

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD,
EN LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 MSNM), COMO
FACTORES DE RIESGO EN EL CONTEXTO DE LA EPIDEMIA DE
COVID-19".**

TESIS

PRESENTADO POR:

Saravia León , Yerard Alberth

ASESOR:

Dr. Gerson R. Gómez Zapana

TACNA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este trabajo de grado se lo quiero dedicar especialmente a mis padres que me sembraron el deseo de superación, valores morales y espirituales, que me han ayudado a forjar y construir la persona que soy ahora, gracias por ser como son.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme tener una buena experiencia dentro de la universidad y en hospitales

A mis padres que me han educado y proporcionado todo lo que he necesitado y gracias a ustedes, ésta meta está cumplida

A la universidad que me dio la oportunidad de estar en esta hermosa carrera y convertirme en ser un profesional en lo que tanto me apasiona

A mis maestro y compañeros por brindarme experiencias y conocimientos

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y percepción de riesgo de enfermedad, en la comunidad rural alto-andina de Ilabaya (1400 msnm) como factores de riesgo en el contexto de la epidemia de COVID-19.

Material y método: El estudio fue observacional, correlacional analítico, de corte transversal; se encuestó a la población mayor de 18 años, aplicando una ficha sociodemográfica, un cuestionario para medir el conocimiento. Escala KNOW-P-COVID-19 y para conocer la percepción del riesgo BIP-Q.

Resultados: El 26.1% tenía entre 30 a 39 años, el 54.5% eran varones, el 50.1% contaba con secundaria. El 14.1% era agricultor. El 43.8% recibe información de internet, un 30.5% por televisión. El componente más comprometido en nivel de conocimientos es sobre las diferencias clínicas. El 96% de la población reconoce que el virus se transmite por vía aérea, el 67.7% que la incubación es de hasta 14 días, el 96% refiere que los síntomas son los mismos que una gripe. El 62.2% considera que se debe indicar sintomáticos respiratorios. El diagnóstico el 89.6% afirma que es por hisopado nasal. Sobre la conducta a seguir, el 43.8% se quedarían en casa, solamente el 14.4% considera estar en alto riesgo.

Conclusiones: La variable socio-demográfica asociada a percepción del riesgo, fue el sexo ($p:0.005$), y sobre nivel de conocimientos fueron las diferencias clínicas ($p:0.000$) y las medidas de prevención ($p:0.00$).

Palabras clave: Conocimientos, Percepción de riesgo y COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and perception of disease risk in the rural high-Andean community of Ilabaya (1400 m.a.s.l.) as risk factors in the context of the COVID-19 epidemic.

Material and method: This was an observational, cross-sectional, prospective and analytical study, the sample was made up of the population over 18 years of age of both sexes, a survey was applied through a sociodemographic record, a questionnaire to measure knowledge. KNOW-P-COVID-19 scale and another to know the BIP-Q risk perception of the studied population.

Results: 26.1% were between 30 and 39, 54.5% were male, 50.1% had secondary school. 14.1% were farmers. 43.8% refer that they mainly receive information from the internet, 30.5% who do so through television. The most compromised component is the level of knowledge regarding the recognition of some clinical symptoms for timely detection. 96% of the population recognize that the virus is transmitted by air, 67.7% that incubation is up to 14 days, 96% say that the symptoms are the same as the flu. 32.9% affirm that the probability of dying is less than 50% and 90.5% that it is more in the elderly. 62.2% consider that respiratory symptoms should be indicated. The diagnosis 89.6% affirms that it is by nasal swab. Regarding the behavior to follow, 43.8% would stay at home, only 14.4% consider themselves to be at high risk.

Conclusions: The socio-demographic variable associated with risk perception was gender ($p:0.005$), and the variable associated with level of knowledge were clinical differences ($p: 0.000$) and prevention measures ($p: 0.00$).

Keywords: Knowledge, Risk perception and COVID-19

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INDICE.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	9
EL PROBLEMA.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	11
CAPÍTULO II.....	12
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	12
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION.....	12
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	12
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	15
2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES.....	19
2.1.4 COVID-19.....	21
2.1.4.1 Cuadro Clínico.....	21
2.1.4.2 Transmisión SARS-CoV-2.....	22
2.1.4.3 Medidas políticas adoptadas por el gobierno peruano frente al COVID.....	28
2.1.4.4 Consecuencias del COVID-19.....	30
2.1.5 PERCEPCIÓN DEL RIESGO.....	32
CAPÍTULO III.....	35
HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	35
2.2 HIPÓTESIS.....	35
2.3 VARIABLES.....	35

2.3.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	36
	CAPÍTULO IV.....	37
	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
2.4	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
2.5	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	37
2.6	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
2.6.1	Población	39
2.6.2	Muestra:.....	39
2.6.2.1	Criterios de inclusión.....	39
2.6.2.2	Criterios de exclusión	39
2.7	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
2.7.1	TÉCNICA.....	40
2.7.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	40
	CAPÍTULO V	43
	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	43
2.8	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	43
2.9	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	43
2.10	CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
	RESULTADOS.....	45
	DISCUSIÓN	61
	CONCLUSIONES	65
	RECOMENDACIONES	67
	BIBLIOGRAFÍA	68
	ANEXOS	76

INTRODUCCIÓN

La presentación y posterior evolución de la pandemia por Covid-19, ha evidenciado que todos los estados del mundo deben participar activamente en su adecuado control, un importante énfasis debe ponerse en el caso de las zonas rurales, comunidades marginales e indígenas para la formulación de políticas públicas justas para promover la prevención de enfermedades infecciosas, promover el aislamiento de las personas sintomáticas y evitar que se desarrollen complicaciones sin discriminación.

En las comunidades rurales que viven en la pobreza, las epidemias demoran en llegar, pero finalmente ocurren, por diversas circunstancias, es característico encontrar problemas sociales como el hacinamiento, inaccesibilidad y debilidad del sistema de salud. Todas estas características hacen muchas veces que el diagnóstico no sea oportuno y peor aún no cuentan con instalaciones médicas para atender las complicaciones que ocasiona el COVID-19.

Por otro lado, se conoce que, en todos los estados, las zonas rurales son las más empobrecidas y generalmente sus derechos son vulnerados sistemáticamente en cuanto al acceso a oportunidades y discriminación contra las instalaciones sanitarias; las cuales fueron agravadas al declararse el estado de emergencia nacional y sanitaria.

El presente estudio abordará identificar las principales características sociodemográficas, su nivel de conocimiento y la percepción de riesgo para infección COVID 19 y correlacionar estas variables utilizando un instrumento validado para América latina y el Perú en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El comportamiento humano tiene una influencia decisiva en la propagación de COVID-19 y su adecuado control es una importante estrategia en el trabajo de salud pública nacional. Se cree que, si no se consideran acciones encaminadas a promover y mantener una baja interacción social, el control de la pandemia de COVID-19 puede fallar. Existe evidencia para brindar orientación sobre qué acciones deben tomarse para reducir la transmisión. Sin embargo, ¿qué piensan las personas que incumplen con las regulaciones sobre conductas de aislamiento y protección?

En las zonas rurales, si los síntomas de las personas aisladas se complican, será necesario invertir por ejemplo en contar con un adecuado sistema de referencia de pacientes nos permitirá referirlos a otros centros de mayor nivel de atención o en proporcionar alternativas que permitan traslados seguros de los pacientes, más aun teniendo en cuenta que son poblaciones altamente dispersas, lo que dificulta todo tipo de atenciones, consultas médicas, vacunación, atención de emergencias y partos, accidentes y otras actividades de prevención en salud.

La falta de fuentes de agua potable en las zonas rurales dificulta la implementación de medidas básicas de saneamiento, como el lavado frecuente de manos. La prevención de la propagación del virus en los sobrevivientes del trabajo informal requiere subvenciones económicas inmediatas que les permitan sobrevivir, y cumplir con el aislamiento social, promoviendo no salir de casa y exponerse a la infección, en el mediano plazo, estas formas de trabajo son inestables, como el trabajo doméstico desprotegido, que requiere protección social.

Por lo tanto, se hace importante conocer las principales variables socio-demográficas de estas poblaciones, su nivel de conocimiento y percepción de riesgo a fin de poder diseñar mejores estrategias de promoción de la salud y colaborar eficazmente en el control de la pandemia por Covid-19.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento y percepción de la enfermedad, en la comunidad rural de Ilabaya (1400 msnm) como factores de riesgo en el contexto de la epidemia de covid-19?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y percepción de riesgo de la enfermedad, en la comunidad rural de Ilabaya (1400 msnm) como factores de riesgo en el contexto de la epidemia de covid-19.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar las principales características socio-demográficas al poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.
- b) Identificar el nivel de conocimiento sobre el Covid-19 en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.
- c) Evaluar la percepción de riesgo para infección COVID 19 en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.
- d) Relacionar el nivel de conocimiento con la percepción de riesgo en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.
- e) Relacionar las principales características sociodemográficas con la percepción de riesgo en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La justificación **teórica** de la presente investigación pretende aportar al conocimiento de la pandemia, en poblaciones generalmente excluidas de este tipo de investigación por el poco interés y dificultades que se presentan en el desarrollo de la misma, por su lejanía de la ciudad.

Los resultados de la misma, al reflejar lo acontece en la comunidad misma le darán el sentido y justificación **práctica**, ya que les podría dar una mejor pauta a los servicios de salud y autoridades en general como afrontar y controlar con mayor eficiencia la pandemia de COVID-19; de igual manera al contribuir sustantivamente con el entendimiento de lo que saben, piensan y perciben los pobladores, que son la razón de ser de la Salud Pública, le dan la justificación social a la presente investigación.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- a) Sánchez-González et al en su investigación “Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socio-ambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores” refleja los antecedentes de investigación actuales relacionados con riesgos o vulnerabilidad social. Esta metodología se centra en el análisis crítico de un gran número de revisiones bibliográficas. Los resultados muestran que la proliferación de trabajos sobre riesgo social no está exenta de críticas y falta de consenso. A partir del análisis y aclaración de los componentes y elementos de medición de riesgo social, se proponen nuevos pensamientos y métodos teóricos para estudiar las desventajas sociales y ambientales y su impacto en los grupos vulnerables. Propone un método para comprender la vulnerabilidad social, que parte de un punto de vista metodológico e implica el análisis de los riesgos y activos de los grupos vulnerables como los adultos mayores, por ejemplo (2)

- b) Rana et al en su investigación “Knowledge of prevention of COVID-19 among the general people in Bangladesh: A cross-sectional study in Rajshahi district” refiere que, hasta la fecha, no se dispone de ninguna vacuna o fármaco eficaz para el control, la prevención y el tratamiento de COVID-19. Las medidas preventivas son las únicas formas de protegerse de la enfermedad y el conocimiento de las personas sobre las medidas preventivas es un asunto vital. Estudio transversal del 10 de marzo al 25 de abril de 2020. Muestra de

trabajo 436 encuestados adultos seleccionados mediante una técnica de muestreo mixto. En este estudio se utilizaron análisis de frecuencia, prueba de chi-cuadrado y modelo de regresión logística. El 21,6% tenía un buen conocimiento de las medidas preventivas del COVID-19. El 72,5% más alto no sabía que evitar tocarse la boca, la nariz y los ojos sin lavarse las manos era una medida preventiva. Solo el 28,4% y el 36,9% sabían que mantener el distanciamiento físico y evitar las reuniones masivas eran medidas de prevención del COVID-19, respectivamente. El nivel de conocimiento de la gente en general sobre la prevención del COVID-19 fue alarmantemente bajo en Bangladesh (3)

- c) Bazaid et al en su investigación “Knowledge and practice of personal protective measures during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Saudi Arabia” que el SARS-CoV-2 es un patógeno infeccioso emergente. En un esfuerzo global la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recomendado se practique medidas de protección para reducir la transmisión del virus. Se incluye lavarse las manos, usar máscaras y evitar tocarse la cara con las manos sin lavar. Su estudio actual tuvo como objetivo investigar el conocimiento y mide la adherencia de la población saudita a estas acciones de protección durante la pandemia. Se realizó una encuesta transversal de 5105 residentes. Los participantes eran todos mayores de 18 años. Alrededor del 90% exhibieron un alto nivel de conocimiento y práctica en relación con la higiene de manos y el uso de máscaras. Los puntajes se asociaron positivamente en mujeres e individuos con altos ingresos. Las puntuaciones de práctica más bajas se relacionaron con los jóvenes. Más de dos tercios de los participantes prefirieron lavarse las manos a la desinfección con alcohol. Se requieren campañas de concientización pública con énfasis en los jóvenes y las personas con bajos ingresos y educación para mejorar la práctica general (4).

