



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el COVID-19 en  
pacientes atendidos en el Centro de Salud Chancas de  
Andahuaylas de Santa Anita, Lima - 2021.**

**Knowledge, attitudes and practices about COVID-19 in  
patients cared on Chancas de Andahuaylas Health Center in  
Santa Anita, Lima, 2021.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR  
POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

AUTOR

ANA GABRIELA ÑAÑA POMASONCO

ASESOR

ROBERTO ALFONSO ACCINELLI TANAKA

LIMA - PERÚ

2023



## **JURADO**

Presidente: Dra. KARLA BEATRIZ TAFUR BANCES

Vocal: Dr. GUILLERMO JAVIER SALAZAR YARLEQUE

Secretario: Dra. NATALI LEIVA REYES

Fecha de Sustentación: 25 de abril de 2023

Calificación: Aprobado

## **ASESORES DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

### **ASESOR**

Dr. Roberto Alfonso Accinelli Tanaka

Instituto de Investigaciones de la altura UPCH

ORCID: 0000-0002-9773-8778

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada a mis padres Rosa y Jony, a mis hermanos Sofía y Joao quienes en conjunto con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido seguir cumpliendo un sueño más.

## **AGRADECIMIENTOS**

A cada una de las personas que me apoyaron en cada fase de elaboración de este trabajo de investigación.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

La autora declara no tener conflictos de interés, no tener arraigo laboral directa o indirectamente con el centro de salud y no pertenecer o tener arraigo con alguna ONG o entidad que pueda haber financiado el presente trabajo de investigación.

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL COVID-19 EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHANCAS DE ANDAHUAYLAS DE SANTA ANITA, LIMA – 2021.

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.uma.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b>search.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>Esther Colell, Albert Sánchez-Niubò, Antònia Domingo-Salvany, Jordi Delclós, Fernando G. Benavides. "Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados", Gaceta Sanitaria, 2014</b> Publicación	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>

## **TABLA DE CONTENIDOS**

Introducción .....	1
Objetivos .....	4
Materiales y Métodos .....	5
Resultados .....	9
Discusión .....	12
Conclusiones .....	15
Referencias Bibliográficas .....	16
Tablas, gráficos y figuras .....	20

## **Resumen**

**Antecedentes:** No se conoce el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas hacia la COVID-19 en pacientes que han desarrollado la enfermedad en el Perú.

**Materiales y métodos:** Se aplicó un cuestionario estructurado a 200 pacientes adultos, ningún adulto mayor, confirmados con COVID-19, atendidos en un centro de atención primaria en Lima, Perú, para extraer información sobre sus características personales, sociales y demográficas. Además, se usó un instrumento validado para conocimientos, actitudes y prácticas asociadas a la COVID-19. Para el análisis; se utilizó una regresión logística considerando al valor  $p \leq 0.05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Los pacientes obtuvieron en conocimientos, actitudes y prácticas sobre COVID-19 puntajes de 16.0 (DE 3.7), 67.9 (DE 14.4) y 16.9 (DE 3.7), los que se consideran adecuados. Se halló que los pacientes mayores a 45 años (OR=4.87, IC 95% entre 1.77-13.39) tuvieron una mayor asociación con un nivel de conocimientos alto.

**Conclusiones:** Los pacientes diagnosticados con COVID-19 y que fueron atendidos en el centro de salud Chancas de Andahuaylas, ubicado en el distrito de Santa Anita, Lima, tuvieron un nivel de conocimientos alto, presentaron actitudes y un nivel de prácticas apropiado. Asimismo, se halló una asociación fuerte entre la edad y nivel de conocimientos.

**Palabras clave:** Conocimientos, Actitudes, Prácticas, COVID-19.

## **Abstract**

**Background:** The relationship between patient's socioeconomic characteristics, knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 in Peru, has not been studied in depth yet.

**Materials and methods:** A questionnaire was applied to 200 adult patients confirmed with COVID-19; treated at a primary care center in Lima, Peru, to get information on their personal and demographic characteristics. Also, we use a validated instrument for knowledge, attitudes and practices associated with COVID-19. For the analysis, a logistic regression was used considering the value  $p \leq 0.05$  as statistically significant.

**Results:** The patients obtained scores of 16.0 (SD of 3.7), 67.9 (SD of 14.4) and 16.9 (SD of 3.7) in knowledge, attitudes, and practices about COVID-19, which are considered adequate. It was found that patients older than 45 years (OR=4.87, 95% CI between 1.77-13.39) had a greater association with a high level of knowledge.

**Conclusions:** The patients diagnosed with COVID-19 and were treated at the Chancas de Andahuaylas health center, located in the district of Santa Anita, Lima, had a high level of knowledge, attitudes, and an appropriate level of practice. Likewise, a strong association was found between age and level of knowledge.

**Keywords:** Knowledge, Attitudes, Practices, COVID-19.

## **INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con el Ministerio de Salud del Perú, hacia el 15 de febrero del 2022 la cifra acumulada de casos COVID-19 a nivel nacional fue de 3 466 309, con una letalidad atribuible del 6.02% (1). Lejos de este número estático, probablemente el efecto a nivel individual de esta enfermedad persista en un horizonte temporal aún indefinido. Solo durante el 2020; se proyectó que más de tres millones de personas caerían bajo la línea de la pobreza como consecuencia directa de la pandemia, llegando a aumentar este indicador hasta en un 9% en familias urbanas y 13.7% en familias rurales, con énfasis en la población ubicada en la sierra y selva rural (2).

