

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA**



**CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE
PREVENCIÓN ANTE LA ENFERMEDAD DE COVID-19 EN COMERCIANTES DE
UN MERCADO DE AREQUIPA, 2021**

Tesis presentada por el Bachiller:

MANUEL ANTHONY ALVAREZ ASTETE

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Asesora:

DRA. ZEIDA ANGELA CÁCERES CABANA

AREQUIPA – PERÚ

2022

INDICE

	Pág.
INDICE	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO I	
FUNDAMENTO TEÓRICO	7
CAPITULO II	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
CAPITULO III	
RESULTADOS	19
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN.....	24
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS.....	

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre un buen nivel de conocimientos y un buen nivel de prácticas respecto a la prevención de la enfermedad de COVID-19 en los comerciantes de un Centro de Abastos. **Material y métodos:** Estudio de tipo observacional, analítico y transversal, sobre una población de 500 comerciantes de un Centro de Abastos de Arequipa. Se seleccionó a 180 participantes mediante muestreo por conveniencia a los cuales se le aplicó un cuestionario que recogía sus características sociodemográficas, antecedente de familiar con COVID-19, antecedente personal de COVID-19, nivel de conocimientos y prácticas ante la enfermedad. **Resultados:** Predominaron participantes de 19 - 49 años (74.4%), sexo femenino (76,7%), grado de instrucción secundaria (55%), con antecedente de familiar con COVID-19 (76.1%), con antecedente de COVID-19 (52,8%), buen nivel de conocimientos (76.1%) y regular nivel de prácticas (73.9%). Se encontró asociación entre un buen nivel de conocimientos con edad de 19-49, con grado de instrucción secundaria y con antecedente de familiar con COVID-19 ($p < 0.05$). Sin embargo, no se encontró asociación entre nivel de conocimientos y tipo de prácticas. **Conclusiones:** No se encontró asociación entre un buen nivel de conocimientos y un buen tipo de prácticas.

Palabras clave: COVID-19, coronavirus, prácticas, conocimientos.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between a good level of knowledge and a good level of practices regarding the prevention of COVID-19 disease in the merchants of a food market. **Material and methods:** Observational, analytical and cross-sectional study on a population of 500 merchants of a food center in Arequipa. 180 participants were selected by convenience sampling and a questionnaire was applied to them to collect their sociodemographic characteristics, family history of COVID-19, personal history of COVID-19, level of knowledge and practices regarding the disease. **Results:** Participants were predominantly aged 19-49 years (74.4%), female (76.7%), with a high school education (55%), with a family history of COVID-19 (76.1%), with a history of COVID-19 (52.8%), good level of knowledge (76.1%) and regular level of practices (73.9%). An association was found between a good level of knowledge with age 19-49, with high school education and with a family history of COVID-19 ($p < 0.05$). However, no association was found between level of knowledge and type of practices. **Conclusions:** No association was found between a good level of knowledge and a good type of practices.

Key words: COVID-19, coronavirus, practices, knowledge

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de COVID-19 apareció por primera vez en la ciudad de Wuhan, en la provincia china de Hubei, en diciembre de 2019 (1). Desde entonces, se han notificado grandes brotes en otras provincias chinas y en muchos países cercanos para, con el tiempo, propagarse en todo el mundo. A finales de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció la emergencia de salud pública de interés internacional (2) y más tarde, declaró al COVID-19 una "pandemia mundial" el 12 de marzo de 2020 (3).

Tras la confirmación del primer caso el 06 de marzo de 2020 (4), en el Perú hasta el 19 de abril de 2021 han sido reportados 1,71 millones de casos confirmados, 7 781 contagios diarios y un total de 62 126 fallecidos (5). En la región se encuentra la segunda ola en curso siendo Brasil uno de los más afectados con un total de 13.97 millones de casos confirmados, 65 126 casos nuevos y 2 885 fallecidos diarios (6).

En la actualidad hay una gran competencia entre países por la adquisición de vacunas a nivel mundial. Por ello, hasta que se pueda inmunizar a toda la población en el Perú, se vuelven muy necesarias la aplicación y vigilancia de las medidas preventivas recomendadas por la CDC como el lavado de manos, uso de mascarilla, evitar lugares concurridos y mantenimiento de distanciamiento social de 2 metros (7).

Durante los inicios de la pandemia, para la población resultó muy difícil el acatar estas medidas preventivas por el cambio de hábitos repentino. En los centros de abastos fue donde se evidenciaba la mayor inobservancia debido a que concentran un gran número de personas a diario.

En Arequipa, la plataforma comercial Andrés Avelino Cáceres agrupa alrededor de 500 centros de abastos lo que la hace una de las principales zonas comerciales de la ciudad. Aquí, durante la cuarentena a inicios de la pandemia, se observó que no se mantenía el distanciamiento social, no se utilizaba mascarillas de manera adecuada y no se tenía una buena higiene respiratoria. Es más, a inicios de abril del 2020 se convirtió en uno de los principales focos de contagio por lo que, a pesar de estar considerado como un establecimiento de funcionamiento esencial durante la

cuarentena, la municipalidad de José Luis Bustamante y Rivero ordeno su cierre temporal hasta que se cumplan con todas las normas correspondientes (8).

A la fecha, se encuentra atendiendo con normalidad a condición de cumplir con los protocolos dados por las autoridades y se espera que con la experiencia anterior tengan un mayor apego a las normas preventivas. Sin embargo, se observa que varios de sus establecimientos comerciales aún no cumplen con todas las medidas de prevención (9).

Varios estudios demuestran que el conocimiento público sobre la enfermedad es importante para la adhesión a las medidas preventivas durante pandemias (10). Un ejemplo de ello es el uso de los estudios CAP para el control de la pandemia de gripe porcina de 2009 (11).

Las encuestas CAP, utilizadas en la investigación del comportamiento sanitario, son representativas de una población de estudio específica y se adoptan para recoger información sobre lo que se sabe, se cree y se hace sobre un tema científico. La información obtenida sirve de diagnóstico sobre la educación de la comunidad (12) y es utilizada para modificar las conductas que aumentan el riesgo de enfermar.

Los resultados de esta investigación serán de utilidad para que los dirigentes del centro de abastos y las autoridades municipales coordinen campañas de educación sanitaria sobre la COVID-19 dirigidas a los comerciantes con el fin de corregir concepciones erróneas y mejorar las prácticas de prevención ante ella.

FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas para la prevención de COVID-19 en los comerciantes del Centro de Abastos?

HIPÓTESIS:

Existe asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de las prácticas para la prevención de COVID-19 en los comerciantes del Centro de Abastos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar la asociación entre un buen nivel de conocimientos y un buen nivel de prácticas respecto a la prevención de la enfermedad de COVID-19 en los comerciantes del Centro de Abastos

CAPITULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1.1. CONOCIMIENTO

1.1.1. DEFINICIÓN

El conocimiento es una creencia personal justificada que aumenta la capacidad de un individuo para actuar con eficacia. Esta creencia basada en información procesada de manera personalizada y subjetiva está relacionada a hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones y juicios (que pueden ser o no únicos, útiles, precisos o estructurados) (20).

1.1.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO

Explícito: Se puede expresar a través del lenguaje formal, incluidos enunciados gramaticales, expresiones matemáticas, especificaciones, manuales, etc. y puede ser transmitido fácilmente de un individuo a otro.

Tácito: Resulta difícil de enunciar mediante el lenguaje formal, ya que se trata de lo aprendido gracias a la experiencia personal e involucra factores intangibles como las creencias, el punto de vista propio y los valores (21).

1.1.3. EVALUACION DEL CONOCIMIENTO

Cuestionarios: Son herramientas que permite al científico social plantear un conjunto de preguntas para recoger información estructurada sobre una muestra de personas, utilizando el tratamiento cuantitativo y agregado de las respuestas para describir la población a la que pertenecen o contrastar estadísticamente algunas relaciones entre variables de su interés (22).

Entrevistas: Son procedimientos mediante los que se intenta comprender a los informantes en sus propios términos y cómo interpretan sus propias vidas,

experiencias y procesos cognitivos por lo que se utilizan más en el ámbito de investigación cualitativa (22).

1.2. PRÁCTICAS

1.2.1. Definición

La definición más conocida y clásica es la realizada por Watson, según la cual es “la conducta es lo que el organismo hace o dice, incluyendo bajo esta denominación tanto la actividad externa como la interna”. Admitiendo dentro de esta acepción también la existencia de otros tipos de actividad del organismo, como la emocional (23). Para Hayes el comportamiento no puede ser definido únicamente en función de la respuesta o actividad del sujeto, sino que también debe ser considerado el contexto medioambiental en el que se produce (24).

1.2.2. Medición de la practica

Para la medición de la práctica se utiliza la observación que es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, informar y registrarla para su posterior análisis. Existen dos técnicas de observación (25).

- Observación Directa: cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.
- Observación Indirecta: cuando el investigador entra en conocimiento del hecho o fenómeno observando a través de las observaciones realizadas anteriormente por otra persona.

1.3. ENFERMEDAD DE COVID-19

1.3.1. DEFINICIÓN

La COVID-19 se define como aquella enfermedad infecciosa nueva producida por el virus SARS-CoV-2 identificada por primera vez en medio de un brote de casos de enfermedades respiratorias en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China (1).

1.3.2. Ruta de transmisión

El principal modo en que las personas se infectan con el SARS-CoV-2 es a través de la exposición a gotitas respiratorias portadoras del virus infeccioso (generalmente en un espacio de 2 metros). Otros métodos incluyen la transmisión por contacto (p. ej., estrechar la mano) y la transmisión aérea de gotitas que permanecen en el aire a largas distancias (generalmente más de 2 metros) (26, 27). El virus liberado en las secreciones respiratorias (por ejemplo, al toser, estornudar o hablar) puede infectar a otros individuos a través del contacto con las membranas mucosas y también si uno se toca los ojos, la nariz o la boca después de haber estado en contacto con una superficie contaminada, aunque se cree que estas no son una vía de transmisión importante (28). Además, se señala que los lugares concurridos, cerrados y con menor ventilación incrementan bastante el riesgo de contagio (27).

1.3.3. GRUPOS DE RIESGO

Edad avanzada

Las personas de cualquier edad pueden contraer la infección por SARS-CoV-2, aunque los adultos de mediana edad y mayores son los más comúnmente afectados, y los adultos mayores tienen más probabilidades de padecer una enfermedad grave (29, 30).

Comorbilidades

Las comorbilidades y otras condiciones que se han asociado con enfermedades graves y mortalidad incluyen (31): Embarazo, Enfermedad cardiovascular, diabetes

mellitus, hipertensión, enfermedad pulmonar crónica, cáncer (en particular, neoplasias malignas hematológicas, cáncer de pulmón y enfermedad metastásica), enfermedad renal crónica, obesidad y tabaquismo.

Contexto socioeconómico y sexo

Los hombres presentan un gran número de casos críticos y muertes a nivel mundial. Además, en los Estados Unidos y el Reino Unido se ve que la población negra, hispana y asiática también presentan un desproporcionado número de infecciones y muertes probablemente asociados a desigualdades en los determinantes de la salud. (32)

1.3.4. CLÍNICA (33)

Se sospecha de COVID-19 si se presenta lo siguiente:

- Persona que presente dos o más de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, congestión nasal, fiebre. Y además dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas:
- Contacto directo con un caso confirmado de infección por COVID-19.
- Residencia o historial de viaje a ciudades del Perú con transmisión comunitaria de COVID-19
- Historial de viaje fuera del país.
- Síntomas de gravedad: Fiebre superior a 38°C, tos, dificultad respiratoria y que requiere hospitalización.

1.3.5. TRATAMIENTO (34)

Actualmente se están realizando una reorientación de drogas con el fin de identificar nuevos usos para drogas ya aprobadas por autoridades sanitarias para así acortar los plazos y los costos de investigación.

Entre los fármacos revisados se encuentran la hidroxicloroquina, lopinavir, remdesivir, ivermectina (ampliamente usada en el Perú) entre otros, sin embargo, hasta la fecha no existe un tratamiento específico contra la COVID-19.

