

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS FRENTE A LA COVID-19 ENTRE POBLADORES DE
MONSEFÚ Y CHICLAYO, AÑO 2021**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

YESSENIA BARRANTES TICLLA

KARLA CRISTINA NORIEGA QUESNAY

ASESOR

HEBER SILVA DÍAZ

CHICLAYO- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS FRENTE A LA COVID-19 ENTRE POBLADORES DE
MONSEFÚ Y CHICLAYO, AÑO 2021**

TESIS

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADA POR
YESSENIA BARRANTES TICLLA
KARLA CRISTINA NORIEGA QUESNAY**

**ASESOR
DR. HEBER SILVA DÍAZ**

**CHICLAYO, PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr. Samuel Collantes Santisteban

Miembro: MC. Edwin Harold Aguirre Milachay

Miembro: MC. Juan Nicolas Mondoñedo Chavez

DEDICATORIA

A nuestros padres: por su esfuerzo, dedicación y confianza, sin duda ellos han sido el pilar y el motor que ha logrado impulsarnos a seguir adelante y cumplir cada uno de nuestros objetivos, gracias por brindarnos su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien nos ha guiado en todo el trayecto de nuestra formación académica; a nuestros padres y hermanos por su soporte, motivación, amor y estímulo constante que nos ha conducido hasta este camino. Agradecer a nuestros amigos, en especial a Ailén y Marisol, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe. Además, agradecemos a nuestros asesores, por su apoyo, paciencia y orientación para la realización de nuestra tesis, destacando su calidad humana y compromiso.

ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
I. MATERIAL Y MÉTODOS	1
II. RESULTADOS	5
III. DISCUSIÓN	15
IV. CONCLUSIONES	21
V. RECOMENDACIONES	22
FUENTES DE INFORMACIÓN	23
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: Con el surgimiento de una pandemia infecto-contagiosa por el SARS-CoV-2, el escaso conocimiento sobre esta enfermedad provocó gran incertidumbre generando cambios en el estilo de vida de las personas y crisis en los sistemas de salud a nivel mundial. **Objetivo:** Comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas frente a COVID-19 entre los pobladores de Monsefú y Chiclayo durante el año 2021. **Métodos y materiales:** Estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo en una muestra de 782 personas. Los conocimientos, actitudes y prácticas se midieron con un cuestionario validado de 20 preguntas. **Resultados:** Los participantes se compusieron por 48,7 % y 51,3 % de pobladores residentes de Monsefú y Chiclayo respectivamente; el grupo etario prevalente estuvo comprendido de 18 a 29 años (62,7 %). El nivel de conocimiento óptimo fue mayor en Chiclayo (35,2 %) con respecto a Monsefú (27,3 %); en cuanto a la actitud, fue positiva con mayor frecuencia en Monsefú (49,3 %); mientras que las prácticas adecuadas se reflejaron mejor en Chiclayo (59,9 %). En el análisis multivariado se demostró que edad, estado civil, distrito, y la procedencia de los conocimientos se relacionaron con el nivel de conocimiento óptimo ($p < 0,005$); el nivel de conocimiento y la procedencia de estos, se relacionaron con actitudes positivas ($p < 0,005$); y, el nivel de conocimientos, edad, sexo y la procedencia de conocimientos se relacionaron a prácticas adecuadas ($p < 0,005$). **Conclusiones:** Los pobladores de Chiclayo presentaron mayor conocimiento y prácticas adecuadas sobre la COVID-19, en comparación a los de Monsefú; mientras que, estos últimos presentaron mejor actitud.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, conocimientos, actitudes, prácticas.
(Fuente: DeCS-MeSH)

ABSTRACT

Introduction: With the emergence of an infectious pandemic caused by SARS-CoV-2, the lack of knowledge about this disease caused great uncertainty, generating changes in people's lifestyles and a crisis in health systems worldwide. **Objective:** To compare the level of knowledge, attitudes and practices regarding Covid-19 among the inhabitants of Monsefu and Chiclayo during the year 2021. **Methods and materials:** Observational, cross-sectional, analytical and prospective study in a sample of 782 people. Knowledge, attitudes and practices were measured with a validated 20-question questionnaire. **Results:** The participants were composed of 48,7 % and 51,3 % of residents of Monsefu and Chiclayo, respectively; the prevalent age group was 18 to 29 years (62,7 %). The level of optimal knowledge was higher in Chiclayo (35,2 %) than in Monsefu (27,3 %); in terms of attitude, it was more often positive in Monsefu (49,3 %); while good practices were better in Chiclayo (59.9 %). Multivariate analysis showed that age, marital status, district, and the origin of knowledge were related to optimal knowledge level ($p < 0.005$); knowledge level and the origin of these, were related to positive attitudes ($p < 0.005$); and, knowledge level, age, sex and the origin of these were related to adequate practices ($p < 0.005$). **Conclusions:** The villagers of Chiclayo presented greater knowledge and adequate practices on COVID-19, compared to those of Monsefu; while, the latter presented better attitude.

Key words: COVID-19, SARS-CoV-2, knowledge, attitudes, practices (**Source:** DeCS-MeSH).

NOMBRE DEL TRABAJO

Tesis_Barrantes-y-Noriega-FINAL 2024.0
3.25_TURNITIN.docx

RECuento DE PALABRAS

9356 Words

RECuento DE CARACTERES

54622 Characters

RECuento DE PÁGINAS

42 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

522.0KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 25, 2024 9:43 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 25, 2024 9:45 AM GMT-5

● **11% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente



Dr. Heber Silva Díaz

Asesor

<https://orcid.org/0000-0001-8263-9673>

INTRODUCCIÓN

En 2020, una inesperada infección causada por el virus SARS-CoV2 (1) provocó el origen de una emergencia sanitaria, social, económica y ambiental a nivel mundial (2). Se trata de la infección respiratoria que ha causado el mayor impacto en los últimos años, (3) dada la elevada contagiosidad del virus, rápida propagación, alta morbilidad, severidad de las complicaciones y mortalidad; (4) fue catalogada como una emergencia que afecta a un gran número de personas (5) de todas las edades, sobre todo a adultos mayores o quienes padecen enfermedades crónicas.

La COVID-19 es una enfermedad causada por un nuevo coronavirus llamado síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), que fue identificado a finales del 2019 en Wuhan-China y que se caracterizaba por generar cuadros de neumonía (6). La propagación se dio de forma exponencial y acelerada, por lo que en menos de 3 meses se habían confirmado más de 126 mil casos en casi todos los continentes a excepción de la Antártida por lo que el 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la COVID-19 como pandemia (7). A la fecha ya se han registrado más de 769 millones de casos en el mundo (8) y en el departamento de Lambayeque se ha reportado hasta el 4 de febrero del 2024 un total de 130 613 casos confirmados; además, de una letalidad de 4,87 % y 220 602 fallecidos a nivel nacional (9).

Según la Real Academia Española (RAE) el conocimiento es la información adquirida de forma gradual por una persona a través de la experiencia o educación (10), la actitud es la disposición de una persona manifestada de algún modo (11) y las prácticas son las acciones que las personas llevan a cabo frente a distintas situaciones o circunstancias (12). Es por ello que, con el inicio de una nueva enfermedad infecciosa altamente contagiosa es necesario la realización de investigaciones sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas a nivel nacional y local (13,14).

Estudios previos han documentado una relación directamente proporcional con respecto a conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas al COVID-19. Bao-Liang *et al.* (2020, China) encontraron una tasa general de conocimientos correcta del 90 %. De igual forma, las actitudes difieren entre géneros, formación educativa, ocupación y

lugares de residencia ($p < 0,05$); y, las prácticas difirieron significativamente entre los grupos demográficos encuestados ($p < 0,05$). Concluyendo que existe asociación entre las actitudes positivas y prácticas favorables con respecto al elevado nivel de conocimientos (15). Asimismo, Alsan, *et al.* (2020, Estados Unidos) encontraron que los americanos con acceso a internet tenían más probabilidades de informarse que las personas que vivían en otras zonas ($p < 0,05$) y se evidenció que las mujeres tienen mejor comportamiento que los varones. Sin embargo, el conocimiento y los comportamientos asociados a COVID-19 varían muy rápido y es posible que los hallazgos sean menos aplicables con el tiempo (16).

Candioti *et al.* (2020) encontraron que en Perú, el tiempo de lavado de manos es inadecuado en el 87 %, no existe desinfección del puesto de trabajo (Mercado de Santa Anita) en 81 % y que se usa mameluco, pero no mascarilla, guantes o alcohol en el 76 % por lo que a pesar de tener un nivel de conocimiento medio o alto, las conductas de riesgo para la transmisión del virus son elevadas (17). De igual forma, Merino *et al.* (2020, Perú) encontraron que el 21 % tiene conocimiento bajo, 76 % regular y 3 % alto; en cuanto a las prácticas aún son deficientes en gran parte de la muestra ya que solo el 30 % utiliza el equipo de protección completo, 47 % tiene una lámina transparente alrededor del local y el 75 % atiende con distanciamiento social (18).