A nivel poblacional, los factores socioeconómicos tienen una marcada interrelación con los determinantes de salud. Los distintos niveles de urbanización, movilización social, educación o acceso a servicios básicos, pueden modificar la exposición a un agente infeccioso y su transmisión, por lo que resulta necesario un trabajo con un enfoque multisectorial (3), que genere acciones de promoción y prevención de la salud, así como enfoques de intervención poblacional no farmacológica (4) para evitar el contagio de estas enfermedades.

En este sentido, es necesario conocer cómo las personas interactúan e interpretan los diversos aspectos relacionados a esta enfermedad. Una herramienta multidimensional ampliamente estudiada en salud son los cuestionarios CAP, que miden niveles de conocimientos (C), actitudes (A) y prácticas (P) de una determinada población en referencia a un problema específico. El nivel de conocimientos representa lo que el paciente conoce o

crea conocer a cerca del COVID-19, las actitudes se enfocan en el pensamiento y la respuesta frente a cierta información que va a moldear su accionar frente a la enfermedad; mientras que con los niveles de prácticas se busca conocer las acciones que ejecutan o aplican los pacientes en respuesta a sus conocimientos y actitudes (5).

En el 2020, inmediatamente iniciada la cuarentena por COVID-19; en el Paraguay, Ríos (6) evaluó los niveles CAP en una población captada vía web, aunque el 62% de los encuestados poseía un adecuado nivel de conocimientos sobre la enfermedad, se halló una marcada heterogeneidad según edad, sexo y otras características personales. En ese mismo año (7), en un estudio realizado a estudiantes de medicina argentinos, se encontró un porcentaje alto en conocimientos (97%), actitudes (70.7%) y prácticas (76.1%). También el año de inicio de la pandemia, en Malasia (8) se halló que un tercio de la población estudiada no presentó conocimientos adecuados sobre el COVID-19. Un estudio realizado por Del Valle (9), en municipios con población indígena en Guatemala en el 2020, encontró que el nivel de conocimientos se asoció a prácticas poco efectivas en términos de protección contra esta afección. Esto convierte en necesaria una política comunicacional en salud; en la que se transmitan claramente cuáles son los síntomas de la enfermedad, los grupos de mayor riesgo para una evolución no favorable y qué acciones comunitarias se deben fortalecer usando un enfoque que incluya las perspectivas y necesidades de las comunidades, y que sea transmitido en las lenguas originarias.

Como en el Perú no conocemos cuáles son los niveles de conocimientos,

actitudes y prácticas sobre el COVID-19, se decidió realizar el presente trabajo entre personas que acudían a un centro de salud en Lima.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo principal:** Evaluar la asociación entre las características socioeconómicas con los conocimientos, actitudes y prácticas sobre esta enfermedad en pacientes COVID-19; mayores de 18 años; del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas del distrito de Santa Anita, Lima; durante los meses de agosto y septiembre del 2021.

### **Objetivos secundarios**

- Determinar cuáles son los niveles de conocimientos sobre el COVID-19 en pacientes del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas del Distrito de Santa Anita, Lima.
- Determinar cuáles son los niveles de actitudes sobre el COVID-19 en pacientes del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas del Distrito de Santa Anita, Lima.
- Determinar cuáles son los niveles de prácticas sobre el COVID-19 en pacientes del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas del Distrito de Santa Anita, Lima.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño:** No experimental, analítico, transversal.

**Población:** Se estudió a 200 pacientes de COVID-19; mayores de 18 años; del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas del distrito de Santa Anita, Lima, atendidos durante los meses de agosto y septiembre del año 2021. Se trabajó con la población que cumplía con los criterios de inclusión.

**Información de los pacientes:** Se obtuvo de la consignada en sus historias clínicas y en el Sistema Integrado para el COVID-19 (SISCOVID).

**Escenario:** El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas del Distrito de Santa Anita, Lima, durante los meses de agosto y septiembre del año 2021.

**Criterios de inclusión:** Pacientes mayores de 18 años, ningún adulto mayor, con diagnóstico de COVID-19 realizado dentro de los 15 días previos a aplicación del cuestionario, estos debían tener un resultado positivo en una prueba molecular a SARS-CoV-2 o un resultado IgM+ o IgM+/IgG+ en la prueba rápida de anticuerpos, y aceptar participar en el estudio con la firma del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:** Pacientes menores de 18 años; pacientes sin diagnóstico por laboratorio de COVID-19; con positividad en la prueba obtenida más de 15 días antes de la aplicación del cuestionario, no aceptar firmar el consentimiento informado; ser personal de salud.

**Procedimientos y técnicas:** Después de la autorización de los directivos del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, y de acuerdo con el flujograma establecido por el establecimiento de salud, la autora principal del estudio captó a los pacientes según el orden en que llegaban.

**Validación y confiabilidad del instrumento:** Para el presente estudio se utilizó el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas hacia la enfermedad de COVID-19; que fue desarrollado por Bao-Liang y col. siguiendo las guías de la Comisión Nacional de Salud de la República Popular de China en febrero del 2020. En dicho trabajo se incluyó a pacientes mayores de 16 años; a quienes se les aplicó un cuestionario virtual promocionado a través de medios de comunicación masiva en la provincia de Hubei, dicho cuestionario estructurado constaba de 3 partes con 20, 12 y 16 preguntas para conocimientos, actitudes y prácticas, respectivamente. Posteriormente autores latinoamericanos aplicaron el cuestionario traducido y validado en Nicaragua y Paraguay; en investigaciones realizadas en diciembre de ese año.

