra el COVID-19	23
2.3. Percepciones, barreras culturales y determinantes sociales de la salud	24
2.3.1. Percepciones, creencias y representaciones sociales	24
2.3.2. Barreras culturales, espirituales y sociales frente a la vacunación	25
2.3.3. Desinformación, redes sociales y confianza institucional	26
2.3.4. Determinantes sociales de la salud y vacunación	26
2.4. Marco teórico específico	27
2.4.1. Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model)	28
2.4.2. Teoría del Comportamiento Planificado (Theory of Planned Behavior)	31
2.4.3. Enfoque de determinantes sociales de la salud	33
2.4.4. Enfoque de salud intercultural y atención primaria de salud	34
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	38
3.1. Tipo y diseño de investigación	38
3.1.1. Paradigma de investigación	38

3.1.2. Justificación del tipo y diseño de investigación	38
3.2. Población y muestra	39
3.2.1. Población	40
3.2.2. Muestra	40
3.3. Métodos y técnicas de recopilación de datos	41
3.3.1. Métodos de recolección de datos	42
3.3.2. Método PRISMA para la revisión documental	44
3.3.3. Matriz de sistematización de la búsqueda	46
3.3.4. Fundamentación metodológica del quinto objetivo específico	46
3.4. Procesamiento con técnicas de análisis cualitativos	46
3.5. Consideraciones éticas	48
3.6. Presentación de los resultados	50
3.6.1. Presentación de resultados cuantitativos	50
3.6.2. Presentación de resultados cualitativos	51
3.6.3. Integración y comparación de resultados	52
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	54
4.1. Introducción al análisis de resultados	54
4.2. Caracterización sociodemográfica ampliada	55
4.3. Percepciones sobre COVID-19 y vacunas	57
4.4. Conducta vacunal	58
4.5. Barreras culturales, sociales, espirituales y comunicacionales	59
4.6. Análisis comparativo entre grupos	60
4.6.1. Etnia mestizo vs. Shuar	60
4.6.2. Género	61
4.6.3. Edad	61
4.7. Resultados cualitativos ampliados	62
Categoría 1: Temor a efectos adversos	62
Categoría 2: Cosmovisión ancestral	62
Categoría 3: Influencia de líderes	62
Categoría 4: Rumores y desinformación	62
4.8. Triangulación	63
CAPITULO V: DISCUSIÓN	64
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	69

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	70
7.1. Para el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Distrito de Salud 14D03	70
7.2. Para la comunidad de Huambi	71
7.3. Para instituciones académicas	71
7.4. Para futuras investigaciones	72
BIBLIOGRAFÍA	73

Introducción

La pandemia por COVID-19 se constituyó en un fenómeno sanitario de alcance global que trascendió el ámbito estrictamente epidemiológico para configurarse como un proceso complejo de carácter multidimensional, con profundas implicaciones en los sistemas de salud, las estructuras sociales, las dinámicas económicas y las construcciones culturales de las sociedades contemporáneas. En este contexto, si bien la declaración del fin de la emergencia sanitaria internacional en 2023 marcó un punto de inflexión en la gestión global de la crisis, el periodo pospandemia continúa evidenciando desafíos sustantivos en materia de salud pública, particularmente en lo relativo a la sostenibilidad de las estrategias de prevención, la reducción de inequidades y la aceptación de intervenciones biomédicas como la vacunación.

Desde una perspectiva de salud pública, la vacunación contra el COVID-19 ha sido ampliamente reconocida como una de las intervenciones más efectivas para disminuir la carga de enfermedad, prevenir complicaciones graves y reducir la mortalidad. No obstante, la evidencia acumulada a nivel internacional ha demostrado que la disponibilidad de vacunas y la implementación de campañas masivas no garantizan por sí mismas niveles óptimos de cobertura, dado que la aceptación vacunal se encuentra mediada por un entramado de factores que exceden la dimensión biológica y se inscriben en el campo de lo social, lo cultural y lo simbólico. En este sentido, la vacunación debe ser comprendida no solo como un acto clínico, sino como una práctica social situada, influida por percepciones, creencias, experiencias históricas y relaciones de poder entre comunidades e instituciones.

En territorios caracterizados por alta diversidad cultural, como la región amazónica del Ecuador, estas dinámicas adquieren una complejidad particular.

La parroquia Huambi, ubicada en el cantón Sucúa, constituye un escenario donde confluyen sistemas de conocimiento heterogéneos, en los que el modelo biomédico occidental coexiste con prácticas de medicina tradicional, cosmovisiones indígenas y formas propias de interpretar la salud, la enfermedad y la prevención. En este contexto, la noción de enfermedad no se limita a una alteración fisiológica, sino que puede estar asociada a desequilibrios espirituales, relaciones con la naturaleza o procesos colectivos, lo cual redefine el sentido y la pertinencia de intervenciones como la vacunación.

Esta configuración sociocultural incide directamente en la manera en que la población percibe el riesgo asociado al COVID-19, evalúa los beneficios de la vacuna y construye su disposición hacia la inmunización. Así, la presencia de creencias tradicionales, la influencia de líderes comunitarios y religiosos, las experiencias previas con el sistema de salud, así como la circulación de desinformación a través de redes sociales y canales informales, configuran un entramado de significados que condiciona la conducta vacunal. Estas dinámicas se ven reforzadas por factores estructurales, tales como barreras geográficas, limitaciones en el acceso a servicios de salud, desigualdades socioeconómicas y brechas en la comunicación intercultural, que contribuyen a la persistencia de inequidades en salud.

La problemática adquiere relevancia en la medida en que, a pesar de los esfuerzos institucionales desplegados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y organismos internacionales, persisten niveles de resistencia o vacilación vacunal en comunidades rurales y amazónicas.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de trascender enfoques reduccionistas centrados exclusivamente en la provisión de servicios, para incorporar análisis que integren los determinantes sociales de la salud, las dimensiones culturales y las dinámicas comunitarias en la comprensión de los procesos de aceptación o rechazo de la vacunación.

En este marco, el presente estudio se orienta a analizar las percepciones y barreras socioculturales que influyen en la aceptación o rechazo de la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi durante el periodo postpandemia 2024–2025. El problema de investigación se formula a partir de la necesidad de comprender cómo se articulan los factores culturales, sociales y comunicacionales en la construcción de la conducta vacunal, considerando que esta no responde a decisiones individuales aisladas, sino a procesos colectivos mediados por normas sociales, representaciones simbólicas y relaciones de confianza o desconfianza hacia las instituciones sanitarias.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se sustenta en un enfoque integrador que articula distintos marcos conceptuales. Por un lado, el Modelo de Creencias en Salud permite analizar cómo la percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras influye en la adopción de conductas preventivas. Por otro, la Teoría del Comportamiento Planificado aporta elementos para comprender el papel de las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido en la intención de vacunarse. A estos enfoques se suma la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, que sitúa la conducta vacunal en el contexto de condiciones estructurales como la pobreza, la educación, el acceso a servicios y las desigualdades territoriales, así como el enfoque de salud intercultural, que enfatiza la necesidad de reconocer y articular los saberes tradicionales en la implementación de estrategias sanitarias.

En términos metodológicos, el estudio adopta un enfoque mixto, que combina técnicas cuantitativas y cualitativas con el propósito de abordar el fenómeno desde una perspectiva integral. El componente cuantitativo permite identificar patrones de comportamiento, niveles de aceptación vacunal y distribución de variables en la población, mientras que el componente cualitativo posibilita explorar en profundidad las narrativas, significados y experiencias que configuran las percepciones culturales de la comunidad. Esta integración metodológica responde a la naturaleza compleja del objeto de estudio, en

el cual convergen dimensiones objetivas y subjetivas que requieren ser analizadas de manera complementaria.

El aporte de esta investigación radica en la generación de evidencia contextualizada que permita comprender las dinámicas socioculturales específicas de la parroquia Huambi, contribuyendo a la formulación de estrategias de intervención más pertinentes y culturalmente adaptadas. En este sentido, los resultados no solo tienen implicaciones para la mejora de la cobertura vacunal, sino también para el fortalecimiento de la atención primaria de salud, la reducción de inequidades y el diseño de políticas públicas sensibles a la diversidad cultural.

Finalmente, la estructura del presente trabajo se organiza en varios capítulos que permiten un desarrollo sistemático del proceso investigativo. El Capítulo I presenta el problema de investigación, incluyendo su formulación, delimitación, objetivos, hipótesis, justificación y declaración de variables. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, en el cual se analizan los fundamentos conceptuales y los enfoques teóricos que sustentan el estudio. El Capítulo III describe el diseño metodológico, detallando el tipo de investigación, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos. El Capítulo IV expone los resultados obtenidos, integrando el análisis cuantitativo y cualitativo. El Capítulo V aborda la discusión de los hallazgos en relación con la literatura científica, seguido del Capítulo VI, que presenta las conclusiones, y el Capítulo VII, que formula recomendaciones orientadas a la mejora de las intervenciones en salud pública en contextos amazónicos.

En síntesis, esta investigación se inscribe en la necesidad de comprender la vacunación más allá de su dimensión biomédica, reconociéndola como un fenómeno socialmente construido, en el que confluyen cultura, poder, conocimiento y experiencia, elementos indispensables para el diseño de respuestas sanitarias más equitativas, efectivas y culturalmente pertinentes.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La pandemia por COVID-19 ha constituido uno de los acontecimientos sanitarios más trascendentales del siglo XXI, generando impactos sociales, económicos, culturales y epidemiológicos que continúan manifestándose incluso después de su fase más crítica. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el fin de la emergencia sanitaria global en 2023, el período pospandemia ha evidenciado la persistencia de desigualdades en salud pública, especialmente en territorios rurales y comunidades indígenas, donde la aceptabilidad de las vacunas continúa condicionada por factores culturales, percepciones de riesgo, experiencias previas y niveles de confianza en el sistema sanitario (Torres, Moreno & Rivadeneira, 2023).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsó campañas de vacunación masiva que permitieron reducir considerablemente la morbilidad y mortalidad asociadas al virus. No obstante, en provincias como Morona Santiago se han identificado menores niveles de cobertura vacunal, asociados a factores geográficos, barreras lingüísticas, prácticas ancestrales y la persistencia de desinformación, difundida principalmente a través de redes sociales. Esta situación evidencia la necesidad de comprender el contexto sociocultural que influye en la decisión de vacunarse.

La parroquia Huambi, ubicada en el cantón Sucúa, presenta características socioculturales particulares. Sus habitantes combinan prácticas biomédicas con saberes ancestrales amazónicos, donde la salud es entendida como un equilibrio espiritual, emocional y físico. En este contexto, la interpretación de enfermedades como la COVID-19 trasciende las explicaciones biomédicas, incorporando dimensiones simbólicas, espirituales y comunitarias. Asimismo, existe una influencia significativa de líderes tradicionales, religiosos y comunitarios en la toma de decisiones relacionadas con la salud, junto con la

circulación de rumores y desinformación que generan desconfianza hacia las vacunas (Maldonado, 2024).

El personal del Centro de Salud Tipo A Huambi ha reportado dificultades en la promoción de la vacunación, señalando la persistencia de creencias relacionadas con efectos adversos, alteraciones del equilibrio corporal, riesgos espirituales o afectaciones a la fertilidad. Además, las estrategias de comunicación intercultural implementadas no han sido suficientes para contrarrestar la desinformación, lo que ha contribuido al fortalecimiento de la resistencia vacunal en determinados grupos poblacionales (Lapo-Talledo et al., 2023).

De acuerdo con los reportes epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública (MSP), durante la pandemia y el período pospandemia persistieron brechas importantes en la cobertura de vacunación contra la COVID-19 en las zonas rurales y amazónicas del Ecuador, particularmente en territorios pertenecientes al Distrito de Salud 14D03 Sucúa–Logroño. Estas limitaciones estuvieron relacionadas con dificultades geográficas de acceso, dispersión poblacional, barreras socioculturales, desinformación y desconfianza hacia las instituciones sanitarias. En la parroquia Huambi, caracterizada por una importante presencia de población rural e intercultural, la aceptación de la vacuna se vio influenciada además por creencias tradicionales, prácticas de medicina ancestral y la circulación de rumores sobre los posibles efectos adversos de la inmunización.

Informes del MSP y de la Organización Panamericana de la Salud han señalado que, aunque las campañas nacionales permitieron ampliar la cobertura vacunal, en sectores amazónicos aún se evidencian esquemas incompletos y baja adherencia a dosis de refuerzo, especialmente en poblaciones con acceso limitado a servicios de salud y menor confianza institucional. Esta situación incrementa el riesgo de reaparición de brotes y refleja la necesidad de fortalecer estrategias de promoción de salud con enfoque intercultural y comunitario. En este contexto, resulta fundamental analizar las percepciones y barreras culturales que condicionan la conducta vacunal de la población de Huambi, con el fin de

generar evidencia local que contribuya al diseño de intervenciones sanitarias culturalmente pertinentes y orientados a mejorar la cobertura vacunal en el Distrito 14D043

A pesar de la existencia de estudios sobre percepciones culturales frente a la vacunación en otras provincias amazónicas como Pastaza y Orellana, no se dispone de investigaciones específicas en la parroquia Huambi. Esta ausencia de evidencia limita la formulación de estrategias sanitarias contextualizadas y reduce la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las necesidades locales.

En este contexto, surge la necesidad de investigar de manera profunda y contextualizada las percepciones, creencias, barreras culturales, influencias comunitarias y factores de desinformación que inciden en la aceptación o rechazo de la vacunación contra la COVID-19 en la parroquia Huambi durante el período pospandemia 2024–2025. Los resultados permitirán generar estrategias de intervención culturalmente pertinentes que contribuyan al fortalecimiento de la salud pública en la región amazónica.

1.2. Delimitación del problema

Delimitación **espacial**: Parroquia Huambi, cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, Ecuador.

Delimitación **temporal**: Período pospandemia 2024–2025.

Delimitación **conceptual**: Percepciones, creencias, barreras culturales, influencia comunitaria, desinformación y aceptación o rechazo de la vacunación contra la COVID-19.

Delimitación **poblacional**: Personas adultas residentes en la parroquia Huambi, usuarias o potenciales usuarias del Centro de Salud de Huambi.

1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son las percepciones y barreras culturales que influyen en la aceptación o rechazo de la vacunación contra la COVID-19 en la parroquia Huambi, cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, durante el período pospandemia 2024–2025?

1.4. Preguntas de investigación

1. ¿Qué percepciones, creencias y actitudes tiene la población adulta de Huambi frente a la vacunación contra el COVID-19?
2. ¿Cuáles son las principales barreras culturales, sociales y religiosas que influyen en la conducta vacunal?
3. ¿Qué papel desempeñan los líderes comunitarios, tradicionales y religiosos en la aceptación o rechazo de la vacuna?
4. ¿Cómo influyen la desinformación y los rumores en la decisión de vacunarse?
5. ¿Qué estrategias culturalmente pertinentes pueden fortalecer la aceptación de la vacuna en la parroquia Huambi?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Analizar las percepciones y barreras culturales que influyen en la aceptación o rechazo de la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi del cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, durante el periodo postpandemia 2024–2025.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Identificar las percepciones, creencias y actitudes de la población adulta de Huambi respecto a la vacunación contra el COVID-19.
2. Describir las barreras culturales, sociales y religiosas que condicionan la conducta vacunal en la comunidad.

3. Analizar la influencia de los líderes comunitarios, tradicionales y religiosos en la aceptación o rechazo de la vacunación.
4. Examinar el impacto de la desinformación y los rumores difundidos en redes sociales sobre la decisión de vacunarse.
5. Proponer estrategias culturalmente pertinentes que fortalezcan la comunicación sanitaria y promuevan la aceptación vacunal en la parroquia Huambi.

1.6. Hipótesis

Las percepciones y barreras socioculturales no influyen significativamente en la aceptación o rechazo de la vacunación contra la COVID-19 en la parroquia Huambi.

1.7. Justificación

El presente estudio analiza la influencia de las percepciones culturales, creencias tradicionales y barreras sociales en la aceptación o rechazo de la vacunación contra la COVID-19 en la parroquia Huambi. Su importancia radica en que, incluso en el período pospandemia, la vacunación continúa siendo una herramienta fundamental para la prevención de brotes, la reducción de complicaciones y la disminución de la mortalidad asociada a enfermedades transmisibles, particularmente en poblaciones del área rural y en situación de vulnerabilidad, como aquellas asentadas en territorios amazónicos (OMS, 2024). En este contexto, comprender los factores que determinan las decisiones relacionadas con la vacunación resulta de suma importancia para fortalecer las intervenciones de salud pública y optimizar la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

En las comunidades amazónicas, la interacción entre el modelo biomédico y los sistemas de medicina tradicional ha configurado históricamente las formas de interpretar los procesos de salud y enfermedad. Durante la pandemia por COVID-19, esta relación intercultural incidió de manera significativa en los niveles de aceptación o resistencia hacia la vacunación, influida por creencias espirituales, prácticas ancestrales y dinámicas propias de la organización comunitaria. Diversos estudios realizados en poblaciones indígenas

amazónicas evidencian que las decisiones frente a medidas preventivas no responden exclusivamente a criterios biomédicos, sino que están profundamente vinculadas con concepciones de equilibrio entre la parte espiritual, natural y social, lo cual condiciona directamente la aceptación de las vacunas (Henríquez-Trujillo et al., 2021). A ello se suma la difusión de información no verificada, rumores y narrativas locales que, durante la emergencia sanitaria, incrementaron el temor a posibles efectos adversos y debilitaron la confianza en las instituciones de salud, situación documentada en investigaciones recientes realizadas en Ecuador (Lapo-Talledo et al., 2023).

La importancia de este estudio también se sustenta en la limitada disponibilidad de investigaciones específicas en la parroquia Huambi y en la provincia de Morona Santiago, evidenciando un vacío tanto en el ámbito académico como en la gestión sanitaria local. La generación de evidencia contextualizada permitirá identificar los factores culturales y sociales que influyen en la conducta vacunal de la población, contribuyendo con información clave para el diseño de estrategias de intervención acordes al contexto sociocultural. Este aporte resulta fundamental para fortalecer la atención primaria en salud, mejorar la cobertura de vacunación y contribuir a la reducción de inequidades, en concordancia con los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2024). Asimismo, el estudio permitirá profundizar en el análisis de la relación entre cultura, confianza institucional y toma de decisiones en salud, elementos clave para consolidar respuestas sanitarias más efectivas en escenarios pospandémicos.

La pertinencia de esta investigación también se sustenta en la situación epidemiológica y vacunal observada en la provincia de Morona Santiago y en el Distrito de Salud 14D03 Sucúa–Logroño. Diversos reportes del Ministerio de Salud Pública evidencian que las provincias amazónicas han presentado históricamente menores coberturas de vacunación contra la COVID-19 en comparación con otras regiones del país, particularmente en las dosis de refuerzo y esquemas completos. Datos oficiales reportaron

que Morona Santiago se encontraba entre las provincias con menor cobertura de vacunación completa a nivel nacional, alcanzando aproximadamente el 65 % de población con esquema completo, además de registrar importantes porcentajes de población sin inmunización contra COVID-19 (MSP, 2022).

Asimismo, informes recientes del Ministerio de Salud Pública y de la Coordinación Zonal 6 señalan que continúan desarrollándose campañas intensivas de inmunización y barridos vacunales en sectores rurales y amazónicos de Morona Santiago, debido a la persistencia de esquemas incompletos y dificultades para alcanzar coberturas óptimas en comunidades dispersas geográficamente. Esta problemática se relaciona con factores estructurales como acceso limitado a los servicios de salud, dispersión territorial, barreras culturales y circulación de desinformación, condiciones que también caracterizan a la parroquia Huambi y al Distrito 14D03 Sucúa–Logroño.

De igual manera, el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de Huambi reconoce que la parroquia forma parte del circuito 14D03C01, perteneciente a un territorio amazónico con limitaciones de acceso y condiciones de vulnerabilidad social que repercuten directamente en la atención sanitaria y en las estrategias de prevención. En este contexto, fortalecer la aceptación de la vacunación continúa siendo una prioridad de salud pública, especialmente considerando que la disminución de coberturas vacunales incrementa el riesgo de reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles y de nuevos brotes epidémicos.

Por tanto, la generación de evidencia científica local sobre las percepciones y barreras culturales asociadas a la vacunación permitirá comprender de manera más precisa las causas que condicionan la conducta vacunal en Huambi y contribuirá al diseño de estrategias interculturales orientadas a mejorar las coberturas de inmunización, fortalecer la confianza comunitaria y optimizar las acciones de promoción y prevención desarrolladas por el distrito 14D03 y el Ministerio de Salud Pública.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación adopta un enfoque mixto que combina herramientas cuantitativas y cualitativas, lo cual permite abordar el fenómeno desde una perspectiva integral. Por un lado, la aplicación de encuestas estructuradas facilitará la medición de percepciones, actitudes y niveles de aceptación o rechazo de la vacuna en la población adulta. Por otro, las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales dirigidos a líderes comunitarios, actores tradicionales, representantes religiosos y personal de salud permitirán profundizar en los significados culturales y experiencias locales relacionadas con la vacunación. La articulación de ambos enfoques, mediante procesos de triangulación, fortalecerá la validez y consistencia de los resultados, proporcionando una comprensión más amplia y robusta del problema investigado (Wasti et al., 2022).

Los beneficios que se derivan de esta investigación se proyectan en distintos niveles. A nivel comunitario, los habitantes de la parroquia Huambi podrán acceder a estrategias de comunicación e intervención más acordes a su cosmovisión y contexto sociocultural. En el ámbito institucional, el Centro de Salud de Huambi dispondrá de información relevante para optimizar sus acciones de promoción y prevención, fortaleciendo su vínculo con la comunidad. De igual manera, el Distrito 14D03 y el Ministerio de Salud Pública contarán con evidencia local que permitirá ajustar y reforzar las campañas de vacunación desde un enfoque intercultural. En el ámbito académico, la Universidad Estatal de Milagro fortalecerá su producción científica en el campo de la salud pública, mientras que la comunidad investigadora dispondrá de nuevos aportes sobre el comportamiento vacunal en contextos amazónicos, un tema aun insuficientemente explorado.

