



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CANTÓN GUARANDA
PROVINCIA BOLÍVAR ECUADOR
SOBRE, LAS MEDIDAS DE
PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19.
DURANTE EL PERIODO DEL 2020”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

SILVANA ESTEFANIA VEGA VASCO

LIMA – PERÚ

2023

ASESOR

Mg. Tello Rodriguez Tania

JURADO DE TESIS

DR. LUIS FERNANDO VARELA PINEDO

PRESIDENTE

MG. ZOILA OLGA DE LOS MILAGROS ROMERO ALBINO

VOCAL

DRA. XIMENA GUEVARA LINARES

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA.

El presente estudio les dedico a mi hijo Nicolas y a mis padres, por brindarme siempre su apoyo incondicional y ser mi motor de arranque para seguir adelante, durante todos estos años para lograr mis sueños y mis metas.

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar, a DIOS, por siempre guiar mis pasos y haberme ayudado a culminar un sueño que hoy se plasma en realidad.

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por la oportunidad brindada, a sus autoridades y a los grandes Docentes que forman esta noble escuela de Medicina.

A mi tutora la Dra. Tania Tello, por el tiempo dedicado y por qué sin su asesoramiento este trabajo no hubiese sido posible.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

El presente trabajo de investigación fue autofinanciado

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN GUARANDA PROVINCIA BOLÍVAR ECUADOR SOBRE, LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19. DURANTE EL PERIODO DEL 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	www.inclusion.gob.ec Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	revistas.utb.edu.ec Fuente de Internet	<1%
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	4
III.	METODOLOGÍA	5
IV.	RESULTADOS.....	17
V.	DISCUSIÓN	28
VI.	CONCLUSIONES	32
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
VIII.	TABLAS	40
IX.	ANEXOS	

RESUMEN

El COVID-19 es una enfermedad causada por el coronavirus 2 (SARS-CoV-2), que produce el síndrome de insuficiencia respiratoria severa. La experiencia de epidemias previas y la pandemia del COVID-19 han confirmado que la forma en que la población enfrenta la enfermedad influye en su propagación. Los estudios CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) nos permiten identificar el comportamiento de la población para luego poder realizar intervenciones. El objetivo fue: Evaluar el conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de los adultos mayores del cantón Guaranda, Provincia Bolívar- Ecuador sobre, las medidas de prevención frente al COVID -19. Fue un estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 132 adultos mayores del Programa Mis mejores años del MIES, en el Cantón Guaranda, Bolívar-Ecuador. Se aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas y el CAP validado sobre COVID-19. Se realizó una estadística descriptiva y se utilizó un modelo lineal generalizado para el cálculo de razón de proporciones. Se encuestaron a 132 adultos mayores; mujeres fueron 72(54.5%), el promedio de edad fue 72años, vivían en el área urbana el 63% (84) y el 36.4% (48) vivían en la zona rural. El 28.8% (38) eran iletrados y el 62.1% tenía de 1 a 6 años de instrucción.47(38.5%). La comorbilidad más frecuente fue Diabetes Mellitus en 47(38.5%) e Hipertensión arterial en 26(21.3%). El 55.3% presentan suficiente conocimiento, un 22.7% de los adultos mayores tienen una actitud positiva y un 56.8% de los adultos mayores presentan

prácticas apropiadas frente a la COVID-19. En conclusión, frente al COVID-19, un 55.3% de los adultos mayores presentan suficiente conocimiento, un 22.7% de los adultos mayores tienen una actitud positiva y un 56.8% de los adultos mayores presenta prácticas apropiadas.

Palabras clave: conocimiento, prácticas, actitudes, COVID- 19, adultos mayores.

ABSTRACT

COVID-19 is a disease caused by coronavirus 2 (SARS-CoV-2), which produces severe respiratory failure syndrome. The experience of previous epidemics and the COVID-19 pandemic have confirmed that the way in which the population deals with the disease influences its spread. KAP studies (knowledge, attitudes and practices) allow us to identify the behavior of the population and then be able to carry out interventions. The objective was to evaluate the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of older adults in the Guaranda canton Bolívar Province, Ecuador, regarding prevention measures against COVID-19. It was a descriptive, cross-sectional study. The sample was made up of 132 older adults from the My Best Years Program of the MIES, in the Guaranda Canton Bolivar Ecuador. A questionnaire was applied with sociodemographic variables and the validated KAP on COVID-19. Descriptive statistics were performed and a generalized linear model was used to calculate the proportion ratio. 132 older adults were surveyed; there were 72 women (54.5%) the average age was 72 years, 63% (84) lived in the urban area and 36.4% (48) lived in the rural area. 28.8% (38) were illiterate and 62.1% had 1 to 6 years of education 47 (38.5%). The most frequent comorbidity was Diabetes Mellitus in 47 (38.5%) and high blood pressure in 26 (21.3%). 55.3% have sufficient knowledge, 22.7% of older adults have a positive attitude, and 56.8% of older adults present appropriate practices against Covid-19. In conclusion regarding COVID-19, 55.3% of older adults have sufficient knowledge, 22.7% of older adults have a positive attitude, and 56.8% of older adults present appropriate practices.

Key words: knowledge, practices, attitudes, COVID-19, older adults

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la COVID- 19 como una emergencia de salud pública de escala internacional (1). Con América Latina y el Caribe experimentando una alta incidencia de casos, la atención se centró en países como Brasil, Chile, Perú, Ecuador y México, donde la propagación del virus ha sido particularmente intensa. En Ecuador, el impacto de la pandemia se sintió con fuerza, con el primer caso reportado el 29 de febrero de 2020, cuando ya se contabilizaban globalmente 85.000 casos y 2.900 muertes. Según datos del Comité de Operaciones de Emergencia (COE) Nacional, la provincia de Pichincha encabezó la lista en número de casos, seguida por Guayas y Manabí. Sin embargo, algunas regiones con menos casos reportaron tasas de mortalidad alarmantes, especialmente entre los adultos mayores, como es el caso de Guaranda, donde fallecieron 2.353 personas mayores de 65 años por COVID-19 entre 2020 y 2022 (2) .

Las investigaciones han evidenciado una asociación entre la severidad de la COVID-19 y la presencia de comorbilidades prevalentes en la tercera edad, tales como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y patologías crónicas respiratorias, renales y hepáticas, además de la obesidad y las inmunodeficiencias. Estas condiciones, sumadas a factores de riesgo como el tabaquismo, incrementan la vulnerabilidad ante la enfermedad y sus complicaciones.

(3,4).

La experiencia con epidemias anteriores ha subrayado cómo las respuestas de las poblaciones afectan la dinámica de transmisión de una enfermedad. Durante la pandemia de COVID-19, se hizo evidente que la contención del virus requiere de la adopción de medidas sanitarias recomendadas como el lavado de manos, el uso de mascarillas, el distanciamiento social y el aislamiento (5,6). La efectividad de estas medidas preventivas depende, en gran medida, del conocimiento que tenga la población, sus actitudes ante la crisis y la implementación efectiva de las recomendaciones sanitarias. La educación para la salud, en particular, ha demostrado ser una piedra angular en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, apuntando a una reducción significativa de la morbimortalidad (7).

El análisis de CAP(conocimientos, actitudes y practicas)brinda una perspectiva integral del comportamiento humano frente a la pandemia, permitiendo identificar y modificar patrones de conducta a través de intervenciones específicas. Aunque la mayoría de los estudios CAP se han centrado en la población joven y adulta, hay una falta notable de investigación dirigida a los adultos mayores, y aún menos en aquellos que residen en áreas rurales o de bajos ingresos. Este estudio se enfoca en llenar ese vacío y en proporcionar datos cruciales que puedan guiar las estrategias de intervención en uno de los segmentos más vulnerables de la sociedad durante una crisis sanitaria sin precedentes.

La experiencia de epidemias previas y la pandemia de la COVID-19 han confirmado que la forma en que la población enfrenta la enfermedad influye en su propagación (8). Para una contención exitosa de la propagación del virus, es esencial que las personas sigan las medidas propuestas por los organismos de salud, durante la pandemia estas incluyeron lavado de manos, uso de máscaras faciales, distanciamiento físico y aislamiento (9,10). Tres factores son decisivos para la adhesión a estas medidas: el conocimiento de la población, las actitudes, y la implementación práctica de las recomendaciones (11). Existe evidencia sólida que ha demostrado que la educación sanitaria asociada a la prevención primaria es un factor clave para alcanzar una mejor salud y disminuir la morbimortalidad (12,13).

