



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
PREVENTIVAS DE LA COVID-19 EN PERSONAL DE
SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO,
2022.

Presentado por:

Mora Perez, Gianncarlo.

Código ORCID: 0000-0001-6989-0230

Tesis para optar título profesional de Médico
Cirujano

Asesor:

MED. Raúl Jasmani Rodríguez Concha.

Código ORCID: 0000-0002-9737-3852

CUSCO - PERÚ

2022



AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento:

Primero a Dios por darme tantas bendiciones y la dicha de la vida para poder ser feliz y cumplir mis objetivos.

A mi papá Luis Mora Álvarez y mi mamá Adela Pérez Baca por darme su apoyo incondicional sin importar la circunstancia adversa que hayamos pasado, siempre con mucho amor y paciencia.

A mi tío Justiniano Mora Álvarez y todos mis familiares por su incondicional apoyo y mantenerme firme en mis sueños.

A Alondra Saucedo, Fernando Aragón, y esas personas tan especiales que han sido para mí un regalo de Dios y me han dado mucho aliento en el proceso de elaboración de mi tesis.

A mi asesor Dr. Raúl Rodríguez Concha por su ayuda y su paciencia para conmigo en el desarrollo de mi tesis.



DEDICATORIA

A todo el personal de salud fallecido en la pandemia por la COVID-19 desde el inicio de la pandemia hasta hoy.



INDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 Planteamiento del Problema	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.2.1. Problema General.....	14
1.2.2. Problemas específicos.....	14
1.3. Justificación	14
1.3.1. Conveniencia	14
1.3.2. Relevancia Social	14
1.3.3. Implicancias prácticas	15
1.3.4. Valor teórico.....	15
1.4. Objetivos de investigación.....	15
1.4.1. Objetivos General.....	15
1.4.2. Objetivos específicos.....	15
1.5. Delimitación del estudio.....	16
1.5.1. Delimitación espacial.....	16
1.5.2. Delimitación temporal.....	16
1.5.4. Aspectos éticos.....	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes del estudio	17
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	20
2.1.3. Antecedentes locales:.....	22
2.2 Bases Teóricas.....	23
2.2.1. Nivel de conocimiento: Introducción	23
2.2.1.1. Tipo de conocimiento:	23
2.2.2. Actitudes.....	24
2.2.2.1 Definición	24
2.2.2.2 Medida de las actitudes.....	24



2.2.3. Manejo preventivo y control de infecciones (PCI) por COVID-19: Introducción.....	25
2.2.3.1. La higiene de manos:	26
2.2.3.2 Técnica que utiliza agua y jabón antiséptico líquido o presentación de espuma para el lavado de manos:.....	26
2.2.3.3. Utilización correcta de guantes:	27
2.2.4. Gestión de protección personal relacionado con el COVID – 19.....	28
2.2.4.1 Protocolo para la colocación del EPP (equipo de protección).....	29
2.2.5. Escala de Estanones.....	30
2.2.6. COVID- 19	30
2.2.6.1 Estructura y replicación	30
2.2.6.2 Epidemiología y pandemia de COVID 19	31
2.2.6.3 Patogenia.....	31
2.2.6.4 Manifestaciones Clínicas.....	32
2.2.6.5 Trasmisión	33
2.2.6.6 Estabilidad y viabilidad del virus	33
2.2.6.7 Susceptibilidad a los desinfectantes y otros:.....	33
2.2.6.8 Diagnóstico	34
2.2.6.9 Tratamiento.....	34
2.3. Hipótesis.....	35
2.3.1. Hipótesis General	35
2.3.2. Hipótesis específicas	35
2.4. Variables.....	36
2.4.1. Identificación de variables.....	36
2.4.2. Operacionalización de variables	37
2.5. Definición de términos	39
CAPITULO III: MÉTODO	40
3.1. Alcance del estudio.....	40
3.1.1 Según el tiempo de ocurrencia de los hechos registrados de la información	40



3.1.2 Según periodo y secuencia del estudio.....	40
3.1.3 Según el análisis y alcance de los resultados	40
3.2 Diseño de la investigación	40
3.3. Población.....	41
3.3.1 Descripción de la población.....	41
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	41
3.4. Muestra:.....	42
3.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos de datos	42
3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos	43
3.7. Plan de análisis de datos.....	46
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
CAPITULO V: DISCUSIÓN	68
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	68
5.2. Limitaciones del estudio	69
5.3. Comparación crítica con la literatura existente.....	69
5.4. Implicancias del estudio	73
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
ASPECTOS OPERATIVOS	77
A. CRONOGRAMA.....	77
B. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	78
C. MATRIZ DE CONSITENCIA	79
D. MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS	80
E. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
ANEXOS.....	88



INDICE DE TABLAS

Tabla n° 1. Características sociodemográficas del personal de salud del hospital antonio lorena del cusco	49
Tabla n° 2. Nivel de conocimientos (categórico) sobre la covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco, 2022.....	50
Tabla n° 3. Nivel de conocimientos (numérico) sobre la covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	51
Tabla n° 4. Grado de actitud (categórico) frente al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	52
Tabla n° 5. Grado de actitud (numérico) frente al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	54
Tabla n° 6 nivel de prácticas (categórico) preventivas de covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	55
Tabla n° 7. Nivel de prácticas (numérico) preventivas de covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	56
Tabla n° 8. Asociación entre el nivel de conocimientos y el grado de actitud al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco	58
Tabla n° 9. Asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas preventivas al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	58
Tabla n° 10. Asociación entre el grado de actitud y el nivel de prácticas preventivas al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco	59
Tabla 11. Resumen de las correlaciones entre conocimientos, actitudes y practicas preventivas al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	63
Tabla n° 12. Sexo y tiempo de trabajo asociado al nivel de conocimientos preventivos al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.	63



Tabla n° 13. Sexo y tiempo de trabajo asociado a las actitudes preventivas al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.64

Tabla n° 14. Sexo y tiempo de trabajo asociado las prácticas preventivas al covid-19 en el personal de salud del hospital antonio lorena del cusco.65

Tabla n° 15. Tabla resumen de resultados de odd ratio.....67



INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1.....	50
GRÁFICO N° 2.	51
GRÁFICO N° 3.	53
GRÁFICO N° 4.	55
GRÁFICO N° 5	56
GRÁFICO N° 6.	57
GRÁFICO N° 7.	60
GRÁFICO N° 8.	61
GRÁFICO N° 9	62
GRÁFICO N° 10.	66



RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2022”

Introducción: La COVID-19 ha causado la muerte de miles de trabajadores de salud alrededor del mundo, dejando colapsados los centros de salud; existen factores que influenciaron en esta cadena de sucesos desde el inicio de la pandemia, como el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas preventivas en el personal de salud. Por esa razón es de importante medir estas tres variables y determinar su asociación entre las mismas en el personal de salud.

Objetivos: Determinar la asociación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas en personal de salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.

Materiales y método: El estudio de tipo correlacional, observacional, transversal, no experimental, analítico. Se utilizó encuestas validadas por expertos en los cuales costaban de 6 preguntas de datos generales, 8 preguntas de nivel de conocimiento, 8 preguntas de actitudes y 3 preguntas de prácticas preventivas. El tamaño muestral fue de 204 participantes con un muestreo no probabilístico. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.21.

Resultados: En nivel de conocimientos de los encuestados tuvieron 87.7% (179) un nivel alto, el 12.3% (25) un nivel bajo; en las actitudes un 85.8%(175) buena actitud y el 14.2%(29) una mala actitud; en nivel de prácticas preventivas el 76.6% (156) tuvieron un nivel alto y el 23.5% (48) un nivel bajo; al asociarse las variables de conocimientos y actitudes se halló un OR 4.47 con IC95% [1.75-11.45] siendo la asociación altamente significativa; al asociar nivel de conocimientos y prácticas se obtiene un OR 8.17 con



IC95% [3.32-20.12] siendo la asociación altamente significativa; al asociar actitudes y prácticas preventivas tenemos un OR 4.61 con un IC 95% [2.03-10.48] siendo altamente significativa.

Conclusiones: Existe una asociación significativa con un OR: 4.47 IC 95% [1.75-11.45] entre nivel de conocimiento, actitudes y prácticas preventivas frente a la COVID-19 por parte del personal de salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, actitudes, prácticas preventivas, personal de salud, COVID-19.



ABSTRACT

“LEVEL OF KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PREVENTIVE PRACTICES OF COVID-19 IN HEALTH PERSONNEL OF THE HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2022”

Introduction: COVID-19 has caused the death of thousands of health workers around the world, leaving health centers collapsed; there are factors that influenced this chain of events since the beginning of the pandemic, such as the level of knowledge, attitudes and preventive practices in health personnel. For this reason, it is important to measure these three variables and determine their association between them in health personnel.

Objectives: Determine the association between the level of knowledge, attitudes and preventive practices in health personnel of the Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.

Materials and method: The study was correlational, observational, cross-sectional, non-experimental and analytical. Surveys validated by experts were used in which there were 6 questions of general data, 8 questions of knowledge level, 8 questions of attitudes and three questions of preventive practices. The sample size was 204 participants with non-probabilistic sampling. The SPSS v.21 statistical program was used for data analysis.

Results: In level of knowledge of the respondents 87.7% (179) had a high level, 12.3% (25) a low level; in attitudes 85.8% (175) had a good attitude and 14.2% (29) a bad attitude; in level of preventive practices 76.6% (156) had a high level and 23.5% (48) a low level; when associating the variables of knowledge and attitudes an OR 4.47 was found with 95% CI [1.32-11.45] being the association highly significant. 47 with 95% CI [1.75-11.45] being the association highly significant; when associating level of knowledge and practices we obtained an OR 8.17 with 95% CI [3.32-20.12] being the association highly significant; when associating attitudes and preventive practices we have an OR 4.61 with 95%CI [2.03-10.48] being highly significant.

Conclusions: There is a significant association with an OR: 4.47 CI 95% [1.75-11.45] between level of knowledge, attitudes and preventive practices against COVID-19 by health personnel of the Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Key words: Level of knowledge, attitudes, preventive practices, health personnel, COVID-19.



INTRODUCCIÓN

Actualmente el COVID-19 ha dejado 6' 404 155 de muertes a nivel mundial al reporte del día 24 de agosto del 2022, según el reporte del Centro de Sistemas e Ingeniería de la Universidad Johns Hopkins (CSSE at JHU) ⁽¹⁾. Según lo publicado por el colegio médico del Perú, en Iberoamérica fallecieron 4 639 médicos fallecidos actualizado al 6 de julio del 2022, ubicando a Perú en tercer lugar con 573 casos. En la actualidad, nos encontramos en la quinta ola en nuestro país desde la semana 45 del 2022 hasta la semana 6 del 2023 según el boletín epidemiológico del MINSA informado por el director general Cesar Munayco del centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades, vemos que a pesar de la vacunación sigue habiendo 3'909 870 casos de positividad, 214 303 fallecidos según la sala situacional del MINSA ⁽²⁾, de los cuales se han registrado 9 médicos fallecidos al 6 de julio del 2022 ⁽³⁾.

En nuestra región existen escasos estudios acerca de la asociación de nivel de conocimientos, nivel de actitudes y práctica preventivas en los trabajadores de salud acerca de COVID-19, sobre todo en poblaciones alto andinas como la región de Cusco y otros pequeños poblados que son un centro de acopio para el comercio entre Cusco, Puno y Arequipa, por lo cual el objetivo de este trabajo de investigación tiene como objetivo precisar el nivel de conocimientos, nivel de actitudes y el manejo preventivo del personal de salud acerca de COVID-19, en el hospital Antonio Lorena del Cusco.

El trabajo de investigación se estructura de siguiente forma:

El Capítulo I, muestra el planteamiento del problema dentro de la investigación, siendo fundamental e importante, donde se va a estructurar en puntos básicos que son tres; el primero es la formulación del problema, que abarcan el problema general y problemas específicos, luego la justificación.

El Capítulo II presenta al marco teórico de conceptos, aquí se coloca los antecedentes del estudio tanto internacionales y nacionales con sustento de autores, contrastándose y analizándose, bases teóricas, hipótesis tanto general como específica y las definiciones operacionales.

El capítulo III enuncia el método de la investigación que se ha empleado para resolver el planteamiento del problema.



Y finalmente, en el capítulo IV se muestran los resultados a detalle, discusión, conclusiones y recomendaciones.



CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

En el transcurso de nuestra historia, los seres humanos han adquirido conocimientos, habilidades, hábitos buenos y malos, mediante los cuales nos han dado la capacidad de poder continuar nuestro desarrollo hasta el día de hoy. Lamentablemente somos falibles por nuestra condición de humanos, lo cual nos ha demostrado la pandemia por COVID -19 cobrando la vida de 6'461 381 personas a nivel mundial, en el personal médico más de 17 000 muertes a nivel mundial hasta el reporte de CSSE-JHU del 24 de agosto del 2022⁽¹⁾, quiero enfocarme en el personal médico, debido a la gran importancia que ha tenido durante la pandemia; lo que nos conlleva a desglosar los factores que han sido causantes de estas muertes, que son los siguientes:

Primer lugar: la falta de conocimiento acerca de este virus, que apareció al sur de China en el mes de noviembre del año 2002 siendo primer brote de SARS⁽⁴⁾.

Segundo factor, la actitud que tuvo el personal de salud ante dicha situación, se ha visto colapsada por falta equipamiento, los cuales influenciaron en dichas actitudes del personal de salud.⁽⁴⁾

Tercer factor, el manejo de diferentes métodos de prevención frente a infecciones de tipo respiratorias como ha sido el COVID – 19 del mal uso de equipos que protegen al personal, el lavado incorrecto de manos, hacinamiento, falta de recursos tanto humanos y económicos, entre otros que han llevado a un colapso de nuestro sistema de salud.⁽⁴⁾

En la actualidad, Se ha observado una gran disminución en la cantidad de los casos que han sido confirmados y los fallecidos a causa de la pandemia por COVID-19 en el Perú, resultado en gran manera por la administración de dosis de refuerzo de la vacunación, capacitación al personal de los diferentes establecimientos de salud y sociedad en general; pero a pesar de esto, vemos que aún hay personal de salud con casos confirmados según la data que nos muestra del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades del Ministerio de Salud del Perú, actualizada el 13 de Julio del 2022 con un total de 43 725 casos confirmados en el personal de salud en lo que va del año 2022, de dicho personal podemos observar los siguientes casos confirmados por ocupación en el sector de salud como: técnicos auxiliares en salud en número de 11 613, licenciadas de enfermería en número de 8



434, médicos 6 598, obstetras 2 563, internos de carreras de salud 226, otros trabajadores del sector salud 14 291 como casos confirmados por ocupación en el sector salud⁽⁵⁾, el número de personal de salud fallecido es de 721, dentro de la semana del 23 al 29 de Julio del 2022⁽⁶⁾; en la región Cusco hasta el 28 de agosto del 2021, se notificaron 71 797 casos, un total de 70 794 que se han recuperado, 2 869 fallecidos por la COVID-19, siendo la tasa de mortalidad de 21.14 x cada 10 000 habitantes y la letalidad con una tasa de 4.0%, superando el acumulado de los casos y fallecidos en referencia a los que presentaron en la primera ola, la COVID-19 muestra una mayor incidencia en la provincia de Cusco, siendo la mayor de la incidencia acumulada de la región, dicho parámetro que mantiene constante durante casi toda la pandemia. A diferencia de Canas, Paucartambo y Paruro son las que presentaron menor incidencia por COVID-19. Muestra un incremento de 400 % el hospital Antonio Lorena del Cusco en las demandas de camas en UCI siendo el hospital de nivel III con mayor demanda de la región según el boletín epidemiológico de la semana 52 de la DIRESA publicada el 2020, la infección de miles de trabajadores en el área de salud con la COVID-19, ha causado fallecimiento de 147 médicos en la ciudad del Cusco, siendo la más alta cifra en la región del Cusco⁽⁷⁾. la sala situacional por COVID-2022 muestra un total de 47 785 casos, incidencia máxima de casos de la región con 780.8 por cada 10 000 habitantes y una mortalidad de 2.1 por cada 10 000 al 18 de octubre del 2022⁽⁷⁾. Estas cifras son un indicador que no se cumple adecuadamente los protocolos dados por la OMS y el MINSA, tanto en el uso de los equipos de protección y del manejo preventivo inadecuado por lo cual considero de suma importancia evaluar dicho nivel de conocimiento, actitudes y relacionarlo con el manejo preventivo del personal de salud para que estos datos sirvan para la constante capacitación, evaluación del nivel de conocimiento acerca del coronavirus, donde debe preguntarse y acentuar, las actitudes del personal de salud y cuál es el manejo preventivo que se le da, lo cual da una información situacional del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud acerca de la COVID-19, haciendo que tomemos diferentes acciones referidas a la pandemia y a futuro poder afrontar otras pandemias que pueden presentarse debido a la acelerada globalización.



1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la asociación del nivel conocimiento, actitudes y prácticas preventivas de COVID-19 del personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre COVID-19 en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022?
- b) ¿Cuál es el nivel de actitud frente al COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022?
- c) ¿Cuál es el nivel de prácticas preventivas sobre COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022?

1.3. Justificación

1.3.1. Conveniencia

Este trabajo está enmarcado en los lineamientos de investigación de la Universidad Andina del Cusco, dentro del marco de salud a nivel de región del Cusco. El nivel de conocimiento, nivel de actitudes y prácticas preventivas del personal de salud en el contexto de COVID-19 es de suma importancia debido a que la curva epidemiológica de la pandemia no ha sido constante, actualmente estamos teniendo un descenso de casos en trabajadores de salud y población en general, sin embargo, es de vital importancia la realización de esta investigación la cual nos permitan mostrar la situación actual en relación al nivel conocimiento, actitudes y prácticas preventivas en centros de salud dentro del contexto de COVID-19.

1.3.2. Relevancia Social

El conocimiento que tiene el personal de salud dentro del contexto de COVID-19 ha cambiado desde su aparición debido a que las nuevas investigaciones han demostrado cambios estructurales, aparición de nuevos síntomas y variantes, por ser una reciente enfermedad es necesario mantener al personal de salud actualizado sobre estos conocimientos para que se minimicen los contagios de dicho personal y pudiendo dar más productividad para los establecimientos de salud, evitando colapsos de los mismo por



falta de personal, reduciendo los costos y mejorando el bienestar de los trabajadores de salud.

Existen pocos reportes sobre investigación del nivel de conocimientos, nivel de actitudes y nivel de prácticas preventivas en personal de salud de nuestro país y en nuestra región en el contexto COVID -19, los reportes son menores, motivo por el cual este estudio ampliará la información que se tiene sobre el personal de salud.

