

Conocimientos, actitudes y prácticas de la población avileña hacia la COVID-19 en tres etapas.

Autores: MSc Mayra Cristina Quiñones Rodríguez,¹ Ronny Cubas Reyes², MSc Emilio Manuel Delgado Martínez,³ Dianelys Rodríguez Fong,⁴ Roiner Carlos Albornos Reyes.⁵

1 MSc en APS, Especialista de segundo grado de MGI, Profesor auxiliar, Investigador agregado.

2 Estudiante de la licenciatura en Contabilidad y finanzas, técnico medio en ciencias informáticas. Universidad "Máximo Gómez Báez. Ciego de Ávila.

3 MSc en Longevidad satisfactoria, Especialista de primer grado en administración de salud y segundo grado en Ortopedia y Traumatología, Profesor Consultante. Hospital Provincial "Antonio Luaces Iraola".

4 Estudiante de 4to año de medicina. UCM Ciego de Ávila.

5. Estudiante de 4to año de medicina. UCM Ciego de Ávila.

Autor para la correspondencia: mayra2015@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La provincia Ciego de Ávila junto al resto del país enfrenta la pandemia de la covid-19.

Objetivo: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población avileña hacia a la COVID-19 en las tres etapas.

Métodos: Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal, municipio Ciego de Ávila en tres etapas, marzo y septiembre de 2020 y mayo de 2021. El universo fue de 120835 personas de 20 años y más. La muestra seleccionada por muestreo no probabilístico para cada etapa fue de 100 personas. Para determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la COVID-19, se diseñó un cuestionario. Se operacionalizaron variables socio demográficas y de CAP. Se consideraron conocimientos actitudes y prácticas con respuestas adecuadas cuando alcanzan entre el 70% a 100% y como no adecuadas (menos del 70%). Se utilizó el método porcentual para el análisis de las variables.

Resultados: Predominó en los encuestados ser residentes del municipio ciego de Ávila, género femenino, escolaridad secundaria. Un ínfimo número en la primera etapa y tercera etapa viajó al extranjero. La prevención recae en la salud pública en la primera

etapa y para la segunda y tercera en el gobierno. La principal fuente de obtención de información fue la televisión. Los conocimientos y las actitudes mejoran en relación a la primera etapa, no así las prácticas que de manera general se evalúan de no adecuadas en la población encuestada.

Conclusiones: Persisten brechas entre el conocer, actuar y el hacer en la población avileña.

Palabras clave: COVID-19; CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA, CAP.



Introducción:

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China, reportaron un conglomerado de 27 casos de síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida, entre personas vinculadas a un mercado de productos marinos, de los cuales siete fueron reportados como graves. El cuadro clínico de los casos se presentaba con fiebre, algunos pacientes presentaban disnea y cambios neumónicos en las radiografías del tórax.

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron que un nuevo coronavirus (2019-nCoV) fue identificado como la posible etiología. Otras pruebas descartaron SARS-CoV, MERS-CoV, Influenza, Influenza Aviar, Adenovirus y otras infecciones respiratorias virales o bacterianas comunes. Rápidamente se reportaron casos en otros países de Asia y de manera progresiva en otras regiones del mundo.

La rápida expansión de la enfermedad hizo que la Organización Mundial de la Salud, el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que podría traer el virus la reconoce como una pandemia el 11 de marzo. Esta pandemia está evolucionando de forma rápida, de tal manera que cada día surgen nuevos datos sobre el número de enfermos y casos letales.

1, 2, 3,4

Se recordará el año 2020 y 2021 como aquel, en que el tiempo casi se detiene, producto de una pandemia global que ha puesto en jaque los sistemas de salud, las economías y la movilidad de las poblaciones, por solo citar los ejemplos más visibles de un impacto sin precedentes en las últimas décadas.

La ciencia, compulsada por la magnitud y transmisibilidad del virus SARSCoV-2 y la enfermedad que provoca -COVID-19- inició una carrera contra el tiempo en busca de protocolos de atención eficientes, una vacuna que frene definitivamente el contagio y respuestas diversas ante un enorme cúmulo de interrogantes que han ido apareciendo cada día.