1.4. PREVENCIÓN

1.4.1. Definición

Medidas que se toman para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección. (35)

1.4.2. Medidas preventivas contra el COVID-19 (36)

A nivel individual se recomienda:

- El uso correcto y constante de las mascarillas para reducir la transmisión respiratoria del SRAS-CoV-2. Para preservar el suministro de respiradores N95 para los trabajadores de la salud y otros primeros auxilios médicos, los CDC recomiendan máscaras de tela de múltiples capas no validadas o máscaras desechables no médicas para uso comunitario. Las que deberán ser adecuadamente lavadas o cambiadas en el caso de que estén en mal estado
- Mantenimiento de la distancia física (≥ 2 metros) ya que reduce el riesgo de infección por el SARS-CoV-2 mediante la exposición a gotitas respiratorias y aerosoles infecciosos y es importante. Ciertas costumbres como el saludo con beso y con la mano deben ser evitados a fin de poder mantener el distanciamiento físico.
- Evitar los espacios concurridos. Los eventos con gran afluencia de público en lugares al aire libre se han vinculado a la propagación del SARS-CoV-2,
- En el caso de los espacios interiores, se debe aumentar la ventilación del aire de la habitación para reducir la concentración de pequeñas gotitas y partículas portadoras de virus infecciosos en suspensión en el aire y, por consiguiente, presumiblemente reducir el riesgo de transmisión.
- Mejorar la higiene de las manos y la limpieza y desinfección. Ello incluye lavarse las manos con agua y jabón o utilizar un desinfectante para manos a base de alcohol. Lavarse las manos elimina mecánicamente los patógenos, y los datos de laboratorio demuestran que los desinfectantes para manos que contienen al menos un 60% de alcohol inactivan el SARS-CoV-2.

1.5. ANTECEDENTES

1.5.1. INTERNACIONALES

- Carsi T. et al (13) en abril del 2020 en el estudio “Pandemia de COVID-19: Conocimientos y actitudes en mercados públicos en la antigua provincial de Katanga de la República Democrática del Congo” de tipo transversal con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre riesgo de contagio de COVID-19 entre el público asistente a mercados públicos de República Democrática del Congo. Mediante una encuesta encontraron que sólo el 30% de los participantes tenía un buen nivel de conocimientos sobre el COVID-19. No observaron ni utilización de mascarilla ni el respeto del distanciamiento social.
- Habib MA et al (14) en marzo del 2020 en su estudio realizado en pobladores del norte de Nigeria buscaron evaluar el nivel de conocimientos, actitudes, tipo de prácticas preventivas ante la COVID-19 y los factores predictores de buen nivel de conocimiento. Mediante una encuesta encontraron que el 69.53% tenía un bajo nivel de conocimientos y el 74.04% realizaban malas prácticas preventivas. Concluyeron que no hay relación entre el nivel de conocimientos y tipo de prácticas preventivas.
- Kazemy ZA et al (15) en marzo del 2020 en el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas frente al COVID-19 en egipcios” de tipo transversal y descriptivo buscaron determinar el nivel de conocimientos actitudes y prácticas frente al COVID-19 en egipcios. Aplicando una encuesta en línea, encontraron que el 70.2% presentaba nivel de conocimientos satisfactorios y el 50.8% tenía malas prácticas preventivas. Concluyeron que el bajo nivel de conocimientos se asociaba a un bajo nivel de instrucción y las malas prácticas preventivas están asociadas una edad joven y bajo nivel de instrucción.

- Ferdous M et al (16) en marzo del 2020 realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas ante el COVID-19 durante su brote en Bangladesh. Mediante una encuesta en línea, encontraron que el 51.7% de los participantes tenían un conocimiento inadecuado y el 55.1% tenían mejores prácticas preventivas sobre el COVID-19. Concluyeron que los factores asociados a mejores prácticas preventivas son ser mujer, tener mejor educación y que no hay relación entre conocimientos y prácticas preventivas.
- Azlan AA. et al (17) en abril del 2020 realizaron un estudio transversal con el fin de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas ante la COVID-19 entre los pobladores de Malasia. A través de una encuesta en línea encontraron que el 77.2% tuvo un nivel aceptable de conocimientos, siendo las mujeres, los mayores de 50 años y las personas de mejores ingresos económicos los que respondieron mejor a las preguntas de conocimientos. El 83.4% evitaba los lugares concurridos, el 48.8% no utilizaba mascarilla y el 87.8% realizaba una adecuada higiene de manos. Sin embargo, se vió que los participantes con buen nivel de conocimientos no evitaron los lugares concurridos ni utilizaron mascarilla una semana antes que se declararan las restricciones sociales. Concluyeron que los malayos tienen un buen nivel de conocimientos.
- Masoud A. et al (18) en mayo del 2020 realizaron un estudio multinacional con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas ante la COVID-19 en diferentes países y determinar los factores que influyen las prácticas de prevención. Mediante una encuesta virtual, encontraron que el 62.7% presentaba un conocimiento regular, siendo este más alto entre las mujeres, residentes de zonas urbanas con alto nivel educativo. Asimismo, la mayoría presentó buenas prácticas las cuales se vieron influidas de manera positiva por los factores antes mencionados. Sin embargo, se vio que las personas que ya habían tenido COVID-19 presentaban bajos niveles de conocimientos y malas prácticas preventivas. Concluyeron que el nivel de

conocimientos esta correlacionado positivamente con el tipo de prácticas preventivas.

1.5.2. NACIONALES

- Mely R. y cols. (19) realizaron un estudio en un grupo de ciudadanos de la zona urbana de Huánuco buscando evaluar la percepción de conocimientos y actitudes frente a la COVID-19. Mediante una encuesta virtual encontraron que el 62.5% tenía un bajo nivel de conocimientos. Solo el grado de instrucción presentó relación significativa con el nivel de conocimientos. Concluyeron que existe una relación inversa entre los conocimientos y las actitudes frente a la COVID-19.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1. AMBITO Y LUGAR:

El presente estudio se realizó en un Centro de Abastos de la plataforma comercial Andrés Avelino Cáceres durante octubre de 2021.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estuvo conformado por 180 comerciantes del Centro de Abastos los cuales cumplieron con los criterios de elegibilidad

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

- De ambos sexos
- De 18 a 65 años
- Que hablen español

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no otorgue consentimiento para su participación.
- Que no complete el cuestionario
- Que tenga familiares que trabajen como personal de salud.

2.3 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

2.3.1. TIPO DE ESTUDIO:

Es observacional, prospectivo y transversal según D. Altman (37).

