

## Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social

Beliefs, knowledge and attitudes towards COVID-19 of the peruvian adult population in social quarantine

Mely Ruiz-Aquino<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8340-7898>

Aníbal Díaz-Lazo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9282-9435>

María Luz Ortiz-Aguí<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5613-7378>

<sup>1</sup> Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú

<sup>2</sup> Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú

\* Autor para la correspondencia: [melyruizaquino@udh.edu.pe](mailto:melyruizaquino@udh.edu.pe)

### RESUMEN

**Introducción:** Para adoptar acciones preventivas promocionales de gran impacto que mitiguen el riesgo de propagación de la COVID-19, es importante obtener información sobre conocimientos, actitudes y creencias frente a la misma.

**Objetivo:** Describir las creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social.

**Métodos:** Investigación descriptiva de corte transversal, con una muestra de 385 adultos obtenidos por muestreo no probabilístico en bola de nieve, mediante fórmula de proporciones y sobre una población de 24 502 126 adultos peruanos pertenecientes a las cinco macro regiones del Perú. Se aplicó un cuestionario de creencias (7 ítems), de actitudes (7 ítems) y conocimientos (8 ítems) de la COVID-19, comprobándose la hipótesis mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia.

**Resultados:** Las creencias de mayor predominio frente a la COVID-19 fueron: “tarde o temprano todos vamos a morir” con el 91,40 % (352) de casos y “hay vida después de la muerte” con el 53,20 % (205). Las actitudes negativas frente a la COVID-19 manifestadas fueron: “el estar saludable es una casualidad de cada persona” con un 90,40 % (348); “la medicalización soluciona los problemas de contagio” con un 75,10 % (289). Sobre los aspectos cognitivos insuficientes, un 78,40 % (302) desconocían los síntomas de la COVID-19; el 77,70 % (299) los medios de contagio y el 77,40 % (298) la frecuencia de la enfermedad.

**Conclusiones:** Existe relación significativa entre las actitudes desfavorables, las creencias erróneas y los aspectos cognoscitivos insuficientes frente a la prevención del COVID-19.

**Palabras clave:** conocimiento; infección por coronavirus; cuarentena; medidas de seguridad.

**ABSTRACT**

**Introduction:** In order to adopt high-impact promotional preventive actions that mitigate the risk of spreading COVID-19, it is important to obtain information on knowledge, attitudes and beliefs about it.

**Objective:** To identify the type of beliefs, knowledge and attitudes and the relationship between these variables in relation to the COVID-19 of the peruvian adult population in social quarantine.

**Methods:** Descriptive cross-sectional research, with a sample of 385 adults obtained by non-probabilistic snowball sampling, using the proportions formula on a population of 24,502,126 peruvian adults belonging to the five macro-regions of Peru. A questionnaire of beliefs (7 items), attitudes (7 items) and knowledge (8 items) of COVID-19 was applied, checking the hypothesis using the Chi-square test of independence.

**Results:** The most prevalent beliefs regarding COVID-19 were: "sooner or later we are all going to die" with 91.40 % (352) of cases and "there is life after death" with 53.20 % (205). The negative attitudes towards COVID-19 were: "being healthy is a matter of chance for each person" with 90.40 % (348); "medicalization solves the problems of contagion" with 75.10 % (289). Regarding the insufficient cognitive aspects, 78.40 % (302) were unaware of the symptoms of COVID-19; 77.70 % (299) the means of transmission and 77.40 % (298) the frequency of the disease.

**Conclusions:** There is a significant relationship between unfavorable attitudes, erroneous beliefs, and insufficient cognitive aspects in the prevention of COVID-19.

**Keywords:** knowledge; coronavirus infection; quarantine; safety measures.

## Introducción

En la actualidad, se vive bajo un contexto inesperado de pandemia en la salud pública dada la infección por el nuevo coronavirus causado por el virus SARS-CoV2, <sup>(1)</sup> el cual ha dado origen a una emergencia sanitaria, económica, social y ambiental a nivel mundial. <sup>(2)</sup> Se trata de la infección respiratoria que ha causado el mayor impacto, <sup>(3)</sup> dada la elevada contagiosidad del virus, su rápida propagación, la alta morbilidad, severidad de las complicaciones y mortalidad, <sup>(4)</sup> fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y catalogada como una emergencia que afecta a un gran número de personas <sup>(5)</sup> de todas las edades, sobre todo a los adultos mayores o quienes padecen enfermedades previas. <sup>(6)</sup> Ello ha determinado la aplicación de forma sistemática de medidas de cuarentena social obligatoria, confinamiento y aislamiento social <sup>(7)</sup> como política estricta para controlar el brote, <sup>(8)</sup> con el objetivo de prevenir y disminuir la propagación de la enfermedad <sup>(9, 10)</sup> de persona a persona, separándolas para interrumpir la transmisión. <sup>(11)</sup>