Si bien la posibilidad de contagio de la COVID-19, en términos médicos generales, es la misma para todos los seres humanos, la pandemia ha demostrado que no todas las personas son afectadas por ella de la misma manera. La percepción del riesgo, el cumplimiento de las medidas higiénicas sanitarias y otras condicionantes marcan el ritmo y los resultados del enfrentamiento a la enfermedad. Entre ellas, destacan diferenciales

que tienen que ver con la edad y el sexo –quizás los más evidentes-; pero también la movilidad de las poblaciones y su morbilidad, las condiciones de sus viviendas, las dinámicas familiares, el desempeño laboral, los roles y estereotipos de género, las tareas de cuidado, los hábitos y comportamientos de vida y consumo, entre otros, que también marcan la propagación de la COVID-19.^{5, 6}

El desconocimiento acerca de la enfermedad y su comportamiento en la población hizo necesario diseñar una investigación de conocimientos, actitudes y prácticas en las tres etapas, en la medida que los salubristas y clínicos describían el comportamiento de la COVID-19, a su vez, el CAP contribuía con la toma de decisiones y acciones decisivas a través de estrategias de intervención integradas para la reducción de la incidencia de la enfermedad y su letalidad.

Problema científico: ¿cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de la población avileña hacia la COVID- 19 en las tres etapas?

Diseño metodológico:

Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal, municipio Ciego de Ávila en tres etapas del 20 al 30 de marzo, del 15 al 25 de septiembre de 2020 y del 1 al 30 de mayo de 2021. El universo de estudio lo constituyó la población mayor de 20 años del municipio Ciego de Ávila con 120835. La muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico se conformó por 300 personas, seleccionada por criterios de los autores (100 en cada etapa).

Criterios de inclusión:

Tener la voluntariedad de participar en la investigación, mayores de 20 años.

Criterios de exclusión:

Presentar alguna discapacidad mental que le impida responder al cuestionario.

Para determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la COVID-19, se diseñó un cuestionario, que se aplicó por los autores de la investigación. Se utilizaron en éste cuestionario variables socio demográficas (datos generales: pregunta 1, 2, 3, 4,), como, municipio de residencia, género, nivel de escolaridad, viaje al extranjero, vía de información. Las variables de conocimientos específicos sobre la COVID-19 se evaluaron a través de preguntas acerca de si conocían que era la COVID-19, si creían que era una enfermedad respiratoria, si habían enfermado por catarro en el último mes, el encuestado o algún miembro de la familia, si considera la COVID 19 un problema de salud para el encuestado y su familia, si conocían quien debe prevenir la COVID-19,

cómo podían enfermarse, que malestares o síntomas puede producir y cuál es el examen que se deben realizar para saber si han enfermado. Los conocimientos fueron evaluados en adecuados (70 % a 100%), no adecuados (menos del 70%). Para evaluar las actitudes se consideró de acuerdo como actitud adecuada con un porcentaje de 70 % a 100%, en desacuerdo como no adecuada cuando no alcanza el 70% y ni de acuerdo ni en desacuerdo como neutra. Estas variables correspondieron con el ítem II y las preguntas 10, 11,12. Las prácticas (preguntas de la 13 a la 23) se consideran respuestas siempre como adecuadas (alcanzan entre el 70% a 100%) y las casi siempre, nunca o nunca como no adecuadas (menos del 70%). Por último se calculó el porcentaje para cada variable en las tres etapas.

Procedimientos éticos:

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos, del mismo modo se aplicarán las pautas personalistas del respeto a la dignidad humana.

Para la realización de la investigación el cuestionario fue validado por tres psicólogos del departamento de promoción de salud y tres especialistas de MGI (anexo 3) y antes de aplicarlo se realizó una prueba piloto al 2 % de una población no incluida en el estudio. Se utilizaron métodos teóricos para los fundamentos de la investigación revisando lo que hasta el momento se ha publicado de esta nueva enfermedad. El procesamiento de los datos se realizó con el programa SPSS versión 17.0. Para medir las variables objeto de estudio, se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas para cada variable. Los resultados se presentaron en textos, cuadros de distribución de frecuencia y gráficos.