- d) Alahdal et al en su trabajo “An analytical study on the awareness, attitude and practice during the COVID-19 pandemic in Riyadh, Saudi Arabia” refiere que el gobierno de Arabia Saudita fue uno de los primeros países del mundo en tomar precauciones rápidas y serias. A pesar de las estrictas medidas adoptadas, la conciencia de las personas sobre los virus infecciosos sigue siendo el factor más importante para limitar la propagación de enfermedades. Se realizó una encuesta transversal de 1767 participantes para explorar la conciencia, la actitud y la práctica de COVID-19 en relación con los datos socioeconómicos entre los residentes. El 58% mostró un nivel moderado de conciencia, el 95% presentó una actitud alta y el 81% presentó una práctica adecuada con respecto al COVID-19. Se encontró una correlación positiva significativa entre conciencia-actitud ($r = 0,132$, valor $p < 0,001$) y actitud-práctica ($r = 0,149$, valor $p < 0,001$). Los hombres mostraron un ligero aumento (60%) en el nivel de conciencia en comparación con las mujeres participantes (57%), sin embargo, en lo que respecta a la práctica hacia COVID-19, las mujeres mostraron una práctica ligeramente mejor (82%) que varones (80%). A pesar de la moderada conciencia pública, su actitud y práctica fueron mejores (5).
- e) Peres et al en su investigación “Respiratory and Facial Protection: Current Perspectives in the Context of the COVID-19 Pandemic” refiere que la nueva pandemia de SARS-CoV-2 es un ejemplo de una emergencia de salud pública internacional, que está asociada con considerables desafíos sociales y económicos. Las prácticas adecuadas de control de infecciones son de vital importancia, que incluyen el uso adecuado de equipo de protección personal. El individuo infectado, al hablar, toser o estornudar, esparce gotitas que contienen el virus, contaminando directamente a otros individuos dentro de uno o dos metros de distancia, así como al entorno

circundante. La transmisión aérea puede ocurrir cuando se realizan procedimientos que generan aerosoles. Con respecto a la protección respiratoria, actualmente hay evidencia débil de que el uso de respiradores brinda una mejor protección que las mascarillas quirúrgicas para el SARS-CoV-2 u otros virus. Debe garantizarse la protección ocular siempre que exista riesgo de salpicaduras, gotitas o aerosoles (6).

- f) Kebede et al en su investigación “Knowledge, perceptions and preventive practices towards COVID-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, Southwest Ethiopia” refiere que la enfermedad del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) es una emergencia de salud pública de importancia internacional. Realizó un estudio transversal en 247 visitantes muestreados. Las herramientas de estudio se adaptaron de los recursos de la OMS. De los 247 encuestados, 205 (83,0%) conocían los principales síntomas clínicos de COVID-19. El 72.0% sabía que las personas mayores que tienen enfermedades crónicas tienen un alto riesgo de desarrollar una forma grave. El 95,1% sabía que el virus COVID-19 se propaga a través de gotitas respiratorias, mientras que 77 (31,2%) conocían la posibilidad de transmisión asintomática. Solo 15 (6,1%) sabían que los niños y adultos jóvenes debían involucrar medidas preventivas. En general, el 41,3% de los visitantes tenía un alto conocimiento. El lavado de manos frecuente (77,3%) y evitar estrechar la mano (53,8%) fueron las prácticas dominantes. El estado de los conocimientos y las prácticas deseables no fueron suficientes para combatir este virus de rápida propagación (7).

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- a) Mejía Christian et al en su trabajo “Validación de una escala breve para la medición del nivel de conocimientos básicos acerca del Coronavirus, Perú (KNOW-P-COVID-19)” realizó la validación de una escala corta para medir conocimientos básicos sobre coronavirus (KNOW-P-COVID-19). Su fuente fue la revisión bibliográfica y logró sistematizar los aspectos más relevantes. Luego de la verificación por parte de expertos, se realizó un análisis factorial exploratorio y los hallazgos se aplicaron a un gran grupo de población en Perú. Todos los ítems han sido valorados por expertos (Aiken $V > 0,70$); todos los valores del límite inferior (Li) del IC del 95% son apropiados ($Li > 0,59$), y todos los valores del coeficiente V son estadísticamente significativos. En el análisis factorial exploratorio (AFE), coeficiente KMO = 0,690, valor p de chi-cuadrado $< 0,001$; índice GFI (índice de bondad de ajuste) = 0,992; CFI (índice de ajuste comparativo) = 0,916, RMSEA (raíz cuadrada media aproximada Error) índice = 0.034. 9 indicadores que quedan en la escala final (8).
- b) Castañeda Milla Susana en su tesis “Conocimiento sobre medidas preventivas frente al covid-19 en comerciantes del mercado de Villa María del Perpetuo Socorro. Lima-2020” buscó medir el nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas contra el Covid-19 entre los comerciantes del mercado Villa María del Perpetuo Socorro. Lima 2020. El estudio fue transversal e involucró a 76 empresarios. Menos de la mitad (46,1%) de los comerciantes tienen un bajo nivel de comprensión de Covid-19. Según el medio de comunicación y la categoría de riesgo, el 46,1% de los empresarios tiene un nivel de conocimiento medio. Asimismo, en cuanto a imágenes clínicas, el 44,7% de las personas indicó tener un nivel de conocimiento intermedio. En la dimensión “medidas de prevención y protección”, el 42,1% de los empresarios tiene un nivel medio de

conocimiento sobre Covid-19. Solo el 30,3% de las personas tienen conocimientos elevados (9).

- c) Guillen (2021) Chancay - Lima; realizó la investigación titulada Percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo julio a agosto del 2020 en Lima, Perú. El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental. La metodología fue transversal, observacional y analítica a una muestra significativa de 228 trabajadores. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario; para evaluar el estado de salud mental, se empleó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

Los resultados concluyen que: no existe asociación entre percepción de riesgo y depresión, No existe asociación entre variables sociodemográficas como edad, sexo y estado civil con sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. En el análisis multivariado se encontró asociación entre depresión, ansiedad y estrés con contacto directo con paciente COVID-19, así mismo, entre ansiedad con número de hijos, ansiedad con contacto directo con pacientes COVID-19 y ansiedad con comorbilidad; finalmente, se encontró asociación entre estrés con contacto directo con pacientes COVID-19 (Guillen, 2021).

- d) Muñoz del Carpio et al., (2019) Arequipa; publicaron un artículo titulado Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre la percepción de riesgo al COVID-19 e indicadores de salud mental. La metodología fue transversal, observacional y analítica. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario; para evaluar el estado de salud mental, se empleó la

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) a una muestra significativa de 228 trabajadores.

Los resultados señalan que: el 42,5% de los médicos participantes presentan niveles leves de agotamiento emocional, 29,9% moderados y 27,6% severos. El 28,7% tiene niveles leves de despersonalización, 21,8% moderados y 49,4% severos. Asimismo, 52,9% tiene niveles leves de baja realización, 12,6% moderados y 34,5% severos. Finalmente, 1,1% tiene niveles leves de síndrome de burnout, 92% moderados y 6,9% niveles severos. Para realizar las comparaciones de los datos, se aplicó previamente la prueba de normalidad Kolmogorov - Smirnov y los estadísticos resultantes sugirieron que la mayoría de variables no presentaban una aproximación a una distribución normal ($p < 0,05$);, por tanto, se determinó trabajar con pruebas estadísticas no paramétricas. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, reportándose que no existen diferencias estadísticamente significativas ni tamaño del efecto ($PS < 0,56$). Asimismo, se observa que solo existe diferencia estadísticamente significativa en la despersonalización ($p < 0,05$) a favor de aquellos médicos que tienen menos de 10 años de servicio, con un tamaño del efecto moderado ($n2H < 0,25$) (Muñoz del Carpio et al., 2019).

2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES

- a) Hueda et. Al (2021), en su investigación “ Factores asociados a la muerte por COVID-19 en pacientes admitidos en un hospital público en Tacna, Perú “ , realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes adultos hospitalizados por la COVID-19. Se extrajeron datos demográficos, clínicos, laboratoriales y de tratamiento de las historias clínicas de pacientes que ingresaron al Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Se evaluó a 351 pacientes, el 74,1% eran hombres; las comorbilidades más comunes fueron obesidad (31,6%), hipertensión (27,1%) y diabetes mellitus (24,5%). La mediana de tiempo de hospitalización fue 8 días (RIC: 4-15). El 32,9% falleció durante el seguimiento. El análisis multivariado mostró un aumento del riesgo de morir asociado a la edad ≥ 65 años, HR = 3,55 (IC 95%: 1,70-7,40); al incremento de lactato deshidrogenasa >720 U/L, HR = 2,08 (IC 95%: 1,34-3,22); y a la saturación de oxígeno por debajo del 90%, principalmente cuando fue menor al 80%, HR = 4,07 (IC 95%: 2,10-7,88). Además, el uso de colchicina en el tratamiento tuvo un efecto protector, HR = 0,46 (IC 95%: 0,23-0,91). **Conclusiones:** Los factores asociados a muerte por la COVID-19 incluyeron ser mayor de 65 años, tener saturación de oxígeno menor de 90% y elevación del lactato deshidrogenasa >720 U/L; el tratamiento con colchicina podría mejorar el pronóstico de los pacientes.

- b) Téllez (2021), en su investigación “Evaluación de los factores de riesgo de la enfermedad por COVID-19 entre trabajadores de la salud: Estudio de casos y controles de la Microred Metropolitana, Red de Salud Tacna octubre del 2020 a mayo del 2021” . Material y método: Estudio observacional transversal tipo Casos y Controles en trabajadores de la salud de la Microred Metropolitana de Tacna. Los participantes fueron 84 trabajadores de la salud. De estos, 56

fueron casos (antígeno COVID-19 y/o molecular positiva, que 14 días previos se encontraban laborando) y 28 controles (antígeno COVID-19 y / o molecular negativa, asintomático, en el mismo periodo de detectado el caso positivo) estudiados entre Octubre del 2020 a Mayo del 2021, según criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Resultados: Se identificó 28 casos confirmados de personal de salud con diagnóstico de COVID-19, lo que representó una prevalencia aproximada de 33.33%. Los factores de riesgo estadísticamente significativos para la transmisión del SARS-CoV-2 fueron tener una formación en PCI menor a 2 horas (OR: 4.63, IC 95%: 1.24-17.27, p: 0.02), respecto al lavado de manos con jabón/ uso de alcohol no siempre realizarlo antes de tocar a un paciente (OR:3.89, IC 95%:1.29-11.76, p: 0.01) y no siempre realizarlo antes de cualquier procedimiento de limpieza o asepsia (OR:3.33, IC 95%: 1.01-10.97, p: 0.04), en relación al EPP, no siempre usarlo (OR: 4.33, IC 95%: 1.15-16.37, p: 0.02), adicionalmente tener contacto directo con superficies en torno al paciente (OR:3.01, IC 95%: 1.05-8.68, p: 0.04), así como, no disponer de orientaciones en materia de PCI (OR: 3.57, IC 95%: 1.17-10.93, p: 0.02), no realizar otras auditorías en materia de PCI (OR: 3.87, IC 95%: 1.01-14.86, p: 0.04) y no siempre aislar a los pacientes sospechosos de COVID-19 a su llegada al centro de salud (OR: 3.95, IC 95%: 1.05-14.81, p: 0.03). Conclusiones: Este estudio destacó los factores asociados con la aparición de la infección por COVID-19.

MARCO TEÓRICO

2.1.4 COVID-19

La enfermedad COVID-19 es una infección respiratoria que tiene como agente etiológico al virus SARS CoV 2 (coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo) (10), enfermedad que se caracteriza por su alta transmisibilidad (11).

Este virus pertenece a la familia de los coronavirus, los cuales ocasionaron dos epidemias zoonóticas previas: en el año 2002 el SARSCoV causó el síndrome respiratorio agudo severo en tanto que el MERS-CoV produjo el síndrome respiratorio de Medio Oriente el 2012 (12). La existencia de estas epidemias pueden permitir un mejor entendimiento del COVID-19 de modo que se puede predecir la necesidad sanitaria en general (13).