1.3.3. Implicancias prácticas

Como personal de salud es muy importante un adecuado cuidado de la salud propia, para poder dar un adecuado trato a los pacientes en el día a día de la práctica profesional, el cual permitirá ser más productivos y optimizar el trabajo con la sociedad.

1.3.4. Valor teórico

El personal de salud y el nivel de conocimiento en el contexto de la COVID-19 será cambiante por la nueva ola de conocimientos y actualizaciones diarias sobre la COVID-19, es muy importante tener un conocimiento de la preparación teórica, que conllevaran a buenas actitudes y prácticas por parte de nuestro personal de salud.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivos General

Determinar la relación del nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas preventivas de la COVID-19 en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar el nivel de conocimiento sobre la COVID-19 en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.
- b) Determinar el nivel de actitud frente al COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.
- c) Determinar el nivel de prácticas preventivas de COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.



1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

Se realizó en el personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco.

1.5.2. Delimitación temporal

Se realizó en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2022.

1.5.4. Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolló respetando el código de Nuremberg ⁽⁸⁾, donde prima el respeto a la persona como principio, su capacidad legal para decidir, aplicando un consentimiento informado en su participación de forma voluntaria y contar con su respectiva colaboración en el transcurso de la investigación y manteniendo los datos de la población que se estudió con total confidencialidad.

También el presente estudio respeta el informe de Belmont ⁽⁸⁾ t, primando el respeto a la persona en su beneficencia, no se utilizará los datos proporcionados con otros fines que no pertenezcan a esta investigación.

El estudio respeta la declaración de Helsinki ⁽⁸⁾, primando el respeto a la declaración escrita del consentimiento informado dado a los participantes del estudio.

Este trabajo de investigación fue realizado previa autorización del HAL. Declaro no presentar conflictos de intereses.



CAPITULO II: Marco teórico

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Zafar F. et al (2020) En el estudio “Conocimiento, actitudes y prácticas referidos a COVID-19 en residentes Pakistaníes:” objetivos: determinar la asocian entre conocimientos, actitudes y practicas; es un estudio de tipo analítico que realizo un análisis multivariado, se hizo en 905 adultos mayores de 18 años, se hizo en población rural, urbana y por la web en diciembre del 2020; resultados, para los encuestados en la variable medidas de prevención, se obtuvo y OR: 2.61; IC 95%: [0.91-7.42], obteniendo que lavarse y desinfectarse las manos era bastante común en los grupos encuestados por la web (88.34%) y en U.S.A. (91.21%); la mayoría de los participantes aseguro: la higiene de manos se realizaba con más frecuencia posteriormente a tocar objetos personales o darse la mano con otra persona; conclusión, se demostró que existen brechas sustanciales entre las tres variables, particularmente en las poblaciones rurales debido a la variación en acceso a la información según el nivel educativo y el acceso a internet, lo cual demuestra que se necesitara una estrategia de sensibilización integral frente a la COVID-19. ⁽⁹⁾

Chacón F. et al(2021) en su estudio “Conocimientos, actitudes y practicas relacionados a la COVID-19 en los pacientes atendidos en carpa de triaje del hospital Universitario de Caracas: estudio trasversal” objetivos, determinar la relación entre las tres variables referentes al COVID-19 en 215 participantes entre fechas del 25 de abril y 25 de mayo del 2021, usando interviú personales, mediante cuestionarios acerca de conocimientos, actitudes y prácticas; resultados, mayor parte de encuestados (53.52%) se encontraba asintomáticos; respecto a los conocimientos, la trasmisión de la enfermedad por contacto con gotitas y secreciones ($p=0.021$; Pearson ajustado:0.31; Nagelkerke pseudo-R:0.16) se relacionó con la variable nivel educativo($p=0.002$) y encontró que los pacientes con educación primaria eran más propensos a responder que el COVID -19 se pueda trasmitir por gotitas que aquellos con otros niveles educativos B:1.75; $p=0.004$; OR: 5.77; IC 95%: [1.72-19.30]; conclusión



podemos decir que el conocimiento de la población de estudio puede mejorar con los programas de educación y capacitaciones ⁽¹⁰⁾.

Delor R. et al. (2021) su estudio: “Conocimientos, percepción del riesgo y prácticas del personal de salud acerca de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019”. Estudio observacional, trasversal, del personal de los hospitales del estado de Itauguá y de la Región de Caacupé - Paraguay, mediante un cuestionario anónimo online, participaron 384 sujetos, 334 (86,86%) refirieron haber recibido capacitación, 245(63.81%) participantes féminas, promedio de edad de 32.6 +- 8 años, 315 (82%) venían de zonas urbana, 214 encuestados (55.7%) son parte del Hospital Nacional de Itauguá, 170(44.30%) de encuestados del Hospital Regional de Caacupé. Profesión a la que se dedican, 274 (71.30%) médicos, luego 89 (23.21%) licenciados de enfermería y 21 de participantes (5.51%) técnicos en enfermería. Respuestas correctas en promedio: 84.70% +- 14.02%. Conclusiones; 319(88.07%) de encuestados presento un nivel de conocimientos alto (>75% respondieron correctamente) Lo más frecuente en la percepción de riesgo (96%), información carente que dificulto en entrenamiento de los trabajadores de salud. En práctica preventiva que sobresalió (95%) fue el auto reporte de los síntomas ⁽¹¹⁾.

Ruiz J. et al (2020) su estudio “Conocimientos sobre la infección por SARS-CoV-2 de gastroenterólogos y endoscopista de Latinoamérica” realizado en nueve países de Latinoamérica: Perú, México, Guatemala, Costa Rica, Ecuador, Uruguay, República Dominicana y Honduras; objetivo, estimar el conocimiento de características del COVID-19 junto a prácticas preventivas durante la realización de procedimientos; de corte trasversal, usó una encuesta electrónica que valora los conocimientos de síntomas, grupos en riesgo, medidas de prevención y procesamiento de endoscopias; resultados, 133 médicos, 95% de los encuestados han identificado de manera acertada la sintomatologías con mayor frecuencia y el 60% presentaron mayor riesgo para enfermedad grave de los tres grupos. No considero el 66% usar precaución durante un procedimiento, 30% no consideró precaución durante el contacto, 48% desconoce protocolo para procesamiento. Conclusión, la población con signos y síntomas tienen riesgo de complicarse, en su mayoría conocidos. Los



conocimientos de medidas de prácticas preventivas en la atención clínica, procedimientos y procesar el equipo es desconocido por 70 y 48% ⁽¹²⁾.

Rios C. (2020) su estudio de “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 en paraguayos durante el periodo de brote: encuesta rápida en línea” objetivos, valorar el conocimiento, actitudes y prácticas, tipo transversal, el 20 de marzo de 2020 en Paraguay, total de muestra 3141, edad media 29.55 años, puntuación de conocimientos media 7.45 (DE:1.51), el análisis de regresión logística múltiple halló, OR: 1.55; IC 95%:[1.25-1.92] $p<0.001$, puntaje de conocimientos OR:1.18; IC 95%: [1.10-1.26], $p<0.001$, coincidió que se controlara con éxito en 66.28%, no visitó lugares concurridos y llevaban mascararas al salir; masculino (vs. al femenino OR:0.53; IC 95%: [0.42-0.67], $p<0.001$), del grupo de edad 18 -20(vs. a 20-49, OR: 0.68; IC95%:[0.55-0.85], $p<0.001$). Masculino (vs. Femenino, OR:1.01; IC95%: [0.85-1.21], $p<0.001$), el conocimiento OR: 1.13; IC 95%: [1.06-1.20], $P<0.001$ se asociaron significativamente con no usar mascarilla; conclusión, el conocimiento de COVID-19 fue bueno, las actitudes y las prácticas a favor y adecuadas. ⁽¹³⁾

Maldonado H. et al. (2020) su estudio “Conocimiento y practicas relacionadas con control y prevención de COVID-19 en trabajadores de salud-Guatemala” objetivo fue estimar acerca la educación dada virtualmente si produce una variación en la adquisición de conceptos, prácticas de prevención y control de infecciones; el análisis de pruebas de rangos no paramétricas con signo de Wilconxon. Muestra de 345, mediana de 30 años, sexo femenino 224 (65%); del departamento de Guatemala 221 (57%); el sector público 155 (44.9%), privado 154 (44.6%) y seguro social 29 (8.4%); antes y después la evaluación ha mostrado una significativa diferencia con brecha evidente en el conocimiento y las prácticas de prevención y control de infecciones ($p<0.05$). La brecha mayor es observada en el auto cuidado de la salud física, salud mental y nutricional; de las percepciones, resulta que uno de cada tres tiene temor a ser infectado. Conclusión, tres de cada diez padecieron al menos de un factor que se asocia a sufrir COVID – 19 severa, el más frecuente hipertensión arterial y asma; se evidencio una diferencia significativa en el conocimiento de prácticas de prevención y control de infecciones, que



refuerza la hipótesis que plantea sobre la educación en línea viene a ser una alternativa efectiva⁽¹⁴⁾.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Vásquez G. (2021) en el estudio “Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas ante COVID-19 del personal de obra de saneamiento en La Encañada Cajamarca 2020” cuyo objetivo fue precisar la relación que hay entre el nivel de conocimiento y la práctica de medidas preventivas para COVID-19, un estudio tipo básica cuantitativa, diseño de correlación transversal; se utilizó una encuesta y una guía de observación para el recojo de los datos; la muestra fue de 106 trabajadores, el muestro fue de tipo probabilístico; dentro de los resultado existió correlación muy altamente significativa ($r=0.48$) ($p<0.001$) entre el nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas ante COVID-19, se halló que el 87.5% tenía un alto nivel de conocimiento y tuvieron prácticas buenas en medidas preventivas de COVID-19. Y el 100% tenían un nivel de conocimiento bajo presentaron practicas deficientes. Conclusiones, el nivel de conocimiento se relaciona a la práctica mediante medidas preventivas ante COVID-19 con un $p<1\%$ ⁽¹⁵⁾.

De la Calle A. et al (2020) en su estudio “Conocimiento y práctica sobre uso de equipos de protección personal en el contexto de COVID-19 en el personal de salud del servicio de UCI del Hospital el Carmen Huancayo 2020” Cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimiento y práctica de equipos de protección del personal en contexto COVID-19 del servicio de UCI del Hospital el Carmen de Huancayo – Perú, 2020. El diseño de investigación fue correlacional, no experimental, transversal y descriptivo. Dentro de los resultados de la investigación se muestra que el 56% del personal de UCI del hospital El Carmen de conocimiento medio del uso de equipos de protección, el 68% cumple medianamente el uso de EPP ante COVID 19. Podemos concluir así que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las medidas preventivas del personal de UCI del Hospital el Carmen, 2020 ($p=0.001<0.05$) ⁽¹⁶⁾.

Huachaca R. (2020) Su estudio “Asociación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre normas de bioseguridad en personal asistencial del Hospital central de la FAP Lima 2020” objetivo determinar la asociación del nivel de



conocimientos y las actitudes de las normas de bioseguridad en el personal asistencial; estudio analítico, transversal, observacional y cuantitativo. Muestra representada por personal de salud del Hospital. Resultados, un total de 150 sujetos se encontró, 60% sexo femenino, edad media 40 años. Profesión, médico 37.33%, enfermería 18%. Número de capacitación fue idéntico en ambos géneros. Un adecuado conocimiento en 56.67%, actitud positiva fue un 69.33%. La asociación entre conocimientos y actitudes fue estadísticamente significativa $P < 0.001$ en el análisis bivariado. No se encontró asociación en las demás variables. Se observó en la regresión múltiple que los pacientes con conocimiento tenían 92% de tener actitud positiva con mayor frecuencia respecto a quienes no la tenía. Se ajustó al resto de covariables $RP=1.92$; IC 95%: [1,36 – 2.71]. Conclusión, el conocimiento sobre las medidas de bioseguridad es muy importante para tener una actitud positiva frente al uso de normas de bioseguridad ⁽¹⁷⁾.

Uribe J. (2020) Su estudio “Conocimiento y percepción del personal médico del hospital Goyeneche III sobre el uso de la telemedicina en tiempos de pandemia por SARS COV - 2, Arequipa 2021” objetivo, determinar nivel de conocimiento y percepción, muestra de 50 médicos. Resultados, buscaron relaciones mediante pruebas de Odd Ratio; edad promedio 34 años, sexo masculino 58%, médicos asistentes 40% y residentes 60%. Pediatría y cirugía 24%. Evaluando nivel de conocimiento; aciertos en teoría sobre tele salud 72% y telemedicina 76%, directivas de tele gestión 50%, norma técnica 60%. 46% de nivel de conocimiento medio, 30% nivel bajo y 24% conocimiento alto. Nivel de percepción, 58% considera útil uso de telemedicina, 56% considera importante mas no prioritario, 44% piensa que es fácilmente aplicable la telemedicina. Percepción sobre telemedicina, favorable 46%. 22% percepciones desfavorables. 2% dice que no practicaría telemedicina. Se halló una relación directa de nivel de conocimiento y percepción de telemedicina OR: 15.5, IC 95%: [1.48-20.7]. No se halló relación entre percepción y características epidemiológica. Conclusión, la mayor parte del personal médico tiene nivel medio de conocimiento, 30% nivel bajo y 24% nivel alto. Percepción sobre telemedicina, favorable el 46%. 32% una percepción neutra, 22% desfavorables. Existe relación directa de ambas variables ⁽¹⁸⁾.

Chira M. (2020) En su estudio “Relación del nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad durante COVID-19 en el Hospital Militar de Piura,



2020) objetivo; establecer la relación del nivel de conocimiento y la aplicación de bioseguridad. Estudio tipo cuantitativo, descriptivo. Muestra censal de 67 internos. Instrumento que se utilizó para la recolección de datos consto de un cuestionario validado por expertos, fueron 40 preguntas, 20 sobre conocimientos y 20 sobre aplicación de bioseguridad. El resultado de confiabilidad del alfa de Cronbach fue superior a 0,9 en ambos instrumentos. Encontrándose una relación significativa entre el conocimiento y las medidas de seguridad y la aplicación de las mismas medidas de ($P < 0.05$). Aplican más las medidas de bioseguridad es el personal que evidencian un mayor nivel de conocimiento. Conocen diferentes aspectos de bioseguridad el 61.2%. Manejo de residuos es el aspecto que menos conoce; conocen un 31.3% correctamente sobre los diferentes aspectos de dicha dimensión. Conclusión, se corrobora la relación entre el conocimiento y la aplicación de bioseguridad en el estudio ⁽¹⁹⁾.

2.1.3. Antecedentes locales:

Gutiérrez M. Su estudio: “Actitudes y barreras percibidas sobre prácticas preventivas en el contexto de la pandemia de COVID -19 en internos de medicina de la región del Cusco, 2021” objetivo, cuáles son las actitudes y barreras que perciben en las prácticas preventivas en internos de Medicina. Estudio tipo observacional, trasversal, descriptivo. Participaron 85 internos de Medicina de los hospitales del Cusco. Se analizó y describió mediante frecuencias y tablas las variables; resultados fueron que el 57.65% tienen una actitud medianamente alta frente a las prácticas de prevención, mostro una actitud positiva un 45.18% y un 1.18% actitud regular. Impiden el cumplimiento de prácticas de prevención las siguientes barreras, el hacinamiento en el lugar de trabajo, escasez de desinfectantes y EPP, sobrecarga de trabajo, hábitos nocivos de los participantes y falta de espacios adecuados para descasar y retiro de EPP. Conclusión, los internos en su mayoría, practican medidas preventivas de COVID – 19, se mostró que tenían una brecha en la práctica del distanciamiento físico, lavado de manos y uso adecuado de los EPP. Se identifico que más de las tres cuartas partes de los participantes mostraron actitudes positivas y moderadamente positivas con respecto a las practicas preventivas.

No se encontraron más trabajos a nivel local, no existe más estudios previos a nuestra investigación ⁽²⁰⁾.



2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Nivel de conocimiento: Introducción

La humanidad, a lo largo de la historia, ha realizado grandes avances en la ciencia debido a la adquisición de nuevos conocimientos en el día a día, mediante el uso del método científico, adentrándonos en un mar amplio de conceptos los cuales nos han servido para afrontar eventos adversos como la actual pandemia del COVID-19 y poder sobrevivir hasta el día de hoy; cada día se descubren más conceptos a cada hora alrededor del mundo y es de suma importancia como científicos estar actualizados con dichos conocimientos, los cuales pueden modificar nuestras actitudes y ser mejores profesionales, por ese motivo considero de suma importancia la realización del presente estudio; el concepto de conocimiento viene a ser un conjunto fluido de diferentes experiencias enmarcadas, en valores, información conceptual e ideas que se usan para incorporar y evaluar nuevas experiencias e información. El conocimiento viene a ser la capacidad más relevante del ser humano, debido a que nos permite entender la naturaleza de todo lo que nos rodea, sus interacciones con nosotros y cualidades de razonamiento ⁽²⁸⁾.

En pocas palabras, el concepto de conocimiento vendría a ser un conjunto de información codificada donde se incluye conocimiento, interpretación del mismo, contexto del entorno, experiencias y finalmente sabiduría. ⁽²⁸⁾

En el presente estudio, para valorar el nivel de conocimiento se utiliza la escala de estanones, esta viene a ser una escala para valorar variables de tipo cualitativas, la cual nos permite valorar la variable nivel de conocimiento en nuestro estudio, de acuerdo a esta escala podemos categorizar el nivel de conocimientos como alto y bajo, dicha escala se describirá con mayor detalle más adelante. ⁽²⁸⁾

2.2.1.1. Tipo de conocimiento:

- Conocimiento empírico- no científico: Adquirido de manera cotidiana con las experiencias previamente vividas.
- Conocimiento científico: Adquirido con rigor científico de fuentes confiables mediante el uso del método científico.
- Conocimiento filosófico: Es el tipo de saber obtenido de recopilación de información escrita según el autor Nieto y Rodríguez, 2010, “Busca el porqué de



los fenómenos y se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar”⁽²⁹⁾.