Resultados.

Los aspectos indagados se centraron en tópicos que acercan a la representación social que tiene la población avileña acerca de la enfermedad Covid-19, a partir de sus conocimientos actitudes y prácticas para las tres etapas en las que han estado inmersa.

Los perfiles demográficos demuestran (tabla 1), que los mayores porcentajes de los encuestados en las tres etapas pertenecen al municipio Ciego de Ávila (82%, 99%,80%), al género femenino con un 66%, 61%,y 64% y a la escolaridad secundaria con 34%, 30,% y 31% respectivamente, además se tuvo en cuenta dentro de las variables demográficas el haber realizado viaje al , por la importancia que reviste para la transmisión de ésta enfermedad, siendo los resultados los siguientes en la primera etapa un 17% refirió haber viajado por compras, en la segunda etapa no viajó ninguno

de los encuestados(0%) y en tercera etapa el 21% refirió haber salido de Cuba por compras y visitar familiares .

En relación a la prevención de la covid-19 (tabla 2) el imaginario avileño no responde de igual manera en las diferentes etapas. En la primera etapa el 100% respondió que le corresponde a la salud pública prevenir la COVID 19, seguido de las personas con un 92%, la comunidad (84%), el gobierno (83%), familia (76%). En la segunda y tercera etapa reconoce al gobierno como el principal actor para la prevención con un 99% y 97%, seguido de las personas con un 93% y 96%, la familia 89% y 91% y la comunidad 83% y 89% y solo el 55% en la segunda menciona a la salud pública, frecuencia relativa que mejora para la tercera etapa con 76%.

La televisión fue la forma de obtener información acerca de la COVID-19 en las tres etapas, con un 100% (tabla 3), seguido de la radio, EBS otros como la internet.

Al comparar los porcentos se observa que existe un incremento de los conocimientos (gráfico 1) en relación a la primera etapa que era de un 87%, con 91% en la segunda y un 94% en la tercera.

Las actitudes (gráfico 2) en la primera etapa son consideradas como no adecuadas ya que de forma general solo alcanzan el 66% al ser evaluadas, ya en la segunda y tercera etapa se consideran adecuadas con un 79,8% y un 70,3%. Llama la atención que en la en la tercera etapa, este porcentaje disminuye y aunque logra estar por encima del estándar que es el 70 % todavía persisten personas con una actitud negativas, relacionadas con el uso del nasobuco, distanciamiento social, y no acudir al primer nivel de atención ante síntomas de la enfermedad.

En relación a las prácticas (gráfico 3) son evaluadas de no adecuadas en las tres etapas, con una tendencia descendentes (81,1%, 41% 33%).

Discusión.

Las necesidades y motivaciones de cada uno de los individuos desempeñan un papel relevante en la determinación de la salud ⁶, por eso el comportamiento individual juega un papel importante en aumentar o disminuir la transmisión de enfermedades infecciosas dentro de las cuales recientemente se ha incorporado la covid-19.

El comportamiento de las personas lo conforman sus conocimientos, actitudes, personalidad, sentimientos, necesidades, prácticas y motivaciones ⁷. Varias son las investigaciones en curso para encontrar una vacuna que permita combatir esta pandemia y sobre cómo prevenirla, también son innumerables las investigaciones de

modelos matemáticos, geográficos ^{8,9,10,11} que vienen explicando la enfermedad su morbilidad, letalidad y su vulnerabilidad tanto espacial como personal, pero son pocos los estudios que abarquen parte de la población para lograr identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones sobre esta enfermedad y cómo enfrentarla desde el imaginario social.