La rápida expansión de la COVID-19 y alta mortalidad generó incertidumbre y preocupación, hecho por el cual la OMS implementó medidas sanitarias y dispuso que a través de los gobiernos se pueda difundir la información proporcionada a la población para que conozca y aplique estas medidas sanitarias de manera eficaz a fin de reducir su riesgo de contagio. Para garantizar el éxito de la adherencia por parte de las personas a dichas medidas sanitarias es fundamental que la población esté correctamente capacitada, es decir, que tenga los conocimientos necesarios y que estos puedan reflejarse en actitudes y prácticas favorables (19).

Sin embargo, ante estas medidas, la respuesta de la población ha sido variada, desde la automedicación en personas desesperadas por sobrevivir a esta enfermedad hasta reuniones sociales sin el uso de mascarillas o distanciamiento social, (20) lo que ha generado un impacto negativo en la salud de los ciudadanos.

Cabe señalar que la región de Lambayeque tiene una superficie de 14 479,5 km², está situado al noroeste del territorio peruano, conformada por 3 provincias y 38 distritos de los cuales Monsefú y Chiclayo forman parte. Según el último censo, en el año 2017, el distrito de Chiclayo concentra el mayor número de habitantes con 270 496 personas de los cuales 270 208 viven en zona urbana. Así mismo, el nivel educativo muestra que el 41,6 % alcanzó a estudiar algún año de educación secundaria y el 31,6 % algún año de educación superior siendo la población urbana la que tuvo mayor acceso a la educación superior (21,22) y el comercio es la actividad económica predominante. Por otra parte, Monsefú se encuentra ubicado al sur oeste de la ciudad de Chiclayo, tiene un total de 32 225 de los cuales 23 969 viven en zona urbana (22), además no se muestran variaciones considerables en cuanto al proceso de urbanización del distrito; al 2024, la población rural representa el 27,0 % (23) y, finalmente, su actividad económica está basada en la agricultura.

Por tanto, a que es de suma importancia que toda la población esté correctamente capacitada, es decir, que tenga los conocimientos necesarios y que estos puedan reflejarse en actitudes y prácticas favorables, este estudio tuvo como objetivo general: Comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas frente a COVID-19 en pobladores de Monsefú y Chiclayo durante el año 2021. Teniendo los siguientes objetivos específicos: a) Describir las características sociodemográficas de los pobladores de Monsefú y Chiclayo, b) Comparar el conocimiento, actitudes y prácticas de los pobladores de Monsefú y Chiclayo y c) Asociar el nivel de conocimiento y características sociodemográficas con las actitudes y prácticas sobre COVID-19 en pobladores de Monsefú y Chiclayo.

I. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal, prospectivo durante la segunda ola, en los meses julio a agosto 2021.

La población estuvo conformada por pobladores residentes en los distritos de Chiclayo y Monsefú mayores a 18 años, tomándose en cuenta el último reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2017, se consideró una población total de 195 953 habitantes en Chiclayo y 21 506, en Monsefú (21). Además, es importante mencionar que la Región de Lambayeque ha sido severamente afectada por la COVID-19 llegando a alcanzar una tasa de letalidad de 7,85 % que no se ve reflejada en el reporte mencionado, siendo la región más afectada en el Perú (24).

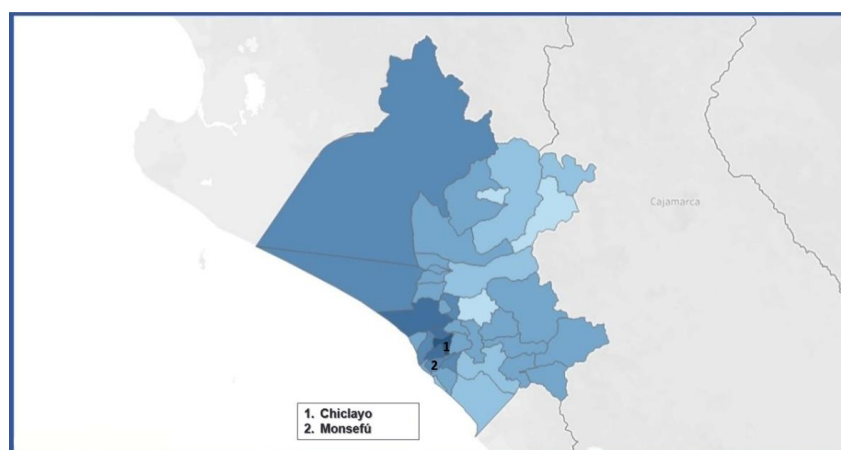


Figura 1: Región de Lambayeque (23).

La muestra estuvo conformada por 782 participantes residentes de los distritos de Chiclayo y Monsefú. Se incluyeron a personas mayores de 18 años y de ambos géneros, con residencia en los distritos de Chiclayo y Monsefú. Se excluyeron a pobladores que auto reportaron presentar alguna discapacidad mental o impedimento para responder el cuestionario de forma fidedigna.

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra de forma probabilística para diferencia de proporciones, teniendo en cuenta la variable conocimiento como variable desenlace prioritaria. Se consideró un nivel de confianza del 95 %, una diferencia teórica (no existen estudios previos) de proporción del 10 % en el conocimiento

de la población de Chiclayo y Monsefú; una razón de tamaño de muestra de 1 y una potencia del 80%. El cálculo se realizó con el programa estadístico EPIDAT 4.2.

La variable independiente fue los conocimientos, definido operacionalmente como bajo (0-4 puntos), aceptable (5-7 puntos) y óptimo (8-9 puntos) mientras que las variables dependientes fueron las actitudes; negativas (0-2 puntos) y positivas (3-4 puntos) y prácticas; no adecuadas (0-3 puntos) y adecuadas (4-6 puntos); además, estas últimas fueron consideradas como variables independientes para el cálculo de razones de prevalencia crudas y ajustadas.

Las variables secundarias fueron edad (18–29 años, 30–59 años y > 60 años), sexo (masculino y femenino), estado civil (soltero, casado, viudo y divorciado), distrito (Chiclayo y Monsefú) y procedencia de conocimientos (redes sociales, familiares, amigos, personal de salud y todas las anteriores); las cuales pertenecen a la dimensión sociodemográfica.

El instrumento (anexo 1) utilizado estuvo basado en un cuestionario aprobado por el Comité de Ética del Centro de Salud Mental de Wuhan el cual presentaba un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,71 (10) sin embargo, fue modificado para ser aplicado en la población estudiada, por lo que la validación de este contenido estuvo a cargo del juicio de 5 expertos, y se obtuvo un coeficiente V de Aiken de 0,93 lo que indica que el instrumento tiene validez satisfactoria.

La primera sección conformada por 4 preguntas y recolectó información sobre las características sociodemográficas; la segunda sección correspondió a la dimensión de conocimientos, la cual consistió en total de 10 preguntas de las cuales, 9 eran de tipo cerrado y de opción múltiple y 1 con respuesta dicotómica, se calificó el grado de conocimiento de acuerdo con la cantidad de puntos obtenidos pudiendo ser bajo, aceptable u óptimo; la tercera sección correspondió a la dimensión de actitudes que consistió de 3 preguntas con respuesta dicotómica sí o no y de 1 pregunta de opción múltiple, se calificó como negativo o positivo; y la cuarta sección correspondió a la dimensión de prácticas con un total de 6 preguntas, de las cuales los ítems 16 y 17 eran de tipo cerrada y de opción

múltiple, mientras que el resto tuvieron un enfoque dicotómico, además se calificó como inadecuado o adecuado.

La técnica que se empleó fue la encuesta virtual a través de formato Google form. El cuestionario fue enviado a los pobladores de Monsefú y Chiclayo compartiendo la dirección URL mediante las redes sociales como correo electrónico (gmail.com) y grupos de WhatsApp (Pobladores de Monsefú). El cuestionario elaborado contenía el consentimiento en la primera sección donde aceptaban participar de la prueba (anexo 2), luego de ello, se encontraban las 4 secciones que incluía características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas. El tiempo promedio de llenado del cuestionario por participante fue de 5 minutos aproximadamente.

Los datos obtenidos a través del cuestionario llenado en los meses de julio y agosto del 2021 fueron plasmados en una ficha de recolección de datos que constó de tres partes (conocimientos, actitudes y prácticas). Los datos recolectados mediante la encuesta virtual fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel 2019.

Para la medición y el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico STATA v.17.0, en el cual se realizaron los análisis descriptivos correspondientes.

En cuanto al análisis de datos univariado se evaluó frecuencia absolutas y relativas en la medición de las variables cualitativas, y promedios y desviación estándar en variables cuantitativas. También se usó la estadística bivariada; se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas según criterios de distribución normal de la muestra. Para la comparación y asociación de variables se utilizará la prueba estadística t-Student y la prueba estadística Chi – cuadrado para correlacionar variables cualitativas con un nivel de confianza del 95 %. Las medidas de fuerza de asociación se realizaron mediante el cálculo de razones de prevalencia crudas y ajustadas, con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %, a través de regresión logística simple y múltiple (modelos lineales generalizados de la familia de Poisson), respectivamente. Asimismo, para la construcción de los modelos ajustados de la regresión múltiple se calculó el factor

de inflación de la varianza, los mismos que fueron menores de 8. En todo momento se consideró significativo un valor de p menor e igual a 0,05.

