

MARIANO LECHUGA BESNÉ

Doctor en Psicología por la Universidad de Texas
Universidad Anáhuac
México

[mariano.lechuga@anahuac.mx]

BLANCA CORREA-GUEVARA

Doctora Internacional en Turismo por la Universidad
Anáhuac
Universidad Anáhuac
México

[zakcorrea@gmail.com]

ZADITH RAJIN VILCHIS

Doctora Internacional en Turismo por la Universidad
Anáhuac
Escuela Superior de Turismo del Instituto Politécnico
Nacional
México

[zadith.rajindit@gmail.com]



NEGATIVA A LA VACUNA CONTRA EL COVID-19: IMPLICACIONES EN EL TURISMO

**COVID-19 VACCINE REFUSAL:
TOURISM IMPLICATIONS**

Para citar el artículo: Lechuga, M., Correa-Guevara, B., & Rajin, Z. (2024). Negativa a la vacuna contra el COVID-19: implicaciones en el turismo. *Turismo y Sociedad*, XXXIV, 337-360. DOI: <https://doi.org/10.18601/01207555.n34.13>

Fecha de recepción: 1 de abril de 2022

Fecha de modificación: 3 de junio de 2022

Fecha de aceptación: 7 de julio de 2022

Resumen

El objetivo de este estudio es conocer las creencias, actitudes y conductas asociadas a no vacunarse contra el COVID-19 y su relación con el turismo por medio de la teoría de la acción razonada (TAR). Se utilizó un instrumento psicométricamente validado basado en estudios sobre COVID-19. Se obtuvieron 213 respuestas. Los datos se analizaron con un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM). Los resultados confirmaron la utilidad de la TAR, una desconfianza generalizada a la vacuna y a la información gubernamental. Las creencias fueron la variable determinante en la no vacunación. En cuanto a los viajes, se encontró poco interés o negativa a vacunarse para viajar.

Palabras clave: COVID-19, turismo, anti-vacunas, creencias, teoría de la acción razonada

Abstract

The objective of this study was to find out the beliefs, attitudes and behaviors associated with not getting vaccinated against COVID-19 and its relationship with tourism through the Theory of Reasoned Action (TRA). A psychometrically validated instrument based on studies on COVID-19 was used. 213 responses were obtained. The data was analyzed with a structural equation model (SEM). Results confirmed the usefulness of TRA, a general mistrust of the vaccine and government information. Beliefs are determinant for not getting vaccinated. Regarding travel, little interest, or refusal to be immunized to travel was found.

Keywords: COVID-19, tourism, anti-vaccine, beliefs, TRA

1. Introducción

La vida, tal como se conocía hasta antes de diciembre de 2019, cambió a nivel mundial como resultado de la presencia de una cepa de coronavirus altamente contagiosa que se conoce como SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2), causante de la enfermedad conocida como COVID-19. De su origen existen diversas versiones, las más recurrentes son que es resultado de un experimento en un laboratorio o del mal manejo de animales en un mercado de Wuhan (China), aunque estudios genómicos sugieren que fue resultado de “un proceso de selección natural que permitió el salto del animal de origen (probablemente el pangolín) al ser humano, y son argumentos sólidos contra la sugerencia de que el SARS-CoV-2 es resultado de manipulaciones en laboratorio” (Torres-López, 2020, p. 2).

Aunque los coronavirus no son desconocidos como causantes de enfermedades en humanos, el SARS-CoV-2 sí originó una pandemia global considerada como uno de los episodios más mortales en los últimos años (Bharati, 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia mundial de COVID-19 en marzo de 2020 (Shmueli, 2021), hecho que golpeó no solo la salud pública, sino también la economía y la vida social (Oltra & Boso, 2020) debido a su rápida propagación en todo el mundo.

Con base en la información oficial presentada en el sitio web de las Naciones Unidas México (2022) sobre cifras de coronavirus (<https://coronavirus.onu.org.mx>), se reporta que, para el 30 de junio de 2022, en el mundo hubo 544.324.069 casos confirmados, 6.332.963 muertes y 11.981.689.168 dosis de vacunas aplicadas. En el caso particular de México, se presentaron 5.986.917 casos totales, 325.638 muertes y 209.179.257 dosis de vacunas aplicadas.

Por su parte, la industria farmacéutica internacional desarrolló vacunas que permiten disminuir los índices de mortandad, que fueron adquiridas, a su vez, por los gobiernos para la aplicación a sus ciudadanos. Esto conllevó campañas masivas de vacunación aunadas a estrategias gubernamentales como el toque de queda; la cancelación de reuniones; el trabajo desde casa; el cierre de negocios, restaurantes, centros comerciales, escuelas; las clases en línea, entre otras medidas (Haug et al., 2020).

La pandemia impactó directamente al sector turístico, ya que el cierre de fronteras y las políticas establecidas para viajes internacionales fomentaron alertas de viaje por destino, lo que conllevó evitar viajes no esenciales, pero en caso de hacerlos había que cubrir todos los lineamientos sanitarios, tales como pruebas previas al viaje, periodos de cuarentena o verificar el semáforo COVID-19 del país de destino. La vacunación en estos casos fue necesaria, por lo que las personas debían considerarla en caso de tener interés en salir de viaje.

Es importante señalar que, a más de dos años de haber iniciado la pandemia, el comportamiento de los turistas presentó cambios, tales como estar interesados en realizar viajes cortos a destinos cercanos a su lugar de residencia, donde se sintiesen seguros y que fueran accesibles a su bolsillo. En muchos casos, los turistas optaron por destinos de naturaleza o de cultura que fomentasen su tranquilidad, así evitaron destinos masivos (Gössling et al., 2021; Kantar, 2021; Soares et al., 2020; Torruco, 2020; World Tourism Organization [UNWTO], 2020; World Travel & Tourism Council [WTTC] & Oliver Wyman, 2020).

El turista también presentó una conducta tendiente a buscar información seria sobre el destino visitado, optó por dedicar recursos al tema de seguros de viaje, calidad del alojamiento, medidas de seguridad y sistema sanitario del lugar. Pero manifestó asimismo no tener interés en cambiar la frecuencia de viaje ni la relación con la población local o el disfrute de la gastronomía local, aunque sí en prestar más atención al gasto conducente (Soares et al., 2020).

A pesar de que una gran cantidad de población ya se había vacunado hasta junio de 2022, atendiendo a que este es uno de los grandes aciertos en términos de salud pública y el camino viable para la protección, la inmunidad de rebaño (Cabezas, 2019; Casas & Mena, 2021), la disminución de la sintomatología y la gravedad de la enfermedad, de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en septiembre de 2021 solo el 35 % de la población de América Latina y el Caribe había completado el esquema de vacunación contra el COVID-19 (OPS, 2021). A esto se suma la existencia del segmento no interesado en vacunarse (vacilación vacunal), que provocó la propagación del virus (Neumann-Böhme et al., 2020; Shmueli, 2021), en gran medida ocasionada por la desinformación, las noticias falsas (*fake news*), los movimientos antivacunas, las teorías conspirativas antivacunación o por decisión personal.

Por ello, se manifiesta el interés en estudiar la actitud antivacunas, para conocer las creencias que generaron las actitudes, las intenciones y la conducta antivacunación y tener un panorama general para la toma de decisiones. El presente estudio se basa en la teoría de la acción razonada (Ajzen, 1991; Madden et al., 1992), considerada como el marco teórico conducente para el estudio de las creencias, la actitud y la norma subjetiva que generaron la intención y la conducta *per se* de vacunación en tiempos de COVID-19.

A partir de lo anterior, este estudio tiene por objetivos (a) describir el contexto actual del segmento antivacunas y su negativa a vacunarse y a viajar a partir de sus creencias, actitudes, norma subjetiva, intenciones y conductas; y (b) analizar la relación entre creencias, actitudes, norma subjetiva, intenciones y conducta por medio de un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM).