2.2.2. Actitudes

Son definidas como partes de nuestra vida y comportamientos. Tenemos muchas actitudes las cuales hemos adquirido en el transcurso de nuestra vida, mediante la interacción social, a mediante las distintas vivencias, las cuales son susceptibles de modificación.⁽²⁴⁾

Continuamente, los profesionales de la salud pretenden influenciar en las actitudes e inducir que se adquieran nuevas actitudes que beneficien la salud. Tenemos que tener en cuenta que nuestras actitudes influyen en los pacientes y familiares que se va a tratar y el conjunto de variables que ayudan a su cambio, serán de gran utilidad por lo siguiente:⁽²⁴⁾

- Se ha demostrado que las actitudes de los trabajadores de salud han repercutido en sus pacientes, mediante los diferentes mensajes de positividad o negatividad que se le dan.
- El estado de salud y el cumplimiento del tratamiento se ha relacionado a las actitudes de los pacientes.
- Tener en cuenta las variables que implican un cambio en las actitudes, va permitir al personal de salud promocionar información más convincente y veraz.⁽²⁴⁾

2.2.2.1 Definición

Encontramos varias y múltiples definiciones de actitud, dentro de las cuales tenemos:

- “Predisposición aprendida a responder de una manera consiente, favorable o desfavorablemente respecto al objeto dado” (Fishbein & Ajzen, 1975)
- “Disposición relativamente duradera hacia cualquier característica de una persona, lugar o cosa” (Liebert & Neale, 1984)
- “Predisposición a valorar positiva o negativamente objetos, personas o conductas” (Lopez, 1999)

2.2.2.2 Medida de las actitudes

Quizá una de las características principales es, que son subjetivas, por lo cual tenemos que inferir mediante procesos de conductas o palabras dichas de la persona en estudio, por lo cual hace difícil su medición.⁽²⁵⁾



Generalmente existen diferentes técnicas que se usan, las cuales se clasifican en: directas o indirectas teniendo en cuenta si la persona sabe o no que se está siendo midiendo. ⁽²⁵⁾

Una escala que se puede usar para medir actitudes, de manera sencilla y muy fiable, fue propuesta por R. Likert en el año de 1932. La cual consistía originalmente en una colección de ítems, la mitad expresando una posición acorde con la actitud a medir y la otra mitad en contra. Dicha escala incluye un punto medio neutral, así como puntos a izquierda y derecha, originalmente de desacuerdo y de acuerdo, el cual se utilizó en el presente estudio, como se muestra en el ANEXO 1 dichos ítems se someterán a juicio de expertos, como de la escala de Thurstone, se realizará una prueba a la población estudiada dando puntuaciones a cada pregunta, en el caso de las preguntas de nivel de actitudes, para luego mediante análisis estadístico dar valores para determinar los resultados, determinando así un puntaje máximo en el ítem “C” del cuestionario del presente estudio. ⁽²⁵⁾

En el presente estudio, para valorar el nivel de actitudes se utiliza la escala de estacionones, esta viene a ser una escala para valorar variables de tipo cualitativas, la cual nos permite valorar la variable nivel de actitudes en el estudio, de acuerdo a esta escala podemos categorizar el nivel de actitudes como buenas y malas, dicha escala se describirá con mayor detalle más adelante. ⁽²⁸⁾

2.2.3. Manejo preventivo y control de infecciones (PCI) por COVID-19:

Introducción

La organización panamericana de salud y la Organización mundial de la salud nos dan diferentes estrategias de PCI teniendo en cuenta como objetivo:

- Garantías en la seguridad de los trabajadores de salud, personas que visitan y los pacientes.
- Mejoras las habilidades del personal de salud ante el brote.
- Reducción del riesgo, que el hospital pueda ser un centro de incremento del brote.
- Dentro del conjunto de estas normas de prevención podemos encontrar las jerarquías de los controles que van desde el más eficiente hasta el menos eficiente y son: eliminación de riesgos, sustitución del mismo, controles de ingeniería de



la infraestructura (aislando a las personas con mayor riesgo), control de administrativos y los equipos de protección ⁽²¹⁾.

Dentro de las estrategias recomendadas son:

- Aplicación de medidas preventivas estándares para cada paciente.
- El triaje seguro, reconociendo de manera temprana y controlando la fuente.
- Tiene que implementarse medidas preventivas adicionales para los casos confirmados de COVID 19.
- Controles administrativos implementados.
- Mediante uso de controles ambientales e ingeniería ⁽²⁵⁾.

Dentro de los elementos de precauciones estándares tenemos:

2.2.3.1. La higiene de manos:

El enfoque trata de hacerlo de una manera muy sencilla, debido a que este pertenece a la parte central de la estrategia multimodal de la OMS, donde se exponen 5 momentos considerados ideales para una buena higiene de manos y son:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar un procedimiento.
- Después de entrar en contacto con fluidos corporales del paciente
- Después de tocar al paciente.
- Después de entrar en contacto con el entorno del paciente.

Técnica para realizar higiene de manos: Realizar la correcta técnica es muy importante para evitar el brote de agentes infecciosos, existen diferentes técnicas las cuales utilizan agua y jabón antimicrobiano líquido o presentación de espuma; así también hay otras técnicas realizadas con sustancias de base alcohólica las cuales resumiré en el siguiente párrafo ⁽²⁶⁾:

2.2.3.2 Técnica que utiliza agua y jabón antiséptico líquido o presentación de espuma para el lavado de manos:

Duración total del procedimiento en promedio 40 segundos (40 a 60 segundos)

- Mojarse ambas manos con agua, aplicar jabón cubriendo toda la superficie de ambas manos.
- Frotarse ambas palmas frente a frente.
- Frotar la palma derecha al dorso izquierdo de la otra mano, entrelazar los dedos y a la inversa.



- Frotar la palma de ambas manos con los dedos entrecruzados.
- Frotar el dorso de los dedos con la palma de la mano contraria.
- Frotar el pulgar izquierdo con movimientos de rotación con la palma de la mano derecha y a la inversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de izquierda, con movimientos de rotación y a la inversa.
- Enjuagarse las manos con agua.
- Secarse las manos con papel toalla.
- Utilizar el mismo papel toalla para cerrar el grifo y descartarlo. ⁽²⁷⁾.

Higiene de manos con desinfectante de base alcohólica.

Ayudan e eliminar también la flora transitoria, parte de la flora que habita, teniendo cierta actividad residual, su duración de dicho procedimiento es más corta de 20 a 30 segundos y consta de 8 pasos resumidos a continuación:

- Depositar en la palma de ambas manos la dosis para cubrir toda la superficie.
- Frotar las palmas de ambas manos entre sí.
- Frotar la palma derecha contra el dorso de la mano contraria, entrecruzar los dedos y a la inversa.
- Frotar ambas palmas entre si con dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de la mano derecha contra la palma de la izquierda.
- Frotar el pulgar izquierdo con movimientos de rotación con la palma de la mano derecha y a la inversa ⁽²⁵⁾.

2.2.3.3. Utilización correcta de guantes:

- Primero el aseo de manos y secado previos a la colocación de los guantes.
- Tener en cuenta que el uso de guantes no sustituye a la higiene de manos con agua y jabón.
- Tener uñas cortas, no uso de anillos o pulseras que puedan romper el guante.
- Se cubre con una gaza cualquier lesión que pueda encontrarse en las manos.
- Utilizar un guante acorde al tamaño de la mano, así se evita que este flojo en las obras de los dedos, perdiendo sensibilidad, aumentando el riesgo de rupturas del guante.
- Sacar con cuidado el guante de su empaque.



- Utilizar guates siempre antes del contacto con fluidos, otros materiales altamente infecciosos, membranas mucosas o heridas en piel.
- Retirarse los guantes utilizados, luego de terminar la atención al paciente y desecharlos.
- Al retirar los guates, lavarse las manos inmediatamente.
- Se recomienda no reutilizar los guantes ⁽²⁵⁾.

2.2.4. Gestión de protección personal relacionado con el COVID – 19

En esta parte vamos a clasificarlo por niveles de protección para poder observar en que ámbitos vamos a utilizar cada uno de los equipos de protección.

- Nivel I de protección: Aquí van a estar incluidos los gorros quirúrgicos desechables, mascarillas quirúrgicas desechables, uniforme de trabajo, los guantes desechables y/o ropa descartable; el ámbito donde se aplicará va ser el triaje en el departamento general de pacientes que vienen a consulta.
- Nivel II de protección: Encontramos el gorro quirúrgico descartable, mascarillas de protección (N95), uniforme de trabajo, ropa descartable, guantes descartables y gafas de protección; el ámbito de aplicación es más amplio el cual costa departamento externo de pacientes con fiebre, área de aislamientos incluyendo unidad de cuidados intensivos, examinación de las muestras no respiratorias de pacientes con sospecha o casos confirmados, examen por imágenes a pacientes con sospecha o confirmados y limpieza de equipos quirúrgicos usados en estos pacientes.
- Nivel III de protección: Constituyen el gorro quirúrgico descartable, mascarilla de protección (N95), uniforme de trabajo, uniforme de protección medica descartable, guantes descartables estériles, equipos que protejan la vía respiratoria los cuales cubren toda la cara o respiradores con purificadores de aire motorizado, los ámbitos en los que se van utilizar son cuando el personal va realizar procedimientos como: intubación endotraqueal, traqueotomía y traqueostomías, bronco fibroscopio, endoscopia gastroenterológica y demás, en las cuales los pacientes con sospecha o confirmados pueden eliminar partículas de sangre al momento de realizar, procedimientos , cirugías y autopsias las cuales deberán previamente realizarles pruebas diagnósticas de COVID-19 ⁽²⁵⁾.



2.2.4.1 Protocolo para la colocación del EPP (equipo de protección)

Colóquese la ropa y calzado de trabajo, luego lávese las manos, colóquese un gorro quirúrgico descartable, colóquese una mascarilla de protección médica (N95), colóquese los guates descartables de nitrilo y látex, colóquese las gafas y mandilón de protección, colocarse los cubre pies, colocarse una bata descartable (si la zona de trabajo específica lo requiere) y protección facial con la careta (conocido comúnmente como facial) y colocarse guantes de látex descartables por fuera ⁽²⁵⁾.

2.2.4.2. Protocolo de retiro de los EPP:

Previamente lavarse las manos y eliminando todo fluido corporal que se pueda evidenciar junto con los contaminantes que puedan haber en las superficie externa de ambas manos, lávese nuevamente las manos, cambiar los guantes externos por otros nuevos, retirarse la mascarilla, lavarse nuevamente las manos, quitarse la bata descartable junto a los guantes exteriores, lavarse nuevamente las manos y colocarse guates externos, entrar a la primera área de eliminación, lavarse ambas manos y retirase la ropa protectora junto con los guantes externos (cuando retire los guantes y la ropa desechable tiene que darle vueltas al revés mientras los enrolla) (nota: si usa botas desechables, quítese junto con la ropa desechable), lavarse las manos previamente al ingreso del área de eliminación dos, retirarse las gafas protectoras, lavarse las manos y luego retírese los guantes desechables interiores, lavarse una vez más las manos y retirarse del área dos, lavarse por última vez las manos, ducharse y colocarse ropa limpia y entrar a la zona limpia ⁽²⁵⁾.

Según nuevos estudios de la OMS sobre el uso de las mascarillas, son una medida para limitar la dispersión de infecciones de tipo respiratorias, incluyendo la COVID-19, pero el uso de mascarillas por sí solo, no garantiza el nivel adecuado de protección; hay evidencia limitada que uso de mascarillas por parte de personas sanas en la comunidad pueda ser una medida protectora eficaz. ⁽²⁴⁾.

En el presente estudio, para valorar el nivel de prácticas preventivas se utiliza la escala de estanones, esta viene a ser una escala para valorar variables de tipo cualitativas, la cual nos permite valorar la variable prácticas preventivas en el estudio, en el caso de prácticas preventivas podemos categorizarlas en eficaces y



no eficaces de acuerdo a esta escala, dicha escala se describirá con mayor detalle más adelante. ⁽²⁸⁾

2.2.5. Escala de Estanones

Es una escala que se utiliza para categorizar una variable de tipo cualitativa de un estudio, la cual podemos categorizar a los sujetos de estudio en dos o tres grupos, según los puntajes totales obtenidos del cuestionario, para la elección de los puntos de corte se va utilizar la siguiente ecuación: $a = x - 0.75(S)$ y $b = x + 0.75(S)$ donde a y b vienen a ser los puntos de corte para determinar la clasificación sea nivel alto o bajo, en el caso del presente estudio se usó para medir nivel de conocimiento, nivel de actitudes y nivel de prácticas preventivas, usando preguntas del cuestionario que al aplicarlas se trabaja con un valor mínimo y máximo basado en los límites de intervalos en las cuales se puede formar grupos de dos o tres categorías, los cuales en el estudio se determinó el uso de dos categorías por conveniencia del investigador, y son las siguientes: ⁽²⁷⁾.

- Nivel de conocimiento alto.
- Nivel de conocimiento bajo. ⁽²⁷⁾

Esta clasificación se usó para categorizar las variables del presente estudio que son: nivel de conocimientos, nivel de actitudes y nivel de prácticas preventivas, debido a la naturaleza de estas variables, que son de tipo cualitativas. ⁽²⁷⁾

2.2.6. COVID- 19

Es una enfermedad dada por el coronavirus de tipo SARS -Cov 2 cuya forma que presenta son una característica por la cual reciben el nombre sus viriones, semejantes a una corona al observarse en el microscopio electrónico, ellos son la causa en segundo lugar más frecuente del resfriado común. Los brotes de síndrome respiratorio agudo son causados por estos virus en el año 2002, en el sur de China y en el medio oriente, fue demostrado que fue producido por el (MERS-CoV) y que causo la pandemia actual de COVID-19. ⁽⁴⁾

2.2.6.1 Estructura y replicación

Es importante comprender la estructura base del virus y la replicación para comprender de mejor manera las fases clínicas y tener una adecuada identificación de estas, también ayudara a dar una mejor orientación a las personas que puedan venir al centro de salud.

⁽⁴⁾



El coronavirus son viriones que poseen envoltura con genoma de ácido ribonucleico (ARN) posee una positividad en la cadena que mide de 80 y 160 nm en diámetro. En la superficie posee glucoproteínas (S) que presentan un aspecto como proyecciones de forma de bastón alrededor del virus, como un halo el cual le da la propiedad de sobrevivir condiciones adversas como del tubo digestivo y su diseminación por vía fecal-oral, son responsables de la unión y fusión a las membras celulares del virus que pertenecen al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2).⁽⁴⁾

2.2.6.2 Epidemiología y pandemia de COVID 19

Al transcurso de un mes del brote en Wuhan, se extendió muy rápido por toda China el brote del SARS-CoV-2. El virus no se limitó solo a este país. Siendo muy contagioso y extendiéndose en más de 188 países a nivel mundial en el transcurso de 2 a 3 meses afectando más de 32 000 000 de personas alrededor del mundo⁽²¹⁾.

El país con más índices de contagio del mundo fue los Estados Unidos llegando casi a 80 millones de infectados y más de 900 mil muertos, en segundo lugar, Brasil con 30 millones de contagiados y superando los 600 mil muertos, en el Perú actualmente son 1 millón de contagiados y 212 mil muertos, en el departamento del Cusco tenemos 116 mil contagiados y 5 mil fallecidos.^(19,2)

2.2.6.3 Patogenia

Los coronavirus pueden replicarse a 37 °C y producir enfermedades sistémicas, el coronavirus humano posee una patogénesis particular debido a que puede causar infecciones de las vías superiores e inferiores del tracto respiratorio y también causar afección al tracto gastrointestinal⁽²²⁾.

Cuando infecta las células el SARS-CoV-2 las cuales poseen receptores de superficie ECA2 y TMPRSS2, la replicación se activa y se libera el virus a la célula provocando apoptosis, liberando citoquinas pro inflamatorias dicha reacción causa una respuesta del sistema inmune errada, lo cual produce una aglomeración de células inmunes a nivel de los pulmones, dando una sobre producción de citocinas pro inflamatorias, que dañaran el parénquima pulmonar⁽²²⁾.

Dicha tormenta de citoquinas, migran a los órganos circundantes, produciendo daños en múltiples órganos y falla de estos mismos. También las células b que producen anticuerpos, no neutralizantes podrían tener efectos de mejora en infección por SARS-



CoV-2 mediante la mejora dependiente de anticuerpos o antibody dependent enhancement (ADE), lo que incrementa más el daño de múltiples órganos. ⁽²³⁾

En personas que poseen sistema inmune saludable, inicialmente atraen células T específicas al sitio de infección, estas células tienen la capacidad de exterminar células infectadas, previniendo la diseminación del virus por la economía del organismo ⁽²³⁾.

2.2.6.4 Manifestaciones Clínicas

Dentro del estudio es el tópico más importante a conocer, la razón es que, si podemos identificar adecuadamente los síntomas más frecuentes, podremos dar un manejo preventivo adecuado de la infección por SARS-CoV2.

En las personas infectadas por el COVID-19 muestran manifestaciones clínicas frecuentemente en edades que son extremas de la vida y en pacientes con comorbilidades preexistentes como: edades mayores de 65 años, enfermedades pulmonares (EPOC, asma, fibrosis quística, etc.), síndromes metabólicos (obesidad, diabetes tipo 1 y 2) que incluyen, en orden según frecuencia:

- Tos no productiva en el 48.7%.
- Malestar general en el 48.2%
- Dolor de garganta en el 39.1%.
- Fiebre/escalofríos en el 37.5%.
- Congestión nasal en el 22.0%.
- Cefalea en el 21.3 %.
- Dificultad respiratoria en el 17.1 %.
- Dolor muscular en el 12.2%.
- Dolor de pecho en el 8.4%.
- Náuseas/ Vómitos en el 5.6%.
- Diarrea en el 5.2%.
- Otros síntomas 2.6%. ⁽⁴⁾

Nuevos estudios indican casos de cuadros depresivos, sensación de muerte y psicosis en algunos casos, pero son síntomas menos frecuentes ⁽²⁴⁾.



2.2.6.5 Trasmisión

La trasmisión se realiza mediante la generación de aerosol de las secreciones respiratorias, vía fecal oral y por vía mecánica. En las células epiteliales ocurre la mayor parte del crecimiento del virus. En su mayoría la afectación es de tipo multiorgánica como también otros tipos celulares como macrófagos. Con respecto al crecimiento, puede localizar en el epitelio del tracto respiratorio superior, aun no hay un modelo animal que describa el comportamiento del coronavirus respiratorio en seres humanos. ⁽²⁰⁾

Sus principales características de trasmisibilidad son:

- El periodo de incubación que puede variar entre 2 a 14 días.
- Transmisibilidad: se da cuando hay gotitas respiratorias que contienen al virus de persona a otra persona, estas pueden causar infección cuando se inhalan en un área de dos metros a la redonda o por superficies contaminadas ⁽⁴⁾.