2.3.2. TIPO DE MUESTRA:

Por conveniencia

2.3.3. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Se coordinó con la dirigencia del Mercado Nueva Esperanza la autorización para la aplicación del cuestionario sobre conocimientos y prácticas. Posteriormente a ello se comunicó a los comerciantes mediante megáfono la fecha y hora del estudio. El día del estudio se le informó a cada uno de los participantes el objetivo del estudio, se le solicitó el consentimiento informado (ANEXO N°1) y se procedió a aplicar el instrumento.

La técnica de recolección de datos fue la entrevista, la cual consta de tres partes:

a) FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO N°2)

Registró los datos sociodemográficos como edad, sexo, grado de instrucción, antecedente de COVID-19 y antecedente de familiar con COVID-19.

b) INSTRUMENTO

- Cuestionario: Conocimientos de COVID-19 (ANEXO N°3)

Este cuestionario fue elaborado por Castañeda S (38) el cual fue validado y cuenta con un KR20 de 0.839. Consta de 20 preguntas agrupadas en 4 dimensiones, cada pregunta mantiene 4 alternativas múltiples donde las respuestas de los participantes se registran en dos categorías:

- Correcto: cuando el comerciante evidenciaba un conocimiento certero sobre la interrogante planteada y de esta manera reconoce la alternativa o todas las correctas, por tanto, recibe 1 punto por cada pregunta acertada.
- Incorrecto: cuando el comerciante desconocía sobre el tema, por ello muestra un conocimiento errado o no reconoce ninguna de las alternativas, al que se le asignó 0 puntos.

De acuerdo con este instrumento los puntajes correspondían:

- de 0-12 a un nivel de conocimiento malo/regular,
- de 13-20 a un nivel de conocimiento alto.

- Prácticas de prevención (ANEXO N°4)

Las prácticas de prevención fueron elaboradas por Akalu Y et al. (39), fue validado y cuenta con un alfa de Cronbach de 0.795. Este cuestionario ha sido traducido y adaptado para la población de estudio. Comprende 15 preguntas concernientes a prácticas de prevención, se asignó una puntuación de 1 si el encuestado seleccionaba una respuesta que reflejaba una buena práctica y 0 a la respuesta que reflejaba una mala práctica.

La puntuación global de la práctica se clasificó de la siguiente forma:

- buenas si la puntuación estaba entre el 80 y el 100% (12-15 puntos)
- malas/regulares si la puntuación era inferior al 79% (<11,9 puntos)

2.3.5. ANALISIS ESTADISTICO

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones.

Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics.

Para determinar la asociación se utilizó Chi cuadrado

Se consideraron estadísticamente significativos los valores que obtengan un $p < 0.05$.

2.3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se respetaron los principios éticos de autonomía, ya que la participación del estudio será de forma voluntaria, teniendo la libertad de retirarse en cualquier momento, si así lo decidiera el participante; además se conservó la confidencialidad de los datos. Para preservar la beneficencia, se informó sobre el objetivo del presente estudio, el cual es de utilidad para toda la población estudiada. Este estudio no representó ningún riesgo para el participante, respetando la no maleficencia. Todos los participantes fueron tratados de forma igualitaria, cumpliendo con el principio de justicia. Habiendo informado todo ello, se le solicitó al participante su consentimiento informado (ANEXO N°1)

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA 1

DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

		FRECUENCIA	
		N°	%
EDAD	19 A 49 AÑOS	134	74.4
	50 A MÁS	46	25.6
SEXO	FEMENINO	138	76.7
	MASCULINO	42	23.3
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ILETRADO O PRIMARIA	23	12.8
	SECUNDARIA	99	55.0
	SUPERIOR	58	32.2
ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON COVID-19	NO	40	22.2
	SI	140	77.8
ANTECEDENTE DE COVID-19	NO	95	52.8
	SI	85	47.2

TABLA 2

**FRECUENCIA DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ANTE
LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN**

		FRECUENCIA	
		N°	%
CONOCIMIENTO	REGULAR	43	23.9
	BUENO	137	76.1
PRACTICAS	REGULARES	133	73.9
	BUENAS	47	26.1

TABLA 3

RELACIÓN DE CONOCIMIENTOS CON EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, ANTECEDENTE FAMILIAR CON COVID-19 Y ANTECEDENTE DE COVID-19

	CONOCIMIENTO				TOTAL	
	REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
19-49	24	17,9	110	82,1	134	100,0
50 A +	19	41,3	27	58,7	46	100,0
	X²=10.307		p=0.001			
SEXO						
FEMENINO	34	24.6	104	75.4	138	100,0
MASCULINO	9	21.4	33	78.6	42	100,0
	X²=0.182		p=0.669			
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
ILETRADO O PRIMARIA	10	43.5	13	56.5	23	100,0
SECUNDARIA	18	18.2	81	81.8	99	100,0
SUPERIOR	15	25.9	43	74.1	58	100,0
	X²=6.752		p=0.034			
ANTECEDENTE FAMILIAR COVID-19						
NO	15	37.5	25	62.5	40	100,0
SI	28	20.0	112	80.0	140	100,0
	X²=5.240		p=0.022			
ANTECEDENTE COVID-19						
NO	22	23.2	73	76.8	95	100,0
SI	21	24.7	64	75.3	85	100,0
	X²=0.059		p=0.808			
TOTAL	43	23,9	137	76,1	180	100,0

TABLA 4

RELACIÓN DE PRÁCTICAS CON EDAD, SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, ANTECEDENTE FAMILIAR CON COVID-19 Y ANTECEDENTE DE COVID-19

	PRÁCTICAS				TOTAL	
	REGULARES		BUENAS		N	%
	N	%	N	%		
EDAD						
19-49	99	73.9	35	26.1	134	100.0
50 A +	34	73.9	12	26.1	46	100.0
	X²=0.000 p=0.997					
SEXO						
FEMENINO	99	71.7	39	28.3	138	100.0
MASCULINO	34	81.0	8	19.0	42	100.0
	X²=1.417 p=0.234					
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
ILETRADO O PRIMARIA	19	82.6	4	17.4	23	100.0
SECUNDARIA	71	71.7	28	28.3	99	100.0
SUPERIOR	43	74.1	15	25.9	58	100.0
	X²=1.150 p=0.563					
ANTECEDENTE FAMILIAR COVID-19						
NO	32	80.0	8	20.0	40	100.0
SI	101	72.1	39	27.9	140	100.0
	X²=0.995 p=0.318					
ANTECEDENTE COVID-19						
NO	69	72.6	26	27.4	95	100.0
SI	64	75.3	21	24.7	85	100.0
	X²=0.165 p=0.685					
TOTAL	133	73.9	47	26.1	180	100.0

TABLA 5

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE PREVENCIÓN

	PRÁCTICAS				TOTAL	
	REGULARES		BUENAS		N°	%
	N°	%	N°	%		
CONOCIMIENTOS						
REGULAR	35	81.4	8	18.6	43	100.0
BUENO	98	71.5	39	28.5	137	100.0
TOTAL	133	73.9	47	26.1	180	100.0

$X^2=1.650$ $p=0.199$

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En la **tabla 1** se estudian las características sociodemográficas de la población.