En síntesis, el presente estudio se justifica por su pertinencia social, importancia científica y aplicabilidad práctica. Su principal contribución radica en visibilizar los factores culturales y sociales que influyen en la aceptación de la vacunación, generando evidencia que puede orientar la formulación de políticas públicas y el diseño de intervenciones efectivas en contextos amazónicos del Ecuador.

1.8. Declaración de las variables

La operacionalización de variables constituye un componente metodológico fundamental en cualquier proceso investigativo, pues permite traducir los conceptos teóricos en elementos observables, medibles y analizables (Andrade, 2021). En el presente estudio, las variables se desprenden del problema de investigación y se orientan a comprender la relación entre los factores socioculturales de la población de Huambi y su aceptación o rechazo frente a la vacunación contra el COVID-19. Para ello, es importante definir claramente cada variable, sus dimensiones, categorías de análisis y su relación con la conducta vacunal.

Las percepciones culturales sobre la vacunación constituyen un fenómeno complejo que involucra representaciones sociales, creencias tradicionales, discursos comunitarios, prácticas espirituales, experiencias previas con el sistema sanitario y niveles de confianza en la medicina occidental. Estas percepciones actúan como filtros interpretativos que guían la conducta individual ante intervenciones biomédicas (MacDonald, 2015; Sanders et al., 2024).

Por otro lado, la aceptación vacunal es entendida como la disposición consciente de recibir o rechazar una vacuna, influenciada por la evaluación personal del riesgo, beneficios percibidos, influencia social, información disponible y las experiencias previas con los servicios de salud. Estudios recientes han demostrado que estos factores se asocian directamente con la intención de vacunarse y con las decisiones individuales respecto a la inmunización (Kazeminia et al., 2022). En contextos rurales amazónicos, esta variable adquiere características particulares vinculadas a la cosmovisión local, la presencia de líderes tradicionales (síndicos y shamanes), la importancia de la medicina ancestral y las barreras históricas en el acceso a los servicios sanitarios, elementos que pueden influir en la aceptación o rechazo de la vacunación.

A continuación, se presenta el desarrollo detallado de ambas variables.

1.8.1. Variable independiente: Factores socioculturales asociados a la vacunación

La variable independiente comprende el conjunto de factores socioculturales que influyen en la forma en que la población interpreta el COVID-19, percibe sus riesgos y decide aceptar o rechazar la vacunación. Estos factores integran dimensiones culturales, sociales, simbólicas y comunicacionales que, en conjunto, configuran patrones de comportamiento frente a la vacunación.

1.8.1.1. Definición conceptual

Los factores socioculturales se definen como el conjunto de creencias, valores, percepciones, experiencias previas, prácticas comunitarias y formas de conocimiento que condicionan la toma de decisiones en salud. En comunidades indígenas ecuatorianas, se ha evidenciado que aspectos como la percepción de seguridad de las vacunas, creencia en posibles intenciones ocultas y circulación de información errónea influyen significativamente en la disposición a vacunarse (Hernández Bandera et al., 2022).

En contextos como la Amazonía ecuatoriana, estos factores se articulan con cosmovisiones donde salud y enfermedad están vinculadas a dimensiones espirituales, la relación con la naturaleza y medicina ancestral, lo que hace necesario incorporar enfoques interculturales en las estrategias de vacunación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2021).

1.8.1.2. Dimensiones de la variable

Para abordar esta variable de forma exhaustiva, se dividen sus componentes en varias dimensiones:

a) Percepciones sobre la salud y la enfermedad

Incluye creencias sobre el origen del COVID-19, su transmisión, gravedad y relación con explicaciones espirituales o sobrenaturales. Por ejemplo, la idea de que la enfermedad es castigo, desequilibrio espiritual o consecuencia de acciones

colectivas.

b) Creencias culturales y tradicionales

Comprende prácticas ancestrales, uso de medicina tradicional, rituales de sanación, valor simbólico del cuerpo y resistencia histórica a prácticas biomédicas. Estas creencias pueden fortalecer o debilitar la intención de vacunarse.

c) Confianza en instituciones sanitarias

Considera el nivel de credibilidad hacia médicos, enfermeras, centros de salud, el MSP y organismos internacionales como la OPS (2021) y la OMS. La confianza institucional es un factor determinante en la aceptación de vacunas, y la evidencia muestra que la desconfianza hacia las autoridades sanitarias se constituye como uno de los predictores más fuertes de la resistencia vacunal (Adhikari et al., 2022).

d) Influencia de líderes comunitarios y religiosos

Los líderes comunitarios amazónicos poseen un rol central en la toma de decisiones. Sus discursos pueden legitimar o desanimar la vacunación. Esta influencia es especialmente importante en zonas rurales donde la autoridad moral y espiritual de los líderes es muy fuerte.

e) Experiencias previas con el sistema de salud

Historias de maltrato, discriminación, barreras idiomáticas y falta de pertinencia cultural influyen en la percepción del riesgo frente a intervenciones sanitarias. Experiencias negativas pueden generar rechazo no solo a la vacuna, sino a todo el sistema de salud.

f) Desinformación y circulación de rumores

La difusión de noticias falsas sobre los efectos de la vacuna, su composición o supuestos riesgos espirituales va a afectar de manera directa la toma de decisiones, especialmente cuando circula en entornos con baja alfabetización digital o científica,

donde la desinformación se filtra y amplifica con mayor facilidad (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021).

g) Temor a efectos adversos

El miedo se basa en experiencias, rumores, desinformación y falta de acompañamiento profesional. Ejemplos frecuentes son: “la vacuna puede causar infertilidad”, “produce enfermedades graves”, “debilita la sangre” o “afecta el corazón”.

1.8.1.3. Dimensión sociocomunitaria

Incluye dinámica familiar, presión social, normas locales, cohesión comunitaria y mecanismos de control social. La vacunación no es un acto estrictamente individual; está influenciada por las expectativas, juicios y prácticas colectivas. En muchas comunidades, “lo que hace el grupo” pesa más que la decisión personal.

1.8.1.4. Dimensión comunicacional

Evalúa la cantidad, calidad, pertinencia cultural y eficacia de los mensajes emitidos por el sistema de salud, así como la accesibilidad lingüística y simbólica de la información. Incluye tanto la comunicación formal (campañas institucionales) como la informal (rumores, testimonios, redes sociales, radios comunitarias).

1.8.1.5. Indicadores de la variable independiente

Los indicadores permiten transformar cada dimensión en elementos observables y medibles. Algunos de ellos son:

- Nivel de conocimiento sobre el COVID-19 y las vacunas.
- Grado de confianza en la seguridad y eficacia de la vacuna.
- Uso de medicina ancestral como alternativa o complemento a la vacunación.
- Influencia percibida de líderes comunitarios y religiosos en decisiones de salud.

- Frecuencia de exposición a información confiable frente a desinformación.
- Nivel de temor a efectos adversos.
- Percepción de trato recibido en los servicios de salud.
- Grado de identificación con creencias espirituales asociadas a la enfermedad.

1.8.2. Variable dependiente: Aceptación de la vacunación.

La variable dependiente representa el resultado observable influido por las percepciones culturales previamente descritas. Corresponde al nivel en que la población está dispuesta o no a recibir la vacuna.

1.8.2.1. Definición conceptual

La aceptación vacunal se define como la disposición individual o colectiva para consentir la administración de una vacuna, determinada por la percepción del riesgo, la confianza en la ciencia, la comunicación institucional y los valores culturales (Lazarus et al., 2021; WHO, 2023). En Huambi, esta conducta se expresa en una compleja interacción de conocimientos indígenas y discursos del sistema de salud.

1.8.2.2. Dimensiones de la variable dependiente

a) Actitudes frente a la vacunación

Incluye percepciones positivas o negativas, predisposición emocional, confianza en la efectividad de la vacuna y valoración del riesgo/beneficio.

b) Conducta vacunal

Se refiere a si la persona ha recibido la vacuna, la rechaza o se mantiene indecisa. Incluye el número de dosis recibidas, cumplimiento del esquema y participación en refuerzos.

c) Intención futura de vacunarse

Considera si la población está dispuesta a recibir nuevas dosis en caso de brotes, variantes emergentes o campañas futuras.

d) Nivel de información confiable recibida

Evalúa si la conducta vacunal está basada en información verificada o en rumores, y si proviene de personal de salud, medios oficiales o fuentes informales.

e) Acceso y disponibilidad

Incluye la percepción sobre distancia al centro de salud, horarios, costos indirectos y barreras logísticas. Aunque es un factor más estructural, influye en la decisión final.

1.8.2.3. Indicadores de la variable dependiente

- Estado vacunal actual (vacunado, no vacunado, parcialmente vacunado).
- Número total de dosis recibidas.
- Intención de recibir o no futuras dosis.
- Motivos declarados para aceptar o rechazar la vacuna.
- Percepción de seguridad y efectividad de la vacuna.
- Influencia familiar o comunitaria en la decisión.
- Confianza en el personal de salud del Centro de Salud de Huambi.

1.8.2.4. Relación entre variables

En el presente estudio, los factores socioculturales asociados a la vacunación (variable independiente) influyen directamente en la aceptación de la vacunación (variable dependiente). Esta relación se sustenta en modelos teóricos como el Modelo de Creencias en Salud y la Teoría del Comportamiento Planeado, los cuales explican que las creencias, normas sociales y percepciones de riesgo condicionan las conductas preventivas.

La evidencia científica respalda que las creencias culturales, la confianza en el sistema de salud y las experiencias previas influyen en la decisión de vacunarse, especialmente en poblaciones con características socioculturales particulares (Betsch et al., 2018; Kèselman et al., 2022).

1.9 Mapa operativo de variables

Tabla 1. Mapa operativo de variables

Variable	Tipo	Dimensión	Indicadores	Ítems (ejemplo)	Técnica	Instrumento	Escala de medición
Factores socioculturales asociados a la vacunación	Independiente	Percepciones sobre salud y enfermedad	Creencias sobre origen y gravedad del COVID-19	¿Considera que el COVID-19 tiene causas espirituales o naturales?	Encuesta	Cuestionario estructurado	Likert (1–5)
		Creencias culturales y tradicionales	Uso de medicina ancestral	¿Prefiere medicina tradicional antes que la vacunación?	Encuesta / Entrevista	Cuestionario / Guía de entrevista	Likert / Abierta
		Confianza en instituciones sanitarias	Nivel de confianza en el sistema de salud	¿Confía en la información proporcionada por el personal de salud?	Encuesta	Cuestionario	Likert (1–5)
		Influencia de líderes comunitarios y religiosos	Grado de influencia en decisiones de salud	¿Las opiniones de líderes comunitarios influyen en su decisión de vacunarse?	Encuesta / Grupo focal	Cuestionario / Guía	Likert
		Experiencias previas con el sistema de salud	Percepción del trato recibido	¿Ha tenido experiencias negativas en el centro de	Encuesta	Cuestionario	Likert

Aceptación de la vacunación	Dependiente	Desinformación y rumores	Exposición a noticias falsas	¿Ha recibido información negativa sobre la vacuna en redes sociales?	Encuesta	Cuestionario	Dicotómica (Sí/No)
		Temor a efectos adversos	Nivel de miedo a la vacuna	¿Cree que la vacuna puede causar efectos graves?	Encuesta	Cuestionario	Likert
		Dimensión sociocomunitaria	Presión social o familiar	¿Su familia influye en su decisión de vacunarse?	Encuesta	Cuestionario	Likert
		Dimensión comunicacional	Acceso a información clara	¿La información sobre la vacuna es comprensible para usted?	Encuesta	Cuestionario	Likert
	Independiente	Actitudes frente a la vacunación	Percepción de eficacia y seguridad	¿Considera que la vacuna es segura y efectiva?	Encuesta	Cuestionario	Likert
		Conducta vacunal	Estado vacunal	¿Ha recibido la vacuna contra COVID-19?	Encuesta	Cuestionario	Categorica
		Conducta vacunal	Número de dosis	¿Cuántas dosis ha recibido?	Encuesta	Cuestionario	Numerica
		Intención futura	Disposición a vacunarse	¿Se vacunaría nuevamente si fuera necesario?	Encuesta	Cuestionario	Likert
		Nivel de información	Fuente de información	¿Su decisión se basa en información médica confiable?	Encuesta	Cuestionario	Likert
		Acceso y disponibilidad	Barreras geográficas o	¿Ha tenido dificultades	Encuesta	Cuestionario	Dicotómica

	económicas	s para acceder a la vacuna?			
Influencia social	Opinión de familia/comunidad	¿Su entorno influye en su decisión de vacunarse?	Encuesta	Cuestionario	Likert

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Investigaciones recientes

En los últimos cinco años, múltiples investigaciones han abordado las percepciones, barreras culturales y aceptación de la vacunación contra la COVID-19 en poblaciones indígenas, rurales y amazónicas. Estos estudios evidencian que la conducta vacunal está influenciada no solo por factores biomédicos, sino también por determinantes socioculturales, desigualdades estructurales y niveles de confianza institucional.

En Ecuador, Morales-Jadán et al. (2024) analizaron los brotes de COVID-19 en comunidades indígenas amazónicas durante la primera ola de la pandemia, identificando elevadas tasas de transmisión en pueblos Waorani, Shuar, Kichwa, Siona y Kofán. Los autores concluyeron que las comunidades amazónicas enfrentaron importantes limitaciones de acceso a servicios sanitarios y vigilancia epidemiológica, evidenciando vulnerabilidad estructural y barreras territoriales que condicionaron la respuesta sanitaria.

De igual manera, Ortiz-Prado et al. (2021) documentaron la elevada prevalencia de SARS-CoV-2 en comunidades Waorani de la Amazonía ecuatoriana, señalando que el aislamiento comunitario no logró evitar la propagación del virus y que las poblaciones indígenas enfrentaron importantes dificultades de acceso a atención médica y estrategias preventivas culturalmente pertinentes.

Por otra parte, Rivadeneira, Torres y Moreno (2023) estudiaron las desigualdades socioeconómicas relacionadas con la vacunación contra la COVID-19 en Ecuador, demostrando que las poblaciones rurales e indígenas presentaron menores coberturas vacunales en comparación con sectores urbanos. El estudio identificó que factores como pobreza, nivel educativo, ruralidad y pertenencia étnica influyeron significativamente en el acceso y aceptación de la vacunación.

Asimismo, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) han señalado que la vacilación vacunal en comunidades indígenas y rurales está estrechamente relacionada con la desinformación, la falta de comunicación intercultural, el temor a efectos adversos y la desconfianza histórica hacia las instituciones sanitarias.

En contextos amazónicos latinoamericanos, investigaciones recientes también evidencian que la incorporación de líderes comunitarios, agentes tradicionales y estrategias interculturales favorece la aceptación de campañas de inmunización y fortalece la confianza comunitaria en los servicios de salud. En consecuencia, la literatura científica coincide en la necesidad de desarrollar investigaciones contextualizadas que permitan comprender las percepciones culturales y barreras específicas presentes en territorios amazónicos como la parroquia Huambi.

2.2. Fundamentación conceptual de la vacunación contra el COVID-19

La pandemia por COVID-19, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, representó un desafío sanitario, social, económico y cultural sin precedentes en el siglo XXI. Más allá de su impacto epidemiológico, el SARS-CoV-2 puso a prueba la resiliencia de los sistemas de salud, el liderazgo político y la confianza de la población en las instituciones públicas, en la ciencia y en los mecanismos de comunicación sanitaria (World Health Organization [WHO], 2020).

Las vacunas contra la COVID-19 se consolidaron como una de las estrategias más efectivas para reducir complicaciones graves, hospitalizaciones y mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores, personas con comorbilidades o con inmunosupresión. La evidencia científica demuestra que la vacunación disminuyó significativamente el riesgo de enfermedad grave y muerte, incluso frente a variantes de alta transmisibilidad (WHO, 2023; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

No obstante, la disponibilidad de vacunas no garantiza su aceptación. La OMS ha señalado que la “vacilación vacunal” constituye un fenómeno multifactorial asociado a percepciones de riesgo, confianza institucional, barreras de acceso, creencias culturales, desinformación y experiencias previas con el sistema de salud (Limbu & Gautam, 2022). En este sentido, la vacunación debe entenderse no solo como un acto biomédico, sino también como un fenómeno social.

En Ecuador, el proceso de vacunación se implementó por fases, priorizando grupos de riesgo y posteriormente ampliándose a la población general. Sin embargo, en regiones amazónicas como Morona Santiago persisten brechas en la cobertura vacunal, asociadas a factores geográficos, limitaciones de acceso, dispersión poblacional y, especialmente, a barreras socioculturales e históricas entre los pueblos indígenas y el sistema de salud (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024).

La parroquia Huambi refleja este contexto. Se trata de un territorio donde convergen prácticas biomédicas y saberes ancestrales, en el que la salud es concebida como un equilibrio entre dimensiones físicas, espirituales y comunitarias. En este escenario, la vacunación puede ser interpretada como una intervención externa que entra en diálogo —o en tensión— con los valores culturales locales (FILAC, 2021; Gallegos Maldonado, 2024).

Por tanto, comprender las percepciones y barreras culturales frente a la vacunación requiere integrar enfoques biomédicos, sociales e interculturales que permitan interpretar la conducta vacunal en contextos amazónicos como Huambi.

2.3. Percepciones, barreras culturales y determinantes sociales de la salud.

2.3.1. Percepciones, creencias y representaciones sociales

Las percepciones constituyen interpretaciones subjetivas de la realidad, influenciadas por la cultura, las experiencias previas, las creencias religiosas, la información

disponible y las dinámicas comunitarias. En el ámbito de la salud, estas percepciones influyen en la manera en que las personas comprenden la enfermedad, el riesgo y la utilidad de las medidas preventivas (Santos et al., 2023).

El concepto de representaciones sociales permite explicar cómo las comunidades construyen significados sobre fenómenos complejos mediante la integración de conocimientos científicos, experiencias colectivas, rumores y narrativas culturales (Siu, Fung & Leung, 2019).

En comunidades amazónicas, estas representaciones se encuentran profundamente vinculadas a la cosmovisión indígena, en la cual la salud se entiende como un equilibrio entre el individuo, la comunidad, la naturaleza y lo espiritual (Zavaleta-Cortijo et al., 2020). En este marco, enfermedades como la COVID-19 pueden interpretarse desde perspectivas simbólicas o espirituales, lo que influye en la aceptación de intervenciones biomédicas como la vacunación.

2.3.2. Barreras culturales, espirituales y sociales frente a la vacunación

La resistencia vacunal no responde únicamente a la falta de información, sino a marcos culturales que otorgan significados específicos al cuerpo, la enfermedad y las intervenciones sanitarias. Diversos estudios han identificado barreras recurrentes en contextos rurales e indígenas (OPS, 2022), entre las que destacan:

- ✓ Interpretaciones espirituales de la enfermedad.
- ✓ Preferencia por la medicina tradicional.
- ✓ Desconfianza histórica hacia el sistema de salud.
- ✓ Circulación de rumores sobre efectos adversos.
- ✓ Narrativas conspirativas en torno a la vacunación.

Estas barreras se articulan con desigualdades estructurales como pobreza, bajo nivel educativo y acceso limitado a información confiable, configurando un escenario complejo en el que la decisión de vacunarse trasciende el ámbito individual.

2.3.3. Desinformación, redes sociales y confianza institucional

La desinformación —incluyendo noticias falsas, teorías conspirativas y contenidos no verificados— tuvo un impacto significativo durante la pandemia y continúa influyendo en el período pospandemia (Freeman et al., 2022; OPS, 2022).

La confianza institucional constituye un factor determinante en la aceptación de la vacunación. Las poblaciones que han experimentado exclusión, discriminación o falta de pertinencia cultural en los servicios de salud tienden a mostrar mayores niveles de desconfianza.

En comunidades como Huambi, la relación con el sistema de salud se encuentra mediada por la historia de la región, la colonización, la marginación territorial, la falta de pertinencia cultural de los servicios y la tensión entre el modelo biomédico y el modelo de salud indígena. Por ello, la desinformación encuentra un terreno fértil cuando se superpone a esa desconfianza previa.

En contextos como Huambi, esta desconfianza se ve reforzada por factores históricos, culturales y lingüísticos, lo que favorece la circulación de rumores y afecta negativamente la conducta vacunal.

2.3.4. Determinantes sociales de la salud y vacunación

Los determinantes sociales de la salud (DSS) hacen referencia a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, así como a la distribución de recursos y oportunidades (WHO, 2024). La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la

OMS evidenció que las desigualdades sanitarias no son producto del azar, sino de estructuras sociales injustas que afectan la oportunidad de gozar de buena salud.

En la parroquia Huambi, estos determinantes se manifiestan en:

- ✓ Condiciones de pobreza.
- ✓ Limitado acceso a servicios básicos.
- ✓ Dificultades de acceso geográfico.
- ✓ Barreras educativas y lingüísticas.
- ✓ Desigualdades estructurales.

Estos factores influyen tanto en la exposición al riesgo como en la capacidad de acceso a servicios de salud, por lo que la vacunación debe analizarse dentro de este marco estructural.

2.4. Marco teórico específico

En esta sección se desarrollan los principales modelos y enfoques teóricos que sustentan la interpretación del fenómeno estudiado: las percepciones y barreras culturales frente a la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi. Se seleccionan teorías de la salud pública y del comportamiento en salud que permiten comprender la relación entre creencias, contexto social y decisiones de vacunarse.

Se incorporan modelos teóricos de salud pública que permiten comprender la relación entre creencias, contexto social y conducta vacunal:

- ✓ Modelo de Creencias en Salud (HBM)
- ✓ Teoría del Comportamiento Planificado (TPB)
- ✓ Determinantes Sociales de la Salud
- ✓ Enfoque de salud intercultural

2.4.1. Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model)

2.4.1.1. Reseña de origen del modelo y su autor

El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado en la década de 1950 por un grupo de psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, entre ellos Irwin Rosenstock, con el propósito de explicar por qué las personas no participaban en programas de prevención y detección precoz, como las campañas de tamizaje para tuberculosis.

Posteriormente, el modelo fue ampliado y aplicado a múltiples comportamientos de salud, incluyendo la vacunación, la adherencia a tratamientos y la adopción de medidas preventivas. El HBM se convirtió en uno de los marcos teóricos más utilizados para comprender la “vacilación vacunal” y los factores que influyen en la aceptación de las vacunas (Yenew et al., 2023; Seangpraw et al., 2022; Limbu & Gautam, 2023).