Para poder hacer una buena aproximación a la dinámica de contagio del virus no basta con el análisis por modelos epidemiológicos convencionales¹². La dinámica de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus, es un tema complejo que requiere entender más sobre el comportamiento de las personas, su economía, accesibilidad a las canastas, medicamentos, sus perfiles demográficos; como lugar de residencia en un área, la movilidad, edad, género, aspectos educacionales, culturales que pueden hacer que se cumplan orientaciones de la salud pública como quedarse en casa, distanciamiento social, uso del nasobuco, lavado de las manos con agua y jabón y desinfección con hipoclorito de sodio al 0,1% así como desinfección de superficies con hipoclorito al 0,5%, entre otras.

Sin embargo hay limitantes en cuanto a las acciones, cuando se reduce la movilidad, ciertamente el pico de la curva puede disminuir como se ha evidenciado en la población avileña en los diferentes momentos de la epidemia, pero si no se tienen en cuenta las actitudes y las prácticas de las personas, aún con un nivel de conocimiento adecuado, pudieran llevar a un aumento de la transmisión, aspectos estos antes mencionados que pudieran explicar el incremento de la morbilidad y letalidad en la segunda y tercera etapa, en la población avileña.

Es opinión de los autores, que la limitación de esta investigación, es la no adecuada comparación e interrelación con otros estudios de éste tipo, sobre un tema tan actual debido a que aunque en la literatura revisada existen estudios CAP responden a encuestas que valoran otros ítems. En relación a los perfiles demográficos, solo se encontró una investigación en el continente asiático (Malasia) que si hubo coincidencia en que sus encuestados eran mayoritariamente del género femenino aunque ellos reportan cifras superiores (57,9%).¹³

Otras encuestas realizadas en América Central por Population Council en Mayo del 2020, publica los resultados de la realizada a 140 informantes claves de población indígena de Guatemala, donde existe coincidencia en los conocimientos adecuados sobre la enfermedad y sus principales síntomas, no así con el resto de los resultados ya que los ítems de las encuestas son diferentes.¹⁴

Otros estudios publicados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el mes de junio en Paraguay ¹⁵, donde realizan una encuesta CAP de comportamiento en familias paraguayas sobre la COVID-19 aunque su muestra difiere de la de éste estudio, si se evidencian en sus resultados un porcentaje similar a los de ésta investigación, en los conocimientos acerca de la manera de contagiarse y las acciones para la prevención de la enfermedad.

Investigación realizada en julio del 2020 por la Populación Council reporta a partir de una encuesta CAP relacionada con la pandemia Covid-19 en población de Yucatán y Chiapas en México ¹⁶, porcentajes menores a los de éste estudio, al identificar un menor conocimiento e intención de uso del cubre bocas, así como de mantener el distanciamiento social, en comparación con otras medidas de prevención entre la población encuestada.

Al evaluar los resultados de ésta investigación en relación a las actitudes y prácticas de los avileños, se pudiera plantear que la adopción exitosa de comportamientos preventivos para controlar la propagación de enfermedades depende en gran medida de la susceptibilidad percibida que es a su vez, un componente principal de la percepción de riesgo, que se refiere a cómo los individuos califican su probabilidad de contraer una enfermedad específica en este caso la Covid-19, sin embargo no se puede obviar que las personas cuando no disponen de los recursos básicos para la subsistencia y estos a su vez son escasos, independientemente del conocimiento adquirido, saldrán y enfrentan filas, aún en detrimento de su salud.

Las actitudes y las prácticas pueden también ser modificadas hacia lo positivo en la medida que el nivel de conocimiento por la información mejora, cuando la información se recibe por la población es significativa e importante, para la persona y su entorno social y se observa a otros llevando a cabo ese cambio, estos se realizan de manera adecuadas, ya que puede interpretarse como positivos; sin embargo los 15 meses de evolución de la enfermedad ha provocado una fatiga pandémica, lo que trae como respuesta una resistencia hacia conductas como quedarse en casa, distanciarse, uso del nasobuco, lavado de las manos y limpieza de superficies, además se añade para esta tercera etapa se incorpora la vacunación y para el imaginario es la forma más efectiva frenar la epidemia.