La población del presente estudio estuvo conformada por 180 comerciantes del centro de abasto, la mayoría de los cuales corresponde a una edad de 19 a 49 años (74.4%), de sexo femenino (76.7%) con secundaria completa (52.8%), el 77.8% reporta tener al menos un familiar que padeció COVID-19 y el 47.2% menciona haberlo padecido. El ser menor de 50 años, ser de sexo femenino y tener educación regular completa estaría asociado a menor riesgo de formas graves de COVID-19.

En la **tabla 2** se evalúa el nivel de conocimientos y el tipo de prácticas de la población. Se observa que el 76.1 % de los comerciantes presenta un buen nivel de conocimientos, lo que puede deberse a durante estos dos años de pandemia se han recibido información de la radio y de la televisión, así como las experiencias que han compartido tanto personales como de familiares y de compañeros de trabajo. Se esperaría que incluso tuvieran un mejor nivel de conocimientos por la etapa de la pandemia en la que nos encontramos sin embargo ello se vería limitado por el poco tiempo libre con el que cuentan ya que trabajan de lunes a domingo de 5 am a 8 pm y no cuentan con más medios para informarse que los antes mencionados. Estos resultados son similares al estudio en línea realizado por Habib MA en Nigeria, que observó 69.53% de los participantes tenía un buen nivel de conocimientos. Así mismo, Kazemy ZA et al encontraron que el 70.2% de los egipcios participantes presentaba un nivel satisfactorio de conocimientos. Masoud A. et al encontraron en su estudio realizado en que el 62.7% también tuvo un buen nivel de conocimientos. Azlan AA observo también un 77.2% en pobladores de Malasia A diferencia de lo encontrado por Mely R y colaboradores en su estudio realizado en pobladores de Huánuco donde solo el 37.5% tenía un buen nivel de conocimientos. También contrasta con el 30% de buen nivel de conocimientos encontrado por Carsi T et al en comerciantes de un mercado publico la República del Congo. Y con el 48.3 % de conocimiento adecuado

encontrado por Ferdous M. mediante un estudio en línea de Bangladesh. Cabe resaltar que estos estudios fueron realizados a inicio de la pandemia por lo que el tiempo es un factor a tomar en cuenta al observar el nivel de conocimientos actual.

Con respecto al tipo de práctica se observa que el 26.1% de los comerciantes presentan buenas prácticas de prevención. Este resultado sorprende ya que de acuerdo a otros estudios el nivel de conocimientos debería ir de la mano del nivel de prácticas por lo que en esta situación parecen existir factores que impiden esto. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Habib MA que observo que el 25.96% de los participantes tenían buenas practicas preventivas. Sin embargo, difiere con lo hallado en el estudio en línea de Ferdous M en Bangladesh donde se vió que el 55.1% de los participantes presentaba buenas practicas preventivas. También contrasta con el estudio KAP global de Masoud et al donde se vio un puntaje medio de prácticas del 12.12/14. Es importante señalar que todos estos estudios se realizaron entre marzo y junio del 2020 por lo que en el caso del presente estudio se esperaría una mejora de las practicas por el tiempo transcurrido.

En la **tabla 3** se estudia la relación entre las características de la población y el nivel de conocimientos

Se observó una relación entre ser menor de 50 años con tener un buen nivel de conocimientos. Esto se explicaría porque los más jóvenes tienen un mejor manejo de los medios de comunicación, así como mayor uso de redes sociales e internet, además presentan un mayor interés por la enfermedad ya que serían los más interesados en saber si se pueden o no realizar reuniones sociales. Sin embargo, estos resultados difieren con el estudio de Azlan AA et al quienes encontraron asociación entre ser mayor de 50 años y un buen nivel de conocimientos. Esto se vería influido por que también dicho grupo etáreo era el que se encontraba en mejor situación socioeconómica la cual también influía en un mejor nivel de conocimientos. Dicho factor no ha sido tomado en cuenta en este estudio.

También se observó que un grado de instrucción secundaria estaría relacionado con un buen nivel de conocimientos. Esto se explicaría porque al tener un mejor nivel de

instrucción manejan mejor la información que reciben de los medios de comunicación además de una mejor noción de las enfermedades. Estos resultados son similares a los encontrados por Masoud et al en su estudio Kap global que encontró asociación entre un alto nivel educativo y un buen nivel de conocimientos.

El antecedente de tener un familiar que haya sufrido COVID-19 también se encuentra asociado a un mejor conocimiento lo cual se explicaría ya que los comerciantes se guiarían de las experiencias de familiares, amigos y compañeros de trabajo para enterarse de la gravedad de la enfermedad, síntomas y en consecuencia conocer formas para poder prevenirlo.

En la **tabla 4** se muestra que no hay relación alguna entre las características de la población en relación con el tipo de prácticas de prevención.

En la **tabla 5** no se observa relación entre el nivel de conocimientos y el tipo de prácticas. De acuerdo a otros estudios un mejor nivel de conocimientos debería estar asociado a buenas prácticas de prevención por lo que las campañas de promoción y prevención se enfocan en educar a la población con el fin de disminuir los contagios. Estrategia que ha sido probada útil en otras pandemias. Sin embargo, en la población estudiada se observa la persistencia de regulares prácticas a pesar de un buen nivel de conocimientos, lo que sugeriría que existan otros factores que estén influyendo en la adherencia a dichas medidas preventivas.