Los estudios CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) nos permiten identificar el comportamiento de la población y a partir de ello, a través de intervenciones, consolidarlo o modificarlo (9,14). En una situación de pandemia los estudios CAP se vuelven una herramienta útil, para el monitoreo de las medidas que brinden explicaciones a eventos epidemiológicos.

Existen muchos estudios previos realizados en donde se evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) hacia la COVID 19, pero principalmente enfocados en población joven y adulta, pocos en adultos mayores y aún menos en residentes de zonas de bajos ingresos y rurales (15,16).

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el conocimiento, actitudes y prácticas de los adultos mayores del cantón Guaranda, Provincia Bolívar, Ecuador sobre las medidas de prevención frente al COVID-19 durante el periodo noviembre 2021 a enero 2022.

Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención contra la COVID-19, según edad, sexo, área de residencia, años de educación y comorbilidades en adultos mayores del cantón Guaranda, Provincia Bolívar, Ecuador, durante el periodo noviembre 2021 a enero 2022.
2. Determinar las actitudes ante la COVID-19, según edad, sexo, área de residencia, años de educación y comorbilidades en adultos mayores del cantón Guaranda, Provincia Bolívar, Ecuador, durante el periodo noviembre 2021 a enero 2022.
3. Determinar las prácticas ante la COVID-19, según edad, sexo, área de residencia, años de educación y comorbilidades en adultos mayores del cantón Guaranda, Provincia Bolívar, Ecuador, durante el periodo noviembre 2021 a enero 2022.

III. METODOLOGÍA

Diseño y población de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal.

La población de estudio estuvo constituida por 2760 adultos mayores del programa “Mis Mejores años del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)” en Guaranda-Ecuador. Guaranda es un cantón (distrito) de la sierra centro ecuatoriana, capital de la Provincia de Bolívar, se localiza al centro de la región interandina del Ecuador, en los flancos externos de la cordillera occidental de los Andes, centro de la hoya del río Chimbo, entre los ríos Guaranda y Salinas, a una altitud de 2.668 msnm y con un clima andino de 12°C en promedio.

El programa “Mis Mejores Años” surge como una iniciativa de política pública y tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años en situación de pobreza extrema, mediante el acceso progresivo al ejercicio de sus derechos, al bienestar y las oportunidades de desarrollo, recibiendo una pensión no contributiva de \$ 100.00 mensuales. Cabe mencionar que las personas Adultas Mayores de este programa reciben una ⁵visita quincenal, por parte de promotores sociales quienes trabajan en pro de mejoras de este grupo etario (17).

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores a partir de 65 años.
- Adultos mayores que pertenecen al programa Mis Mejores años del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en Guaranda, Bolívar, Ecuador.

- Adultos mayores y/o sus familiares que cuenten con línea telefónica.
- Adultos Mayores que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con alguna condición médica que imposibilite la realización de la encuesta, como demencia, secuelas neurológicas, esquizofrenia, hipoacusia severa, trastorno del lenguaje reportado en la base de datos otorgado por el MIES.
- Adultos mayores que no hablen español.

Muestra y muestreo

Para el cálculo de la muestra se aplicó, la fórmula para

$$n = \text{deff} \times \frac{N \times p \times q}{d^2 / 1.96^2 \times (N-1) + p \times q}$$

proporciones.

Donde:

n = tamaño de muestra

deff = efecto del diseño = 1

N = tamaño de la

población = 2760 p = la

proporción

estimada =

90% = 0.90 q =

1-p = 1-0.90 =

0.10

d = precisión absoluta deseada o nivel absoluto de precisión = 0.05

$$n = 1 \times \frac{2760 \times 0.90 \times 0.10}{0.05^2 / 1.96^2 \times (2760-1) + 0.90 \times 0.10}$$

$$n = 131$$

Para el parámetro de prevalencia se utilizó la prevalencia de 90% con una media de conocimientos sobre COVID-19 de 10.8, proveniente de un estudio realizado en China (18).

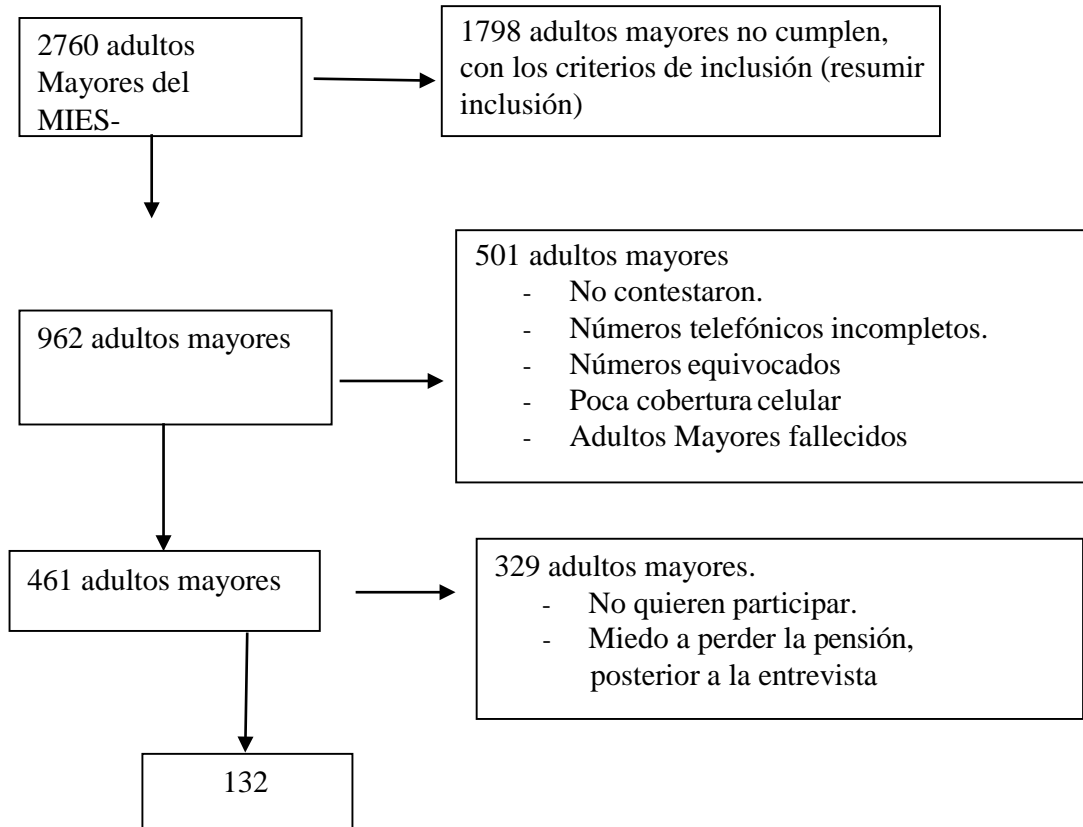
Recolección de datos.

El protocolo de investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, tras

lo cual se estableció coordinación con la sede del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en Guaranda para obtener el permiso correspondiente para llevar a cabo el estudio con participantes del "Programa Mis Mejores Años". Con dicha autorización, se solicitó acceso al registro de los adultos mayores inscritos en el programa. De la población total de 2760 inscritos en el programa, se identificaron 962 que cumplían con los criterios de inclusión. Sin embargo, se encontraron dificultades para contactar a 501 de ellos debido a información de contacto errónea o incompleta, falta de señal en sus dispositivos móviles o defunción. Adicionalmente, 329 decidieron no participar por temores de perder beneficios pensionales tras la entrevista. En consecuencia, se completaron entrevistas con 132 adultos mayores.

Las entrevistas se programaron y realizaron vía telefónica, previa explicación detallada del estudio y obtención del consentimiento informado verbal de los participantes o sus familiares. Cada entrevista tuvo una duración promedio de 20 minutos y fue administrada⁸ directamente por el investigador principal. Estos procedimientos aseguraron el cumplimiento de las normativas éticas y metodológicas para la investigación con seres humanos.

Figura 1. Diagrama de Flujo para la obtención de la muestra.