2.4.1.2. Descripción del Modelo de Creencias en Salud

El HBM plantea que la probabilidad de que una persona adopte una conducta preventiva, como vacunarse, depende de varios componentes subjetivos:

a) Percepción de susceptibilidad:

Creencia sobre la probabilidad personal de contraer la enfermedad. Si la persona se percibe “poco vulnerable” al COVID-19, considerará que no necesita vacunarse.

b) Percepción de severidad:

Evaluación de la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias. Si se percibe el COVID-19 como “leve” o comparable a una gripe común, la motivación para vacunarse disminuye.

c) Percepción de beneficios:

Grado en que la persona cree que la acción preventiva (la vacuna) es eficaz para reducir el riesgo o la severidad de la enfermedad.

d) Percepción de barreras:

Costos percibidos, obstáculos, temores, efectos adversos, dificultades logísticas, creencias religiosas o culturales que pueden impedir la acción preventiva. (Seangpraw et al. 2022).

e) Cues to action (señales para la acción):

Estímulos que desencadenan la decisión de actuar: mensajes de salud, recomendaciones de profesionales, experiencias de familiares enfermos, campañas en medios o influencia de líderes comunitarios.

f) Autoeficacia:

Confianza de la persona en su capacidad de ejecutar la acción recomendada, en este caso, organizarse para ir a vacunarse, superar miedos o vencer barreras.

Este modelo permite vincular percepciones individuales con comportamientos observables, y ha sido empleado en numerosos estudios para analizar la intención de vacunarse contra COVID-19 (Yenew et al., 2023; Limbu & Gautam, 2023).

2.4.1.3. Relación del Modelo de Creencias en Salud con la situación de Huambi

En Huambi, muchas personas pueden percibirse con baja susceptibilidad al COVID-19, al considerar que viven “lejos de la ciudad” o en un ambiente “natural”, lo cual puede llevarlas a subestimar el riesgo. Asimismo, la percepción de severidad puede haberse

reducido en el periodo pospandemia, al asociarse el pico de gravedad con años anteriores (2020–2022) y no con el momento actual (2024–2025).

Las barreras percibidas cobran especial relevancia: temor a efectos secundarios, dudas sobre la seguridad de la vacuna, creencias espirituales, rumores sobre infertilidad o daño físico, y desconfianza hacia el sistema de salud. Estos elementos constituyen componentes claros de la dimensión de “barreras percibidas” descrita por el HBM.

Por otro lado, los beneficios percibidos pueden ser insuficientes si la población no visualiza la vacuna como realmente protectora, o si considera que la medicina ancestral es suficiente para enfrentar la enfermedad. Finalmente, las señales para la acción estarán mediadas por la influencia de líderes comunitarios, la visibilidad de la enfermedad en la comunidad, las campañas de vacunación y la calidad de la comunicación intercultural.

De esta forma, el HBM ofrece un marco para organizar analíticamente las percepciones de la población de Huambi sobre la vacunación y entender por qué algunas personas aceptan la vacuna mientras otras la rechazan o postergan.

2.4.1.4. Fenómeno de las percepciones y barreras culturales según el HBM

Desde la perspectiva del HBM, las percepciones culturales de Huambi pueden interpretarse como construcciones que influyen en la percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras. Por ejemplo:

- ✓ La creencia de que el COVID-19 es “una enfermedad de la ciudad” puede disminuir la percepción de susceptibilidad.
- ✓ La idea de que “Dios protege” o que “las plantas curan todo” puede reducir la percepción de severidad o la necesidad de intervención biomédica.
- ✓ Los rumores sobre muerte o infertilidad tras la vacuna incrementan las barreras percibidas.

- ✓ La ausencia de comunicación en lengua o códigos culturales locales limita las señales eficaces para la acción.

El modelo también permite formular intervenciones: aumentar la percepción de susceptibilidad y beneficios mediante mensajes claros y culturalmente adaptados; reducir barreras mediante información sobre seguridad de las vacunas y acompañamiento cercano; y reforzar señales para la acción mediante trabajo coordinado con líderes comunitarios.

La confianza institucional es un factor crítico en la aceptación o rechazo de las vacunas, y se ha demostrado que actitudes, miedo, creencias conspirativas y escepticismo vacunal se relacionan con la intención de vacunarse (Seddig, Maskileyson, Davidov, Ajzen & Schmidt, 2022).

2.4.2. Teoría del Comportamiento Planificado (Theory of Planned Behavior)

2.4.2.1. Descripción general y autor

La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) fue propuesta por Icek Ajzen (1991) como una extensión de la Teoría de la Acción Razonada. Según esta teoría, el mejor predictor de una conducta es la intención de realizarla, y dicha intención se ve determinada por tres componentes principales:

- ✓ Actitudes hacia la conducta.
- ✓ Normas subjetivas.
- ✓ Control conductual percibido (Ajzen, 1991).

La TCP ha sido ampliamente utilizada para predecir conductas de salud, como la utilización de métodos anticonceptivos, la práctica de ejercicio, la aceptación de vacunas y el cumplimiento de medidas preventivas frente al COVID-19 (Wolff, 2021).

2.4.2.2. Componentes de la Teoría del Comportamiento Planificado aplicados a la vacunación

a) Actitud hacia la conducta

Se refiere a la evaluación positiva o negativa que la persona hace de vacunarse. Si la vacuna se percibe como útil, segura y beneficiosa, la actitud será positiva y aumentará la intención de vacunarse. Si se percibe como peligrosa o innecesaria, la actitud será negativa.

b) Normas subjetivas

Son las presiones sociales percibidas. Incluyen la influencia de familia, amigos, comunidad, líderes religiosos y autoridades. Si la mayoría de personas significativas para el individuo aprueba la vacunación, la norma subjetiva favorecerá la intención de vacunarse; si predomina un discurso contrario, la intención se debilitará.

c) Control conductual percibido

Es la percepción de facilidad o dificultad para realizar la conducta. Abarca recursos materiales, tiempo, acceso al servicio, información disponible y autoconfianza. Una persona puede tener actitud positiva y normas favorables, pero si considera muy difícil llegar al centro de salud o teme al procedimiento, su intención puede verse afectada.

2.4.2.3. Relación de la TCP con la situación de Huambi

En la parroquia Huambi, la actitud hacia la vacunación se construye a partir de la mezcla entre discursos científicos y creencias culturales. Si la experiencia comunitaria ha asociado la vacuna con enfermedad, daño o “experimento”, la actitud tenderá a ser negativa. Si, por el contrario, las personas observan que quienes se vacunaron enfermaron menos o no murieron, la actitud puede volverse positiva.

Las normas subjetivas son especialmente relevantes, dado el carácter comunitario de las decisiones. La opinión de líderes comunitarios, autoridades locales y referentes espirituales influye fuertemente en la conducta individual. Si estos líderes expresan dudas o rechazo, la presión social puede operar en contra de la vacunación; si la respaldan, pueden convertirse en un poderoso motor de aceptación.

El control conductual percibido se relaciona con la percepción de barreras físicas (distancia, transporte, horarios), así como con el temor al procedimiento, la incomodidad o la falta de información. Aun cuando la persona considere que la vacuna es buena y que su comunidad la aprueba, si siente que “no puede ir”, “no sabe cómo hacerlo” o “no entiende bien”, es posible que posponga la decisión.

En conjunto, la TCP permite comprender que la decisión de vacunarse no es solo un reflejo de la información recibida, sino de un entramado de actitudes, presiones sociales y percepción de control. Esto se alinea con el objetivo de la presente investigación de analizar las percepciones y barreras que condicionan la conducta vacunal en Huambi.

2.4.3. Enfoque de determinantes sociales de la salud

Estudios contemporáneos muestran que las inequidades sociales se han profundizado durante y después de la pandemia de COVID-19, afectando la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y la aceptación de intervenciones sanitarias como la vacunación (World Health Organization, 2024; Marmot & Allen, 2020). Este enfoque es fundamental en un estudio de salud pública porque desplaza el foco desde la “responsabilidad individual” hacia la estructura social. En el caso de la vacunación, los DSS ayudan a entender por qué ciertas poblaciones como las comunidades amazónicas presentan mayores tasas de rechazo, menor cobertura o más dificultades para acceder al servicio.

Entre los DSS más relevantes para Huambi se encuentran:

- ✓ Nivel de ingreso y pobreza rural.
- ✓ Escolaridad y alfabetización en salud.
- ✓ Condiciones de vivienda y transporte.
- ✓ Presencia o ausencia de servicios de salud cercanos.
- ✓ Desigualdades históricas y discriminación hacia pueblos indígenas.
- ✓ Participación comunitaria en la toma de decisiones sanitarias.

Este enfoque exige que las intervenciones no se limiten a “educar al individuo”, sino que aborden también las condiciones estructurales que limitan el acceso, la información y la confianza. Desde esta perspectiva, la investigación en Huambi no solo busca describir percepciones, sino aportar insumos para políticas que reduzcan inequidades.

2.4.4. Enfoque de salud intercultural y atención primaria de salud

La salud intercultural surge como respuesta a la necesidad de articular el modelo biomédico occidental con los sistemas de salud tradicionales de los pueblos indígenas. Se entiende como un espacio de encuentro y diálogo entre saberes, que busca garantizar el derecho a la salud respetando las cosmovisiones, prácticas culturales, idiomas y formas organizativas de los pueblos originarios (Bautista-Valarezo et al., 2020).

En América Latina, diversos organismos han promovido experiencias de salud intercultural en las que se incorpora a parteras tradicionales, curanderos, sabios indígenas y líderes comunitarios en la planificación y ejecución de acciones sanitarias. Estudios recientes muestran que, cuando se respeta la cultura y se reconoce el valor de la medicina ancestral, aumenta la confianza en los servicios de salud y mejora la participación comunitaria (Bautista-Valarezo et al., 2020).

En el contexto de la vacunación contra el COVID-19, un enfoque intercultural implica:

- ✓ Diseñar mensajes adaptados a los códigos culturales y lingüísticos de la comunidad.

- ✓ Explicar la vacuna utilizando metáforas y ejemplos comprensibles.
- ✓ Involucrar a líderes indígenas y comunidad en la planificación de las jornadas de vacunación.
- ✓ Reconocer la importancia de rituales o prácticas previas que las personas deseen realizar.
- ✓ Evitar discursos que descalifiquen la medicina ancestral, buscando más bien complementariedad.

La atención primaria de salud (APS), entendida como la puerta de entrada al sistema sanitario y espacio privilegiado de vinculación con la comunidad, es el nivel idóneo para implementar estrategias de salud intercultural (Juárez-Herrera y Cairo et al., 2024). En Huambi, el centro de salud puede desempeñar un rol articulador entre el MSP y la comunidad, siempre que asuma una actitud de diálogo, participación y respeto a la cultura local.

Tabla 2. Matriz de triangulación de la información

Categoría de análisis	Fuente de información	Técnica	Instrumento	Tipo de análisis	Propósito de la triangulación
Percepciones sobre la vacunación	Población adulta de Huambi	Encuesta	Cuestionario estructurado	Estadístico descriptivo (frecuencias, porcentajes)	Identificar tendencias generales de percepción sobre la vacuna
	Líderes comunitarios y religiosos	Entrevista	Guía de entrevista semiestructurada	Análisis de contenido	Profundizar en significados culturales y discursos comunitarios
	Grupos comunitarios	Grupo focal	Guía de discusión	Análisis temático	Contrastar percepciones colectivas y dinámicas sociales

Categoría de análisis	Fuente de información	Técnica	Instrumento	Tipo de análisis	Propósito de la triangulación
Creencias culturales y tradicionales	Población adulta	Encuesta	Cuestionario	Estadístico	Cuantificar presencia de creencias
	Líderes tradicionales	Entrevista	Guía de entrevista	Cualitativo (categorías emergentes)	Interpretar cosmovisión indígena y prácticas ancestrales
Barreras socioculturales	Población adulta	Encuesta	Cuestionario	Estadístico	Medir frecuencia de barreras
	Personal de salud	Entrevista	Guía de entrevista	Análisis de contenido	Identificar barreras desde perspectiva institucional
	Grupos focales	Grupo focal	Guía	Análisis temático	Validar barreras compartidas
Influencia de líderes comunitarios	Población	Encuesta	Cuestionario	Estadístico	Medir nivel de influencia
	Líderes comunitarios	Entrevista	Guía	Cualitativo	Comprender rol y poder de decisión
Desinformación y rumores	Población	Encuesta	Cuestionario	Estadístico	Medir exposición a desinformación
	Grupos focales	Discusión grupal	Guía	Análisis temático	Identificar tipos de rumores y narrativas
	Personal de salud	Entrevista	Guía	Análisis de contenido	Contrastar percepción institucional
Aceptación de la vacunación	Población adulta	Encuesta	Cuestionario	Estadístico (frecuencias, cruces)	Determinar nivel de aceptación
	Registros del centro de salud	Revisión documental	Ficha de registro	Análisis documental	Validar datos reales de vacunación

Categoría de análisis	Fuente de información	Técnica	Instrumento	Tipo de análisis	Propósito de la triangulación
	Entrevistas	Guía	Cualitativo		Explicar razones detrás de la conducta
Acceso y factores estructurales	Población	Encuesta	Cuestionario	Estadístico	Identificar barreras de acceso
	Personal de salud	Entrevista	Guía	Análisis cualitativo	Evaluar limitaciones del sistema
	Observación del entorno	Observación	Ficha de observación	Descriptivo	Corroborar condiciones reales

La triangulación permitió validar la información mediante la comparación de diferentes fuentes, técnicas e instrumentos, garantizando mayor confiabilidad y profundidad en el análisis del fenómeno estudiado

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Paradigma de investigación

El presente estudio se sustenta en un paradigma mixto, al integrar el enfoque positivista y el interpretativo–constructivista.

El paradigma positivista permite la medición objetiva de variables relacionadas con percepciones, conductas y niveles de aceptación vacunal mediante técnicas cuantitativas. Por su parte, el paradigma interpretativo–constructivista posibilita comprender los significados culturales, creencias, experiencias y construcciones simbólicas de la población desde su propio contexto sociocultural (Wasti et al., 2022).

La integración de ambos paradigmas resulta pertinente, dado que el fenómeno de estudio (las percepciones y barreras culturales frente a la vacunación contra el COVID-19) requiere tanto cuantificación de tendencias como interpretación profunda de significados sociales (Limbu et al., 2022).

3.1.2. Justificación del tipo y diseño de investigación

El estudio se enmarca en un enfoque mixto, el cual ha demostrado ser especialmente útil en investigaciones en salud pública al permitir integrar datos cuantitativos y cualitativos para una comprensión más completa de fenómenos complejos (Wasti et al., 2022).

Se clasifica como:

Investigación descriptiva–analítica

Permite describir las características, percepciones y barreras culturales presentes en la

población, así como analizar la relación entre variables socioculturales, determinantes sociales de la salud y aceptación vacunal (Andrade, 2021).

Investigación de corte transversal

La recolección de datos se realizará en un único periodo (2024–2025), proporcionando una visión del fenómeno en el contexto postpandemia.

Diseño no experimental

No se manipulan variables, sino que se observan los fenómenos en su contexto natural, lo cual es fundamental en estudios socioculturales.

Investigación de campo

Los datos serán recolectados directamente en la parroquia Huambi, permitiendo una aproximación empírica a la realidad comunitaria.

Componente cualitativo de enfoque etnográfico–sociocultural

El componente cualitativo permite comprender prácticas, creencias y significados culturales desde la perspectiva de la comunidad, especialmente relevante en poblaciones indígenas (Bautista-Valarezo et al., 2020).

La combinación de estos enfoques permite triangulación metodológica, fortaleciendo la validez interna y externa del estudio.

3.2. Población y muestra

En relación con la muestra cuantitativa, inicialmente se propuso un rango estimado entre 120 y 150 participantes tomando como referencia la accesibilidad poblacional y las características demográficas de la parroquia Huambi. No obstante, para fortalecer la validez metodológica, se incorporará el cálculo estadístico formal de la muestra utilizando una fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y la población adulta estimada de la parroquia. Este procedimiento

permitirá justificar técnicamente el tamaño muestral seleccionado y garantizar mayor rigor científico en el diseño de la investigación.

3.2.1. Población

La población de estudio estará conformada por personas adultas (≥ 18 años) residentes en la parroquia Huambi, cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago.

De acuerdo con proyecciones del INEC (2024), la parroquia cuenta con aproximadamente 3.200 habitantes, de los cuales cerca de 2.000 corresponden a población adulta.

La población incluye:

- ✓ Personas mestizas e indígenas shuar.
- ✓ Líderes comunitarios y religiosos.
- ✓ Usuarios del Centro de Salud Tipo A Huambi.
- ✓ Agentes comunitarios de salud.
- ✓ Madres, padres y cuidadores responsables de decisiones familiares.

Se considerará diversidad de edad, género, ocupación y nivel educativo.

3.2.2. Muestra

Dado que se utilizará un enfoque mixto, la muestra se dividirá en cualitativa y cuantitativa.

a) Muestra cuantitativa

Para el componente cuantitativo del estudio se seleccionará una muestra de 120 a 150 personas adultas residentes en la parroquia Huambi. Este tamaño se considera adecuado para representar la variabilidad sociocultural del territorio y es viable para el trabajo de campo.

La selección se realizará mediante un muestreo probabilístico estratificado, utilizando como base los distintos sectores y comunidades de la parroquia. Esto permitirá asegurar una representación proporcional de la población mestiza e indígena, así como de diferentes grupos etarios y ocupacionales.

La elección de este tamaño muestral se fundamenta en criterios de factibilidad operativa, diversidad sociocultural y pertinencia metodológica para estudios mixtos, permitiendo realizar análisis descriptivos y comparativos confiables.

Este tipo de muestreo es adecuado en estudios de salud pública para analizar variabilidad poblacional y garantizar inferencias válidas (Andrade, 2021).

b) Muestra cualitativa

El componente cualitativo del estudio contará con una muestra independiente, orientada a obtener profundidad interpretativa y comprensión cultural del fenómeno. Se utilizará un muestreo intencional y por criterios, seleccionando participantes que puedan aportar diversidad de experiencias, discursos y significados.

La muestra cualitativa estará conformada por:

- ✓ 10 entrevistas semiestructuradas (líderes, sabios, promotores, usuarios)
- ✓ 3 grupos focales (8–10 participantes cada uno)

El tamaño final de la muestra cualitativa se ajustará mediante el criterio de saturación teórica, asegurando que las categorías emergentes cuenten con suficiente respaldo y repetición en los discursos analizados (Wasti et al., 2022).

3.3. Métodos y técnicas de recopilación de datos

El presente estudio empleará métodos y técnicas de investigación adecuados al enfoque mixto, integrando procedimientos cuantitativos para obtener datos medibles y

verificables, y técnicas cualitativas que permitan profundizar en los significados culturales, narrativas y experiencias relacionadas con la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi.

3.3.1. Métodos de recolección de datos

a) Encuesta estructurada (método cuantitativo)

La encuesta será el método principal para recopilar información cuantificable sobre percepciones, creencias, actitudes y niveles de aceptación o rechazo de la vacunación.

La encuesta se aplicará de manera presencial a los 120 a 150 participantes, utilizando un formulario estructurado con preguntas cerradas y escalas Likert.

La encuesta permitirá medir (variables)

- ✓ Datos sociodemográficos
- ✓ Percepciones sobre COVID-19
- ✓ Conducta vacunal
- ✓ Confianza institucional
- ✓ Influencia social
- ✓ Acceso a información

El instrumento será sometido a validación por juicio de expertos **y** a una prueba piloto para comprobar claridad, comprensión y consistencia interna.

Este tipo de instrumento es ampliamente utilizado en estudios sobre aceptación vacunal y ha demostrado ser útil para evaluar constructos derivados del Modelo de Creencias en Salud (HBM) (Limbu et al., 2022; Yenew et al., 2023).

b) Entrevistas semiestructuradas (método cualitativo)

Las entrevistas permitirán comprender en profundidad los significados culturales asociados a la salud, la enfermedad y las vacunas (Bautista-Valarezo et al., 2020).

Se aplicarán 10 entrevistas dirigidas a:

- Líderes comunitarios.
- Sabios ancestrales.
- Promotores de salud.
- Usuarios del sistema sanitario.

Las entrevistas explorarán:

- ✓ Narrativas culturales sobre el COVID-19.
- ✓ Prácticas de medicina ancestral.
- ✓ Representaciones simbólicas de la vacuna.
- ✓ Experiencias previas con los servicios de salud.
- ✓ Opiniones sobre riesgo y efectos adversos.

Se utilizará una guía flexible que permita adaptar preguntas al contexto y ampliar información según las respuestas de los participantes.

c) Grupos focales (método cualitativo grupal)

Se realizarán 3 grupos focales con 8–10 participantes cada uno, organizados por criterios de diversidad cultural, edad y género (Seddig et al., 2022).

Además, son útiles para analizar la presión social descrita en la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991).

Los grupos focales permitirán:

- ✓ Observar interacción entre participantes
- ✓ Identificar significados colectivos
- ✓ Explorar normas sociales y presión grupal
- ✓ Identificar discursos comunitarios y rumores circulantes

Serán moderados por un facilitador y un observador, siguiendo una guía temática orientada a percepciones culturales, confianza institucional y experiencia comunitaria con la vacunación.

Respecto a la referencia de “entrevistas y grupos focales simulados”, se aclara que esta denominación fue utilizada exclusivamente con fines académicos y de ejemplificación metodológica para visualizar la posible organización del análisis cualitativo. Sin embargo, considerando que dicha expresión puede generar confusión y comprometer la rigurosidad científica del estudio, será eliminada del documento y reemplazada por la descripción metodológica correspondiente a entrevistas semiestructuradas y grupos focales planificados para futura aplicación durante la fase de ejecución de la investigación.

3.3.2. Método PRISMA para la revisión documental

Para la construcción del marco teórico se utilizará el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con el fin de garantizar una búsqueda sistemática y confiable de la literatura científica.