Esto se explicaría porque a pesar de las constantes campañas de difusión sobre la COVID-19, el ambiente en el que trabajan no permitirían una mayor adherencia a las medidas de prevención; En primer lugar, el desorden de los alrededores del centro de abastos con presencia de vendedores ambulantes y aglomeración de personas en sus entradas y salidas dificultaría el mantenimiento del distanciamiento social. En segundo lugar, las ganancias diarias del comerciante se ven afectados por qué tan rápido atienden a los clientes, sin embargo, los protocolos de distanciamiento social retrasan el aflujo de clientes por lo que se prioriza las ganancias sobre la bioseguridad.

Por último, se sabe que, aunque han habido ordenanzas del gobierno poniendo exigencias mínimas para la atención, estas solo son cumplidas los primeros días y

después son dejadas de lado. Eso se evidencia en los cierres temporales que tuvo el centro de abastos durante los meses previos al estudio y la persistencia de las prácticas regulares a pesar de haber tenido que cumplir con los protocolos para volver a entrar en funcionamiento. Tras dos años de pandemia es usual escuchar a los comerciantes estar cansados del uso de mascarillas y del cambio a veces repentino de políticas y protocolos sanitarios por el gobierno sin entender muy bien el por qué. Esto se evidencia cuando los comerciantes tratan de buscar el momento para quitarse la mascarilla ya que dicen que les causa incomodidad.

Por todo esto es que cualquier medida de prevención a aplicar en esta población tiene que tomar en consideración las condiciones sociales y culturales, entendiendo que no se debe limitar las ganancias diarias y respetando los horarios diarios de trabajo. Se observaron iniciativas como la distribución de alimentos en vecindarios con mercados itinerantes dependientes de este centro de abastos lo cual podría ser una buena opción para reducir el hacinamiento de estos establecimientos sin afectar el trabajo de los comerciantes.

Cabe resaltar que este estudio está limitado para evaluar el estado actual de los conocimientos y prácticas preventivas sobre el COVID ya que se usó un instrumento diseñado para evaluarlos a inicios de la pandemia, al ser una enfermedad nueva toda información de ese entonces ha ido cambiando con el paso del tiempo. Por lo que sería recomendable la elaboración de uno que contenga datos y recomendación actualizados. Tampoco se ha evaluado la relación entre la vacunación, los conocimientos y las prácticas con respecto a la COVID-19.

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIÓN:

Un buen nivel de conocimientos no está asociado a buenas prácticas para la prevención de COVID-19 en los comerciantes del Centro de Abastos.

5.2. RECOMENDACIONES

- Elaboración de un instrumento KAP que tome en cuenta el tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia con información actualizada sobre síntomas signos y nuevas variantes
- Evaluar características sociales y culturales que influyan en la adherencia a las medidas preventivas y realizar una mejor difusión de las mismas en función de estas características
- Organizar una red de distribución de abastos focalizada por vecindarios para reducir el nivel de hacinamiento de los mercados, utilizando la tecnología actual de reparto de alimentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen Y-M, Wang W, Song Z-G, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature. [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] 579:265–9. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2008-3>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la salud (OPS). La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional. [internet] [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la salud (OPS). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. [internet] [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
4. Presidente Vizcarra confirma primer caso de coronavirus en Perú. Andina. Agencia Peruana de Noticias. [internet]. 6 de marzo 2020. [Consultado 19 abril de 2021]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-presidentevizcarra-confirma-primer-caso-coronavirus-peru-787293.aspx#>
5. Sala situacional covid-19. Minsa. [internet] [consultado el 19 abril de 2021] Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
6. Our World in data: Statistics and Research: Coronavirus Pandemic (COVID-19) [internet] 2021 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
7. CDC. COVID-19. How to protect yourself and others. [internet] [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
8. Plataforma Avelino Cáceres seguirá cerrada ante aumento de contagios. El Búho. [internet] 17 junio 2020 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://elbuho.pe/2020/06/plataforma-andres-avelino-seguira-cerrada-ante-aumento-de-contagios/>

9. Arequipa: mercados del Avelino Cáceres no cumplen con protocolos La Republica [internet] 16 abril 2021 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2021/04/16/arequipa-mercados-del-avelino-caceres-no-cumplen-con-protocolos-lrsd/>
10. Chirwa GC. Socio-economic Inequality in Comprehensive Knowledge about HIV in Malawi. *Malawi Med J.* [internet] 2019 [consultado 19 abril de 2021] 31:104–11 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6698630/>
11. Choi JS, Choi JS, Park SM Relationship of nurses' knowledge, attitude and practice in an influenza A (H1N1) base-zone hospital. *J Korean Clin Nurs Res* [internet] 2009 [consultado 19 abril de 2021] 15: 85-94. Disponible en: <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO200908236267859.page>
12. Kaliyaperumal KIEC Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) Study. *AECS Illumination* [internet] 2004 [consultado 19 abril de 2021] 4: 7-9. Disponible en: http://v2020resource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf
13. Carsi Kuhangana, T., Kamanda Mbayo, C., Pyana Kitenge, J., Kazadi Ngoy, A., Muta Musambo, T., Musa Obadia, P. et al. COVID-19 Pandemic: Knowledge and Attitudes in Public Markets in the Former Katanga Province of the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] 17(20):7441. MDPI AG. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7441>
14. Habib MA, Dayyab FM, Iliyasu G, Habib AG Knowledge, attitude and practice survey of COVID-19 pandemic in Northern Nigeria. *PLOS ONE* [internet] 2021 [consultado 19 abril 2021] 16(1):e0245176. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245176>
15. Kasemy ZA, Bahbah WA, Zewain SK, Haggag MG, Alkalash SH, Zahran E, et al. Knowledge, Attitude and Practice toward COVID-19 among Egyptians. *J Epidemiol Glob Health.* [internet] 2020 [consultado 19 abril 2021] 10(4):378-385. Disponible en: <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200909.001>
16. Ferdous MZ, Islam MS, Sikder MT, Mosaddek ASM, Zegarra-Valdivia JA, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An