2.1.4.1 Cuadro Clínico

Se ha documentado que la sintomatología leve de la vía respiratoria consiste en tos seca y los síntomas respiratorios más graves son aquellos como el síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA por sus siglas en español) o disnea y que existen otras manifestaciones sistémicas como fiebre, mialgias o fatiga. (14)

Así mismo, se han reportado otros síntomas respiratorios de menor frecuencia como la hemoptisis, producción de esputo, entre otros (15). También existen manifestaciones extrapulmonares asociadas a esta enfermedad como diarrea, anosmia, hiposmia y cefalea (16)

La gran mayoría de casos (aproximadamente el 80%) son asintomáticos o en su defecto son casos leves que se caracterizan por una tos ligera y malestar general. (17)

El 15% de los casos presentan un cuadro moderado caracterizado por la presencia de síntomas como fiebre, tos seca persistente, fatiga, sin neumonía; en tanto que el 5% de los casos hacen cuadros severos, caracterizados por fiebre constante, tos, disnea severa, debido especialmente a la neumonía viral; daño cardiovascular, falla multiorgánica. Pueden fallecer entre 3 a 4% de los afectados. (17)

Asimismo, cabe indicar que entre los síntomas observados en los pacientes peruanos destacan: la tos seca, dolor de garganta, cansancio y fiebre. (17)

2.1.4.2 Transmisión SARS-CoV-2

Una de las características más importantes del COVID-19 es su dinámica de transmisibilidad; debido a sus mecanismos altamente eficaces de transmisión (10); es importante aclarar, que independientemente de la gravedad del cuadro presentado por el paciente, esta es siempre de alta transmisibilidad. (18)

Se ha reportado que la transmisión de esta enfermedad se da por tres medios principales: contacto directo con individuo infectado, por aerosol y de manera indirecta por contacto con fómites. (19)

Transmisión aérea

La transmisión aérea de la infección por SARS-CoV-2 se refiere a la propagación de agentes infecciosos causada por la propagación de núcleos de gotitas, que siguen siendo infecciosos cuando están suspendidos en el aire durante mucho tiempo. (18)

En el marco de la actual pandemia por COVID-19, se considera que esta forma de contagio se da principalmente en espacios cerrados y poco ventilados en los cuales las partículas pequeñas quedan suspendidas en el aire y al ser inhaladas por un susceptible ocurre el contagio. (20)

Para un mejor entendimiento de esta forma de transmisión, es importante comprender el fenómeno de producción de gotas que porten el virus y que terminan conformando aerosoles tras su liberación al medio (20). Se proponen diversos mecanismos para la formación de gotas:

- El primer mecanismo es el producido en situaciones “explosivas” como la tos y los estornudos y se produce por el cizallamiento causado por la fuerza del aire que al salir rápidamente rompe la película de fluido produciendo gotas. (21)
- Diversos estudios han encontrado que el hablar o cantar en voz alta es una fuente importante para la generación de gotas cuyas dimensiones oscilan entre 20 a 500 μm y la cantidad puede ser igual que al toser o estornudar. (22)

- Un mecanismo adicional de generación de gotas es la exhalación profunda, generando inicialmente gotas al inspirar, con la posterior apertura de bronquiolos luego del colapso por la espiración forzada. En este mecanismo las gotas grandes de más de 10 μm caerán rápidamente cerca del enfermo, y las pequeñas gotas se quedarán suspendidas y al desecarse la parte sólida o núcleo, por ser muy pequeños, quedan suspendidos en el aire como bioaerosoles. (23)

Las partículas del virus ingresan al organismo por inhalación por medio de la boca o de la nariz, dispersándose por medio del tracto respiratorio para dirigirse a los pulmones. Asimismo, cabe destacar que la transmisión respiratoria por medio de gotas o aerosoles no sólo depende del diámetro de las partículas, sino también de la concentración de las mismas. (24)

Transmisión por contacto con fómites

Las secreciones respiratorias o las gotitas descargadas por una persona infectada pueden contaminar superficies y objetos, formando hollín (superficie contaminada). (18)

El virus vivo del SARS-CoV-2 y / o el ARN detectado por RT-PCR se pueden encontrar en estas superficies durante horas o días, según el entorno (incluida la temperatura y la humedad) y el tipo. Superficie, especialmente en áreas de alta concentración en instituciones médicas que tratan pacientes con COVID-19. Por lo tanto, la transmisión también puede ocurrir indirectamente a través de superficies de contacto en el entorno cercano u objetos infectados con el virus por la

persona infectada y luego tocarse la boca, la nariz o los ojos.
(18)

Otros modos de transmisión

- El contagio del SARS-CoV-2 por medio de la transmisión fecal-oral ha sido estudiado durante los primeros meses de la pandemia. Al respecto, se evidenció la existencia de ARN del virus y del virus en estado activo en las heces de los infectados y también se pudo determinar que el tiempo de permanencia en el tracto digestivo es superior que en las vías respiratorias (25). En atención a los antecedentes generados por esta investigación se puede considerar la vía fecal oral como una vía de transmisión de la cadena de transmisión epidemiológica, especialmente en aquellas zonas de bajos recursos donde se carece de un proceso para disposición final adecuada de desechos fecales (24).
- Los bajos títulos de virus en plasma y suero indican que el riesgo de transmisión por esta vía puede ser bajo (18).
- A pesar del gran número de mujeres infectadas por el virus del SARS-CoV-2 que tuvieron hijos durante la pandemia, los datos respecto a estos casos son escasos. Sin embargo, estudios recientes han demostrado la inexistencia de SARS-CoV-2 en líquido amniótico, el cordón umbilical, la leche materna y las vías respiratorias del recién nacido; en las mismas no se encontró evidencia de la presencia del SARS-CoV-2 (24). De esta manera, la teoría más aceptada indica que el contagio a los neonatos se produce por medio de la vía de contagio aérea entre la madre infectada,

descartando el contagio intrauterino (24). A su vez, la OMS publicó recientemente un informe científico sobre lactancia materna y COVID. La OMS recomienda alentar a las madres que sospechan o han confirmado COVID-19 a comenzar o continuar amamantando (18).

- Se descarta que fuentes de agua sean vectores de transmisión y se reporta que en plantas de tratamiento de agua residual no se produjeron contagios durante la epidemia del SARS-CoV de 2003 (24).
- Los coronavirus pueden transmitirse por medio de la transmisión zoonótica entre miembros de la familia de los mamíferos. Se han reportado casos de transmisión que involucran a camellos, murciélagos, cerdos, pangolines, perros de civeta y perros mapache (24). La evidencia hasta la fecha indica que el SARS-CoV-2 está más estrechamente relacionado con el conocido β -coronavirus en los murciélagos (18).

El papel de los huéspedes intermediarios en la promoción de la transmisión en los primeros casos humanos conocidos no está claro. Además de estudiar los posibles huéspedes intermediarios del SARS-CoV-2, también se han realizado algunos estudios para comprender mejor la susceptibilidad del SARS-CoV-2 en diferentes especies animales. Existen evidencias que el humano infectado con SARS-CoV-2 podría infectar a otros mamíferos, incluidos perros, gatos y visones en granjas. Sin embargo, no está claro si estos mamíferos infectados presentan un riesgo significativo de transmisión a los humanos (18).

¿Cuándo las personas infectadas con SARS-CoV-2 infectarán a otras?

Saber cuándo una persona infectada puede transmitir el SARS-CoV-2 es tan importante como el conocer cómo se propaga el virus. Existe evidencia de que el ARN del SARS-CoV-2 se puede detectar en humanos de uno a tres días antes del inicio de los síntomas, y la carga viral determinada por RT-PCR es la más alta. Un día después del inicio de los síntomas, luego disminuyen gradualmente con el tiempo.

Para los individuos asintomáticos, la duración de la RT-PCR positiva parece ser por lo general de 1 a 2 semanas, y para los pacientes con enfermedad leve a moderada, hasta 3 semanas o más. En pacientes con enfermedad grave por COVID-19, el curso puede ser más prolongado. La detección de ARN viral no significa necesariamente que una persona sea infecciosa y pueda transmitir el virus a otra persona. Los estudios que utilizan cultivos de virus de muestras de pacientes para evaluar la presencia de SARS-CoV-2 infeccioso son actualmente limitados.

En resumen, el virus vivo se ha aislado de casos asintomáticos, pacientes con enfermedad leve a moderada hasta 8-9 días después del inicio de los síntomas, y se ha aislado de pacientes graves durante mucho tiempo. Se necesitan más investigaciones para determinar la duración de la diseminación de virus vivos en pacientes infectados (18).

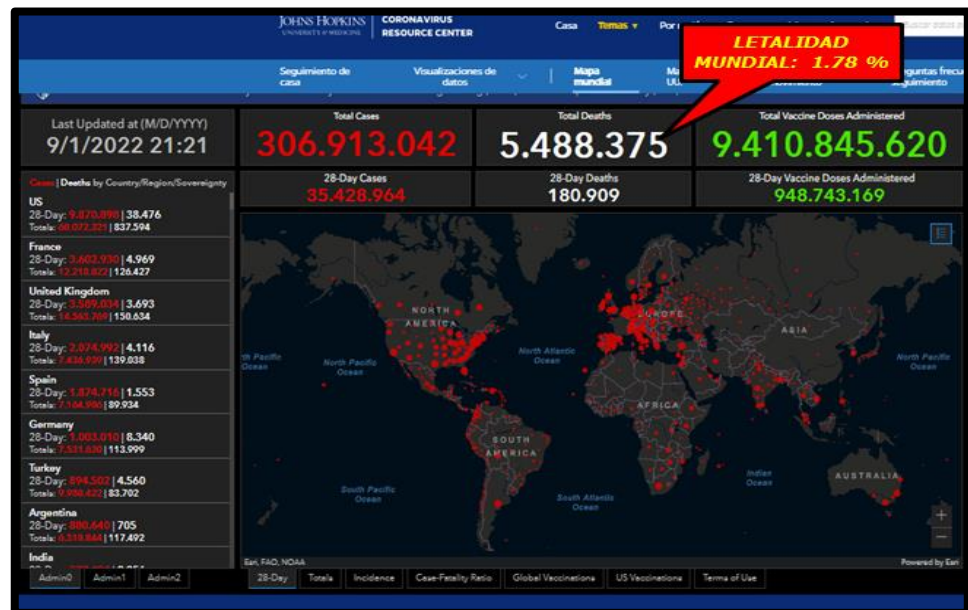


Figura 1. Situación Regional del COVID-19 al 09 de enero del 2022 (26)

Para los enfermos con Covid-19 existen factores críticos como los biológicos, psicológicos y sociales que lo han convertido en un gran problema. El desarrollo violento de esta enfermedad viene impactando en gran medida en varios aspectos de las personas, ya sea con la familia, la comunidad y en general la sociedad en su conjunto requiere que la ciencia psicológica y todas las demás disciplinas científicas consideren toda la evidencia disponible para enfrentar la crisis de salud mundial, porque todos los desastres naturales y de salud importantes son involucrar variables importantes y/o consecuencias que deben ser tomadas en cuenta.

2.1.4.3 Medidas políticas adoptadas por el gobierno peruano frente al COVID

En nuestro país, el paciente cero o primer caso con COVID-19 fue detectado el 6 de marzo de 2020, en

consecuencia, el 15 de marzo 2020 y ante el inminente contagio de la población, el gobierno instauró medidas de cuarentena, aislamiento y distanciamiento social, así como la adquisición de nuevas camas y equipos de cuidados intensivos, así como, la contratación y la redistribución de los profesionales capacitados en medicina intensiva (12).

Desde entonces, y en atención a la declaratoria de emergencia en el país, se suspendieron algunos derechos básicos de los ciudadanos y se suspendieron además muchas actividades laborales, manteniéndose solo aquellas consideradas esenciales tales como aquellas relacionadas a la prestación de servicios de salud, la provisión de alimentos, servicios bancarios y financieros, servicios de agua y electricidad, call centers, entre otros. Asimismo, el transporte se restringió a la compra de alimentos, medicamentos, traslado de personal dedicado a estas actividades esenciales y al traslado de personas infectadas con COVID-19. A su vez, ordenó el cierre de la frontera y la suspensión de los servicios de transporte terrestre, fluvial y aéreo en el país. (27)

Las restricciones obligatorias y la lenta recuperación de los centros de trabajo han obligado a los directivos a mantener reuniones virtuales con los empleados. Los miembros de equipos profesionales de diferentes regiones, desde casa. (27)

La instauración de medidas como la cuarentena tiene la finalidad de restringir las actividades o aislar a las personas que no están enfermas pero que pueden estar expuestas a agentes infecciosos o enfermedades, con el objetivo de monitorear sus síntomas y asegurar la detección temprana de

casos. Por su parte el aislamiento, el cual consiste en aislar a las personas que están enfermas o infectadas, busca prevenir la propagación de infecciones o contaminación y garantizar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones (28).

En el marco de la aplicación de estas medidas, las autoridades deben proporcionar a las personas información clara y actualizada, pautas transparentes y coherentes e información confiable sobre las medidas de cuarentena con pautas confiables (28).

Si se aceptan las medidas de cuarentena, la participación constructiva con la comunidad es esencial. Las personas en aislamiento deben recibir atención médica, apoyo financiero, social y psicosocial, necesidades básicas, incluidos alimentos, agua y otras necesidades. Se debe dar prioridad a las necesidades de los grupos desfavorecidos. Los factores culturales, geográficos y económicos afectan la eficacia de la cuarentena (28).

2.1.4.4 Consecuencias del COVID-19

La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto negativo en múltiples aspectos de la vida humana, tanto en lo físico, psicológico, económico, social y cultural (29).

En nuestro país, el grado de estas repercusiones puede estar ligad íntimamente relacionado con el grado de desigualdad socioeconómica. La vulnerabilidad está en la población más afectada, y también es la población excluida en la historia. Para esta última no tenemos estadísticas sobre la

verdadera magnitud del impacto en Perú el efecto es multidimensional (27).

Influencia en la calidad de vida

Son diversos los aspectos de la calidad de vida que se han visto alteradas por el confinamiento decretado por el gobierno ante la crisis mundial por COVID-19. En primera instancia, cabe destacar que se ha limitado la actividad física en niños y adolescentes en espacios abiertos, situación que a futuro se puede reflejar en sedentarismo y con posible consecuencia a largo plazo de mayores tasas de obesidad infantil. Estos patrones se están replicando en muchos países del mundo, y se ve acrecentado por otros factores como los avances en la tecnología moderna, donde niños y adolescentes invierten más tiempo en el uso de las tecnologías. (30)

También se ha visto afectado el rendimiento académico de los niños y jóvenes, debido al cambio de rutina producido por el confinamiento, motivo por el cual el estudiante puede postergar las actividades y perder el ritmo de estudio. Por otro lado, el desarrollo de las clases en modalidad virtual implica estar conectados a internet para tener acceso a material de trabajo, lo que se puede convertir en un recurso distractor, ya que se puede acceder a otras actividades de entretenimiento (29).