Según estimaciones, ha ocasionado elevada morbilidad y mortalidad alcanzando una tasa de mortalidad alrededor del 4,00 %. <sup>(12)</sup> Gran parte de la población presenta un elevado riesgo de contraer la enfermedad por la COVID-19 debido a la presencia simultánea de diversos factores como las condiciones de vida, caracterizadas por prácticas de protección, autocuidado y prevención fundamentadas en conocimientos y experiencias culturales heredadas que, en muchas ocasiones, no son propicias. <sup>(13)</sup>

Existe la preocupación de las personas por la posibilidad de enfermarse y transmitir la enfermedad hacia los demás integrantes de la familia. <sup>(14)</sup> Ello ha generado cambios en los estilos de vida, en las percepciones y comportamientos; sobre todo en las formas de relacionarse. <sup>(15)</sup>

Los medios de comunicación informan sobre las medidas de prevención y protección; sin embargo, no toda la información difundida es confiable, lo que genera aún más desinformación. Una muestra de esto es la incertidumbre acerca del tratamiento, los síntomas y duración de la enfermedad que pueden generar distintos grados de ansiedad u otras manifestaciones emocionales. <sup>(16)</sup> Esto, representa una problemática pues va a influenciar en las creencias y actitudes de protección frente a la pandemia. Sin embargo, la COVID-19 ha estado vinculado al comportamiento de los individuos, la necesidad de cambios del estilo de vida habitual, comportamientos ligados a las cogniciones, emociones, factores sociales y culturales <sup>(6)</sup> que el personal de salud debe estar alerta ante la «inofocación» al aplicar el sentido crítico y acudir a fuentes fiables y rigurosas. <sup>(10)</sup> Un factor clave para controlar una amenaza emergente es el intercambio eficiente, transparente y en tiempo real de la información mediante programas educativos basados en creencias, actitudes y conocimiento que permitan diagnosticar las necesidades educativas y las características de los destinatarios con el fin de adaptar la educación a las condiciones del individuo, familia y comunidad. <sup>(17)</sup> La idea es que, de este modo, se direccionen las estrategias de prevención y control,

que incluyen: lavado de manos, evitar tocarse la cara, buena higiene respiratoria, uso de mascarillas, y distanciamiento social, entre otras. <sup>(1)</sup> Hecho basado en las afirmaciones de Rodríguez, <sup>(18)</sup> a propósito de que las personas son las que transportan el riesgo de contagiarse y transmitir la enfermedad por su condición de asintomáticos (en muchos casos) por lo que resulta significativo fortalecer sus conocimientos, actitudes y creencias para la prevención y control de la enfermedad.

Ahora bien, pocos estudios han abordado las creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de los pobladores adultos peruanos en cuarentena social. Se pretende prever la participación de las personas en el autocuidado por la magnitud de la pandemia, dado que no solo trae consecuencias sanitarias, sino una crisis económica y social. Por lo que se requiere tener objetividad en los comportamientos de las personas susceptibles y garantizar la protección de los ciudadanos. <sup>(11)</sup> Es por eso que el objetivo del estudio es describir las creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social.

## Métodos

La investigación se desarrolló con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal, a nivel de todas las regiones del Perú, entre los meses de marzo y mayo del 2020.

La población peruana prevista del estudio fue de 24 502 126 peruanos (N) para el año 2020 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con el algoritmo matemático para poblaciones finitas o conocidas, proporción de la población que se espera tengan las características de interés a una proporción del 95,00 % de confianza, con 5,00 % de error, 50% de probabilidad de éxito y con tasa de no respuesta de 50,00 % en tiempos de pandemia. La muestra estuvo representada por 385 ciudadanos mayores de 15 años, quienes residían en las cinco macro regiones seleccionadas por muestreo no probabilístico en bola de nieve. Fueron incluidos todos los ciudadanos mayores de edad que, hasta la fecha, no hayan estado infectados por la COVID-19, mientras que fue excluido el personal de salud.

Se aplicaron encuestas online, en las cuales se recogieron las características sociodemográficas de la muestra, datos de las creencias (7 ítems), actitudes (7 ítems) y la percepción de los conocimientos (8 ítems). La recogida de datos se desarrolló durante el aislamiento social decretado por el gobierno peruano. Para ello, se elaboró el cuestionario en un formulario de Google con una fecha límite de disponibilidad (abril a mayo del 2020) y otras redes sociales como Facebook y WhatsApp. Después se realizó el control de calidad de los datos a fin de verificar que estuviesen completos, caso contrario fueron eliminados.