Instrumentos y mediciones

Para la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) respecto a la COVID-19 entre los adultos mayores, se aplicó el instrumento desarrollado por Zhong BL et al. (18), el cual fue traducido al español y adaptado por Ríos-González en 2020 (19). Este instrumento adaptado demostró su fiabilidad en un estudio piloto, evidenciado por un Alfa de Cronbach de 0.80 obtenido a partir de una muestra de diez sujetos.

La estructura del cuestionario CAP se organizó en tres dominios principales:

1. **Conocimientos:** Que incluía ítems relacionados con la identificación de las características clínicas de la COVID-19, su presentación y las estrategias de manejo de la enfermedad.
2. **Actitudes:** Que abarcaba ítems para evaluar la percepción de los encuestados sobre la severidad de la pandemia y sus expectativas sobre la evolución futura de la crisis sanitaria.¹⁰
3. **Prácticas:** Que consistía en ítems destinados a sondear las medidas de aislamiento adoptadas por los individuos y sus esfuerzos por evitar el contacto con personas potencialmente infectadas, además de la higiene personal y la búsqueda de servicios médicos.

Este cuestionario se sometió a una validación parcial para el

estudio actual, lo que significa que los resultados obtenidos proporcionan una base sólida, aunque no exhaustiva, para entender las CAP de los adultos mayores en el contexto de la pandemia de COVID-19. La validación del cuestionario apoya su uso como una herramienta confiable para medir los CAP en esta población específica, lo que permite a los investigadores y responsables de la formulación de políticas identificar áreas clave para intervenciones educativas y de promoción de la salud.

Fase 1: Adaptación cultural

La adaptación al español del cuestionario CAP sobre COVID-19, originalmente desarrollado por Zhong et al. (18) y traducido por Ríos-González (19), fue validada por un traductor profesional para garantizar su adecuación lingüística y cultural. Un comité de expertos, compuesto por un médico internista, un médico geriatra y un académico de medicina, realizó la revisión del instrumento, evaluando y aprobando su estructura, gramática y claridad.

11

El proceso de validación incluyó la utilización de la prueba de V de Aiken para estimar la validez de contenido de los ítems del cuestionario. Los resultados de esta prueba, reflejados en el Anexo 1, revelaron que algunos ítems requerían ajustes para mejorar su relevancia y comprensión en el contexto local. Por ejemplo, el ítem K8 fue eliminado por su redundancia con P2, el cual evalúa directamente la práctica de usar máscaras y puede servir como un

indicador implícito del conocimiento sobre su eficacia preventiva.

En consecuencia, se modificaron ciertos ítems para reflejar mejor las intenciones del estudio. En particular, el ítem A2 se reformuló para medir el grado de confianza en la capacidad de la provincia de Bolívar para superar la pandemia, utilizando una escala Likert de cinco puntos que va desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo", proporcionando un espectro más amplio de respuestas para capturar la actitud de los participantes. Las modificaciones en los ítems de prácticas, P1 y P2, también se realizaron para alinear las preguntas con comportamientos observables y medibles.

El proceso meticuloso de ajuste y validación confirma la fiabilidad y la aplicabilidad del cuestionario CAP para los adultos mayores en Guaranda, asegurando que los datos recolectados sean precisos y representativos de las perspectivas y comportamientos de este grupo demográfico frente a la pandemia de COVID-19.

Fase 2: Validez de cara.

12

La validación del cuestionario se llevó a cabo con una muestra de 25 adultos mayores, cuyas características eran comparables a las de la población de estudio general. La evaluación de la claridad y la comprensión de los ítems se realizó mediante entrevistas personalizadas y respuestas al cuestionario. La idoneidad de los enunciados de las preguntas se midió utilizando una escala visual análoga, y los resultados indicaron que los participantes encontraron los ítems comprensibles. El

análisis de los datos reveló que la puntuación promedio por ítem superaba el valor de 8, según se detalla en el Anexo 2, lo cual sugiere una buena interpretación y aceptación de las preguntas del cuestionario por parte de los adultos mayores involucrados en el estudio.

Medición:

Conocimiento sobre la COVID-19

Inicialmente, indicar que el cuestionario de conocimientos sobre el COVID- 19 tiene 11 ítems, y un acierto a cada ítem brinda 1 punto. Totalizando, el mínimo puntaje posible es 0 puntos y el máximo puntaje posible es 11 puntos.

En el estudio de Zhong BL (18) se indica que el puntaje medio de conocimientos sobre la COVID-19 fue 10.8 (DS: 1.6, rango 0-12), lo que sugiere una tasa global de aciertos del 90% ($10.8/12 \times 100$) en esta prueba de conocimientos.

Basado en ese razonamiento, se calculó el puntaje medio de conocimientos de este estudio. ¹³ Este resultó en 6.91 (DS: 1.85, rango 0-11 [11 puntos correspondiente a 11 preguntas]), lo que sugirió una tasa global de aciertos del 62.81% ($6.91/11 \times 100$) en esta prueba de conocimientos.

Entonces, si la tasa global de aciertos del 62.81% corresponde a un puntaje media de 6.91, corresponde este puntaje como suficiente conocimiento (como mínimo). Dado que no existen 6.91 preguntas, se

redondeó a 7 puntos.

Así se categorizó el puntaje de conocimientos de la siguiente manera:

- Pobre conocimiento: Puntuación menor de 7
- Suficiente conocimiento: Puntuación de 7 a más

Actitud frente a la COVID-19

Respecto al cuestionario de actitud frente a la COVID-19, este cuestionario de dos ítems utiliza una escala de respuestas tipo Likert de 5 respuestas:

- Totalmente en desacuerdo: 1 punto
- En desacuerdo: 2 puntos
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3 puntos
- De acuerdo: 4 puntos
- Totalmente de acuerdo: 5 puntos

Por lo que el puntaje mínimo fue 2 puntos (1 punto x 2 preguntas) y el puntaje máximo fue 10 puntos (5 puntos x 2 preguntas).

Para la categorización se consideró una actitud negativa si a las dos preguntas respondían Totalmente en desacuerdo o En desacuerdo, así que los puntajes estarían en un rango de 2 a 4 puntos. Se consideró una actitud positiva o neutra si se obtenía un puntaje de 5 a 10 puntos.

Prácticas sobre la COVID-19

Respecto al cuestionario de prácticas sobre la COVID-19, este cuestionario cuenta con dos ítems y utiliza una escala dicotómica (no=0

y sí=1).

El puntaje mínimo posible a obtener fue 0 puntos y el puntaje máximo fue 2 puntos.

Las opciones de puntaje posibles de respuesta son 0 puntos (cuando respondieron “no” a las dos preguntas), 1 punto (cuando respondieron “no” a 1 pregunta), 2 puntos (cuando respondieron “sí” a las dos preguntas).

A aquellos que respondieron “no” a ambas preguntas (0 puntos) se les calificó que tenían prácticas inapropiadas.

A aquellos que respondieron “sí” a al menos 1 pregunta o a las dos preguntas (1 punto y 2 puntos) se les calificó que tenían prácticas apropiadas.

Análisis estadístico

Se empleó el software STATA versión 17. Las variables categóricas se presentan como frecuencias y proporciones, las variables continuas se presentan con la ¹⁵media y desviación estándar (DE) o con la mediana y rangos intercuartílicos (RIC), de acuerdo con su distribución normal medida con la prueba de Shapiro- Wilk.

Se realizó un modelo lineal generalizado para el cálculo de razón de proporciones de actitud positiva y práctica apropiada según nivel de conocimiento.

Se realizó un modelo lineal generalizado para el cálculo de razón

de proporciones de suficiente conocimiento, actitud positiva, y práctica apropiada según grupo de edad, sexo, área de residencia, años de educación y comorbilidad.

Finalmente, se graficaron los puntajes obtenidos para conocimiento, actitud y prácticas.

Aspectos éticos

Este trabajo de investigación fue sometido a la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia previamente a su ejecución, con código 203918. Se respetaron los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki.

IV. RESULTADOS

Características sociodemográficas de los adultos mayores

La Tabla 1 presenta un resumen de las características sociodemográficas y comorbilidades de una muestra de estudio compuesta por 132 adultos mayores. El análisis de estos datos revela varios puntos clave sobre la población estudiada:

Edad: La mediana de edad de los participantes es de 72.01 años, con un rango intercuartílico que va de los 66 a los 76.5 años. Esto indica que la mitad de la población estudiada se encuentra en este rango de edad, lo que señala a un grupo mayoritariamente de avanzada edad.