A su vez, el ámbito económico se ha visto afectado en gran escala por la cuarentena, esto debido a despidos laborales para aligerar la masa salarial de las empresas cuyas actividades se han visto restringidas; así como de aquellas personas que trabajan de manera independiente y que no han podido laborar motivo de las medidas de confinamiento (29).

Impacto psicosocial de la pandemia

La incertidumbre, el miedo y restricciones relacionadas con la pandemia causada por el SARS-CoV-2 han representado desafíos particulares, especialmente en personas diagnosticadas con COVID-19, debido a las medidas de emergencia sanitaria, como la cuarentena, el confinamiento y el distanciamiento social, dichas personas se han visto mucho más afectadas, incrementando su nivel de preocupación, ansiedad y frustración, debido al temor de perder la vida, o incluso poder afectar la economía de su hogar al quedar desempleados (29).

2.1.5 PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La percepción del riesgo se entiende como un juicio subjetivo que las personas crean a partir del conocimiento de los efectos, daños y grado de susceptibilidad y consecuencias de la enfermedad; y se refiere al sentimiento y la comprensión del individuo sobre estos riesgos (31).

La percepción del riesgo y su consecuente evaluación dependen de las características de la persona que lo afronte y su posición en la estructura social, es decir, en los campos de experiencia posibles, así como del contexto concreto donde pueda ocurrir. Los distintos colectivos sociales que mantienen determinados estilos de vida, perciben, evalúan y reaccionan ante los riesgos de maneras diferentes (32).

Al respecto, para tener una percepción de riesgo alta es importante detectar una situación como amenazante e interrelacionarla con la vulnerabilidad propia. Es así que, pese a la información que se recibe a diario sobre los efectos letales que pudiese ocasionar el nuevo

coronavirus, existen personas que con la habilidad para detectar el riesgo y reaccionar adecuadamente ante esta situación, mientras otras personas no tanto; en consecuencia, las manifestaciones de indisciplina social durante la cuarentena. (33)

Para la García (2012) los factores sociales, psicológicos, políticos, el género y la visión del mundo, influyen en la percepción del riesgo, así como los estereotipos, las motivaciones, las experiencias, las creencias y actitudes (34).

La confluencia de estos factores hace que las personas estimen o juzguen la realidad de manera diferente, resultado de ello (33):

- Una percepción de riesgo alta frente al COVID 19, en esta condición las personas organizan y regulan su comportamiento para evitar aglomeraciones y reuniones sociales, hacen uso correcto del tapabocas, conservan el distanciamiento social, ejecutan el lavado de manos y son consecuentes con otras medidas adoptadas en su jurisdicción.
- Infravalorar el riesgo del COVID 19, cuando esto ocurre no se siguen los protocolos de bioseguridad, ni se asumen otras medidas como la cuarentena, no se valoran como importantes los daños potenciales de la enfermedad, pero sí las ventajas inmediatas de asumir ciertos riesgos.

Ahora bien, respecto a la evaluación de la percepción del riesgo, se encuentran dos modelos, el de enfermedad y el de desastres (31):

- El modelo de percepción de la enfermedad se centra en las representaciones o percepciones que el individuo tiene sobre la

experiencia con una enfermedad, el origen, consecuencias, tratamiento, causas, duración y curación; y es condicionada por la experiencia, el contexto social y cultural que influyen en el comportamiento de prevención.

- Por su lado, modelo de desastres sigue tres teorías, la psicométrica, cultural y la de refuerzo social. Según el modelo psicométrico, los factores clave en la percepción de riesgo de las personas son el miedo y el riesgo a lo desconocido.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

2.2 HIPÓTESIS

HIPOTESIS 1

Existe relación entre el nivel de conocimiento con la percepción de riesgo en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.

HIPOTESIS 2

Existe relación entre las principales características sociodemográficas con la percepción de riesgo en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.

2.3 VARIABLES

2.3.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CUADRO N° 1

VARIABLE	SUBVARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTOS	
CARACTERISTICAS SOCIO - DEMOGRAFICAS	EDAD	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento que se le encuestó, según lo consignado en su DNI, expresado en años.	GRUPO ETAREO	Cuantitativa	18 a 19 años	Encuesta Sociodemografica	
					20 a 29 años		
					30 a 59 años		
					60 a más		
	SEXO	Género y características Socio, biológicas, según lo consignado en su DNI	GENERO	Cualitativa Dicotomica	Masculino	Encuesta Sociodemografica	
					Femenino		
	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	último grado educativo aprobado según lo exoresadi por el investigado	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Cualitativa Nominal Ordinal	Sin instrucción	Encuesta Sociodemografica	
					Primaria		
					Secundaria		
	OCUPACION PRINCIPAL	Ocupación y/u Oficio actual que desempeña en residencia en la localidad, manifestado durante la encuesta	GRUPO OCUPACIONAL	Cualitativa Nominal Politómica	Agricultor/chacra	Encuesta Sociodemografica	
Tec./Apoyo administ.							
Obrero campo							
Ingeniero/Arquitecto/Abogado/Contador							
Estudiante							
Secretaria/Asistente vendedor/comerciante Su casaETC.							
ESTADO CIVIL	El estado civil es el conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones.Según lo manifestado por el investigado	ESTADO CIVIL	Cualitativa Nominal Politómica	Casado(a)	Encuesta Sociodemografica		
				Conviviente			
				Soltero			
				Separado/divorciado			
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS GENERAL	El nivel de conocimiento es el grado de información que hemos adquirido sobre la Enfermedad COVID-19, este el conocimiento puede ser científico, intuitivo, de sentido común común, medido a través de una encuesta	FUENTE DE INFORMACIÓN	Cualitativa Dicotomica	Adecuada	Instrumento de Medición de Conocimientos	
			INFORMACION GENERAL COVID-19	Cualitativa Dicotomica	Inadecuada		
			SINTOMAS CLINICOS	Cualitativa Dicotomica	Adecuada		
			DIFERENCIAS CLINICAS	Cualitativa Dicotomica	Inadecuada		
			MEDIDAS DE PREVENCIÓN	Cualitativa Dicotomica	Adecuada		
				Cualitativa Dicotomica	Inadecuada		
	NIVEL DE CONOCIMIENTOS PARA COMUNIDADES ALTOANDINAS (PERU)	El nivel de conocimiento es el grado de información que hemos adquirido sobre la Enfermedad COVID-19, este el conocimiento puede ser científico, intuitivo, de sentido común común, medido a través de una encuesta especialmente diseñada y validada para Comunidades ALTOANDINAS del Perú.		MECANISMO TRANSMISION	Cualitativas Politómicas	VARIAS	Escala validada Nacional Perú, para la medición del nivel de conocimientos
				TIEMPO DE INCUBACIÓN			
				SINTOMATOLOGIA			
				PROBABILIDAD DE MORIR			
				QUIENES TIENEN MAYOR RIESGO DE MORIR			
				INDICACIONES PARA EL ENFERMO			
				METODO (Prueba) DIAGNOSTICA			
				QUE HARIAS SI ERES SOSPECHOSO ?			
PERCEPCION DE RIESGO	Es un juicio subjetivo que las personas hacen sobre los peligros que afectan su bienestar personal. Tales juicios dictan acciones de precaución e influyen en la probabilidad de cumplir con las recomendaciones relacionadas con la salud		Grado de afectación a tu vida	Cuantitativa Ordinales	Escala Likert de 1 a 10	INSTRUMENTO DE PERCEPCION DE RIESGO, versión BIP-Q5(24)	
			Grado de duración de la infección?				
			Grado de medición de los síntomas?				
			Grado de Preocupación de los				
			Grado de afectación emocional				

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Observacional, Correlacional de corte transversal y analítico.

2.5 ÁMBITO DE ESTUDIO

El 25 de junio de 1855, el gobierno de Ramón Castilla creó el distrito de Ilabaya. La capital es la provincia de Tacna. Ilabaya es un valle que forma parte de la subregión de valles occidentales de los Andes centrales y meridionales. Tiene una historia antigua que se remonta a hace 10.000 años. La geografía y ecología de esta zona pertenecen a Yunga, quechua y Puna respectivamente. El área de Ilabaya es actualmente un área perteneciente a la Provincia Jorge Basadre, Región Tacna, República del Perú. Sus coordenadas son las siguientes: Latitud sur: 17°23 ', longitud oeste: 70°32', elevación: 1425 a 3600 m.s.n.m. Distancia a la capital de la región: 135.60 Km. Según la proyección del Instituto Nacional de Estadísticas e Información de Estados Unidos, el distrito de Ilabaya presenta el año 2021 una población de 5965 habitantes. (39)

Históricamente, en la región de Ilabaya, dominó el cultivo de alfalfa, seguido del orégano y la cebolla. Cabe mencionar que, en la región de Ilabaya, la composición del agua que fluye por su río es determinante. El agua dulce de Ilabaya y Carumbraya puede producir orégano, árboles frutales, caña de azúcar, etc. En cuanto a la región, los agricultores de las regiones altas de la región (Cambaya, Borogueña, Coraguaya y Vilalaca) se dedican principalmente al cultivo de orégano, trigo, papa y maíz.

La región de Ilabaya cuenta con varias cuencas hidrológicas en su territorio, que abastecen de alimento a los valles de las regiones de Ilabaya, Mirave, Locumba e Ite. La cuenca más prominente de la cuenca del Ilabaya es la cuenca de Río de salado (40).

Durante la época de lluvias, el caudal de estos ríos aumenta, y en el año 2019, y el año 2020, en tiempos de huaycos, fueron los más trágicos de su historia, causando daños de cultivos, viviendas, red agua y desagüe y que hasta el momento no ha logrado recuperarse, así gran parte de la población opta por el consumo de agua embotellada para el consumo humano, el reparto de agua por cisternas, todas estas condiciones no han podido ser superadas debido a la pandemia por SARS CoV2, que viene afectando a la población en el aspecto de salubridad y principalmente en lo económico. Y de acuerdo a la información estadística de la región es uno de los distritos de Tacna con mayor cantidad de casos positivos de la enfermedad Covid-19. La provincia Jorge Basadre cuenta hasta octubre de este año 662 casos (41).

Figura 2. Mapa de Tacna



2.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.6.1 Población

Población mayor de 18 años residente en localidad de Ilabaya asciende a 3612 personas aproximadamente (40).

2.6.2 Muestra:

Se trabajó con un total de 347 personas, elegidas al azar y mediante un muestreo aleatorio probabilístico, el tamaño muestral se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_α = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 3612
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%
- **n = 347**

2.6.2.1 Criterios de inclusión

- a. Mayores de 18 años
- b. Residentes en la localidad

2.6.2.2 Criterios de exclusión

- a. Personas que no deseen participar
- b. Personas con dificultades de comunicación o alteración mental.

2.7 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.7.1 TÉCNICA

La encuesta, se aplicó mediante le estrategia de visitas domiciliarias, aplicadas por trabajadores del sector salud previamente capacitados y contratados para tal fin.

2.7.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a) Ficha sociodemográfica y laboral

Se trata de instrumento que indagó los antecedentes personales de la población estudiada como edad, sexo, nivel de instrucción y principal ocupación.

b) Cuestionario de conocimientos

Instrumento de evaluación de conocimientos validado para Las Américas (44) (ver anexos)

El instrumento considera 5 componentes:

- Componente 01: Fuentes de información
- Componente 02: Conocimientos en información general, donde se considera como conocimientos adecuados la presencia de 5 o más ítems correctos y como conocimientos inadecuados menos de 5 ítems correctos. Se considera verdaderos los ítems a, b, c e y g. Se considera incorrectos los ítems d y f.

- Componente 03: Conocimientos sobre los síntomas clínicos generales donde, se considera como conocimientos adecuados la presencia de 4 o más ítems correctos y como conocimientos inadecuados menos de 5 ítems correctos. Se considera verdaderos los ítems a, b, c y e. Se considera incorrectos los ítems d y f.
- Componente 04: Conocimientos sobre las diferencias clínicas de la COVID-19 con algunas infecciones respiratorias, donde se considera como conocimientos adecuados la presencia de 7 o más ítems correctos y como conocimientos inadecuados menos de 7 ítems correctos. Se considera verdaderos los ítems a, b, c e y . Se considera incorrectos los ítems d, f, g, h, i.
- Componente 05: Medidas de prevención, se considera como conocimientos adecuados la presencia de 6 o más ítems correctos y como conocimientos inadecuados menos de 6 ítems correctos. Se considera verdaderos los ítems a, b, d, g, h. Se considera incorrectos los ítems b, e y f.

**c) Escala Breve de nivel de conocimientos en COVID-19 Perú (8)
(ver anexos)**

Cada reactivo se comporta como una escala individual. El análisis se hace ítem por ítem.

Índice de bondad de ajuste de la Escala KNOW-P-COVID-19.