El plan de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad de San Martín de Porres para la ejecución de la investigación con Oficio n.º 583 – 2021.

El estudio consideró el uso de datos personales de los participantes que formaron parte de la investigación. Dicha información fue procesada de forma confidencial, sin riesgos potenciales para los participantes de ambas poblaciones. Para resguardar la confidencialidad a cada participante se le asignó un único código que los identifique. Así mismo, los datos recopilados fueron uso exclusivo y privado por parte de los investigadores, con la posterior eliminación de la misma pasados los 4 años de realizada el estudio.

La participación de los encuestados se dio de forma voluntaria y este se realizó posterior a la aceptación de un consentimiento informado (anexo 2) en el cual se especifica y asegura la confidencialidad de datos personales, además se indica que los resultados obtenidos eran de uso exclusivo para la investigación, garantizando la confidencialidad de estos.

II. RESULTADOS

La población inicial estuvo conformada por un total de 794 de los cuales 12 fueron excluidos por no firmar el consentimiento informado, obteniendo una muestra final de 782 participantes para el estudio, de los cuales el 48,7 % corresponde a Monsefú y el 51,3 % a la provincia de Chiclayo.

Del total de encuestados, el grupo de edad más frecuente fue el de 18 a 29 años (62,7 %), seguido del de 30 a 59 años (31,0 %). Además, 420 (53,7 %) participantes fueron del sexo femenino. Con relación al estado civil, la mayoría de los participantes fueron solteros (72,6 %); mientras que la procedencia de la información sobre la COVID-19 provenía principalmente de redes sociales (16,8 %) seguido del personal de salud (12,8 %). Ver tabla 1.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los pobladores de Monsefú y Chiclayo, Región de Lambayeque, de julio a agosto, 2021 (n=782).

Características	n (%)
Edad categorizada (años)	
18-29	490 (62,7)
30-59	242 (31,0)
>60	50 (6,4)
Sexo	
Femenino	420 (53,7)
Masculino	362 (46,3)
Estado civil	
Soltero	568 (72,6)
Casado	157 (20,1)
Divorciado	39 (5,0)
Viudo	18 (2,3)
Distrito	
Monsefú	381 (48,7)
Chiclayo	401 (51,3)
Procedencia de conocimiento	
Redes sociales	131 (16,8)
Familiares	49 (6,3)
Amigos	14 (1,8)
Personal de salud	100 (12,8)
Todas las anteriores	488 (62,4)

En la tabla 2 podemos observar que existe asociación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas con respecto al distrito de procedencia. Con respecto al nivel bajo de conocimientos podemos observar que fue mayor en Monsefú (16,8 %) con respecto a Chiclayo (4,2 %); de igual forma podemos apreciar que el nivel de conocimiento óptimo tuvo mayor prevalencia en Chiclayo (35,2 %). Con respecto a las actitudes positivas, se encontró mayor frecuencia en Monsefú (49,3 %); en contraparte, las prácticas adecuadas predominaron en la población chiclayana (59,9 %). (Ver tabla 2).

Tabla 2: Frecuencia comparativa de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre COVID-19, en pobladores de Monsefú y Chiclayo, Región Lambayeque, de julio a agosto, 2021 (n=782).

Variables	Distrito		Valor de p
	Monsefú (N=381) n (%)	Chiclayo (n=401) n (%)	
Conocimientos			
Bajo	64 (16,8)	17 (4,2)	< 0,001*
Aceptable	213 (55,9)	243 (60,6)	
Óptimo	104 (27,3)	141 (35,2)	
Actitudes			
Negativas	193 (50,7)	242 (60,4)	0,007**
Positivas	188 (49,3)	159 (39,6)	
Prácticas			
No adecuadas	202 (53,0)	161 (40,1)	< 0,001**
Adecuadas	179 (47,0)	240 (59,9)	

*Valor de p de acuerdo a Chi cuadrado

**Valor de p de acuerdo a Prueba exacta de Fisher

En la tabla 3 observamos que, respecto a la variable conocimientos, se obtuvo significancia con el distrito de procedencia al virus causante ($p=0,007$), forma de prevención ($p=0,008$), manifestaciones clínicas ($p<0,001$), cuándo acudir a un establecimiento de salud ($p=0,004$), mejor prueba diagnóstica ($p<0,001$) y factores de riesgo para desarrollar forma grave ($p=0,002$). En relación con las actitudes, se encontró que la disponibilidad de información brindada ($p=0,005$), las medidas preventivas ($p=0,036$) y la modificación de la rutina ante la presencia de síntomas ($p=0,050$) mostraron ser significativas. Finalmente, observamos que la frecuencia del cambio de mascarilla ($p=0,002$), el cubrirse al toser y/o estornudar ($p<0,001$) y no haber automedicado como prevención ($p<0,001$) para

fueron prácticas que mostraron ser significativas según el lugar de procedencia. (Ver tabla 3).

Tabla 3: Conocimientos, actitudes y prácticas de los pobladores de Monsefú y Chiclayo sobre COVID-19, Región de Lambayeque, de julio a agosto, 2021 (n=782).

Variables	Distrito		Valor de <i>p</i>
	Monsefú (n=381) n (%)	Chiclayo (n=401) n (%)	
Conocimientos			
¿Cuál es el virus causante de la COVID-19?			
Correcto	142 (37,3)	188 (46,9)	0,007**
Incorrecto	239 (62,7)	213 (53,1)	
¿Qué deben hacer las personas para prevenir la infección por COVID-19?			
Correcto	344 (90,3)	382 (95,3)	0,008**
Incorrecto	37 (9,7)	19 (4,7)	
¿Cuál es la principal forma de contagio de la COVID-19?			
Correcto	332 (87,1)	364 (90,8)	0,111**
Incorrecto	49 (12,9)	37 (9,2)	
¿Después de cuántos días de la infección se manifiestan los síntomas propios de la COVID-19?			
Correcto	84 (22,1)	87 (21,7)	0,931**
Incorrecto	297 (77,9)	314 (78,3)	
¿Cuáles son los principales signos y síntomas clínicos de la COVID-19?			
Correcto	361 (94,8)	401 (100,0)	< 0,001**
Incorrecto	20 (5,2)	0 (0,0)	
¿Cuándo considera que un paciente con COVID leve debe acudir a un establecimiento de salud?			
Correcto	213 (55,9)	265 (66,1)	0,004**
Incorrecto	168 (44,1)	136 (33,9)	
¿Cuál es la mejor prueba diagnóstica en fase aguda para COVID-19?			
Correcto	299 (78,5)	364 (90,8)	< 0,001**
Incorrecto	82 (21,5)	37 (9,2)	
¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar COVID-19 grave?			
Correcto	260 (68,2)	313 (78,1)	0,002**
Incorrecto	121 (31,8)	88 (21,9)	
¿Existe reinfección?			0,053**

Correcto	362 (97,8)	392 (95,0)	
Incorrecto	19 (2,2)	9 (5,0)	
Actitudes			
¿Considera que la información disponible sobre la COVID-19 en la sociedad peruana es suficiente?			0,005**
Negativo	226 (59,3)	227 (69,1)	
Positivo	155 (40,7)	156 (30,9)	
¿Cree que las medidas preventivas adoptadas por el estado peruano son suficientes?			0,036**
Negativo	296 (77,7)	336 (83,8)	
Positivo	85 (22,3)	65 (16,2)	
¿Modificaría su rutina si presentara síntomas gripales?			0,050
Negativo	16 (4,2)	31 (7,7)	
Positivo	365 (95,8)	370 (92,3)	
¿Estaría dispuesto a vacunarse?			0,229*
Negativo	53 (13,9)	40 (10,0)	
Positivo	328 (86,1)	361 (90,0)	
Prácticas			
En los últimos días, ¿ha ido a algún lugar concurrido de forma innecesaria?			0,938**
Inadecuado	114 (29,9)	118 (29,4)	
Adecuado	267 (70,1)	283 (70,6)	
¿Cambia de mascarilla por lo menos cada 24 horas?			0,002*
Inadecuado	193 (50,7)	212 (52,9)	
Adecuado	188 (49,3)	189 (47,1)	
¿Demora en lavarse las manos al menos 20s?			0,134*
Inadecuado	186 (48,8)	191 (47,6)	
Adecuado	195 (51,2)	210 (52,4)	
¿Al estornudar y/o toser se cubre la boca y/o nariz con el antebrazo?			< 0,001**
Inadecuado	37 (9,7)	7 (1,8)	
Adecuado	344 (90,3)	394 (98,2)	
¿Suele bañarse después de haber estado fuera de casa (lugar concurrido)?			0,097**
Inadecuado	61 (16,0)	83 (20,7)	
Adecuado	320 (84,0)	318 (79,3)	
¿Ha tomado o tomó algún medicamento como prevención para la COVID-19?			< 0,001**
Inadecuado	209 (54,9)	146 (36,4)	
Adecuado	172 (45,1)	255 (63,6)	

*Valor de p de acuerdo a Chi cuadrado

**Valor de p de acuerdo a Prueba exacta de Fisher

En la tabla 4 se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %. En cuanto a la asociación entre el nivel de conocimiento óptimo sobre COVID-19 y las características sociodemográficas se observó que, según la regresión simple, hubo asociación con el distrito y la procedencia de los conocimientos de diferentes fuentes ($p < 0,05$).