Los instrumentos fueron auto elaborados y validados a nivel cualitativo, por lo que fueron sometidos a un juicio de 5 expertos y 2 jueces quienes evaluaron la

pertinencia de los reactivos de ambos instrumentos de medición; mientras que a nivel cuantitativo se calculó la fiabilidad previa aplicación de los instrumentos de medición a una muestra de 50 pobladores ajenos a la muestra en estudio. De modo que, para el cuestionario de la percepción de los conocimientos se aplicó el método KR de Richardson (0, 68) en la escala de actitudes, se aplicó el coeficiente Alfa de Crombach (0, 85) y en el cuestionario de creencias por el método KR de Richardson, donde se obtuvo un valor aceptable (0, 71). Además, se recolectaron datos sobre la caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio (edad, género, estado civil, escolaridad: primaria, secundaria y superior). Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y porcentajes de las variables categóricas y análisis inferencial (contrastación de hipótesis) mediante la aplicación de prueba no paramétrica de Chi cuadrado de independencia ( $X^2$ ) y se consideró un valor de  $p < 0,05$  como significativo. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza de 95 %. Asimismo, los datos proveídos por los cuestionarios fueron cargados en una planilla electrónica de Microsoft Office Excel 2013 ©, donde pasaron por control de calidad. El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics (IBM).

Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki, que establece los principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. Previa a la aplicación de los instrumentos de recolección se consideró la aceptación del consentimiento informado virtual, resumido en la parte superior de la encuesta online, aunque no se llegó a firmar, solo se consideró la opción de sí acepta o no participar en el estudio de manera voluntaria. También, se tuvo en cuenta la autonomía de los participantes, pues estos fueron informados del objetivo del estudio y su participación fue voluntaria. Además, se aseguró el anonimato de la información brindada por el principio de confidencialidad y por el carácter de investigación, no se afectó en ningún sentido el bienestar de los participantes.

## Resultados

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los pobladores adultos peruanos en estudio, con respecto al grupo etario se apreció que el 76,90 % (296) eran adultos jóvenes entre 20 y 39 años; el 15,30 % (59) adultos medios entre 40 y 49 años; el 5,70 % (22) adultos maduros entre 50 y 59 años y solo el 2,10 % (8) fueron adultos mayores entre 60 y 69 años, la edad media fue 32,7 años, la edad mínima fue 18 años y la máxima fue 69 años. Según lugar de procedencia, el 64,90 % (250) procedía de la Macro Región Centro; el 22,30 % (86) de Lima; el 8,80 % (34) del Norte; el 2,90 % (11) del Sur y el 1,00 % (4) de la Macro Región Oriente. Referente al género, más de la mitad pertenecían al género masculino, el 5,60 % (214), frente al 44,40 % (171) de féminas.

Con referente al estado civil, se observó predominio de la condición de solteros con el 49,10 % (189), seguido de los casados y convivientes con el 24,20 % (93) y el 22,30 % (86), respectivamente. Respecto al grado de escolaridad, el 51,90 %

(200) contaba con estudios superiores completos; seguido del 19,00 % (73) con superior incompleta. Fue mínimo, eso sí, el porcentaje de adultos sin escolaridad, el 2,90 % (11).

La gran mayoría de los adultos profesaban la religión católica, el 75,30 % (290) se encontraba viviendo con su familia durante el periodo de cuarentena; el 44,70 % (172) tenía hijos y, de los cuales, el 26,50 % (102) refirió tener menos de 3 hijos.

**Tabla 1.** Distribución porcentual de los pobladores adultos peruanos según características sociodemográficas

Características sociodemográficas	fi	% (n = 385)
<b>Edad (Años)</b>		
Adulto joven (20-39)	296	76,90
Adulto medio (40-49)	59	15,30
Adulto maduro (50-59)	22	5,70
Adulto mayor (60-69)	8	2,10
<b>Lugar de procedencia</b>		
Macro Región Norte	34	8,80
Macro Región Sur	11	2,90
Macro Región Centro	250	64,90
Macro Región Lima	86	22,30
Macro Región Oriente	4	1,00
<b>Género</b>		
Masculino	214	55,60
Femenino	171	44,40
<b>Estado civil</b>		
Casado	93	24,20
Conviviente	86	22,30
Soltero	189	49,10
Separado	17	4,40
<b>Grado de escolaridad</b>		
Sin estudios	11	2,90

Primaria incompleta	8	2,10
Primaria completa	21	5,50
Secundaria incompleta	20	5,20
Secundaria completa	52	13,50
Superior incompleta	73	19,00
Superior completa	200	51,90
<b>Religión</b>		
Católico	290	75,30
Evangélico	35	9,10
Mormón	13	3,40
Otros	47	12,20
<b>En período de cuarentena se encuentra viviendo con su familia</b>		
Sí	333	86,50
No	52	13,50
<b>Tenencia de hijos</b>		
Sí	172	44,70
No	213	55,30
<b>Número de hijos</b>		
< 3	102	26,50
≥ 3	70	15,20

La tabla 2 muestra la descripción de las creencias de la COVID-19 de los pobladores adultos en estudio, donde el 91,40 % (352) creía que “tarde o temprano todos vamos a morir”; el 53,20 % (205) pensaba que “hay vida después de la muerte”; para el 39,00 % (150) la enfermedad de la COVID-19 solo ataca a los más débiles; el 36,40 % (140) manifestaba estar bien alimentados y, por lo tanto, no se van a enfermar; el 33,20 % (128) creía que a ellos no les llegará el contagio, y el 31,40 % (121) pensaba que Dios los protege y por ello no se producirá contagios.