Chi cuadrado	gl	p valor	GFI	CFI	RMSEA
161,75	26	<0,001	0,992	0,916	0,034

d) Instrumento de percepción del riesgo

El cuestionario de percepción de enfermedad en su versión corta, versión BIP-Q5 (38), consta de 9 ítems, traducidos al español y validado por Pacheco-Huergo y colaboradores(42). Utilizado para este estudio en esta versión corta de BIP-Q. Consta de cinco ítems sobre amenazas de enfermedades percibidas, y los participantes calificaron su acuerdo con la escala Likert de 0 a 10. Esta prueba proporciona una puntuación general. Cuanto más alto sea el puntaje, mayor es la amenaza para la enfermedad. Este breve cuestionario tiene suficientes características psicométricas (43). BIP-Q también muestra tasas de confiabilidad aceptables para la población adulta en varios países diferentes, incluido Perú. (44) (38) (45). (ver anexos)

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

2.8 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La estrategia metodológica siguió en 3 etapas:

Etapa 01: Selección de la muestra por muestreo aleatorio simple con identificación de los participantes según criterios de inclusión y exclusión. Se mapeó el lugar de acuerdo a la información consignada por el Centro de Salud del lugar.

Etapa 2: Solicitud de apoyo a personal técnico de la zona para la aplicación de la encuesta, la cual fue debidamente capacitada y que tuvo la facilidad de acceder a los hogares, por ser conocida por los lugareños.

Etapa 3: Los resultados se digitalizarán en una base de datos Excel. Y luego se siguió el análisis mediante el programa SPSS versión 15.

2.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez elaborada la base de datos se procedió al análisis de los datos mostrando luego resultados aplicando gráficos de estadística descriptiva. Los datos se codificarán en Epi-info. Se utilizó el análisis bivariado con ajuste de muestra. La prueba “t” para contraste de las medias tanto para nivel de conocimiento como para percepción del riesgo. Se usó chi cuadrado para variables sociodemográficas que determinen independencia. Se consideró una significatividad $p < 0.05$.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta propuesta de investigación contó con la aprobación de un jurado determinante otorgado por la universidad.

Fue nuestro compromiso informar a los pobladores acerca de lo importante de este estudio e invocaremos la participación voluntaria de la comunidad, para lo cual se les solicitó el respectivo Consentimiento Informado.

También nos comprometimos a tener una conducta proba y ética con respecto a la información obtenida, siendo su manejo con fines exclusivos para la investigación guardando en absoluta reserva el anonimato de los participantes.

RESULTADOS

Tabla 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021

	n	%	
Edad	<20 años	22	6.3%
	20 a 29 años	64	18.4%
	30 a 39 años	92	26.5%
	40 a 49 años	73	21.0%
	50 a 59 años	43	12.4%
	60 a más años	53	15.3%
	Total	347	100.0%
Sexo	Femenino	158	45.5%
	Masculino	189	54.5%
	Total	347	100.0%
Nivel de instrucción	Sin instrucción	4	1.2%
	Primaria	28	8.1%
	Secundaria	174	50.1%
	Superior	109	31.4%
	Técnica	32	9.2%
	Total	347	100.0%
Estado Civil	Casado(a)	55	15.9%
	Conviviente	131	37.8%
	Soltero(a)	127	36.6%
	Separado/divorciado(a)	26	7.5%
	Viudo(a)	8	2.3%
	Total	347	100.0%

En la tabla 1 podemos observar que según la edad el 26.1% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 21% entre 40 a 49 años. Se logró identificar una población adulto mayor representado por el 15.3%. Llamando la atención que sólo el 6.3% de la comunidad de Ilabaya tenía menos de 20 años.

Según sexo el 54.5% eran varones y el 45.5% mujeres, mostrando un leve predominio de la población masculina.

Según nivel de instrucción el 50.1% contaba con secundaria seguido de un 31.4% con instrucción Superior. Sólo el 1.2% tenía la condición de analfabeto.

Según el estado civil el 37.8% tenía la condición de conviviente y el 36.6% la de soltero. Sólo el 15.9% tenía la condición de casado.

Tabla 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA OCUPACIÓN LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021

	n	%
	11	3.2%
	49	14.1%
	30	8.6%
	28	8.1%
Ingeniero/Arquitecto/Abogado/Contador/profesora	27	8.0%
Estudiante/universitario	24	6.9%
Secretaria/Asistente	24	6.9%
vendedor/tendero/negociante/comerciante	21	6.3%
su casa	15	4.3%
Músico	15	4.3%
Cocinero/a	13	3.9%
Empleado	12	3.5%
Peón/obrero	11	3.2%
Mantenimiento/electricista	10	2.9%
guardián/cuidante	9	2.6%
Ocupación Maquinista/Soldador/Constructor	7	2.0%
Panadero/repostera	7	2.0%
Chofer	7	2.0%
Supervisor de obra/Inspector/Capataz	5	1.4%
Seguridad ciudadana	4	1.2%
Ganadero/lechero/crianza de cuyes	3	1.0%
Carpintero/ebanista	3	1.0%
Bachiller	3	.9%
Trabajador municipal	2	.6%
Auxiliar contable	2	.6%
Sanguchero	1	.3%
Apoyo wawawasi	1	.3%
Exportadora	1	.3%
Topógrafo	1	.3%
Tesorera	1	.3%
Total	347	100.0%

En la tabla 2 se presenta la distribución de frecuencia de la principal ocupación de la muestra en estudio representativa de la localidad de Ilabaya. Se ha presentado en forma detallada pues al ser una comunidad rural y urbano marginal las diferentes ocupaciones hacen que se tenga una heterogeneidad al respecto.

Podemos observar que el 14.1% era agricultor seguido de Técnicos administrativos, obrero de campo, y profesionales diversos como ingeniería, arquitectura, abogacía, contador o profesor con un 8.6% y 8.1% y 8%, respectivamente. Sólo el 4.3% tenía como ocupación su casa.

Cabe mencionar asimismo que muchos de los pobladores tienen como segunda ocupación principal la agricultura.

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE LA PRINCIPAL FUENTE DE INFORMACIÓN ACERCA DE COVID-19 DE LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021

	n	%
No precisa/no responde	27	7.8%
Familiar	16	4.6%
Principal fuente de información acerca de COVID-19	106	30.5%
Televisión	152	43.8%
Internet	10	2.9%
Prensa escrita	36	10.4%
Pesquisa en redes sociales	347	100.0%
Total		

En la tabla 3 se muestra la principal fuente de información, que corresponde al componente 1 en la medición de conocimientos acerca de la pandemia, donde el 43.8% refiere que principalmente recibe información de internet en sus diferentes presentaciones seguido de un 30.5% que lo hace a través de la televisión.

Pudo identificarse que el 10.4% recibía información a través de la pesquisa en redes sociales, en conclusión, el 54.2 % manifiesta que su principal fuente de información es digital, desplazando los medios de información tradicionales.

Tabla 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS POR COMPONENTES DE LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021

COMPONENTES DEL CONOCIMIENTO		n	%
Componente 2: Conocimientos en información general	Conocimiento Inadecuado	53	15.3%
	Conocimiento adecuado	294	84.7%
	Total	347	100.0%
Componente 3: Conocimientos sobre los síntomas clínicos	Conocimiento inadecuado	40	11.5%
	Conocimiento adecuado	307	88.5%
	Total	347	100.0%
Componente 4: Conocimientos sobre las diferencias clínicas	Conocimiento Inadecuado	290	83.6%
	Conocimiento adecuado	57	16.4%
	Total	347	100.0%
Componente 5: Medidas de prevención	Conocimiento inadecuado	42	12.1%
	Conocimiento adecuado	305	87.9%
	Total	347	100.0%

En la tabla 4 se aprecia la distribución de frecuencia por componentes en la medición del nivel de conocimientos. Cabe destacar que el componente 1, tiene que ver con la anterior tabla donde se manifiesta la principal fuente de información acerca de covid-19, donde se evidencia que el 84.7% tiene un conocimiento adecuado de la enfermedad., pero el 15.3% como inadecuado.

En el componente 3 el cual se refiere al conocimiento sobre los síntomas clínicos, el 88.5% conocimiento adecuado y sólo el 11.5% tenía conocimiento inadecuado.

Respecto al componente 4, el cual era conocimientos sobre las diferencias clínicas, el 83.6% manifestó conocimientos inadecuados, siendo el porcentaje más elevado de los cuatro componentes aquí analizados y sólo el 16.4% un nivel de conocimiento adecuado.

El componente 5 se refiere a las medidas de prevención, el 12.1% manifestó conocimientos inadecuados y el 87.9% conocimientos adecuados.

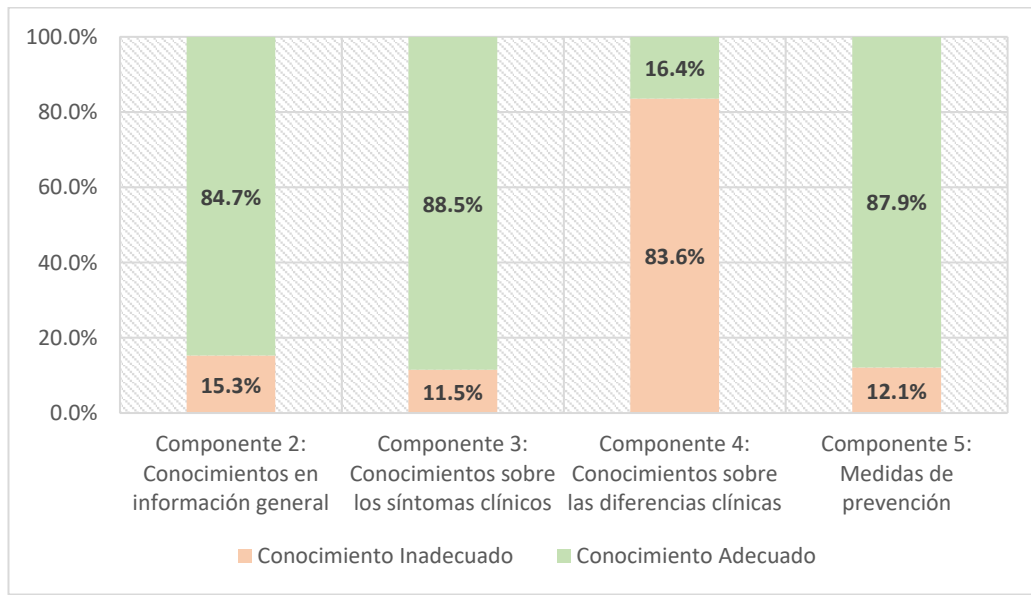


Gráfico 1 Comparación de los componentes del nivel de conocimientos (IC: 95%)

En la Gráfica 1 se observa la comparación entre las columnas apiladas se observa claramente un nivel bastante adecuado de conocimientos de información general, sobre los síntomas clínicos y medidas de prevención, mientras un significativo inadecuado conocimiento sobre las diferencias clínicas de la enfermedad, con sólo un 16.4% de conocimiento adecuado.

Estas diferencias fueron altamente significativas respecto a la identificación de la tendencia de las dimensiones estudiadas ($p < 0.00$).

Tabla 5

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN INSTRUMENTO VALIDADO PARA EL PERÚ DE LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021

		n	%
¿Cómo se transmite o cuál es el mecanismo de transmisión del coronavirus?	No precisa	9	2.6%
	Sexual	2	.6%
	Vía aérea	333	96.0%
	Placentaria	3	.9%
	Total	347	100.0%
¿Cuánto es el tiempo de incubación o en qué tiempo se puede manifestar los síntomas del coronavirus?	No Precisa	6	1.7%
	Hasta 5 días	14	4.0%
	Hasta 10 días	72	20.7%
	Hasta 14 días	235	67.7%
	Hasta 60 días	20	5.8%
Total	347	100.0%	
¿Cuáles son los síntomas comunes que puede presentar una persona que tiene la infección por coronavirus?	No Precisa	9	2.6%
	Los mismos que una gripe o resfrío	333	96.0%
	Digestivos	5	1.4%
	Total	347	100.0%
¿Cuál de los siguientes NO es uno de los síntomas más comunes de la infección por coronavirus?	No Precisa	7	2.0%
	Diarrea	219	63.1%
	Tos	54	15.6%
	Fiebre	8	2.3%
	Dificultad respiratoria	59	17.0%
Total	347	100.0%	
¿Cuál es la probabilidad de morir (porcentaje de mortalidad) en la población general?	No Precisa	3	.9%
	Menos del 50%	114	32.9%
	Menos del 30%	80	23.1%
	Menos del 10%	108	31.1%
	Menos del 5%	42	12.1%
Total	347	100.0%	
¿En quienes es más alta la tasa de mortalidad por infección con el coronavirus?	No Precisa	20	5.8%
	Hombres	1	.3%
	Ancianos	314	90.5%
	Niños	12	3.5%
	Total	347	100.0%
¿Qué indicación se debe dar a una persona que tiene infección inicial (no grave) por coronavirus?	No Precisa	11	3.2%
	Calmar los síntomas respiratorios	216	62.2%
	Antibióticos de amplio espectro	111	32.0%
	Internamiento en un hospital	9	2.6%
	Total	347	100.0%
¿Cuál es el método de diagnóstico que se utiliza para confirmar una infección por coronavirus?	No Precisa	16	4.6%
	Análisis de sangre	19	5.5%
	Hisopado nasal y/o bucal	311	89.6%
	Análisis de orina	1	.3%
Total	347	100.0%	
¿Qué harías si tienes síntomas de un resfrío y sospechas que estas infectado por coronavirus?	No Precisa	28	8.1%
	Iría al hospital	95	27.4%
	Me quedaría en casa hasta curarme	152	43.8%
	Iría a la farmacia	70	20.2%
	Seguiría con mi vida cotidiana	2	.6%
	Total	347	100.0%

En la tabla 5 se puede observar los resultados obtenidos en la Medición de cada uno de los componentes del cuestionario de medición del nivel de conocimientos validados para el Perú. Para su interpretación se describió ítem por ítem y así poder ser abordado con mayor prioridad.