Conclusiones:

Predomino en los encuestados ser residentes del municipio ciego de Ávila, género femenino, escolaridad secundaria y no haber realizado viajes a otro municipio de la provincia. Un ínfimo número en la primera etapa y tercera etapa viajó al extranjero. La prevención recae en la salud pública en la primera etapa y para la segunda y tercera en el gobierno. La principal fuente de obtención de información fue la televisión.

Los conocimientos y las actitudes mejoran en relación a la primera etapa, no así las prácticas que de manera general se evalúan de no adecuadas en la población encuestada.

Los resultados demuestran que persisten brechas entre el conocer, actuar y el hacer en las tres etapas de la Covid -19 en la población avileña.

Referencias Bibliográficas:

1. Pérez Abreu MR, Gómez Tejeda JJ, Diéguez Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [citado 25 abril 2020]; 19 (2): e3254. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>
2. Serra Valdés MA. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [citado 24 abril 2020]; 19 (1): 1-5. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3171>
3. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. [Internet]. 2020 [citado 24 abril 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
4. Palacios Cruz M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Rev Clin Esp [Internet]. 2020 [citado 29 abril 2020]; 220:149-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
5. Parte de cierre del día 30 de septiembre de 2020 a las 12 de la noche [Internet]. MINSAP. 2020 [Citado 1 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.salud.msp.gob.cu>
6. Gómez - Tejeda JJ, Diéguez - Guach RA, Pérez - Abreu MR, Tamayo Velázquez O, Iparraguirre - Tamayo AE. Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio..16 de Abril [Internet]. 2020 [fecha de



- citación]; 59 (277): e925. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/925.
7. WHO Regional Office For Europe. COVID-19 Snapshot MOonitoring (COSMO Standard): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak - WHO standard protocol. Psych Archives. 2020. <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.2782>
 8. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet Infection Disease [Internet]. 2020; March 30. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)
 9. Anastassopoulou C, Russo L, Tsakris A, Siettos C. Data-based analysis, modelling and forecasting of the COVID-19 outbreak. PLoS ONE. 2020;15(3):121
 10. Buzai GD. De Wuhan a Luján. Evolución espacial del COVID-19. Posición. 2020 [acceso 12/06/2020];(3). Disponible en: https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/rediunlu/683/Buzai_Gustavo_COVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Pérez Rodríguez N, et al. Distribución de la población vulnerable a la enfermedad COVID-19 en La Habana, Cuba. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2020;57:e371
 12. Rodríguez-Morales A. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Travel Medicine and Infectious Disease [Internet]. 2020 [citado 26 marzo 2020]; 30 (40): [about 2 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
 13. Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas hacia el COVID-19, en la población de Malasia. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://uanalisis.uide.edu.ec/conocimientos-actitudes-y-practicas-de-la-poblacion-hacia-covid-19-un-estudio-transversal-en-malasia/&ved=2ahUKEwj-hJuL9ILsAhWyzVvKkHVAcDNsQFjADegQIAxAB&usq=AOvVaw1Qh3BQczt5_dzv3HECWqCg
 14. Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas del COVID-19, informantes claves en 10 municipios con población indígena de Guatemala. Population Council. Mayo 2020. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.popcouncil>

[org/uploads/pdfs/2020PGY_CovidGuatemalaKAPStudyPresentation_ES.pdf&ved=2ahUKEwj30e_09oLsAhWCwVkkHUUndDyoQFjAEegQIBxAC&usg=AOvVaw3668buG8WodCGHpZuIwLBU](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.unicef.org/paraguay/media/5431/file/Informe%2520del%2520Estudio%2520de%2520percepci%25C3%25B3n%2520sobre%2520COVID-19%2520en%2520Paraguay.pdf&ved=2ahUKEwj30e_09oLsAhWCwVkkHUUndDyoQFjAEegQIBxAC&usg=AOvVaw3668buG8WodCGHpZuIwLBU)

15. Conocimientos, actitudes y prácticas de comportamiento de familias paraguayas sobre la COVID-19: resultados de la encuesta. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.unicef.org/paraguay/media/5431/file/Informe%2520del%2520Estudio%2520de%2520percepci%25C3%25B3n%2520sobre%2520COVID-19%2520en%2520Paraguay.pdf&ved=2ahUKEwj30e_09oLsAhWCwVkkHUUndDyoQFjAEegQIBxAC&usg=AOvVaw3668buG8WodCGHpZuIwLBU

16. Conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas con la pandemia del covid en México. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020PGY_CovidMexicoKAPStudyReport_ES.pdf&ved=2ahUKEwi8lfy89oLsAhWSo1kKHxzUB9MQFjADegQIBRAL&usg=AOvVaw2wS4ZdI8JICPowgJziEFad

Anexo: tablas y gráficos.

