



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4

FACTORES QUE CONDICIONAN LA ACEPTACIÓN DE LAS VACUNAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA

**EXPRESSIONS OF HOMOPHOBIA: THE EXPERIENCE OF
SEXUAL DIVERSITY ACTIVISTS IN CULIACÁN, SINALOA.**

Xochitl Itzel Castillo Duran

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Urias Bautista Sánchez

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Alejandro Chehue Romero

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Judith Bautista Sánchez

Escuela de Medicina Intermedica

Elena Guadalupe Olvera Hernandez

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4.25328

Factores que condicionan la aceptación de las vacunas: Una revisión narrativa

Xochitl Itzel Castillo Duran¹xoch384@gmail.com<https://orcid.org/0009-0002-3298-457X>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico**Urias Bautista Sánchez**urias_bautista@uaeh.edu.mx<https://orcid.org/0000-0002-1182-2179>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Alejandro Chehue Romerochehuea@uaeh.edu.mx<https://orcid.org/0000-0003-3054-7544>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico**Judith Bautista Sánchez**xudith25@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-5593-7279>Escuela de Medicina Intermedica
Mexico**Elena Guadalupe Olvera Hernandez**olverae@uaeh.edu.mx<https://orcid.org/0000-0002-9704-4872>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Mexico

RESUMEN

La aceptación de las vacunas constituye un proceso dinámico en el que intervienen la confianza, la percepción de riesgo, las experiencias previas, la influencia social, la calidad de la comunicación y las condiciones de acceso a los servicios. El objetivo de esta revisión narrativa fue analizar los principales factores que condicionan la aceptación vacunal, con énfasis en los mitos persistentes, la desinformación digital y el papel del personal sanitario. Se revisaron artículos científicos, revisiones, metaanálisis y documentos técnicos publicados principalmente entre 2014 y 2026, en español e inglés, procedentes de fuentes biomédicas y organismos internacionales. La evidencia no respalda una asociación causal entre vacunas y autismo, ni la idea de que la aplicación simultánea sobrecargue el sistema inmunológico. Los componentes vacunales cumplen funciones específicas y se emplean en cantidades evaluadas; asimismo, la infección natural puede generar complicaciones, secuelas y transmisión a grupos vulnerables. No obstante, la aceptación no depende únicamente de corregir información falsa: también requiere servicios accesibles, confianza institucional, recomendaciones claras y comunicación empática. Se concluye que la hesitación vacunal debe abordarse como un fenómeno multifactorial mediante estrategias adaptadas al contexto, alfabetización en salud, escucha activa y fortalecimiento de los programas de inmunización.

Palabras clave: aceptación vacunal; hesitación vacunal; desinformación; confianza; comunicación en salud

¹ Autor principal.

Correspondencia: xoch384@gmail.com

Factors Conditioning Vaccine Acceptance: A Narrative Review

ABSTRACT

Vaccine acceptance is a dynamic process shaped by trust, risk perception, previous experiences, social influence, communication quality, and access to health services. This narrative review aimed to analyze the main factors conditioning vaccine acceptance, emphasizing persistent myths, digital misinformation, and the role of health professionals. Scientific articles, reviews, meta-analyses, and technical documents published mainly between 2014 and 2026 in English and Spanish were reviewed from biomedical sources and international health organizations. Available evidence does not support a causal association between vaccines and autism or the claim that simultaneous vaccination overloads the immune system. Vaccine components serve specific purposes and are used in evaluated amounts; natural infection may cause complications, sequelae, and transmission to vulnerable groups. Nevertheless, acceptance cannot be improved solely by correcting false information. It also requires accessible services, institutional trust, clear recommendations, and empathetic communication. Vaccine hesitancy should therefore be addressed as a multifactorial phenomenon through context-sensitive strategies, health literacy, active listening, and stronger immunization programs.