Para medir los niveles de conocimientos sobre el COVID-19 se emplearon tres indicadores: creencias, posiciones e información. Esta sección estuvo compuesta de 20 preguntas; con las respuestas Sí y No, y los niveles “alto” (16-20), “medio” (12-15) y “bajo” (0-11). Para evaluar el nivel de prácticas se emplearon tres indicadores: ejercicio, rutina y emulación; y 20 ítems con la misma escala con respuestas Sí y No con las categorías “adecuada” (16-20); “regular” (12-15) y “no adecuada” (0-11). Con respecto a los niveles de actitudes sobre el COVID-19, se usaron tres indicadores: comportamiento, costumbre e imitación. Esta estuvo conformada también por 20 preguntas

que siguieron la escala de Likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) con escala de 1 a 5 puntos con las categorías finales de “apropiada”, (76-100), “regular” (48-75) y “no apropiada” (20-47). (Anexo 1)

Para efectos del presente estudio, el cuestionario fue evaluado por un comité compuesto por 3 expertos, quienes encontraron un Coeficiente Kuder-Richardson Fórmula 20 (KR-20) igual a 0.848 para conocimientos, y de 0.833 para prácticas, con relación a las actitudes, el coeficiente fue el Alpha De Cronbach, el cual fue igual a 0.912. Esta fue una prueba piloto local realizada a un grupo de personas con características idénticas a la muestra de este estudio.

**Análisis estadístico:** Se resumieron las variables cuantitativas a través de medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos de acuerdo a la distribución de los datos. Se evaluó la distribución de los datos a través del análisis visual del histograma y gráficos Q-Q. Las variables categóricas fueron presentadas a través de porcentajes e intervalos de confianza al 95%. Para evaluar diferencias de medias y proporciones entre grupos se utilizó el test de diferencias de proporciones con corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Para evaluar la asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas con las variables independientes; se aplicó por cada uno de estos el método de regresión logística ordenada univariada y multivariada. Se utilizó el programa estadístico STATA v16.0 considerando un valor de  $p \leq 0.05$  como estadísticamente significativo.

**Aspectos éticos:** El presente estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

(Constancia 264 – 01 – 21). La identidad de cada participante fue codificada en números manteniendo el anonimato y respetando la confidencialidad de la información.

Previa explicación minuciosa del estudio, a las personas que voluntariamente aceptaron participar; se les hizo firmar el consentimiento informado y luego respondieron el cuestionario. Toda la información correspondiente a la investigación se conservó en una memoria externa con códigos y no con nombres en un archivador especial para ese fin, solamente la investigadora principal tuvo acceso a esta información.

## **RESULTADOS**

Se estudió a 200 pacientes, y se encontró que la edad promedio fue de 34.3 años (DE 12.8), siendo el 30% de sexo femenino (60/200), estando el 14% es estado de desempleo (28/200), teniendo el 54% educación secundaria y el 28% educación superior o técnica. El promedio de puntajes para conocimientos, actitudes y prácticas fueron 16.0 (DE 3.7), 67.9 (DE 14.4) y 16.9 (DE 3.7), respectivamente. (Tabla 1)

Con respecto a la edad, el puntaje de conocimientos de las personas con un rango de 25 a 45 años ( $p=0.014$ ) y 45+ años ( $p=0.004$ ) fue mayor que el de aquéllos que tienen entre 18 a 25 años. No hubo diferencias en los puntajes de actitudes. El grupo de 45+ años ( $p=0.006$ ) tuvo un puntaje de prácticas mayor que el de los más jóvenes. No se encontró disparidad en los puntajes CAP de acuerdo con el sexo o el estado laboral. En relación con el grado de instrucción, tampoco se encontraron diferencias en los puntajes de conocimientos y actitudes, mientras que el puntaje de prácticas del grupo con educación secundaria ( $p=0.002$ ) fue menor que el de los pacientes analfabetos. (Tabla 2)

Referente a las categorías del puntaje de conocimientos, no se hallaron diferencias significativas entre grupos de edad para pacientes con la categoría conocimientos “bajo” y “medio”, sin embargo, la proporción de pacientes con conocimiento “alto” fue mayor en aquellos con 45+ años ( $p=0.0246$ ) y 25 a 45 años ( $p=0.034$ ) en comparación de los pacientes con 18 a 25 años. No se encontró diferencias para categorías entre pacientes de sexo femenino y masculino. Para grado de instrucción, se encontró que en

pacientes sin empleo hubo una mayor proporción de conocimiento “regular”, mientras que en pacientes con empleo hubo una mayor proporción de conocimientos “altos”. (Tabla 3)

En cuanto a las actitudes, no hubo disimilitudes significativas entre grupos de edad, sexo, grado de instrucción o estado laboral. Se encontró una mayor proporción de pacientes con actitud “no adecuada” en aquellos con nivel de educación secundaria a comparación de pacientes analfabetos ( $p < 0.001$ ). Del mismo modo, se encontró una mayor proporción de pacientes con actitud “no adecuada” en aquellos actualmente empleados ( $p < 0.001$ ). (Tabla 3)

En relación con las prácticas, tampoco se hallaron estas diferencias en estas mismas las dos primeras variables socioeconómicas en estudio que son sexo y edad.