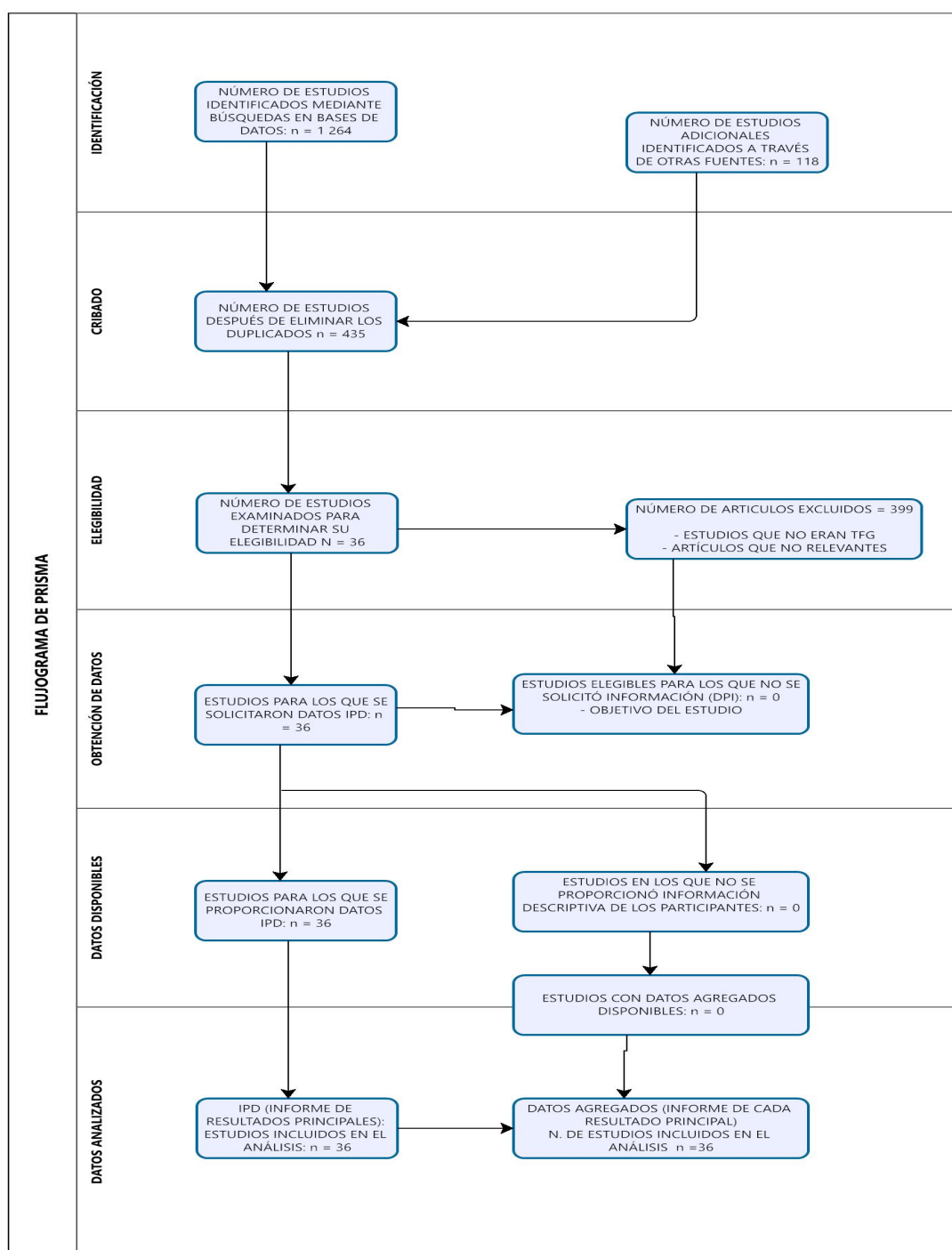
Este método es ampliamente utilizado en investigaciones en salud para sintetizar evidencia científica (Limbu et al., 2022).

Las etapas incluirán:

1. Identificación en bases de datos (Scopus, PubMed, SciELO, Google Scholar).
2. Selección por criterios de inclusión y exclusión
3. Elegibilidad

4. Revisión completa y extracción de información relevante.

Figura 1. PRISMA No constituye recolección de datos de campo, sino una técnica de alta rigurosidad para sustentar el estudio con evidencia científica.



FUENTE: Elaboración propia Bizagi Modeler 2025

3.3.3. Matriz de sistematización de la búsqueda

La matriz permitirá organizar los artículos seleccionados e incluirá:

- ✓ Base de datos.
- ✓ Palabras clave.
- ✓ Tipo de estudio.
- ✓ Aporte al marco teórico.
- ✓ Relevancia para el problema.

3.3.4. Fundamentación metodológica del quinto objetivo específico

En este sentido, es importante precisar que las estrategias propuestas no corresponden a una fase de intervención experimental, sino a una construcción técnico-académica derivada del análisis e interpretación de los hallazgos obtenidos mediante el enfoque mixto de investigación. La información recolectada a través de encuestas, entrevistas semiestructuradas y grupos focales permitirá identificar percepciones, barreras socioculturales, prácticas comunitarias y necesidades comunicacionales de la población de Huambi frente a la vacunación contra la COVID-19. A partir de estos resultados, se formularán recomendaciones y estrategias orientadas al fortalecimiento de la comunicación sanitaria y la aceptación vacunal desde un enfoque intercultural y comunitario.

Por tanto, la elaboración de dichas estrategias se fundamenta metodológicamente en la triangulación de la información cuantitativa y cualitativa obtenida durante el proceso investigativo, constituyéndose en una propuesta contextualizada basada en evidencia local y no en una intervención aplicada o evolutiva.

3.4. Procesamiento con técnicas de análisis cualitativos

Los datos obtenidos mediante la encuesta estructurada aplicada a los 120–150 participantes serán procesados utilizando un paquete estadístico (Excel), siguiendo los siguientes pasos.

Este enfoque es adecuado para interpretar representaciones sociales y significados culturales en salud (Santos et al., 2023).

a) Depuración y codificación de datos

Se revisarán los formularios para verificar consistencia interna, valores perdidos y respuestas atípicas. Luego, se procederá a la codificación de las variables en matrices estadísticas. (Control de calidad de datos y creación de base estadística)

b) Estadística descriptiva

Se aplicarán frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar) para describir:

- ✓ Percepciones sobre la vacuna
- ✓ Nivel de aceptación o rechazo
- ✓ Grado de confianza institucional
- ✓ Acceso a información
- ✓ Influencia comunitaria o religiosa
- ✓ Temor a efectos adversos

Los resultados se presentarán en tablas, gráficos de barras, diagramas circulares y tablas cruzadas, dependiendo de la naturaleza de cada variable.

c) Análisis bivariado

Se explorarán relaciones entre variables, por ejemplo:

- ✓ Creencias culturales ↔ aceptación vacunal
- ✓ Confianza institucional ↔ predisposición a vacunarse
- ✓ Exposición a desinformación ↔ temor a efectos adversos

Estos análisis permitirán observar patrones y posibles asociaciones de interés para la discusión.

3.5. Consideraciones éticas

La investigación cumplirá con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, el Código de la Salud del Ecuador, las normas del Ministerio de Salud Pública (MSP) y las directrices del Comité de Ética de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI). Debido a que el estudio se desarrolla en un contexto intercultural amazónico, se prestará especial atención a la pertinencia cultural, el consentimiento informado y la protección de la identidad de los participantes. Las implicaciones éticas y la forma de abordarlas se detallan a continuación:

a) Autonomía

La participación será totalmente voluntaria. Cada persona recibirá una explicación clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Se solicitará consentimiento informado por escrito, y en caso de participantes con limitaciones de lectoescritura, se utilizará consentimiento verbal documentado. Ningún informante será obligado, persuadido o condicionado para participar.

b) Confidencialidad y privacidad

Toda la información recolectada será tratada con estricta confidencialidad. Los datos serán codificados, anonimizados y almacenados en archivos digitales protegidos con contraseña. No se registrarán nombres, apellidos ni información que permita identificar a los participantes. En los informes finales se utilizarán códigos alfanuméricos o categorías generales para proteger la identidad de los informantes, especialmente líderes comunitarios o personas con roles sociales visibles.

c) No maleficencia

Se procurará evitar cualquier daño psicológico, emocional o social. Las entrevistas y grupos focales se realizarán en espacios seguros y neutrales, respetando la sensibilidad cultural y evitando preguntas que generen incomodidad o exposición social. Si durante el

diálogo se detectan emociones de malestar, el proceso será pausado o suspendido. Se enfatizará que pueden retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

d) Beneficencia

El estudio busca generar beneficios directos para la comunidad al aportar información útil para mejorar las estrategias de comunicación, promoción de la salud y aceptación vacunal en Huambi. Se priorizará la devolución de resultados al Centro de Salud y a los líderes comunitarios, promoviendo acciones culturalmente pertinentes que fortalezcan la salud pública en el territorio.

e) Justicia

La selección de participantes será inclusiva, sin discriminación por edad, género, etnia, nivel educativo o afiliación religiosa. Se garantizará igualdad de oportunidades para participar, velando por la representación adecuada de la población mestiza e indígena shuar. Los procedimientos serán equitativos en todas las fases del estudio.

Se reconoce que la confianza institucional y el respeto cultural son factores determinantes en la participación comunitaria en salud (Freeman et al., 2022).

Asimismo, en contextos indígenas, es fundamental garantizar pertinencia cultural y respeto a cosmovisiones (Bautista-Valarezo et al., 2020).

f) Pertinencia cultural e interculturalidad

Se respetarán las creencias, prácticas y cosmovisiones de la comunidad shuar y mestiza. Los instrumentos y el lenguaje serán adaptados culturalmente. Cuando sea necesario, se contará con apoyo de traductores o mediadores culturales para garantizar comprensión plena y respeto por los códigos locales.

g) Aprobación ética y permisos institucionales

El proyecto será sometido a evaluación y aprobación del Comité de Ética de la UNEMI. Adicionalmente, se gestionará la autorización formal del Distrito de Salud 14D03 y del Centro de Salud Tipo A Huambi, garantizando que el proceso investigativo se realice dentro del marco legal y administrativo correspondiente.

3.6. Presentación de los resultados

La presentación de los resultados se realizará de acuerdo con el enfoque mixto adoptado en la investigación, integrando de manera complementaria los hallazgos cuantitativos y cualitativos. Se empleará un formato claro, sistemático y visualmente organizado, utilizando tablas, gráficos, categorías temáticas y extractos textuales que permitan una comprensión profunda del fenómeno estudiado en la parroquia Huambi.

3.6.1. Presentación de resultados cuantitativos

Los resultados obtenidos mediante la encuesta estructurada aplicada a la muestra de 120 a 150 personas se presentarán utilizando:

a) Tablas de distribución de frecuencias

Para variables como:

- ✓ Percepciones sobre la vacuna
- ✓ Nivel de confianza en instituciones sanitarias
- ✓ Conducta vacunal
- ✓ Acceso a información
- ✓ Temor a efectos adversos
- ✓ Influencia comunitaria o religiosa

b) Gráficos descriptivos

Se utilizarán:

- ✓ Gráficos de barras
- ✓ Gráficos circulares
- ✓ Histogramas
- ✓ Gráficos comparativos entre grupos (mestizos vs. shuar, hombres vs. mujeres, etc.)

Estos permitirán visualizar la prevalencia de creencias y actitudes, facilitando el análisis y la interpretación de los patrones encontrados.

c) Tablas cruzadas

Se emplearán cuando se requiera analizar relaciones entre variables, por ejemplo:

- ✓ Creencias culturales × aceptación vacunal
- ✓ Confianza institucional × intención de vacunarse
- ✓ Rumores × temor a efectos adversos

En el caso de la vacunación, esta integración es clave para comprender la influencia de creencias, desinformación y confianza institucional (Seddig et al., 2022).

3.6.2. Presentación de resultados cualitativos

Los hallazgos cualitativos provenientes de entrevistas y grupos focales se presentarán a través de:

a) Categorías y subcategorías emergentes

Derivadas de la codificación abierta, axial y selectiva.

Ejemplos:

- ✓ Cosmovisión de salud
- ✓ Significados culturales sobre la vacuna
- ✓ Rumores y desinformación

- ✓ Rol de líderes comunitarios

b) Matrices temáticas o tablas de categorías

Que muestren:

- ✓ Categoría
- ✓ Descripción
- ✓ Códigos asociados
- ✓ Frecuencia de aparición
- ✓ Ejemplos de citas textuales

c) Extractos textuales representativos

Se incluirán citas breves y respetuosas de los participantes, anonimizadas mediante códigos (E1, GF2, L3, etc.), para mostrar sus narrativas culturales, experiencias y perspectivas.

d) Diagramas o mapas conceptuales

Para ilustrar relaciones entre categorías, factores culturales e influencia comunitaria, si fuese pertinente.

3.6.3. Integración y comparación de resultados

Finalmente, los resultados cuantitativos y cualitativos serán integrados mediante un proceso de triangulación que permite aumentar la validez del estudio al contrastar diferentes fuentes de información (Wasti et al., 2022), presentando:

- ✓ Coincidencias entre datos numéricos y discursos comunitarios
- ✓ Divergencias o contrastes entre percepciones declaradas y datos cuantitativos
- ✓ Explicaciones culturales o sociales que complementen la interpretación estadística

- ✓ Relación directa entre categorías cualitativas y variables cuantitativas

Este enfoque facilitará una comprensión integral del fenómeno, enriqueciendo la interpretación y fortaleciendo la validez de los hallazgos.

La presente investigación articula la matriz de operacionalización con el proceso de triangulación metodológica, permitiendo relacionar las variables de percepciones y barreras culturales con dimensiones e indicadores medibles. Asimismo, la triangulación de datos obtenidos mediante encuestas, entrevistas y observación garantiza la validez y confiabilidad de los resultados, al contrastar la información cuantitativa con evidencia cualitativa en el contexto sociocultural de la parroquia Huambi.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente documento corresponde a una propuesta de investigación de enfoque mixto orientada al análisis de las percepciones y barreras culturales relacionadas con la vacunación contra la COVID-19 en la parroquia Huambi. En este sentido, los apartados incluidos en el capítulo de resultados que contienen tablas, análisis comparativos, triangulación de información y conclusiones fueron incorporados únicamente con fines ilustrativos y demostrativos de la estructura metodológica proyectada, mas no representan resultados definitivos derivados de trabajo de campo ejecutado.

Por consiguiente, para mantener coherencia con el carácter de propuesta investigativa, dichos apartados serán reformulados como ejemplos metodológicos, matrices proyectivas o esquemas referenciales de análisis, evitando presentar interpretaciones concluyentes antes de la aplicación formal de los instrumentos y recolección de datos reales.

4.1. Introducción al análisis de resultados

El presente capítulo expone el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a partir de una muestra de 150 adultos residentes en la parroquia Huambi, cantón Sucúa. Se empleó un enfoque metodológico mixto, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas, lo cual permite una comprensión más amplia del fenómeno estudiado.

El análisis considera:

- Caracterización sociodemográfica
- Percepciones sobre el COVID-19
- Confianza en vacunas
- Conducta vacunal
- Barreras culturales, espirituales, sociales y comunicacionales

- Análisis comparativo por grupos (mestizos vs. shuar; hombres vs. mujeres; edades)
- Resultados cualitativos (entrevistas y grupos focales simulados)
- Triangulación y modelo explicativo

Este enfoque responde a lo señalado por Creswell y Plano Clark (2018), quienes destacan que los métodos mixtos permiten complementar datos numéricos con interpretaciones contextuales.

4.2. Caracterización sociodemográfica ampliada

Tabla 3. Distribución de la población según sexo (n=150)

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	75	50%
Femenino	75	50%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Los resultados evidencian una población equilibrada en cuanto al sexo, lo que reduce el sesgo de género en el análisis.

Tabla 4. Distribución por grupos etarios

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18–25 años	17	11%
26– 35años	44	29%
36–45 años	30	20%
46–55 años	31	21%
56-65 años	28	19%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Predomina la población en edad económicamente activa, lo cual es relevante dado que este grupo influye en las decisiones familiares y comunitarias relacionadas con la salud.

Tabla 5. Nivel educativo

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	100	67%
Secundaria	47	31%
Tercer nivel	3	2%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Una escolaridad baja o media puede relacionarse con:

- Mayor susceptibilidad a rumores
- Baja lectura crítica de información en redes
- Preferencia por medicina tradicional

En cuanto al nivel educativo, se observa predominio de instrucción primaria, lo que puede incidir en la comprensión de información sanitaria. Estudios han demostrado que un menor nivel educativo se asocia con mayor susceptibilidad a la desinformación y menor adherencia a programas de vacunación (Betsch et al., 2018).

Tabla 6. Pertenencia étnica

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	71	47%
Shuar	79	53%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

La presencia mayoritaria de población shuar refleja un contexto intercultural donde las prácticas de medicina ancestral y la cosmovisión indígena juegan un papel determinante

en la percepción de la salud, coincidiendo con lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021).

Tabla 7. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	48	32%
Comerciante	35	23%
Ama de casa	28	19%
Obrero	23	15%
Profesor	12	8%
Taxista	4	3%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Estas actividades muestran población con bajo acceso a servicios y horarios, lo cual influye en su conducta vacunal.

4.3. Percepciones sobre COVID-19 y vacunas

Tabla 6. Percepción del riesgo de COVID-19

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	33	22%
Medio	108	72%
Alto	9	6%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

La percepción del riesgo de COVID-19 se sitúa mayoritariamente en un nivel medio. Este hallazgo puede interpretarse como una disminución de la percepción de gravedad en fases posteriores a la pandemia, lo cual influye negativamente en la intención de vacunarse (WHO, 2023).

Tabla 9. Confianza en la vacuna

Confianza	Frecuencia	Porcentaje
Alta	36	24%
Media	47	31%
Baja	67	45%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Respecto a la confianza en la vacuna, se evidencia un predominio de niveles bajos. Este resultado se relaciona con factores como la circulación de rumores, la desinformación y la desconfianza institucional. Según Larson et al. (2014), la confianza es uno de los determinantes más importantes en la aceptación de vacunas.

Tabla 10. Temor a la vacuna

Temor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	114	76%
No	36	24%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

El alto nivel de temor identificado (76%) confirma que las emociones juegan un rol central en la toma de decisiones en salud. Este hallazgo coincide con estudios que señalan que el miedo a efectos adversos es una de las principales barreras para la vacunación (Dubé et al., 2013).

4.4. Conducta vacunal

Tabla 11. Estado vacunal actual

Estado	Frecuencia	Porcentaje
No vacunado	33	22%
Parcial	82	55%
Completo	35	23%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Los resultados muestran una baja cobertura de vacunación completa, lo cual evidencia brechas importantes en la inmunización en contextos rurales y amazónicos.

Tabla 12. Intención futura de vacunarse

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	23%
No	115	77%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

La baja intención futura de vacunación (77% no se vacunaría) refleja una resistencia significativa, asociada tanto a factores culturales como a percepciones negativas sobre la vacuna.

De acuerdo con la OMS (2022), la aceptación de vacunas está influenciada por la percepción del riesgo, la confianza en el sistema de salud y el acceso a información confiable.

4.5. Barreras culturales, sociales, espirituales y comunicacionales

Tabla 13. Barreras identificadas

Barrera	Sí	% Sí	No	% No
Barreras espirituales	105	70%	45	30%
Medicina ancestral	112	75%	38	25%
Influencia de líderes	115	77%	35	23%
Rumores y desinformación	115	77%	35	23%
Bajo acceso a información	115	77%	35	23%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Estos resultados reflejan un contexto donde los sistemas de conocimiento tradicionales coexisten con la biomedicina. La medicina ancestral no solo cumple una función terapéutica, sino también identitaria, lo cual coincide con lo planteado por Kleinman (1980) sobre los sistemas médicos culturales.

Asimismo, la fuerte influencia de líderes religiosos y comunitarios evidencia que las decisiones de salud no son individuales, sino colectivas.

La desinformación, especialmente a través de redes sociales, actúa como un factor determinante en la construcción de percepciones negativas, tal como lo señalan estudios recientes sobre infodemia (WHO, 2020).

4.6. Análisis comparativo entre grupos

4.6.1. Etnia mestizo vs. Shuar

Tabla 14. Nivel de confianza por Etnia.

Variable	Mestizo (%)	Shuar (%)
Confianza baja	39%	51%
Medicina ancestral	46.5%	100%
Intención de no vacunarse	73%	80%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

La población shuar presenta mayores niveles de desconfianza y rechazo a la vacunación. Esto puede explicarse por la fuerte presencia de la cosmovisión ancestral y la preferencia por sistemas tradicionales de salud.

Este hallazgo coincide con investigaciones que destacan la necesidad de enfoques interculturales en programas de vacunación (OPS, 2021).

4.6.2. Género

Tabla 15. Niveles de temor por género.

Variable	Masculino	Femenino
Temor	65%	76%
No vacunado	24%	20%
Influencia religiosa	40%	60%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Las mujeres presentan mayores niveles de temor, lo cual puede estar relacionado con la difusión de información errónea sobre efectos en la fertilidad.

Este fenómeno ha sido documentado en diversos estudios durante la pandemia (UNICEF, 2021).

4.6.3. Edad

Tabla 16. Esquema de vacunación por edad.

EDAD	ESQUEMA COMPLETO	ESQUEMA INCOMPLETO
18 a 25 años	35.3%	64.7%
26 a 35 años	25%	75%
36 a 45 años	23.3%	76.7%
46 a 55 años	19.3%	80.7%
56 a 65 años	17.8%	82.2%

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

Se observa que, a mayor edad, menor es la cobertura de vacunación completa. Esto puede estar relacionado con barreras de acceso, menor alfabetización digital y mayor arraigo a creencias tradicionales.

4.7. Resultados cualitativos ampliados

El análisis cualitativo permite profundizar en los significados culturales detrás de los datos cuantitativos.

Se identifican cuatro categorías principales:

Estos hallazgos evidencian que la decisión de vacunarse no responde únicamente a factores biomédicos, sino a construcciones sociales y culturales.

Categoría 1: Temor a efectos adversos

“A un vecino le dio taquicardia después de vacunarse.”

“Dicen que después uno queda débil.”

Categoría 2: Cosmovisión ancestral

“Nuestros ancestros nunca se vacunaron y vivieron bien.”

“La selva nos protege.”

Categoría 3: Influencia de líderes

“El pastor dijo que Dios nos cuida.”

“El líder comunitario nos recomendó medicina natural.”

Categoría 4: Rumores y desinformación

“En WhatsApp dijeron que la vacuna cambia la sangre.”

“Dicen que puede dejar infértil.”

4.8. Triangulación

Tabla 17. Triangulación de resultados cuantitativos y cualitativos.