2. Revisión de la literatura

2.1 La vacunación

A lo largo de la historia, las vacunas han permitido atenuar pandemias y brotes de enfermedades que pueden controlarse gracias a su uso, por ello, mantener el esquema de vacunación es necesario para toda la población, ya que es un método eficaz para reducir la mortandad, evitar el esparcimiento de patógenos y generar inmunidad colectiva (Casas & Mena, 2021; Cataño & Aguirre, 2020; Fernández & Jaramillo, 2019; Galindo & Molina, 2020; Mills et al., 2020; OMS et al., 2010; Xiao & Wong, 2020; Zúñiga & Caro, 2018).

México es considerado un caso de éxito en el tema de vacunación, pues esta es un derecho y una corresponsabilidad social. El país ha sido comparado con naciones como Finlandia y Noruega gracias a su programa de vacunación, a las semanas nacionales de salud y al uso de la cartilla de vacunación. Este esquema, aplicado desde hace más de 30 años, ha permitido

erradicar enfermedades prevenibles, ha generado una cultura de vacunación y ha logrado una gran cantidad de ciudadanos inoculados. Sin embargo, los llamados grupos antivacunas evitan alcanzar un esquema de vacunación en el total de la población (Zúñiga & Caro, 2018).

Dichos movimientos, presentes durante varios siglos y fortalecidos en los últimos años, relacionan la vacunación con otras afecciones o reacciones negativas (Cabezas, 2019). Estos grupos adquirieron fuerza a partir de 1998, cuando se publicó un artículo que asociaba la vacunación con el autismo en menores, que fue retirado años más tarde y por el cual la editorial se retractó de la información publicada (Fernández & Jaramillo, 2019; Guadarrama-Orozco et al., 2015).

Posturas contrarias —como las teorías conspirativas de vacunación— carecen de sustento científico y se avalan más en la cuestión anecdótica que en lo racional, pero atraen a personas que creen estos supuestos (Fernández-Niño & Baquero, 2019). A esto se suma que las *noticias falsas* generan desinformación, temor y caos social (De Troi & Quintilio, 2020; Insanguine & Castellanos, 2021). Dichas situaciones se consideran entre las principales amenazas para la salud mundial (Lewandowsky et al., 2021).

A pesar de que los niveles de inoculación alcanzados han sido altos gracias a que las vacunas son accesibles, gratuitas y recomendadas por personas de confianza, o bien porque los referentes de importancia para la gente ya se vacunaron, o por mitigar el riesgo a la mortandad (Lewandowsky et al., 2021; Reiter et al., 2020; Schwarzingler et al., 2010; Shmueli, 2021), pareciera ser habitual una tendencia negativa (Xiao & Wong, 2020). La vacunación ha llegado a percibirse como un peligro latente a nivel personal y social, sin distinción de edad, género o nivel socioeconómico.

Diversos estudios afirman que uno de los grandes problemas de esta postura se relaciona con la reaparición de algunas patologías que se consideraban erradicadas a nivel mundial, como el sarampión, la rubéola, la poliomielitis y el tétanos; también se consideran los altos contagios de influenza y el virus del papiloma humano (Cabezas, 2019; Fernández & Jaramillo, 2019; Zúñiga & Caro, 2018).

La revisión de la literatura científica permitió apreciar factores que provocan el rechazo a la vacunación, tales como falta de confianza en el gobierno y en las instituciones de salud; supuestas conspiraciones entre el sector público y las farmacéuticas para su enriquecimiento; control de la población; creencia de poca o nula efectividad; miedo y desconfianza de los efectos y las complicaciones en su salud; falta de información sobre sus beneficios. También se cuentan como factores de incidencia aspectos religiosos y filosóficos; la homeopatía y las terapias alternativas, consideradas tratamientos viables; el miedo a la técnica de aplicación; creencias personales y de sistemas de control mental; influencias familiares; estilo de vida antitecnológico; noticias falsas; teorías conspirativas antivacunación; características sociodemográficas; creencia en la inexistencia de la enfermedad; malas experiencias pasadas o creer que la juventud bloquea la enfermedad (Cabello Pulido et al., 2017; Cabezas, 2019; Cruz et al., 2019; Fernández & Jaramillo, 2019; Fernández-Niño & Baquero, 2019; González-Melado & Di Pietro, 2021; Guadarrama-Orozco et al., 2015; Insanguine & Castellanos, 2021; Lewandowsky et al., 2021; Martínez-Diz et al., 2014; Mills et al., 2020; Ovelar, 2017; Zúñiga & Caro, 2018).

Por su parte, las instituciones de salud y el gobierno juegan un papel relevante, sin embargo, en ocasiones se politiza la situación, lo cual genera desconfianza y pérdida de credibilidad. De acuerdo con Bello (2017), ciertos grupos sociales no quieren vacunarse si la recomendación viene de la voz pública, legal, científica o académica, por eso, en el presente estudio es relevante determinar la norma subjetiva de este tipo de colectivos.

Desde el punto de vista ético y moral, vacunarse debería ser una responsabilidad personal, sin la presión de obligatoriedad. En algunos países, las personas tienen derecho a la no vacunación (González-Melado & Di Pietro, 2021), pero en otros pueden ser multadas por no vacunarse (Fernández & Jaramillo, 2019), obligadas a realizarla (Zúñiga & Caro, 2018) o, como en el caso de México, donde es voluntaria, puede llegar hasta la intervención legal si se considera un riesgo para la salud de un menor (Guadarrama-Orozco et al., 2015).

También el riesgo, considerado como la posibilidad de que se llegue a dar una situación negativa (Salinas-Rehbein & Ortiz, 2021), adopta un papel crucial por las creencias de secuelas o reacciones secundarias pasajeras, o bien por la percepción de padecer afecciones severas o de incluso llegar a la muerte (Lewandowsky et al., 2021). De acuerdo con Schmid et al. (2017), el riesgo percibido disminuye de manera considerable la intención de vacunarse y se relaciona, principalmente, con efectos adversos y con la seguridad con la que se hizo la vacuna.

2.2 Teoría de la acción razonada (TAR)

Ha sido recurrente la investigación sobre los factores conductuales de aceptación, indecisión o rechazo a la vacunación (Salinas-Rehbein & Ortiz, 2021; Shmueli, 2021; Xiao & Wong, 2020; Zúñiga & Caro, 2018). Estos estudios son útiles para identificar los elementos clave que influyen en las creencias que fomentan dicha conducta entre la población mediante el uso de canales correctos y tomando en cuenta variables sociodemográficas determinantes (Salinas-Rehbein & Ortiz, 2021).

Diversos estudios demuestran que los constructos de la teoría de la acción razonada están relacionados con la intención de vacunarse y son predictores de dicha intención. Algunos de tales constructos son las creencias, la actitud y la norma subjetiva, a los que se añade la percepción de riesgo como variable adicional al estudio (Salinas-Rehbein & Ortiz, 2021; Shmueli, 2021; Xiao & Wong, 2020), así como diversos aspectos sociodemográficos.

De hecho, los orígenes de la teoría de la acción razonada hacen referencia a estudios vinculados a comportamientos relacionados con temas de salud y prevención del VIH (Fishbein & Ajzen, 2011; Salinas-Rehbein & Ortiz, 2021) que son un modelo sólido para analizar la relación entre las creencias y la intención o no de vacunarse, prueba de ello es la vigencia de investigaciones al respecto (Reiter et al., 2020; Salinas-Rehbein & Ortiz, 2021; Schmid et al., 2017; Shmueli, 2021; Xiao & Wong, 2020).

La presente investigación se basa en la TAR, teoría planteada por Ajzen y Fishbein en la década de los ochenta del pasado siglo, que ha tenido una considerable evolución y ha sido empleada para predecir y explicar el comportamiento social humano. De manera general, este marco teórico resalta elementos importantes, tales como las creencias, la actitud, la norma subjetiva, la intención de comportamiento y el comportamiento mismo. Al respecto,

la intención conductual de vacunarse juega un papel decisivo, ya que, cuanto más dispuesto se esté, más probable será que se lleve a cabo la vacunación, pero para ello es indispensable determinar las creencias positivas y negativas del individuo sobre vacunarse, en este caso, contra el COVID-19, ya que estas generan una actitud negativa o positiva al respecto (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 2011; Madden et al., 1992).