Sexo: Hay una ligera mayoría de mujeres (54.5%) en comparación con los hombres (45.4%) en la población de estudio. Esto es consistente con la tendencia demográfica general que indica una mayor esperanza de vida en las mujeres.

Área de residencia: La mayoría de los participantes residen en áreas urbanas (63.6%), lo cual podría¹⁷ sugerir que los residentes urbanos pueden tener un mejor acceso al programa o servicios del estudio o que existe una mayor densidad de población de adultos mayores en zonas urbanas.

Educación: En cuanto a la educación, la mayoría de los participantes reportaron tener entre 1 y 6 años de educación (62.1%). Un segmento considerable no tiene ningún año de educación formal (28.8%), y un pequeño porcentaje (9.1%) tiene entre 7 y 11 años de educación. Esta

variabilidad en los niveles de educación podría reflejar el acceso diferencial a la educación en décadas pasadas o la división entre zonas rurales y urbanas.

Comorbilidades: La comorbilidad más común entre los participantes es la diabetes mellitus (38.5%), seguida por aquellos sin comorbilidades (29.5%) y la hipertensión arterial (21.3%). Otras comorbilidades como el cáncer (3.3%), enfermedades pulmonares crónicas (6.6%) y la insuficiencia renal (0.8%) presentan una menor prevalencia. Estas condiciones son factores de riesgo conocidos para complicaciones graves en casos de COVID-19, lo que resalta la importancia de la prevención y educación sanitaria en esta demografía.

La información suministrada ofrece una visión importante sobre las características de los adultos mayores que pueden influir en sus conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al COVID-19. Entender estos factores es crucial para la planificación de la salud pública y las estrategias de intervención, especialmente al crear campañas educativas dirigidas y recursos para las medidas de prevención en el contexto de una pandemia. Los datos sugieren que las intervenciones en Guaranda deben considerar los niveles de educación más bajos y abordar las comorbilidades comunes al planificar la educación en salud y los esfuerzos de prevención de COVID-19.

Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 de los adultos mayores

La Tabla 2 refleja aspectos importantes sobre cómo los adultos mayores del estudio perciben y gestionan la COVID-19 en sus vidas. Se observa que hay una división casi equitativa en términos de conocimiento sobre la enfermedad; un poco más de la mitad de los encuestados posee un nivel suficiente de conocimiento, lo cual es un indicativo favorable que subraya la efectividad de las campañas informativas y educativas dirigidas a esta población. Sin embargo, aún hay un 44.7% que muestra un conocimiento deficiente, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación en este grupo vulnerable para mejorar su entendimiento y manejo de la pandemia.

Por otro lado, la actitud general hacia la COVID-19 es predominantemente negativa, con un 81.1% de los participantes que muestran reservas o preocupaciones sobre la enfermedad. Esta actitud podría estar influenciada por la grave repercusión que la COVID-19 ha tenido en la población de mayor edad y el miedo a las consecuencias de contraer el virus, lo que puede llevar a un mayor estrés y ansiedad entre los adultos mayores.

En cuanto a las prácticas de prevención, los resultados son más alentadores, ya que una mayoría sigue medidas apropiadas para minimizar el riesgo de infección. Esto sugiere que, a pesar de la preocupación existente, los adultos mayores están tomando pasos activos para protegerse

a sí mismos y a otros del virus. Aunque un 43.2% sigue teniendo prácticas inapropiadas, lo cual abre una oportunidad para intervenciones dirigidas que puedan promover comportamientos más seguros y saludables.

En conjunto, estos hallazgos demuestran la compleja interacción entre conocimiento, actitud y prácticas y cómo estas dimensiones afectan la respuesta frente a la pandemia. La comprensión detallada de estos factores es fundamental para diseñar estrategias de intervención eficaces que aborden las áreas de deficiencia y fortalezcan las de competencia dentro de esta población. Es evidente que hay una oportunidad significativa para mejorar la comprensión y la actitud de los adultos mayores hacia la COVID-19, lo que podría traducirse en prácticas de prevención más efectivas.

Factores asociados a nivel de conocimientos, actitud y prácticas sobre la COVID-19 en adultos mayores

La Tabla 3 analiza los factores asociados con el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 en adultos mayores, con la intención de identificar correlaciones significativas que puedan informar mejor las estrategias de intervención.

Grupo de edad: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad y el conocimiento sobre la COVID-19, lo que indica que la edad, dentro de esta muestra de adultos mayores, no es un determinante claro del nivel de conocimiento. Sin embargo, hay una tendencia que sugiere que los participantes de 75 a 84 años pueden tener una actitud más negativa hacia la COVID-19, aunque este resultado no

alcanza significancia estadística. La práctica contra la COVID-19 tampoco mostró diferencias significativas asociadas a la edad.

Sexo: La variable sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas en conocimiento sobre la COVID-19. No obstante, parece haber una tendencia en la que los hombres podrían tener actitudes más positivas o neutrales hacia la COVID-19 que las mujeres, aunque este resultado es marginal y requiere una consideración más cuidadosa.

Área de residencia: En cuanto al área de residencia, tampoco se observaron diferencias significativas en el conocimiento sobre la COVID-19. Sin embargo, hubo una asociación estadísticamente significativa con la actitud, con los residentes urbanos mostrando más actitudes negativas que los rurales, lo cual es relevante a la hora de plantear estrategias de salud pública, ya que refleja cómo el contexto urbano o rural puede influir en la percepción de la enfermedad. La práctica contra la COVID-19 no mostró una correlación significativa con el área de residencia, aunque los datos sugieren que puede haber una ligera tendencia de mejores prácticas en áreas urbanas.

21

Importancia de los hallazgos: Aunque muchas de las asociaciones no son estadísticamente significativas, las tendencias observadas son relevantes para el diseño de intervenciones de salud pública. Por ejemplo, las diferencias de actitud entre grupos de edad y áreas de residencia pueden indicar la necesidad de mensajes y métodos de comunicación diferenciados que aborden las preocupaciones específicas de cada subgrupo.

En conclusión, esta tabla proporciona una visión de los factores demográficos y sociales que pueden estar relacionados con las respuestas a la COVID-19 en adultos mayores. A pesar de la falta de diferencias significativas en algunos casos, los patrones que emergen son útiles para identificar áreas de enfoque potencial para mejorar las respuestas a la salud pública en esta población en particular. Las actitudes negativas y las prácticas inapropiadas identificadas en subgrupos específicos, como las mujeres y los residentes urbanos, sugieren áreas donde se podrían redoblar los esfuerzos educativos y de apoyo.

Conocimientos sobre la COVID-19 en adultos mayores

El análisis de la Tabla 4 sobre los conocimientos de COVID-19 entre los adultos mayores revela un panorama mixto en términos de conciencia y comprensión de la enfermedad. Se evidencia que el entendimiento de los síntomas clínicos de COVID-19 es limitado, con solo un 17.4% de los encuestados identificándolos correctamente. Esto es particularmente preocupante dado que un reconocimiento temprano de los síntomas es crucial para la búsqueda oportuna de atención médica y la implementación de medidas de aislamiento para prevenir la propagación del virus.

Además, solo un pequeño porcentaje de los encuestados reconoce la necesidad de aislamiento inmediato tras el contacto con una persona infectada, lo que sugiere una gran necesidad de educación en procedimientos post-exposición. Esta brecha en el conocimiento podría resultar en retrasos críticos en la contención del virus, aumentando el riesgo

de brotes en comunidades con poblaciones de alto riesgo.

Por otra parte, hay aspectos del conocimiento sobre la COVID-19 donde los adultos mayores muestran mayor claridad, como la transmisión por personas asintomáticas y la propagación a través de gotitas respiratorias, con más de un 70% de respuestas correctas en estos ítems. Además, la mayoría reconoce que no todas las personas infectadas desarrollarán una enfermedad grave y que el aislamiento y tratamiento de las personas infectadas son esenciales para controlar la difusión del virus.

Sin embargo, la incorrecta percepción de que los niños y jóvenes no necesitan tomar medidas preventivas destaca una preocupante desinformación que puede llevar a la relajación de prácticas preventivas en estos grupos, quienes pueden actuar como vectores significativos de transmisión incluso si ellos mismos no desarrollan síntomas graves.