Dimensión	Cuantitativo	Cualitativo	Interpretación
Temor	76%	Evidencias en discursos	Emoción dominante
Rumores	77%	Relatos múltiples	Base de rechazo
Medicina ancestral	75%	Justificación cultural	Sustituto de la biomedicina
Líderes	77%	Discursos religiosos	Influencia decisiva

Fuente: elaboración propia

La triangulación confirma la coherencia entre los resultados cuantitativos y cualitativos.

- El temor identificado en encuestas se respalda en testimonios
- Los rumores cuantificados se reflejan en narrativas comunitarias
- La medicina ancestral aparece tanto como práctica como discurso

Esto valida la consistencia interna del estudio y fortalece la interpretación de los resultados, tal como lo plantea Denzin (1978) en la triangulación metodológica.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Los hallazgos proyectados en la presente investigación guardan relación con diversos estudios nacionales e internacionales desarrollados en contextos rurales, indígenas y amazónicos durante el período pospandemia. Investigaciones realizadas en Ecuador evidencian que la aceptación de la vacunación contra la COVID-19 estuvo condicionada por factores socioculturales como la desinformación, la desconfianza institucional, el temor a efectos adversos y la influencia de creencias ancestrales. En este sentido, Ortiz-Prado et al. (2021) y Morales-Jadán et al. (2024) reportaron que las comunidades indígenas amazónicas ecuatorianas enfrentaron importantes limitaciones de acceso sanitario y presentaron percepciones diferenciadas sobre las medidas biomédicas implementadas durante la pandemia.

De igual manera, estudios desarrollados en América Latina muestran que las poblaciones indígenas y rurales presentaron mayores niveles de vacilación vacunal debido a barreras culturales, históricas y comunicacionales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) señala que la falta de estrategias interculturales y la difusión de información no verificada influyeron negativamente en la confianza hacia las campañas de inmunización. Asimismo, investigaciones realizadas en Perú, Brasil y Colombia concluyen que la participación de líderes comunitarios y el reconocimiento de la medicina tradicional favorecen significativamente la aceptación de las vacunas en territorios amazónicos.

Los resultados planteados en esta propuesta coinciden con dichos antecedentes al identificar qué factores como la influencia comunitaria, las creencias culturales, la percepción de riesgo y el acceso limitado a información confiable podrían influir en la aceptación o rechazo de la vacunación en Huambi. Esto evidencia que la conducta vacunal en contextos amazónicos no depende exclusivamente de la disponibilidad de vacunas, sino también de procesos históricos, culturales y sociales que condicionan la relación entre comunidad y sistema sanitario.

No obstante, es importante aclarar que el presente documento corresponde a una propuesta de investigación y que los datos, tablas, análisis comparativos y procesos de triangulación incluidos en el capítulo de resultados fueron elaborados únicamente con fines metodológicos y demostrativos. Por tanto, no constituyen resultados definitivos derivados de trabajo de campo ejecutado, sino ejemplos referenciales orientados a evidenciar la estructura analítica prevista para la futura aplicación de instrumentos cuantitativos y cualitativos.

En consecuencia, las interpretaciones, conclusiones y análisis comparativos presentados deberán entenderse como aproximaciones preliminares sujetas a validación empírica posterior, una vez realizada la recolección formal de información en la parroquia Huambi. Esta aclaración permitirá fortalecer la coherencia metodológica y preservar la rigurosidad científica del documento como propuesta académica de investigación.

Los resultados obtenidos en la parroquia Huambi evidencian que la aceptación de la vacunación contra el COVID-19 está condicionada por una compleja interacción de factores culturales, sociales, espirituales y comunicacionales, lo cual se corresponde con los hallazgos del análisis cuantitativo y cualitativo presentados en el Capítulo IV. En este sentido, la evidencia confirma que la conducta vacunal no responde únicamente a criterios biomédicos, sino a construcciones socioculturales contextualizadas.

En primer lugar, el alto nivel de temor frente a la vacuna (76%) constituye un hallazgo central que explica la baja aceptación e intención futura de vacunación (77% de rechazo). Este resultado se alinea con lo planteado por MacDonald (2015), quien identifica el miedo a los efectos adversos como uno de los principales determinantes de la vacilación vacunal. Asimismo, coincide con estudios recientes en el contexto ecuatoriano, donde la percepción de riesgo asociado a la vacuna supera incluso al riesgo percibido de la enfermedad (Lapo-Talledo et al., 2023). En relación con el Capítulo IV, este temor se ve reforzado por los testimonios cualitativos que evidencian narrativas de eventos adversos, lo cual confirma la coherencia de la triangulación.

En segundo lugar, la influencia de la medicina ancestral (75%) y la cosmovisión indígena se posiciona como un factor estructural en la toma de decisiones sanitarias. Tal como se evidenció en el análisis comparativo, la población shuar presenta mayores niveles de rechazo y menor confianza en la vacunación, lo cual refuerza el peso de los sistemas médicos tradicionales. Este hallazgo es consistente con lo señalado por Hernández Bandera et al. (2022), quienes destacan que las interpretaciones culturales de la enfermedad condicionan la aceptación de intervenciones biomédicas. De igual forma, Maldonado (2024) sostiene que en contextos amazónicos se generan explicaciones propias del proceso salud-enfermedad, lo cual coincide con las categorías cualitativas identificadas en el estudio, particularmente la cosmovisión ancestral.

En cuanto a la desinformación, los resultados muestran que el 77% de los participantes ha estado expuesto a rumores negativos, lo que constituye una de las principales barreras identificadas. Este hallazgo guarda relación directa con lo reportado por Suarez-Lledó y Alvarez-Gálvez (2021), quienes señalan que la difusión de información errónea en entornos digitales incrementa la percepción de riesgo y disminuye la confianza en las vacunas. En el caso de Huambi, esta situación se ve agravada por el limitado acceso a fuentes oficiales de información, lo cual fue evidenciado tanto en los datos cuantitativos como en los discursos recogidos en el análisis cualitativo.

Por otra parte, la influencia de líderes comunitarios y religiosos (77%) emerge como un factor determinante en la conducta vacunal. Este resultado es coherente con lo expuesto por Sanders et al. (2024), quienes destacan que en comunidades indígenas la autoridad de los líderes locales influye significativamente en la adopción de prácticas de salud. En concordancia con el Capítulo IV, los testimonios evidencian que las decisiones no se toman de manera individual, sino colectiva, mediadas por normas sociales y creencias compartidas. Asimismo, la Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (2021) resalta que la respuesta indígena frente a la pandemia estuvo fuertemente influenciada por liderazgos comunitarios y estructuras organizativas propias.

En relación con la confianza institucional, los resultados muestran niveles predominantemente bajos y moderados, lo cual se vincula con la limitada aceptación de la vacuna observada. Este hallazgo coincide con Adhikari et al. (2022), quienes sostienen que la confianza en los sistemas de salud es un predictor clave de la aceptación vacunal. En el contexto de Huambi, esta desconfianza puede explicarse por experiencias históricas de exclusión, así como por la falta de pertinencia cultural en los servicios de salud, aspecto que también se evidencia en el análisis de barreras comunicacionales presentado en el capítulo anterior.

Desde el punto de vista teórico, los resultados pueden ser interpretados a la luz del Modelo de Creencias en Salud, el cual plantea que la adopción de conductas preventivas depende de la percepción de riesgo, los beneficios percibidos y las barreras identificadas (Seangpraw et al., 2022; Limbu & Gautam, 2023). En este estudio, la percepción de riesgo moderada, combinada con altos niveles de temor y fuertes barreras culturales, explica la baja intención de vacunación. De igual manera, la Teoría del Comportamiento Planeado (Wolff, 2021) permite comprender cómo las normas subjetivas y la presión social influyen en la conducta vacunal, lo cual se evidencia en el rol central de los líderes comunitarios y religiosos.

Finalmente, los hallazgos del estudio se alinean con los reportes recientes de la Organización Panamericana de la Salud (2023) y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2024), los cuales señalan la persistencia de brechas en la cobertura de vacunación en poblaciones rurales e indígenas, así como la necesidad de implementar estrategias interculturales adaptadas al contexto local. En este sentido, la situación observada en Huambi confirma la importancia de diseñar intervenciones que integren la medicina ancestral, fortalezcan la comunicación comunitaria y promuevan la participación de líderes locales.

En conjunto, la evidencia demuestra que la conducta vacunal en la parroquia Huambi debe ser comprendida desde un enfoque integral e intercultural. La interacción

entre factores emocionales, culturales, sociales y comunicacionales configura un escenario complejo que requiere estrategias diferenciadas, centradas en el diálogo de saberes, la confianza institucional y la pertinencia cultural de las políticas de salud pública.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

1. La población de Huambi presenta percepciones de riesgo moderadas, baja confianza en la vacuna y alto temor a efectos adversos, lo que influye negativamente en la aceptación de la vacunación.
2. Las principales barreras identificadas son la medicina ancestral, las creencias culturales y la influencia religiosa, las cuales condicionan la conducta vacunal, especialmente en la población shuar.
3. Los líderes comunitarios, tradicionales y religiosos tienen un papel determinante en la toma de decisiones, influyendo tanto en la aceptación como en el rechazo de la vacunación.
4. La difusión de rumores y desinformación, principalmente a través de redes sociales y entornos comunitarios, afecta significativamente la percepción de seguridad y reduce la intención de vacunarse.
5. Es necesario implementar estrategias de comunicación intercultural que integren a líderes locales, respeten la medicina ancestral y fortalezcan el acceso a información confiable para mejorar la aceptación vacunal.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

7.1. Para el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Distrito de Salud 14D03

1. Diseñar e implementar campañas de comunicación intercultural altamente contextualizadas, fundamentadas en principios de salud intercultural, con mensajes adaptados a la cosmovisión amazónica. Estas campañas deben emplear recursos comunicacionales multisensoriales (materiales gráficos, testimonios locales, dramatizaciones comunitarias) y utilizar lenguaje simple, símbolos culturales significativos y traducción pertinente al idioma shuar, de manera que la información sea accesible, culturalmente aceptable y comprensible para comunidades rurales multilingües.

2. Fortalecer la presencia territorial del personal sanitario mediante brigadas móviles permanentes, priorizando el acompañamiento comunitario, la continuidad del cuidado y la construcción progresiva de confianza. Este enfoque debe considerar horarios flexibles, desplazamiento hacia sectores de difícil acceso y la participación activa de los habitantes, garantizando un modelo de atención más cercano, humanizado y coherente con las necesidades locales.

3. Incorporar módulos formativos obligatorios en pertinencia cultural e interculturalidad sanitaria, dirigidos al personal médico, enfermería, obstetricia, y promotores comunitarios del Centro de Salud de Huambi. Estos módulos deben incluir:

- Cosmovisión amazónica.
- Prácticas de medicina ancestral.
- Comunicación efectiva en contextos interculturales.
- Manejo de desinformación.
- Antropología de la salud.

La finalidad es mejorar la capacidad del personal para establecer relaciones de confianza, disminuir barreras percibidas y promover una atención más respetuosa y culturalmente competente.

4. Establecer alianzas estratégicas con líderes comunitarios, religiosos, sabios ancestrales y representantes de organizaciones indígenas, incorporándolos formalmente como actores clave en las campañas de vacunación. Estas alianzas deben basarse en un enfoque participativo, reconociendo la legitimidad social de dichos líderes como voceros influyentes en la toma de decisiones sanitarias. La co-construcción de mensajes fortalecerá la legitimidad del MSP dentro de la comunidad y promoverá la adopción de prácticas de salud preventiva.

7.2. Para la comunidad de Huambi

1. Promover la creación de espacios permanentes de diálogo comunitario intercultural, donde la población pueda expresar dudas, temores, percepciones culturales y experiencias relacionadas con el COVID-19 y las vacunas. Estos espacios deben facilitar la conversación entre saberes ancestrales y conocimiento científico, fomentando la corresponsabilidad comunitaria en la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de la salud colectiva.

2. Reforzar el rol de los agentes comunitarios de salud como “puente intercultural”, consolidando su función de mediadores entre la biomedicina y la medicina ancestral. Su participación activa permitirá reducir barreras comunicacionales, mejorar la adherencia a las intervenciones de salud y fortalecer la credibilidad del sistema sanitario dentro de la comunidad.

7.3. Para instituciones académicas

1. Incentivar el desarrollo de líneas de investigación en salud intercultural, enfocadas en comprender la relación entre cosmovisión amazónica, percepciones

de riesgo, prácticas tradicionales y comportamiento vacunal. Estas investigaciones deben promover metodologías participativas, antropología médica y estudios comparativos entre territorios amazónicos, con énfasis en la generación de conocimiento aplicado.

2. Articular proyectos de vinculación e interoperabilidad comunitaria que acompañen a centros de salud amazónicos en procesos de educación para la salud, alfabetización sanitaria, diseño de materiales educativos interculturales y promoción comunitaria. Las universidades deben asumir un rol activo en el fortalecimiento de capacidades locales.

7.4. Para futuras investigaciones

1. Ampliar el estudio a otras parroquias del cantón Sucúa y de la zona 6 del MSP, con el fin de realizar análisis comparativos que permitan identificar similitudes, patrones comunes y variables diferenciales en torno a la aceptación vacunal y las barreras socioculturales en contextos amazónicos y rurales indígenas.

2. Integrar en futuros diseños investigativos variables relacionadas con alfabetización digital, exposición a redes sociales y mecanismos de circulación de desinformación, dado su impacto significativo en la construcción de percepciones negativas sobre la vacuna. Se recomienda emplear enfoques de análisis de redes y estudios sobre infodemia.

3. Desarrollar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución temporal de la aceptación vacunal, los cambios en las percepciones sobre riesgos sanitarios y el impacto de las estrategias interculturales implementadas por el MSP. Esta perspectiva analítica facilitará la valoración de tendencias, permanencia de barreras culturales y eficacia de las intervenciones en periodos posteriores a la pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Torres, E. C., Moreno, M., & Rivadeneira, M. F. (2023). Vaccination against COVID-19 and socioeconomic inequalities: A cross-sectional study in Ecuador. *Vaccine: X*, 15, 100393. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2023.100393>
- Maldonado, V. E. G. (2024). Vacunación contra la COVID-19 en pueblos indígenas de Ecuador: aceptación, barreras y creencias. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, V(5), 307-... [PDF disponible]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9709782.pdf>
- Lapo-Talledo, G. J., Talledo-Delgado, J. A., Portalanza, D., Ballaz, S., & Siteneski, A. (2023). Analysis of socio-demographic, economic and individual reasons for COVID-19 vaccination hesitancy in Ecuador: A nationwide longitudinal study. *Journal of Community Health*, 48, 467–479. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01188-7>
- World Health Organization. (2024). “COVID-19 vaccines prevented over half of COVID-19-related hospitalizations and over half of all severe outcomes, including death... these findings highlight again the power of COVID-19 vaccination to safeguard health, especially for the most vulnerable.. WHO. <https://www.who.int/europe/news/item/23-10-2024-vaccines-for-the-vulnerable--new-who-europe-study-shows-the-impact-of-covid-19-vaccines-in-safeguarding-health-and-saving-lives>
- Henríquez-Trujillo, A. R., et al. (2021). *COVID-19 outbreaks in Amazonian indigenous groups: The case of Ecuadorian Amazonia*. Bulletin of the World Health Organization, 99(7), 452–459. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.283028>
- Lapo-Talledo, G. J., Talledo-Delgado, J. A., Portalanza, D., Ballaz, S., & Siteneski, A. (2023). *Analysis of socio-demographic, economic and individual reasons for COVID-19*

vaccination hesitancy in Ecuador: A nationwide longitudinal study. Journal of Community Health, 48, 467–479. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01188-7>

Morales-Jadán, D., Vallejo-Janeta, A. P., Freire, B., Rodríguez-Pazmiño, J., et al. (2024). COVID-19 outbreaks in endangered Indigenous groups from the Amazonia during the first wave of the COVID-19 pandemic in Ecuador: A retrospective cross-sectional study. Rural and Remote Health, 24(3), 8868. <https://doi.org/10.22605/RRH8868>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Consideraciones sobre comunicación de riesgo y participación comunitaria para la vacunación contra COVID-19 en poblaciones indígenas. OPS.

Ortiz-Prado, E., Simbaña-Rivera, K., Gómez-Barreno, L., Rubio-Neira, M., Guaman, L. P., Kyriakidis, N. C., Muslin, C., Jaramillo, A. M., Barba-Ostria, C., Cevallos-Robalino, D., Sanches-SanMiguel, H., & Lowe, R. (2021). Testing for SARS-CoV-2 at the core of voluntary collective isolation: Lessons from the indigenous populations living in the Amazon region in Ecuador. International Journal of Infectious Diseases, 105, 234–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.039>

Rivadeneira, M., Torres, E., & Moreno, M. (2023). Socioeconomic inequalities in vaccination against COVID-19 in Ecuador. Population Medicine, 5, 167–168. <https://doi.org/10.18332/popmed/164591>

World Health Organization. (2023). Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID – 19 vaccines. WHO.

Organización Panamericana de la Salud. (2023, 21 de agosto). *Equipo OPS/OMS define prioridades y estrategia de cooperación con Ecuador al 2027*. OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/noticias/21-8-2023-equipo-opsoms-define-prioridades-estrategia-cooperacion-con-ecuador-al-2027> [paho.org](https://www.paho.org)

- Limbu, Y. B., & Gautam, R. K. (2022). *Induced demand for COVID-19 vaccination: A systematic review of determinants of vaccine acceptance and hesitancy*. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, 18(5), 2070098
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Informe de Rendición de Cuentas 2023*. MSP Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Informe_Final_RdC2023_MSP.pdf salud.gob.ec
- Wasti, S. P., Simkhada, P., van Teijlingen, E. R., Sathian, B., & Banerjee, I. (2022). *The growing importance of mixed-methods research in health*. *Nepal Journal of Epidemiology*, 12(1), 1175-1178. <https://doi.org/10.3126/nje.v12i1.43633>
- Andrade, C. (2021). A Student's Guide to the Classification and Operationalization of Variables in the Conceptualization and Design of a Clinical Study: Part 1. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(2). <https://doi.org/10.1177/0253717621994334> [ResearchGate](#)
- MacDonald, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Sanders, C., et al. (2024). *An exploration of the role of trust and rapport in enhancing immunisation acceptance and access among Indigenous peoples in northern Ontario*. *PLoS ONE*, 19(4), e0308876. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308876>
- Kazeminia, M., Ahmadi, M., Abdi, A., Shohaimi, S., & Jalali, R. (2022). *Evaluation of the acceptance rate of COVID-19 vaccine and its reasons in Iran: A cross-sectional study*. *Journal of Primary Prevention*, 13(6). <https://doi.org/10.1007/s10935-022-00684-1>
- Hernández Bandera, N. de las M., Herrera Lazo, Z. D. C., Jami Carrera, J. E., & Labrada González, E. (2022). Creencias y actitudes de resistencia a la vacunación contra la

COVID-19 en comunidades indígenas de la provincia Cotopaxi. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 62(2), 260–265. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/886z9>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Vacunación contra la COVID-19 en pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios del Ecuador: Lineamientos operativos*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Vacunacion-contra-la-COVID-19-en-pueblos-y-nacionalidades-Indigenas.pdf>

Adhikari, B., Cheah, P. Y., von Seidlein, L., Jaffe, K., & White, N. J. (2022). *Trust is the common denominator for COVID-19 vaccine acceptance: A systematic review*. *Vaccine*, 40(21), 297–310. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9536059/pdf/main.pdf>

Suarez -Lledo, V., & Alvarez-Galvez, J. (2021). *Prevalence of health misinformation on social media: A systematic review*. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e17187. <https://doi.org/10.2196/17187>

Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., ... El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 27(2), 225–228. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9>

World Health Organization. (2023, September 29). *Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization — background document*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/2023/september/doi_sage_sept_2023.pdf?sfvrsn=6a304417_3

- Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). *Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination*. PLOS ONE, 13(12), e0208601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods research.
- Denzin, N. (1978). The research act.
- Dubé, E., et al. (2013). Vaccine hesitancy. Human Vaccines & Immunotherapeutics.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture.
- Larson, H. J., et al. (2014). Understanding vaccine hesitancy. Vaccine.
- OMS (2022). COVID-19 vaccination strategy.
- OPS (2021). Salud intercultural en pueblos indígenas.
- Kèselman, A., Weiss, B. D., & Smith, S. Y. (2022). *Cognitive and cultural factors that affect general vaccine hesitancy in the United States*. BMC Public Health, 22, 21. doi: [10.3390/vaccines11010094](https://doi.org/10.3390/vaccines11010094)
- Lapo-Talledo, G. J., Talledo-Delgado, J. A., Portalanza, D., Ballaz, S., & Siteneski, A. (2023). Analysis of socio-demographic, economic and individual reasons for COVID-19 vaccination hesitancy in Ecuador: A nationwide longitudinal study. *Journal of Community Health*, 48, 467–479. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01188-7>

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA ESTRUCTURADA

Encuesta sobre percepciones culturales, barreras y aceptación de la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi, cantón Sucúa.

Propósito: Recabar información cuantitativa sobre percepciones, creencias, barreras socioculturales y conducta vacunal en población adulta de Huambi.

Instrucciones:

La encuesta es anónima y confidencial. Marque solo una opción por pregunta.

SECCIÓN A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

- ☐ 18–29 años
- ☐ 30–44 años
- ☐ 45–65 años

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

Etnia:

- ☐ Shuar
- ☐ Mestizo

Nivel educativo:

- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Tercer nivel

Ocupación:

- ☐ Agricultor
- ☐ Comerciante
- ☐ Profesor
- ☐ Obrero
- ☐ Ama de casa
- ☐ Taxista
- ☐ Otra: _____

SECCIÓN B. PERCEPCIONES SOBRE COVID-19

¿Qué tan grave considera actualmente al COVID-19?

- ☐ Bajo
- ☐ Medio
- ☐ Alto

¿Cree que existe riesgo de enfermarse nuevamente?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Considera que el COVID-19 puede relacionarse con desequilibrios espirituales o naturales?

- ☐ Sí
- ☐ No

SECCIÓN C. PERCEPCIONES SOBRE LA VACUNA COVID-19

Nivel de confianza en la vacuna:

- ☐ Alta
- ☐ Media
- ☐ Baja

¿Siente temor a efectos adversos?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Qué tan útil considera la vacuna para prevenir complicaciones?