Sin embargo, en el modelo ajustado de la regresión múltiple se observó que, la edad, el estado civil, el distrito, y la procedencia de los conocimientos resultaron relacionados con el nivel de conocimientos ($p < 0,05$). En este sentido, las personas mayores de 60 años tuvieron 19 % menor probabilidad de conocimiento óptimo respecto al grupo etario de 18 a 29 años ($RPa = 0,81$; $IC95 \% = 0,69-0,95$; $p = 0,010$). Así mismo, las personas casadas tuvieron 12 % más posibilidad de tener conocimiento óptimo sobre COVID respecto a los solteros ($RPa = 1,12$; $IC95 \% = 1,04-1,20$; $p = 0,002$), además, ser chiclayano incrementa en un 14 % la probabilidad de conocimiento óptimo con respecto a ser monsefuano ($RPa = 1,14$; $IC95 \% = 1,08-1,20$; $p < 0,001$) y, finalmente, el haber adquirido el conocimiento por múltiples fuentes incrementa en 14 % la probabilidad de conocimiento óptimo sobre COVID-19 con respecto al haberlo adquirido por las redes sociales ($RPa = 1,14$; $IC95 \% = 1,05-2,24$; $p = 0,003$).

Tabla 4: Fuerza de asociación entre el nivel de conocimiento óptimo y las características sociodemográficas sobre COVID-19, en pobladores de Monsefú y Chiclayo, Región Lambayeque, de julio a agosto, 2021 (n=782).

Variables	Regresión simple		Regresión múltiple	
	RPc (IC95 %)	Valor de p*	RPa (IC95 %)	Valor de p*
Edad				
18 - 29	1	Ref.	1	Ref.
30 - 59	1,00 (0,95-1,05)	0,970	0,96 (0,90-1,03)	0,259
> 60	0,86 (0,74-1,00)	0,054	0,81 (0,69-0,95)	0,010
Sexo				
Mujer	1	Ref.	1	Ref.
Varón	0,99 (0,94-1,04)	0,724	1,02 (0,97-1,07)	0,469
Estado civil				
Soltero	1	Ref.	1	Ref.
Casado	1,03 (0,97-1,09)	0,300	1,12 (1,04-1,20)	0,002
Divorciado	1,04 (0,94-1,14)	0,464	1,11 (0,98-1,26)	0,115
Viudo	0,94 (0,76-1,15)	0,531	1,27 (1,00-1,61)	0,052
Distrito				
Monsefú	1	Ref.	1	Ref.
Chiclayo	1,15 (1,10-1,20)	< 0,001	1,14 (1,08-1,20)	< 0,001
Procedencia de conocimientos				
Redes sociales	1	Ref.	1	Ref.
Familiares	0,91 (0,75-1,10)	0,314	0,92 (0,77-1,10)	0,358
Amigos	0,88 (0,63-1,24)	0,475	0,93 (0,68-1,28)	0,667
Personal de salud	1,11 (1,00-1,24)	0,049	1,08 (0,97-1,20)	0,174
Todas las anteriores	1,16 (1,07-1,27)	0,001	1,14 (1,05-1,24)	0,003

RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada por edad, sexo, estado civil, distrito y procedencia de conocimientos; IC: Intervalo de confianza
*Valor de p de acuerdo a Chi cuadrado

En la tabla 5 se muestra el análisis de regresión simple, en cuanto a la asociación entre actitudes positivas y el nivel de conocimiento y las características sociodemográficas se observó que, hubo asociación con el nivel de conocimiento, el distrito y la procedencia de los conocimientos ($p < 0,05$).

En el modelo ajustado de regresión múltiple se observó que el nivel de conocimiento y la procedencia de conocimientos resultaron relacionados con actitudes positivas ($p < 0,05$). De esta manera, los participantes con conocimiento aceptable y óptimo tuvieron 30 % y 28 % respectivamente, menor probabilidad de actitudes positivas con respecto al grupo que presentó conocimiento bajo ($RPa=0,70$; $IC95 \% = 0,57-0,87$; $p=0,001$) y ($RPa=0,72$; $IC95 \% = 0,56-0,91$; $p=0,007$); además, la procedencia de conocimientos por parte de amigos, personal de salud y de múltiples fuentes disminuyen en un 3 %, 8 % y 7 % la probabilidad de tener actitudes positivas con respecto a la adquisición de conocimientos por redes sociales ($RPa=0,97$; $IC95 \% = 0,96-0,99$; $p=0,025$), ($RPa=0,92$; $IC95 \% = 0,91-0,93$; $p < 0,001$) y ($RPa=0,93$; $IC95 \% = 0,91-0,95$; $p < 0,001$).

Tabla 5: Fuerza de asociación entre actitudes positivas y el nivel de conocimiento y las características sociodemográficas sobre COVID-19, en los pobladores de Monsefú y Chiclayo, Región Lambayeque, de julio - agosto, 2021 (n=782).

Variables	Regresión simple		Regresión múltiple	
	RPc (IC95 %)	Valor de p*	RPa (IC95 %)	Valor de p*
Nivel de conocimientos				
Bajo	1	Ref.	1	Ref.
Aceptable	0,94 (0,91-0,97)	0,001	0,70 (0,57-0,87)	0,001
Óptimo	0,93 (0,92-0,94)	< 0,001	0,72 (0,56.-0,91)	0,007
Edad				
18 - 29	1	Ref.	1	Ref.
30 - 59	1,00 (0,94-1,06)	0,954	1,02 (0,83-1,25)	0,878
> 60	1,06 (0,91-1,24)	0,455	1,15 (0,78-1,69)	0,474
Sexo				
Mujer	1	Ref.	1	Ref.
Varón	0,99 (0,92-1,08)	0,890	0,99 (0,84-1,16)	0,904
Estado civil				
Soltero	1	Ref.	1	Ref.
Casado	1,04 (0,94-1,14)	0,448	1,07 (0,85-1,36)	0,552
Divorciado	0,96 (0,89-1,04)	0,377	1,08 (0,75-1,57)	0,672
Viudo	0,98 (0,78-1,25)	0,891	0,62 (0,29 - 1,31)	0,211
Distrito				
Monsefú	1	Ref.	1	Ref.
Chiclayo	0,80 (0,68-0,94)	0,007	0,86 (0,73-1,03)	0,097
Procedencia de conocimientos				
Redes sociales	1	Ref.	1	Ref.
Familiares	0,99 (0,78-1,26)	0,935	0,97 (0,77-1,24)	0,857
Amigos	0,99 (0,95-1,03)	0,610	0,97 (0,96-0,99)	0,025
Personal de salud	0,92 (0,90-0,94)	< 0,001	0,92 (0,91-0,93)	< 0,001
Todas las anteriores	0,93 (0,91-0,95)	< 0,001	0,93 (0,91-0,95)	< 0,001

RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada por edad, sexo, estado civil, distrito y procedencia de conocimientos; IC: Intervalo de confianza

*Valor de p de acuerdo a regresión logística por modelos lineales generalizados de la familia de Poisson, con varianzas robustas

Media del factor de la inflación de la varianza: 2,30

En la tabla 6 se muestra el análisis de regresión simple, en cuanto a la asociación entre prácticas adecuadas y el nivel de conocimiento y las características sociodemográficas se observó que, hubo asociación con la edad, estado civil, distrito y procedencia de conocimientos ($p < 0,05$).

En el modelo ajustado de la regresión múltiple se observó que, el nivel de conocimientos, edad, sexo y la procedencia de los conocimientos resultaron relacionados con las prácticas adecuadas ($p < 0,05$). En este sentido, el conocimiento aceptable aumenta 2 % las prácticas adecuadas con respecto al nivel de conocimiento bajo ($RPa=1,02$; $IC95 \% = 1,01-1,04$; $p=0,014$); así mismo, las personas mayores a 60 años tuvieron 17 % menos probabilidad de prácticas adecuadas con respecto a las personas entre 18 – 29 años ($RPa=0,83$; $IC95 \% = 0,73-0,95$; $p=0,006$), con respecto al sexo, los varones tienen 5 % menos probabilidad de prácticas adecuadas con respecto a las mujeres ($RPa=0,95$; $IC95 \% = 0,92-0,99$; $p=0,037$); por último, el haber adquirido el conocimiento por personal de salud y múltiples fuentes incrementa en 18 % y 11 %, respectivamente, la probabilidad de prácticas adecuadas sobre COVID-19 con respecto al conocimiento obtenido por las redes sociales ($RPa=1,18$; $IC95 \% = 1,09-1,29$; $p < 0,001$) y ($RPa=1,11$; $IC95 \% = 1,04-1,19$; $p=0,002$).