Estos hallazgos indican áreas donde las intervenciones de salud pública pueden ser más necesarias y efectivas. La educación sobre la identificación de síntomas y la importancia del aislamiento después del contacto con un caso positivo debe ser priorizada. Del mismo modo, debe enfatizarse que las medidas preventivas son críticas para todos los grupos de edad. Estos esfuerzos educativos deben adaptarse a las necesidades y capacidades de comprensión de los adultos mayores para garantizar que las medidas de prevención de la salud sean comprendidas y aplicadas correctamente.

Actitudes sobre la COVID-19 en adultos mayores

La Tabla 5 sobre las actitudes hacia la COVID-19 muestra que una mayoría significativa de los adultos mayores en Guaranda tiene una perspectiva positiva sobre el control y manejo de la pandemia. Un 68.9% está totalmente de acuerdo en que la COVID-19 se controlará con éxito, y un porcentaje ligeramente inferior, un 66.7%, confía plenamente en que su provincia, Bolívar, superará la pandemia. Estos altos niveles de confianza reflejan optimismo o fe en las medidas tomadas y en la capacidad de respuesta de las autoridades sanitarias y la comunidad. Este optimismo es fundamental porque puede influir positivamente en la adherencia a las medidas de salud pública y en la motivación para mantener las prácticas de prevención a largo plazo.

Prácticas sobre la COVID-19 en adultos mayores

En cuanto a la Tabla 6, que aborda las prácticas de prevención, los datos muestran que la mayoría de los adultos mayores adoptan comportamientos que reducen la posibilidad de infección. Un alto porcentaje, el 87.9%, informó haber usado máscaras al salir de casa, lo que indica un buen nivel de cumplimiento con las recomendaciones de salud pública. Sin embargo, un 19.7% de los encuestados admitió haber ido a lugares concurridos recientemente, lo cual es una práctica riesgosa, especialmente para aquellos en un grupo de edad con mayor vulnerabilidad al virus.

La interpretación conjunta de entre las prácticas y actitudes, aunque

existe un optimismo considerable y buenas prácticas generales, aún hay margen de mejora en las prácticas de prevención de algunos individuos. La discrepancia entre la actitud generalmente positiva y la adopción de algunas prácticas de riesgo sugiere que la educación continua y el refuerzo de las medidas de prevención siguen siendo cruciales, especialmente para reducir los comportamientos que aumentan el riesgo de exposición al virus.

Para las estrategias de salud pública, estos hallazgos subrayan la importancia de mantener y posiblemente aumentar la comunicación sobre la gravedad del virus y la necesidad de evitar las aglomeraciones, incluso cuando la actitud general hacia la pandemia es optimista. El seguimiento y la educación reforzada pueden ayudar a asegurar que las prácticas individuales estén alineadas con las actitudes positivas para controlar mejor la pandemia en esta población vulnerable.

Modelo lineal generalizado para nivel de conocimiento, actitud y prácticas sobre COVID-19 en adultos mayores

El análisis de la Tabla 7 utilizando un modelo lineal generalizado evalúa la asociación entre ²⁵ varias variables y los niveles suficientes de conocimiento, actitudes positivas o neutrales, y prácticas apropiadas contra la COVID-19 entre los adultos mayores.

Conocimiento suficiente sobre la COVID-19:

- **Edad:** Los participantes de 75 a 84 años tienen una probabilidad (PR) de 0.53 de tener un conocimiento suficiente sobre la COVID-19 en comparación con el grupo de referencia de 65 a 74 años, pero este resultado

no es estadísticamente significativo ($p=0.143$).

- **Educación:** Los años de educación muestran una fuerte asociación con el conocimiento suficiente. Aquellos con 1-6 años de educación y especialmente aquellos con 7-11 años de educación tienen probabilidades significativamente más altas (PR de 29.93 y 128.3 respectivamente) de tener un conocimiento suficiente sobre la COVID-19, lo que subraya la importancia de la educación como factor determinante en la comprensión de la enfermedad.

Actitud positiva o neutra ante la COVID-19:

- **Área de residencia:** Los residentes rurales tienen una probabilidad mucho más alta (PR de 4.17) de tener una actitud positiva o neutra, lo que es estadísticamente significativo ($p=0.002$). Esto puede reflejar diferencias en la percepción del riesgo o en la confianza en las medidas de control entre áreas urbanas y rurales.

Práctica apropiada contra la COVID-19:

- **Grupo de edad:** El grupo de 75 a 84 años tiene una probabilidad más alta (aunque no significativa, con $p=0.167$) de adoptar prácticas apropiadas en comparación con el grupo de referencia.
- **Sexo y área de residencia:** No hay diferencias significativas en prácticas apropiadas basadas en el sexo o área de residencia, aunque hay tendencias que sugieren que las prácticas pueden variar según estas variables.

Comorbilidades:

- **Actitud y práctica:** La presencia de al menos una comorbilidad reduce la probabilidad de tener una actitud positiva o neutra (aunque no significativamente con $p=0.149$), mientras que aumenta la probabilidad de prácticas apropiadas ($p=0.248$), aunque esta última también carece de significancia estadística.

La tabla sugiere que la educación es un predictor clave del conocimiento sobre la COVID-19, lo que refuerza la idea de que las intervenciones educativas pueden mejorar la comprensión de la enfermedad. Además, el área de residencia es un factor importante en la actitud hacia la enfermedad, con los residentes rurales mostrando más confianza o neutralidad que los urbanos. Curiosamente, la presencia de comorbilidades no parece disuadir la actitud positiva o neutra, pero puede influir en la adopción de prácticas apropiadas.

En términos de implicaciones prácticas, estos resultados destacan la importancia de la educación y la adaptación de mensajes y estrategias de salud pública que consideren las diferencias sociodemográficas, especialmente la ubicación y los niveles de educación, para maximizar su efectividad en la mejora de conocimientos y actitudes hacia la prevención y control de la COVID-19.

V. DISCUSIÓN

Este estudio muestra un 55.3% de los adultos mayores de Guaranda que tienen suficiente conocimiento sobre la COVID-19. A pesar de ello sólo el 22.7% mantiene una actitud positiva o neutra. Sobre las prácticas, el 56.8% muestra prácticas apropiadas, frente a la COVID-19.

La mediana de edad de los participantes en el estudio de Guaranda (72.01 años) está en línea con los hallazgos de González et al., que documentaron un impacto significativo de la COVID-19 en poblaciones de edad avanzada, reflejando la vulnerabilidad incrementada de este grupo (20). Asimismo, la predominancia de mujeres en el estudio de Guaranda coincide con las tendencias demográficas globales, como las reportadas por CEPAL (2021), quienes encontraron que las mujeres representan una proporción mayor de la población adulta mayor, potencialmente debido a una mayor esperanza de vida (21).

La residencia urbana de la mayoría de los participantes en Guaranda sugiere una mejor accesibilidad a los servicios de salud y apoyo social, una observación que es apoyada por la investigación de Ospina, et al., (2020) que compara el acceso a los recursos de salud entre poblaciones urbanas y rurales (22). Sin embargo, esta urbanización también puede llevar a una sobrecarga de información y a percepciones variadas sobre la pandemia, como se ha visto en estudios de las Naciones Unidas (2021), que notaron que las actitudes hacia la COVID-19 pueden variar significativamente entre diferentes entornos residenciales (23).

En una revisión sistemática y metaanálisis; realizado en países de bajos ingresos y personas menores de 30 años de edad se encontró que las personas que tuvieron 12 años de educación o menos tiene bajas prácticas este resultado es similar con nuestra investigación; ya que personas adultas mayores con menor grado de educación presentaron malas prácticas (24).

Este estudio muestra un 55.3% de los adultos mayores de Guaranda que tienen suficiente conocimiento sobre la COVID-19. A pesar de ello sólo el 22.7% mantiene una actitud positiva o neutra. Sobre las prácticas, el 56.8% muestra prácticas apropiadas, frente a la COVID-19.

Los resultados referentes a conocimiento, actitudes y prácticas en adultos mayores frente a la COVID-19, son puntajes menores comparados con los resultados de otros estudios; probablemente se deba a que los estudios han sido realizados en diferentes continentes, con diferentes culturas y distintas intervenciones en cada país (25–30). En Jazán, Arabia Saudita, la mayoría de los participantes en el estudio informaron que cumplieron con las medidas preventivas recomendadas para prevenir la propagación de COVID-19, incluyendo el distanciamiento social, lavado y desinfección de manos, evitar salir de casa excepto por necesidades, evitar dar la mano y evitar tocarse la cara con las manos sin lavar y usar mascarillas en público (25).