Diseminación:

- Depósito: humanos, incluye sangre, heces y secreciones respiratorias.
- Vectores: no se ha demostrado.
- Difusión: no se ha demostrado. ⁽⁴⁾

2.2.6.6 Estabilidad y viabilidad del virus

Susceptibilidad a drogas:

En la actualidad, no hay drogas antivirales que hayan sido específicas para los coronavirus y sus variantes. ⁽²⁰⁾

2.2.6.7 Susceptibilidad a los desinfectantes y otros:

Se ha demostrado su susceptibilidad al hipoclorito de sodio al 0.1%, también a organoclorado al 0.1%, yodoformo al 10% etanol al 70% y finalmente al glutaraldehído al 2%. ⁽²⁰⁾

Inactivación física: Cuando es expuesta a luz ultravioleta a 1200 uJ/cm² por un lapso de 30 minutos. ⁽²⁰⁾

Resiste al 0.04% de compuestos como el amonio cuaternario, también fenólicos. ⁽²⁰⁾

Supervivencia externa al huésped: Puede sobrevivir promedio seis días en entornos acuosos en superficies inertes secas. ⁽²⁰⁾



2.2.6.8 Diagnóstico

Es importante realizar un adecuado diagnóstico para así poder mejorar nuestro nivel conocimientos, actitudes y prácticas preventivas, para lo cual podemos basarnos en lo siguiente:

- Examen físico: Los pacientes presentan en el examen clínico: fiebre alta, similares síntomas a de la gripe, tos seca y dolor en la musculatura. Su apariencia física de los pacientes infectados, en general va depender en qué periodo de incubación de la enfermedad este se encuentra ⁽⁴⁾.
- Criterios clínicos más resaltantes: La fiebre >38 C, enfermedad de tipo respiratoria concomitantes, hallazgos en la radiografía de pulmones y resultados en la autopsia compatibles con infección por coronavirus ⁽⁴⁾.
- Criterios laboratoriales: Los anticuerpos contra SARS-Cov llegan a estar hasta 28 días en el periodo agudo, los cuales se pueden detectar mediante pruebas antigénicas; la detección de ARN del virus SARS-Cov por RT-PCR y confirmación mediante ensayo de PCR y aislamiento del virus tienen mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico ⁽⁴⁾.
- Criterios epidemiológicos: Que haya viajado los últimos 10 días a área catalogadas como endémicas para el COVID-19 o estuvo en contacto con un paciente infectado por el virus ⁽⁴⁾.

2.2.6.9 Tratamiento

La infección por coronavirus tiene un tratamiento el cual incluye medidas que van dirigidas al apoyo y manejo de los síntomas, hasta el momento no se cuenta con un tratamiento específico disponible. Los corticoides como la metilprednisolona en dosis de 40-120 mg/día donde se administró en el caso de diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad. También se incluyó la administración de oxígeno en aquellos pacientes que tuvieron hipoxemia de gravedad. ⁽⁴⁾



2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

Existe una asociación entre el nivel de conocimiento, nivel de actitudes y prácticas preventivas de la COVID-19 en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

- El nivel de conocimiento de la COVID-19 es alto en el personal de salud del hospital Antonio Lorena, 2022.
- El nivel de actitud es bueno con referencia a la COVID-19 en el personal de salud del hospital Antonio Lorena, 2022.
- El nivel de prácticas preventivas es eficaz frente al COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena, 2022.



2.4. Variables

2.4.1. Identificación de variables

- **Independiente.**
Nivel de conocimiento.
- **Dependiente.**
Nivel de prácticas preventivas
Actitud.
- **Intervinientes.**
Edad.
Sexo.
Ocupación.
Área de trabajo.
Estado civil.
Tiempo de labor.



2.4.2. Operacionalización de variables

Variable.	Definición conceptual.	Dimensiones.	Naturaleza de la variable	Formas de medición	Indicador.	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable.	ITEM	Definición operacional de la variable.
Sexo.	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	Masculino Femenino.	Cualitativa.	Directa.	Sexo biológico.	Nominal.	Encuesta.	La variable final se expresará a través de: 1 Masculino. 2 Femenino.	A3.	Está definido por el dato consignado en el documento de identidad del participante.
Edad.	Tiempo que ha vivido un individuo contando desde su nacimiento.	Dato dado por el participante.	Cuantitativa.	Directa.	Años vivos.	De razón continua.	Encuesta.	Años cumplidos.	A6.	Se define por el dato proporcionado escrito por el participante y registrados en la ficha de recolección por el encuestador.
Ocupación.	Ocupación que requiere un conocimiento especializado obtenido en instituciones de educación superior.	Dato dado por el participante.	Cualitativa.	Directa.	Nivel profesional.	Nominal.	Encuesta.	Variable final se expresará a través de: 1 Médico. 2 Enfermera. 3 Obstetra. 4 Otros.	A4	Se define por el dato consignado en la profesión que ejerce.
Área de trabajo.	Lugar donde realiza su actividad laboral.	Dato dado por el participante.	Cualitativa.	Directa.	Especialidad donde labora.	Nominal.	Encuesta.	Variable final se expresará a través de: 1 Ginecología – Obstetricia. 2 Medicina Interna. 3 Pediatría – neonatología . 4. Cirugía. 5. Emergencias. 6. Unidad de Cuidados intensivos	A5.	Se define por el dato consignado a la especialidad donde labora.
Estado civil.	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio.	Dato dado por el participante.	Cualitativa.	Directa.	Registro civil.	Nominal.	Encuesta.	1 Soltero(a). 2 Casado(a). 3 Conviviente. 4 Viudo(a). 5 Divorciado(a).	A2.	Se define como el dato consignado en el DNI de cada participante.



Nivel de conocimiento.	Es el grado de intelecto acumulado mediante la experiencia y capacitación sobre normas y protocolos.	Nivel de conocimiento alto Nivel de conocimiento bajo.	Cualitativa.	Indirecta.	Conocimiento individual.	Nominal.	Encuesta.	Variable final se expresará: 1 Nivel de conocimiento alto 2 Nivel de conocimiento bajo	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7 y B8.	Se define en base a los datos obtenidos por el encuestado.
Actitud.	Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.	Buena actitud Mala actitud.	Cualitativa.	Indirecta.	Actitud individual.	Nominal.	Encuesta.	Variable final se expresará en: 1 Buena actitud 2 Mala actitud	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 y C8.	Se define en base a los datos obtenidos por el encuestado.
Prácticas Preventivas de la COVID-19	Es el nivel de manejo preventivo que aplica conceptos, comportamientos prácticos, destinados a prevenir la exposición al virus.	Nivel de manejo preventivo eficaz Nivel de manejo preventivo no eficaz.	Cualitativa.	Indirecta.	Conocimiento individual.	Nominal.	Demostración.	Variable final se expresará: 1 medidas de prevención buenas 2 medidas de prevención malas	D1, D2 y D3.	Se define en base a los datos observados por el encuestador.



2.5. Definición de términos

1. COVID-19: Es una enfermedad viral que se caracteriza por fiebre alta, tos, disnea, escalofríos, temblor persistente, dolor muscular, cefalea, dolor de garganta, pérdida del gusto y/o del olfato que son de nueva aparición, así como por otros síntomas de una neumonía viral. ⁽³⁰⁾
2. SARS Cov-2: Coronavirus del síndrome respiratorio agudo tipo 2. ⁽⁴⁾
3. Pandemia: Epidemias de enfermedades infecciosas que se han extendido a muchos países, a menudo más de un continente, y por lo general afectan a un gran número de personas ⁽³⁰⁾
4. Trasmisibilidad: Capacidad de un agente infeccioso de poder pasar de un hospedero a otro. ⁽³⁰⁾
5. Actitud: Una predisposición adquirida y duradera a comportarse de modo consistente en relación con una determinada clase de objetos, o un estado mental y/o neural persistente de preparación para reaccionar ante una determinada clase de objetos, no como ellos realmente son sino como son concebidos. ⁽³⁰⁾
6. Conocimiento: Cuerpo de verdades o hechos acumulados en el curso del tiempo, la suma de la información acumulada, su volumen y naturaleza, en cualquier civilización, periodo o país. ⁽³⁰⁾
7. Prevención: Conjunto de acciones destinadas a erradicar eliminar o reducir el impacto de una enfermedad o discapacidad, o para impedir su propagación. ⁽³⁰⁾



CAPITULO III: Método

3.1. Alcance del estudio

El presente estudio, es una investigación con un enfoque cuantitativo, no experimental, debido a que no se modifican ni alteran las variables de estudio.

El alcance correlacional es de tipo asociativo, mediante el estudio se demostró la asociación, sin caso control, que existe entre el nivel de conocimiento, nivel de actitudes y practicas preventivas de la COVID-19 en personal de salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Según la cronología de la toma de muestra fue transversal, dado a que se tomo la muestra en un tiempo determinado que fue de octubre a diciembre del año 2022.

3.1.1 Según el tiempo de ocurrencia de los hechos registrados de la información

Es una investigación transversal debido a que este estudio se realizó en un tiempo establecido, en el año 2022 en los meses de octubre, noviembre y diciembre en el que se investigó la asociación del nivel de conocimiento, nivel de la actitud y las practicas preventivas frente a la COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco

3.1.2 Según periodo y secuencia del estudio

Es un estudio transversal porque se tomó una única encuesta en un momento específico de las variables del estudio a cada participante con un cuestionario que se le aplico. Luego se afrontaron las respuestas que se obtuvieron en la investigación.

3.1.3 Según el análisis y alcance de los resultados

La presente investigación por las características propias se dio un análisis bivariado, debido a que se diseñaran tablas cruzadas de las variables nivel de conocimiento y actitudes; actitudes y practicas preventivas; nivel de conocimiento y practicas preventivas frente al COVID-19 en el personal de salud.

3.2 Diseño de la investigación

El estudio actual es de tipo transversal, definido como un tipo de investigación observacional donde se analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una determinada población de muestra o subconjunto definido. En el estudio se



toman los datos en un único momento específico, por lo cual es transversal; no experimental, observacional, analítico, porque no se intervino o modifico las variables en estudio, se asoció el nivel de conocimiento, actitud con prácticas preventivas frente al COVID-19 en el personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco.

3.3. Población

3.3.1 Descripción de la población

En la investigación se trabajó con la población de 204 trabajadores de salud tanto varones como mujeres, del hospital de Cusco: Antonio Lorena; previamente con autorización institucional teniendo en cuenta la identidad, teniendo en cuenta los criterios de selección del estudio.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Personal de salud que accedió formar parte de la investigación (mediante consentimiento informado)
- Personal de salud que labora en el hospital Antonio Lorena del Cusco
- Personal de área COVID-19 y no COVID-19

Criterios de exclusión

- Personal de salud que labora de forma remota
- Personal que negó a participar del estudio



3.4. Muestra:

Se utilizó Epi Info v 7.2.5.0 basado en el estudio “knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Pakistani residents: information access and low literacy vulnerabilities”⁽⁹⁾ para el cálculo del tamaño muestral con: potencia de 80%, presenta un Odd Ratio: 2.7 con un IC 95% de [1.2-5.9], radio de controles de casos: 1.47 y porcentaje de control expuestos 59.01%, obteniéndose como resultado el tamaño muestral con un total de 185 participantes del estudio, incrementando un 10 % (19 participantes) al tamaño

StatCalc - Sample Size and Power

Unmatched Case-Control Study (Comparison of ILL and NOT ILL)

Two-sided confidence level: 95%

Power: 80%

Ratio of controls to cases: 1.47

Percent of controls exposed: 59.01%

Odds ratio: 2.69492

Percent of cases with exposure: 79.5%

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Cases	70	67	75
Controls	102	98	110
Total	172	165	185

muestral para obtener una población con un total de 204 participantes de personal de salud del hospital Antonio Lorena; en la tabla tetracórica del antecedente utilizado tenemos lo siguiente con una población total de estudio de 905 participantes⁽⁹⁾

- **Muestreo**

El muestreo fue de tipo no probabilístico para la población de estudio, sin grupo control; fue por conveniencia ya que este grupo cumplió los criterios de inclusión para este estudio.

3.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos de datos

3.5.1 Técnicas

Se realizó entrevistas dirigidas a investigar los conocimientos de la población y variables del estudio, luego se realizó un listado, donde se consideró los datos relevantes del estudio.



3.5.2 Instrumentos

Encuesta validada: Se solicitó la aprobación del proyecto de tesis previo a la recolección de datos de la oficina de capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco, para acceder a dicho centro de salud y realizar las encuestas al personal de salud.

3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos

1. La encuesta empleada en el estudio fue validada por 5 expertos, médicos con especialidad en medicina familiar, salud pública y epidemiología los cuales mediante la escala de Likert validaron las encuestas.



Para cada pregunta se considera la escala del 1-5

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO	FEC HA
---------------------------	------------------------------	-------------------

Se proporciona a cada uno de los profesionales la matriz de consistencia junto con la ficha de recolección de datos del trabajo de investigación.



items	EXPERTOS					PROMEDIOS
	A	B	C	D	E	
1	5	4	5	5	5	4.80
2	4	5	4	5	5	4.60
3	5	4	5	5	4	4.60
4	5	4	5	5	5	4.80
5	5	5	4	5	5	4.80
6	5	4	5	5	5	4.80
7	5	4	4	5	4	4.40
8	5	4	5	5	5	4.80
9	5	4	4	5	5	4.60

2. Hallando los promedios se procedió a determinar la distancia del punto múltiple (Dpp), a través de la siguiente ecuación:

$$D_{pp} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (4 ó 5 en la presente investigación).

y = El promedio de cada ítem.

REEMPLAZANDO:

$$DPP =$$

$$\sqrt{(5 - 4.80)^2 + (5 - 4.60)^2 + (5 - 4.60)^2 + (5 - 4.80)^2 + (5 - 4.80)^2 + (5 - 4.80)^2 + (5 - 4.40)^2 + (5 - 4.80)^2 + (5 - 4.60)^2}$$

$$DPP = \sqrt{1.04}$$

$$DPP = 1.02$$

3. Luego se determina la distancia máxima (Dmáx) del valor obtenido respecto al punto de referencia Cero (0), con la siguiente ecuación:

$$D_{max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala, para cada ítem (en este caso el valor es = 1).



Reemplazando:

DPP_{max}

$$= \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

El valor de D (máximo), se divide entre el número mayor del parámetro: 12/5

D max. = 2.4

5. Con el valor obtenido (2,4), se construyó una nueva escala valorativa a partir de la escala de cero, hasta llegar al valor máximo 12, y se obtuvo lo siguiente:

Donde:

A= Adecuación total 0-2.4

B= Adecuación en gran medida 2.5-4.8

C= Adecuación promedio 4.9-7.2

D= Escasa adecuación 7.3-9.6

E= Inadecuación 9.7-12

6. Podremos afirmar la validez y confiabilidad si el punto DPP está entre las zonas A o B, si no es así tendremos que reestructurar o modificar el cuestionario.

Conclusión: Los resultados en este proyecto son válidos y confiables porque el valor de DPP es de 1.02 lo cual permitió su aplicación.

3.7. Plan de análisis de datos

Se realizó el análisis univariado de variables, donde se utilizó porcentajes y frecuencias de las variables cuantitativas, mediante la elaboración de una tabla, las cuales se halló medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) de cada variable, nivel de conocimiento, actitudes y prácticas preventivas, los cuales fueron obtenidos de los resultados de las encuestas realizadas.

Para la inferencia de la hipótesis se usó el método estadístico de chi cuadrado con un valor de $p < 0.05$ de significancia estadística, debido a que las tres



variables de estudio son de tipo cualitativo, también se usará la prueba “t” de Student para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos.

Para el análisis bivariado se realizó el coeficiente de correlación de Pearson que nos permitió medir la relación estadística de las tres variables del estudio.

Se determinó la asociación de la variable independiente nivel de conocimiento de la COVID-19 y la variable dependiente actitudes, también como variable independiente actitudes y la variable dependiente prácticas preventivas; además la variable independiente nivel de conocimientos y la variable dependiente prácticas preventivas, se empleó tablas tetracóricas (2x2) que se expresarán con OR con un IC95%, en los tres casos.



Capítulo IV: Resultados de la Investigación

4. Resumen de análisis descriptivo

Escala de esthanones:

Para la clasificación de los niveles de las variables: nivel de conocimientos, nivel de actitudes y nivel de prácticas preventivas se utilizó la escala de esthanones, hallando puntos de corte en cada variable, mediante el uso de la ecuación utilizando la media aritmética y desviación estándar de la siguiente manera: En el estudio se utilizó las medias aritméticas representados por una “x”, la desviación estándar estar por una “S” cuyos resultados se calcularon para hallar los puntos de corte con la siguiente ecuación: $a = x - 0.75(S)$ y $b = x + 0.75(S)$.

Para la variable nivel de conocimiento en el presente estudio, se aplicó la escala de esthanones para categorizar dicha variable de acuerdo a las preguntas realizadas mediante el cuestionario que se encuentran en el ítem “B”, que consta de 8 preguntas, donde cada pregunta correcta es puntuada con 2 puntos, obteniendo 0 como nota mínima y 16 como nota máxima; para hallar el punto de corte con la ecuación $a = x - 0.75(S)$ donde se reemplazó con “x” la media aritmética, siendo dicho valor igual a 8, después se sumó el producto de la desviación estándar 3.2 por 0.75 como coeficiente, se halló un valor de 8.44, determinando así el punto de corte como mayor igual a 8 de nivel alto y menor a 8 nivel bajo de conocimiento.

Para la variable nivel de actitudes también se aplicó la escala de esthanones para categorizar dicha variable de acuerdo a las preguntas realizadas mediante el cuestionario, que se encuentran en el ítem “C” que consta de 8 preguntas, donde cada pregunta correcta puntuada con 2 puntos; obteniendo 0 como nota mínima y 16 como nota máxima, donde se reemplazó con “x” la media aritmética, siendo dicho valor igual a 8, después se sumó el producto de la desviación estándar 3.2 por 0.75 como coeficiente, se halló un valor de 8.44, determinando así el punto de corte como mayor igual a 8 de nivel bueno y malo a 8 nivel bajo de actitudes.

Para el caso de la variable prácticas preventivas se tomó como media aritmética 10 por ser el puntaje máximo 20 en el ítem “D”, sumándole el producto de la desviación estándar por 0.75 de coeficiente, obteniendo un valor de 9.89, siendo el nivel eficaz de prácticas preventivas mayor a 10 y no eficaces menos a 10. ⁽²⁷⁾.



Tabla N° 1. Características sociodemográficas del personal de Salud del Hospital

Antonio Lorena del Cusco.

		n	%
Edad	menos de 30 años	64	31.4%
	de 30 a 40 años	69	33.8%
	más de 40 años	71	34.8%
Estado civil	Soltero (a)	79	38.7%
	Casado (a)	63	30.9%
	Conviviente (a)	25	12.3%
	Viudo (a)	8	3.9%
	Divorciado (a)	29	14.2%
Sexo	Femenino	131	64.2%
	Masculino	73	35.8%
Ocupación	Médico	44	21.7%
	Enfermera	58	28.6%
	Obstetra	32	15.8%
	Otros	69	34.0%
Área de trabajo	Cirugía	33	16.2%
	Ginecología-Obstetricia	44	21.6%
	Medicina interna	34	16.7%
	Pediatría	46	22.5%
	Emergencia	34	16.7%
	Unidad de Cuidados Intensivos	13	6.4%
Tiempo de trabajo	Menos de un año	89	43.6%
	Más de un año	115	56.4%
N		204	100%

En la tabla se puede observar una población cuya edad es más de 40 años en el 34.8%, con un estado civil soltero en el 38.7%, mayoritariamente de sexo femenino con 64.2%, con ocupación enfermeras en el 28.6%, que trabajan en el área de pediatría en el 22.5% y que tienen más de un año de trabajo en el 56,4%.