**Tabla 2.** Distribución porcentual de los pobladores adultos peruanos según creencias sobre la COVID-19

Creencias	Sí	No
-----------	----	----



	fi	% (n = 385)	fi	% (n = 385)
Hay vida después de la muerte	205	53,20	180	46,80
Dios nos protege, por ello no se producirá contagios	121	31,40	264	68,60
La enfermedad de la COVID-19 es una simple gripe	74	19,20	311	80,80
A nosotros no nos llegará la enfermedad de la COVID-19	128	33,20	257	66,80
La enfermedad de la COVID-19 solo ataca a los más débiles	150	39,00	235	61,00
Tarde o temprano todos vamos a morir	352	91,40	33	8,60
Estoy bien alimentado y no me voy a enfermar	140	36,40	245	63,60

La tabla 3 describe las actitudes negativas sobre la COVID-19 de los pobladores adultos peruanos en estudio, donde el 90,40 % (348) manifestó que “el estar saludable es una casualidad de cada persona”; el 75,10 % (289) consideraba que “la medicalización solucionaba los problemas de contagio de la enfermedad”; el 67,50 % (260) no valoraba auto cuidarse, ya que el Estado es el responsable de su atención de salud; el 27,00 % (104) desestimaba la importancia del autocuidado; el 23,10 % (89) evitaba realizar el autocuidado, dado que se dispone de servicios de salud; el 19,70 % (76) se desinteresaba por su autocuidado y al 9,90 % (38) le disgustaba cumplir las reglas que impone el Gobierno.

**Tabla 3.** Distribución porcentual de los pobladores adultos peruanos según actitudes negativas ante la COVID-19

Actitudes negativas	Presente		Ausente	
	fi	% (n = 385)	fi	% (n = 385)
Desinterés por su autocuidado y por el cuidado de su familia	76	19,70	309	80,30
Desestima la importancia del autocuidado	104	27,00	281	73,00
Le disgusta cumplir las reglas que impone el Gobierno	38	9,90	347	90,10
Evita realizar el autocuidado, dado que se dispone de servicios de salud	89	23,10	296	76,90
Lo importante es que la medicalización soluciona los problemas de contagio de enfermedades	289	75,10	96	24,90
No valora auto cuidarse, ya que el Estado es el responsable de su atención de salud	260	67,50	125	32,50
El estar saludable es una casualidad de cada persona	348	90,40	37	9,60



La tabla 4 muestra la descripción de los aspectos cognitivos insuficientes sobre la COVID-19 de los pobladores adultos peruanos en estudio, donde se aprecia que el 78,40 % (302) desconocía los síntomas de la enfermedad, el 77,70 % (299) sobre los medios de contagio de la COVID-19 y, similar porcentaje, el 77,40 % (298), desconocía la evolución de la enfermedad. Un 75,30 % (290) desconocía el significado de ser asintomático positivo. También, el 52,20 % (201) desconocía las complicaciones de la enfermedad; el 47,80 % (184) no sabía cómo se diagnostica; el 44,70 % (172) desconocía las causas de la enfermedad y las medidas de prevención; el 24,70 % (95) el significado de ser positivo asintomático (una persona infectada por la COVID-19, puede contagiar a otra persona aunque no presente ningún síntoma); el 22,60 % (87) no sabían acerca de la COVID-19; el 22,30 % (86) desconocía los medios de contagio de la enfermedad y el 21,60 % (83) no sabía acerca de los síntomas de la enfermedad.

**Tabla 4.** Distribución porcentual de los pobladores adultos peruanos según la percepción del conocimiento (aspectos cognitivos) la COVID-19

Conocimientos (Aspectos cognitivos)	Sí		No	
	fi	% (n= 385)	fi	% (n= 385)
Conoce qué es la COVID-19	87	22,60	298	77,40
Conoce las causas de la enfermedad de la COVID-19 (factores de riesgo)	172	44,70	213	55,30
Conoce los síntomas de la infección por la COVID-19	83	21,60	302	78,40
Conoce los medios de contagio de la enfermedad por el coronavirus	86	22,30	299	77,70
Conoce cómo se diagnostica la COVID-19	184	47,80	201	52,20
Conoce el significado de ser asintomático, positivo	95	24,70	290	75,30
Conoce las complicaciones de la infección por la COVID-19	201	52,20	184	47,80
Conoce las medidas de prevención	172	44,70	213	55,30
Promedio	135	35,00	250	65,00