Del análisis de regresión logística simple, se obtuvo que los pacientes mayores de 45 años (OR=2.36, IC95% 1.26-4.44) y los pacientes de 25 a 45 años (OR=2.75, IC95% 1.27-5.91) tuvieron mayores odds ratio de un nivel superior de conocimientos a comparación de pacientes de 18 a 25 años. Asimismo, los pacientes empleados presentaron mayor odds ratio de un nivel superior de conocimientos (OR=2.14, IC95% 1.04-4.40) en comparación de los que se encontraban desempleados. En el análisis de regresión logística múltiple se encontró que los pacientes mayores de 45 años (OR=2.50, IC95% 1.29-4.86) y los pacientes de 25 a 45 años (OR=4.87, IC95% 1.77-13.39) tuvieron mayores odds ratio de un nivel superior de conocimientos en relación con los pacientes de 18 a 25 años. No

se obtuvieron resultados significativos en el análisis logístico para la categoría actitudes. Finalmente, en el análisis logístico simple, se encontró que los pacientes mayores de 45 años (OR=2.58, IC95% 1.16-5.74) tuvieron mayores odds ratio de un nivel superior de prácticas a comparación de pacientes de 18 a 25 años. Igualmente, los pacientes con nivel de educación secundaria presentaron menor odds ratio de un nivel superior de conocimientos (OR=0.24, IC95% 0.07-0.85) en contraste con los pacientes analfabetos. (Tabla 4)

## **DISCUSIÓN**

Los pacientes adultos que fueron diagnosticados con COVID-19; en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas; entre los meses de agosto y setiembre del 2021, tuvieron un nivel de conocimientos alto, actitudes apropiadas y un nivel de prácticas adecuadas (Tabla 1). Los resultados alcanzados asemejan los obtenidos en un grupo de estudiantes de medicina de Argentina, por lo que podemos inferir que en la mayoría de población en estudio; el tener conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas no evitó que adquirieran la enfermedad. Aunque en nuestro diseño no consideramos hacer también la encuesta con un grupo de personas sin COVID-19, con lo que sabríamos si entre ellos estas tres condiciones son semejantes, menores o mayores, en el Perú a nivel de los medios de comunicación, (REF) líderes de opinión, (REF) y autoridades sanitarias se ha insistido que el contagio se evita con prácticas adecuadas, consecuencia de buenos conocimientos y buenas prácticas contra la transmisión del SARS-CoV-2. Nuestros resultados nos permiten plantear que este virus es sumamente contagioso, por lo que, además de insistir en las medidas que hemos estudiado son necesarias otras; como la vacunación.

Hemos realizado un análisis estadístico exhaustivo de los datos obtenidos, pero sólo hallamos asociación entre la edad y el nivel de conocimientos, no encontrando asociación entre otras variables socioeconómicas con actitudes y prácticas hacia el COVID-19. (Tabla 3)

El fenómeno de la falta de asociación entre conocimiento y los cambios conductuales necesarios para el adecuado control de la enfermedad; ha sido

observado también en paralelo en otros países como Venezuela (10), Colombia (11) y Ecuador (12) con muestras representativas de 3 122, 482 y 2 399 individuos, respectivamente. Coincidentemente, estos estudios mostraron que la población reportó tener un alto nivel de conocimientos sobre el COVID-19, sin embargo, este no tuvo relación con la adaptación de las prácticas adecuadas contra la enfermedad.

El análisis granular de los datos, además, puede ofrecer otra perspectiva sobre este fenómeno. Un estudio adicional realizado en Ecuador con 1 656 pacientes que habían recibido una prueba COVID-19 mostró que, si bien los pacientes tuvieron un adecuado nivel de conocimientos en general, el conocimiento sobre la biología fundamental del virus fue baja. (13)

Un estudio realizado en 3 464 pacientes en Indonesia; encontró que la edad promedio de sus encuestados fue de 27.6 años, además se halló un buen nivel de conocimientos, actitudes positivas y buenas prácticas hacia la mitigación de la enfermedad. Asimismo, se obtuvo una asociación positiva entre actitudes y prácticas (OR=1.13,  $p < 0.001$ ). De forma similar, un estudio realizado en 4 305 pacientes en Arabia Saudita (14) y otro con 385 pacientes realizado en la India (15) mostraron una correlación de Spearman muy fuerte entre los tres ítems evaluados. En Egipto, el estudio que se hizo mostró que, a una edad menor, con un menor grado de educación y un estado de desempleo; se asociaron con prácticas no adecuadas ante el COVID-19. (16)

Otra explicación podría abordar el rango etario de la muestra estudiada (34.3 años) que usa rutinariamente medios electrónicos para adquirir

información (17), en este sentido, un estudio realizado en Estados Unidos en 1 374 adultos (edad promedio 45.6 años, DE 15.9) luego de declarada la cuarentena por COVID-19; encontró que la edad fue predictora de un mayor nivel de conocimientos y menor creencia en información falsa, mientras que el consumo de información a través de redes sociales se asoció con un menor nivel de conocimientos y un mayor nivel de creencia en información falsa acerca de esta enfermedad. Asimismo, este estudio encontró que la educación de nivel superior estuvo asociada con un mayor nivel de conocimientos sobre la enfermedad, (18) además, la población adulta joven puede no optimizar los procesos de entender y usar la información disponible sobre la enfermedad debido al estrés o la falta de concentración y motivación (19); ya que este grupo se ha visto desproporcionadamente afectado a nivel mundial por síndromes de ansiedad, depresión y mala calidad de sueño durante la pandemia (20).