En Paraguay, la mayoría de los participantes cumplían con las medidas de prevención para evitar la propagación del COVID-19 y el 88.35% de los encuestados no había visitado ningún lugar concurrido; además el 74.31% llevaba máscaras al salir en los últimos días y las

actitudes de los participantes fueron en su mayoría favorables, así como las prácticas fueron adecuadas (19).

Respecto al nivel de educación, los resultados del estudio de Guaranda resaltan su importancia en la comprensión y prevención de la COVID-19, reflejando los hallazgos de dos Santos et al (2020), que identificaron una correlación positiva entre la educación y el conocimiento de prácticas preventivas (31). Este vínculo pone de manifiesto el papel crucial que juega la educación en la mejora de la respuesta de salud pública ante la pandemia.

Aunque la mayoría de los adultos mayores en Guaranda mostraron buenas prácticas de uso de mascarillas, el estudio Díaz, et al, (2020) sugiere que mantener la consistencia en las prácticas de prevención puede ser desafiante, especialmente cuando se enfrentan a situaciones que requieren cambios de comportamiento a largo plazo (32). Finalmente, la relación entre comorbilidades y prácticas de prevención observada en Guaranda refleja la importancia destacada por Rivera, et al, (2020) sobre la necesidad de estrategias de prevención específicas para individuos con condiciones de salud preexistentes (33).

Estos estudios complementarios permiten una comprensión más rica de cómo las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores influyen en sus respuestas a la pandemia de COVID-19 y subrayan la importancia de adaptar las intervenciones de salud pública para abordar estas variaciones.

Unas de las fortalezas del presente estudios, es uno de los pocos estudios que se ha realizado en personas adultas mayores; tanto de la zona urbana como rural, usando la telemedicina (celular) dado a la restricción por la pandemia COVID-19 en ese periodo (2021-2022), que tuvo una aceptación adecuada a pesar del tiempo de duración de la encuesta (20 minutos).

Una de las debilidades de este estudio es el reducido número de muestra debido al poco acceso al celular móvil por las personas adultas mayores, sumado a que para realizar la entrevista tomo más tiempo para coordinar con la familia.

Otra de las debilidades es que solo se ha se realizó en un centro, por lo que los hallazgos no pueden ser extrapolados a la población adulta mayor de Ecuador.

Otra limitación es el diseño de estudio que al ser transversal no se puede establecer con él una relación causa efecto.

Finalmente, mencionar que existen preguntas no resueltas por los datos de este estudio, relacionadas al por qué de la actitud y prácticas inadecuadas, probablemente esto puede ser debido a que en el periodo en el que se ejecutó la encuesta (noviembre 2021 a enero 2022) el número de casos empezó a disminuir y las personas adultas mayores, tenían al menos 2 dosis que pudo haber brindado exceso de confianza.

VI. CONCLUSIONES

Aproximadamente la mitad de los adultos mayores entrevistados presenta suficiente conocimiento y practicas apropiadas frente a la Covid-19 sin embargo solamente la quinta parte de los entrevistados de los adultos mayores tiene una actitud positiva.

Los adultos mayores que tenían suficiente conocimiento sobre las medidas de prevención frente a la COVID 19 fueron aquellos que tenían mayores años de estudios comparado con los iletrados, siendo estadísticamente significativo.

Se observó que los adultos mayores que vivían en el área rural tenían actitudes positivas o neutra frente a la COVID- 19 comparado con aquellos que vivían en la zona urbana, siendo significativamente estadístico.

Referente a las practicas apropiadas frente a la COVID-19 en adultos mayores no se encontró diferencias significativas ni por subgrupo etario ni por género, ni por área de residencia, grado de instrucción y comorbilidades.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2020 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjw_-D3BRBIEiwAjVMY7BBSb1S2Ejho2SQExhqvN-xUf5EIQxIjXeJU2c2UtdOKpFdGBMd3QxoCCE4QAv D_BwE
2. Comité de Operaciones de Emergencias Nacional. Informe de Situación COVID-19 Ecuador [Internet]. Quito; 2020. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/Informe-de-Situación-No008-Casos-Coronavirus-Ecuador-16032020-20h00.pdf>
3. Ory MG, Wang J, Dwolatzky T, Terán E, Aumala T, Cardenas M, et al. Risk Perception and Knowledge, Attitudes, and Practices Against COVID-19 in a Hypertensive Population From a Semi-Urban City of Ecuador. *Front Public Heal* | www.frontiersin.org [Internet]. 2021 [citado 8 de noviembre de 2023];9:734065. Disponible en: www.frontiersin.org³³
4. Fernández García L, Puentes Gutiérrez AB, García Bascones M. Relación entre obesidad, diabetes e ingreso en UCI en pacientes COVID-19. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 10 de octubre de 2020 [citado 8 de noviembre de 2023];155(7):314. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7315988/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3315988/)
5. Prieto MC. Sesgos cognitivos en la comunicación y prevención de la COVID-19. *Rev Lat Comun Soc* [Internet]. 30 de octubre de 2020 [citado 9

- de noviembre de 2023];2020(78):419-35. Disponible en:
<https://nuevaepoca.revistalatinacs.org/index.php/revista/article/view/225/2804>
6. Asociacion Latinoamerican de Odontopediatria .Equipo Interdisciplinario COVID-19. Lineamiento técnico de atención para procedimientos con sedación durante la etapa de confinamiento y posterior declarados por la pandemia por COVID-19. Rev Odontopediatria Latinoam [Internet]. 2020 [citado 9 de noviembre de 2023];10(2):349-84. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98695>
 7. Person B, Sy F, Holton K, Govert B, Liang A, Garza B, et al. Fear and Stigma: The Epidemic within the SARS Outbreak. Emerg Infect Dis [Internet]. 2004 [citado 8 de noviembre de 2023];10(2):358. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3322940/](https://pmc/articles/PMC3322940/)
 8. CEPAL-OPS. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social [Internet]. 2021. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5d7d5402-188b-4d6a-8d0c-49eec0709554/content>³⁴
 9. Vicerra PMM. Disparity between knowledge and practice regarding COVID-19 in Thailand: A cross-sectional study of older adults. PLoS One [Internet]. 2021 [citado 8 de noviembre de 2023];16(10):e0259154. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34699555/>
 10. Feng S, Shen C, Xia N, Song W, Fan M, Cowling BJ. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. Lancet Respir Med [Internet]. 1 de mayo

- de 2020 [citado 8 de noviembre de 2023];8(5):434-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32203710/>
11. Prem K, Liu Y, Russell TW, Kucharski AJ, Eggo RM, Davies N, et al. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet Public Heal* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 8 de noviembre de 2023];5(5):e261-70. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S2468266720300736/fulltext>
 12. Gardona RGB, Da Silva JV, Arruda G, Damin S, Abdala E, Lima CAS, et al. Brazilians' level of knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2 de mayo de 2022 [citado 8 de noviembre de 2023];140(3):331-40. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/fr9CxdVrtjzvBn5dgvGQbMr/?lang=en>
 13. Lafferty CK, Mahoney CA. A Framework for Evaluating Comprehensive Community Initiatives. *Health Promot Pract*. 2003;4(1):31-44.
 14. Saefi M, Fauzi A, Kristiana E, Adi WC, Muchson M, Setiawan ME, et al. Survey data of COVID-19-related knowledge, attitude, and practices among indonesian undergraduate students³⁵. *Data Br* [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 8 de noviembre de 2023];31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32607405/>
 15. Bu Y, Zheng C, Lu M, Song S, Luo L, Wan Z, et al. Factors Associated With Knowledge, Attitudes and Risk Perception of COVID-19 Among Older People: A Cross-Sectional Study in China. *Asia-Pacific J public Heal* [Internet]. 1 de septiembre de 2022 [citado 8 de noviembre de 2023];34(6-