Esta teoría plantea que las creencias son determinantes en el comportamiento y que su importancia radica en que son la base de todo aquello que una persona cree a nivel personal y social. Lo más importante es que las creencias generan las actitudes. Si las creencias son negativas, dudosas o contradictorias y con falta de credibilidad sobre la fuente de información acerca de la vacunación, las actitudes que se aprendan sobre el tema de aplicarse la vacuna serán negativas (Ajzen, 1991, s. f. a, s. f. b; Ajzen & Fishbein, 1977; De Leeuw et al., 2015; Madden et al., 1992).

Por su parte, la intención, como elemento principal de la conducta, debe estar acompañada de una percepción positiva tanto de la actitud como de la norma subjetiva, por eso, cuanto más positiva sea la intención, será más viable que se realice cierto comportamiento. La intención positiva precede a la conducta positiva de vacunarse (Fishbein & Ajzen, 2011).

2.1.1 La teoría de la acción razonada y los estudios sobre vacunación contra el COVID-19

El estudio de la vacunación y sus predictores ha sido amplio, muestra de ello es la investigación realizada en Chile por Salinas-Rehbein & Ortiz (2021), cuyos resultados indican que el 67% del grupo de personas entre los 50 y los 59 años sin comorbilidad no se habían vacunado hasta entonces, en concordancia con la baja aceptación de la vacunación por parte de adultos colombianos mayores de 80 años detectada en la publicación de Alvis-Guzmán et al. (2022). Estos datos son comparables con la investigación realizada en Israel por Shmueli (2021), cuyos resultados establecen que el 80% de la población tuvo una actitud positiva a recibir la vacuna contra el COVID-19 y que se vacunaron más quienes tenían un nivel educativo superior. Este resultado es contrario al obtenido en México por Guadarrama-Orozco et al. (2015), quienes señalan que los hogares mexicanos con mayor poder adquisitivo optan por la no vacunación, en comparación con aquellos de menor nivel, ya que estos últimos aprovechan la opción que el sistema nacional de salud les ofrece, dato contrario al estudio estadounidense de Reiter et al. (2020), en el que se resalta una relación directa entre nivel socioeconómico bajo y una baja intención de vacunación.

Asimismo, el metaanálisis realizado por Xiao y Wong (2020) arrojó que la actitud, la norma subjetiva y el control percibido predicen la intención de vacunación; que la actitud y la norma son los elementos más sólidos de predicción y que, a su vez, la actitud es el elemento clave en cuestiones de vacunación y creencias conductuales. Otro hallazgo importante es la contrariedad detectada en varios estudios respecto al papel del control conductual percibido, ya que algunos establecen que no hay contribución significativa a la intención de vacunarse. Tomando en cuenta estos resultados, se decidió no considerar en el modelo de la presente investigación el control conductual percibido.

En el mismo sentido, el artículo de Schmid et al. (2017) determina que los aspectos socio-demográficos, la percepción de riesgo, el beneficio social, el comportamiento pasado, la

actitud y la norma subjetiva son los predictores más importantes de la intención y del comportamiento vacunal.

También se detectó que, hasta 2021, la intención de vacunarse contra el COVID-19 estuvo relacionada con la edad (mayores de 65 años) y que el género masculino tuvo mayor disposición que el femenino. También se encontró que aquellos que tuvieron mayor acercamiento al virus; quienes padecían afecciones crónicas o sobrepeso; los que percibieron riesgo mayor y gravedad; quienes ya contaban con vacunación previa; aquellos que creyeron en su beneficio; o bien quienes manifestaron alta norma subjetiva, autoeficacia percibida y beneficio social percibido tuvieron una alta intención de inocularse (Cavazos-Arroyo & Pérez de Celis-Herrero, 2020; Caycho-Rodríguez et al., 2021; Dror et al., 2020; Neumann-Böhme et al., 2020; Reiter et al., 2020; Shmueli, 2021).

Los referentes con mayor importancia en la norma subjetiva fueron la familia y los amigos (Shmueli, 2021), con efectos positivos en la intención de vacunación (Cavazos-Arroyo & Pérez de Celis-Herrero, 2020; Reiter et al., 2020). La norma cautelar y la norma descriptiva también resultaron importantes predictoras del comportamiento, ya que, si existe presión por parte de los referentes de relevancia o si se cree que estos sí optarán por la vacuna, entonces la conducta será favorable, en comparación con la norma subjetiva de las autoridades sanitarias, ya que la falta de confianza en estas genera una baja intención de vacunación (Schmid et al., 2017). Este último dato es contrario al presentado en el estudio de Reiter et al. (2020), que demuestra una alta efectividad de la norma subjetiva relacionada con el personal médico.

En cuanto a la actitud, se considera que, si esta es negativa hacia la vacunación, entonces la posibilidad de su realización es baja. En relación con el comportamiento pasado, aquellos anteriormente vacunados tienen mayor posibilidad de vacunarse, de manera que este aspecto es un importante predictor de la conducta. Existen otros aspectos que detienen la intención de vacunación, tales como el consumo de alcohol y tabaco, la poca relación con el sistema de salud, el no contar con un médico de cabecera, no tener recomendación directa de familiares o del personal médico, vivir en zonas marginales, vivir solo o ser soltero. En cuanto a la edad y al género, los estudios demuestran inconsistencia en los resultados (Schmid et al., 2017).

Como se ha podido observar, la actitud, resultado de las creencias, es uno de los principales constructos de la teoría, ya que es el juicio favorable o desfavorable que tiene una persona hacia algo, en este caso, la vacunación, razón por la cual, cuanto más crea la persona que algo le generará efectos positivos, mayor será su actitud positiva hacia ello (Ajzen, s. f. b; Fishbein & Ajzen, 2011; Reyes, 2007). Por esta razón, es importante determinar aquello que forja el hecho de que las personas tengan una actitud negativa hacia la vacunación y la manera como impacta en las intenciones conductuales.

Por lo tanto, se propone que las creencias negativas son una de las causas de una actitud negativa, por lo que se genera una intención de vacunarse baja y esto propicia un bajo nivel de vacunación. Algunos de los ejemplos que se plantean en el cuestionario y que indican creencias negativas son que la vacuna no está probada, que vacunarse es un asunto político,

que causa efectos colaterales y que si se van a enfermar no habrá nada que lo evite. De ahí se desprende la primera hipótesis:

H1. Las creencias influyen en las actitudes.

Siguiendo el planteamiento de la TAR que propone que las actitudes son un elemento fundamental en la formación de las intenciones y que en varias de las investigaciones sobre el tema así se han reportado, se establece la segunda hipótesis:

H2. Las actitudes influyen en las intenciones de comportamiento.

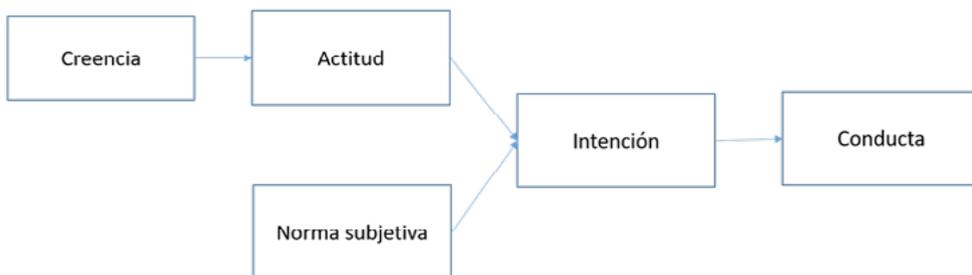
Otro de los constructos de importancia para el estudio, conocido como norma subjetiva (Fishbein & Ajzen, 2011), consiste en conocer los referentes creíbles para alguien y cómo estos influyen en determinado comportamiento y su motivación para cumplir con los referentes, así como la influencia en las intenciones de comportamiento. Este aspecto es relevante, ya que con base en él se podrán establecer los referentes que han contribuido a la no vacunación y cuáles podrían ser usados para promoverla. Como se observa en las investigaciones sobre el tema, un factor de no vacunación es la credibilidad de un personaje o de una institución suficientemente creíble que no se ha usado como medio de comunicación para convencer sobre la importancia de vacunarse. Sobre la base de lo expuesto se establece la tercera hipótesis:

H3. La norma subjetiva influye en las intenciones de comportamiento.