Es de importancia notar que existen relaciones cruzadas entre edad y educación, ya que, así como en determinados contextos la edad se asocia con un mayor nivel educativo, la educación previa es importante en la adquisición de nuevos conocimientos a medida que incrementa la edad. (21)

## **CONCLUSIONES**

- Se encontró que en la población de pacientes que se atendió por tener COVID-19; en un centro de salud I-3 en el distrito de Santa Anita, Lima, tuvo un nivel alto de conocimientos, además mostraron actitudes apropiadas y un nivel de prácticas adecuado sobre dicha enfermedad.
- La edad se asoció con el nivel de conocimientos.
- No se encontró otra asociación entre las variables socioeconómicas y el nivel de actitudes y prácticas.
- Existe la necesidad de replantear, desde un abordaje multisectorial con enfoque preventivo promocional, mensajes comunicacionales efectivos para continuar fortaleciendo los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas en la lucha contra el COVID-19.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. <https://andina.pe/agencia/noticia-peru-coronavirus-cases-total-3466309-death-toll-reaches-208789-881291.aspx>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). COVID-19: Impacto en la pobreza y desigualdad en niñas, niños y adolescentes en el Perú. Estimaciones 2020-2021. Lima, Perú. Oct 2020.
3. Jaque CR, Tarrillo ML, Ramos JL, Pasapera GD, Vásquez LE. Aspectos económicos y de salud en tiempos de cuarentena por COVID 19 en población peruana, año 2020. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020 Oct;20(4):630-9
4. Sedano-Chiroque FL, Rojas-Miliano C, Vela-Ruiz JM. COVID-19 desde la perspectiva de la prevención primaria. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020 Jul;20(3):494-501
5. Muñoz-Sánchez AI, Rubiano-Mesa YL, Saavedra-Cantor CJ. Measuring instrument: knowledge, attitudes and practices of people with pulmonary tuberculosis.
6. Rios-González CM. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 en paraguayos el periodo de brote: una encuesta rápida en línea. Rev. salud publica Parag. 2020:P17-22.
7. Capará FD, Pinedo I, Villalba C, Gerometta R. Conocimientos de vías de transmisión, medidas de prevención y actitudes sobre covid-19 en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Revista de

la Facultad de Medicina Humana. 2020 Oct;20(4):589-96

8. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLoS ONE. 2020 May 21;15(5):e0233668
9. Del Valle Ángel. Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas del COVID-19 informantes clave en 10 municipios con población indígena de Guatemala 2020. Population Council.
10. Bates BR, Tami A, Carvajal A, Grijalva MJ. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Venezuelans during the 2020 epidemic: an online cross-sectional survey. PloS one. 2021 Apr 15;16(4):e0249022.
11. Bates BR, Villegas Botero A, Grijalva MJ. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Colombians during the outbreak: an online cross-sectional survey. Journal of Communication in Healthcare. 2020 Oct 1;13(4):262-70.
12. Bates BR, Moncayo AL, Costales JA, Herrera-Cespedes CA, Grijalva MJ. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Ecuadorians during the outbreak: an online cross-sectional survey. Journal of Community Health. 2020 Dec;45(6):1158-67.
13. Ortega-Paredes D, Zurita J, Zurita C, Leoro-Garzón P, Leoro-Monroy G, Larrea-Álvarez CM, Loaiza K, Fernandez-Moreira E, Molina-Cuasapaz G, Larrea-Álvarez M. An on-line cross-sectional questionnaire to assess knowledge of COVID-19 pandemic among citizens tested for the SARS-

CoV-2 virus in Quito and Ibarra, Ecuador. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Jan;18(4):1691.

14. Alnasser AH, Al-Tawfiq JA, Al-Kalif MS, Shahadah RF, Almuqati KS, Al-Sulaiman BS, Alharbi KK, Alabbad FY, Alabbad JY, Alquwaiz IA, Almashama IK. Public knowledge, attitudes, and practice towards COVID-19 pandemic in Saudi Arabia: a web-based cross-sectional survey. *Medical Sciences*. 2021 Mar;9(1):11.

15. Yousaf MA, Noreen M, Saleem T, Yousaf I. A cross-sectional survey of knowledge, attitude, and practices (KAP) toward pandemic COVID-19 among the general population of Jammu and Kashmir, India. *Social Work in Public Health*. 2020 Sep 1;35(7):569-78.

16. Kasemy ZA, Bahbah WA, Zewain SK, Haggag MG, Alkalash SH, Zahran E, Desouky DE. Knowledge, attitude and practice toward COVID-19 among Egyptians. *Journal of epidemiology and global health*. 2020 Dec;10(4):378.

17. Abdelhafiz AS, Mohammed Z, Ibrahim ME, Ziady HH, Alorabi M, Ayyad M, Sultan EA. Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). *Journal of community health*. 2020 Oct;45(5):881-90.

18. Gerosa T, Gui M, Hargittai E, Nguyen MH. (Mis) informed during COVID-19: how education level and information sources contribute to knowledge gaps. *International Journal of Communication*. 2021 Apr 29;15:22.

19. Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *J Health Commun.* 2013 Dec 4;18(sup1):172-84.
20. Varma P, Junge M, Meaklim H, Jackson ML. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2021 Jul 13;109:110236.
21. Jordan DM, Bush JS, Ownby DR, Waller JL, Tingen MS. The impact of traditional literacy and education on health literacy in adolescents with asthma. *Journal of Asthma.* 2019 Aug 3;56(8):882-90.

## TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

**Tabla 1:** Características de la muestra estudiada

Variables		n	Media	DE
Edad		200	34.3	12.8
Conocimientos		200	16.0	3.7
Actitudes		200	67.9	14.4
Prácticas		200	16.9	3.7
Variables		n	%	
Sexo	Femenino	60	30.0 %	
	Masculino	140	70.0 %	
Grado de instrucción	Analfabeto	18	9.0 %	
	Primaria	18	9.0 %	
	Secundaria	108	54.0 %	
	Superior	56	28.0 %	
Estado laboral	Desempleado	28	14.0 %	
	Empleado	172	86.0 %	
Conocimientos	Bajo	25	12.5 %	
	Medio	77	38.5 %	
	Alto	98	49.0 %	
Actitudes	No apropiada	32	16.0 %	
	Regular	45	22.5 %	
	Apropiada	123	61.5 %	
Prácticas	No adecuada	22	11.0 %	
	Regular	57	28.5 %	
	Adecuada	121	60.5 %	

**Tabla 2:** Puntajes promedio por categorías:

Variables		Conocimientos			Actitudes			Prácticas		
		n	Media	SD	n	Media	SD	n	Media	SD
Edad	18-25	55	14.62	3.32	55	67.69	14.05	55	15.67	4.02
	25-45	99	16.28	3.71	99	67.87	14.80	99	17.22	3.64
	45+	46	16.91	3.69	46	68.37	14.35	46	17.87	3.00
Sexo	Femenino	60	16.37	3.47	60	69.57	12.68	60	17.00	3.70
	Masculino	140	15.80	3.77	140	67.24	15.10	140	16.92	3.70
Grado de instrucción	Analfabeto	18	16.28	3.21	18	68.00	13.23	18	18.78	2.26
	Primaria	18	14.67	3.61	18	72.72	12.90	18	17.56	3.60
	Secundaria	108	15.88	3.72	108	67.20	14.83	108	16.43	3.88
	Superior	56	16.46	3.78	56	67.79	14.52	56	17.16	3.56
Estado laboral	Desempleado	28	14.96	3.19	28	66.79	15.04	28	17.00	2.88
	Empleado	172	16.13	3.74	172	68.12	14.36	172	16.94	3.81

**Tabla 3:** Resumen de nivel de conocimientos de acuerdo a características personales

Variables		Conocimientos					
		Bajo		Medio		Alto	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18-25	11	20.0%	26	47.3%	18	32.7%
	25-45	9	9.1%	37	37.4%	53	53.5%
	45+	5	10.9%	14	30.4%	27	58.7%
Sexo	Femenino	5	8.3%	24	40.0%	31	51.7%
	Masculino	20	14.3%	53	37.9%	67	47.9%
Grado de instrucción	Analfabeto	1	5.6%	9	50.0%	8	44.4%
	Primaria	4	22.2%	8	44.4%	6	33.3%
	Secundaria	14	13.0%	41	38.0%	53	49.1%
	Superior	6	10.7%	19	33.9%	31	55.4%
Estado laboral	Desempleado	3	10.7%	18	64.3%	7	25.0%
	Empleado	22	12.8%	59	34.3%	91	52.9%
Variables		Actitudes					
		No apropiadas		Regulares		Apropiadas	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18-25	8	14.5%	15	27.3%	32	58.2%
	25-45	17	17.2%	20	20.2%	62	62.6%
	45+	7	15.2%	10	21.7%	29	63.0%
Sexo	Femenino	6	10.0%	16	26.7%	38	63.3%
	Masculino	26	18.6%	29	20.7%	85	60.7%
Grado de instrucción	Analfabeto	2	11.1%	6	33.3%	10	55.6%
	Primaria	2	11.1%	1	5.6%	15	83.3%
	Secundaria	19	17.6%	25	23.1%	64	59.3%
	Superior	9	16.1%	13	23.2%	34	60.7%
Estado laboral	Desempleado	5	17.9%	7	25.0%	16	57.1%
	Empleado	27	15.7%	38	22.1%	107	62.2%
Variables		Prácticas					
		No adecuadas		Regulares		Adecuadas	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18-25	10	18.2%	18	32.7%	27	49.1%
	25-45	10	10.1%	27	27.3%	62	62.6%
	45+	2	4.3%	12	26.1%	32	69.6%
Sexo	Femenino	7	11.7%	16	26.7%	37	61.7%
	Masculino	15	10.7%	41	29.3%	84	60.0%
Grado de instrucción	Analfabeto	0	0.0%	3	16.7%	15	83.3%
	Primaria	2	11.1%	4	22.2%	12	66.7%
	Secundaria	15	13.9%	33	30.6%	60	55.6%
	Superior	5	8.9%	17	30.4%	34	60.7%
Estado laboral	Desempleado	0	0.0%	11	39.3%	17	60.7%
	Empleado	22	12.8%	46	26.7%	104	60.5%