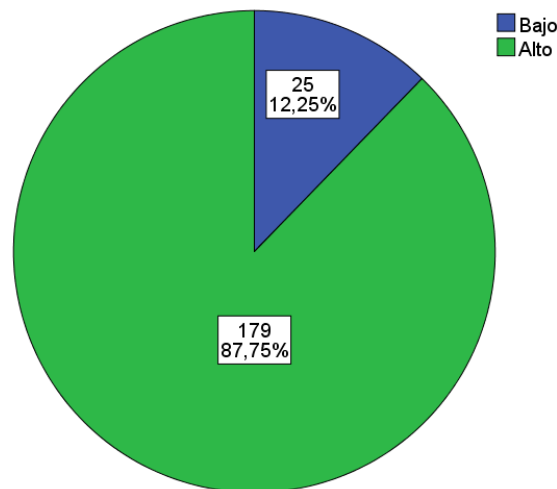


Tabla N° 2. Nivel de conocimientos (categórico) sobre la COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.

		n	%
Nivel de conocimientos (agrupado)	Bajo	25	12.3%
	Alto	179	87.7%

En la tabla se puede observar que el nivel de conocimiento categorizado en el personal de salud es alto en el 87.7% y con un 12.3% de nivel bajo.

Gráfico N° 1. Nivel de conocimientos (categórico) sobre la COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.



En el grafico se puede ver que 179 trabajadores del personal de salud del Hospital Antonio Lorena reportaron un nivel alto de conocimientos y 25 un nivel bajo de conocimientos.

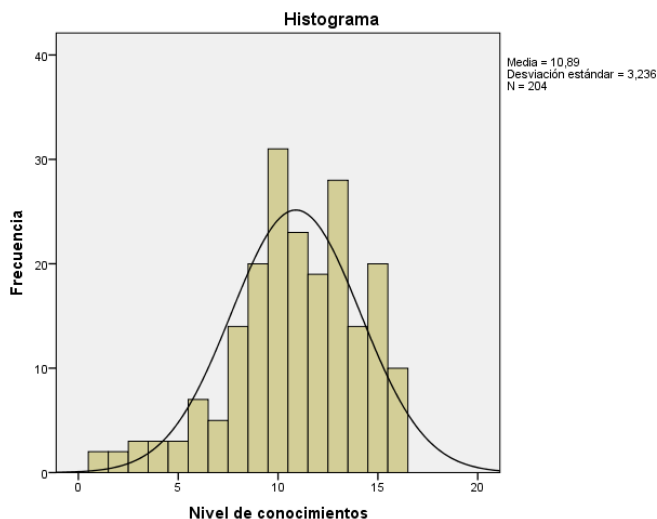


Tabla N° 3. Nivel de conocimientos (numérico) sobre la COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

N	Válido	204
	Perdidos	0
Media		10.89
Error estándar de la media		0.227
Mediana		11.00
Moda		10
Desviación estándar		3.236
Mínimo		1
Máximo		16
Percentiles	25	9.00
	50	11.00
	75	13.00

En la tabla se puede observar que, de un total de 204 trabajadores del personal de salud del Hospital Antonio Lorena, el nivel de conocimientos numérico tiene una media de 10.89 puntos, con una mediana de 11 puntos y una moda de 10 puntos. En el examen de conocimientos se pudo tener trabajadores con notas de 1 punto como nota mínima y trabajadores con 16 puntos como nota máxima. Hasta el percentil 25 la nota fue de 9 puntos, en el percentil 75 la nota de 13 puntos.

Gráfico N° 2. Nivel de conocimientos (numérico) sobre la COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.





En la gráfica se puede ver que la distribución numérica del nivel de conocimientos tiene una distribución normal con una media de 10.9 puntos, una desviación estándar de 3.236 puntos de un total de 204 trabajadores evaluados.

Tabla N° 4. Nivel de conocimientos por ocupación.

Nivel de conocimientos en médicos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<8Nivel bajo	1	2,3	2,3	2,3
	>=8Nivel alto	43	97,7	97,7	100,0
	Total (n)	44	100,0	100,0	
Nivel de conocimientos en enfermeras					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<8Nivel bajo	2	3,4	3,4	3,4
	>=8Nivel alto	56	96,6	96,6	100,0
	Total	58	100,0	100,0	
Nivel de conocimientos en Obstetras					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<8Nivel bajo	3	9,4	9,4	9,4
	>=8Nivel alto	29	90,6	90,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	
Nivel de conocimientos en otros (técnicos de enfermería, administrativos, químicos farmacéuticos, etc.)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<8Nivel bajo	3	9,4	9,4	9,4
	>=8Nivel alto	29	90,6	90,6	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

En la tabla se puede ver el nivel de conocimiento en relación a la ocupación siendo un nivel alto de conocimiento de 97.7% de los médicos, 96.6% de enfermeras, 90.6% de obstetras y 90.6% de otros (técnicos de enfermería, administrativos, químicos farmacéuticos, etc.)

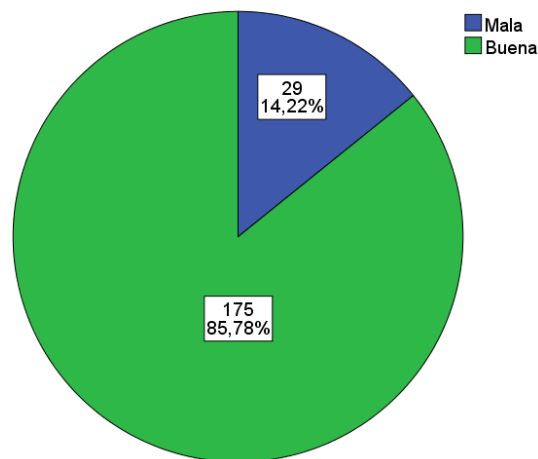


Tabla N° 5. **Grado de actitud (categórico) frente al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.**

		N	%
Actitud (agrupado)	Mala	29	14.2%
	Buena	175	85.8%

En la tabla se puede ver que la actitud frente al COVID-19 es buena en el 85,8% del personal de Salud del Hospital Antonio Lorena y es mala en el 14,2%.

Gráfico 1. Gráfico N° 3. Grado de actitud (categórico) frente al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.



En la gráfica se puede ver que la actitud categorizada frente al COVID-19 es buena en 175 trabajadores del personal de Salud del Hospital Antonio Lorena y 29 trabajadores tuvieron una actitud mala frente al COVID-19.



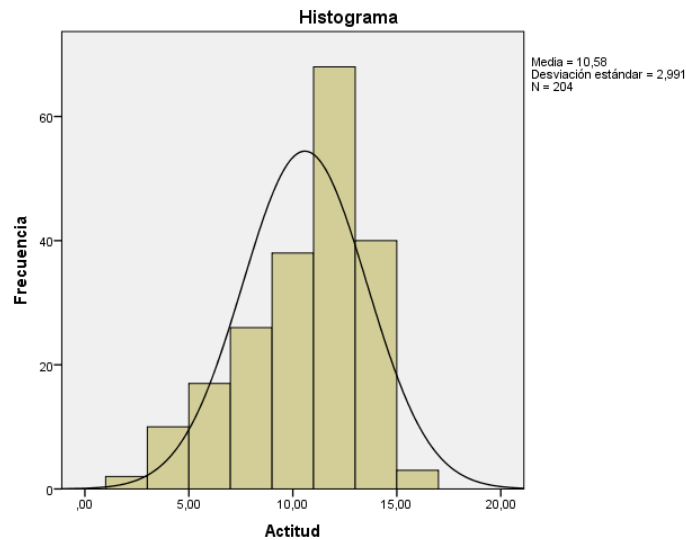
Tabla N° 6. **Grado de actitud (numérico) frente al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.**

N	Válido	204
	Perdidos	0
Media		10.5784
Error estándar de la media		.20939
Mediana		12.0000
Moda		12.00
Desviación estándar		2.99075
Mínimo		2.00
Máximo		16.00
Percentiles	25	8.0000
	50	12.0000
	75	12.0000

En la tabla se puede observar que de un total de 204 trabajadores del personal de salud del Hospital Antonio Lorena la actitud numéricamente frente al COVID-19 tiene una media de 10.57 puntos, con una mediana de 12 puntos y una moda de 12 puntos. De la evaluación de la actitud se obtuvo trabajadores con notas de 2 puntos como calificación mínima y trabajadores con 16 puntos como calificación máxima. Hasta el percentil 25 la nota es de 8 puntos, en el percentil 75 la nota es de 12 puntos.



Gráfico N° 4. **Grado de actitud (numérico) frente al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.**



En la gráfica se puede ver que la distribución numérica de la evaluación de la actitud numéricamente tiene una distribución normal con una media de 10.58 puntos, una desviación estándar de 2.991 puntos, sobre un total de 204 trabajadores evaluados.

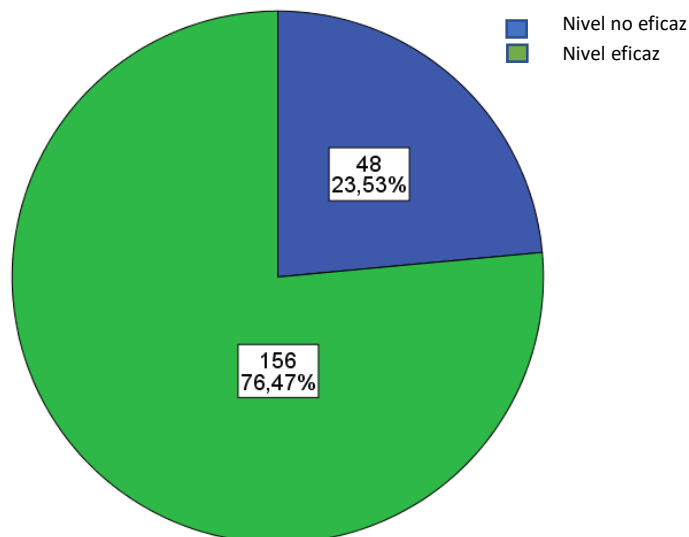
Tabla N° 7 **Nivel de prácticas (categórico) preventivas de COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.**

		N	%
Practicas preventivas de la COVID-19 (agrupado)	Nivel no eficaz	48	23,5%
	Nivel eficaz	156	76,5%

En la tabla se puede observar que las practicas preventivas sobre la COVID-19 en el personal de tiene un nivel eficaz en el 76.5% y un nivel no eficaz en el 23.5%.



Gráfico N° 5 Nivel de prácticas (categórico) preventivas de COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.



En la gráfica se puede ver que el nivel de prácticas preventivas frente al COVID-19 es eficaz en 156 trabajadores del personal de Salud del Hospital Antonio Lorena y 48 trabajadores tuvieron un nivel no eficaz de prácticas preventivas frente al COVID-19.

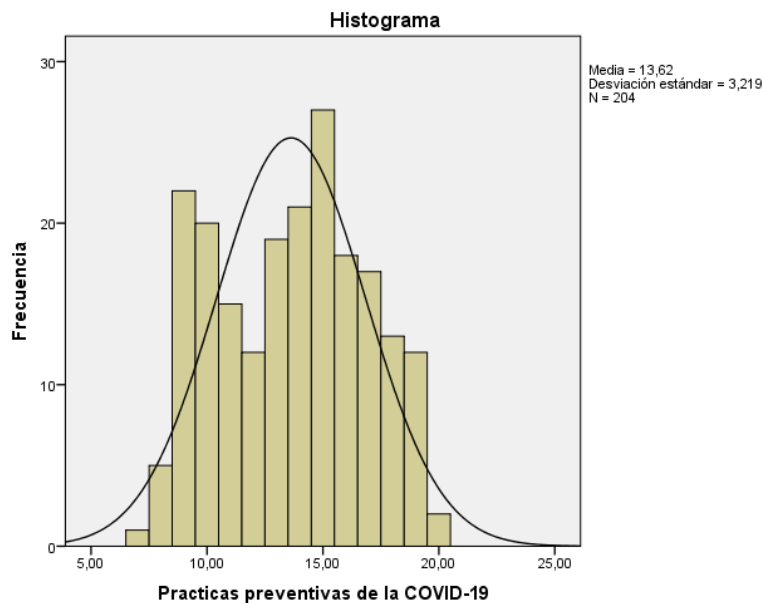
Tabla N° 8. Nivel de prácticas (numérico) preventivas de COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

N	Válido	204
	Perdidos	0
Media		13.6225
Error estándar de la media		.22540
Mediana		14.0000
Moda		15.00
Desviación estándar		3.21935
Mínimo		7.00
Máximo		20.00
Percentiles	25	11.0000
	50	14.0000
	75	16.0000



En la tabla se puede observar que de un total de 204 trabajadores del personal de salud del Hospital Antonio Lorena las prácticas preventivas frente al COVID-19 tiene una media de 13.62 puntos, con una mediana de 14 puntos y una moda de 15 puntos. De la evaluación de las prácticas preventivas se tuvo trabajadores con notas de 7 puntos como calificación mínima y trabajadores con 20 puntos como calificación máxima. Hasta el percentil 25 la nota es de 11 puntos, en el percentil 75 la nota es de 16 puntos.

Gráfico N° 6. Nivel de prácticas (numérico) preventivas de COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.



En la gráfica se puede ver que la distribución numérica del nivel de prácticas preventivas frente al COVID-19 tiene una distribución aparentemente normal con una media de 13.62 puntos, una desviación estándar de 3.219 puntos, sobre un total de 204 trabajadores evaluados.



Tabla N° 9. Asociación entre el nivel de conocimientos y el grado de actitud al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Conocimientos		Actitud		Chi ²	OR	IC 95%	P
		Mala	Buena				
Bajo	N	9	16	11.087	4.472	[1.747-11.445]	0.001
	%	36.0%	64.0%				
Alto	N	20	159				
	%	11.2%	88.8%				

En la tabla se puede observar que la asociación entre el nivel de conocimientos y el grado de actitud frente a la COVID-19, el bajo nivel de conocimientos tiene 36% mala actitud y el 64% buena actitud. El alto nivel de conocimientos tiene 11.2% de mala actitud y 88.8% de buena actitud. Existiendo una asociación altamente significativa con un valor p de 0.001. Con una probabilidad 4.4 veces que el bajo nivel de conocimientos condiciona una mala actitud frente al COVID-19 y que el alto nivel de conocimientos condiciona una buena actitud frente al COVID-19. Con un IC 95% [1.747-11.445] dado que el límite superior e inferior esta por encima de 1, se podría afirmar que existe asociación entre un alto nivel de conocimientos con una buena actitud.

Tabla N° 10. Asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Conocimientos		Prácticas		Chi ²	OR	IC 95%	P
		Eficaz	No eficaz				
Bajo	N	16	9	25.935	8,167	[3.315-20.121]	0,001
	%	64.0%	36.0%				
Alto	N	32	147				
	%	17.9%	82.1%				



En la tabla se puede observar que la asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas frente a la COVID-19, el bajo nivel de conocimientos tiene 64% de mala práctica y el 36% de buena práctica. El alto nivel de conocimientos tiene 17.9% de mala práctica y 82.1% de buena práctica. Existiendo una asociación altamente significativa con un valor p de 0.001. Con una probabilidad 8.1 veces que el bajo nivel de conocimientos condiciona una mala práctica frente al COVID-19 y que el alto nivel de conocimientos condiciona una buena práctica frente al COVID-19. Con un IC 95% [3.315-20.121] dado que el límite superior e inferior esta por encima de 1, se podría afirmar que existe asociación entre un alto nivel de conocimientos con una buena práctica.

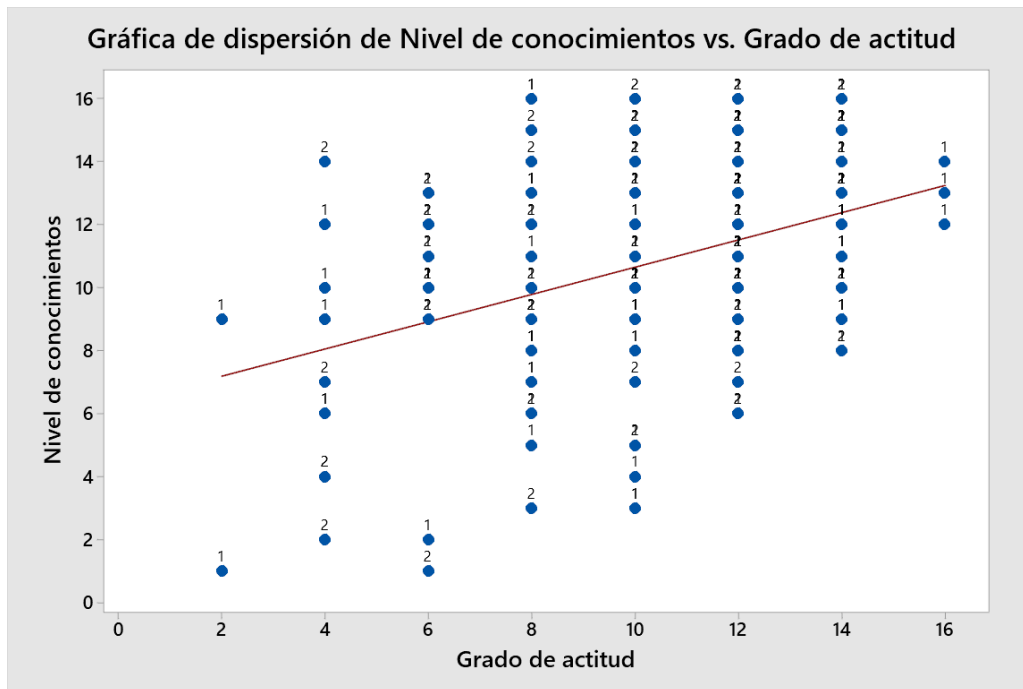
Tabla N° 11. Asociación entre el grado de actitud y el nivel de prácticas preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Actitudes		Practicas		Chi ²	OR	IC 95%	P
		Eficaz	No eficaz				
Mala	N	15	14	14.936	4,610	[2.029-10.478]	0.001
	%	51.7%	48.3%				
Buena	N	33	142				
	%	18.9%	81.1%				

En la tabla se puede observar que la asociación entre el grado de actitud y el nivel de prácticas frente a la COVID-19, la baja actitud tiene 51.7% de mala práctica y el 48.3% de buena práctica. El alto nivel de actitud tiene 18.9% de mala práctica y 81.1% de buena práctica. Existiendo una asociación altamente significativa con un valor p de 0.001. Con una probabilidad 4.6 veces que la baja actitud condiciona una mala práctica frente al COVID-19 y que la alta actitud condiciona una buena práctica frente al COVID-19. Con un IC 95% [2.029-10.478] dado que el límite superior e inferior esta por encima de 1, se podría afirmar que existe asociación entre un alto grado de actitud con una buena práctica.