Por último, en lo referente al comportamiento, se deben considerar la acción, el objeto, el contexto y el tiempo en los que se efectúa la conducta (Reyes, 2007), en este caso, la aplicación o no del proceso de vacunación. Al respecto, se relaciona la intención de vacunarse con aspectos turísticos relativos a la conducta de viajar y situaciones determinantes, tales como el hecho de tener que vacunarse como condición para salir de vacaciones o mantener su trabajo. En este sentido, se plantea el derecho a tomar individualmente esta decisión como derecho a hacerlo o no hacerlo. De lo anterior se establece la cuarta hipótesis:

H4. Las intenciones de comportamiento influyen en la conducta.

Figura 1. Modelo de investigación



Nota. Elaboración propia. Adaptada de Ajzen y Fishbein (1980).

3. Metodología

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de paradigma positivista, enfoque cuantitativo y alcance descriptivo, por cuanto permite describir el contexto de la no vacunación como correlacional al determinar las relaciones entre las variables (Hernández et al., 2014; Vélez, 2014). En cuanto al diseño de la investigación, este estudio es no experimental de corte transversal, y el método de recolección de datos es la encuesta (Hernández et al., 2014).

3.2 Instrumento

A partir de estudios previos sobre COVID-19 (Cavazos-Arroyo & Pérez de Celis-Herrero, 2020; Schmid et al., 2017; Shmueli, 2021), se creó un cuestionario para analizar los diferentes constructos de la teoría de la acción razonada, propuesta por Ajzen y Fishbein, que permitiese abordar las diferentes actitudes y creencias sobre el COVID-19 y su relación con el sector turístico en cuanto a las intenciones de viaje.

El cuestionario constó de una sección compuesta por 6 ítems relativos a datos sociodemográficos (edad, género, ingresos, nivel educativo, ocupación, sector de empleo) y 5 secciones correspondientes a los constructos de la teoría de la acción razonada con base en la no vacunación, las cuales incluyeron 20 ítems sobre creencias, 14 de actitudes, 20 acerca de norma subjetiva, 10 sobre intenciones y 5 ítems de conductas. La escala fue tipo Likert de 1-4, donde 1 era *totalmente en desacuerdo* y 4 era *totalmente de acuerdo*, o *nada probable* y *muy probable*, según correspondiera.

Se realizó una prueba piloto ($n = 126$) para evitar ambigüedades o malentendidos con relación a los ítems (Perneger et al., 2015). Se determinó la pertinencia del análisis factorial exploratorio por medio de la prueba de esfericidad de Bartlett y el KMO (Kline, 2016; Lloret-Segura et al., 2014). El resultado fue de ,000 y ,87, respectivamente. Se eliminaron 21 ítems por carga factorial $< ,50$ (Acock, 2013); 5 factores explicaron el 78 % de la varianza total.

El cuestionario final constó de 17 ítems para creencias, 7 para actitudes, 14 para norma subjetiva, 4 para intenciones y 3 para conducta. Se realizó prueba de confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach al cuestionario final (Lloret-Segura et al., 2014). El resultado fue $\alpha = ,94$.

3.3 Muestreo

La muestra se determinó no probabilística por conveniencia, que es aquella en la cual son incluidos los participantes que cumplen los criterios de selección, además de tener facilidad de contacto, disponibilidad geográfica y de tiempo e intenciones de participar (Etikan et al., 2016). Dado que la muestra no probabilística por conveniencia no establece un número fijo de observaciones, se procedió a considerar el análisis estadístico por realizar. En este caso, de acuerdo con Kline (2016), los modelos de ecuaciones estructurales requieren de por lo menos una muestra de 200 observaciones, por lo que se obtuvo un total de 213 cuestionarios.

La población objeto de estudio estuvo compuesta por personas mayores de 18 años que no querían vacunarse y no se habían vacunado contra el COVID-19. El levantamiento de datos se llevó a cabo de la siguiente manera: primeramente, se consultó de forma directa a todos aquellos conocidos de primera mano que cumplieran con el criterio de selección y se les compartió el enlace que dirigía al cuestionario de forma electrónica para que lo contestaran. En un segundo esfuerzo, se buscaron los grupos de Facebook y grupos abiertos de WhatsApp antivacunas y se les invitó a participar en la investigación de manera formal por medio del cuestionario electrónico. Los datos se levantaron de agosto a diciembre de 2021.

3.4 Análisis de datos

Se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio (CFA) para asegurar la validez y confiabilidad del instrumento por medio de los índices de ajuste, las cargas factoriales, la variante promedio de índice extraído (AVE) y el índice de fiabilidad compuesto (CR). Con la finalidad de no tener un modelo tan extenso por la cantidad de ítems, se parceló de acuerdo con el procedimiento de Acock (2013). El ajuste del modelo se probó por medio de X^2 , X^2/df y los índices de ajuste RMSEA, CFI, NNFI y SRMR (Hooper et al., 2008). La X^2 , X^2/df se utiliza en este estudio ya que la X^2 es sensible a los cambios en el tamaño de la muestra. De acuerdo con Hooper et al. (2008), los valores de X^2 , X^2/df se consideran muy buenos cuando son inferiores a 2 y aceptables cuando son superiores a 2, pero menores que 5. En los casos de RMSEA, CFI y NNFI, se consideran buenos cuando son superiores a ,90 y excelentes cuando son mayores que ,95. Para el SRMR, un buen ajuste tiene un valor < ,09 (Hooper et al., 2008; Kline, 2016).

Los valores para el CFA fueron probados como sigue: las cargas factoriales y los AVE debían ser $\geq ,5$, lo que indica convergencia adecuada, y los valores para el CR debían ser $\geq ,7$, lo que indica que tienen validez (Hair et al., 2006).

Finalmente, se desarrolló un Modelo de Ecuaciones Estructurales para probar las hipótesis planteadas. De acuerdo con Kline (2016), los modelos SEM constan de seis pasos:

- a) Especificación, que corresponde al diseño y a la formulación de hipótesis.
- b) Estimación, que se realizó por medio de máxima verosimilitud en el programa Stata.14.
- c) Identificación, por cuanto se dice que un modelo queda identificado cuando sus parámetros pueden ser estimados de los elementos de la matriz de covarianza.
- d) Ajuste de modelo, en el que se evalúan las hipótesis por medio de los índices de ajuste explicados previamente.
- e) Reespecificación, etapa en la que se proponen correlaciones alternativas entre los ítems (si se requieren, y solamente entre ítems de la misma variable).
- f) Resultados.

4. Resultados y discusión

4.1 Resultados sociodemográficos

Los resultados arrojaron que el perfil sociodemográfico de las personas que no se querían vacunar correspondía a personas jóvenes, quienes trabajaban mayormente en el sector privado, con un nivel educativo entre media superior y profesional o posgrado, como puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados sociodemográficos

<i>Variable</i>	<i>Porcentaje</i>
Género	
Femenino	59 %
Masculino	41 %
Edad	
18-50 años	80 %
Más de 51 años	20 %
Trabaja en sector	
Público	29 %
Privado	71 %
Nivel de educación	
Básico (nivel primaria o secundaria)	11 %
Media superior	32 %
Superior o posgrado	56 %

Nota. Elaboración propia con base en los datos de la muestra formal.