**Tabla 4:** Resultados de la regresión logística. N=200

Variables		Conocimientos						Actitudes						Prácticas											
		Regresión univariada			Regresión multivariada			Regresión univariada			Regresión multivariada			Regresión univariada			Regresión multivariada								
		OR	p	95% IC	OR	p	95% IC	OR	p	95% IC	OR	p	95% IC	OR	p	95% IC	OR	p	95% IC						
<b>Edad</b>	18-25	1 (Base)						1 (Base)						1 (Base)											
	25-45	<b>2.36</b>	<b>0.008</b>	1.26	4.44	<b>2.50</b>	<b>0.007</b>	1.29	4.86	1.11	0.751	0.58	2.13	0.97	0.935	0.50	1.89	1.80	0.073	0.95	3.44	1.76	0.10	0.91	3.44
	45+	<b>2.75</b>	<b>0.010</b>	1.27	5.91	<b>4.87</b>	<b>0.002</b>	1.77	13.39	1.16	0.706	0.53	2.53	1.00	0.999	0.37	2.69	<b>2.58</b>	<b>0.020</b>	1.16	5.74	1.81	0.22	0.71	4.65
<b>Sexo</b>	Femenino	1 (Base)						1 (Base)						1 (Base)											
	Masculino	0.79	0.435	0.45	1.42	0.76	0.381	0.40	1.41	0.80	0.482	0.44	1.47	0.82	0.542	0.44	1.55	0.96	0.886	0.52	1.75	1.19	0.605	0.62	2.28
<b>Grado de instrucción</b>	Analfabeto	1 (Base)						1 (Base)						6.00											
	Primaria	0.52	0.288	0.15	1.74	0.70	0.62	0.18	2.79	3.29	0.125	0.72	15.02	3.30	0.15	0.65	16.81	0.37	0.213	0.08	1.77	0.38	0.26	0.07	2.01
	Secundaria	1.01	0.985	0.40	2.54	2.36	0.17	0.69	8.14	1.01	0.976	0.39	2.62	1.03	0.96	0.30	3.50	<b>0.24</b>	<b>0.028</b>	0.07	0.85	0.29	0.10	0.07	1.27
	Superior	1.30	0.609	0.48	3.49	2.90	0.12	0.76	11.06	1.09	0.868	0.39	3.01	1.10	0.88	0.29	4.16	0.30	0.082	0.08	1.16	0.36	0.20	0.08	1.72
<b>Estado laboral</b>	Desempleado	1 (Base)						1 (Base)						1 (Base)											
	Empleado	<b>2.14</b>	<b>0.038</b>	1.04	4.40	2.04	0.066	0.95	4.36	1.22	0.619	0.56	2.66	1.33	0.494	0.59	2.97	0.82	0.621	0.38	1.79	0.83	0.663	0.36	1.90

## ANEXOS:

### Anexo1: Instrumentos:

## CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

### SOBRE EL COVID-19

<b>Edad:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Grado de instrucción:</b>	
<b>Situación laboral:</b>	

### Encuesta de Conocimientos sobre COVID 19

Estimado(a) Sr.(a) paciente, el presente cuestionario, es de carácter anónimo, tiene el propósito de conocer su opinión sobre el COVID-19, por lo que se le pide a Ud. elegir y marcar con un aspa (X) la alternativa que considere pertinente de acuerdo a su criterio personal. Su aporte será de suma importancia para este trabajo de investigación. Gracias por su participación.

<b>SI</b>	1
<b>NO</b>	0

	<b>DIMENSION CONOCIMIENTOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	¿Conoce que es el Covid-19?		
<b>2</b>	¿Conoce que es el SARS-CoV-2?		
<b>3</b>	¿Conoce Ud. que es una pandemia?		
<b>4</b>	¿Ha recibido información sobre Covid-19?		
<b>5</b>	¿Conoce al detalle cómo se transmite la enfermedad?		
<b>6</b>	¿Conoce Ud. cuáles son los grupos de riesgo ante el Covid-19?		
<b>7</b>	¿Conoce Ud. los principales síntomas del Covid-19?		
<b>8</b>	¿Conoce Ud. cuáles son las formas de contagio del Covid-19?		
<b>9</b>	¿Conoce Ud. la evolución del Covid-19 en una persona enferma de Covid-19?		
<b>10</b>	¿Conoce Ud. como prevenir el contagio del Covid-19?		
<b>11</b>	¿Conoce Ud. si el Covid-19 es curable?		
<b>12</b>	¿Conoce Ud. qué tipo de complicaciones a su salud produce el Covid-19?		
<b>13</b>	¿Conoce Ud. qué tipo de medicamentos curan el Covid-19?		
<b>14</b>	¿Conoce Ud. qué tipo de medidas debe de tomar si cree que está infectado con el Covid-19?		
<b>15</b>	¿Conoce Ud. si el Covid-19 se transmite por los alimentos?		
<b>16</b>	¿Conoce Ud. que protección personal debe usar para no contraer el Covid-19?		
<b>17</b>	¿Conoce Ud. qué variantes o cepas del Covid-19 existen?		
<b>18</b>	¿Conoce Ud. si existen vacunas para protegerse del Covid-19?		
<b>19</b>	¿Conoce Ud. que es el coronavirus?		
<b>20</b>	¿Conoce Ud. que es la cuarentena en personas infectadas con el Covid-19?		

## Encuesta sobre Actitudes sobre el COVID-19

Estimado(a) Sr.(a) paciente, el presente cuestionario, es de carácter anónimo, tiene el propósito de conocer su opinión sobre el COVID-19, por lo que se le pide a Ud. elegir y marcar con un aspa (X) la alternativa que considere pertinente de acuerdo a su criterio personal. Su aporte será de suma importancia para este trabajo de investigación. Gracias por su participación.