- 7):695-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35864737/>
16. Debancho TD, Gebeyehu EG, Gelgelu TB. COVID-19 risk perception and associated factors in older adults in southern Ethiopia. *Influenza Other Respi Viruses* [Internet]. 1 de noviembre de 2022 [citado 8 de noviembre de 2023];16(6):1051-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36031772/>
 17. Programa “Mis Mejores Años” promueve la atención de adultos mayores en el cantón Durán – Ministerio de Inclusión Económica y Social [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/programa-mis-mejores-anos-promueve-la-atencion-de-adultos-mayores-en-el-canton-duran/>
 18. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci* [Internet]. 2020 [citado 8 de noviembre de 2023];16(10):1745. Disponible en: </pmc/articles/PMC7098034/>
 19. Rios-González CM, Rios-González CM. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 en paraguayos el periodo de brote: una encuesta rápida en línea. *Rev salud publica del Paraguay* [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 8 de noviembre de 2023];10(2):17-22. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492020000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 20. González-González C, Orozco-Rocha K, Samper-Ternent R, Wong R, González-González C, Orozco-Rocha K, et al. Adultos Mayores en riesgo de

Covid-19 y sus vulnerabilidades socioeconómicas y familiares: un análisis con el ENASEM. Papeles de población [Internet]. 2021 [citado 9 de noviembre de 2023];27(107):141-65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252021000100141&lng=es&nrm=iso&tlng=es

21. CEPAL. Etapas del proceso de envejecimiento demográfico de los países de América Latina y el Caribe y desafíos respecto del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo | CEPAL [Internet]. 2021 [citado 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/etapas-proceso-envejecimiento-demografico-paises-america-latina-caribe-desafios-respecto>
22. Ospina P, Hollenstein P, Latorre S. Territorios, ruralidades, ambiente y alimentación en Ecuador [Internet]. 2020. Disponible en: https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7616/1/Ospina-Hollenstein-Latorre-Territorio_ruralidades.pdf
23. Nations U. El impacto de la pandemia en las ciudades | Naciones Unidas. [citado 9 de noviembre ³⁷ de 2023]; Disponible en: <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/covid-19-urban-world>
24. Siddiquea BN, Shetty A, Bhattacharya O, Afroz A, Billah B. Global epidemiology of COVID-19 knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 14 de septiembre de 2021 [citado 8 de noviembre de 2023];11(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34521674/>

25. Almalki MJ. Knowledge, Attitudes, and Practices Toward COVID-19 Among the General Public in the Border Region of Jazan, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Front public Heal* [Internet]. 8 de diciembre de 2021 [citado 8 de noviembre de 2023];9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34957005/>
26. Abualhommos AK, Alhadab FE, Almajhad MM, Almutawaa R, Alabdulkareem ST. Community Knowledge of and Attitudes towards COVID-19 Prevention Techniques in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Heal* 2021, Vol 18, Page 12783 [Internet]. 3 de diciembre de 2021 [citado 8 de noviembre de 2023];18(23):12783. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12783/htm>
27. Jahan A, Mohamed M, Alabani E, Almaziq A, Elarriesh H, Alagelli F, et al. Awareness, knowledge, attitudes, and behaviors related to COVID-19 in Libya: a nation-wide online survey. *Pan Afr Med J* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 8 de noviembre de 2023];40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34970398/>
28. Singh PK, Anvikar A, Sinha A. COVID-19 related knowledge, attitudes, and practices in Indian Population: ³⁸ An online national cross-sectional survey. *PLoS One* [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 8 de noviembre de 2023];17(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35239718/>
29. Alhosani NHI, Nobanee H. Board gender diversity and corporate social responsibility: A bibliometric analysis. *Heliyon*. 1 de enero de 2023;9(1):e12734.
30. Güden A, Güden E, Sarıkahya SD, Benli AR, Öztürk A. Information,

attitudes and behavior of Turkish people concerning COVID-19. *J Infect Dev Ctries* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 8 de noviembre de 2023];15(11):1584-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34898482/>

31. Dos Santos D, Nunes N, Marchiori G, Freitas M, Mendes L. Adultos mayores que viven solos: conocimiento y medidas preventivas ante el nuevo coronavirus. *RLAE*. 2020;28:1-11.
32. Díaz C, Vasallo C, García A. Prevención y control del Covid-19 en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. *Cienfuegos*. 2020. *Cimeq* [Internet]. 2021;13. Disponible en: <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/viewFile/135/85>
33. Rivera Diaz PA, Rubiano Daza H, Camilo J, Quimbaya Q, Patricia D, Armero H, et al. Conocimiento preventivo y su práctica entre la población de Colombia hacia la enfermedad por Coronavirus (COVID-19): una perspectiva de género. *Rev Colomb Cienc Quím Farm* [Internet]. 2020 [citado 9 de noviembre de 2023];49(3):776-89. Disponible en: [www.farmacia.unal.edu.coArtículo³⁹deinvestigaciónclínica/http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v49n3.91344](http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v49n3.91344)

VIII. TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de los adultos mayores del estudio (n=132)

Variables	n (%)
Edad (en años) (mediana; RIC)	72.01 (66 a 76.5)
Sexo	
Femenino	72 (54.5)
Masculino	60 (45.4)
Área de residencia	
Urbano	84 (63.6)
Rural	48 (36.4)
Años de educación	
0 años	38 (28.8)
1 - 6 años	82 (62.1)
7 - 11 años	12 (9.1)
Comorbilidades	
Ninguna	36 (29.5)
Hipertensión arterial	26 (21.3)
Diabetes mellitus	47 (38.5)
Cáncer	4 (3.3)
Insuficiencia renal	1 (0.8)
Enfermedad pulmonar crónica	8 (6.6)

RIC: Rango intercuartil

Tabla 2 Conocimiento, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 de los adultos mayores

Variables	n (%)
Conocimiento sobre la COVID-19	
Pobre conocimiento (menos de 7 puntos)	59 (44.7)
Suficiente conocimiento (de 7 puntos a más)	73 (55.3)
Actitud frente a la COVID-19	
Actitud negativa (de 2 a 4 puntos)	107(81.1)
Actitud positiva o neutra (de 5 a 10 puntos)	25 (19.0)
Prácticas contra la COVID-19	
Prácticas inapropiadas (de 0 puntos)	57 (43.2)
Prácticas contra la COVID-19 - Prácticas apropiadas (de 1 a 2 puntos)	75 (56.8)

Tabla 3. Factores asociados a nivel de conocimiento, actitud y prácticas sobre la COVID-19 en adultos mayores

Variables	Conocimiento sobre la COVID-19			Actitud ante la COVID-19			Práctica contra la COVID-19		
	Pobre conocimiento (menos de 7 puntos)	Suficiente conocimiento (de 7 puntos a más)	p	Actitud negativa (de 2 a 4 puntos)	Actitud positiva o neutra (de 5 a 10)	p	Prácticas inapropiadas (de 3 o más puntos)	Prácticas apropiadas (hasta 2 puntos)	p
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Grupo de edad			0.328			0.084			0.645
65 a 74 años	38 (41.3)	54 (58.7)		67 (72.8)	25 (27.2)		42 (45.6)	50 (54.3)	
75 a 84 años	16 (57.1)	12 (42.9)		23 (82.1)	5 (17.9)		10 (35.7)	18 (64.3)	
85 años a más	5 (41.7)	7 (58.3)		12 (100.0)	0 (0.0)		5 (41.7)	7 (58.3)	
Sexo			0.678			0.069			0.275
Femenino	31 (43.1)	41 (56.9)		60 (83.3)	12 (16.7)		28 (38.9)	44 (61.1)	
Masculino	28 (46.7)	32 (53.3)		42 (70.0)	18 (30.0)		29 (48.3)	31 (51.7)	
Área de residencia			0.098			<0.001			0.119
Urbano	33 (39.3)	51 (60.7)		73 (86.9)	11 (13.1)		32 (38.1)	52 (61.9)	
Rural	26 (54.2)	22 (45.8)		29 (60.4)	19 (39.6)		25 (52.1)	23 (47.9)	
Años de Educación			<0.001			0.394			0.045

0 años	35 (92.1)	3 (7.9)		30 (78.9)	8 (21.0)		10 (26.3)	28 (73.7)	
1 - 6 años	23 (28.0)	59 (71.9)		61 (74.4)	21 (25.6)		41 (50.0)	41 (50.0)	
7 - 11 años	1 (8.3)	11 (91.7)		11 (91.7)	1 (8.3)		6 (50.0)	6 (50.0)	
Comorbilidad			0.178			0.108			0.709
Ninguna	19 (52.8)	17 (47.2)		24 (66.7)	12 (33.3)		15 (41.7)	21 (58.3)	
Al menos 1	34 (39.5)	52 (60.5)		69 (80.2)	17 (19.8)		39 (45.3)	47 (54.6)	

Prueba estadística: Chi2 de Pearson

Tabla 3 Conocimientos sobre la COVID-19 en adultos mayores.