En cuanto a sus ingresos, el 43 % tenía un salario de entre \$5.000 y \$10.000, mientras que el 8 % recibía un salario de más de \$50.000. En lo relativo a sus miedos, el 46 % no sentía nada de miedo de contagiarse, el 44 % manifestó un miedo regular y solamente el 10 % tenía mucho miedo a contraer el virus. El 57 % no sentía nada de miedo a morir, el 31 % tenía un miedo regular ante dicha posibilidad y el 12 % experimentó mucho miedo de fallecer de COVID-19.

4.2 Resultados de creencias

Los resultados obtenidos coinciden con lo expresado en la revisión de la literatura. Se puede resaltar que para el segmento antivacunas el COVID-19 existe, sin embargo, se manifestó desconfianza en la vacuna, en su efectividad, sus efectos colaterales y en la información ofrecida por el Gobierno sobre esta. Además, dicha desconfianza los hizo refugiarse en

los derechos humanos y su libre elección a no vacunarse. Quedaron reducidas creencias como la inserción de un chip de control o que el virus fue creado en Wuhan.

En el caso de las creencias y los viajes, es muy claro que, como el segmento antivacunas no tiene confianza y no cree en la efectividad de las vacunas, consideró que se corría el mismo riesgo de contagio con o sin vacuna a la hora de viajar, en playas, hoteles y restaurantes. Más aún, hubo una postura muy fuerte sobre la preferencia a no viajar sobre el poder hacerlo vacunado, en especial cuando se trató de viajes nacionales; otra postura fue estar dispuestos a evitar hospedarse en hoteles en caso de que se requiriese el certificado de vacunación. Esta situación pudo impactar al sector turístico en aras de la recuperación tanto desde el punto de vista económico como del de la salud. Los resultados pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Creencias sobre la no vacunación contra el COVID-19

<i>Creencia con mayor acuerdo</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Creencia con menor acuerdo</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>
Es mi derecho a no vacunarme.	84 %	El cuerpo tiene la capacidad para reaccionar y protegerse contra el virus.	74 %
La vacuna no evita el contagio.	82 %	La vacuna cambia mi genética.	48 %
La vacuna tiene efectos colaterales.	78 %	El coronavirus fue diseñado en un laboratorio en Wuhan.	46 %
No es de mi confianza la vacuna.	77 %	Nos quieren controlar con la vacuna.	44 %
Me enfermo con o sin vacuna.	75 %	La vacuna tiene un microchip para controlarte.	19 %
El cuerpo tiene la capacidad para reaccionar y protegerse contra el virus.	74 %	El coronavirus no existe.	16 %
No se ha comprobado científicamente que funcione la vacuna.	67 %		
Las mujeres embarazadas o amamantando no se deben vacunar.	65 %		
Las personas alérgicas no se deben vacunar.	59 %		
El Gobierno está utilizando a la población como experimento para estas vacunas.	57 %		
Creencias y viajes			
Aun vacunado corro el riesgo de contagiarme en hoteles y restaurantes.	81 %		
Aun vacunado corro peligro de contagiarme en la playa.	78 %		
Salir de vacaciones provoca que se contagien las personas.	40 %		

<i>Creencia con mayor acuerdo</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Creencia con menor acuerdo</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>
Fácilmente podría vacunarme si fuera necesario para salir de viaje.	35 %		
Es importante vacunarte para salir de vacaciones.	24 %		

Nota. Elaboración propia.

4.3 Resultados sobre actitudes

En cuanto a las actitudes, los resultados arrojan una vez más la desconfianza hacia la vacuna y el Gobierno, que tuvieron los mayores porcentajes, con más del 80%. Cabe resaltar que, al igual que en las creencias, hubo un porcentaje muy reducido de personas que creían que el virus era un mito, lo que refuerza la idea de que incluso en el segmento de personas antivacunas ya no dudan de la existencia del COVID-19, como sí ocurrió al inicio de la pandemia.

En lo que atañe a las actitudes y los viajes, cabe resaltar la negativa a vacunarse solamente por motivos de viajes y el preferir, en algún punto, no viajar a ser vacunados para poder hacerlo. Asimismo, en caso de que se les hubiese solicitado el certificado de vacunación en los hoteles, habrían estado dispuestos a usar otros medios de hospedaje, como Airbnb, con tal de no vacunarse. Los resultados pueden verse en la Tabla 3.

Tabla 3. Actitudes sobre la no vacunación contra el COVID-19

<i>Actitud</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Actitud</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>
La información que recibo por parte del Gobierno es confusa y contradictoria.	84 %	La pandemia y la vacuna son puros cuentos, son un mito.	28 %
No me da confianza la vacuna.	81 %		
La vacuna no ha dado resultados.	68 %		
Desconfío de las vacunas, y más de la del COVID-19.	58 %		
Si me enfermo o no, ya me tocaba.	55 %		
Me vacunaría si me comprueban que no me voy a enfermar.	54 %		
La vacuna y la pandemia son un plan mundial para controlarnos.	52 %		
La vacuna me puede cambiar la genética.	52 %		
Actitudes y viajes			
Es en contra de mis derechos que me obliguen a vacunarme para salir de vacaciones.	84 %		
Si me piden vacunarme en el hotel, mejor uso Airbnb.	79 %		

<i>Actitud</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Actitud</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>
Si me obligan a vacunarme para salir de vacaciones, no salgo.	65 %		
El turismo genera contagios.	45 %		

Nota. Elaboración propia.

4.4 Resultados de la norma subjetiva

Por otro lado, los resultados respecto a la norma subjetiva coinciden con lo expresado por Bello (2017) cuando apunta que mucha de la resistencia a las vacunas tiene que ver con la falta de credibilidad por parte del Gobierno, ya que, de acuerdo con este estudio, tuvo un porcentaje de aceptación solamente del 16%. Ante esto, es importante puntualizar que, en 2022, las personas les creían principalmente a los médicos y seguirían sus recomendaciones (51%), también las del sector educativo —investigadores, académicos y revistas científicas— (55%), por lo que la sugerencia sería generar información y publicidad provacuna por medio de dichos segmentos. Los resultados pueden verse en la Tabla 4.

Tabla 4. Norma subjetiva

<i>Norma subjetiva</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Norma subjetiva</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>
Le creo al sector educativo (investigadores, académicos o revistas científicas).	60 %	Seguiría las recomendaciones de mi familia.	49 %
Seguiría las recomendaciones del sector educativo (investigadores, académicos o revistas científicas).	55 %	No solo es importante y les creo, también seguiría las recomendaciones de mis amigos.	41 %
Les creo a los médicos.	54 %	Es importante y creo sobre lo que opinan del COVID-19 y la vacuna si me lo dicen mis amigos.	41 %
Le creo a mi familia (padres, hermanos, esposa, hijos).	52 %	Es importante y le creo a mi círculo de trabajo: compañeros, jefes o subordinados.	38 %
Seguiría las recomendaciones de los médicos.	51 %	Es importante y le creo al internet, a redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter o YouTube.	27 %
		Es importante y le creo a la Iglesia.	27 %
		Es importante y les creo a los noticieros o líderes de opinión.	25 %
		Es importante y le creo al Gobierno.	22 %
		Es importante y les creo a las personas famosas, como deportistas, artistas, cantantes o <i>influencers</i> .	20 %

Nota. Elaboración propia.

4.5 Resultados de intenciones

La teoría de la acción razonada cuenta con varios constructos, entre los cuales las intenciones son uno de los más importantes, pues son el antecedente de la conducta. Los resultados muestran que las personas estaban dispuestas a tratarse los síntomas de COVID-19 con remedios caseros; solamente un porcentaje poco mayor al 50 % señaló tener la disposición de ir al médico en caso de presentar síntomas. Estos resultados pueden ser indicativos de que el virus puede seguir impactando en la población, porque, aun cuando ya se sabe que el virus existe, no se está dispuesto a actuar en consecuencia por la propia salud y la de otros.

En cuanto a las intenciones y los viajes, se continuó con la idea de que la vacuna no era una prioridad para poder viajar dentro de México ni como requisito para viajes internacionales. Los resultados pueden verse en la Tabla 5.