La tabla 5 muestra la relación entre las creencias erróneas, las actitudes desfavorables y los aspectos cognitivos insuficientes de la COVID-19 de los pobladores en estudio, hallándose que el 23,40 % (90) tenían creencias erróneas y a la vez actitudes desfavorables; el 17,40 % (67) creencias erróneas y aspectos cognitivos insuficientes; y el 30,60 % (118) tenían actitudes desfavorables y aspectos cognitivos insuficientes. Al comprobar la relación entre dichas variables, mediante la prueba de independencia, se evidenció significancia ( $p = 0,000$ ); con lo que se aceptó las hipótesis de investigación.

**Tabla 5.** Relación entre las creencias erróneas, las actitudes desfavorables y los aspectos cognitivos insuficientes de la COVID-19 en los pobladores adultos peruanos

Variables	Sí		No		X <sup>2</sup>	p-valor
	fi	% (n = 385)	fi	% (n = 385)		
Creencias erróneas	Actitudes desfavorables				4,903	0,027
Sí	90	23,40	41	10,60		
No	145	37,70	109	28,30		
Creencias erróneas	Aspectos cognitivos insuficientes				15,37	0,001
Sí	67	17,40	64	16,60		
No	78	20,30	176	45,70		
Actitudes desfavorables	Aspectos cognitivos insuficientes				40,47	0,001
Sí	118	30,60	117	30,40		
No	27	7,00	123	31,90		

## Discusión

El presente estudio parte de la necesidad de conocer la dinámica de la conducta y del conocimiento de la persona ante la COVID-19; en este sentido, conocer sus creencias, actitudes y conocimiento cobra gran relevancia para poder planificar y diseñar intervenciones efectivas, a fin de aportar conocimiento científico de la ciencia del comportamiento para el abordaje eficaz de esta pandemia. <sup>(6)</sup>

En un primer análisis de la muestra, se identificaron aquellas creencias erróneas que, a su vez, cursan actitudes desfavorables frente a la COVID-19. Este resultado se apoya en las afirmaciones de Lozano, <sup>(19)</sup> al señalar que el comportamiento de los seres humanos ante la pandemia de la COVID-19 tiende a ser “irracional, las poblaciones defienden de forma inconsciente y buscan argumentos que confirmen sus creencias previas; y este comportamiento está ligado a cogniciones, emociones, factores sociales y culturales ante la pandemia y el que la acción a implementar produce riesgos en la salud y favorece la propagación del virus. <sup>(20)</sup>

Un segundo análisis pone en evidencia que la presencia de creencias erróneas se corresponde con los aspectos cognitivos insuficientes (desconocimiento) de la COVID-19. Este resultado se explica con el análisis de Fernández, al afirmar que la población que tiene conocimientos incompletos y contradictorios determina un bagaje escaso de información válida; lo cual se refleja en las contradicciones entre los ciudadanos que se agravan por las creencias erróneas a la vista de los conocimientos científicos que se poseen. <sup>(21)</sup>

También se debe a la gran cantidad de información sobre la COVID-19 fomentada por intereses comerciales, económicos y por una publicidad tendenciosa, dado que la población está sometida a toda clase de información (infodemia).<sup>(22)</sup>

En un tercer análisis se halló que las actitudes desfavorables tienen relación con aspectos cognitivos insuficientes (desconocimiento) sobre la COVID-19; hecho que es sustentado por la teoría de acción razonada, donde las creencias proporcionan la base para la formación de una actitud. Dicho de otro modo, la conducta es el resultado directo de la intención comportamental que, a su vez, depende de las actitudes y conocimientos respecto al comportamiento concreto y las valoraciones o normas subjetivas con respecto a la enfermedad.<sup>(23)</sup>

Según lo planteado, los humanos son seres racionales que aplican la información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular. El objetivo de la teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender los comportamientos observables que se encuentran bajo el control de los individuos.<sup>(20)</sup>

Lozano<sup>(20)</sup> explica que hábitos inadecuados o la actitud negativa ante la pandemia de la COVID-19, a pesar de que aun cuando se sabe que la conducta adoptada le genera sufrimiento en su bienestar hacia el cuidado de la salud, por lo que se asume que la información que disponga la población no es suficiente; al contrario, es necesario transformar el entorno del individuo, para que este sea lo más favorable para la salud y conduzca a poner en práctica hábitos positivos respecto al cuidado de su salud.