Keywords: vaccine acceptance; vaccine hesitancy; misinformation; trust; health communication

*Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

La vacunación es una de las intervenciones sanitarias con mayor capacidad para prevenir enfermedad, discapacidad y muerte. Su impacto rebasa la protección individual, porque las coberturas elevadas reducen la circulación de agentes infecciosos y protegen de manera indirecta a quienes no pueden recibir determinadas vacunas. Sin embargo, la disponibilidad de productos seguros y eficaces no garantiza por sí sola que todas las personas inicien o completen los esquemas recomendados.

Los datos más recientes muestran un panorama de avances modestos y brechas persistentes. En 2025, la cobertura mundial con la tercera dosis contra difteria, tétanos y tosferina se mantuvo en 85 %, mientras que 13.5 millones de niñas y niños no recibieron ninguna vacuna durante su primer año de vida. En el caso del sarampión, la primera dosis alcanzó 84 %, porcentaje insuficiente para evitar la acumulación de personas susceptibles en numerosos territorios (World Health Organization [WHO], 2026a). En las Américas, el resurgimiento del sarampión durante 2025 y 2026 volvió a mostrar que las brechas de inmunización pueden traducirse rápidamente en brotes y presión sobre los servicios de salud (Pan American Health Organization [PAHO], 2026a).

Estas brechas no tienen una sola explicación. Algunas personas no se vacunan porque el servicio está lejos, los horarios son incompatibles con sus actividades, existen problemas de abasto, no cuentan con información sobre dónde acudir o enfrentan desigualdades sociales. Otras retrasan o rechazan una vacuna pese a tenerla disponible, debido a dudas sobre su seguridad, necesidad o eficacia. Esta distinción es esencial: la falta de vacunación no debe atribuirse automáticamente a desinformación o resistencia individual, porque hacerlo invisibiliza las barreras estructurales y puede conducir a intervenciones poco efectivas.

La hesitación vacunal ha sido descrita como el retraso en la aceptación o el rechazo de vacunas a pesar de la disponibilidad de los servicios, y puede variar según el momento, el lugar y la vacuna específica (MacDonald, 2015). No se trata de una categoría rígida. Una persona puede aceptar algunas vacunas, dudar de otras o modificar su decisión después de conversar con un profesional de la salud. Por ello, la aceptación debe comprenderse como un continuo, no como una oposición simple entre personas “a favor” y “en contra”.



Dentro de este continuo, los mitos desempeñan un papel relevante porque ofrecen explicaciones sencillas ante preocupaciones complejas. La supuesta relación entre vacunas y autismo, la idea de que varias dosis “sobrecargan” el sistema inmunológico, el temor generalizado a los ingredientes o la creencia de que enfermarse es siempre preferible para adquirir inmunidad natural continúan circulando, aun cuando han sido refutados o requieren importantes matices. La repetición constante de estos mensajes, especialmente en entornos digitales, puede erosionar la confianza y hacer que una afirmación desacreditada parezca una controversia científica vigente.

El objetivo de este artículo fue analizar, mediante una revisión narrativa, los factores que condicionan la aceptación de las vacunas, contrastar los principales mitos con la evidencia disponible y discutir estrategias de comunicación y salud pública que permitan responder a las dudas sin estigmatizar a la población.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y documentos técnicos sobre aceptación vacunal, hesitación, seguridad, mitos, desinformación y comunicación en salud. La revisión narrativa se eligió porque permite integrar resultados de diseños diversos, marcos conceptuales y recomendaciones institucionales, y organizarlos alrededor de problemas relevantes para la práctica sanitaria.

La búsqueda se actualizó hasta julio de 2026. Se consultaron PubMed/MEDLINE, páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y los Centers for Disease Control and Prevention. Se utilizaron combinaciones en español e inglés de los términos: aceptación vacunal, hesitación vacunal, confianza en vacunas, mitos sobre vacunación, seguridad vacunal, vacunas y autismo, ingredientes de vacunas, adyuvantes, inmunidad natural, desinformación, redes sociales y comunicación de riesgos.

Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance, estudios observacionales pertinentes y documentos técnicos con autoría institucional identificable. Se priorizaron publicaciones de 2020 a 2026; no obstante, se conservaron trabajos previos cuando constituían referencias fundacionales o aportaban evidencia directa sobre mitos específicos. Se excluyeron materiales comerciales, textos de opinión sin respaldo bibliográfico, publicaciones duplicadas y contenidos cuya procedencia no podía verificarse.

La información se sintetizó en ocho categorías: 1) aceptación, hesitación y acceso; 2) seguridad y farmacovigilancia; 3) vacunas y autismo; 4) aplicación simultánea y respuesta inmunológica; 5) ingredientes y percepción de toxicidad; 6) inmunidad natural; 7) desinformación digital y confianza; y 8) estrategias para favorecer decisiones informadas. Debido al carácter narrativo de la revisión, no se efectuó metaanálisis ni evaluación formal del riesgo de sesgo de cada documento.

Desarrollo del tema

Aceptación, hesitación y barreras de acceso

La aceptación vacunal surge de la interacción entre factores personales y contextuales. Entre los primeros se encuentran la percepción de vulnerabilidad, el balance subjetivo entre beneficios y riesgos, las experiencias previas, las creencias religiosas o culturales y el conocimiento disponible. Entre los segundos destacan la confianza en las instituciones, las normas sociales, la recomendación profesional, la facilidad para acudir al servicio, la disponibilidad de dosis y la calidad del encuentro clínico.

Los modelos contemporáneos de comportamiento vacunal señalan que la decisión puede estar influida por la confianza, la complacencia, las restricciones prácticas, el cálculo deliberado y el sentido de responsabilidad colectiva (Betsch et al., 2018). Esta perspectiva ayuda a comprender por qué proporcionar más datos no siempre modifica una decisión: cuando la barrera principal es logística, se requiere mejorar el acceso; cuando predomina la desconfianza, se necesita una relación sostenida y transparente; y cuando existe baja percepción de riesgo, conviene explicar las consecuencias de perder la protección comunitaria.

Por tanto, atribuir toda falta de vacunación a la ignorancia puede resultar injusto y contraproducente. La respuesta debe comenzar por identificar la barrera real. Escuchar antes de corregir permite distinguir entre una pregunta legítima, una experiencia adversa previa, una dificultad operativa y una postura de rechazo consolidada.

Seguridad vacunal y vigilancia continua

Las vacunas, como cualquier intervención sanitaria, pueden producir eventos adversos. La comunicación responsable no debe negar esta posibilidad, sino explicar su frecuencia, gravedad, temporalidad y relación causal. La mayoría de las reacciones esperadas son leves y transitorias, como

dolor local o fiebre; los eventos graves son poco frecuentes y se investigan mediante sistemas de farmacovigilancia.

La evaluación de seguridad comienza antes de la autorización, con estudios preclínicos y ensayos clínicos, y continúa después de la introducción en programas nacionales. La vigilancia poscomercialización permite detectar señales raras que no siempre aparecen en los ensayos iniciales, evaluar si existe una asociación causal y actualizar recomendaciones cuando es necesario (WHO, 2025a). Esta capacidad de corrección no representa debilidad del sistema, sino una característica esencial de la seguridad sanitaria.

Un punto clave es diferenciar entre un evento ocurrido después de la vacunación y un evento causado por la vacuna. La proximidad temporal puede generar sospecha, pero la causalidad requiere analizar antecedentes, frecuencia esperada en población no vacunada, plausibilidad biológica, consistencia de los hallazgos y evidencia epidemiológica. Explicar esta diferencia reduce interpretaciones erróneas sin invalidar la experiencia de quien reporta un problema.

El mito de las vacunas y el autismo

La supuesta relación entre vacunación y autismo es uno de los mitos más persistentes. Su fuerza no deriva de la evidencia actual, sino de la difusión prolongada de una afirmación desacreditada y de la coincidencia temporal entre la aplicación de vacunas infantiles y la edad en la que suelen reconocerse signos del neurodesarrollo.