<b>Totalmente de acuerdo</b>	5
<b>De acuerdo</b>	4
<b>Indiferente</b>	3
<b>En desacuerdo</b>	2
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	1

	<b>DIMENSION ACTITUDES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	No me contagio del Covid-19 porque tengo menos de 30 años.					
<b>2</b>	Solo me lavo las manos una vez al día.					
<b>3</b>	No estoy de acuerdo con el uso de la mascarilla.					
<b>4</b>	No estoy de acuerdo con el distanciamiento social.					
<b>5</b>	Debería eliminarse la cuarentena.					
<b>6</b>	Los medicamentos caseros protegen del contagio del Covid-19.					
<b>7</b>	Tengo bajo riesgo de contraer el Covid-19 porque tengo buenas defensas					
<b>8</b>	Cualquier medicamento para la gripe es eficaz contra el Covid-19					
<b>9</b>	Con solo la prueba rápida sé si tengo Covid-19.					
<b>10</b>	Si tengo contacto con una persona con Covid-19 no necesito estar en cuarentena.					
<b>11</b>	Estoy de acuerdo con las reuniones con amigos y familiares durante la pandemia.					
<b>12</b>	La transmisión del Covid-19 es por contacto personal.					
<b>13</b>	Tomado antibióticos que me automedico impido el contagio del Covid-19					
<b>14</b>	Me gusta asistir a lugares concurridos.					
<b>15</b>	El Covid-19 pasara pronto.					
<b>16</b>	No me vacuno contra el Covid-19 por que la vacuna no es eficaz.					
<b>17</b>	No me vacuno contra el Covid-19 por que la vacuna tiene efectos secundarios graves.					
<b>18</b>	No creo necesario desinfectar las compras cuando llego a casa.					
<b>19</b>	No creo necesario cambiarme de ropa cada vez que salgo a la calle en esta pandemia.					
<b>20</b>	La persona contagiada con el Covid-19 puede hacer su vida normal.					

## Encuesta de Prácticas sobre el COVID-19

Estimado(a) Sr.(a) paciente, el presente cuestionario, es de carácter anónimo, tiene el propósito de conocer su opinión sobre el COVID-19, por lo que se le pide a Ud. elegir y marcar con un aspa (X) la alternativa que considere pertinente de acuerdo a su criterio personal. Su aporte será de suma importancia para este trabajo de investigación. Gracias por su participación.

SI	1
NO	0

	DIMENSIÓN PRÁCTICAS	SI	NO
1	¿Al realizar el lavado de manos lo hace aplicando la técnica correcta?		
2	¿Se lava las manos varias veces durante el día durante la pandemia?		
3	¿Cuándo sale de su casa en el trayecto mantiene el distanciamiento social?		
4	¿Cuándo sale de su casa en el trayecto usa mascarilla?		
5	¿Cuándo sale de su casa en el trayecto usa protector facial?		
6	¿Usa guantes en su desplazamiento fuera de casa?		
7	¿Utiliza lentes de protección ocular en su desplazamiento fuera de casa?		
8	¿Utiliza desinfectantes como alcohol para las manos cuando regresa a casa?		
9	¿Utiliza lejía para desinfectar tanto paquetes como alimentos para prevenir el contagio del Covid-19?		
10	¿Se ha realizado alguna prueba de laboratorio para descartar Covid-19?		
11	¿Utiliza algún medicamento sin receta médica para prevenir el contagio del Covid-19?		
12	¿Cuándo sabe que ha estado en contacto con una persona contagiada del Covid-19 toma sus precauciones y consulta al médico?		
13	¿Se automédica para evitar el Covid-19?		
14	¿Se informa permanentemente sobre el Covid-19?		
15	¿Participa en reuniones en estas épocas de pandemia?		
16	¿Consume medicación casera para evitar el contagio del Covid-19?		
17	¿Me baño cuando regreso de laborar?		
18	Lavo mi ropa que he usado para trabajar durante el día?		
19	¿Respeto el toque de queda por la pandemia?		
20	¿Evito el exceso de salidas innecesarias para no contagiarme del Covid- 19?		

### Definición Operacional de variables:

Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Forma de registro
<b>Conocimientos sobre COVID-19</b>	Cuantitativa, discreta, dependiente	Conocimientos medidos a través de 20 preguntas.	"0, 1, 2, 3, 4, ...,19, 20"
	Cualitativa, politómica, dependiente	Clasificación del puntaje de conocimientos de acuerdo a 3 categorías: Alto (16-20); medio (12-15) y bajo (0-11).	"Bajo, medio, alto"
<b>Actitudes sobre COVID-19</b>	Cuantitativa, discreta, dependiente	Actitudes medidas a través de 20 preguntas.	"20, 21, 22, 23, 24, ..., 97, 98, 99, 100"
	Cualitativa, politómica, dependiente	Clasificación del puntaje de actitudes de acuerdo a 3 categorías: Apropriadada (76-100), regular (48-75) y no apropiada (20-47)	"No apropiadas, regulares, apropiadas"
<b>Prácticas sobre COVID-19</b>	Cuantitativa, discreta, dependiente	Prácticas medidas a través de 20 preguntas.	"0, 1, 2, 3, 4, ...,19, 20"
	Cualitativa, politómica, dependiente	Clasificación del puntaje de prácticas de acuerdo a 3 categorías: Adecuada (16-20), regular (12-15), no adecuada (0-11)	"No adecuadas, regulares, adecuadas"
<b>Sexo</b>	Cualitativa, dicotómica, independiente	Sexo del paciente de acuerdo a lo consignado en el documento nacional de identidad.	"Masculino, femenino"
<b>Edad</b>	Cuantitativa, discreta, independiente	Edad de acuerdo a la fecha de nacimiento cronológica.	"18, 19 ..... 99"
	Cualitativa, politómica, independiente	Edad categorizada de acuerdo a los percentiles 25 y 75.	"18-25, 26-45, 46+ "
<b>Grado de instrucción</b>	Cualitativa, politómica, independiente	Nivel de educación al que accedió el paciente	"Analfabeto, primaria, secundaria, superior/técnico"
<b>Estado laboral</b>	Cualitativa, dicotómica, independiente	Estado laboral del paciente	"Empleado, desempleado"