Título: Conocimientos actitudes y prácticas de la población Avileña hacia la COVID-19, en tres etapas 2020/2021.

Tabla 1: Distribución de los encuestados según perfiles demográficos.

Municipios	Primera etapa		Segunda etapa		Tercera etapa	
	No	%	No	%	No	%
C de Ávila	82	82	99	99	80	80
Otros	18	18	1	1	20	20
Genero						
Masculino	34	34	39	39	36	36
Femenino	66	66	61	61	64	64
Escolaridad						
Analfabeto	-	-	2	2	1	1
Primaria	10	10	14	14	17	17
Secundaria	34	34	30	30	31	31



preuniversitario	29	29	26	26	29	29
Universitario	27	27	28	28	22	22
Viaje al extranjero						
Si	17	17	-	-	21	21
No	83	83	100	100	79	79

N: 100

Tabla 2: Prevención de la COVID-19

Prevención de la COVID-19	Primera etapa		Segunda etapa		Tercera etapa	
	no	%	no	%	no	%
Personas	91	91	93	93	96	96
Familia	63	63	89	89	91	91
Comunidad	85	85	83	83	89	89
Gobierno	67	67	99	99	97	97
Salud Pública	100	100	55	55	76	76

N: 100

Tabla 3: Medios por los que obtiene información acerca de la COVID-19

Medios por los que obtiene información	Primera etapa		Segunda etapa		Tercera etapa	
	no	%	no	%	no	%
TV	100	100	100	100	100	100
Radio	73	73	75	75	81	81
EBS	86	86	43	43	77	77
Otros	45	45	27	27	81	81

N: 100

Tabla 4: Distribución de los encuestados según conocimientos acerca de la COVID-19.

Conocimientos acerca de la COVID-19	Primera etapa		Segunda etapa		Tercera etapa	
	No	%	No	%	No	%
Adecuados	13	13	91	91	94	94
No adecuados	87	87	9	9	6	6
Total	100	100	100	100	100	100

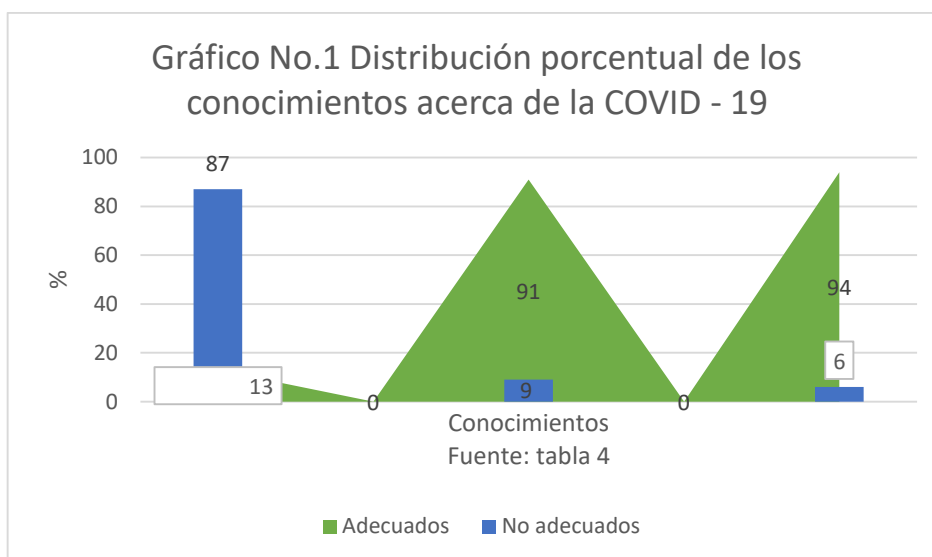


Tabla 5: Porcentaje de respuestas evaluando actitudes

Actitudes	Primera etapa	Segunda etapa	Tercera etapa
	%	%	%
Adecuadas	24	79,8	70,3
No adecuadas	66	20,2	29,7