Tabla 5. Intenciones

<i>Intención</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>	<i>Intención</i>	<i>Porcentaje de acuerdo</i>
Me quedaré en casa si presento síntomas de COVID-19.	78 %	En el futuro, si alguien a quien le crea y siga sus recomendaciones se vacuna.	40 %
Cuando tenga síntomas de coronavirus tomaré un remedio casero.	68 %	He pensado alguna vez en vacunarme.	31 %
Asistiré al médico ante cualquier síntoma de COVID-19.	56 %	En el futuro, antes de que tenga síntomas de coronavirus, me vacunaré.	27 %
Intenciones y viajes			
Si fuera necesario para salir de viaje, fácilmente podría vacunarme.	30 %		
Me vacunaría solamente si me lo exigen para salir del país por trabajo.	28 %		
Me vacunaría solamente si me lo exigen para salir del país de vacaciones.	25 %		
Me vacunaría si me lo exigen para vacacionar dentro de México.	19 %		

Nota. Elaboración propia.

4.6 Resultados de conductas

Los resultados obtenidos en las conductas demuestran la negativa rotunda a la vacunación, aun planteando la idea de que fuera por ley o si se presentara el caso de contagio en la familia; sin embargo, queda claro que las personas sabían que, si hubiesen querido, habrían podido hacerlo. Finalmente, cabe recalcar una vez más que la vacunación no fue una prioridad a la hora de viajar, pues hubo un porcentaje de acuerdo muy bajo en la conducta relativa a la vacunación y los viajes. Los resultados pueden verse en la Tabla 6.

Tabla 6. Conductas

Conducta	Porcentaje de acuerdo	Conducta	Porcentaje de acuerdo
Si quisiera, fácilmente podría vacunarme.	64%	Solamente me vacuno si salgo de vacaciones.	22%
		Solamente me vacuno si me dan dinero.	6%
		Solamente me vacuno si alguien de mi familia se contagia.	0%
		Solamente me vacuno si es por ley.	0%

Nota. Elaboración propia.

4.7 Resultados del análisis factorial confirmatorio

A partir del procedimiento de parcelar, se eligieron los ítems con mayor carga factorial para representar cada uno de los constructos de este estudio. Los resultados del CFA muestran que los índices de ajuste fueron $X^2(104) = 184,90$, $X^2/df = 1,77$, $p = ,000$; $RMSEA = ,06$; $CFI = ,97$; $NNFI = ,96$ y $SRMR = ,03$. El modelo es válido y confiable, no necesitó reespecificación. Los resultados evidencian buena confiabilidad, también buena validez convergente y discriminante. Las cargas factoriales fueron $>,5$. Los índices AVE fueron $\geq,5$ y los valores del CR fueron $\geq,7$. Los resultados se muestran en las Tablas 7 y 8.

Tabla 7. Validez convergente

Alpha de Cronbach	Ítems y cargas factoriales		AVE	CR
Creencias ($\alpha = ,87$)	C7. Creo que es mi derecho a no vacunarme.	,87	,70	,88
	C8. Creo que la vacuna tiene efectos colaterales.	,84		
	C9. Creo que es mejor dejar que mi cuerpo reaccione solo, mi cuerpo tiene esa capacidad.	,83		
Actitudes ($\alpha = ,88$)	A4. No me da confianza la vacuna.	,86	,71	,87
	A12. Es en contra de mis derechos que me obliguen a vacunarme para salir de vacaciones.	,84		
	A13. Si me piden vacunarme en el hotel, mejor rento un Airbnb.	,83		
Norma subjetiva ($\alpha = ,90$)	N1. Es importante y creo lo que opinan sobre el COVID-19 y la vacuna si me lo dice mi círculo social (amigos).	,94	,76	,90
	N2. Es importante y creo lo que opinan sobre el COVID-19 y la vacuna si me lo dice mi círculo familiar (padres, hermanos, esposa o hijos).	,81		
	N3. Es importante y creo lo que opinan sobre el COVID-19 y la vacuna si me lo dice mi círculo de trabajo (compañeros, jefes, subordinados).	,88		

<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Ítems y cargas factoriales</i>		<i>AVE</i>	<i>CR</i>
Intenciones ($\alpha = ,94$)	I7. Me vacunaría solamente si me lo exigen para salir del país de vacaciones.	,98	,86	,94
	I8. Me vacunaría solamente si me lo exigen para salir de vacaciones dentro de México.	,87		
	I9. Me vacunaría solamente para salir del país por trabajo.	,91		
Conducta ($\alpha = ,83$)	CO3. Solamente me vacuno si alguien de mi familia se contagia.	,88	,64	,83
	CO4. Solamente me vacuno si es por ley.	,75		
	CO5. Solamente me vacuno si me dan dinero.	,75		

Nota. Elaboración propia.

Tabla 8. Validez convergente y discriminante

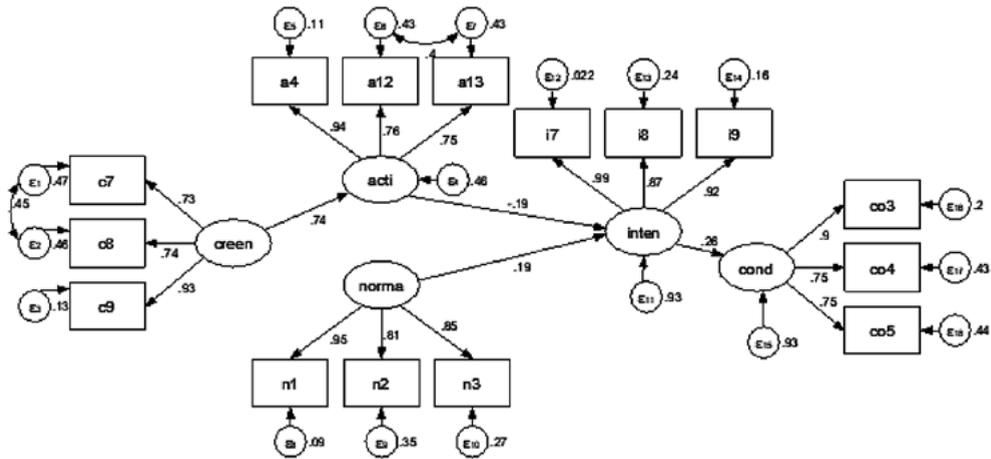
<i>Squared Correlations (SC) among latent</i>					
	<i>CREEN</i>	<i>ACTI</i>	<i>NORMA</i>	<i>INTEN</i>	<i>COND</i>
CREEN	1,000				
ACTI	,475	1,000			
NORMA	,007	,046	1,000		
INTEN	,007	,061	,051	1,000	
COND	,011	,056	,036	,066	1,000

Nota. Average variance extracted (AVE) by latent variables.

4.8 Resultados del Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM)

Se llevó a cabo un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) de acuerdo con el modelo de la TAR. Los índices de ajuste fueron $X^2(84) = 119,31$, $X^2/df = 1,42$; $RMSEA = ,04$; $CFI = ,98$; $NNFI = ,98$; $SRMR = ,07$. La influencia de las creencias sobre las actitudes fue positiva y significativa ($\beta = ,73$, $z = 16,33$, $p < 0,001$), por ende, como resultado, la H1 se acepta. Las actitudes tuvieron una relación significativa, pero indirecta con las intenciones ($\beta = -,19$, $z = -2,71$, $p = ,007$), por lo tanto, como resultado, la H2 se acepta. La norma subjetiva tuvo una relación positiva y significativa en el límite, desde el punto de vista estadístico, con las intenciones ($\beta = ,18$, $z = 2,62$, $p = ,009$), así que, como resultado, la H3 se acepta. Finalmente, las intenciones tuvieron una influencia positiva y significativa sobre la conducta ($\beta = ,25$, $z = 3,68$, $p < ,001$), por consiguiente, como resultado, la H4 también se acepta. Los resultados se muestran en la Figura 2.

Figura 2. Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM)



Nota. Elaboración propia.