Tabla 6: Fuerza de asociación entre prácticas adecuadas y el nivel de conocimientos y las características sociodemográficas sobre COVID-19, en los pobladores de Monsefú y Chiclayo, Región Lambayeque, de julio - agosto, 2021 (n=782).

Variables	Regresión simple		Regresión múltiple	
	RPC (IC95 %)	Valor de p*	RPa (IC95 %)	Valor de p*
Nivel de conocimientos				
Bajo	1	Ref.	1	Ref.
Aceptable	1,01 (0,93-1,03)	0,319	1,02 (1,01-1,04)	0,014
Óptimo	1,02 (0,94-1,05)	0,830	1,03 (0,98-1,05)	0,197
Edad				
18 - 29	1	Ref.	1	Ref.
30 - 59	1,02 (0,97-1,08)	0,369	1,06 (0,99-1,12)	0,078
> 60	0,83 (0,75-0,91)	< 0,001	0,83 (0,73-0,95)	0,006
Sexo				
Mujer	1	Ref.	1	Ref.
Varón	0,95 (0,91-1,00)	0,051	0,95 (0,92-0,99)	0,037
Estado civil				
Soltero	1	Ref.	1	Ref.
Casado	0,94 (0,88-0,99)	0,035	0,96 (0,89-1,03)	0,220
Divorciado	0,94 (0,84-1,05)	0,302	0,93 (0,82-1,05)	0,214
Viudo	0,91 (0,77-1,08)	0,272	1,11 (0,94-1,31)	0,234
Distrito				
Monsefú	1	Ref.	1	Ref.
Chiclayo	1,07 (1,02-1,12)	0,006	1,03 (0,99-1,09)	0,166
Procedencia de conocimientos				
Redes sociales	1	Ref.	1	Ref.
Familiares	0,99 (0,88-1,11)	0,882	1,03 (0,91-1,16)	0,657
Amigos	1,16 (0,97-1,38)	0,090	1,16 (0,98-1,38)	0,090
Personal de salud	1,19 (1,10-1,30)	< 0,001	1,18 (1,09-1,29)	< 0,001
Todas las anteriores	1,12 (1,05-1,20)	0,001	1,11 (1,04-1,19)	0,002

RPC: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada por edad, sexo, estado civil, distrito y procedencia de conocimientos; IC: Intervalo de confianza

*Valor de p de acuerdo a regresión logística por modelos lineales generalizados de la familia de Poisson, con varianzas robustas

Media del factor de la inflación de la varianza: 2,19

III. DISCUSIÓN

En el presente estudio se incluyó a participantes residentes de Monsefú (48,7 %) y Chiclayo (51,3 %) pertenecientes a la Región Lambayeque del cual la mayoría de participantes comprendía un rango de edad entre 18 – 29 años (62,7 %), esto debido a que son usuarios activos de internet, además cuentan mayor acceso a las diferentes plataformas virtuales por las cuales fue difundida la encuesta (25); de igual forma, la mayoría de participantes eran solteros (72,6 %) lo que corresponde a lo informado por la RENIEC donde se informa que el 70 % de la población se encuentran solteros según su DNI (26).

En nuestro estudio observamos que el 27,3 % y 35,2 % participantes de Monsefú y Chiclayo, respectivamente, presentaron un nivel de conocimiento óptimo; y, que proceder de Chiclayo incrementa un 14 % la probabilidad de conocimiento óptimo con respecto a Monsefú. La alta frecuencia de adecuados conocimientos sobre COVID-19 en la población chiclayana podría ser explicada por la centralización de las ciudades capitales de las regiones ya que estas cuentan con mejor nivel educativo y acceso a información digital (27) además, los medios de comunicación priorizan la difusión de la información a través de plataformas digitales (28). Esto es similar a lo descrito en Nicaragua donde se observó que el nivel de conocimiento es mayor en zona urbana frente a la rural (29); sin embargo, en un estudio en Perú no se observa significancia ($RP_a=0,42$; $IC_{95\%}=1,02-1,88$) entre el nivel de conocimiento y el lugar de procedencia (30).

Sin embargo, en cuanto al virus causante de la COVID-19, el 62,7 % de los participantes pertenecientes Monsefú y 53,1 % de Chiclayo respondieron de forma incorrecta. Esto podría ser explicado por la metodología usada para recoger la información debido a que en estudios previos únicamente han medido si la enfermedad se debe a un virus, bacteria u hongo y no se han podido encontrar herramientas de evaluación donde los encuestados tengan que determinar el nombre del virus causante de la COVID-19. De igual forma, en Etiopía el 63,9 % de participantes no pudo reconocer el agente causal (31). No obstante, nuestro hallazgo es inferior a lo reportado en México y Bangladesh (32,33).

Las personas mayores de 60 años tuvieron 19 % menor probabilidad de conocimiento óptimo con respecto al grupo etario de 18 a 29 años, esto se explica porque la accesibilidad a la información y la difusión de medidas de educación sanitaria constituye barreras en personas mayores (34) debido al mayor uso y mejor manejo de redes sociales entre los jóvenes en comparación con los adultos mayores (35). Esto se evidencia en lo reportado en Cuba, donde el 3,4 % de los adultos >60 años alcanzaron un nivel excelente de conocimientos (36); por lo contrario, en un estudio en Lima, se evidenció que la edad igual o mayor a 40 años se asoció a un buen nivel de conocimientos ($p=0,016$) (37).

Las personas casadas tuvieron 12 % más posibilidad de tener conocimiento óptimo sobre COVID respecto a los solteros. Este hallazgo se podría explicar porque los casados tienen una mayor preocupación al pensar que la enfermedad puede afectar gravemente a su familia y, por ende, la necesidad que tienen de mantenerse informados para poder adoptar medidas preventivas adecuadas con la finalidad de proteger a su núcleo más cercano y así evitar la transmisibilidad del virus. Esto, también se evidencia en lo expuesto por Romero *et al.* quienes encontraron asociación entre el estado civil casado con el nivel de conocimiento con un valor de $p=0,02$ (29).

La adquisición del conocimiento por múltiples fuentes incrementa en 14 % la probabilidad de conocimiento óptimo sobre COVID-19 debido a la búsqueda constante y actualizada de información. Esto se relaciona con lo expuesto en Ecuador, donde la información proveniente de amigos, familiares y personal de salud contribuía a un mayor nivel de conocimientos sobre COVID-19 (38).

Por otra parte, encontramos que el 49,3 % de participantes de Monsefú presentaron actitudes positivas frente al 39,6 % obtenido en Chiclayo. La alta frecuencia de actitudes positivas en esta zona está relacionada con la seguridad que sienten al estar alejada de las grandes ciudades que usualmente son el foco principal y en donde ocurre la mayor cantidad de contagio exponencial; de igual forma, culturalmente, se conoce que éstas suelen tener mayor grado de conformidad con lo que el estado les proporciona (39). Esto es consistente con

lo descrito en una zona urbana de Huánuco, donde el 61,3 % de encuestados presentó actitudes negativas (40).

Además, los resultados demuestran que el 59,3 % y 69,1 % de los participantes procedentes de Monsefú y Chiclayo, respectivamente consideran que las medidas preventivas adoptadas por el estado peruano eran insuficientes. Esto podría ser explicado debido la crisis política por la que estaba atravesando el Perú con el cambio continuo en la cartera de ministros de salud (41), lo que pudo contribuir a la desconfianza de las medidas impuestas por el estado; de igual forma, se vio reflejado el fragmentado sistema sanitario de nuestro país (42) y la situación precaria del sistema de salud el cual impide el acceso igualitario y de calidad (43). Esto es consistente con lo descrito por Fiestas, *et al.* quienes encontraron que el 52 % de participantes consideró que las medidas tomadas por el estado peruano no eran suficientes (44). Mientras en China, el 90,8 % estuvo de acuerdo que se controlaría la pandemia (15).

Los participantes con conocimiento aceptable y óptimo tienen 30 % y 28 % respectivamente, menor probabilidad de actitudes positivas con respecto al grupo que presentó conocimiento bajo, esto debido a que un nivel alto de conocimiento genera mayores expectativas y una mala percepción del actuar del Estado Peruano (45), por lo que, tener un nivel de conocimiento aceptable u óptimo, no garantiza una mejor actitud (29). Esto se refuerza con lo encontrado por Ubillus *et al.* quienes indicaron que, a menor percepción del conocimiento, mejor actitud (24); caso contrario, lo reportado en Trujillo donde hallaron que el nivel de conocimientos representa un factor de protección (OR=0,43; IC=0,23-0,81) para una actitud adecuada (46).