El 96% de la población reconoce que el virus se transmite por vía aérea. Asimismo, el 67.7% refiere que el tiempo de incubación para la manifestación de síntomas es de hasta 14 días, seguido de un 20.7% que refiere que este período puede ser hasta 10 días.

Respecto a los síntomas una gran mayoría, el 96% refiere que los síntomas son los mismos que una gripe o resfriado, pero un 63.1% afirma que la diarrea no es un síntoma frecuente, así como un 15.6% que también afirma que la tos también no es un síntoma frecuente.

Sobre la probabilidad de morir el 32.9% afirma que es menos del 50% y el 31.1% afirma que es menos del 10%. Pero la gran mayoría, el 90.5% afirma que la mortalidad está presente más en ancianos.

Sobre las principales indicaciones: el 62.2% refiere que se debe tratar con productos que permitan calmar los síntomas respiratorios y el 32% manifiesta que se debe indicar antibióticos de amplio espectro. Sólo el 2.6% afirma que se debe indicar acudir a un hospital.

Respecto al método de diagnóstico para confirmar una infección por coronavirus, el 89.6% afirma que es por hisopado nasal y/o bucal seguido de un escaso 5.5% que es a través del análisis de sangre.

Sobre la conducta a tomar si sospechan que están infectados por coronavirus el 43.8% se quedarían en casa, el 27.4 irían al Hospital y el 20.2% a una farmacia, sólo el 6% haría su vida cotidiana.

Tabla 6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021

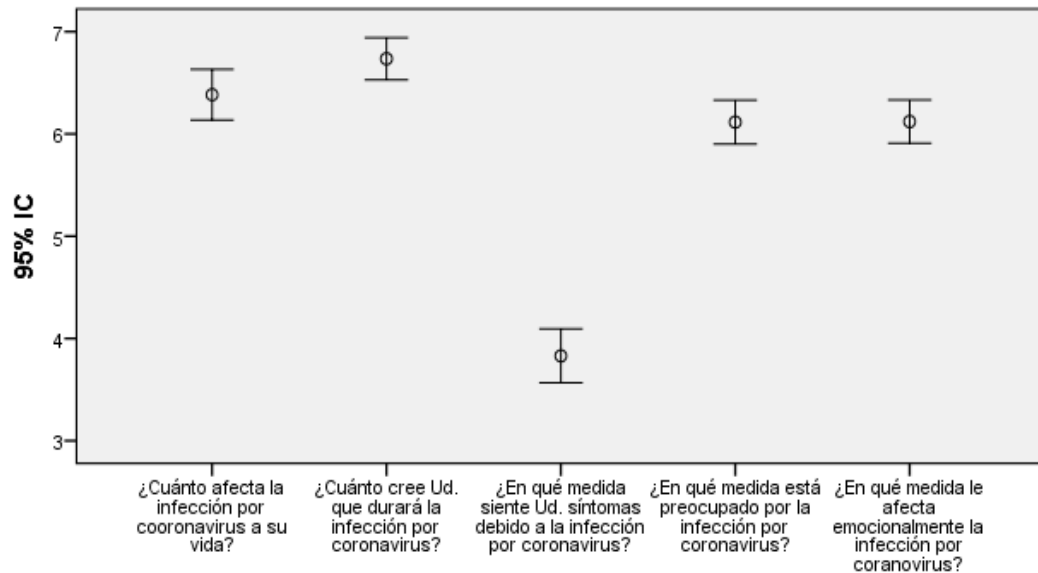
		n	%		
Percepción del riesgo	Bajo Riesgo	52	15.0%		
	Moderado Riesgo	245	70.6%		
	Alto riesgo	50	14.4%		
	Total	347	100.0%		
		Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Percepción del riesgo		29.18	55.00	5.00	7.35

En esta tabla podemos observar que el 70.6% percibe su condición de riesgo como moderado seguido de un 15% como bajo.

Solamente el 14.4% considera estar en alto riesgo.

Gráfico 2

Comparación de los reactivos de medición de la percepción del riesgo



En la Gráfica 2 se puede apreciar que el ítem con menor percepción de riesgo es la presencia de percibir síntomas debido a la infección por coronavirus al momento de la investigación presente.

Mientras que en los demás ítems: la afectación a su vida, cuánto durará la enfermedad, la preocupación por la infección y su afectación emocional, se obtiene el mismo nivel de percepción de riesgo. No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Tabla 7

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO POR COMPONENTES Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021.

	Percepción del riesgo								p
	Bajo Riesgo		Moderado Riesgo		Alto riesgo		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Componente 2: Conocimientos en información general									
Conocimiento Inadecuado	7	13.2%	37	69.8%	9	17.0%	53	100.0%	0.809
Conocimiento adecuado	45	15.3%	208	70.7%	41	13.9%	294	100.0%	
Componente 3: Conocimientos sobre los síntomas clínicos									
Conocimiento inadecuado	5	12.5%	27	67.5%	8	20.0%	40	100.0%	0.541
Conocimiento adecuado	47	15.3%	218	71.0%	42	13.7%	307	100.0%	
Componente 4: Conocimientos sobre las diferencias clínicas									
Conocimiento Inadecuado	32	11.0%	213	73.4%	45	15.5%	290	100.0%	0.00
Conocimiento adecuado	20	35.1%	32	56.1%	5	8.8%	57	100.0%	
Componente 5: Medidas de prevención									
Conocimiento inadecuado	14	33.3%	18	42.9%	10	23.8%	42	100.0%	0.00
Conocimiento adecuado	38	12.5%	227	74.4%	40	13.1%	305	100.0%	

En la tabla 7 se puede apreciar que los componentes asociados a percepción del riesgo son el nivel de conocimientos sobre las diferencias clínicas ($p:0.000$) y las medidas de prevención ($p:0.00$).

En el Componente de Diferencias Clínicas podemos afirmar que en el grupo con conocimiento inadecuado sólo el 11% percibe estar en bajo riesgo y un 73.4% considera estar en moderado riesgo, a diferencia del grupo con conocimiento adecuado, donde el 35.1% percibe estar en bajo riesgo y sólo el 56.1% en moderado riesgo. Si comparamos las proporciones de alto riesgo en el grupo con conocimiento inadecuado, un 15.5% percibe estar en alto riesgo, en cambio aquel grupo con conocimiento adecuado, sólo el 8.8% se consideran alto riesgo actualmente. Estas diferencias fueron altamente significativas.

Mientras que, en Componente Medidas de Prevención, podemos afirmar que en el grupo con conocimiento inadecuado el 33.3% percibe estar en bajo riesgo y un 42.9% considera estar en moderado riesgo, a diferencia del grupo con conocimiento adecuado, donde sólo el 12,5% percibe estar en bajo riesgo y un mayoritario 74.4% en moderado riesgo. Si comparamos las proporciones de alto riesgo en el grupo con conocimiento inadecuado, un 23.8% percibe estar en alto riesgo, en cambio aquel grupo con conocimiento adecuado, sólo el 13.1% se consideran alto riesgo actualmente. Siendo estas diferencias también altamente significativas.

En los componentes de conocimientos sobre información general y síntomas clínicos no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 8

RELACIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE LA COMUNIDAD RURAL DE ILABAYA (1400 m.s.n.m.), 2021

	Percepción del riesgo								p
	Bajo Riesgo		Moderado Riesgo		Alto riesgo		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad									
<20 años	6	27.3%	13	59.1%	3	13.6%	22	100.0%	0.13
20 a 29 años	18	28.1%	34	53.1%	12	18.8%	64	100.0%	
30 a 39 años	13	14.1%	67	72.8%	12	13.0%	92	100.0%	
40 a 49 años	5	6.8%	58	79.5%	10	13.7%	73	100.0%	
50 a 59 años	7	16.3%	29	67.4%	7	16.3%	43	100.0%	
60 a más	3	5.7%	44	83.0%	6	11.3%	53	100.0%	
Total	52	15.0%	245	70.6%	50	14.4%	347	100.0%	
Sexo									
Femenino	29	18.4%	98	62.0%	31	19.6%	158	100.0%	0.005
Masculino	23	12.2%	147	77.8%	19	10.1%	189	100.0%	
Total	52	15.0%	245	70.6%	50	14.4%	347	100.0%	
Estado Civil									
Casado(a)	7	12.7%	37	67.3%	11	20.0%	55	100.0%	0.43
Conviviente	16	12.2%	100	76.3%	15	11.5%	131	100.0%	
Soltero(a)	25	19.7%	83	65.4%	19	15.0%	127	100.0%	
Separado(a)	4	15.4%	19	73.1%	3	11.5%	26	100.0%	
Viudo(a)	0	0.0%	6	75.0%	2	25.0%	8	100.0%	
Total	52	15.0%	245	70.6%	50	14.4%	347	100.0%	
Nivel de instrucción									
Sin instrucción	0	0.0%	3	75.0%	1	25.0%	4	100.0%	0.103
Primaria	6	21.4%	21	75.0%	1	3.6%	28	100.0%	
Secundaria	28	16.1%	124	71.3%	22	12.6%	174	100.0%	
Superior	10	9.2%	76	69.7%	23	21.1%	109	100.0%	
Técnica	8	25.0%	21	65.6%	3	9.4%	32	100.0%	
Total	52	15.0%	245	70.6%	50	14.4%	347	100.0%	

Se observó que, la única variable asociada a percepción del riesgo, fue el sexo ($p:0.005$), al observar que, en el grupo de sexo femenino, el 19.6% se percibe en alto riesgo y en el grupo de sexo masculino sólo el 10.1% se percibe en alto riesgo. Esta diferencia fue altamente significativa.

En las otras variables como sexo, estado civil y nivel de instrucción no hubo diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

La evolución de la pandemia y una evaluación mundial ha evidenciado en una serie de documentos de la importancia de las medidas aplicadas en la prevención primaria del COVID-19 a nivel nacional e internacional. Peres et al refiere que la nueva pandemia de SARS-CoV-2 es un ejemplo de una emergencia de salud pública internacional, que está asociada con considerables desafíos sociales y económicos.

Asimismo, se hace muy necesario brindar una perspectiva de la salud pública desde muchos escenarios a nivel regional, nacional y mundial donde se mida el estado de conocimientos de la población y cómo esta percibe su riesgo de contagiarse, las cuales constituyen herramientas de la promoción de la salud que permiten mitigar eventos críticos como el que actualmente se encuentra atravesando la humanidad.

En Perú, Mejía et al en su trabajo “Validación de una escala breve para la medición del nivel de conocimientos básicos acerca del Coronavirus, Perú (KNOW-P-COVID-19)” propone este instrumento probando su utilidad en nuestro medio, pero recomendando que sea usado a la par con otras escalas de impacto mayor, pues al ser una pandemia, los caracteres podrías generalizarse a todo el mundo (8). Se hizo necesario combinar diferentes instrumentos que permitan conocer el verdadero estado y evolución de los conocimientos a nivel nacional. Sánchez-González et al refleja los antecedentes de investigación actuales relacionados con riesgos o vulnerabilidad social centrado en el análisis crítico de revisiones bibliográficas y propone nuevas investigaciones y métodos teóricos para estudiar las desventajas sociales y ambientales y su impacto en los grupos vulnerables. Propone el análisis de los riesgos y activos de los grupos vulnerables como los adultos mayores, por ejemplo (2)

Rana et al observó que el 21,6% tenía un buen conocimiento de las medidas preventivas del COVID-19 pero solo el 28,4% y el 36,9% sabían que mantener el distanciamiento físico y evitar las reuniones masivas eran buenas medidas de prevención. El nivel de conocimiento en general fue alarmantemente bajo (3).

Bazaid et en su investigación observó que alrededor del 90% exhibieron un alto nivel de conocimiento en prevención, especialmente en mujeres. Las puntuaciones de práctica más bajas se relacionaron con los jóvenes. Recomienda campañas de concientización pública con énfasis en los jóvenes y las personas con bajos ingresos y educación para mejorar la práctica general (4). Alahdal et al afirma que la conciencia de las personas sobre los virus infecciosos sigue siendo el factor más importante para limitar la propagación de enfermedades. Observó que el 58% mostró un nivel moderado de conciencia, el 95% presentó una actitud alta y el 81% presentó una práctica adecuada con respecto al COVID-19. Los hombres mostraron un ligero aumento (60%) en el nivel de conciencia en comparación con las mujeres participantes (57%), sin embargo, en lo que respecta a la práctica hacia COVID-19, las mujeres mostraron una práctica ligeramente mejor (82%) que varones (80%) (5).