Similar hallazgo expresan Lara et al.<sup>(24)</sup> en el sentido de que cuando la población cuenta con información útil en cuestión de salud, esta lo puede aplicar a su vida diaria; en consecuencia, debería de llevarlos a mantenerse con buena salud. Sin embargo, el ambiente biopsicosocial donde se desenvuelven las personas cambia de forma constante, generándole estrés; por lo tanto, los cambios entre sus sistemas no son los más adecuados.<sup>(21)</sup>

Contrario al presente estudio se encuentran Bazán et al.<sup>(25)</sup> quienes determinaron que los conocimientos, las actitudes y las prácticas eran óptimos en un 60 % de las personas encuestadas. De este modo, evidenciaron que a mayor grado de instrucción había más probabilidad de tener mayor nivel de conocimiento y, por ende, una actitud favorable.

Otro estudio que va en la misma línea de análisis es el realizado por Ríos-González,<sup>(26)</sup> quien muestra conocimientos aceptables sobre la COVID-19 en la población paraguaya, así como actitudes favorables y prácticas adecuadas; lo que supone una respuesta favorable al brote con la participación comunitaria y la intervención de las autoridades en salud. Por lo tanto, es posible detener y disminuir los casos de COVID-19 en todo el territorio paraguayo.

El estudio realizado por Muñoz et al.<sup>(27)</sup> determinó que investigar acerca de los conocimientos y actitudes constituye un avance en su medición, lo que permite desarrollar estudios de mayor alcance en la ciudad de Bogotá y otros escenarios, con el fin de generar intervenciones educativas, políticas, sociales y económicas

que fortalezcan las actitudes, creencias y conocimientos, para contribuir al control de la enfermedad.

Similar análisis explican Zhong et al. <sup>(28)</sup> al referir que la mayoría de los residentes chinos de un nivel socioeconómico alto, en especial las mujeres, tienen conocimientos sobre la COVID-19, mantienen actitudes optimistas y tienen prácticas adecuadas. Los programas de educación para la salud destinados a mejorar el conocimiento de la COVID-19 fueron útiles para la adopción de actitudes optimistas y prácticas adecuadas.

Según las explicaciones de Santana et al, <sup>(29)</sup> los conocimientos efectivos posibilitan actitudes de responsabilidad para la prevención de la COVID-19: aislamiento domiciliario, esperas para ir a trabajar, como muestra de responsabilidad para sí y su familia. A la vez tener preparado un plan de contingencia ante una pandemia por gripe.

En ese sentido, los profesionales de la salud deben realizar acciones de permanente mejora de los programas de educación para la salud. Enfermería tiene muchos espacios para liderar las acciones preventivo promocionales de la salud, tanto a nivel global como de cada país, <sup>(30)</sup> a fin de transformar las creencias, actitudes y conocimientos de la población para lograr efectividad en los nuevos entornos epidemiológicos, psicológicos y en los centros de atención primaria de la salud en el contexto de la pandemia por la COVID-19. <sup>(31)</sup> Y esto se produce porque la educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo, como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y en la adopción de estilos de vida saludables. <sup>(20)</sup> Por su parte, las actitudes positivas o negativas, tienen efectos en los hábitos que realiza el individuo. <sup>(24)</sup> Según lo descrito, los desafíos de una buena conducta, los conocimientos válidos y las actitudes positivas durante y después de la epidemia de la COVID-19, responden bien a las capacitaciones y educación de los ciudadanos en el contexto de su propia realidad. <sup>(17)</sup>

Por último, los resultados de esta investigación enfocan la toma de decisiones en materia de educación para la salud en el componente comunitario, a fin de mejorar el autocuidado en la prevención y protección sobre la COVID-19 y disminuir la morbimortalidad. En este sentido y desde una mirada general, la enfermería, como primera línea de defensa, debe contribuir a la solución de la problemática de salud de la persona, familia y comunidad; para ello, orienta atenciones y cuidados en los servicios hospitalarios según niveles de complejidad y se extiende hacia los servicios comunitarios de enfermería, de rehabilitación y cuidados al final de la vida. Ante la presencia de personas infectados por la COVID-19, tiene que prestar atención a los pacientes agudos, a los que necesitaban cuidados paliativos, y a aquellos que requieren cuidados primarios y comunitarios con una visión del restablecimiento de aquellos servicios que prestaban los servicios de atención primaria de salud y de enfermería comunitaria. <sup>(32)</sup>

Es en este último espacio de acción, donde los profesionales de enfermería asumen un liderazgo eficaz que establece una interacción con las personas y los

colectivos humanos para el empoderamiento en el cuidado de la salud y pauta el cambio de comportamiento a favor de la salud. Para ello aplica sus conocimientos que comprenden los sentimientos positivos y negativos de la persona, su cultura (creencias, conocimientos y actitudes) y demás características; lo que propicia comportamientos saludables como las medidas de autocuidado en la prevención de la propagación del contagio de la COVID-19 y, asimismo, el fomento de la salud mediante la educación y la movilización social hacia el logro del abastecimiento universal de agua segura, saneamiento, higiene, seguridad alimentaria, vivienda y educación, propios de la promoción de la salud. Por ello, enfermería realiza constantes cuestionamientos en las variables analizadas.