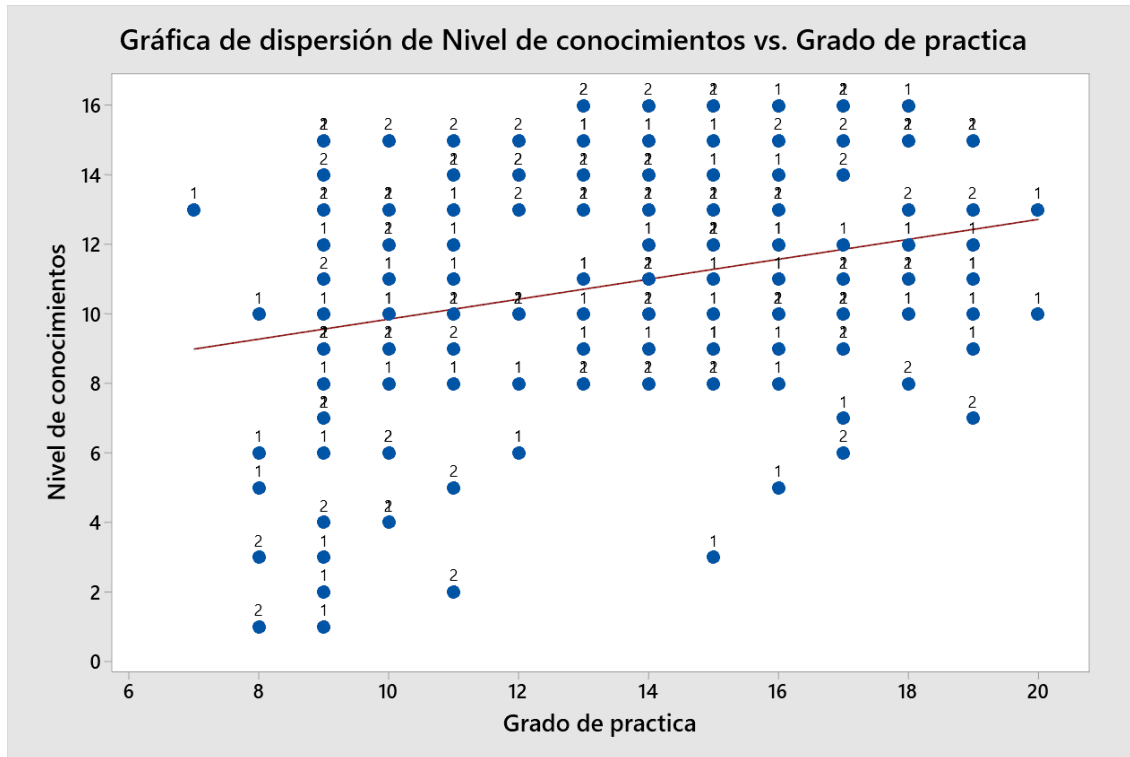
Gráfico N° 7. **Correlación entre el nivel de conocimientos y el grado de actitud al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022**



En la gráfica se puede observar una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a la COVID-19, es decir a buen nivel de conocimientos está relacionado a una buena actitud en el personal de salud del Hospital Antonio Lorena, existe una probabilidad de 16% de asociación directa.



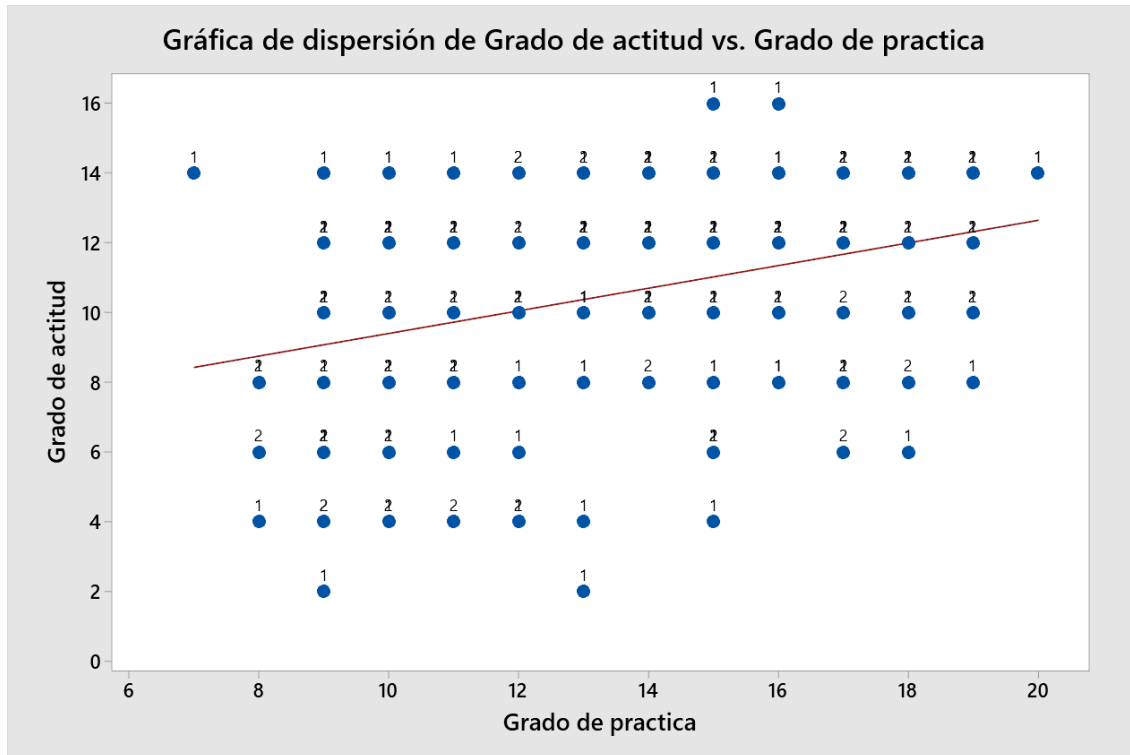
Gráfico N° 8. **Correlación entre el nivel de conocimientos y de prácticas preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.**



En la gráfica se puede observar una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas frente a la COVID-19, es decir a buen nivel de conocimientos está relacionado a una buena práctica preventiva en el personal de salud del Hospital Antonio Lorena, existe una probabilidad de 8% de asociación directa.



Gráfico N° 9. Correlación entre actitudes y de prácticas preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.



En la gráfica se puede observar una relación directamente proporcional entre la actitud y las prácticas preventivas frente a la COVID-19, es decir a buen nivel de actitud está relacionado a una buena práctica preventiva en el personal de salud del Hospital Antonio Lorena, existe una probabilidad de 12% de asociación directa.



Tabla 12. Resumen de las correlaciones entre conocimientos, actitudes y practicas preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

			Actitud
Conocimientos	Correlación de Pearson		0.399**
			Practicas
Conocimientos	Correlación de Pearson		.285**
			Actitud
Practicas	Correlación de Pearson		.349**

En la presente tabla se puede observar una relación moderada directamente proporcional entre el nivel de conocimientos y la actitud frente a la COVID-19, con un correlacional de Pearson de 0.399. Una relación moderada directamente proporcional entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas frente a la COVID-19, con un correlacional de Pearson de 0.285. Una relación moderada directamente proporcional entre la actitud y las prácticas frente a la COVID-19, con un correlacional de Pearson de 0.399.

Tabla N° 13. Sexo y tiempo de trabajo asociado al nivel de conocimientos preventivos al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

		Bajo		Alto		Chi ²	OR	IC 95%	P
		N	%	N	%				
Sexo	Femenino	13	52.0%	118	65.9%	1.850	0.560	[0.241-1.1302]	0.174
	Masculino	12	48.0%	61	34.1%				
Tiempo de trabajo	Menos de un año	11	44.0%	78	43.6%	0.002	1.017	[0.438-2.364]	0.968
	Más de un año	14	56.0%	101	56.4%				



En la tabla se puede observar que la asociación entre el sexo y el tiempo de trabajo con el nivel de conocimientos del COVID-19, el sexo femenino presenta 52% de bajo nivel de conocimientos y 65.9% de alto nivel de conocimientos; el sexo masculino presenta 48% de bajo nivel de conocimientos y 34.1% de alto nivel de conocimientos. No existiendo asociación entre el sexo y el nivel de conocimientos, con un valor p de 0.174. Con una probabilidad 0.5 veces que el sexo no condiciona el nivel de conocimientos del COVID-19. Con un IC 95% [0.241-1.130] dado que el límite superior e inferior está incluyendo al 1, por lo que se podría afirmar que no existe asociación entre el sexo y el nivel de conocimientos.

El tiempo de trabajo de menos de un año presenta 44% de bajo nivel de conocimientos y 43.6% de alto nivel de conocimientos; el tiempo de trabajo de más de un año presenta 56% de bajo nivel de conocimientos y 56.4% de alto nivel de conocimientos. No existiendo asociación entre el tiempo de trabajo y el nivel de conocimientos, con un valor p de 0.968. Con una probabilidad 1.01 veces que el tiempo de trabajo no condiciona el nivel de conocimientos sobre el COVID-19. Con un IC 95% [0.438-2.364] dado que el límite superior e inferior está incluyendo al 1, por lo que se podría afirmar que no existe asociación entre el sexo y el nivel de conocimientos.

Tabla N° 14. **Sexo y tiempo de trabajo asociado a las actitudes preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.**

		Malo		Bueno		Chi ²	OR	IC 95%	P
		N	%	N	%				
Sexo	Femenino	16	55.2%	115	65.7%	1.203	0.642	[0.290-1.423]	0.273
	Masculino	13	44.8%	60	34.3%				
Tiempo de trabajo	Menos de un año	12	41.4%	77	44.0%	0.069	0.898	[0.405-1.993]	0.792
	Más de un año	17	58.6%	98	56.0%				



En la tabla se puede observar que la asociación entre el sexo y el tiempo de trabajo con la actitud frente al COVID-19, el sexo femenino presenta 55.2% de baja actitud y 65.7% de alta actitud; el sexo masculino presenta 44.8% de mala actitud y 34.3% de buena actitud. No existiendo asociación entre el sexo y la actitud, con un valor p de 0.273. Con una probabilidad 0.6 veces que el sexo no condiciona la actitud frente al COVID-19. Con un IC 95% [0.290-1.423] dado que el límite superior e inferior está incluyendo al 1, por lo que se podría afirmar que no existe asociación entre el sexo y la actitud frente al COVID-19.

El tiempo de trabajo de menos de un año presenta 41.4% de mala actitud y 44% de buena actitud; el tiempo de trabajo de más de un año presenta 58.6% de mala actitud y 56% de buena actitud. No existiendo asociación entre el tiempo de trabajo y la actitud, con un valor p de 0.792. Con una probabilidad 0.89 veces que el tiempo de trabajo no condiciona la actitud frente al COVID-19. Con un IC 95% [0.405-1.993] dado que el límite superior e inferior está incluyendo al 1, por lo que se podría afirmar que no existe asociación entre el tiempo de trabajo y la actitud frente a la COVID-19.

Tabla N° 15. Sexo y tiempo de trabajo asociado las prácticas preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

		Eficaz		No eficaz		Chi ²	OR	IC 95%	P
		n	%	N	%				
Sexo	Femenino	27	56.3%	104	66.7%	1.733	0.643	[0.332-1.244]	0.188
	Masculino	21	43.8%	52	33.3%				
Tiempo de trabajo	Menos de un año	22	45.8%	67	42.9%	0.124	1.124	[0.587-2.154]	0.725
	Más de un año	26	54.2%	89	57.1%				

En la tabla se puede observar que la asociación entre el sexo y el tiempo de trabajo con las prácticas preventivas frente al COVID-19, el sexo femenino presenta 56.3% de práctica no eficaz y 65.7% de practica eficaz; el sexo masculino presenta 43.8% de práctica no eficaz y 33.3% de práctica eficaz. No existiendo asociación entre el sexo y las



prácticas preventivas, con un valor p de 0,188. Con una probabilidad 0.6 veces que el sexo no condiciona la práctica frente al COVID-19. Con un IC 95% [0.332-1.244] dado que el límite superior e inferior está incluyendo al 1, por lo que se podría afirmar que no existe asociación entre el sexo y la práctica preventiva frente al COVID-19.

El tiempo de trabajo de menos de un año presenta 45.8% de práctica eficaz y 42.9% de práctica no eficaz; el tiempo de trabajo de más de un año presenta 54.2% de práctica no eficaz y 57.1% de práctica eficaz. No existiendo asociación entre el tiempo de trabajo y la practica preventiva, con un valor p de 0.725. Con una probabilidad 1.1 veces que el tiempo de trabajo no condiciona la actitud frente al COVID-19. Con un IC 95% [0.587-2.154] dado que el límite superior e inferior está incluyendo al 1, por lo que se podría afirmar que no existe asociación entre el tiempo de trabajo y la actitud frente a la COVID-19.

Gráfico N° 10. **Resumen Sexo y tiempo de trabajo asociado a conocimientos, actitudes y prácticas preventivas al COVID-19 en el personal de Salud del Hospital Antonio Lorena del Cusco.**

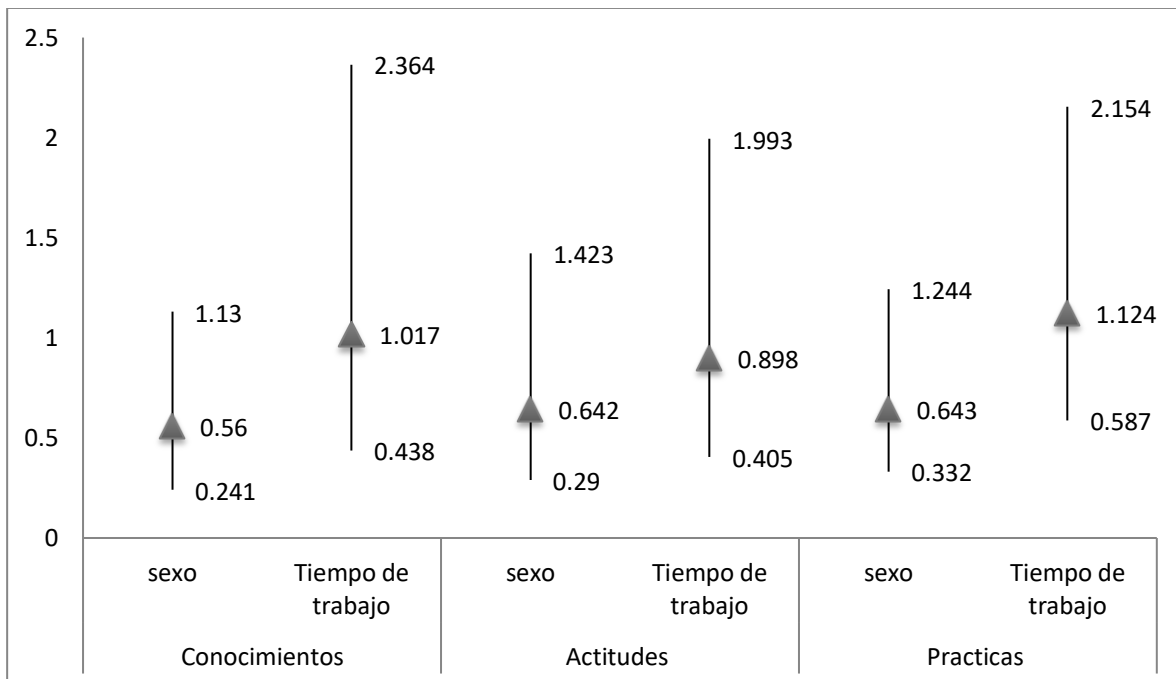




Tabla N° 16. Tabla resumen de resultados de Odds Ratio.

Conocimientos		Actitud		Chi ²	OR	IC 95%	P
		Mala	Buena				
Bajo	N	9	16	11.087	4.472	[1.747-11.445]	0.001
	%	36.0%	64.0%				
Alto	N	20	159				
	%	11.2%	88.8%				
Conocimientos		Practicas		Chi ²	OR	IC 95%	P
		Mala	Buena				
Bajo	N	16	9	25.935	8,167	[3.315-20.121]	0,001
	%	64.0%	36.0%				
Alto	N	32	147				
	%	17.9%	82.1%				
Actitudes		Practicas		Chi ²	OR	IC 95%	P
		Mala	Buena				
Bajo	N	15	14	14.936	4,610	[2.029-10.478]	0.001
	%	51.7%	48.3%				
Alto	N	33	142				
	%	18.9%	81.1%				



Capítulo V: Discusión

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

- De las variables de nivel de conocimiento y actitud en el personal de salud se asocian de manera significativa: con OR de 4.47 con IC 95% [1.75-11.45] donde implica que tener buen nivel de conocimiento implica tener una buena actitud.
- De las variables conocimientos y prácticas en el personal de salud se asocian entre sí de manera significativa: con OR 8.17 veces con un IC 95% [3.32-10.12] el cual implica que tener un nivel alto de conocimiento, implica una mayor probabilidad de tener un buen nivel de prácticas preventivas frente al COVID -19
- De las variables actitudes y prácticas en el personal de salud se asocian entre sí de manera significativa: con OR: 4.61 veces con un IC 95% [2.03-10.48] el cual nos afirma que tener una buena actitud implica mayor probabilidad de tener un nivel eficaz de prácticas preventivas.
- De las variables sexo donde se distribuyen femenino y masculino con el nivel de conocimiento podemos implicar que no hay asociación con un OR de 0.56 veces con IC 95% [0.24-1.13], el cual afirma que el sexo no influencia en el nivel de conocimiento.
- De las variables tiempo de trabajo donde se distribuyen en menos de un año y más de un año, con la variable nivel de conocimiento que hay una asociación con un OR de 1,02 veces con un IC 95% [0.44-2.36] el cual nos indica que a más años de trabajo hay un nivel de conocimiento de nivel alto.
- De las variables sexo al asociarla a las variables actitudes vemos que no hay una asociación evidente con un OR de 0.64 veces con un IC 95% [0.29-1.42] el cual nos indica que el sexo no implica tener una buena actitud.
- De las variables tiempo de trabajo con actitud, al asociarse entre ellas, vemos que no hay una asociación con un OR de 0.90 veces con un IC 95% [0.41-1.99] el cual nos indica que el tiempo de trabajo no tiene relación con una buena actitud
- De las variables sexo en la asociación con prácticas preventivas vemos que no hay una asociación con un OR de 0.64 veces con un IC 95% [0.33-1.24] en la cual implica que el sexo no tiene relación con las practicas preventivas.
- De las variables tiempo de trabajo al asociarse con prácticas preventivas vemos que si existe una asociación con un OR de 1.12 veces con un IC 95% [0,59-2.15]



en la cual nos indica que si hay una relación que a más tiempo de trabajo existen prácticas preventivas eficaces.