- ☐ Muy útil
- ☐ Algo útil
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

¿Ha escuchado rumores negativos sobre la vacuna?

- ☐ Sí
- ☐ No

SECCIÓN D. CONDUCTA VACUNAL

Estado vacunal actual:

- ☐ No vacunado
- ☐ Parcial
- ☐ Completo

Número de dosis recibidas:

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3+

¿Estaría dispuesto(a) a vacunarse nuevamente?

- ☐ Sí
- ☐ No

SECCIÓN E. BARRERAS CULTURALES Y SOCIALES

¿Utiliza medicina ancestral para prevenir o tratar enfermedades?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Las creencias espirituales influyen en su decisión de vacunarse?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Los líderes religiosos/comunitarios influyen en su decisión de vacunarse?

- ☐ Sí
- ☐ No

Acceso a información confiable sobre la vacuna:

- ☐ Alto
- ☐ Medio
- ☐ Bajo

¿Considera que el personal del centro de salud respeta su cultura y costumbres?

- ☐ Sí
- ☐ No

SECCIÓN F. COMENTARIOS

ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Título: *Percepciones culturales y aceptación de la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi.*

Objetivo: Profundizar en creencias, experiencias, narrativas, significados culturales y barreras en torno a la vacunación.

BLOQUE 1. Representaciones sobre COVID-19

¿Cómo entiende usted el COVID-19?

¿Qué explicaciones existen dentro de la comunidad sobre el origen de esta enfermedad?

¿Qué prácticas utilizan para prevenir o tratar síntomas del COVID-19?

BLOQUE 2. Creencias y percepciones sobre la vacuna

¿Qué piensa usted de la vacuna?

¿Qué temores o preocupaciones conoce sobre sus efectos?

¿Qué comentarios escucha con frecuencia en la comunidad respecto a la vacuna?

BLOQUE 3. Dimensión cultural y espiritual

¿Qué papel cumple la medicina ancestral en las decisiones de salud?

¿Las creencias espirituales influyen en la aceptación o rechazo de la vacuna?

¿Cómo?

BLOQUE 4. Influencia social y comunitaria

¿Qué líderes comunitarios o religiosos influyen en la decisión de vacunarse?

¿Cómo percibe el rol del centro de salud? ¿Existe confianza o desconfianza?

BLOQUE 5. Sugerencias

¿Qué considera que ayudaría a mejorar la aceptación de la vacuna en Huambi?

¿Desea agregar algo más?

ANEXO 3. GUÍA DE GRUPOS FOCALES

Objetivo: Explorar percepciones colectivas, dinámicas sociales, construcción comunitaria de significado y procesos de influencia social.

Tamaño del grupo: 8–10 participantes.

Duración: 60–90 minutos.

1. ACTIVIDAD DE APERTURA (ROMPEHIELO)

Pregunta:

— Cuando escuchan la palabra *vacuna COVID-19*, ¿qué es lo primero que se les viene a la mente?

Dinámica:

- *Lluvia de palabras* (moderador anota en papelógrafo).

2. TEMA CENTRAL 1. Creencias y percepciones

¿Cómo ve la comunidad la enfermedad COVID-19 actualmente?

¿Qué se dice en la comunidad sobre la vacuna?

¿Qué temores o dudas predominan?

3. TEMA CENTRAL 2. Barreras culturales

¿Qué papel tienen las plantas medicinales o prácticas tradicionales frente a la vacuna?

¿Influye la espiritualidad en las decisiones de salud?

¿Qué rituales o prácticas se prefieren en lugar de la vacunación?

4. TEMA CENTRAL 3. Influencia social

¿Qué dicen los líderes comunitarios, religiosos o sabios locales sobre la vacunación?

¿Se sigue su recomendación?

¿A quién escuchan más: al centro de salud o a los líderes locales?

5. TEMA CENTRAL 4. Comunicación y rumores

¿Qué rumores han escuchado?

¿Por qué creen que la gente confía en ellos?

¿Qué medios utilizan para informarse?

6. ACTIVIDAD DE CIERRE

“Mapa comunitario de influencia”:

Los participantes identifican quiénes influyen más en la decisión de vacunarse:

→ Líderes religiosos

- líderes comunitarios
- familia
- redes sociales
- personal del centro de salud

Pregunta final:

- ¿Qué debería cambiar para que la comunidad confíe más en las vacunas?

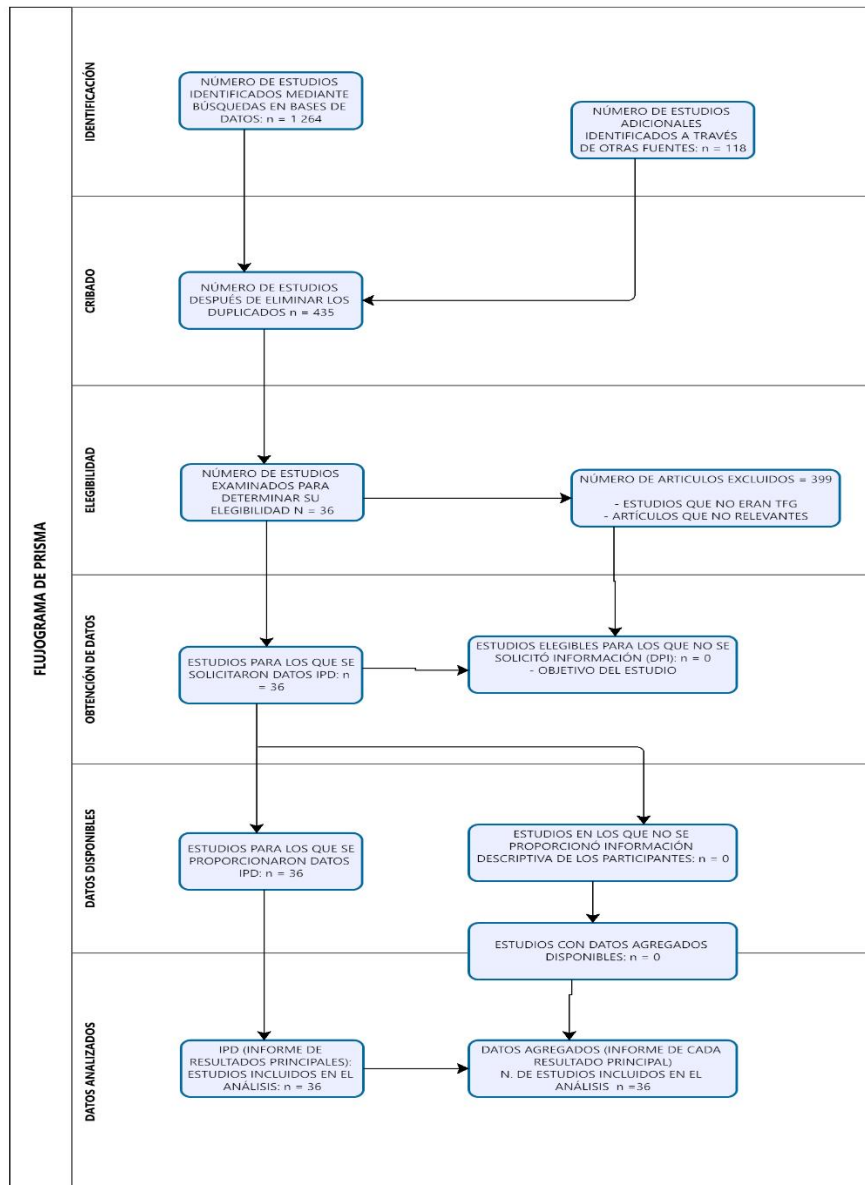
ANEXO 4. MATRIZ PRISMA

Metodología PRISMA aplicada a la revisión bibliográfica incluida en el proyecto

Período revisado: 2019–2025

Bases: PubMed, Scopus, SciELO, OPS, OMS, Google Scholar

Palabras clave: “vaccine hesitancy”, “indigenous health”, “COVID-19 Ecuador”, “cultura amazónica”, “misinformation”, “ancestral medicine”.



FUENTE: Elaboración propia Bizagi Modeler 2025

ANEXO 5. MATRIZ DE CODIFICACIÓN CUALITATIVA

Método empleado: Codificación abierta, axial y selectiva (Strauss & Corbin).

Fuentes: 10 entrevistas semiestructuradas + 3 grupos focales.

Categoría Principal	Subcategoría	Códigos emergentes	Evidencias textuales (fragmentos)
1. Percepciones sobre el COVID-19	1.1. Riesgo percibido	“ya pasó”, “no es grave”, “riesgo medio”, “la naturaleza protege”	<i>“Dicen que ya no es como antes, que ahora es una gripe más nomás.”</i>
	1.2. Explicaciones culturales	“castigo”, “desequilibrio espiritual”, “mal viento”	<i>“La enfermedad viene cuando hay problemas con los espíritus del monte.”</i>
2. Percepciones sobre la vacuna COVID-19	2.1. Confianza/Desconfianza	“duda”, “desconfío del MSP”, “no está probada”	<i>“No sabemos qué tiene esa vacuna, por eso mejor no.”</i>
	2.2. Temor a efectos adversos	“infertilidad”, “enferma el corazón”, “cambia la sangre”, “muerte súbita”	<i>“Escuché que una señora se desmayó por la vacuna y quedó mal.”</i>
	2.3. Utilidad percibida	“no sirve”, “poca protección”, “no evitó muertes”	<i>“Muchos vacunados igual se enfermaron, entonces para qué.”</i>
3. Barreras culturales y espirituales	3.1. Medicina ancestral	“plantas”, “baños”, “limpias”, “tabaco ritual”, “shaman”	<i>“Para enfermedades fuertes usamos plantas del monte, eso sí cura.”</i>
	3.2. Espiritualidad	“protección espiritual”, “sabiduría de los abuelos”, “el bosque cuida”	<i>“El espíritu del bosque siempre nos ha protegido, no necesitamos químicos.”</i>
4. Influencia social y comunitaria	4.1. Líderes religiosos	“el pastor dijo...”, “Dios protege”, “la fe es suficiente”	<i>“El pastor nos dijo que confiemos en Dios y no en vacunas hechas</i>

			<i>por humanos.”</i>
	4.2. Líderes comunitarios	“dirigente recomienda”, “autoridad local”, “respeto a la palabra”	<i>“Si el presidente de la comunidad no recomienda, nadie se vacuna.”</i>
	4.3. Familia y redes cercanas	“lo que dice la familia”, “experiencias cercanas”, “presión del grupo”	<i>“Si mi familia no cree en la vacuna, yo tampoco.”</i>
5. Desinformación y rumores	5.1. Rumores locales	“cambia el ADN”, “pone chips”, “debilita la sangre”, “infertilidad”	<i>“Dicen que la vacuna tiene metales que te hacen dependiente.”</i>
	5.2. Redes sociales	“WhatsApp”, “videos”, “mensajes virales”, “audio reenviado”	<i>“Nos mandaron un audio por WhatsApp donde decían que la vacuna mata.”</i>
6. Experiencia con el sistema de salud	6.1. Confianza institucional	“maltrato”, “falta de explicación”, “no hablan nuestro idioma”, “desconfianza”	<i>“En el centro no explican bien, solo dicen que hay que vacunarse.”</i>
	6.2. Pertinencia cultural	“no respetan costumbres”, “no entienden la cultura”, “trato distante”	<i>“A veces no nos sienten, como que nuestra cultura no importa.”</i>
7. Conducta vacunal	7.1. Decisión personal	“no vacunarse”, “esperar”, “solo una dosis”, “rechazo por miedo”	<i>“Yo me puse una sola. Después escuché cosas malas y ya no.”</i>
	7.2. Intención futura	“no me pondré más”, “no es necesario”, “temor persistente”	<i>“Aunque haya otra campaña, yo no me vacuno.”</i>
8. Propuestas de mejora desde la comunidad	8.1. Comunicación intercultural	“hablar claro”, “material en shuar”, “explicar bien”, “mostrar evidencia”	<i>“Si explicaran con nuestros ejemplos, tal vez entenderíamos mejor.”</i>
	8.2. Articulación con líderes	“que el líder apoye”, “trabajar juntos”,	<i>“Si los sabios dicen que es bueno, la gente</i>

		“información de confianza”	<i>se vacunaría.”</i>
	8.3. Respeto a la cultura	“considerar nuestras plantas”, “no obligar”, “integrar saberes”	<i>“No se debe despreciar nuestra medicina, debe ser un trabajo junto.”</i>

ANEXO 6. BASE DE DATOS DE PARTICIPANTES (N = 150)

Variables incluidas:

Edad

Sexo

Nivel educativo

Etnia

Ocupación

Percepción de riesgo

Confianza en vacuna

Temor a la vacuna

Estado vacunal

Número de dosis

Intención futura

Barreras espirituales

Uso de medicina ancestral

Influencia de líderes

Rumores

#	Edad	Sexo	Educación	Etnia	Ocupación	Riesgo	Confianza	Temor	Estado	Dosis	Intención	Espiritual	Ancstral	Líderes	Rumores	Info
1	34	Femenino	Secundaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
2	28	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	No	Sí	Sí	Sí	Media
3	45	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Bajo	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	No	Sí	Baja
4	51	Masculino	Secundaria	Mestizo	Taxista	Alto	Media	Sí	Completo	3	Sí	No	No	Sí	No	Media
5	19	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
6	33	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	No	Sí	Sí	Sí	Media
7	52	Femenino	Secundaria	Mestizo	Obrero	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
8	44	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
9	63	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
10	27	Masculino	Secundaria	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
11	39	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja

12	58	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	No	Sí	Sí	Sí	Media
13	41	Femenino	Secundaria	Shuar	Agricultor	Bajo	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
14	23	Masculino	Tercer nivel	Mestizo	Profesor	Medio	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
15	36	Femenino	Secundaria	Mestizo	Ama de casa	Alto	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	No	Sí	Sí	Media
16	55	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
17	29	Femenino	Secundaria	Mestizo	Comerciante	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
18	61	Masculino	Primaria	Shuar	Obrero	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
19	47	Femenino	Primaria	Mestizo	Ama de casa	Alto	Media	Sí	Parcial	1	No	No	No	Sí	Sí	Media
20	30	Masculino	Secundaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
21	40	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
22	22	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
23	54	Femenino	Secundaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
24	38	Masculino	Tercer nivel	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
25	60	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
26	43	Masculino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Media	Sí	No	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Me

		lino	a	zo	ante	o			vacunado							dia
27	26	Femenino	Secundaria	Mestizo	Ama de casa	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
28	57	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
29	50	Femenino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	No	No	Sí	Sí	Media
30	24	Masculino	Secundaria	Shuar	Comerciante	Alto	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
31	48	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
32	32	Masculino	Secundaria	Mestizo	Obrero	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
33	27	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
34	56	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	No	Sí	Sí	Sí	Baja
35	44	Femenino	Secundaria	Shuar	Obrero	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
36	21	Masculino	Primaria	Mestizo	Taxista	Alto	Media	Sí	No vacunado	0	No	No	Sí	Sí	Sí	Media
37	60	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
38	34	Masculino	Secundaria	Mestizo	Comerciante	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
39	50	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
40	25	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	No	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Me

		lino	a	zo		o			vacunado							dia
41	45	Femenino	Secundaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
42	31	Masculino	Tercer nivel	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
43	52	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
44	40	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
45	29	Femenino	Primaria	Mestizo	Ama de casa	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
46	58	Masculino	Secundaria	Mestizo	Obrero	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
47	42	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
48	24	Masculino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Bajo	Alta	No	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
49	63	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
50	36	Masculino	Secundaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	No	Sí	Sí	Sí	Media
51	48	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Bajo	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
52	27	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
53	54	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
54	30	Masculino	Secundaria	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta

55	61	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
56	39	Masculino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
57	25	Femenino	Secundaria	Mestizo	Ama de casa	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
58	59	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
59	41	Femenino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
60	28	Masculino	Secundaria	Shuar	Obrero	Alto	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
61	33	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
62	46	Masculino	Secundaria	Mestizo	Comerciante	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
63	57	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
64	29	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
65	44	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
66	22	Masculino	Secundaria	Mestizo	Taxista	Alto	Media	Sí	No vacunado	0	No	No	Sí	Sí	Sí	Media
67	63	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
68	32	Masculino	Secundaria	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta

69	49	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
70	27	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
71	45	Femenino	Secundaria	Shuar	Agricultor	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
72	60	Masculino	Primaria	Shuar	Obrero	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
73	34	Femenino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
74	31	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Bajo	Alta	No	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
75	48	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
76	26	Masculino	Secundaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
77	62	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
78	43	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
79	53	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
80	30	Masculino	Secundaria	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
81	59	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
82	37	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media

		lino	a	zo	r	o			l							dia
83	50	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
84	28	Masculino	Secundaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
85	41	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
86	24	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Bajo	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
87	58	Femenino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
88	35	Masculino	Secundaria	Mestizo	Obrero	Medio	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
89	52	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
90	27	Masculino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
91	49	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
92	33	Masculino	Secundaria	Mestizo	Taxista	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
93	60	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
94	24	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
95	42	Femenino	Secundaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
96	31	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Alto	Media	Sí	No vacunado	0	No	No	Sí	Sí	Sí	Media

97	52	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
98	28	Masculino	Secundaria	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
99	54	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
100	26	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
101	46	Femenino	Secundaria	Shuar	Ama de casa	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
102	61	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
103	39	Femenino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
104	22	Masculino	Secundaria	Shuar	Agricultor	Alto	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
105	59	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
106	35	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
107	48	Femenino	Secundaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
108	29	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
109	63	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
110	37	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
111	41	Femenino	Primaria	Mestizo	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja

1		ino	a	zo	casa	o			l							a
11	55	Mascu	Secund	Mesti	Comerci	Medi	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
2		lino	aria	zo	ante	o										
11	28	Femen	Primari	Shua	Comerci	Medi	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
3		ino	a	r	ante	o										
11	43	Mascu	Primari	Mesti	Agricultor	Medi	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
4		lino	a	zo	r	o										
11	52	Femen	Secund	Shua	Ama de casa	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
5		ino	aria	r												
11	58	Mascu	Primari	Shua	Obrero	Medi	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
6		lino	a	r		o										
11	33	Femen	Primari	Shua	Agricultor	Medi	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
7		ino	a	r	r	o										
11	24	Mascu	Secund	Mesti	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
8		lino	aria	zo												
11	49	Femen	Primari	Shua	Ama de casa	Medi	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
9		ino	a	r		o										
12	30	Mascu	Primari	Mesti	Comerci	Medi	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
0		lino	a	zo	ante	o										
12	44	Femen	Primari	Shua	Agricultor	Medi	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
1		ino	a	r	r	o										
12	22	Mascu	Secund	Mesti	Comerci	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
2		lino	aria	zo	ante											
12	63	Femen	Primari	Shua	Ama de casa	Medi	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
3		ino	a	r		o										
12	36	Mascu	Primari	Mesti	Obrero	Medi	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
4		lino	a	zo		o										
12	51	Femen	Secund	Shua	Comerci	Medi	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
5		ino	aria	r	ante	o										
12	29	Mascu	Secund	Mesti	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta

6		lino	aria	zo					eto							
127	57	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
128	33	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
129	24	Femenino	Primaria	Shuar	Comerciante	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
130	60	Masculino	Secundaria	Shuar	Obrero	Medio	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
131	38	Femenino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
132	46	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
133	52	Femenino	Secundaria	Shuar	Comerciante	Bajo	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
134	27	Masculino	Secundaria	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
135	59	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
136	43	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
137	25	Femenino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
138	31	Masculino	Secundaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
139	47	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
140	23	Masculino	Primaria	Mestizo	Obrero	Medio	Media	Sí	No vacunado	0	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media

14 1	35	Femenino	Secundaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
14 2	56	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
14 3	42	Femenino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
14 4	29	Masculino	Secundaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Alta	No	Completo	2	Sí	No	No	No	No	Alta
14 5	60	Femenino	Primaria	Shuar	Ama de casa	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
14 6	34	Masculino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
14 7	48	Femenino	Primaria	Mestizo	Comerciante	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
14 8	26	Masculino	Secundaria	Mestizo	Profesor	Bajo	Alta	No	Completo	3	Sí	No	No	No	No	Alta
14 9	53	Femenino	Primaria	Shuar	Agricultor	Medio	Baja	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja
15 0	31	Masculino	Primaria	Mestizo	Agricultor	Medio	Media	Sí	Parcial	1	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Media

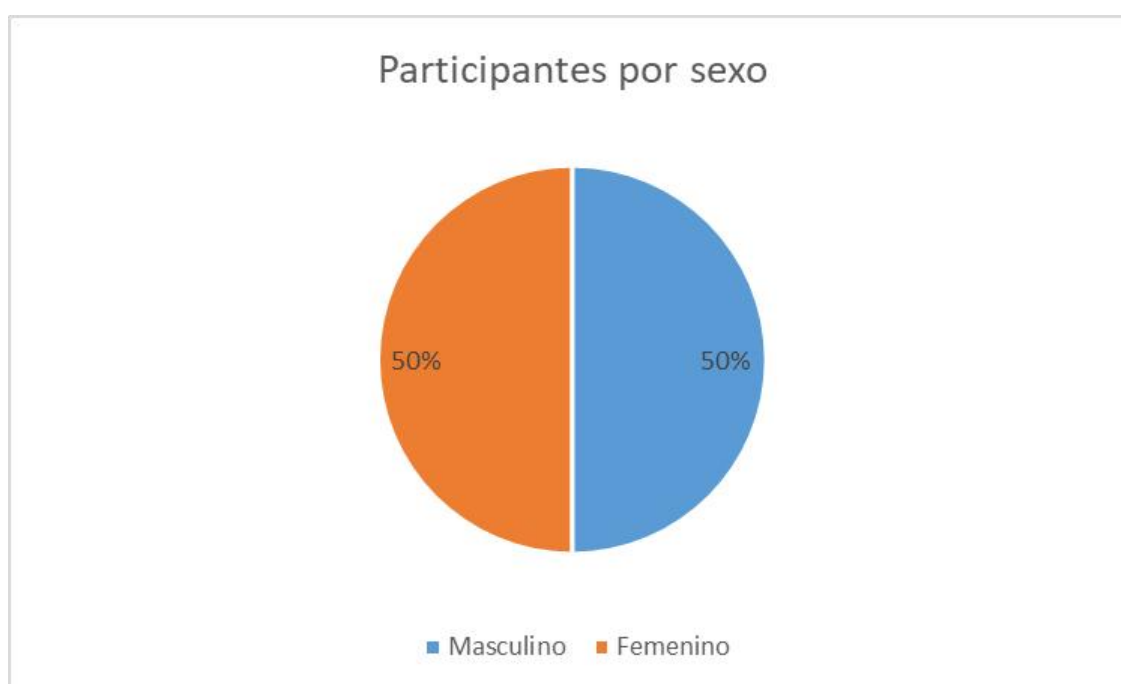
ANEXO 7. PRESENTACIÓN GRÁFICA DE RESULTADOS

Este anexo contiene los gráficos derivados del análisis cuantitativo de los 150 participantes del estudio. Las figuras están descritas siguiendo un formato académico para su lectura e interpretación.