La evidencia epidemiológica acumulada no respalda una asociación causal. Un metaanálisis que integró estudios de cohorte y de casos y controles no encontró relación entre vacunación, vacuna triple viral, timerosal o mercurio y trastornos del espectro autista (Taylor et al., 2014). Revisiones posteriores sobre vacunas contra sarampión, parotiditis y rubéola tampoco han identificado un incremento del riesgo de autismo atribuible a la vacunación (Di Pietrantonj et al., 2021).

Responder a este mito exige sensibilidad. Las familias que buscan comprender un diagnóstico no deben ser tratadas como adversarias. Una comunicación útil reconoce la preocupación, explica que dos eventos pueden coincidir en el tiempo sin que uno cause al otro y presenta la evidencia en lenguaje comprensible. Ridiculizar la duda puede reforzar la desconfianza y cerrar la posibilidad de diálogo.

Aplicación simultánea y supuesta sobrecarga inmunológica

Otra preocupación frecuente es que varias vacunas aplicadas en una misma consulta puedan “saturar” o debilitar el sistema inmunológico. Esta idea parte de una representación inexacta de la respuesta inmunitaria. Desde los primeros días de vida, el organismo entra en contacto con numerosos antígenos presentes en alimentos, superficies, microorganismos y el ambiente.

Los esquemas de vacunación se diseñan considerando edad, maduración inmunológica, riesgo de exposición, interferencias potenciales y evidencia de inmunogenicidad y seguridad. Cuando la administración simultánea está recomendada, permite proteger oportunamente, disminuir visitas perdidas y evitar periodos innecesarios de susceptibilidad. No equivale a inmunosupresión ni impide que el organismo responda a otros estímulos.

La explicación debe evitar comparaciones absolutas. No todas las vacunas pueden combinarse de cualquier manera; la simultaneidad se rige por lineamientos técnicos. El mensaje correcto no es que “siempre da igual”, sino que los esquemas autorizados han sido evaluados y deben seguirse conforme a las recomendaciones nacionales.

Ingredientes, adyuvantes y percepción de toxicidad

Los nombres químicos generan preocupación cuando se presentan sin contexto. Conservadores, estabilizadores y adyuvantes cumplen funciones distintas: mantener la calidad del producto, evitar contaminación, conservar su estabilidad o potenciar la respuesta inmunitaria. La evaluación de un componente no depende solo de su nombre, sino de la dosis, vía de administración, exposición total y evidencia toxicológica.

Los adyuvantes utilizados en determinadas vacunas permiten obtener una respuesta inmunitaria adecuada con menor cantidad de antígeno o menos dosis. Su seguridad se evalúa junto con la formulación completa, y la vigilancia continúa después de la autorización (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024a). Presentar un ingrediente como peligroso únicamente porque también aparece en otros contextos ignora un principio básico de toxicología: el riesgo depende de la exposición y no solo de la presencia.

La transparencia es indispensable. Ocultar términos o responder con frases tranquilizadoras sin explicación puede aumentar la sospecha. Es más efectivo describir qué contiene la vacuna, para qué sirve cada componente, en qué cantidad se utiliza y qué mecanismos existen para evaluar su seguridad.

Inmunidad natural y riesgo de enfermar

La infección natural puede generar inmunidad, pero no constituye una alternativa sin costo. Para obtenerla, la persona debe atravesar la enfermedad y asumir el riesgo de complicaciones, hospitalización, secuelas, transmisión o muerte. La magnitud de ese riesgo varía según el agente infeccioso, la edad y las condiciones individuales.

Las vacunas buscan inducir memoria inmunológica reduciendo la probabilidad de padecer las formas graves asociadas con la infección. La protección no siempre es absoluta y puede disminuir con el tiempo; por ello existen refuerzos y actualizaciones. Reconocer estos límites fortalece la credibilidad: una vacuna no necesita prevenir todos los contagios para aportar un beneficio clínico y poblacional relevante.

El argumento de la inmunidad natural también suele omitir la dimensión colectiva. Una persona infectada puede transmitir el agente antes de desarrollar síntomas o durante el curso clínico, afectando a lactantes, personas inmunosuprimidas y otros grupos vulnerables. La decisión individual, por tanto, tiene consecuencias comunitarias.