5.2. Limitaciones del estudio

- Algunos de los encuestados no recordaban ciertos datos por el estrés del trabajo que realizaban o las circunstancias previas a resolver el cuestionario.

5.3. Comparación crítica con la literatura existente

En la investigación se encontró con respecto a la variable nivel de conocimiento, un resultado de nivel alto en el 87.7% de la población, similares resultados obtuvieron Zafar (Pakistán 2020) se encontró que el conocimiento acerca de las medidas preventivas de COVID-19 en un 87.6% de 905 encuestados ⁽⁹⁾. También en el estudio que presento Chacón F. (Caracas, 2021) el conocimiento que tenían sobre mecanismos de transmisión era de 75.3% de 215 participantes ⁽¹⁰⁾ en comparación con el estudio es un porcentaje más bajo, la razón es que se hizo en pacientes y en el estudio en personal de salud, debido a la mayor capacitación de estos últimos. En el estudio de Delor (Paraguay 2021) se halló un 88.07% de los participantes con un nivel de conocimiento alto, estudio que realizo en 384 participantes ⁽¹¹⁾, resultando similar a nuestra realidad epidemiológica que se muestra en el estudio. Ruiz (Paraguay 2020) se encontró que el 95% de 133 médicos de población tuvieron un adecuado conocimiento ⁽¹⁴⁾, podemos afirmar que se contrastan las realidades epidemiológicas, a pesar de presentar una menor cantidad de población. El estudio de Ríos (Paraguay 2020) estudio que presentó un OR 1.55; IC 95%: [1.25-1.92] con la asociación de variables conocimiento y actitudes realizado en 3141 participantes ⁽¹³⁾, en referencia al estudio que hallo un OR de 4.47 con IC 95% [1.75-11.45], ambos resultados con significancia estadística. También en el estudio de Maldonado (Guatemala 2020) con 345 participantes el 79% respondieron a los conocimientos de percepción de riesgo de infección ⁽¹⁴⁾, porcentaje muy similar al estudio debido al tamaño muestral. El estudio de Vásquez G. (Cajamarca, Perú 2021) halló un resultado de 87.5% de encuestados con nivel alto de conocimiento en 106 encuestados ⁽¹⁵⁾, se explica que a nivel nacional presenta la misma realidad epidemiológica. En el estudio de La Calle A. (Huancayo 2020) en los resultados de 25 encuestados hay un 68% con un nivel de conocimiento por encima del promedio ⁽¹⁶⁾, un tanto bajo al estudio que se puede explicar por la cantidad de población del antecedente en comparación al estudio. También el estudio de Uribe (Arequipa 2020) en la relación de nivel de conocimientos y percepción encuentra un OR 15.5, IC 95% [1.48-20.7] con una relación significativa en 50 médicos



encuestados ⁽¹⁷⁾, caso similar al estudio al relacionar nivel de conocimiento y actitudes con un OR de 4.47 con IC 95% [1.75-11.45], se puede explicar por la relación sociodemográfica, aunque vemos una mayor significancia en el antecedente que puede estar explicada por el poco tamaño muestral.

Estos resultados se contrastan con la literatura con similitudes, lo cual puede explicar que el personal de salud del Hospital Lorena de la región Cusco que posee un nivel conocimiento alto, demostrando así la buena capacitación acerca del COVID-19.

En este estudio la variable actitud se halló un 85.8% con buena actitud, el cual al contraste con el estudio de Ríos (Paraguay 2020) refiere que 88.35% en 3141 encuestado no visitaron lugares concurridos al salir, considerándose así que poseen una buena actitud frente a la pandemia ⁽¹³⁾, similar valor al estudio. También en el estudio de Huachaca (Lima, Perú 2020) se relacionó el nivel de conocimiento con la actitud, obteniéndose como resultado una actitud positiva en un 69.33% de un total de 150 sujetos, al asociar las variables, halló un OR de 1.92 con un IC95% [1.36-2.71] habiendo una relación entre el nivel de conocimiento y la actitud ⁽¹⁷⁾, similar a la asociación del estudio, reforzando el aporte del antecedente en el estudio. En el estudio de Gutiérrez (Cusco 2021) obtiene una actitud positiva en el 45.18% de 85 participantes, en comparación al estudio que muestra mayor porcentaje de actitud explicado por la mayor cantidad de población del estudio; caso particular que en el estudio de Zafar (Pakistán 2020) se encontró un porcentaje de solo el 10.1 % de buena actitud ⁽⁹⁾, con un cálculo de actitud desfavorables en la población de encuestados con OR de 4.9 en la población no alfabetizada y 7.3 en la población con educación.

En base a estos resultados podemos decir que hay una similitud con la literatura en relación a la investigación con un alto porcentaje de buena actitud, y la relación que existe entre el nivel de conocimiento alto y la buena actitud, también la relación significativa hallada entre el nivel de conocimiento y las actitudes en la población del estudio comparándola frente a poblaciones nacionales e internacionales; en el caso en particular de Pakistan se pueden explicar esos resultados en base a las diferencias socioculturales con la población del estudio, debido a que el personal de salud se encuentra con mayor capacitación y pueden enfrentar con una mejor actitud ante la COVID-19, según la relación significativa del estudio entre las variables nivel de conocimiento y actitudes.



Con respecto a la variable nivel de prácticas preventivas, en el estudio de Chira (Piura, Perú 2020) se obtuvieron valores de 61.2% de buenas prácticas de bioseguridad de 67 encuestados de población ⁽¹⁹⁾, en comparación a el estudio que fueron de 76.47% con prácticas preventivas eficaces, la diferencia de cantidad de población, explica que en el estudio vendría a ser mucho mayor que en el antecedente mencionado; también en el estudio de Zafar (Pakistán 2020) el porcentaje de buenas prácticas es de 51.9% ⁽⁹⁾ siendo menor en comparación del estudio, del mismo estudio en la relación de nivel de prácticas en la población urbana y rural tiene como resultado un OR de 5.2 en comparación a la rural y los que tienen educación superior y graduados con OR de 2.0, ambos con resultados significativos, similares al estudio por la relación significativa en el nivel de conocimientos y prácticas del personal de salud.

La explicación que se puede dar a estos resultados, que la realidad nacional está muy acorde a la realidad epidemiológica del Cusco, pero si la comparamos con el entorno de Pakistán observamos una variación en el resultado porcentual, debido a que las distintas culturas y sociedades de cada país influyen en las actitudes de las mismas, aunque se observa una significancia al momento de la relación en la población con mayor nivel de conocimientos, requerirá hacer estudios en diferentes entornos culturales.

En relación a la asociación de nivel de conocimiento y prácticas en el estudio de Vásquez (Cajamarca, Perú 2021) que obtuvieron un resultado altamente significativo con $r=0.48$ ($p<0.001$) entre ambas variables en 106 participantes ⁽¹⁵⁾, contrastándose con el estudio, se encontró una relación significativa con un OR de 8.16 y un IC 95% [3.32-20.12], esto explica que ambas realidades se contrastan, pese a la diferencia de la cantidad de población, en el estudio de Zafar (Pakistán 2020) se observa que existe una relación significativa entre un adecuado conocimiento, buenas actitudes y prácticas buenas con un OR de 1.5 y 2.0 luego del ajuste de las covariables ⁽⁹⁾ en contraste con la investigación, según los resultados con una significancia alta de un buen nivel de conocimientos, buenas actitudes y nivel bueno de prácticas preventivas frente a la COVID-19. En el estudio de Chacón (Caracas 2021) el OR de 5.77; IC 95%: [1.72-19.30] de la relación de nivel de conocimiento y las practicas con una significancia alta ⁽¹⁰⁾, en contraste similar con el estudio, explicado a la similitud de la muestra y las realidades socioculturales.

Con relación a la variable sexo Zafar (Pakistán 2020) encontró 51.3% de participantes mujeres y 48.7% de participantes varones, con OR de 1 en nivel de conocimiento, OR 0.6



IC 95% [0.4-0.9] en actitudes y OR 0.9 [0.5-1.7] en prácticas preventivas, no encontrándose una asociación significativa en relación al sexo ⁽⁹⁾, resultado similar al estudio, no encontró asociación con ninguna de las variables de nivel de conocimiento, actitudes y prácticas, en relación al sexo de los encuestados, la razón de esto es que muy independientemente de sus características sexuales, no influyen en la capacitación, la actitud y por ende las prácticas en sujetos de estudio.

Respecto a la variable tiempo de trabajo, en el estudio (Zafar 2020) presenta un resultado con significancia estadística de OR 3.4 con IC 95% [1.9-5.9] en 905 encuestados en relación con el nivel de conocimiento ⁽⁹⁾, en contraste con el estudio que presento OR de 1.12 con IC 95% [0.59-2.15] que presenta significancia pero no tan marcada con la del antecedente, esto se puede explicar por la cantidad de muestra poblacional del antecedente, podemos afirmar que la relación podría aumentar si tenemos mayor tamaño muestral en un futuro estudio.

Podemos inferir que las variables tiempo de trabajo y nivel de prácticas preventivas es significativa en el estudio, se puede explicar que mientras más tiempo de trabajo en el hospital, el personal puede adquirir habilidades prácticas que van mejorando con el tiempo, y al momento de realizarlas puede desarrollarla con mejor respuesta que el personal que tiene menos tiempo de trabajo en el establecimiento de salud.



5.4. Implicancias del estudio

La presente investigación ha mostrado la implicancia a nivel del conocimiento, actitudes y prácticas preventivas en el personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco acerca del COVID -19, conocer la realidad en el que se encuentran y su asociación, podremos plantear diferentes estrategias de capacitación constantemente al personal de salud y realizar nuevamente estudios similares debido que la pandemia por COVID -19, no ha terminado por la aparición de nuevas variantes, es muy importante seguir con esta conducta para reducir la morbilidad y mortalidad en el personal de salud por COVID-19.



CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento, se obtuvo un 87.7% un nivel alto y un 12.3% nivel bajo en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del cusco.
- En la actitud del personal de salud del hospital Antonio Lorena el 85.8% tiene una buena actitud y el 14.2% una mala actitud.
- En el nivel de prácticas preventivas del personal del hospital Antonio Lorena del Cusco el 76.5% tiene un nivel eficaz, mientras que el 23.5% tiene un nivel no eficaz.
- Las variables que mostraron estar asociadas fueron nivel de conocimientos con actitudes, nivel de conocimiento con prácticas preventivas y actitudes con prácticas, demostrando así la asociación de las tres variables entre sí.



RECOMENDACIONES

- A la universidad Andina del Cusco e Instituto de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se recomienda el estudio de tipo analítico para estos factores, incluyendo otras provincias del Cusco y departamentos para tener un cuadro comparativo sobre nivel de conocimiento, actitudes y prácticas preventivas dentro del personal de salud referente al COVID-19, y de esta manera poder conocer el comportamiento en un tiempo de estudio determinado. También se sugiere continuar con este tipo de estudios asociativos, debido a la correlación de nivel de conocimiento, actitudes y practicas preventivas y su variabilidad en el tiempo en nuestra región, dado que el virus de la COVID-19 tiene muchas variantes que se han dado a conocer en los últimos casos registrados.
- Al Hospital Antonio Lorena del Cusco:
 - Se recomienda al área de gerencia realizar evaluaciones periódicas en el personal de salud acerca del conocimiento y las prácticas preventivas referidos a la COVID-19, teniendo la información situacional del personal de salud, y así poder capacitar de mejor manera en la parte de conocimiento o practicas preventivas que se requieran.
 - Poner hincapié en la realización de talleres de actualización de manera periódica sobre conocimientos y practicas preventivas del personal de salud acerca de la COVID – 19, impartidos por médicos especializados en el tema, de esta manera pudiendo cerrar las brechas existentes en conocimientos y prácticas preventivas.
 - Además, fomentar el uso de diferentes herramientas informativas en línea, como: Up to Date, PudMed, Scielo, Redalyc, The New England Journal of Medicine, entre otros, que contienen información actual y valida en referencia a la pandemia de COVID-19, reforzando así el conocimiento del personal de salud del hospital.
 - En lo que se refiere a las actitudes, es importante inculcar buenas actitudes en el personal de salud mediante actividades como: dinámicas grupales entre los trabajadores, actividades deportivas, dando apoyo psicológico al personal que lo requiera mejorando así, el clima laboral del hospital.
 - En lo concerniente a las actitudes de la población atendida en el hospital, realizar campañas periódicas, con temáticas dirigidas a mejorar las prácticas



de prevención frente a la COVID-19, concientizando tanto al personal de salud como a la población en general a continuar con los buenos hábitos de cuidado frente al COVID-19.

- En relación a las practicas preventivas, la colocación de carteles interactivos en cada grifo, para mejorar el lavado de manos, la correcta utilización de los equipos de protección en cada vestidor del personal de salud, dando así una ayuda visual para mejorar el los pasos de dichas prácticas.



ASPECTOS OPERATIVOS

A. CRONOGRAMA

MESES Y SEMANAS	2022																							
	1				2				3				4				5				6			
	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del Tema	█	█																						
Capítulo I: Planteamiento del problema			█																					
Formulación del problema			█	█																				
Objetivos				█	█																			
Justificación					█	█	█	█																
Capitulo II: Marco Teórico									█	█														
Hipótesis										█	█	█	█											
Operacionalización de Variables														█	█									
Diseño de metodología														█	█									
Análisis de la información																	█	█	█	█	█	█	█	█
Cronograma	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Referencias Bibliográficas					█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Recolección de datos																	█	█	█	█	█	█	█	█
Procesamiento de datos																		█	█	█	█	█	█	█



B. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El proyecto es financiado y presupuestado por el mismo estudiante que realiza el proyecto de tesis

Concepto	Precio unitario	Cantidad	Precio total
Material de procesamiento de datos (programas)	S/. 30.00	2	S/. 60.00
Material de oficina	S/.10.00	10	S/.100.00
Papelería	S/.40.00	2	S/.80.00
Impresiones	S/.50.00	3	S/.150.00
Movilidad local	S/.50.00		S/.50.00
Pago de servicio profesional	S/.500		S/.500.00
Fotocopias, anillados y empastados	S/.100.00		S/.100.00
Internet y fluido eléctrico	S/.200	4	S/.800.00
Precio general total			S/. 1840.00



C. MATRIZ DE CONSITENCIA				
Titulo	Variable	Problema	Objetivos	Hipótesis
Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas de la COVID-19 en personal de salud del hospital Antonio Lorena - Cusco, 2022.	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente. Nivel de conocimiento. • Dependiente. Nivel de prácticas preventivas Actitud. • Intervinientes. Edad. Sexo. Ocupación. Área de trabajo. Estado civil. 	1. ¿Cuál es la asociación de nivel de conocimiento, actitudes y prácticas preventivas de COVID-19 en personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022?	<p>Objetivo General: Determinar la relación de nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas preventivas de la COVID-19 en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.</p> <p>1.4.2. Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el nivel de conocimiento general sobre la COVID-19 en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022. 2. Determinar el nivel de actitud frente al COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022. 3. Determinar el nivel de prácticas preventivas de COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022. 	<p>Hipótesis general: Existe una asociación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas preventivas del COVID-19 en el personal de Salud del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022.</p> <p>Hipótesis específicas: •El nivel de conocimiento es alto de COVID-19 en el personal de salud del hospital Antonio Lorena, 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nivel de actitud es bueno en el personal de la COVID-19 de salud del hospital Antonio Lorena, 2022. • El nivel de prácticas preventivas es eficaz frente de la COVID-19 del personal de salud del hospital Antonio Lorena, 2022.



D. MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS		
Nro. de Item.	Preguntas.	Datos obtenidos.
A1	¿En qué rango se encuentra la edad del personal de salud encuestado?	<20. 20-40. >40.
A2	¿Cuál es el estado civil del personal de salud encuestado?	Soltero(a). Casado(a). Conviviente. Viudo(a). Divorciado(a).
A3	¿Cuál es el género del paciente?	Femenino / Masculino.
A4	¿Cuál es la ocupación del profesional encuestado?	Médico. Enfermera. Obstetra. Otros.
A5	¿Cuál es el área en donde labora el personal de salud encuestado?	Ginecología – Obstetricia. Medicina Interna. Pediatría – neonatología. Cirugía. Emergencias. Unidad de Cuidados Intesivos
A6	¿Cuál es el rango de años en el que labora en su área de trabajo?	<1 año. >1año.



B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7 y B8 (pregunta correcta=2 puntos, incorrecta =0 puntos)	¿Cuál es el nivel de conocimiento general del personal de salud sobre la infección por el SARS Cov-2?	1=nivel bajo. (≥ 8) 2=nivel alto. (< 8)
C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 y C8 (pregunta correcta=2 puntos, incorrecta =0 puntos)	¿Cuál es la actitud del personal de salud sobre la infección por el SARS Cov-2?	1=mala. (≥ 8) 2=Buena. (< 8)
D1, D2 y D3 (Pregunta D1 con 11 ítems, paso correcto=1 punto; D2 con 5 ítems, paso correcto=1 punto; D3 con 4 ítems, paso correcto=1 punto; puntaje total 20 puntos)	¿Cuál es el nivel de manejo preventivo del personal de salud sobre COVID 19?	1=nivel bajo. (≥ 10) 2=nivel alto. (< 10)



E. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). COVID-19 Dashboard. [Internet]. 2022 [citado el 24 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
2. MINSA. Sala Situacional COVID -19 Perú. [Internet]. 2022 [citado el 15 de agosto del 2022]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
3. Colegio Médico del Perú. MÉDICOS FALLECIDOS POR COVID-19 EN IBEROAMÉRICA. [Internet]. 2021 [citado el 14 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/medicos-fallecidos-por-covid-19-en-iberoamerica/>.
4. Murray RP. Microbiología Médica. In Elsevier , editor. Microbiología Médica. Maryland: Elsevier; 2021. p. 409.
5. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional virtual de COVID-19 en trabajadores del sector salud. [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/dashpersonalsalud/#grafico19>.
6. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional virtual de COVID-19 en trabajadores del sector salud. [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/dashpersonalsalud/#grafico14>.
7. Gerencia Regional de Salud Cusco. SALA SITUACIONAL COVID - 19 REGIÓN CUSCO. [Internet]. 2022 [citado el 2 de octubre del 2022]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/salacovid19/salacovid19-CUSCO.pdf>.
8. Universidad de Navarra. El código de Nuremberg. [Internet]. 2013 [citado el 16 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.conicyt.cl/fonis/files/2013/03/El-C%C3%B3digo-de-Nuremberg.pdf>.
9. Fatmi Z, Mahmood S, Qazi I, Siddiqui M. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 among Pakistani residents: information access and low literacy vulnerabilities. East Mediterr Health. Diciembre 2020; 26(12).
10. Chacón F, Doval J, Rodríguez V, Quintero A, Mendoza D, Mejía M, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 among patients at Hospital Universitario de Caracas triage ten: A cross-sectional study. Biomédica. Mayo 2021; 41(48).
11. Real Delor RE, Dávalos Ortiz JC, Molinas Gómez SK. Conocimientos, percepción de riesgo y prácticas del personal de salud acerca de la enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). Marzo 2021; 54(2).
12. Ruiz J, León X, Campos A, Solís A, Pérez B, Uscanga L, et al. Conocimiento sobre la infección por SARS-CoV-2 de Gastroenterólogos y Endoscopistas de Latino América. Revista de Gastroenterología de México. Septiembre 2020; 85(3).
13. C R.A2, 10(2).. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 en paraguayos en periodo de brote: una encuesta rápida en línea. Salud pública de Paraguay. Agosto 2020; 10(2).