La procedencia de conocimientos por parte de amigos, personal de salud y de múltiples fuentes disminuyen en un 3 %, 8 % y 7 % la probabilidad de tener actitudes positivas. De acuerdo con la búsqueda realizada no se han documentado estudios que muestren que la información brindada por las fuentes ya mencionadas disminuya las actitudes positivas; además, según lo reportado por Sarria *et al.* los participantes que obtuvieron información de personas cercanas o información de sitios oficiales del gobierno se asociaron a presentar

mejor conocimiento sobre la COVID 19 y mostraban mejores actitudes favorables frente a la pandemia (47).

Con respecto a las prácticas adecuadas, se encontró mayor prevalencia en Chiclayo (59,9 %) con respecto a Monsefú (47 %). La baja frecuencia de prácticas adecuadas en los distritos que cuentan con un sector rural importante podría ser explicada por la falta de cultura preventiva de la población y poca conciencia (20). Además, podría deberse al bajo nivel de conocimientos en bioseguridad, particularmente en enfermedades infectocontagiosas (29). Esto es similar con lo reportado en Paraguay, donde el mayor porcentaje de prácticas negativas se evidenció en áreas rurales (48); mientras, en Nicaragua no encontraron significancia entre el nivel de prácticas y el lugar de procedencia (rural o urbana) (29).

De igual forma, evidenciamos que el 50,7 % y 52,9 % de la población de Monsefú y Chiclayo reportaron cambiar de mascarilla luego de cada 2 días o únicamente cuando se encontraba deteriorada/rota. La alta frecuencia de prácticas inadecuadas relacionadas al uso de mascarillas podría ser explicada por el incremento en el precio de éstas y de los principales alimentos que constituyen la canasta básica familiar, por ello muchas familias optaron por priorizar en abastecerse de alimentos cubriendo así las necesidades alimentarias de sus miembros y dejando de lado su bioseguridad de esta manera alargaron el tiempo de uso de las mascarillas (49). Esto es similar con lo descrito por Chancón, *et al.* quienes informaron que el 50 % de la población estudiada se cambiaba de mascarilla cada 2 días o más (50).

El conocimiento aceptable aumenta 2 % las prácticas adecuadas con respecto al nivel de conocimiento bajo, esto podría ser explicado porque una población con una cultura de prevención en bioseguridad posee los conocimientos suficientes para actuar adecuadamente frente a la pandemia; es así que los

conocimientos en prevención de salud influyen en un mejor cumplimiento de las buenas y seguras prácticas de prevención del COVID-19 (51). Esto es similar con lo descrito por Gao *et al.* quienes encontraron que la mayoría de los participantes presentaban buenas prácticas porque tenían un buen conocimiento de la COVID-19 (52). No obstante, difiere a lo reportado en Argentina donde los encuestados con un alto nivel de conocimientos reconocían los riesgos a nivel teórico pero este conocimiento no se relacionó con prácticas necesarias de prevención (53).

Las personas mayores a 60 años tuvieron 17 % menos probabilidad de prácticas adecuadas con respecto a las personas entre 18 – 29 años; esto se relaciona con lo explicado en el párrafo 4. De igual forma, en Arabia Saudita se evidenció que la edad se asoció significativamente con el nivel de práctica observando una diferencia significativa en los diferentes grupos etarios en el cual las personas mayores de 60 años tenían menor frecuencia de prácticas adecuadas ($p < 0,001$) (36); caso contrario lo reportado por Fernández *et al.* donde mencionan que el ser adulto mayor se asoció con buenas prácticas para la prevención de la COVID-19 (54).

Los varones tienen 5 % menos probabilidad de prácticas adecuadas frente a la COVID-19 con respecto a las mujeres. Esto podría ser explicada porque de acuerdo a la realidad social, son los hombres, en su mayoría, quienes durante la cuarentena eran los responsables del sustento de sus hogares por lo cual estaban más preocupados por generar ingresos que en adoptar prácticas adecuadas (55) para evitar la inseguridad alimentaria en sus hogares. Esto se ve reflejado en lo investigado por Yupari *et al.* donde encontró que los varones tienen 2,74 veces mayores probabilidades de tener prácticas inadecuadas (56); caso contrario Ngwewondo *et al.* demostraron que las mujeres tenían menor prevalencia de prácticas adecuadas en comparación a los hombres ($OR=1,16$) (57).

El haber obtenido conocimientos sobre la COVID-19 por parte del personal de salud y múltiples fuentes incrementa en 18 % y 11 %, respectivamente, la probabilidad de prácticas adecuadas. Esta asociación podría ser explicada por

el hecho que las personas toman como referentes confiables o de mayor credibilidad para transmitir información sobre COVID-19 al personal de salud (53). En Yauyos, Lima, se encontró asociación positiva entre procedencia de información por personal de salud y nivel de prácticas ($p=0,005$). No obstante, en zonas rurales del Perú, se encontró que uno de los factores asociados a malas prácticas era que los conocimientos se hayan obtenido por parte de profesionales de la salud ($Rpa=0,91$) (54)

El presente estudio presentó sesgo de selección, esto debido a la modalidad utilizada para la difusión del instrumento el cual fue en línea, por ende, solo las personas que contaron con acceso a fluido eléctrico e internet y algún dispositivo electrónico (celular, laptop o computadora) tuvieron la oportunidad de participar en la investigación. Y en menor medida el sesgo de medición, no obstante, tanto en la validación del instrumento por parte de un grupo de 5 expertos como en la prueba piloto, obtuvo una puntuación óptima para considerarse un herramienta comprensible y adecuada acorde a la población destina a estudiar.

Por otra parte, nuestra investigación presenta múltiples fortalezas, contar un tamaño de muestra probabilísticamente adecuado y los resultados obtenidos indican hallazgos de interés epidemiológico para la Región Lambayeque, que servirían como base para estudios posteriores y sugerencia a las autoridades pertinentes para generar estrategias de bioseguridad sanitaria y educativas que permitan mejorar el conocimiento de la población frente a enfermedades infectocontagiosas y/o futuras pandemias, beneficiando tanto en el aspecto económico como en el ámbito de salud pública y comunitaria el cual se vio resquebrajado en esta pandemia COVID-19.

IV. CONCLUSIONES

Los participantes de Monsefú y Chiclayo de la región Lambayeque en el año 2021 se caracterizaron por un predominio de mujeres, grupo etario de 30 a 59 años, procedencia de Chiclayo y estado civil soltero.

Más de la mitad de los participantes en general presentaron conocimientos aceptables y óptimos sobre la COVID-19, siendo mayor en Chiclayo. Mientras que, los pobladores de Monsefú presentaron un mayor porcentaje de actitudes positivas. Además, los participantes de Chiclayo fueron quienes presentaron el mayor porcentaje de prácticas adecuadas.

Las personas mayores de 60 años tuvieron menor probabilidad de conocimiento óptimo, mientras que; las personas casadas, chiclayanas y quienes adquirieron conocimiento por múltiples fuentes tuvieron mayor probabilidad de un nivel de conocimiento óptimo sobre la COVID-19.

El nivel de conocimiento aceptable y óptimo, así como la procedencia de conocimientos por parte de amigos, personal de salud y de múltiples fuentes disminuyen la probabilidad de tener actitudes positivas.

Presentar un nivel de conocimiento aceptable y haber adquirido conocimientos por múltiples fuentes aumenta la probabilidad de prácticas adecuadas, sin embargo; una edad mayor a 60 años y ser varón, la disminuyen.

V. RECOMENDACIONES

En el presente estudio se ha analizado a la población de Monsefú y Chiclayo en la región Lambayeque con acceso a redes sociales, por lo que sugerimos realizar otro estudio que permita evaluar a la población en general mediante encuestas directas, lo cual permitiría proyectar resultados más certeros a nivel regional. Además de realizarlas en un tiempo determinado, esto debido al diferente comportamiento de las variantes del virus, pudiendo afectar las respuestas del cuestionario.

Se recomienda a las autoridades pertinentes realizar campañas educativas de forma continua sobre bioseguridad en COVID-19 y fomentar la difusión de información necesaria en la población lambayecana principalmente en zonas remotas con limitado acceso a la información digital priorizando a aquellos en situación de pobreza y pobreza extrema, de esta manera se busca incrementar los conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas.