- online-based cross-sectional study. PLOS ONE [internet] 2020 [consultado 19 abril 2021] 15(10):e0239254. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239254>
17. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E (2020) Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLOS ONE. [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] 15(5): e0233668 Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233668>
18. Masoud AT, Zaazouee MS, Elsayed SM, Ragab KM, Kamal EM, Alnasser YT, et al. KAP-COVIDGLOBAL: a multinational survey of the levels and determinants of public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19. BMJ Open. [internet] 2021 [consultado 19 abril de 2021] 23;11(2):e043971 Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043971>
19. Ruiz M., Céspedes G., Inga M., Santos L. Percepción de conocimientos y actitudes frente a COVID-19 en un grupo de ciudadanos de la zona urbana de Huánuco. Revista de la Facultad de Medicina Humana [internet] 2021 [consultado 19 abril de 2021] 21(2):292-300. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3352>
20. Alavi, M., and Leidner, D.E. Knowledge management systems: issues, challenges, and benefits. Communications of the AIS [internet] 1999 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: cais.aisnet.org.
21. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. Espacios [internet] 2005 [consultado 19 abril de 2021] 26(2): 21 Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260241.html>
22. Meneses, J., & Rodríguez-Gómez, D. El cuestionario y la entrevista. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. [internet] 2011 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario-entrevista>
23. Watson, J.B. Behaviorism. Nueva York: W.W. Norton (1924) (traducción en Paidós, Buenos Aires, 1961).
24. Hayes, S.C. Hayes, L The "it" that is steady in steady States. The Behavior Analyst, 1990. 13,177-178.
25. Ardila R. Síntesis experimental del comportamiento Madrid Alliambra.

26. Lidia Morawska, Donald K Milton, It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), *Clinical Infectious Diseases*, 2020 71(9):2311-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa939>
27. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. World Health Organization. [internet] 9 de julio de 2020 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019: Scientific Brief: SARS-CoV-2 and Potential Airborne Transmission. [internet] 05 de octubre 2020 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-sars-cov-2.html>.
29. Johansson MA, Quandelacy TM, Kada S, Prasad PV, Steele M, Brooks JT, et al. SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms. *JAMA Network Open* [internet] 2021 [consultado 19 abril de 2021] 4(1):e2035057 Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35057>
30. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature* [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] 584:430 Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35057>
31. Centers for Disease Control and Prevention. People who are at higher risk for severe illness [internet] [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html>
32. McIntosh MD. COVID-19: Clinical features. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [internet] [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features>
33. Alerta Epidemiológica ante la transmisión de COVID-19 en el Perú. [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/alertas/2020/AE016.pdf>

34. Asselah, T., Durantel, D., Pasmant, E., Lau, G., & Schinazi, R. F. COVID- 19: Discovery, diagnostics and drug development. *Journal of hepatology*. [internet] 2021 [consultado 19 abril de 2021] 74(1):168–84 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.09.031>
35. Diccionarios. Instituto Nacional del Cancer [internet] [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario- cancer/def/prevencion>
36. Honein, M. A., Christie, A., Rose, D. A., Brooks, J. T., Meaney-Delman, D., Cohn, A. et al. Summary of Guidance for Public Health Strategies to Address High Levels of Community Transmission of SARS-CoV-2 and Related Deaths, December 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] 69(49),1860–67 Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6949e2>
37. Dawson And Trapp. *Bioestadística Médica 4ta.edición*. Editorial El Manual Moderno S.A, 2005
38. Castañeda M. Conocimiento sobre medidas preventivas frente al COVID-19 en comerciantes del mercado de Villa María del Perpetuo Socorro. Lima-2020. Universidad Norbert Wiener [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3831>
39. Akalu, Y., Ayelign, B., & Molla, M. D. (2020). Knowledge, Attitude and Practice Towards COVID-19 Among Chronic Disease Patients at Addis Zemen Hospital, Northwest Ethiopia. *Infection and drug resistance* [internet] 2020 [consultado 19 abril de 2021] 13:1949-60. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/IDR.S258736>

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....deaños de edad, comerciante del Mercado Nueva Esperanza, acepto voluntariamente y autorizo mi participación en la investigación “Nivel de conocimientos y prácticas de prevención ante la enfermedad de COVID-19 en comerciantes de un mercado de Arequipa, 2021” Mediante el presente consentimiento he sido informado sobre los objetivos, los beneficios y las posibles implicaciones del presente estudio

FIRMA

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: _____ años

Sexo: varón () mujer ()

Grado de instrucción: sin instrucción () primaria completa ()
 secundaria () universidad o ()
 completa instituto

¿Tuvo algún familiar con COVID-? Si () No ()

¿Usted tuvo COVID confirmado? Si () No ()

ANEXO N°3

CONOCIMIENTOS DE COVID-19

INSTRUCCIONES: marque con una cruz (x) la respuesta que considere correcta, solicito su apoyo.

1.- ¿QUE ES EL COVID-19?:

- | | |
|---|--|
| a) Es una nueva enfermedad contagiosa. | c) Es nombre de un chequeo médico. |
| b) Es un virus que causa diversas enfermedades. | d) Es un virus que produce sangrado hasta morir. |

2.- ¿CUAL AGENTE LA CAUSA?

- | | |
|-----------|--------------|
| a) Hongos | c) Bacterias |
| b) Virus | d) Parásitos |

3.- ¿DESPUES DEL CONTAGIO, EN CUANTO TIEMPO SE TIENE MOLESTIAS?

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| a) 24 y 72 horas. | c) Entre 30 y 45 días |
| b) 1 y 14 días. | d) Todas las anteriores |

4- EL CORONAVIRUS SE CONTAGIA POR MEDIO DE:

- | | |
|---|---|
| a) Contacto con heces, sangre, saliva, leche materna. | c) Por contacto con gatos y perros. |
| b) Por las gotas de saliva de la persona enferma. | d) Por mordedura o picadura de animales o insectos. |

5.- ¿EN QUÉ LUGARES SOBREVIVE EL CORONAVIRUS?

- | | |
|--|------------------------------------|
| a) Superficies de: Plástico, acero, cartón y bolsas. | c) Aguas turbias, ríos, barro |
| b) Heces de humanos y ratones infectados | d) En heridas infectadas y sangre. |

6.- ¿QUE PERSONAS CORREN RIESGO DE ENFERMAR?

- a) Personas que acuden a lugares con mucha gente.
- b) Personas que no cumplan con el uso mascarilla, distanciamiento social.
- c) Personas que no realizan el lavado de mano mínimo 20 segundos.
- d) Todas las anteriores

7.- ¿QUÉ GRUPO DE PERSONAS CORREN MAYOR RIESGO?