Desinformación digital y construcción de confianza

Las redes sociales no crean por sí solas la hesitación, pero amplifican contenidos que apelan a emociones intensas y ofrecen respuestas simples. Un relato personal puede resultar más persuasivo que una tabla epidemiológica, aun cuando no permita establecer causalidad. Además, la repetición aumenta la familiaridad con una afirmación y puede hacer que parezca verdadera.

En un estudio realizado en Brasil, la dificultad para rechazar mitos relacionados con autismo, efectos adversos e inmunidad natural se asoció con esquemas incompletos, incluso después de considerar otros determinantes (Kallas-Silva et al., 2025). Este hallazgo no implica que toda persona expuesta a información falsa rechazará vacunas, pero confirma que los mitos pueden traducirse en conductas sanitarias.

Las intervenciones digitales muestran resultados variables. Una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos aleatorizados encontró que las estrategias en redes sociales pueden mejorar conocimientos,

confianza, intención y algunos resultados de aceptación, aunque la efectividad depende del diseño, la población y la duración de la intervención (Nazari et al., 2026). Publicar información correcta es necesario, pero no suficiente: debe llegar a las comunidades adecuadas, usar formatos comprensibles y provenir de mensajeros confiables.

La confianza se construye antes de una crisis. Las instituciones que comunican incertidumbre, explican cambios de recomendación y corrigen errores de manera transparente suelen estar en mejores condiciones para responder a rumores. Por el contrario, mensajes autoritarios, contradictorios o tardíos dejan espacios que pueden ser ocupados por fuentes poco confiables.

El papel del personal de salud

El personal sanitario se mantiene entre las fuentes más influyentes para la decisión de vacunarse. Una recomendación clara, directa y respetuosa puede ayudar a resolver dudas, particularmente cuando existe una relación previa de confianza. Sin embargo, la autoridad profesional no sustituye la capacidad de escucha.

Una conversación efectiva puede comenzar con preguntas abiertas: “¿Qué le preocupa de esta vacuna?” o “¿Qué información ha recibido?”. Después conviene reconocer la inquietud, identificar la afirmación central, ofrecer una explicación breve y verificar la comprensión. Cuando la persona necesita más información, pueden proporcionarse fuentes confiables y acordar una nueva conversación.

Descalificar, ironizar o saturar con datos puede aumentar la resistencia. La empatía no significa aceptar afirmaciones falsas, sino responder sin humillar. La guía de la OPS para enfrentar información falsa recomienda preparar al personal para reconocer rumores, comunicar evidencia con claridad y adaptar los mensajes al contexto cultural y comunitario (PAHO, 2025).

Tabla 1. Síntesis de mitos, evidencia y respuesta comunicativa

Mito o preocupación	Síntesis de la evidencia	Riesgo comunicativo	Respuesta recomendada
“Las vacunas causan autismo”.	Los estudios epidemiológicos y metaanálisis no respaldan una relación causal.	Negar la preocupación sin explicar la coincidencia temporal puede reforzar la desconfianza.	Reconocer la inquietud, explicar causalidad frente a temporalidad y presentar evidencia comprensible.

Mito o preocupación	Síntesis de la evidencia	Riesgo comunicativo	Respuesta recomendada
“Varias vacunas sobrecargan las defensas”.	Los esquemas simultáneos recomendados han sido evaluados y no producen inmunosupresión.	Afirmar que cualquier combinación es válida puede ser impreciso.	Explicar que la simultaneidad depende de lineamientos técnicos y evita retrasos en la protección.
“Los ingredientes son tóxicos”.	Los componentes tienen funciones específicas y se evalúan según dosis, vía y exposición.	Usar solo frases tranquilizadoras puede parecer evasivo.	Nombrar los componentes, explicar su función y describir los mecanismos de vigilancia.
“Es mejor enfermarse para adquirir inmunidad”.	La infección puede generar inmunidad, pero implica riesgos de complicación, secuelas y transmisión.	Prometer protección absoluta también daña la confianza.	Comparar de forma equilibrada los riesgos de la enfermedad con los beneficios y límites de la vacuna.
“Un evento posterior demuestra que la vacuna lo causó”.	La temporalidad por sí sola no establece causalidad; se requiere evaluación clínica y epidemiológica.	Invaldar el evento reportado puede desalentar la farmacovigilancia.	Tomar en serio el reporte, investigarlo y explicar cómo se evalúa la causalidad.