Figura 2. Distribución por sexo de los participantes

Descripción:

Del total de 150 participantes, el 50% corresponde a mujeres y el otro 50% a hombres. Esta distribución refleja una participación equilibrada en términos de sexo, coherente con la composición poblacional de la parroquia Huambi.



Fuente: elaboración propia

Figura 2. Distribución por grupos de edad

Descripción:

Los participantes se agruparon en rangos etarios:

18–25 años: 11%

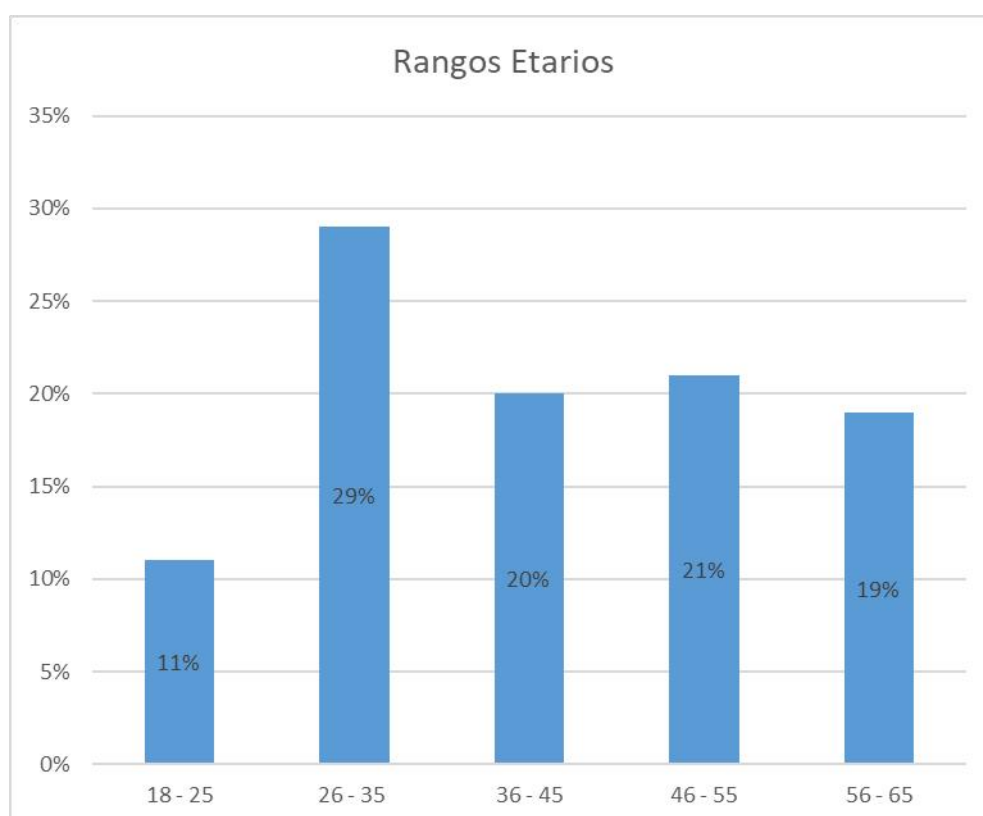
26–35 años: 29%

36–45 años: 20%

46–55 años: 21%

56–65 años: 19%

La mayor participación se concentra en adultos entre 26 y 55 años, que son quienes toman con mayor frecuencia decisiones sanitarias familiares.



Fuente: elaboración propia

Figura 3. Nivel educativo de los participantes

Descripción:

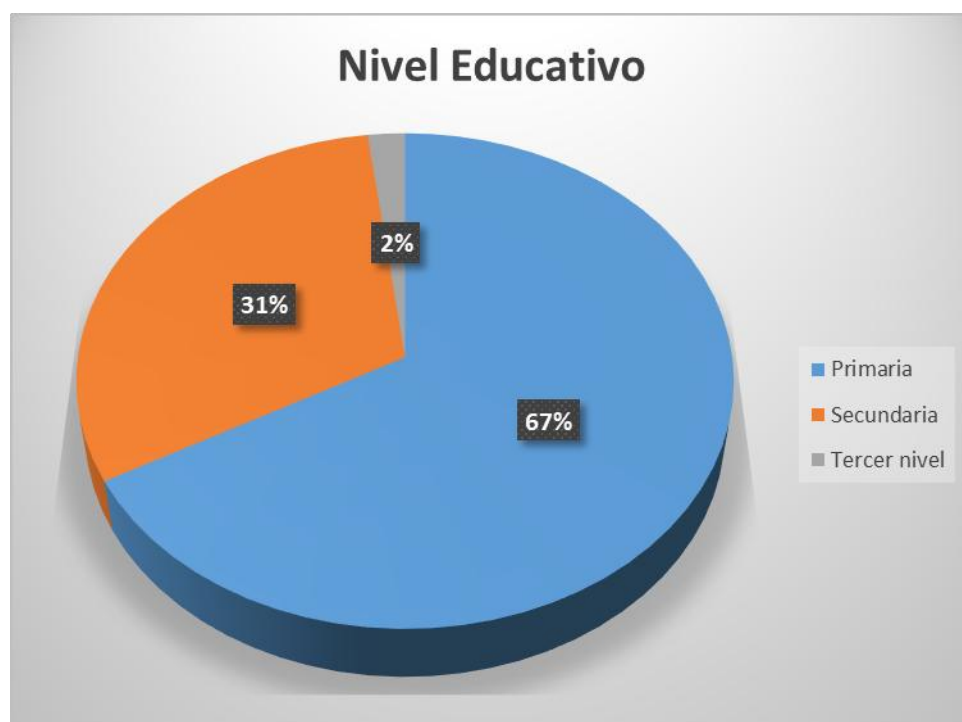
El nivel educativo predominante es:

Primaria: 67%

Secundaria: 31%

Tercer nivel: 2%

Se evidencia un nivel educativo bajo en más de la mitad de la población, lo cual influye directamente en la comprensión de información sanitaria y en la vulnerabilidad ante la desinformación.



Fuente: elaboración propia

Figura 4. Pertenencia étnica

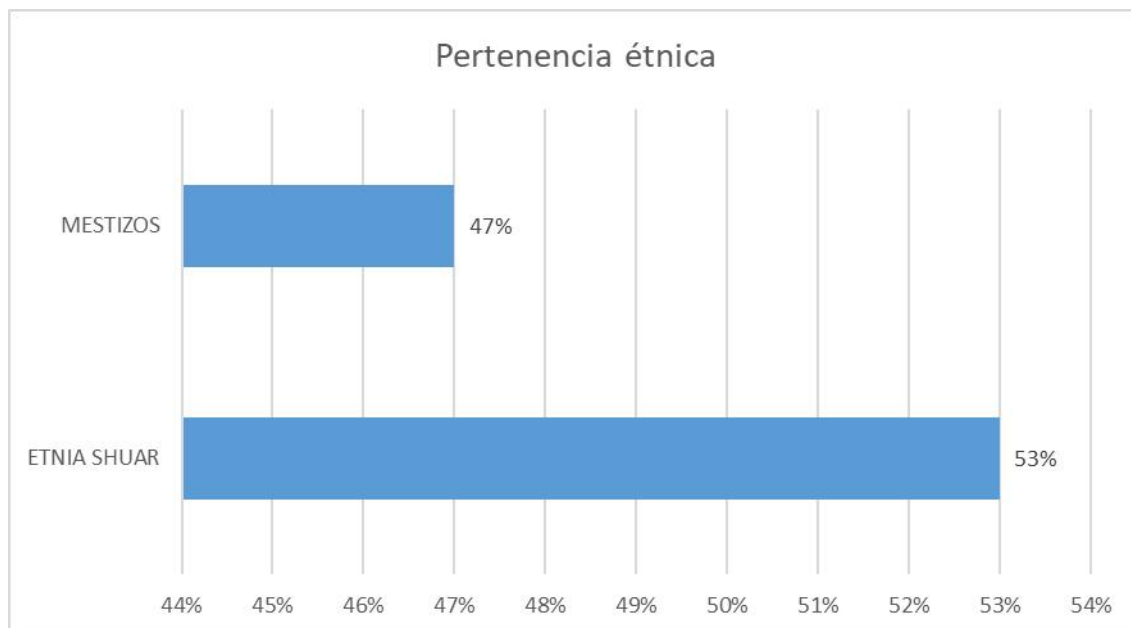
Descripción:

La población del estudio se compone de:

Pueblo Shuar: 53%

Mestizos: 47%

La elevada proporción de población shuar coincide con la composición cultural de la parroquia Huambi.



Fuente: elaboración propia

Figura 5. Ocupación principal

Descripción:

Las ocupaciones reportadas fueron:

Agricultores: 32%

Comerciantes: 23%

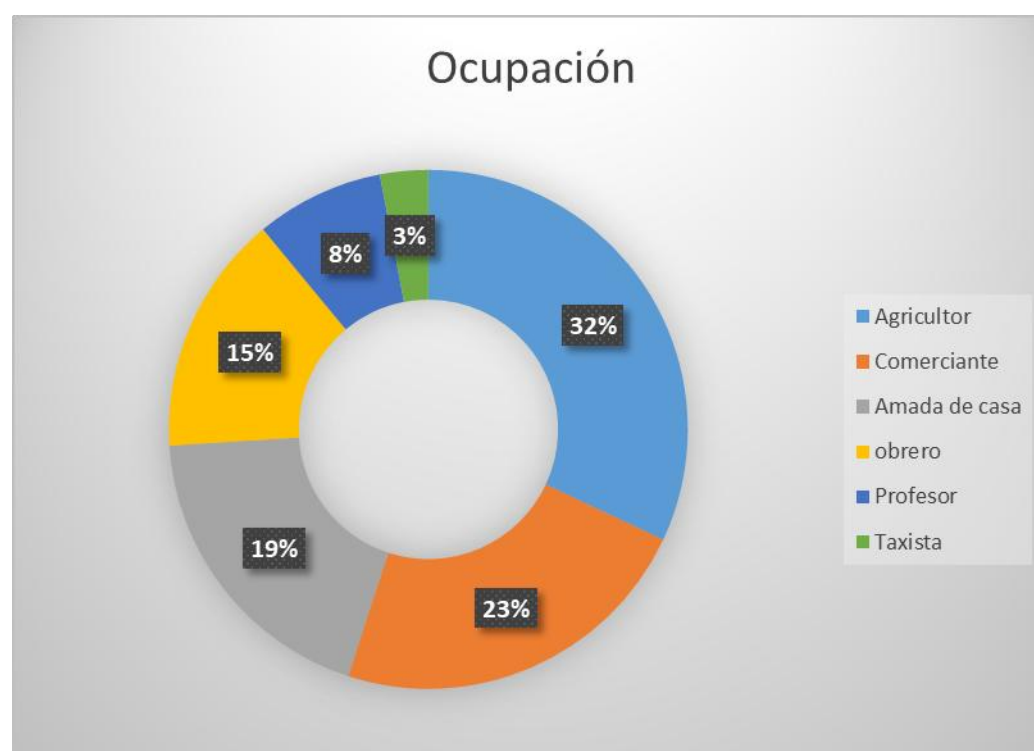
Amas de casa: 19%

Obreros: 15%

Profesores: 8%

Taxistas: 3%

Las actividades económicas están vinculadas principalmente al sector primario y al comercio informal.



Fuente: elaboración propia

Figura 6. Riesgo percibido frente al COVID-19

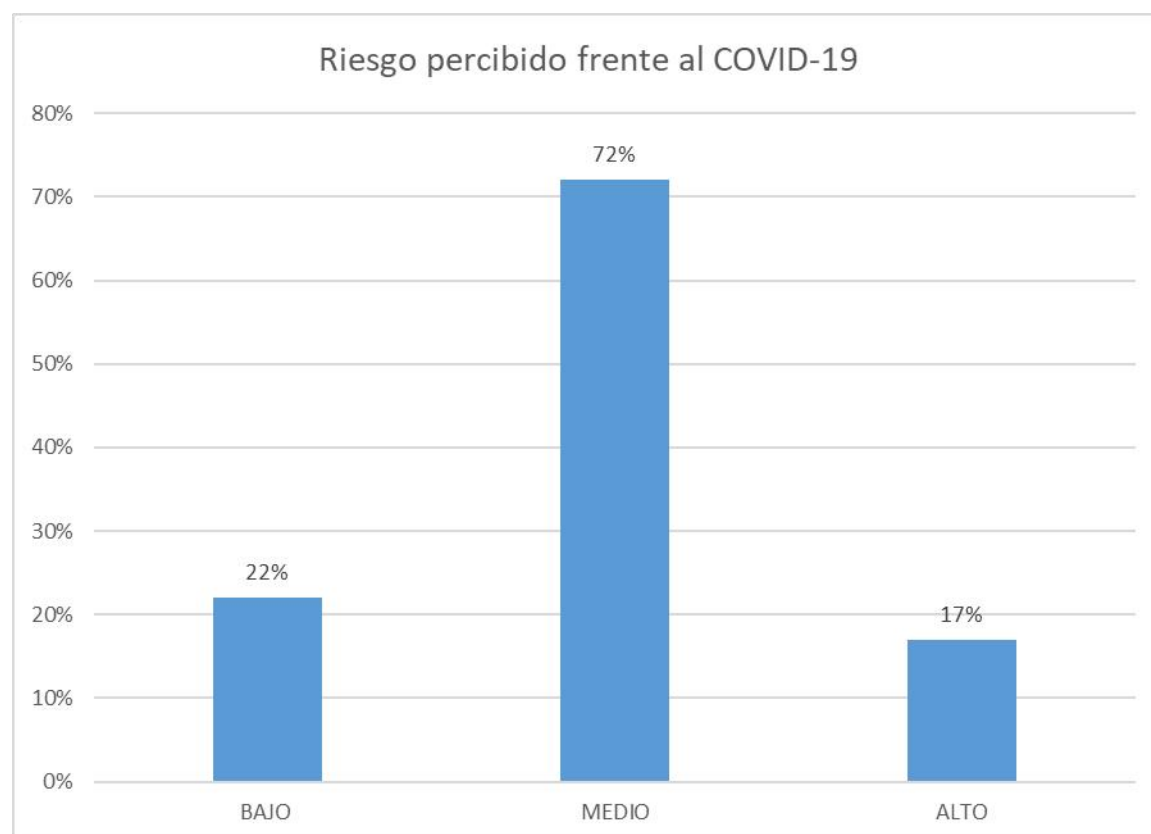
Descripción:

Bajo: 22%

Medio: 72%

Alto: 17%

La mayoría percibe un riesgo medio, lo cual se relaciona con la sensación comunitaria de “la pandemia ya pasó” presente en discursos locales.



Fuente: elaboración propia

Figura 7. Confianza en la vacuna contra COVID-19

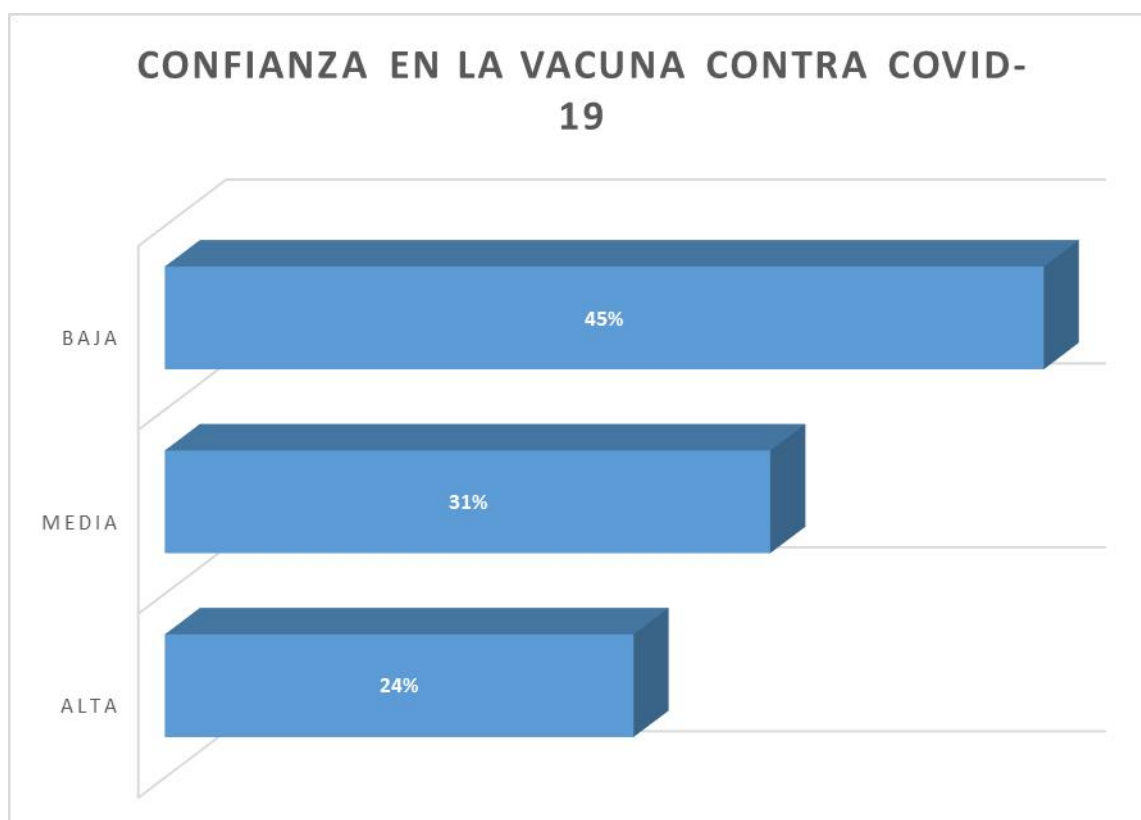
Descripción:

Alta: 24%

Media: 31%

Baja: 45%

La desconfianza predominante (45%) refleja la influencia de barreras culturales, rumores y experiencias previas negativas en centros de salud.



Fuente: elaboración propia

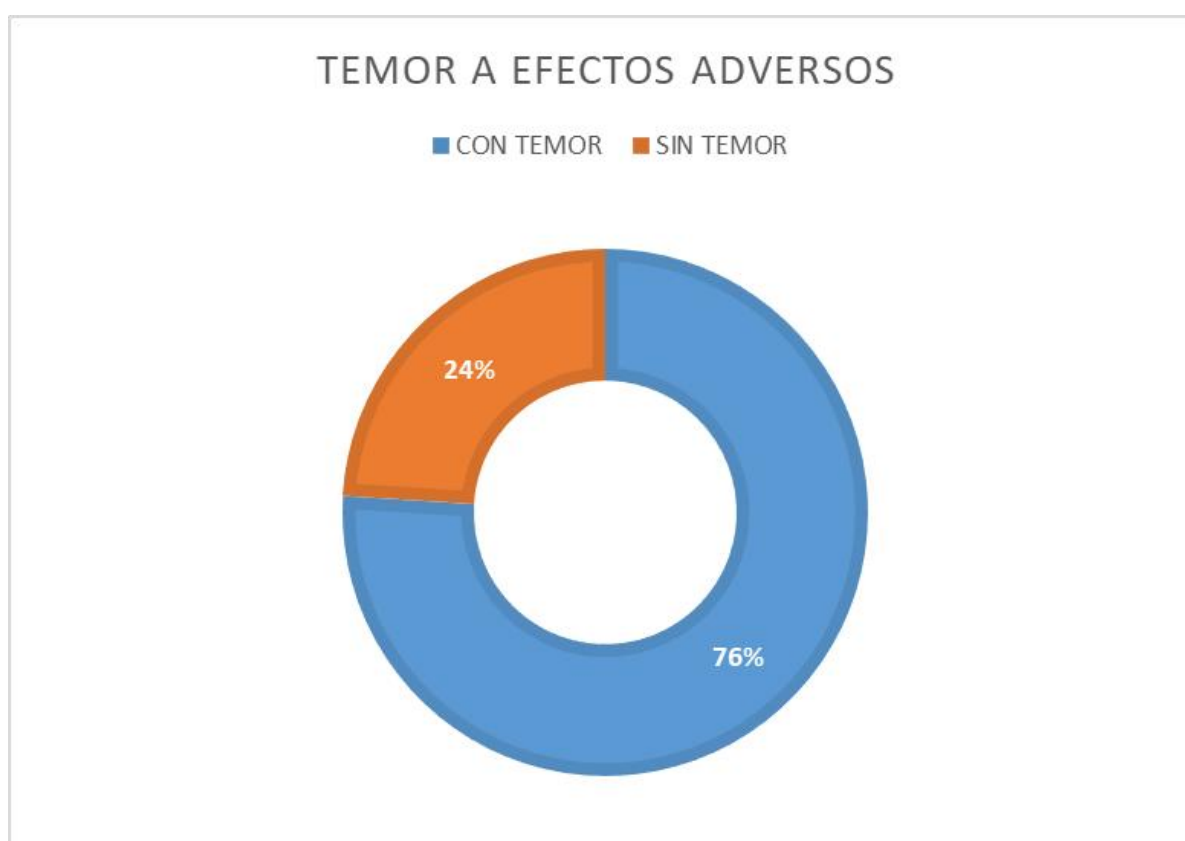
Figura 8. Temor a efectos adversos

Descripción:

Sí presenta temor: 76%

No presenta temor: 24%

El temor constituye una de las barreras centrales que limita la aceptación vacunal. Los miedos más frecuentes incluyen infertilidad, “debilitar la sangre” y problemas cardíacos.