5. Discusión y conclusiones

Este estudio tuvo como primer objetivo describir las creencias, actitudes, norma subjetiva, intenciones y conducta de las personas que forman parte del segmento antivacunas y que no querían vacunarse o no estaban dispuestas a hacerlo. También se quiso averiguar su postura en relación con los viajes. Para ello, se tomó como fundamento la teoría de la acción razonada.

En cuanto a los datos sociodemográficos, los resultados arrojaron que el mayor porcentaje de la población que no quería vacunarse es joven. En este estudio, el 80% de la muestra tenía entre 18 y 50 años, lo que coincide con los estudios de Shmueli (2021) y Xiao y Wong (2020), que demostraron que el porcentaje de vacunación más alto se tiene en personas mayores de 65, que es el segmento de población que originalmente se señaló como de mayor riesgo.

En los resultados se observa que las creencias son un constructo vital que impacta en todo el proceso cognitivo hacia la conducta, puesto que obtuvieron el valor más alto en la correlación e influyeron en las otras correlaciones, de manera que fueron la principal causa para no vacunarse. En este sentido, se encontró que las personas sabían y reconocían la existencia del virus, a diferencia del principio de la pandemia. Sin embargo, las creencias con respecto a la efectividad de la vacuna y a la información sobre esta fueron muy negativas, lo que coincide con el estudio de Reiter et al. (2020) cuando mencionan que, para un porcentaje de la población en Estados Unidos que no quiso vacunarse, uno de los factores principales fue la desconfianza en la eficacia de la vacuna y sus efectos. Por otra parte, en cuanto a la credibilidad de las instituciones, se concluye que al Gobierno no le fue bien.

Por lo tanto, en aras de cambiar la negativa a vacunarse, se debió trabajar en una estrategia para cambiar las creencias por medio de una norma subjetiva aprobada por el público, es

decir, sobre las personas en quienes este segmento cree y a quienes atiende. Hasta 2022 no hubo una estrategia planteada sobre esta teoría para promover la vacunación y que, de acuerdo con el estudio de Salinas-Rehbein & Ortiz (2021), incrementara en un alto porcentaje la intención de vacunarse.

Particularmente en este sentido, este estudio reveló que los médicos y el sector académico —como investigadores o revistas científicas— tienen una credibilidad mayor que el resto de los analizados, a saber: gobierno, amigos, trabajo, Iglesia o redes sociales, tal como se expone en el estudio de Xiao y Wong (2020). Por tal razón, una estrategia para aumentar la vacunación en este segmento habría sido generar campañas informativas encabezadas por médicos o miembros de la comunidad científica para apoyar la credibilidad y los beneficios de la vacuna con miras a incrementar su aceptación.

Por otro lado, se encontró que un alto porcentaje de la población no tenía miedo a contagiarse de COVID-19 o a morir a causa de esta enfermedad, lo que coincide con los hallazgos de Cavazos-Arroyo y Pérez de Celis-Herrero (2020) en cuanto al riesgo percibido. En México, los mensajes emitidos al respecto crearon impacto y minimizaron el riesgo de contraer el virus y su propagación.

En cuanto a los viajes, los resultados demuestran que la vacunación no fue una prioridad a la hora de viajar, pues solamente el 24% de la población consideró la vacuna para poder hacerlo. Estos resultados contrastan con los de Xiao y Wong (2020), en cuyo estudio se encontró que el 60% de la población estaba dispuesta a vacunarse para viajar. Este desinterés por la vacunación para viajar puede interpretarse desde dos puntos de vista: el primero, no alentador en cuanto a la propagación del virus, pues el poco o nulo interés en vacunarse para viajar indica la posibilidad de propagación del virus por medio de los viajes que realizan las personas, y particularmente este segmento, lo que pudo contribuir a que la pandemia fuera poco controlable. El segundo es que, en el caso de México, si bien estudios realizados señalan que la recuperación del sector turístico estaba ligada al control de la pandemia, algunos destinos, principalmente playas, vieron una pronta recuperación que pudo estar ligada a los efectos del confinamiento y la necesidad de las personas de salir a pesar del riesgo.

También cabe mencionar que la OMS estimó que en 2022 la pandemia pasaría a ser endemia luego de la variante Ómicron, lo cual implicaría la presencia del virus, pero ya no mortal, y que la correspondiente vacunación formaría parte ya del esquema de vacunación, tal como sucedió con la influenza. Esto significó una más próxima recuperación del sector turístico.

El segundo objetivo consistió en analizar la relación entre creencias, actitudes, norma subjetiva, intenciones y conducta por medio de un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM). Con base en los datos obtenidos, este estudio contribuyó con la literatura de la teoría de la acción razonada, pues los resultados aprobaron las relaciones planteadas entre las variables de esta teoría para explicar la negativa a vacunarse. En este sentido, los resultados permitieron aceptar las cuatro hipótesis planteadas en este estudio y demostraron que las creencias fueron el constructo que más influyó en las intenciones, ya que fueron las principales causantes de la conducta de no vacunación voluntaria, como lo evidencia su importante carga factorial.

Lo anterior ha permitido determinar que las creencias negativas conllevan actitudes e intenciones negativas. Por esta razón, mientras no se generen cambios en cuanto a las creencias tanto sobre la eficacia y los beneficios de las vacunas como sobre contradecir de forma oficial las teorías conspirativas por medio del canal correcto de norma subjetiva manifestada por este segmento antivacunas, las intenciones y, por ende, las conductas, no cambiarán.

Referencias

Acock, A. (2013). *Discovering structural equation modeling using Stata* (Revised Ed.). Stata Press.

Ajzen, I. (s. f. a). *Constructing a theory of planned behaviour questionnaire*. <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>

Ajzen, I. (s. f. b). *Sample TPB questionnaire*. <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.questionnaire.pdf>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.84.5.888>

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.

Alvis-Guzmán, N., Alvis-Zakzuk, J., Paz-Wilches, J., Fernández-Mercado, J. C., & De la Hoz-Restrepo, F. (2022). Disposición a recibir la vacuna contra COVID-19 en población de 80 y más años en Colombia 2021. *Vacunas*, 23(Suplemento 1), 41-45. <https://doi.org/10.1016/j.vacun.2021.07.005>

Bello, J. (2017). La actitud antivacuna como enfermedad emergente, la responsabilidad de la Administración y la asistencia primaria de pediatría. *Enfermedades Emergentes*, 16(2), 76-80. <https://acortar.link/IW1bPV>

Bharati, K. (2020). What impact could the COVID-19 pandemic have on public health? *Indian Science Cruiser*, 34(2). <https://doi.org/10.24906/isc/2020/v34/i2/196424>

Cabello, J., Buller, E., & Ruiz, J. M. (2017). Características y motivos que llevan a los padres a rechazar la vacunación de sus hijos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 58-59.

Cabezas, C. (2019). Mantener los logros de la vacunación implica también “inmunizar” contra lo que se oponga. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 147-149. <https://doi.org/10.15381/anales.802.16404>

Casas, I. & Mena, G. (2021). La vacunación de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 156(10), 500-502. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.03.001>