Peres et al considera que, como medidas de prevención, se debe garantizar la protección ocular también, a todo lo afirmado, siempre que exista riesgo de salpicaduras, gotitas o aerosoles (6).

Kebede et al encontró que el 83,0% conocían los principales síntomas clínicos de COVID-19. El 72,0% sabía que las personas mayores que tienen enfermedades crónicas tienen un alto riesgo de desarrollar una forma grave. El 95,1% sabía que el virus COVID-19 se propaga a través de gotitas respiratorias, mientras que 77 (31,2%) conocían la posibilidad de transmisión asintomática. Solo el 6,1% sabían que los niños y adultos jóvenes debían involucrar medidas preventivas. Concluye que el estado de los conocimientos y las prácticas deseables no fueron suficientes para combatir este virus de rápida propagación (7). En Perú se encontró sólo un estudio con metodología consistente. Castañeda encontró que menos de la mitad (46,1%) de su muestra tienen un bajo nivel de comprensión de Covid-19. El 46,1% tiene un nivel de conocimiento medio. En la dimensión “medidas de prevención y protección”, el 42,1% tiene un nivel medio de conocimiento sobre Covid-19. Solo el 30,3% de las personas tienen conocimientos elevados (9).

En nuestro estudio en Ilabaya, el 43.8% refiere que principalmente recibe información de internet seguido de un 30.5% que lo hace a través de la televisión. El 96% de la población reconoce que el virus se transmite por vía aérea. Asimismo, el 67.7% refiere que el tiempo de incubación para la manifestación de síntomas es de hasta 14 días, seguido de un 20.7% que refiere que este período puede ser hasta 10 días.

Respecto a los síntomas una gran mayoría, el 96% refiere que los síntomas son los mismos que una gripe o resfriado, pero un 63.1% afirma que la diarrea no es un síntoma frecuente, así como un 15.6% que también afirma que la tos también no es un síntoma frecuente.

Sobre la probabilidad de morir el 32.9% afirma que es menos del 50% y el 31.1% afirma que es menos del 10%. Pero la gran mayoría, el 90.5% afirma que la mortalidad está presente más en ancianos.

Sobre las principales indicaciones: el 62.2% refiere que se debe tratar con productos que permitan calmar los síntomas respiratorios y el 32% manifiesta que se debe indicar antibióticos de amplio espectro. Sólo el 2.6% afirma que se debe indicar acudir a un hospital.

Respecto al método de diagnóstico para confirmar una infección por coronavirus, el 89.6% afirma que es por hisopado nasal y/o bucal seguido de un escaso 5.5% que es a través del análisis de sangre.

Sobre la conducta a tomar si sospechan que están infectados por coronavirus el 43.8% se quedarían en casa, el 27.4 irían al Hospital y el 20.2% a una farmacia, sólo el 6% haría su vida cotidiana.

Lo que otros autores no realizaron y que consideramos muy importante, es la medición de la percepción de sentirse en riesgo. Esta condición fortalece las medidas de prevención en los hechos y afirma las conductas saludables cuando se tiene una

buena orientación. En nuestra población sujeta de estudio, el 70.6% percibe su condición de riesgo como moderado seguido de un 15% como bajo. Solamente el 14.4% considera estar en alto riesgo. Esta condición se hace muy riesgosa en salud pública. Una población que no se percibe en riesgo en una pandemia, probablemente adoptará medidas inadecuadas de conducta. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre nivel de conocimiento y percepción de riesgo.

Se observó que, la única variable sociodemográfica asociada a percepción del riesgo, es el sexo ($p:0.005$). Tal es así que, en el grupo de sexo femenino, el 19.6% se percibe en alto riesgo y en el grupo de sexo masculino sólo el 10.1% se percibe en alto riesgo. Esta diferencia fue altamente significativa y se explicaría debido a que este grupo de género es el más afectado.

En nuestra región Hueda et. Al (2021), en su investigación “ Factores asociados a la muerte por COVID-19 en pacientes hospitalizados ”, también encontró como factor asociado al riesgo la edad de mayor de 65 años, mientras que Tellez et. Al (2021) en su estudio en trabajadores de salud de la Red Tacna , destacó que los factores asociados con la aparición de la infección por COVID-19, tenían que ver con la inadecuada aplicación de medidas de bioseguridad.

Por la importancia de la temática abordada, para poder direccionar correctamente las acciones de salud pública es necesario replicar el estudio a poblaciones más grandes y establecer comparaciones entre el nivel de conocimientos y la percepción de riesgo con la finalidad de mejorar la conducta y actitud hacia esta enfermedad, que sigue cobrando vidas.

CONCLUSIONES

1. Las principales características socio demográficas de la población estudiada fueron: El 26.1% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 21% entre 40 a 49 años y los adultos mayores representaron el 15.3%. Según sexo el 54.5% eran varones y el 45.5% mujeres. El nivel de instrucción mayoritario con el 50.1% fue la secundaria seguido de un 31.4% con instrucción Superior. Sólo el 1.2% tenía la condición de analfabeto. Según el estado civil el 37.8% tenía la condición de conviviente y el 36.6% la de soltero. Sólo el 15.9% tenía la condición de casado. El 14.1% era agricultor seguido de Técnicos administrativos, obrero de campo, y profesionales diversos como ingeniería, arquitectura, abogacía, contador o profesor con un 8.6% y 8.1% y 8%, respectivamente. Sólo el 4.3% tenía como ocupación su casa.
2. Sobre el nivel de conocimiento de la enfermedad el 43.8% refiere que principalmente recibe información de internet en sus diferentes presentaciones seguido de un 30.5% que lo hace a través de la televisión. Existiendo un nivel bastante adecuado de conocimientos de información general, sobre los síntomas clínicos y medidas de prevención, mientras un significativo inadecuado conocimiento sobre las diferencias clínicas de la enfermedad, con sólo un 16.4% de conocimiento adecuado. Estas diferencias fueron altamente significativas respecto a la identificación de la tendencia de las dimensiones estudiadas ($p < 0.00$).

Siendo las principales características que el 96% de la población reconoce que el virus se transmite por vía aérea, el 67.7% refiere que el tiempo de incubación es hasta 14 días. Respecto a los síntomas una gran mayoría, el 96% refiere son los mismos que una gripe o resfriado.

Sobre la probabilidad de morir el 32.9% afirma que es menos del 50%, pero la gran mayoría, el 90.5% afirma que ésta es mayor en ancianos. El 62.2% refiere que se debe indicar sintomáticos y el 32% que se debe indicar antibióticos de amplio espectro. El diagnóstico el 89.6% afirma que es por hisopado nasal. Sobre la

conducta a seguir, el 43.8% se quedarían en casa y sólo el 6% haría su vida cotidiana.

3. Sobre la percepción del riesgo El 70.6% percibe su condición de riesgo como moderado seguido de un 15% como bajo y solamente el 14.4% considera estar en alto riesgo.
4. Las variables sobre nivel de conocimiento asociadas a percepción del riesgo, fueron el conocimiento sobre las diferencias clínicas (p: 0.000) y las medidas de prevención (p: 0.00). con lo que demostramos nuestra HIPOTESIS 1: Existe relación entre el nivel de conocimiento con la percepción de riesgo en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.
5. La única variable socio-demográfica que muestra asociación estadísticamente significativa con la percepción de alto riesgo fue el sexo femenino con 19.6% (0.005) , con lo que demostramos parcialmente nuestra HIPOTESIS 2: Existe relación entre las principales características sociodemográficas con la percepción de riesgo en el poblador de la localidad de Ilabaya, 2021.

RECOMENDACIONES

1. En los establecimientos del primer nivel de atención, se les recomienda incorporar en las fichas de investigación epidemiológicas de casos Covid-19, su nivel de conocimiento de la enfermedad además de su percepción del riesgo para fortalecer las estrategias de promoción de la salud.
2. A la comunidad científica se recomienda realizar trabajos de investigación similares que involucre otras realidades de la región, especialmente la urbana donde le número de casos es mayor y en aumento.
3. Que la red de Salud Tacna fomente en sus establecimientos de Salud a través del Centro de Salud de Ilabaya actividades acerca de la prevención y promoción sobre la enfermedad del COVID-19 en zonas como centros educativos, club de madres, mercados, áreas deportivas para fomentar mayor conciencia sobre las personas

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabanillas-Rojas W. Conducta y propagación del COVID-19 en el Perú: Marco de referencia para el diseño de intervenciones conductuales de salud pública. 2020.
2. Sánchez-González D, Egea-Jiménez C. Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. Papeles Poblac [Internet]. septiembre de 2011 [citado 23 de enero de 2021];17(69):151-85. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Rana MM, Karim MR, Wadood MA, Kabir MM, Alam MM, Yeasmin F, et al. Knowledge of prevention of COVID-19 among the general people in Bangladesh: A cross-sectional study in Rajshahi district. PloS One. 2020;15(12):e0243410.
4. Bazaid AS, Aldarhami A, Binsaleh NK, Sherwani S, Althomali OW. Knowledge and practice of personal protective measures during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Saudi Arabia. PloS One. 2020;15(12):e0243695.
5. 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. octubre de 2020;13(10):1446-52.
6. Peres D, Boléo-Tomé JP, Santos G. [Respiratory and Facial Protection: Current Perspectives in the Context of the COVID-19 Pandemic]. Acta Med Port. 1 de septiembre de 2020;33(9):583-92.
7. Kebede Y, Yitayih Y, Birhanu Z, Mekonen S, Ambelu A. Knowledge, perceptions and preventive practices towards COVID-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, Southwest Ethiopia. PloS One. 2020;15(5):e0233744.
8. Mejía Christian R, Rodríguez-Alarcón JF, Carbajal M, Sifuentes-Rosales J, Campos-Urbina AM, Charri JC, et al. Validación de una escala breve para la medición del nivel de conocimientos básicos acerca del Coronavirus, Perú

- (KNOW-P-COVID-19). Kasma [Internet]. 2020 [citado 22 de enero de 2021];e48106042020-e48106042020. Disponible en:
<http://produccioncientificaluz.org/index.php/kasma/article/view/31619>
9. Rosa CMS. Conocimiento sobre medidas preventivas frente al covid-19 en comerciantes del mercado de Villa Maria del Perpetuo Socorro. Lima-2020. 2020;53. Disponible en:
http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3831/T061_47252042_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 10. Angulo-Bazán Y, Solis-Sánchez G, Cárdenas F, Jorge A, Acosta J, Cabezas C. Transmisión intra-hogar en personas infectadas por SARS-CoV-2 (COVID-19) en Lima, Perú [Internet]. Vol. 37, Cadernos de Saúde Pública. FapUNIFESP (SciELO); 2021. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00238720>.
 11. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA (Internet). 24 de febrero de 2020 (citado 7 de noviembre de 2022); Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>
 12. Córdova-Aguilar A, Rossani A. G. COVID-19: Literature review and its impact on the Peruvian health reality [Internet]. Vol. 20, Revista de la Facultad de Medicina Humana. Instituto de Investigación en Ciencias Biomedicas; 2020. p. 467–73. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2984>.
 13. Urzúa A, Vera-Villaruel P, Caqueo-Úrizar A, Polanco-Carrasco R, Vera-Villaruel P, Caqueo-Úrizar A, et al. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. Ter Psicológica [Internet]. abril de 2020 [citado 13 de enero de 2021];38(1):103-18. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082020000100103&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Vergara Cárdenas S, Zannin Ferrero A, Celis Regalado LG. SARS-CoV-2 (COVID-19): state of the pandemic, clinical scenarios, strategies for the health sector and its bioethical aspects [Internet]. Vol. 36, Salud Uninorte. Universidad del Norte; 2021. p. 231–55. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.1.616.212>.
15. Yang Y, Peng F, Wang R, Guan K, Jiang T, Xu G et al. The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *J Autoimmun*. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102434>.
16. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
17. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19 [Internet]. Vol. 31, Revista Médica Herediana. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. p. 125–31. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>.
18. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: Implications for infection prevention precautions. Scientific brief [Internet]. 9 de julio de 2020 [citado 13 de enero de 2021]; Disponible en:
https://www.dropbox.com/sh/r0k8opa54gxvrkp/AACTNNS3YTmg6COEePoySypCa?dl=0&preview=WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-eng%281%29.pdf
19. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Heal*. 2020;8(4):e488-96.
20. Huayanay L. Transmisión aérea en espacios cerrados del SARS-Cov-2 [Internet]. Vol. 81, Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Vicerrectorado de Investigación; 2020. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i3.18742>