También es preciso reconocer las limitaciones con respecto al uso de encuestas online que podría haber sesgos de respuesta al momento de haber respondido las preguntas a través de la modalidad *online*; sin embargo, se utilizó un instrumento autoadministrado y estandarizado de fácil comprensión, para futuros estudios se requiere ampliar el estudio y considerar un mayor número de muestra y un mayor análisis.

A manera de conclusión podemos decir que se encontró relación entre las creencias erróneas, las actitudes desfavorables y los insuficientes procesos cognitivos frente a la COVID-19, por lo que se recomienda planificar y diseñar las intervenciones de acorde a la realidad de cada contexto epidemiológico; es decir, pensar en capacitaciones sostenibles, sistemáticas y planificadas, basadas en necesidades reales, así como en las propias perspectivas de la población.

## Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Rodríguez V. A propósito del SARS CoV 2/ COVID 19 ¿Qué hemos aprendido de las pandemias? Rev Av en salud. [Internet]. 2020 [acceso 2020 set 30]; 4(1):6-10. Disponible en: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/2034>
2. American Thoracic Society. ¿Qué es el COVID-19? Online Version Updated April 28. [Internet]. 2020 [acceso 2020 ago 21]. Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/covid-19.pdf>
3. Urzúa A, Vera-Villarroel P, Caqueo-Urizar A, Polanco-Carrasco R. La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. Ter Psicológica [Internet]. 2020 [acceso 2020 jul 23]; 38(1):103-18. Disponible en: <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/273/323>
4. Santos-Velázquez T, Panizo-Bruzón SE, Díaz-Couso Y, Sánchez-Alonso N. Conocimientos de estomatólogos sobre prevención y control de la COVID-19. Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta. [Internet]. 2020 [acceso 2020 set 3]; 45(3). Disponible en: [http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2292/pdf\\_688](http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2292/pdf_688)

5. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud [Internet]. 2020 [acceso 2020 oct 11]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es)
6. Bravo-Segal S, Villar F. La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo?. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020 [acceso 2020 Sep 18]; 55(5):266-71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-representacion-mayores-medios-durante-S0211139X20300901>
7. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Organización Mundial de Salud. [Internet]. 2020 [Consultado 2020 octb 19] Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=CjwKCAjwiOv7BRBREiwAXHbv3CNJoaRZqrfybJs5Ptq9CMon5W1g5r-wrewWsFG-jKJnGMoKsfckMhoCAWUQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=CjwKCAjwiOv7BRBREiwAXHbv3CNJoaRZqrfybJs5Ptq9CMon5W1g5r-wrewWsFG-jKJnGMoKsfckMhoCAWUQAvD_BwE)
8. Brito-Brito PR, Fernández-Gutiérrez DÁ, Cuéllar-Pompa L. Emotional management of the health crisis by coronavirus: A narrative review. Enferm Clin [Internet]. 2020 [acceso 2020 set 21]; 18 May (In Press, Corrected Proof). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32425490/>
9. Abad-Corpa E, Sánchez-López D, Moreno-Casbas MT. Scoping review sobre las recomendaciones para el aislamiento domiciliario en la pandemia de COVID-19. Enfermería Clínica. [Internet]. 2020 [acceso 2020 set 22]; may 16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229925/>
10. Sacristán JA, Millán J. El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia. Educ Med. [Internet]. 2020 [citado 18 Sep 2020];21(4):265-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/edumed>
11. Mestres CA. COVID-19: una pandemia de valores y algo más. Gastroenterología y Hepatología [Internet]. 2020 [acceso 2020 Sep 18]; Journal Pre-proof. Disponible en: <https://static.elsevier.es/covid/1-s2.0-S021057052030162X-main.pdf>
12. Rothana, H; Byrareddy S. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID 19) out break. [Internet]. 2020 [acceso 2020 Mar 19]; 109:102433. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32113704/>
13. Cardona-Arias JA, Hernández-Petro AM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural Colombiana. Rev Ciencias la Salud. [Internet]. 2013 [acceso 2020 Mar 19]; 11(2):157-71 Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/2678>
14. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for



- medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [acceso 2020 oct 23]; 7(4):e15-6. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30078-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30078-X/fulltext)
15. Pinazo-hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores : problemas y retos [Internet]. 2020 [acceso 2020 set 7]; 55(5):249-52 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7266768/>
  16. Ruiz Mamani PG, Morales-García WC, White M, Marquez-Ruiz MS. Propiedades de una escala de preocupación por la COVID-19: análisis exploratorio en una muestra peruana. *Med Clin (Barc)*. [Internet]. 2020 [acceso 2020 dic 1]; 155(12):535-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.022>
  17. Soto P, Masalan P, Barrios S. La Educación En Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería. *Rev Médica Clínica Las Condes*. [Internet]. 2018 [acceso 15 may 2020]; 29(3):288-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001>
  18. Rodríguez-Peralto JL. La pandemia de la COVID-19 desde la SEAP. TT - [The Spanish Society of Pathologists on the COVID-19 pandemic]. *Rev Esp Patol* [Internet]. 2020 [acceso 5 oct 2020]; 53(3):138-9. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2020.05.003>
  19. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. [Internet]. 2020 Ene [citado 2020 Dic 19]; 83(1): 51-6. Disponible en: [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es](https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
  20. Arrivillaga, Marcela; Salazar, Isabel Cristina; Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colomb Med*. [Internet]. 2003 [acceso 2020 ago 15]; 34(4):186-95 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
  21. Fernández Fernández de Simón E. Mitos y creencias erróneas relacionadas con la alimentación en personas mayores de 65 años: Diseño de un programa de promoción de la salud [Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015 [acceso 2020 jul 15] Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/47512>
  22. Castillo Sánchez MD, León Espinosa de los Monteros MT, Naranjo Rodríguez J A. Creencias erróneas sobre alimentación. *Med Gen*. [Internet]. 2001 [acceso 2020 jul 11]; 33(1):346-50. Disponible en: <https://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/abril2001/346-350.pdf>
  23. Reyes. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. 7.<sup>a</sup> ed. Universidad Pedagógica de Durango; 2007



24. Lara-eEquivel EC, Torres-Muñoz YC, Moreno-Gómez M. Actitudes y hábitos ante la prevención. Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc. [Internet]. 2012 [acceso 2020 set 05]; 20(1):11-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35569>
25. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. An la Fac Med. [Internet]. 2013 [acceso 2020 may 05]; 68(1):47. Disponible en: <https://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a06v68n1>
26. Rios-González CM. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 in Paraguayans during outbreaks: a quick online survey. Psychol Appl to Work An Introd to Ind Organ Psychol Tenth Ed Paul. [Internet]. 2020 [acceso 2020 sep 11; 53(9):1689-99.] Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/149>
27. Muñoz-Sánchez AI, Rubiano-Mesa YL, Saavedra-Cantor CJ. Measuring instrument: Knowledge, attitudes and practices of people with pulmonary tuberculosis. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019 [acceso 2020 may 11]; 27:e3086. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3086.pdf>
28. Zhong B-L, Luo W, Li H-M, Zhang Q-Q, Liu X-G, Li W-T, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. Int J Biol Sci. [Internet]. 2020 [acceso 2020 Oct 11]; 2020(10):1745-52. Available from: <https://www.ijbs.com//creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
29. Santana-López BN, Santana-Padilla YG, Martín-Santana JD, Santana-Cabrera L, Rodríguez CE. Beliefs and attitudes of health workers and nursing students toward an influenza pandemic in a region of Spain. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet]. 2019 [acceso 2020 abr 11]; 36(3):481-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31800943/>
30. Bellmunt JM, Caylà JA, Millet JP. Estudio de contactos en infectados por SARS-CoV-2. El papel fundamental de la Atención Primaria y de la Salud Pública. Med Fam Semer [Internet]. 2020 [acceso 2020 oct 21]; 46:55-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274580/>
31. Guanche Garcell Humberto, Suárez Cabrera Antonio, Márquez Furet Addis, González Valdés Anayka GAL. Componente crítico en las estrategias de atención médica, prevención y control de la COVID-19. Educ Med Super [Internet]. 2020 [acceso 2020 Sep 23]; 34(2). Disponible en: [https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412020000200022](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000200022)
32. Organización Mundial de la Salud. Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Reseña normativa 24 de Julio de 2020 [Internet]. [acceso 2020 jul 1] Disponible en:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333726/WHO-2019-nCoV-Policy\\_Brief-Long-term\\_Care-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333726/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1-spa.pdf)

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

1. **Conceptualización:** Mely Ruiz-Aquino
2. **Curación de datos:** Mely Ruiz-Aquino
3. **Análisis formal:** Aníbal Díaz-Lazo
4. **Adquisición de fondos:** -
5. **Investigación:** Mely Ruiz-Aquino
6. **Metodología:** Mely Ruiz-Aquino
7. **Administración del proyecto:** Mely Ruiz-Aquino
8. **Recursos:** -
9. **Software:** -
10. **Supervisión:** Mely Ruiz-Aquino
11. **Validación:** Mely Ruiz-Aquino, Aníbal Díaz-Lazo, María Luz Ortiz-Aguí
12. **Visualización:** María Luz Ortiz-Aguí
13. **Redacción - borrador original:** Mely Ruiz-Aquino, Aníbal Díaz-Lazo, María Luz Ortiz-Aguí
14. **Redacción - revisión y edición:** Aníbal Díaz-Lazo, María Luz Ortiz-Aguí