Asimismo, sugerimos a la población que acuda a su centro de salud más cercano con la finalidad de poder recibir orientación e información verídica sobre COVID-19, de esta manera ayudará a disminuir la información errada/equivocada que existe en redes sociales, de esta manera incrementaría la probabilidad de presentar mejores conocimientos y tener prácticas adecuadas en la región Lambayeque.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rodríguez V. A propósito del SARS CoV 2/ COVID 19 ¿Qué hemos aprendido de las pandemias? Rev Av en salud. 2020; 4(1):6-10. Doi: 10.21897/25394622.2034
2. American Thoracic Society. ¿Qué es el COVID-19? Online Version Updated April 28. [Internet]. 2020 [citado el 19 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patientresources/resources/spanish/covid-19.pdf>
3. Urzúa A, Vera-Villaruel P, Caqueo-Urizar A, Polanco-Carrasco R. La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. Ter Psicológica [Internet]. 2020 [acceso 2024 marzo 19]; 38(1):103-18. Disponible en: <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/273/323>
4. Santos-Velázquez T, Panizo-Bruzón SE, Díaz-Couso Y, Sánchez-Alonso N. Conocimientos de estomatólogos sobre prevención y control de la COVID-19. Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta. 2020; 45(3). Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2292/pdf_688
5. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud [Internet]. 2020 [acceso 2024 marzo 19]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es
6. McIntosh K. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=Coronavirus%20infection&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. OPS/OMS. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

8. Statista. Número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 2 de agosto de 2023 [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>
9. MINSA. Covid 19 en el Perú [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
10. Espínola JPS. Conocimiento [Internet]. 2023 [citado el 23 de enero del 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/conocimiento/>
11. Real Academia Española. Actitud [Internet]. 2023 [citado el 23 de enero del 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/actitud>
12. Ministerio de la Salud. Protocolo para el estudio de conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de infecciones intrahospitalarias. [Internet]. Lima: Red Nacional de Epidemiología, MINSA; 2020 [citado el 23 de enero del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1769.pdf>
13. World Health Organization. Coronavirus [Internet]. 2020 [citado el 7 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms of COVID-19 [Internet]. 2020 [citado el 7 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
15. Bao-Liang Z, Wei L, Hai-Mei L, Qian-Qian Z, Xiao-Ge L, Wen-Tian L, 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.* 2020;16(10):1745–52. doi: 10.7150/ijbs.45221
16. Alsan M, Stantcheva S, Yang D, Cutler D. Disparities in Coronavirus 2019 Reported Incidence, Knowledge, and Behavior Among US Adults. *JAMA Network Open.* 2020;3(6):e2012403. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.12403
17. Candiotti M, Villanueva LF. Nivel de conocimiento de los protocolos de bioseguridad para la prevención covid-19 en los comerciantes del mercado mayorista de Santa Anita. [Tesis de título]. Lima: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad María Auxiliadora; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/343>
18. Merino H, Ortiz KJ. Nivel de conocimiento de los protocolos de bioseguridad frente al covid 19 en los comerciantes del mercado del pueblo de Chiclayo 2020. [Proyecto de trabajo de investigación]. Lima: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad María Auxiliadora; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/314>
19. Ruiz-Aquino M, Díaz-Lazo A, Ortiz-Aguí M. Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social. *Rev Cubana de Enfermer;* 2020; 36e4251. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4251/672>
20. Redacción EC. Coronavirus en Perú: detuvieron a 97 personas en discoteca de Los Olivos [Internet]. *El Comercio.* 2021 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/coronavirus-en-peru-detuvieron-a-97-personas-en-discooteca-de-los-olivos-nnc-noticia/>
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lambayeque: Resultados definitivos – Tomo I [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2018 [citado el 7 de septiembre del 2022]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1560/14TOMO_01.pdf

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lambayeque: Compendio estadístico [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2021 [citado el 9 de marzo del 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4241762/Compendio%20Estad%20C3%ADstico%20Lambayeque%202021.pdf>
23. Peralta YJ, Romero AL. Plan estratégico para el desarrollo territorial del sector turismo del distrito de Monsefú. [Tesis de título]. Lambayeque: Facultad de ingeniería, arquitectura y urbanismo, Universidad Señor de Sipán; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/4080>
24. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional COVID-19. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021 [citado el 7 de septiembre del 2022]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/SALASITUACIONALCOVID19/MODELOFINALL?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=es&:publish=yes&:loadOrderID=0
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población que utiliza internet incrementó frecuencia de uso [Internet]. 2014 [citado el 14 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-que-utiliza-internet-incremento-frecuencia-de-uso-8275/>
26. Gobierno del Perú. Siete de cada diez peruanos son solteros, según su DNI [Internet]. 2023 [citado el 14 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/reniec/noticias/864675-siete-de-cada-diez-peruanos-son-solteros-segun-su-dni>

27. Friedrich Ebert Stiftung. El centralismo, la concentración y la pandemia [Internet]. 2021 [citado el 27 de febrero del 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=el+centralismo%2C+la+concentracion+y+la+pandemia&rlz=1C1ALOY_esPE943PE943&oq=el+centralismo%2C+la+concentracion+y+la+pandemia&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRigATIHCAlQIRigAdIBCDYxNDIqMGo0qAIAAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
28. OPS/OMS. Las redes sociales y COVID-19: la contribución de BIREME. [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2020-redes-sociales-covid-19-contribucion-bireme>
29. Romero SA, Cuadra FR, Castrillo A, Duarte A, Blass G. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre COVID-19 en pobladores del barrio Carlos Núñez, Managua-Nicaragua, 2020. *Revista Ciencias de la Salud y Educación Médica*. 2021;3(4):47–56. Disponible en: <https://revistacienciasmedicas.unan.edu.ni/index.php/rcsem/article/view/94>
30. Paucar F, Rodriguez EI, Montalvo S, Tapahuasco A, Salazar J, Kamiyama R, et al. Factors associated with the level of knowledge of COVID-19 preventive measures in pregnant and puerpal women in two peruvian communities. *Revi Fac Med Hum*. 2021;21(1):130–137. doi: 10.25176/rfmh.v21i1.3600
31. Asmelash D, Fasil A, Tegegne Y, Yihunie T, Asfaw H, Lake G. Knowledge, Attitudes and Practices Toward Prevention and Early Detection of COVID-19 and Associated Factors Among Religious Clerics and Traditional Healers in Gondar Town, Northwest Ethiopia: A Community-Based Study. *Risk Managment and Healthcare Policy*. 2020;13:2239–2250. doi: 10.2147/RMHP.S277846.
32. Freyermuth MG, Meza JA, Torres GA. COVID-19: conocimientos y explicaciones causales desarrolladas por la población mexicana. *Resultados*

preliminares. Revista del Centro de Investigación de la Universidad la Salle. 2020;14(54):167–200. doi: 10.26457/recein.v14i54.2652

33. Anwar S, Araf Y, Newaz A, Asad M, Hoque N, Sarkar B, et al. Women's Knowledge, Attitude, and Perceptions Toward COVID-19 in Lower-Middle-Income Countries: A Representative Cross-Sectional Study in Bangladesh. *Front Public Health*. 2020;8:571689. doi: 10.3389/fpubh.2020.571689
34. Ferdous Z, Islam S, Sikder T, Mosaddek AS, Zegarra JA. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2020;15(10):e0239254. doi: 10.1371/journal.pone.0239254
35. Alahdal H, Basingab F, Alotaibi R. An analytical study on the awareness, attitude and practice during the COVID-19 pandemic in Riyadh, Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2020;13(10):1446–1452. doi: 10.1016/j.jiph.2020.06.015
36. Pérez-Barrero BR, Gutiérrez-Torres D, Ortiz-Moncada C, González-Rodríguez WC, Cuevas-Gandaria MÁ, Pérez-Barrero BR, et al. Nivel de conocimientos sobre la COVID-19 en pacientes con urgencias estomatológicas. *Rev Inf Cient*. 2021;100(4):e3467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Jaimes MD, Ventura CA. Nivel de conocimiento básico sobre la covid-19 del personal de salud de cirugía de un hospital docente nivel III-1 en Lima, Perú. [Tesis de título]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/343>
38. Tenelanda D, Guerrero D, Moscoso P, Albán C. Nivel de conocimiento sobre COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. *Revista Científica de FAREM-Estelí*. 2021;10(37):2-16. doi: 10.5377/farem.v0i37.11209

39. Mejía-Alvarado CA, Guillén-Cadena DM, Barrón-Colin M. Social perception of SARS-CoV-2 in the view of a rural community. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2022;77–85. Disponible en: <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>
40. Ruiz M, Díaz AV, Ubillús M, Aguí AK, Rojas V. Percepción de conocimientos y actitudes frente a COVID-19 en un grupo de ciudadanos de la zona urbana de Huánuco. *Rev Fac Med Hum.* 2021;21(2):292–300. doi: 10.25176/rfmh.v21i1.3352
41. Redacción GESTIÓN. COVID-19: Los ministros en el sector Salud en medio de la crisis por el coronavirus [Internet]. *GESTIÓN.* 2021. [citado el 8 de enero del 2024]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/politica/covid-19-los-ministros-en-el-sector-salud-en-medio-de-la-crisis-por-el-coronavirus-fotos-nndc-noticia/>
42. Redacción RPP. ¿Por qué tenemos un sistema de salud fragmentado y qué se debe hacer para unificarlo? [Internet]. *RPP Noticias.* 2021. [citado el 8 de enero del 2024]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/por-que-tenemos-un-sistema-de-salud-fragmentado-y-que-se-debe-hacer-para-unificarlo-noticia-1338135>
43. Redacción IPE. Inversión de pandemia [Internet]. Instituto Peruano de Economía. 2021 [citado el 8 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/inversion-de-pandemia-salud/>
44. Fiestas F, Granda J, Rodríguez N, Pérez L. Conocimientos, actitudes y prácticas del COVID-19 en pacientes de Puestos de salud, Ciudad Eten y Mochumí - Marzo 2021. [tesis de título]. Chiclayo: Facultad de Medicina Humana, Universidad Pedro Ruiz Gallo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9233>
45. Redacción USAT. El Estado peruano frente a la pandemia [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2020 [citado el 8 de enero del 2024]. Disponible en: <http://www.usat.edu.pe/articulos/el-estado-peruano-frente-a-la-pandemia/>