- Cataño, J. & Aguirre, H. D. (1 de octubre de 2020). *Vacunación del adulto en tiempos de COVID-19*. Corporación de Investigaciones Biológicas. https://www.researchgate.net/publication/345749293_Vacunacion_del_adulto_en_tiempos_de_COVID
- Caycho-Rodríguez, T., Carbajal-León, C., Vivanco-Vidal, A., & Saroli-Aranibar, D. (2021). Intención de vacunarse contra el COVID-19 en adultos mayores peruanos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(4), 245-246. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.03.005>
- Cavazos-Arroyo, J. & Pérez de Celis-Herrero, C. (2020). Severidad, susceptibilidad y normas sociales percibidas como antecedentes de la intención de vacunarse contra COVID-19. *Revista de Salud Pública*, 22(2), 178-184. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86877>
- Cruz, M., Rodríguez, A., Hortal, J., & Padilla, J. (2019). Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.004>
- De Leeuw, A., Valois, P., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2015). Using the theory of planned behavior to identify key beliefs underlying pro-environmental behavior in high-school students: Implications for educational interventions. *Journal of Environmental Psychology*, 42, 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2015.03.005>
- De Troi, M. & Quintilio, W. (31 de marzo de 2020). Coronavírus: lições anti-negacionistas e o futuro do planeta. *SciELO em Perspectiva*. <https://acortar.link/0n8ZUY>
- Dror, A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrahi, M., Zigran, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: The next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 35(8), 775-779. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-35372/v1>
- Etikan, I., Musa, S., & Alkassim, R. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1-4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Fernández, P. & Jaramillo, C. (2019). Movimiento anti-vacunas: vacunar o no a nuestros hijos. *Revista OACTIVA UC Cuenca*, 4(Esp.), 47-54. <https://doi.org/10.31984/oactiva.v4iEsp.406>
- Fernández-Niño, J. A. & Baquero, L. H. (2019). El movimiento anti-vacunas y la anti-ciencia como amenaza para la salud pública. *Salud UIS*, 51(2), 103-106. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019002>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2011). *Predicting changing behavior and predicting behavior: The reasoned action approach*. Taylor & Francis.
- Galindo, B. M. & Molina, N. (2020). La sostenibilidad de la vacunación y los movimientos antivacunas en tiempos del nuevo coronavirus. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(Supl. Esp.), e2599. <https://acortar.link/WKwFMs>

González-Melado, F. & Di Pietro, M. (2021). La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 39(10), 510-515. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.08.001>

Gössling, S., Scott, D., & Hall, M. (2021). Pandemics, tourism and global change: A rapid assessment of COVID-19. *Journal of Sustainable Tourism*, 29(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/09669582.2020.1758708>

Guadarrama-Orozco, J. H., Vargas-López, G., & Viesca-Treviño, C. (2015). Decisiones de los padres que no arriesgan la vida de sus hijos, pero que los exponen a daños serios: no a las vacunas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(5), 353-357. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.09.007>

Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Pearson Prentice Hall.

Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A., Dervic, E., Desvars-Larrive, A., Loreto, V., Piniór, B., Thurner, S., & Klimek, P. (2020). Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nature Human Behaviour*, 4(12), 1303-1312. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01009-0>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60. <https://acortar.link/qQ4duQ>

Insanguine, F. A. & Castellanos, J. (2021). COVID-19, 'fake news' y vacunación: la necesidad de inmunizar a la sociedad de la duda vacunal. *Cuadernos de Bioética: Revista Oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica*, 32(104), 63-73. <https://doi.org/10.30444/CB.88>

Kantar. (2021). *Estudio: Journey digital del viajero mexicano. Aspectos a considerar para la reactivación del sector*. IAB México, Kantar y Televisa Digital.

Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.

Lewandowsky, S., Cook, J., Schmid, P., Holford, D., Finn, A., Leask, J., Thomson, A., Lombardi, D., Al-Rawi, A., Amazeen, M., Anderson, E., Armaos, K., Betsch, C., Bruns, H., Ecker, U., Gavaruzzi, T., Hahn, U., Herzog, S. ... & Porcu, L. (2021). *Manual de comunicación para la vacuna contra el COVID-19. Una guía práctica para mejorar la comunicación de la vacuna y combatir la desinformación* (Trad. N. Rodríguez Priego y L. Porcu). *SciBeh C19 Vax*. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14034494.v1>

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Madden, T., Ellen, P., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1), 3-9. <https://doi.org/10.1177/0146167292181001>
- Martínez-Diz, S., Martínez, M., Fernández-Prada, M., Cruz, M., Molina, R., & Fernández, M. A. (2014). Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar. *Anales de Pediatría*, 80(6), 370-378. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.08.009>
- Mills, M., Rahal, C., Brazel, D., Yan, J., & Gieysztor, S. (2020). *COVID-19 vaccine deployment: Behaviour, ethics, misinformation and policy strategies*. The Royal Society, The British Academy. <https://royalsociety.org/-/media/policy/projects/set-c/set-c-vaccine-deployment.pdf>
- Naciones Unidas México. (30 de junio de 2022). *Mapa interactivo*. <https://coronavirus.onu.org.mx/mapa-interactivo>
- Neumann-Böhme, S., Varghese, N., Sabat, I., Pita-Barros, P., Brouwer, W., Exel, J. van, Schreyögg, J., & Stargardt, T. (2020). Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *The European Journal of Health Economics*, 21(7), 977-982. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01208-6>
- Oltra, C. & Boso, Á. (2020). Lecciones aprendidas de la crisis del coronavirus: preparación y resiliencia social. *RES: Revista Española de Sociología*, 29(3), 769-775. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.50>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) & Banco Mundial. (2010). *Vacunas e inmunización: situación mundial* (3.ª ed.). OMS. <https://acortar.link/Fu8y6W>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (29 de septiembre de 2021). *OPS aumenta la adquisición de vacunas COVID-19 para las Américas*. <https://acortar.link/PK6iqR>
- Ovelar, R. D. (2017). Creencias y actitudes de docentes respecto a la vacuna contra el virus del papiloma humano. Escuela pública. Paraguay 2016. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 6(1), 41-50. <https://doi.org/10.26885/rcei.6.1.41>
- Perneger, T., Courvoisier, D., Hudelson, P., & Gayet-Ageron, A. (2015). Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research*, 24(1), 147-151. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0752-2>
- Reiter, P., Pennell, M., & Katz, M. (2020). Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated? *Vaccine*, 38(42), 6500-6507. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.08.043>
- Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *INED: Investigación Educativa Duranguense*, 2(7), 66-77. <https://acortar.link/jboqMD>

Salinas-Rehbein, B. & Ortiz, M. (2021a). Aspectos psicológicos y conductuales del proceso de vacunación. *Revista Médica de Chile*, 149(4), 650-651. <https://acortar.link/xN11IQ>

Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G., & Denker, M-L. (2017). Barriers of influenza vaccination intention and behavior – A systematic review of influenza vaccine hesitancy, 2005-2016. *PLOS ONE*, 12(1), e0170550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170550>

Schwarzinger, M., Flicoteaux, R., Cortarenoda, S., Obadia, Y., & Moatti, J. (2010). Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: Did public health policy fuel public dissonance? *PLOS ONE*, 5(4), e10199. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010199>

Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the Health Belief Model and the theory of Planned Behavior Model. *BMC Public Health*, 21, 804. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10816-7>

Soares, J. R., Castro Gabriel, L. P., & Santiago, R. (2020). *Impacto del COVID-19 en el comportamiento del turista español*. EduECE. <http://www.uece.br/eduecewp/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/Impacto-del-covid-19-en-el-comportamiento-del-turista-español.pdf>

Torres-López, J. (2020). ¿Cuál es el origen del SARS-CoV2? *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 58(1), 1-2. <https://acortar.link/Gcvy0N>

Torruco, M. (2020). *Torruco*. Twitter. <https://twitter.com/TorrucoTurismo>

Vélez, D. (2014). *Perspectiva epistemológica para la investigación educativa: aspectos fundamentales, teóricos y metodológicos* (1.ª ed.). Grupo Editorial Éxodo.

World Tourism Organization (UNWTO). (2020). *UNWTO Briefing Note – Tourism and COVID-19, Issue 3. Understanding Domestic Tourism and Seizing its Opportunities*. UNWTO. <https://www.e-unwto.org/doi/epdf/10.18111/9789284422111>

World Travel & Tourism Council (WTTC) & Oliver Wyman. (2020). *To recovery & beyond. The future of travel & tourism in the wake of COVID-19*. WTTC. <https://wttc.org/initiatives/to-recovery-beyond>

Xiao, X. & Wong, R. (2020). Vaccine hesitancy and perceived behavioral control: A meta-analysis. *Vaccine*, 38(33), 5131-5138. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.04.076>

Zúñiga, I. R. & Caro, J. (2018). Grupos antivacunas: el regreso global de las enfermedades prevenibles. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 31(1), 17-21. <https://acortar.link/Sb90n9>