Ítem	Respondieron correctamente n (%)
K1. Los principales síntomas clínicos de COVID-19 son: fiebre, cansancio tos secas y dolor muscular	23 (17.4)
K2. Usted considera que el resfriado común, la nariz tapada, la secreción nasal y los estornudos son menos comunes en personas infectadas con el virus COVID-19.	78 (59.1)
K3. Actualmente no existe una cura efectiva para COVID-19, pero el tratamiento sintomático y de apoyo temprano puede ayudar a la mayoría de los pacientes a recuperarse de la infección.	69 (52.7)
K4. No todas las personas con COVID-19 desarrollarán enfermedad grave. Solo aquellos que son ancianos, tienen enfermedades crónicas y son obesos tienen más probabilidades de ser casos graves.	85 (64.4)
K5. Comer o estar en contacto con animales salvajes provocaría la infección por el virus COVID-19	57 (43.2)
K6. Las personas asintomáticas pueden infectar con COVID-19	94 (71.2)
K7. El virus COVID-19 se propaga a través de gotitas respiratorias de individuos infectados.	94 (71.2)
K8. No es necesario que los niños y adultos jóvenes tomen medidas para prevenir la infección por el virus COVID-19.	86 (65.1)
K9. Para evitar la infección por COVID-19, las personas deben evitar ir a lugares con mucha gente como mercados y uso de transporte público.	94 (71.2)
K10. El aislamiento y el tratamiento de personas infectadas con el virus COVID-19 son formas efectivas de reducir la propagación del virus.	98 (74.2)
K11. Las personas que tienen contacto con alguien infectado con el virus COVID-19 deben aislarse inmediatamente en un lugar adecuado. En general, el período de observación es de 14 días.	9 (8.6)

Tabla 4 Actitudes sobre la COVID-19 en adultos mayores.

Ítem	N%
A1. ¿Está de acuerdo en que la COVID-19 finalmente se controlará con éxito? (respuesta: totalmente de acuerdo)	91 (68,9)
A2. ¿Confía en que Guaranda provincia Bolívar, pueda ganar la batalla contra el virus COVID-19? (respuesta: totalmente de acuerdo)	88(66,7)

Tabla 5 Prácticas sobre la COVID-19 en adultos mayores.

Ítem	N%
P1. En los últimos días, ¿Acudió a algún lugar lleno de gente? (respuesta: sí)	26 (19,7)
P2. En los últimos días, ¿Se ha puesto un cubre bocas al salir de casa? (Respuesta: si)	116 (87,9)

Tabla 6 Modelo lineal generalizada para nivel de conocimiento, actitud y prácticas sobre la COVID-19 en adultos mayores.

Variables	Suficiente conocimiento sobre las medidas de prevención frente a la COVID-19				Actitud positiva o neutra ante a la COVID-19				Práctica apropiada contra la COVID-19			
	PR	IC95%		p	PR	IC95%		p	PR	IC95%		p
Grupo de edad												
65 a 74 años	Ref.				Ref.				Ref.			
75 a 84 años	0.53	0.22	1.24	0.143	1.05	0.37	2.94	0.929	1.95	0.76	5.01	0.167
85 años a más	0.98	0.29	3.34	0.981	1.00	-	-	-	2.06	0.56	7.59	0.280
Sexo												
Femenino	Ref.				Ref.				Ref.			
Masculino	0.86	0.43	1.72	0.678	2.07	0.85	5.02	0.109	0.83	0.38	1.87	0.653
Área de residencia												
Urbano	Ref.				Ref.				Ref.			
Rural	0.55	0.27	1.12	0.100	4.17	1.67	10.41	0.002*	0.43	0.17	1.08	0.073
Años de educación												
0 años	Ref.				Ref.				Ref.			
1 - 6 años	29.93	8.37	107.00	<0.001*	0.91	0.35	2.35	0.844	2.57	0.15	0.83	0.080
7 - 11 años	128.3	12.10	1362.43	<0.001*	0.34	0.04	3.05	0.336	2.20	0.44	11.01	0.337
Comorbilidad												
Ninguna	-				Ref.				Ref.			
Al menos 1	-	-	-	-	0.50	0.20	1.28	0.149	1.88	0.65	5.47	0.248

Prueba estadística: Modelo lineal generalizado [family(binomial) link(logit)]

* No existe diferencia de la proporción de suficiente conocimiento ni de práctica apropiada entre las categorías "1 a 6 años" y "7 a 11 años" de educación (p=0.175 y p=1.000 respectivamente).

IX. ANEXOS

Consentimiento informado verbal para participar en un estudio de investigación

(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	Conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores del cantón Guaranda, provincia Bolívar Ecuador, sobre las medidas de prevención frente a la COVID- 19. Durante el periodo del 2020.
<i>Investigador (a):</i>	Silvana Estefania Vega Vasco
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para evaluar el conocimiento, actitudes y prácticas de los adultos mayores del cantón Guaranda, Provincia Bolívar, Ecuador sobre las medidas de prevención frente a la COVID-19.

Hasta el momento existe 2353 adultos mayores de 65 años fallecidos por la COVID-19 a nivel nacional, constituyéndose en una gran problemática para la salud pública Nacional.

Por ello creemos necesario investigar más en este tema y abordarlo con la

importancia que amerita, determinando el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre las medidas de prevención de la COVID-19, para así disminuir el número de casos y por ende fallecimientos en la población vulnerable.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se procederá de la siguiente manera:

Se realizará una encuesta donde le tomaremos datos personales y algunas preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre medidas de prevención de la COVID-19.

Esta encuesta tomará un tiempo aproximado de 20 minutos y se realizará vía telefónica, la llamada será realizada por la investigadora.

Riesgos:

Por consiguiente, al realizar esta encuesta por vía telefónica no existe riesgo biológico, pero si se puede herir susceptibilidades de manera involuntaria al participar de este trabajo de investigación; por lo que si algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

En el caso que usted presente ansiedad, depresión o agresividad, al momento de realizarle la encuesta, se coordinará con los Psicólogos de los Centros de Salud más cercanos al área de su influencia, para que, usted sea atendido de manera oportuna, o a su vez se les facilitará el

número telefónico del área de psicología para que tenga una atención virtual inmediata

Beneficios:

Se le informará de manera confidencial los resultados que se obtengan de la encuesta.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole; de igual manera el adulto mayor se puede retirar, el momento que desee.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora que manejará la información obtenida codificará las encuestas.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier

momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a Silvana Estefanía Vega Vasco, al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono teléfono 01-3190000 anexo 101355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

Declaración del Investigador:

Yo declaro que el participante ha leído la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

Nombres y Apellidos

Investigador

**Fecha y
Hor**

ANEXO 1. Valores de la prueba de V de Aiken para determinar la validez de contenido del cuestionario modificado según el criterio de 3 jueces.

V de Aiken Total (V=1.0)					
Sección Conocimientos		Sección Actitudes		Sección Prácticas	
(V=1.0)		(V=1.0)		(V=1.0)	
Pregunta	V	Pregunta	V	Pregunta	V
K1	1.0	A1	1.0	P1	1.0
K2	1.0	A2	1.0	P2	1.0
K3	1.0				
K4	1.0				
K5	1.0				
K6	1.0				
K7	1.0				
K8	1.0				
K9	1.0				
K10	1.0				
K11	1.0				

ANEXO 2. Medias de la puntuación de las preguntas del cuestionario según escala visual análoga.

Escala visual análoga								
Sección Conocimientos			Sección Actitudes			Sección Prácticas		
Pregunta	Media	DE	Pregunta	Media	DE	Pregunta	Media	DE
K1	8.92	0.76	A1	8.8	0.69	P1	9.00	0.82
K2	8.60	0.71	A2	9.0	0.87	P2	9.00	0.82
K3	8.92	0.76						
K4	8.88	0.88						
K5	9.00	0.87						
K6	9.04	0.84						
K7	9.12	0.78						
K8	9.04	0.84						
K9	9.24	0.88						
K10	9.04	0.89						
K11	9.24	0.78						