46. Aguilar P, Becerra A, Jesús G, Ñique M. Conocimientos y actitudes frente a la vacuna contra el Covid-19. *Rev Fac Med Hum.* 2022;22(2):244–51. doi: 10.25176/rfmh.v22i2.434
47. Plasencia TM, Aguilera R, Almaguer LE. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. *Rev Haban Cienc Med.* 2020;19(1):e3389. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3389>
48. Rios CM. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 en paraguayos el periodo de brote: una encuesta rápida en línea. *Revista de salud publica del Paraguay.* 2020;10(2):17–22. doi: 10.18004/rspp.2020.diciembre.17
49. Redacción ILOSTAT. El COVID-19 hace subir los precios de los alimentos en todo el mundo [Internet]. International Labour Organization. 2020 [citado el 27 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://ilostat.ilo.org/es/covid-19-is-driving-up-food-prices-all-over-the-world/>
50. Chacón FR, Doval JM, Rodríguez VI, Quintero A, Mendoza DL, Mejía MD, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 among patients at Hospital Universitario de Caracas triage tent: A cross-sectional study. *Biomédica.* 2021;41(Sp. 2):48–61. doi: 10.7705/biomedica.5808.
51. Ruiz M, Diaz AV, Llanos MI, Arroyo H. Conocimientos sobre COVID-19 y su asociación con inadecuadas prácticas de prevención: estudio transversal en Perú. *Kasmera.* 2022;50:e5036936–e5036936. doi: 10.5281/zenodo.6550877
52. Gao H, Hu R, Yin L, Yuan X, Tang H, Luo L, et al. Knowledge, attitudes and practices of the Chinese public with respect to coronavirus disease (COVID-19): an online cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1816. doi: /10.1186/s12889-020-09961-2
53. Beltrán MA, Basombrío AM, Gagliolo AA, Leroux CI, Masso MF, Quarracino C, et al. Knowledge, attitudes, and practices about COVID-19 in Argentina. A

cross-sectional study. *Medicina (B Aires)*. 2021;81(4):496–507. Disponibles en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453791/>

54. Fernandez-Guzman D, Soriano-Moreno DR, Ccami-Bernal F, Velasquez-Fernandez R, Morocho-Alburqueque N, De-Los-Rios-Pinto A, et al. Factors associated with prevention practices against COVID-19 in the Peruvian population: Disparities between rural and urban areas. *PLoS One*. 2022;17(5):e0267625. doi: 10.1371/journal.pone.0267625
55. Zila-Velasque JP, Grados-Espinoza P, Quispe-Chura K, Valdiviezo-Morales CG, Diaz-Vélez C, Valladares-Garrido MJ. Prevalence and factors associated with food insecurity in eight high-altitude cities in Peru during the second wave of the COVID-19 pandemic: a retrospective, cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1962. doi: 10.1186/s12889-022-14372-6.
56. Yupari-Azabache IL, Bardales-Aguirre LB, Barros-Sevillano S, Díaz-Ortega JL. Conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente a segunda ola del COVID-19. *Revista MVZ Córdoba*. 2022;27(1):e2467–e2467. doi: 10.21897/rmvz.2467
57. Ngwewondo A, Nkengazong L, Ambe LA, Ebogo JT, Mba FM, Goni HO, et al. Knowledge, attitudes, practices of/towards COVID 19 preventive measures and symptoms: A cross-sectional study during the exponential rise of the outbreak in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(9):e0008700. doi: 10.1371/journal.pntd.0008700

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario

Estudio: “Comparación del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la COVID-19 entre pobladores de Monsefú y Chiclayo, año 2021”

Instrucciones. La presente encuesta sirve para determinar las expectativas con respecto a la prevención de la COVID-19 en las poblaciones encuestadas del distrito de Monsefú y Chiclayo 2021.

Se solicita contestar las preguntas con criterio y con seriedad conveniente.

I. Datos generales

- a. Edad:
- b. Estado civil:
- c. Distrito:

II. Cuestionario

Dimensión: Conocimiento

1. Marque el virus que considera es el causante del COVID-19

- a. SARS – Cov19
- b. Virus COVID-19
- c. SARS – Cov2
- d. MERS – CoV
- e. Todas las anteriores

2. Para prevenir la infección por COVID-19, las personas deben:

- a. Evitar lugares concurridos
- b. Usar mascarillas y protectores faciales
- c. Uso de alcohol en gel
- d. Mantener el distanciamiento mínimo de 1.5m
- e. Todas las anteriores

- 3. La principal forma de contagio del COVID-19 es a través de:**
- a. Trasmisión fecal – oral
 - b. Ingesta de murciélagos
 - c. Gotitas expulsadas al toser o estornudar
 - d. Objetos y superficies contaminadas
 - e. Ninguna de las anteriores
- 4. Aproximadamente los síntomas propios de la COVID-19 se manifiestan a los días después de la infección**
- a. 1-3 días
 - b. 5-7 días
 - c. 9 – 30 días
 - d. 15- 28 días
 - e. 2-14 días
- 5. Los principales signos y síntomas clínicos de COVID-19 son:**
- a. Fiebre, fatiga, dolores musculares, tos seca, pérdida de gusto y pérdida de olfato.
 - b. Fiebre, pérdida del gusto, dolor de cabeza, pérdida de olfato y tos seca.
 - c. Fiebre, pérdida de olfato, diarrea y dolores musculares.
 - d. Fiebre, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y dolor de cabeza.
 - e. Fiebre, rinorrea, dolor de cabeza, pérdida de peso y pérdida del gusto.
- 6. ¿Cuándo considera que un paciente con COVID leve debe acudir a un establecimiento de salud?**
- a. Cuando tiene fiebre
 - b. Cuando recién se estable el diagnóstico
 - c. Cuando la saturación de oxígeno es menor a 94%
 - d. Cuando tiene la piel amarilla
 - e. Cuando tiene tos con flema
- 7. Es la mejor prueba diagnóstica en fase aguda para COVID-19**
- a. Análisis de orina
 - b. Análisis de sangre

- c. Radiografía abdominal
- d. Prueba molecular
- e. Prueba de aliento

8. Factores de riesgo para desarrollar COVID-19 grave:

- a. Edad avanzada
- b. Otras enfermedades como diabetes mellitus, tuberculosis, entre otras.
- c. Estar vacunado contra la COVID-19
- d. A y B
- e. Todas desarrollan COVID grave

9. Existe reinfección:

- a. Sí
- b. No

10. ¿De dónde adquirió el conocimiento acerca la COVID-19?

- a. Redes sociales
- b. Familiares
- c. Amigos
- d. Personal de salud
- e. Todas las anteriores

Dimensión: Actitudes

11. ¿Considera que la información disponible sobre la COVID-19 en sociedad peruana es suficiente?

- a. Sí
- b. No

12. ¿Cree que las medidas preventivas adoptadas por el estado peruano son suficiente para el control de la COVID-19?

- c. Sí
- d. No

13. ¿Modificaría su rutina si presentara síntomas gripales?

- a. Sí
- b. No

14. ¿Estaría dispuesto a vacunarse?

- c. Sí
- d. No
- e. Depende de la vacuna

Dimensión: Prácticas

15. En los últimos días, ¿ha ido a algún lugar concurrido?

- a. Sí
- b. No

16. ¿Con qué frecuencia cambia de mascarilla?

- a. Diariamente
- b. Cada 2 días
- c. Cuando está deteriorada (manchada o rota)
- d. Después de usarlo 4h
- e. Después de usarlo 12h

17. ¿Cuánto tiempo dura en lavarse las manos?

- a. 10s
- b. 20s
- c. 30s
- d. 40s
- e. 50s

18. ¿Al estornudar y/o toser se cubre la boca y/o nariz con el antebrazo?

- a. Sí
- b. No

19. ¿Suele bañarse después de haber estado fuera de casa (lugar concurrido)?

- a. Sí

b. No

20. ¿Ha tomado o toma algún medicamento como prevención para la COVID-19?

a. Sí

b. No

Anexo 2: Consentimiento informado (online)

Estimado usuario:

Por favor lea y complete si estuviera de acuerdo.

Este cuestionario tiene el objetivo de comparar del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la COVID-19 entre pobladores de Monsefú y Chiclayo, año 2021. Los datos que nos brinde serán estrictamente confidenciales y no se utilizarán para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

¿Acepta usted participar?

- Sí
- No