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura revisada.

Discusión

La evidencia revisada confirma que la aceptación vacunal es un fenómeno multifactorial. Los mitos pueden influir en la decisión, pero no actúan de forma aislada. Se combinan con experiencias previas, normas sociales, confianza institucional, percepción de riesgo y condiciones materiales. Esta conclusión obliga a abandonar las intervenciones universales basadas únicamente en “dar más información” y avanzar hacia respuestas segmentadas.

Los datos globales y regionales recientes muestran que la inmunización continúa enfrentando retos significativos. En 2025 persistieron millones de niñas y niños sin ninguna dosis, mientras que la cobertura contra sarampión permaneció por debajo de los niveles necesarios para prevenir brotes (WHO, 2026a). En las Américas, la reemergencia del sarampión durante 2025–2026 evidencia que incluso pequeñas acumulaciones de población susceptible pueden revertir avances históricos (PAHO, 2026a). No obstante, estos indicadores reflejan tanto dificultades de acceso como problemas de confianza; interpretar todas las brechas como hesitación sería metodológicamente incorrecto.



Los mitos analizados comparten una característica: transforman fenómenos complejos en relaciones causales simples. Una vacuna aplicada cerca de un diagnóstico se convierte en su supuesta causa; un ingrediente con nombre químico se presenta como tóxico sin considerar la dosis; una reacción esperada se interpreta como evidencia de daño general; y la infección natural se describe sin mencionar sus consecuencias. La comunicación científica debe reconstruir el contexto que estos mensajes eliminan.

La evidencia también indica que corregir información falsa puede ser más efectivo cuando se combina con confianza y accesibilidad. Una persona puede aceptar la explicación y aun así no vacunarse si enfrenta horarios restrictivos, costos de traslado o falta de dosis. Del mismo modo, ampliar horarios no resolverá una duda profunda sobre seguridad. Por ello, los programas deben integrar componentes operativos, comunitarios y comunicativos.

El personal de salud ocupa una posición estratégica, pero necesita formación específica. Conocer la evidencia no garantiza saber comunicarla. La escucha activa, la comunicación de incertidumbre y la explicación del balance beneficio-riesgo son competencias clínicas que deben incorporarse a la educación continua. La recomendación profesional debe ser firme en su sustento científico y respetuosa en su forma.

Las estrategias digitales ofrecen oportunidades, aunque deben evitar respuestas reactivas que amplifiquen innecesariamente rumores marginales. La vigilancia de narrativas, la difusión anticipada de información, el uso de vocerías confiables y la adaptación cultural pueden mejorar el alcance. La evidencia de intervenciones en redes sociales es prometedora, pero heterogénea, por lo que se requieren evaluaciones locales y medición de resultados conductuales, no solo de alcance o interacción.

Finalmente, la humanización de la comunicación no debe confundirse con relativismo. Escuchar una preocupación no obliga a presentar como equivalentes una afirmación sin sustento y una conclusión respaldada por múltiples estudios. Humanizar significa explicar con claridad, admitir lo que se conoce y lo que permanece en estudio, reconocer los eventos adversos reales y mantener abierta la conversación.

Limitaciones

La presente revisión es narrativa y, por tanto, no pretende ofrecer una estimación cuantitativa del efecto de cada factor sobre la aceptación. La búsqueda no siguió un protocolo PRISMA ni incluyó una evaluación formal del riesgo de sesgo de todos los estudios. Además, una parte de la evidencia reciente

se concentra en vacunas contra COVID-19, cuyo contexto social y político no siempre es transferible a los programas rutinarios.