21. Jayaweera M, Perera H, Gunawardana B, Manatunge J. Transmission of COVID-19 virus by droplets and aerosols: A critical review on the unresolved dichotomy. *Environ Res.* 2020; 188: 109819. DOI: 10.1016/j.envres.2020.109819.
22. Anfinrud P, Stadnytskyi V, Bax CE, Bax A. Visualizing Speech-Generated Oral Fluid Droplets with Laser Light Scattering. *N Engl J Med.* 2020;382: 2061-2063. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2007800>.
23. Bake B, Larsson P, Ljungkvist G, Jungström L, Olin AC. Exhaled particles and small airways. *Respir Res.* 2019; 20:8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12931-019-0970-9>.
24. OPS Argentina. Novel Coronavirus 2019, Actualización 11-01-2021 - Representación OPS/OMS Argentina - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. PPT presentado en; 2021 ene 11 [citado 13 de enero de 2021]; Argentina. Disponible en: <https://bit.ly/3v0fSW7>
25. Salazar D, Uzquiano M, Rivera G & Velasco E. (2020). Mecanismos de transmisión del SARS-CoV-2. *Acta Nova*, 9(5-6), 773-792. Recuperado el 12 de noviembre de 2022, de:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-07892020000200008&lng=es&tlng=es.
26. Universidad Jhon Hopkins (2022) . Coronavirus Resource Center. Enero 2022. <https://coronavirus.jhu.edu/data/new-cases>
27. MCLCP Nacional. Seguimiento concertado entre estado y sociedad a las políticas de salud. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Informe Nacional sobre e impacto del COVID-19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú (al mes de mayo, 2020). Incluye hallazgos de 16 mesas regionales. Reporte 1-2020-SG/Grupo de salud-MCLCP. versión aprobada el 7 de julio del 2020. [Internet]. Lima, Perú.; 2020 jul p. 88. Disponible en:
<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-08-17/informe-salud-mclcp-2020-7-de-julio.pdf>

28. World Health Organization. Considerations for Quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Dropbox. 2020 [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en:
https://www.dropbox.com/sh/ht25tbccqb5hcyf/AABLb8Xx6QNo_cqAPjMDko_oIa?dl=0
29. Huarcaya-Victoria J. Mental health considerations in the COVID-19 pandemic. Rev Peru Med Exp Public Health. September 24, 2020; 37 (2): 327-34. Disponible en:
30. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419/3725>
31. Brewer N, Weinstein N, Cuite C, Herrington J. Percepciones del riesgo y su relación con el comportamiento del riesgo. Ann Behav Med. 2004;27(2):125-30. doi: 10.1207/s15324796abm2702_7
32. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000400195
33. Puerta-Cortés DX. Percepción de riesgo frente al COVID 19: nuevos retos. psdc. 2022 Jun 6;37(03)
34. García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Salud y drogas, 12 (2), 133-151.
35. UCC Institutional Repository: Description of the psychological characteristics related to mental health in the public health emergency situation caused by Covid-19 [Internet]. Disponible en:
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20073>
36. CEPAL - UNESCO. La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19. Informe COVID-19 CEPAL-UNESCO. 2020 ago p. 21.
37. Suárez FP. Ante la pandemia del Covid-19. Alumni UP [Internet]. Universidad del Pacífico. 2020;20. Disponible en:
<https://www.up.edu.pe/Documents/ALUMNI-UP-junio-2020-x-pagina.pdf>

38. ONUSIDA. Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19 — Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad. Programa Conjunto Las N U Sobre El VIHSida ONUSIDA [Internet]. 2020;20. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_es.pdf
39. Reyes O, <https://www.facebook.com/pahowho>. Comunicar los riesgos para la salud de COVID-19: una acción clave para ayudar a la población a protegerse y a mitigar su propagación OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2020 [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15751:communicating-the-risks-to-health-posed-by-covid-19-is-key-to-protecting-populations-and-mitigating-spread&Itemid=1926&lang=es
40. Department of Economic and social affairs. Pueblos indígenas y a pandemia del COVID-19 Consideraciones [Internet]. 2020 p. esp. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/COVID_IP_considerations_Spanish.pdf
41. Arachu Castro. Respuesta a la pandemia de COVID-19 en poblaciones urbano-marginales y rurales en América Latina | PNUD en América Latina y el Caribe [Internet]. UNDP. 2020 [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/respuesta-a-la-pandemia-de-covid-19-en-poblaciones-urbano-margin.html>
42. CDC. El COVID-19 y su salud [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/other-at-risk-populations/rural-communities.html>
43. MCN. Trabajadores Agrícolas y el COVID-19. Migrant Clinicians Network [Internet]. MCN. 2020 [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.migrantclinician.org/es/blog/2020/apr/trabajadores-agr%C3%ADcolas-y-el-covid-19-preguntas-frecuentes.html>

44. Tejada JJG, Guach RAD, Abreu MRP, Velazquez OT, Tamayo AEI. Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio. 16 Abril [Internet]. 24 de mayo de 2020 [citado 22 de enero de 2021];59(277):925. Disponible en:
http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/925
45. Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KKK, Lee C, Ng A, et al. Psychometric assessment of the Chinese version of the brief illness perception questionnaire in breast cancer survivors. PLOS ONE [Internet]. 20 de marzo de 2017 [citado 20 de junio de 2020];12(3):e0174093. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174093>
46. INEI-Perú. Tacna. Compendio estadístico 2017. Oficina departamental de estadística e informática-Tacna. Instituto Nacional de Estadística e informática. [Internet]. 2017. 460 p. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1508/libro.pdf
47. Municipalidad Distrital de Ilabaya. Municipalidad Distrital de Ilabaya [Internet]. Página web oficial del municipio de Ilabaya. Tacna- Perú. 2021 [citado 23 de enero de 2021]. Disponible en:
https://www.munilabaya.gob.pe/web/pre_noticias.php?a=2017&m=9
48. DIRESA Tacna. Facebook oficial de la Dirección Regional de Salud de Tacna. informe diario de la situación actual Covid-19, reporte de casos por distritos [Internet]. 2021 [citado 23 de enero de 2021]. Disponible en:
<https://www.facebook.com/drstacna/>
49. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Núñez M, Roura-Olmeda P, et al. [Perception in chronic illnesses: linguistic validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population]. Aten Primaria. mayo de 2012;44(5):280-7.
50. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Prado-Gascó VJ, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M, et al. Psychometric properties of the

questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2020];28. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692020000100306&lng=en&nrm=iso&tlng=es

51. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. junio de 2006;60(6):631-7.
52. Beléndez M, Bermejo Alegría RM, García Ayala MD. Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. Factor structure of the Spanish version of the Revised Illness Perception Questionnaire in a sample of subjects with hypertension [Internet]. 2005 [citado 20 de junio de 2020]; Disponible en:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3518>

ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS

Edad: _____

Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

Nivel de Instrucción:

- a. Sin instrucción
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

Ocupación Principal: _____

Estado Civil:

- a. Casado
- b. Conviviente
- c. Soltero
- d. Separado/divorciado
- e. Viudo (a)

1 - Marque con una (X) la principal fuente de información que le proveyó de conocimientos acerca de la COVID - 19 y sus factores de riesgo.

__ Familiar __ Televisión __ Internet __ Prensa escrita __ Pesquisa en redes sociales.

Conocimientos sobre información general de la COVID-19:

2 - Diga verdadero (V) o falso (F) según corresponda con la información brindada.

a)___ La transmisión es de humanos a humanos, a través de las secreciones de personas infectadas en contacto con la boca, nariz u ojos.

b)___ La COVID-19 es una enfermedad surgida en China, causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2).

c)___ El virus puede transmitirse a través de contactos cercano con una persona infectada.

d)___ El virus en la mano contaminada, si no se cumplen con las medidas preventivas, no pasa a la cavidad oral, la nariz y los ojos de la persona y no provoca infección.

e)___ Las gotas que contienen el virus se depositan en la superficie de un objeto, que se puede tocar con la mano y contagiarse de la enfermedad.

f)___ El período de incubación del virus es de 1 a 7 días.

g)___ El período de transmisión es hasta 14 días después de la desaparición de los síntomas.

Conocimientos sobre los síntomas clínicos de la COVID-19:

3 - Marque las afirmaciones que usted considere correctas respecto a los síntomas clínicos de la COVID-19:

a)___ Las personas con la infección por el SARS-CoV-2 pueden presentar ausencia de síntomas o llevar a la muerte.

b)___ La enfermedad se presenta normalmente con fiebre, tos y falta de aire.

c)___ El dolor de cabeza y las manifestaciones digestivas son menos frecuentes.

d)___ La secreción nasal, la expectoración, obstrucción nasal y dolor de garganta son los síntomas más frecuentes de la enfermedad.

e)___ Se pueden presentar también con manifestaciones poco frecuentes como agitación, desorientación y decaimiento.

f)___ La COVID-19 puede llevar a la muerte.

Conocimientos sobre las diferencias clínicas de la COVID-19 con algunas afecciones respiratorias

4 - Seleccione los síntomas característicos de la COVID-19.

- a)___ fiebre alta
- b)___ tos seca
- c)___ falta de aire intensa
- d)___ secreción nasal
- e)___ dolor de garganta frecuente
- f)___ picor en los ojos
- g)___ congestión, picor, y secreción nasal frecuente
- h)___ estornudos
- i)___ opresión en el pecho

Medidas para prevención

5 - Marque con una X las medidas adecuadas para la prevención de la COVID-19.

- a)___ Seguir estrictamente los lineamientos del uso de los nasobucos, evitando la manipulación y contacto de las manos con los ojos y con el lado externo del mismo.
- b)___ Mantener buena higiene bucal.
- c)___ Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón.
- d)___ Al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con el codo.
- e)___ No fumar ni tomar alcohol.

f)___ Hacer ejercicio frecuente.

g)___ Mantener al menos un metro de distancia de otras personas.

h)___ Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.

2. ESCALA VALIDADA NACIONAL-PERÚ PARA LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

1. ¿Cómo se transmite o cuál es el mecanismo de transmisión del coronavirus?
 - a. Sexual
 - b. Vía aérea
 - c. Placentaria
 - d. Por animales contagiados
2. ¿Cuánto es el tiempo de incubación o en qué tiempo se puede manifestar los síntomas del coronavirus?
 - a. Hasta 5 días
 - b. Hasta 10 días
 - c. Hasta 14 días
 - d. Hasta 60 días
3. ¿Cuáles son los síntomas comunes que puede presentar una persona que tiene la infección por coronavirus?
 - a. Los mismos que una gripe/resfrio
 - b. Cardíacos
 - c. Neurológicos
 - d. Digestivos
4. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los síntomas más comunes de la infección por coronavirus?
 - a. Diarrea
 - b. Tos
 - c. Fiebre
 - d. Dificultad respiratoria
5. ¿Cuál es la probabilidad de morir (porcentaje de mortalidad) en la población general?
 - a. Menos del 50%
 - b. Menos del 30%
 - c. Menos del 10%
 - d. Menos del 5%
6. ¿En quienes es más alta la tasa de mortalidad por infección con el coronavirus?

- a. Mujeres
 - b. Hombres
 - c. Ancianos
 - d. Niños
7. ¿Qué indicación se debe dar a una persona que tiene infección inicial (no grave) por coronavirus?
- a. Transfusión de sangre
 - b. Calmar los síntomas respiratorios
 - c. Antibióticos de amplio espectro
 - d. Internamiento en un hospital
8. ¿Cuál es el método de diagnóstico que se utiliza para confirmar una infección por coronavirus?
- a. Análisis de sangre
 - b. Ecografía
 - c. Hisopado nasal y/o bucal
 - d. Análisis de orina
9. ¿Qué harías si tienes síntomas de un resfrío y sospechas que estas infectado por coronavirus?
- a. Iría al hospital
 - b. Me quedaría en casa hasta curarme
 - c. Iría a la farmacia
 - d. Seguiría con mi vida cotidiana

3. INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO

1. ¿Cuánto afecta la infección por coronavirus a su vida?

No me afecta absolutamente nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Afecta gravemente a mi vida
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

2. ¿Cuánto cree Ud. que durará la infección por coronavirus?

Muy poco tiempo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Para siempre
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

3. ¿En qué medida siente Ud. síntomas debidos a la infección por coronavirus?

Absolutamente ningún síntoma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muchos síntomas graves
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

4. ¿En qué medida está preocupado por la infección por coronavirus?

Absolutamente nada preocupado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremadamente preocupado
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------

5. ¿En qué medida le afecta emocionalmente la infección por coronavirus? (Es decir, ¿Le hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?)

Absolutamente nada afectado emocionalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremadamente afectado emocionalmente
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

Pérez-Fuentes, M.C.; Molero Jurado, M.M.; Oropesa Ruiz, N.F.; Martos Martínez, Á.; Simón Márquez, M.M.; Herrera-Peco, I.; Gázquez Linares, J.J. Questionnaire on Perception of Threat from COVID-19. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 1196.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, Poblador de Ilabaya con domicilio en, de años de edad, identificado con DNI N°

He sido informado detalladamente sobre la realización del estudio: **“Nivel de conocimientos y percepción de la enfermedad, en la comunidad rural de Ilabaya (1400 msnm), como factores de riesgo en el contexto de la epidemia de covid-19,** que estará a cargo del investigador Yerard Saravia León.

Se me ha informado que dadas las características de ser un estudio **NO INVASIVO**, prácticamente no implica ningún tipo de riesgo para mi salud más allá de los habituales en el ejercicio de mis actividades cotidianas.

Asimismo se me ha informado que los resultados de este estudio pueden ser utilizados con índole académico, incluyendo su publicación y difusión, para lo cual se guardará le debida reserva de mi nombre propio. De igual forma que no cuenta con ningún tipo de auspicio económico.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Tacna dedel 2021

Nombre y Firma del Participante .