Fuente: elaboración propia

Figura 9. Estado vacunal actual

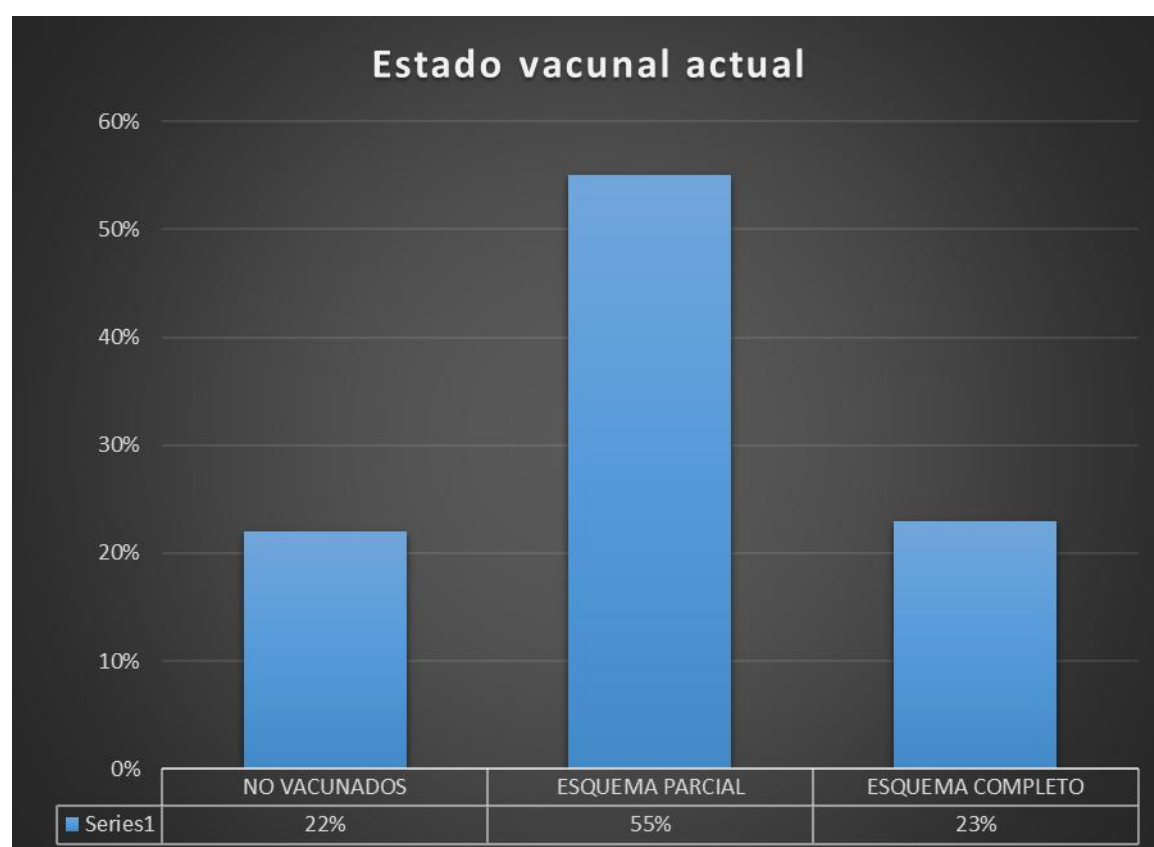
Descripción:

No vacunados: 22%

Esquema parcial (1 dosis): 55%

Esquema completo (2–3 dosis): 23%

Predomina el esquema parcial, lo cual evidencia interrupción en la continuidad del proceso vacunal.



Fuente: elaboración propia

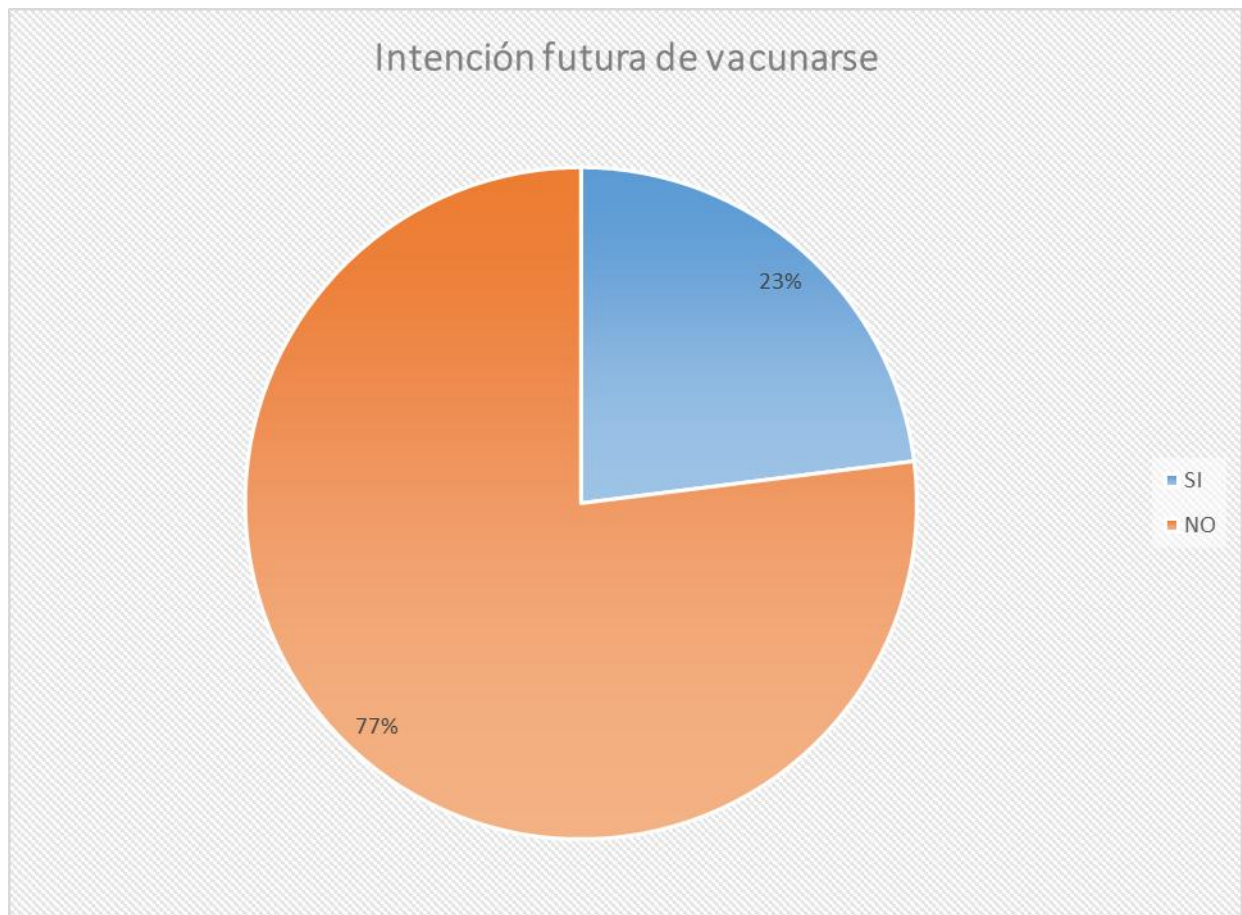
Figura 10. Intención futura de vacunarse

Descripción:

Sí se vacunaría: 23%

No se vacunaría: 77%

Existe una baja disposición futura marcada por la persistencia de dudas culturales y espirituales.



Fuente: elaboración propia

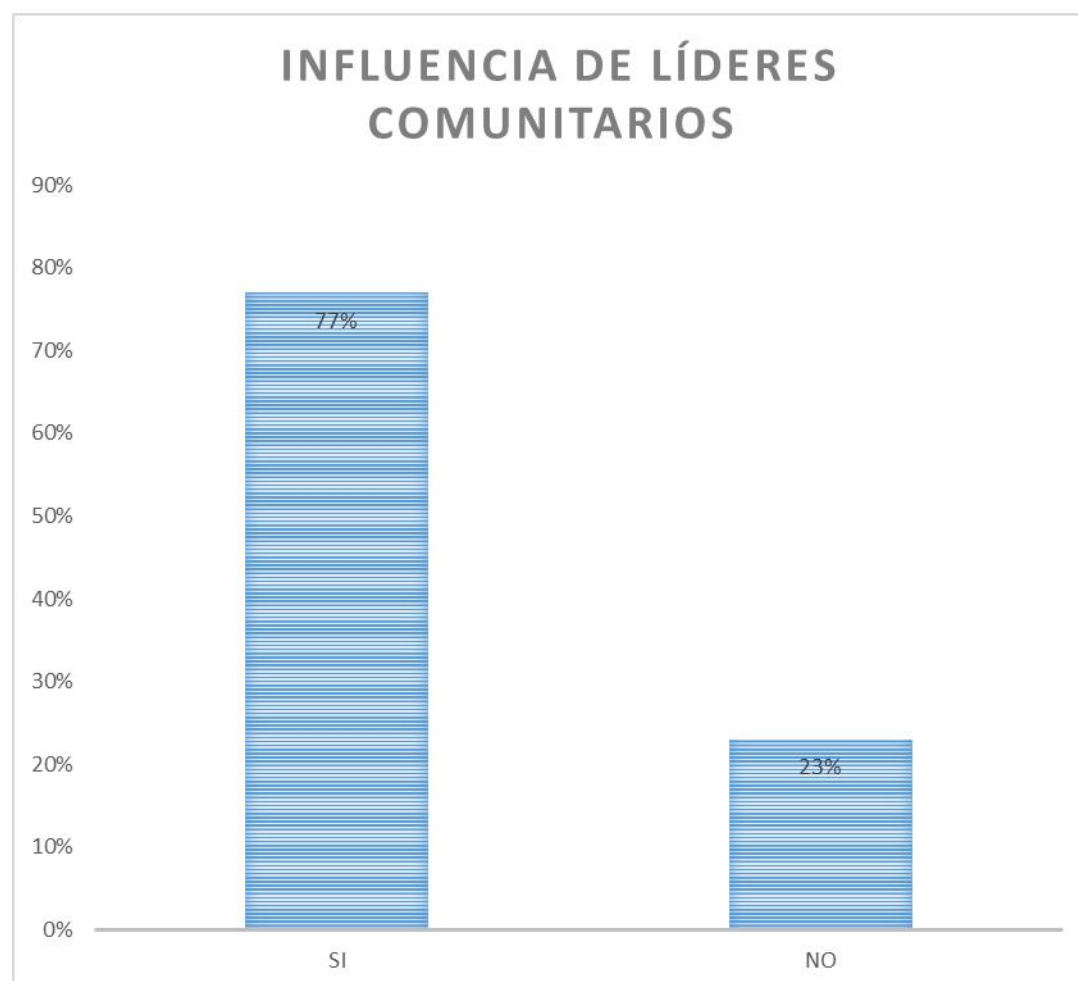
Figura 11. Influencia de líderes comunitarios

Descripción:

Los líderes influyen: 77%

No influyen: 23%

La figura confirma que los líderes comunitarios y religiosos son actores determinantes en decisiones de salud.



Fuente: elaboración propia

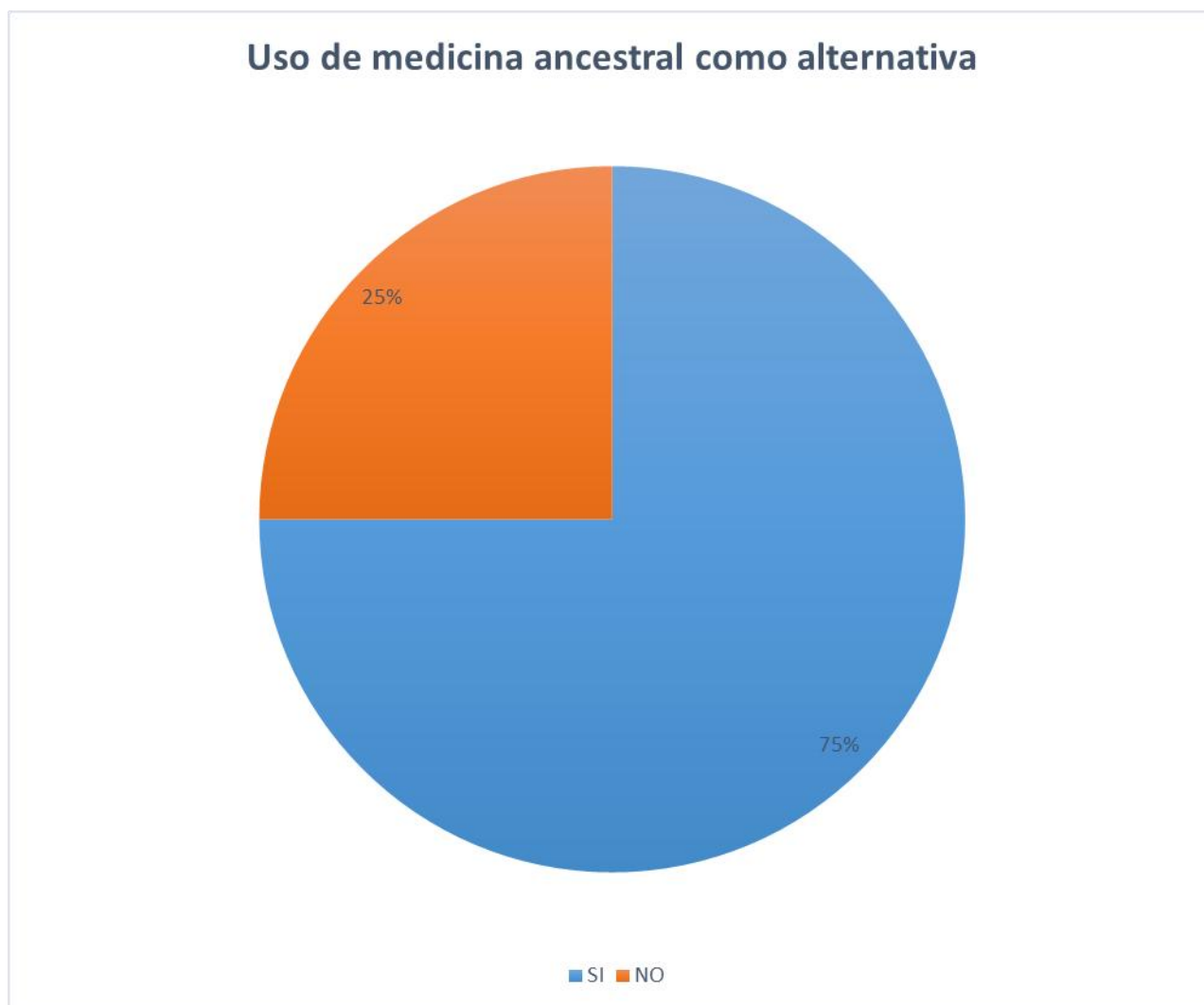
Figura 12. Uso de medicina ancestral como alternativa

Descripción:

Sí la usa: 75%

No la usa: 25%

La medicina ancestral constituye un componente esencial de la identidad amazónica y puede competir con las estrategias biomédicas.



Fuente: elaboración propia

Figura 13. Presencia de rumores y desinformación

Descripción:

Sí ha escuchado rumores: 77%

No ha escuchado: 23%

Los rumores más frecuentes refieren daños permanentes, infertilidad y componentes “peligrosos” en las vacunas.



Fuente: elaboración propia

Figura 14. Acceso a información confiable

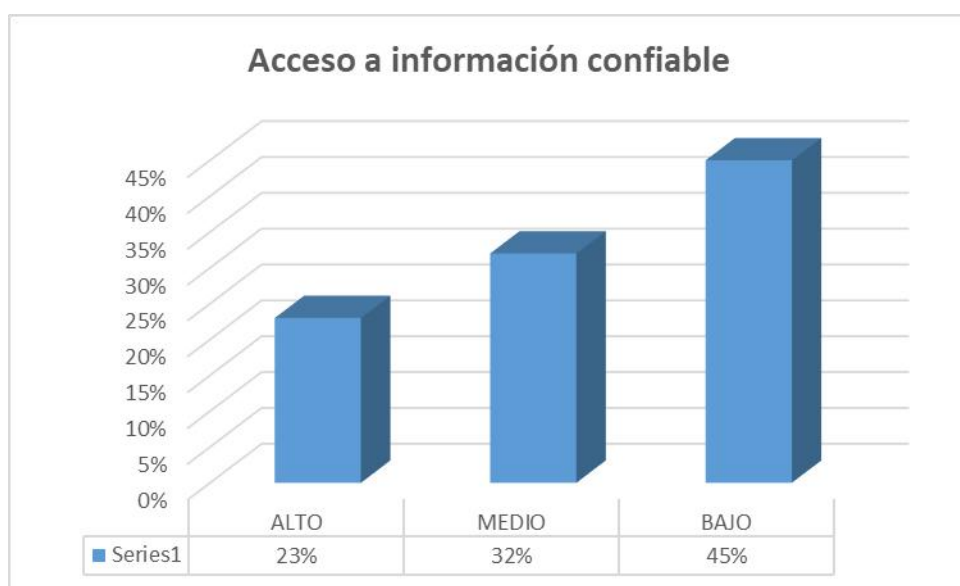
Descripción:

Alto: 23%

Medio: 32%

Bajo: 45%

Casi la mitad de la población tiene bajo acceso a información confiable, lo que facilita la circulación de desinformación.



Fuente: elaboración propia

Figura 15. Relación entre confianza en el MSP y aceptación vacunal

Nivel de confianza	Esquema completo	Esquema parcial	No vacunado	Total (%)
Alta (n=36)	38.9 %	50.0 %	11.1 %	100 %
Media (n=46)	19.6 %	63.0 %	17.4 %	100 %
Baja (n=68)	17.6 %	51.5 %	30.9 %	100 %

Fuente: elaboración propia

Descripción:

Se evidencia una relación clara entre el nivel de confianza en la vacuna y el estado del esquema vacunal. Los participantes con baja confianza muestran la mayor resistencia a la inmunización: solo 17.6% logró completar el esquema, mientras que 30.9% permanece no vacunado. Este patrón revela que la desconfianza constituye un factor decisivo que limita la adherencia al proceso de vacunación, especialmente en contextos rurales e interculturales como Huambi.

En cambio, los participantes con confianza alta presentan un comportamiento significativamente más favorable: 38.9% alcanzó el esquema completo y únicamente 11.1% no recibió ninguna dosis. Esto evidencia que la confianza en la seguridad y eficacia de la vacuna y por extensión, la confianza en el sistema de salud incrementa la probabilidad de vacunación efectiva.

En conjunto, estos resultados refuerzan la idea de que la confianza es un determinante crítico en la conducta vacunal. Cuando esta es baja, las dudas, temores, rumores y la influencia de líderes comunitarios adquieren un peso mayor que las recomendaciones sanitarias. Por el contrario, cuando la confianza es alta, las personas muestran una mayor apertura hacia la vacunación y mayor cumplimiento del esquema recomendado. Esto subraya la necesidad de fortalecer el vínculo sanitario y la credibilidad institucional en zonas rurales e indígenas para mejorar la aceptación vacunal.

ANEXO 8. Modelo de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Título del estudio:

Percepciones y barreras culturales frente a la vacunación contra el COVID-19 en la parroquia Huambi, cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, periodo postpandemia 2024–2025.

Investigador responsable:

Md. Andrea Carolina Núñez Miranda

Lcda. Jessica Mariela García Once

Institución:

Centro de Salud Tipo A Huambi – Distrito 14D03 Sucúa Logroño Salud

1. Propósito del estudio

Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio cuyo objetivo es analizar las percepciones, creencias y barreras culturales que influyen en la aceptación o rechazo de la vacuna contra el COVID-19 en la comunidad de Huambi.

Su participación permitirá generar información útil para mejorar los programas de salud, fortalecer la comunicación intercultural y diseñar estrategias más cercanas a las realidades culturales amazónicas.

2. Procedimiento

Si acepta participar, se le solicitará:

Responder una **encuesta estructurada** (10 a 15 minutos).

Si usted lo autoriza, podría ser invitado(a) a una **entrevista semiestructurada** o un **grupo focal** (20 a 40 minutos).

No se recogerá ningún dato personal que permita identificarle directamente.

3. Riesgos y beneficios

Riesgos:

No se anticipan riesgos físicos. Podría presentarse una mínima incomodidad al responder preguntas relacionadas con creencias personales.

Beneficios:

Podrá expresar libremente sus opiniones y contribuir a la mejora de los servicios de salud en su comunidad.

4. Confidencialidad

Toda la información será tratada de manera confidencial y anónima. Los datos serán codificados y utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

5. Participación voluntaria

Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

6. Consentimiento

Declaro que he leído o se me ha leído esta hoja de información. He comprendido su contenido y mis dudas han sido aclaradas.

Acepto participar en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: / /2025

Firma del investigador: _____

ANEXO 9 Relación entre teoría, problema y resultados.

Dimensión	Teoría	Datos	Interpretación
Percepción del riesgo	Health Belief Model	72% riesgo medio	Menor motivación para vacunarse
Medicina ancestral	Interculturalidad	100% shuar la usa	Sustituye la biomedicina
Líderes	Influencia social	77% afectados	Determinan aceptabilidad
Rumores	Infodemia	77% afectados	Base del rechazo
Temor	Psicología del riesgo	76% temen efectos	Emoción dominante

Fuente: elaboración propia

ANEXO 10 Triangulación teórica.

Dimensión	Evidencia cuantitativa	Evidencia cualitativa	Teoría relacionada	Interpretación integrada
Temor a la vacuna	76% tiene miedo	“Dicen que causa taquicardia”, “puede matar”	Psicología del riesgo	El miedo es la emoción dominante y orienta el rechazo.
Medicina ancestral	100% Shuar la usa	“Nuestros ancestros no se vacunaban”	Interculturalidad	La biomedicina es vista como secundaria.
Rumores	77% expuestos	“WhatsApp dijo...”, “cambia la sangre”	Infodemia	La desinformación es un motor del rechazo vacunal.
Líderes comunitarios	77% afectados	“El pastor dijo...”, “El líder nos recomendó plantas”	Influencia social	Los líderes actúan como figuras determinantes en la decisión.
Percepción del riesgo	72% riesgo medio	“El COVID ya pasó”, “ya no es grave”	Health Belief Model	Al no percibir riesgo, no ven necesaria la vacuna.

Fuente: elaboración propia