La aceptación vacunal varía entre países, grupos sociales y tipos de vacuna; por ello, las conclusiones deben adaptarse al contexto. Se requieren estudios en población mexicana y latinoamericana que distingan hesitación, rechazo, retraso y barreras de acceso, y que evalúen intervenciones diseñadas con participación comunitaria.

CONCLUSIONES

La aceptación de las vacunas no depende de un único factor. Es el resultado de la interacción entre confianza, percepción de riesgo, experiencias, influencia social, información disponible y condiciones reales de acceso. Los mitos sobre autismo, sobrecarga inmunológica, toxicidad generalizada de los ingredientes y superioridad de la infección natural no se sostienen cuando se contrastan con la evidencia científica.

Sin embargo, combatir mitos no significa limitarse a desmentir. Una respuesta efectiva debe reconocer dudas legítimas, explicar riesgos y beneficios con transparencia, diferenciar temporalidad de causalidad y evitar mensajes estigmatizantes. La recomendación del personal sanitario, cuando es clara y empática, puede fortalecer la confianza y facilitar decisiones informadas.

Los programas de inmunización deben abordar simultáneamente las barreras estructurales y comunicativas. Mejorar horarios, abasto y cercanía de los servicios es tan importante como fortalecer la alfabetización en salud, la farmacovigilancia y la comunicación digital. Frente al resurgimiento de enfermedades prevenibles, sostener coberturas adecuadas exige instituciones confiables, servicios accesibles y diálogo continuo con las comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). Adjuvants and vaccines. <https://www.cdc.gov/vaccine-safety/about/adjuvants.html>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). About common vaccine safety questions and concerns. <https://www.cdc.gov/vaccine-safety/about/index.html>
- Di Pietrantonj, C., Rivetti, A., Marchione, P., Debalini, M. G., & Demicheli, V. (2021). Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD004407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004407.pub5>
- Kallas-Silva, L., Couto, M. T., Soares, M. E. M., Ferreira-Silva, S. N., & Avelino-Silva, V. I. (2025). Myths and misinformation associated with vaccine incompleteness: A survey study. *Patient Education and Counseling*, 131, 108556. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108556>
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Nazari, A., et al. (2026). Social media-based interventions for improving vaccine uptake, reducing hesitancy, and combating misinformation: A comprehensive systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*, 26, 1484. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-27159-w>
- Pan American Health Organization. (2025). Combating false information on vaccines: A guide for health workers. <https://www.paho.org/en/documents/combating-false-information-vaccines-guide-health-workers>
- Pan American Health Organization. (2026a). Situation report No. 6: Measles in the Region of the Americas, 2 July 2026. <https://www.paho.org/en/documents/situation-report-6-measles-americas-region-2-july-2026>
- Pan American Health Organization. (2026b). WHO and UNICEF estimates show routine immunization has rebounded in the Americas, but declining measles coverage leaves communities vulnerable. <https://www.paho.org/en/news/15-7-2026-who-and-unicef-estimates-show-routine-immunization-has-rebounded-americas-declining>
- Rahbeni, T. A., et al. (2024). COVID-19 vaccine hesitancy: Umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e54769. <https://doi.org/10.2196/54769>

- Taylor, L. E., Swerdfeger, A. L., & Eslick, G. D. (2014). Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*, 32(29), 3623-3629. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.04.085>
- UNICEF. (2026). Vaccination and immunization statistics. <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>
- World Health Organization. (2025a). Vaccines and immunization: Vaccine safety. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-vaccine-safety>
- World Health Organization. (2025b). Increases in vaccine-preventable disease outbreaks threaten years of progress, warn WHO, UNICEF and Gavi. <https://www.who.int/news/item/24-04-2025-increases-in-vaccine-preventable-disease-outbreaks-threaten-years-of-progress--warn-who--unicef--gavi>

World Health Organization. (2026a). Immunization coverage. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

World Health Organization. (2026b). Global childhood immunization coverage inches forward despite conflict and hesitancy—UNICEF, WHO. <https://www.who.int/news/item/15-07-2026-global-childhood-immunization-coverage-inches-forward-despite-conflict-and-hesitancy---unicef--who>