N: 100

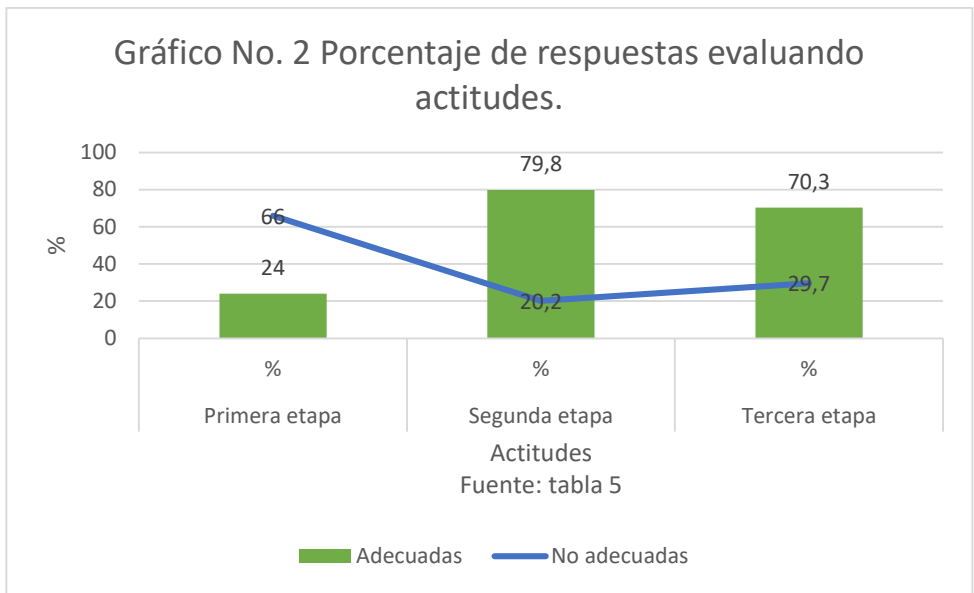


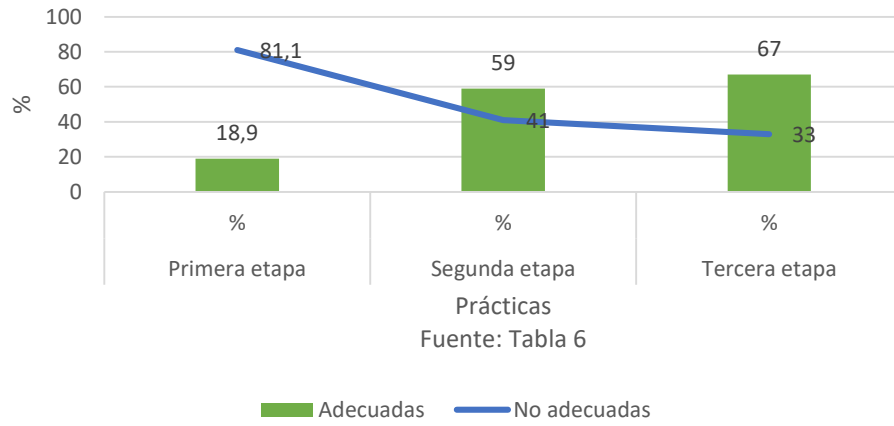
Tabla 6: Porcentaje de respuesta evaluando prácticas de los encuestados en relación a la Covid_19

Prácticas	Primera etapa	Segunda etapa	Tercera etapa
	%	%	%
Adecuadas	18,9	59	67
No adecuadas	81,1	41	33

N: 100



Gráfico No.3 Porcentaje de respuesta evaluando prácticas



Fuente: Tabla 6