- 14 Maldonado H, Melgar M, Sandoval N. Conocimiento y prácticas relacionadas con control y prevención de COVID-19 en trabajadores de la salud. *Ciencia, Tecnología y Salud*. Julio 2020; 7(3).
- 15 Vasquez G. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas ante COVID-19 del personal de obra de saneamiento en la. *Repositorio de la Universidad César Vallejo*. Mayo 2021; 22(1).
- 16 De La Calle A, Tello R, Villegas T, Suasnabar E. Conocimientos y prácticas del uso de equipos de protección personal en el contexto covid 19 en el personal de salud del servicio de UCI del Hospital El Carmen Huancayo 2020. *Visionarios en ciencia y tecnología*. Marzo 2021; VI(9).
- 17 Huachaca R. *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma*. [Internet]. 2020 [citado el 16 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4058>.
- 18 Uribe J. *Resgistro nacional de trabajos de investigación*. [Internet]. 2021 [citado el 16 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2862881>.
- 19 Chira I. *Repositorio de la Universidad César Vallejo*. [Internet]. 2020 [citado el 16 de agosto del 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62733/Merino_CIN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 20 Guitiérrez M. *Respositorio de la UNSAAC*. [Internet]. 2021 [citado el 17 de agosto del 2022]. Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5824/253T20210140_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 21 Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Pub Med*. Febrero 2020; 395(10223).
- 22 Fehr A, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods, Mol, Biol*. Primera ed. Jane H, Bickerton E, Britton P, editors. Hatfield: Series Jhon M. Walker; 2015.
- 23 Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *The Ner England Journal of Medicine*. Febrero 2020 Febrero; 385(1177).
- 24 Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. *Clinical Immunology*. 2020 Junio; CCXV(108427).
- 25 Organización Panamericana de la Salud/OMS. Prevención y control de Infección de COVID 19. [Internet]. 2021 [citado el 16 de agosto del 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/arg/dmdocuments/2019-ncov-1/presentaciones/COVID-19-PAHO-Stempliuk-Prevencion-control-infecciones_2020-04-16.pdf.
- 26 Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud. [Internet]. 2016 [citado el 15 de agosto del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3554.pdf>.



- 27 Ministerio de Salud de China. Manual de Prevención y Tratamiento de COVID - 19. [Internet]. 2020 . [citado el 17 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.mfa.gov.cn/ce/cepe/esp/sghd/P020200331264861016485.pdf>.
- 28 Berman L, Down J, Hill C. Tacit Knowledge as a Source of Competitive Advantage in the National Basketball Association. Academy of Management Journal. Febrero 2002; 45(1).
- 29 Neill D, Cortez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica. Primera ed. Lozano K, editor. Ecuador: UTMACH; 2018.
- 30 DeCS/MsSH. DeCS/MeSH descriptor en Ciencias de la Salud. [Internet]. 2022 [citado el 21 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>.
- 31 Maldonado H, Melgar M, Sandoval N. Conocimiento y prácticas relacionadas con control y prevención de COVID-19 en trabajadores de la salud. Ciencia, Tecnología y Salud. Agosto 2020; 7(3).
- 32 Rios C. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 en paraguayos en periodo de brote: una encuesta rápida en línea. Salud pública de Paraguay. Agosto 2020; 10(2).



F. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



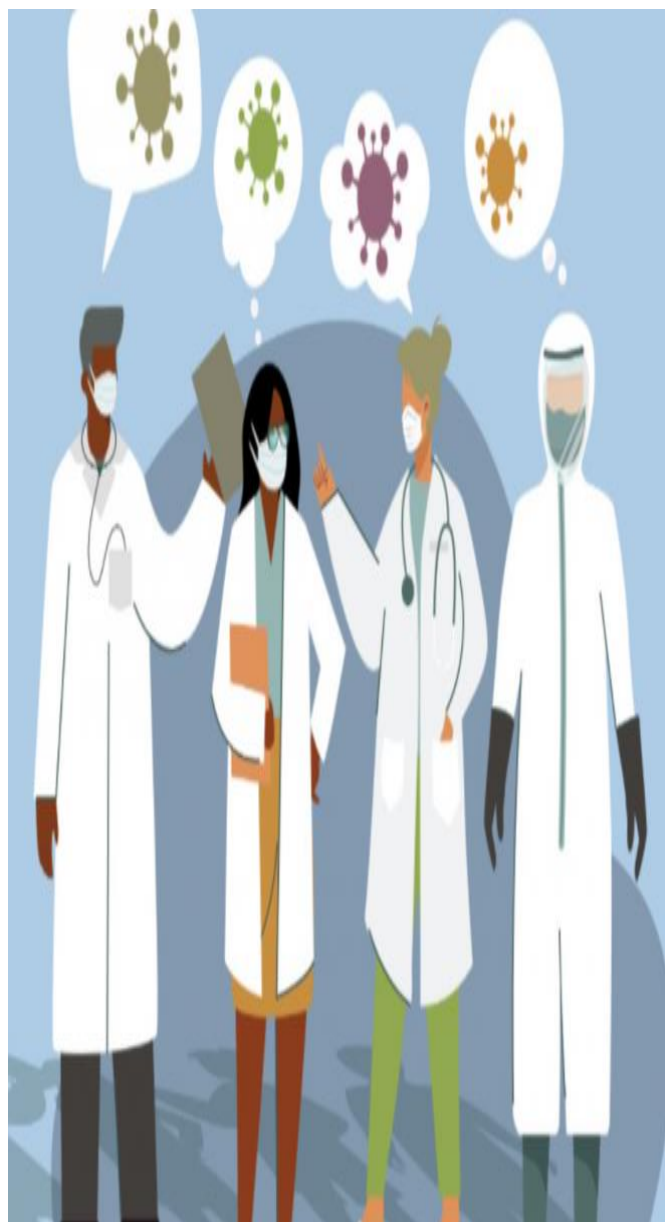
CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y MANEJO PREVENTIVO DE SARS COV 2 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA -CUSCO, OCTUBRE 2022.

Previamente antes de empezar lee lo siguiente: Este cuestionario es parte de un estudio sobre el nivel de conocimientos, nivel actitudes y manejo preventivo, como se relacionan entre sí en el personal de salud. Esta encuesta es realizada por un alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Andina del Cusco.

NO coloque su nombre en la encuesta, Sus respuestas serán reservadas. Nadie tendrá conocimiento de que respondiste en el cuestionario. Las preguntas de conocimientos de COVID-19 se utilizarán para evaluar el nivel de conocimiento, lo mismo en el caso de las actitudes y en el manejo preventivo se le pedirá que realice ciertas prácticas que son sencillas y no te tomaran mucho tiempo en realizarlas. La información no se utilizará para averiguar ninguna identidad, ni las revelará en ningún momento.

Gracias por responder con veracidad a las preguntas de acuerdo a sus conocimientos y prácticas, tómese su tiempo para responder.

Este cuestionario no es una evaluación. NO HAY RESPUESTA CORRECTAS O INCORRECTAS. Marque lo más parecido a su respuesta, si no encuentra la respuesta adecuada con una (x) o completa según sea la pregunta.



Espero que le parezca interesantes este cuestionario. Si tiene dudas, por favor dígame, no dude en realizarla

Nombre del investigador: Gianncarlo Mora Pérez.



Fecha: / /

Código:

A) Datos generales.

A1. Edad:

A2. Estado Civil:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| a) Soltero. | d) Viudo(a). |
| b) Casado. | e) Divorciado(a). |
| c) Conviviente. | |

A3. Sexo (Masculino) (Femenino).

A4. Ocupación:

- | | |
|---------------|--------------|
| a) Médico. | c) Obstetra. |
| b) Enfermera. | d) Otros. |

A5. ¿Cuál es el área del hospital labora?

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| a) Cirugía. | d) Pediatría. |
| b) Ginecología-Obstetricia. | e) Emergencia |
| c) Medicina Interna. | f) Unidad de Cuidados Intensivos |

A6. Años de labor en su área:

- a) Menos de un año.
- b) Más de un año.

B) EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS GENERAL SOBRE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2:

B1. ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes por infección de SARS-CoV-2? (selecciona 3 respuestas).

- | | |
|----------------------|--------------------|
| a) Fiebre. | g) Dolor faríngeo. |
| b) Congestión nasal. | h) Diarrea. |
| c) Tos. | i) Cefalea. |
| d) Conjuntivitis. | j) No sé. |
| e) Expectorcación. | |



B2. De las siguientes características, ¿Cuáles confieren mayor riesgo de presentar enfermedad severa por SARS-CoV-2 (seleccione 3 respuestas)?

- a) Obesidad.
- b) Tabaquismo.
- c) EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
- d) Hipertensión arterial sistémica.
- e) Diabetes.
- f) Edad mayor a 65 años.
- g) No sé.

B3. ¿Cuáles son las rutas de transmisión conocidas para infección por SARS-CoV-2? (seleccione 3 respuestas).

- a) Gotas respiratorias.
- b) Contacto.
- c) Parenteral (vía endovenosa e intramuscular).
- d) Vía aérea.
- e) Vectores.
- f) No sé.

B4. ¿En qué muestras biológicas se ha encontrado el SARS-CoV-2? (seleccione 3 respuestas).

- a) Sangre.
- b) Heces.
- c) Secreción respiratoria.
- d) Todas las anteriores.
- e) No sé.

B5. El periodo de incubación es de:

- a) 2 a 14 días.
- b) 2 a 10 días.
- c) 7 a 15 días.
- d) No sé.

B6. Actualmente, ¿Cuál es el método de diagnóstico principal utilizado en nuestro país?

- a) PR IgM/IgG (prueba rápida).
- b) RT-PCR (prueba molecular).
- c) Prueba Antigénica.
- d) No sé.

B7.- Según los protocolos nacionales, ¿A quiénes se les considera como contacto estrecho?

- a) Estar a una distancia de 2 metros o menos de una persona con sospecha o confirmación de COVID- 19.
- b) Estar a una distancia de 1 metros o menos de una persona con sospecha o confirmación de COVID- 19.



B8. ¿Cuáles son los procedimientos generadores de aerosoles?

- a) Intubación, Cirugías laparoscópicas y Nebulizaciones.
- b) Suturar, asepsia y antisepsia.
- c) Canalización, colocación de sonda vesical y tacto vaginal.

C) EVALUACIÓN DE ACTITUDES.

C1. ¿Me lavo las manos regularmente por un periodo de tiempo apropiado según la norma técnica del MINSA?

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Casi siempre.
- d) Siempre.

C2. Marque usted la letra que considera correcta según el orden de: ¿Cuáles considero que son los momentos del lavado de manos según la norma técnica del MINSA?

- 1) Antes de Tocar al Paciente.
 - 2) Después de entrar en contacto con fluidos corporales del paciente.
 - 3) Antes de realizar un procedimiento.
 - 4) Después de tocar al paciente.
 - 5) Después de entrar en contacto con el entorno del paciente.
- a) 1,2,3,4 y 5
 - b) 1,3,2,4 y 5
 - c) 2,1,4,5 y 3

C3. ¿Qué tiempo dado por la OMS para un correcto lavado de manos, utilizo?:

- a) 10 segundos.
- b) 40 segundos.
- c) 60 segundos.

C4. ¿Cada cuánto tiempo cambia usted el mandilón para uso en el área de trabajo?

- a) Diario.
- b) Una vez por semana.
- c) Una vez por mes.
- d) No lo cambio.

C5. ¿Con qué frecuencia cambio de mascarilla (quirúrgica/ N95) para protegerme de la infección SARS COV - 2 en mi área de trabajo?

- a) Diario.
- b) 7 días.
- c) 14 días.



C6. ¿Cuál de los siguientes procedimientos, considero el uso “protector facial” ?:

- a) Intubación.
- b) Curación de heridas abiertas.
- c) En sala de Operaciones.
- d) En todo momento.
- e) No uso en ningún momento.

C7. Cree usted, ¿Qué es importante una constante capacitación acerca de la infección de COVID 19?

- a) Sí.
- b) No.

C8. Usted considera, ¿Qué cumple con todos los protocolos de bioseguridad contra el COVID-19 al estar realizando su labor en el hospital?

- a) Sí.
- b) No.

D) EVALUACIÓN DE PRACTICAS PREVENTIVAS (para el encuestador).

D1. Marque usted con una (x) los pasos que siguen al lavarse las manos el personal de salud evaluado.


0		1		2	
	Mójese las manos con agua;		Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;		Frótese las palmas de las manos entre sí;
3		4		5	
	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;		Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;		Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;
6		7		8	
	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;		Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;		Enjuáguese las manos con agua;
9		10		11	
			la toalla para cerrar el grifo;		Sus manos son seguras.

Pasos	Si (1)	No (0)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
Total		




D2. Marque usted con una (X) cuales son los procedimientos que realizo el personal de salud al colocarse los EEP.

PASO 1




- Identifique peligros y gestione riesgos. Busque el EPP necesario.
- Vea dónde se pondrá y quitará el EPP.
- Pida ayuda a un amigo o póngase delante de un espejo.
- Descarte todo el EPP en un cubo de basura adecuado.

PASO 2




Póngase la bata.

PASO 3




Póngase la mascarilla quirúrgica o respirador.*

PASO 4



Póngase la protección ocular (gafas protectoras) o facial (protector facial).†

PASO 5



Póngase los guantes (Incluso sobre la muñeca).

Pasos	Sí (1)	No (0)
1		
2		
3		
4		
5		
Total		

D3. Marque usted con un aspa cuales son los procedimientos que realizo el personal de salud para retirarse los EEP.

1



.....



Higiene de manos

2



.....



Higiene de manos

3



.....



Higiene de manos

4



.....



Higiene de manos

Advertencias:

- ⚠ Dentro de la habitación
- ⚠ Fuera de la habitación

Pasos	Sí (1)	No (0)
1		
2		
3		
4		
Total		

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!



ANEXOS

ANEXO N 1 ESCALA DE LIKERT

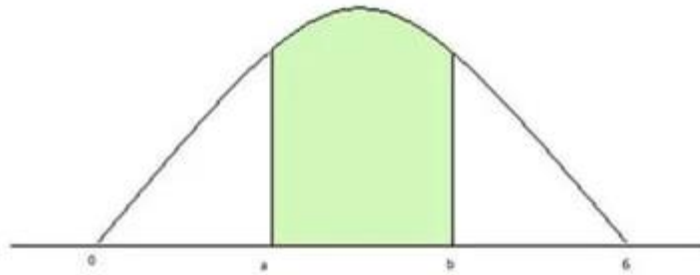
VALORES DE LA ESCALA DE LIKERT				
TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE O NEUTRO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
①	②	③	④	⑤

Se pide a los participantes que muestren su nivel de acuerdo (desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo) con la declaración (elementos) dada en una escala métrica. Aquí todas las declaraciones en combinación revelan la dimensión específica de la actitud hacia el tema, por lo tanto, necesariamente interrelacionadas entre sí.



ANEXO N 2: Medición de variables conocimiento mediante la Escala de Estanones

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N}}$$



Se debe tener en cuenta que la formula usada para la hallar la desviación estándar en el estudio, fue del tipo de población representado por la letra “N” debido a que se considera la población en general que es de 204 participantes, se reemplazó las variables en el estudio como: a=0 y b=16 y como media aritmética= 8 para hallar el corte de nivel alto y nivel bajo para las variables nivel de conocimiento y actitudes; para la variable practicas preventivas a=0 y b=20, promedio aritmético =10 para hallar el corte de nivel eficaz y no eficaz.



ANEXO 4: Validación de expertos

HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y MANEJO
PREVENTIVO DE SARS COV 2 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO
LORENA -CUSCO, OCTUBRE 2022"

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

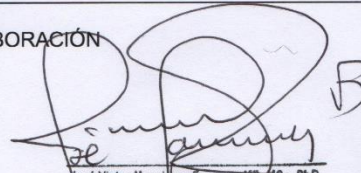

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Gianncarlo Mora Perez.


José Victor Manchego Enriquez M.D. M.Sc. Ph.D.
MÉDICO DE LA FAMILIA Y DE LA COMUNIDAD
MEDICINA COMPLEMENTARIA
CMP 36594 | RNE 24854 | RNA 104




HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y MANEJO
PREVENTIVO DE SARS COV 2 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO
LORENA -CUSCO, OCTUBRE 2022"

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Se Recomendaria Revisar el método de
Valores de Instrumento Para el diseño de
Estudio

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Gianncarlo Mora Perez.


EsSalud
Franklin Miranda Solís
MÉDICO CIRUJANO
CNP 50895 RNE A01259
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA
RED ASISTENCIAL - CUSCO



HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y MANEJO
PREVENTIVO DE SARS COV 2 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO
LORENA -CUSCO, OCTUBRE 2022"

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

a)



8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Evaluar según protocolo el uso y retiro
de EPPs

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Gianncarlo Mora Perez.

Constantino Alex Quiro De La Vega
Medico Familiar y Comunitario
Módulo Auditor - Pucallpa
CAMP. 02190 - T. 31776
HMAH 024694



HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
“CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y MANEJO
PREVENTIVO DE SARS COV 2 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO
LORENA -CUSCO, OCTUBRE 2022”

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Gianncarlo Mora Perez.


Dra. Evelyn Valencia Becerra
ESPECIALISTA EN
PSICOLOGÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA
C.O. 28373 RNE 28553



HOJA DE PREGUNTAS PARA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y MANEJO
PREVENTIVO DE SARS COV 2 EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANTONIO
LORENA -CUSCO, OCTUBRE 2022"

1.- ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quién se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Ninguno.

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Gianncarlo Mora Perez.

Karin A. Vigo Lanza
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
C.M.P. 49578 R.N.E. 037737