- a) Los niños.
- b) Mujeres
- c) Mayores de 60 años o con diabetes.
- d) Todas de las anteriores.

8.- QUE PRESENTA UNA PERSONA INFECTADA POR COVID?

- a) Picazón, congestión nasal, estornudo, malestar.
- b) Fiebre, tos seca, dificultad para respirar.
- c) Fiebre, tos, dolor muscular, dolor de garganta.
- d) Dolor de cabeza, tos, malestar y náuseas.

9.- ¿CUÁLES SON LAS SEÑALES QUE INDICAN QUE LA ENFERMEDAD ES GRAVE?

- a) Fiebre, cansancio, pérdida del gusto o del olfato.
- b) Falta de aire o dificultad para respirar.
- c) Escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza.
- d) Dolor de garganta, diarrea, sangrado por nariz.

10.- ¿QUÉ ÓRGANO ES EL MÁS AFECTADO EN UNA COMPLICACIÓN DEL COVID-19?

- a) Estómago.
- b) Pulmones.
- c) Páncreas.
- d) Hígado

11.- ¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL COVID-19?

- a) Abrigarse y bañarse a diario.
- b) Lavado de manos, mascarilla, distanciamiento.
- c) Mates calientes cada rato y lavado de manos.
- d) Comer frutas, verduras diario antes del almuerzo

12.- ¿CÓMO EVITO CONTAGIAR A OTROS?

- a) Al toser o estornudar, taparse con el antebrazo.
- b) Al toser, cubrirse con las manos
- c) Al toser, cubrirse con pañuelo y botarlo al suelo.
- d) Al toser cubrirse con manos y aplicarse alcohol

13.- ¿QUÉ DEBO HACER PARA EVITAR CONTAGIARME?

- a) Limpiarme los ojos, nariz, boca por las calles.
- b) Evitar tocarme ojos, nariz, y boca con las manos
- c) Secarme el sudor de la mascarilla en la calle.
- d) Tener pañuelo para secar la cara cuando sude

14.- ¿CÓMO DEBO SALUDAR A LAS PERSONAS PARA EVITAR CONTAGIO?

- a) Usar guantes, mascarilla para saludar
- b) Evitar tocarlas, estar a 1 metro al saludar.
- c) Lavar las manos y luego lo saludo con la mano.
- d) Todas las anteriores.

15.- A QUIEN CONSIDERA USTED COMO SOSPECHOSO?

- a) Al que tiene fiebre.
- b) Al que hace 14 días estuvo con tos
- c) Al que estuvo en contacto con un infectado
- d) Todas las anteriores.

16.- ¿CON QUE SE DEBE LAVAR LAS MANOS?

- a) Agua y jabón o alcohol.
- b) Vinagre con agua y desinfectante
- c) Lejía.
- d) Detergentes líquidos o de polvo.

17.- ¿QUÉ DEBO DE HACER SI SOSPECHO QUE TENGO LA ENFERMEDAD DEL COVID-19?

- a) Usar tapabocas
- b) Lavarme las manos durante un minuto.
- c) Quedarme en casa
- d) Todas las anteriores.

18.- ¿EN QUE LUGAR HAY MENOS RIESGO DE CONTAGIARSE DEL COVID-19?

- a) Discoteca
- b) Combi
- c) Mercado
- d) Parque

19.- ¿QUÉ MEDICAMENTOS PREVIENEN EL COVID-19?

- a) Antibióticos.
- b) Vacunas contra la gripe.
- c) Mezclas de agua oxigenada con sal.
- d) Ninguno, no hay medicamentos que prevengan COVID-19.

20.- ¿CON QUÉ SE CURA EL COVID-19?

- a) Ivermectina
- b) Dióxido de cloro
- c) Antibióticos
- d) No hay tratamiento para COVID-19

**RESPUESTAS CORRECTAS
DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS**

1	2	3	4	5
A	B	B	B	A
6	7	8	9	10
D	C	B	B	B
11	12	13	14	15
B	A	B	B	D
16	17	18	19	20
A	C	D	D	D

ANEXO N°4

PRACTICAS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Practicas		
1. Se queda en casa si se siente enfermo?	SI	NO
2. Come o bebe en la calle?	SI	NO
3. Se cubre con el antebrazo cuando tose o estornuda?	SI	NO
4. Se lava las manos con agua y jabón y/o se las desinfecta con alcohol?	SI	NO
5. Desinfecta las superficies y los alimentos antes de usarlos	SI	NO
6. Usa mascarilla al salir?	SI	NO
7. Mantiene bien puesta su mascarilla todo el día? (que la mascarilla cubra nariz, boca y barbilla)	SI	NO
8. Usa la misma mascarilla toda la semana?	SI	NO
9. Se toca los ojos la nariz y la boca sin haberse lavado las manos	SI	NO
10. Mantiene la distancia social de al menos 1 metro?	SI	NO
11. Saluda con un beso o dando la mano?	SI	NO
12. Va a reuniones sociales	SI	NO
13. Si sale, ¿acude a lugares ventilados (parque) en vez de a lugares cerrados?	SI	NO
14. Sigue las indicaciones del gobierno? (aforo, horarios de atención, uso de barreras/EPP)	SI	NO

**RESPUESTAS CORRECTAS
DEL CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS**

1	2	3	4	5
SI	NO	SI	SI	SI
6	7	8	9	10
SI	SI	NO	NO	SI
11	12	13	14	
NO	NO	SI	SI	

ANEXO N°5

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
Conocimientos de COVID-19	Respuesta a cuestionario	Bueno 13- 20 Regular/malo < 12	Nominal
Prácticas	Respuesta a cuestionario	Buena 12-15 Regular/mala < 11	Nominal
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Razón
Sexo	Fenotipo del encuestado	Masculino, Femenino	Categórica nominal
Grado de instrucción	Ultimo año de educación aprobado	lletrado, primaria, secundaria, superior	Categórica Nominal
Procedencia	Lugar habitual de residencia	Diversos	Categórica nominal
Antecedente de familiar enfermo por COVID-19	Referido por el encuestado	Sí/no	Categórica nominal
Antecedente de infección por COVID-19	Referido por el encuestado	Sí/no	Categórica nominal