

**República Dominicana**  
**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA- UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Medicina Familiar y Comunitaria**

**Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022.**

**Sustentantes**

<b>Dra. Sindy Dahiana Villanueva Castro</b>	<b>22-0893</b>
<b>Dra. Naira Mariel Severino Green</b>	<b>19-1089</b>

**Asesora**

**Dra. Matilde Peguero Payano**

**Santo Domingo, Distrito Nacional**

**2022**

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

## Resumen

**Introducción:** La teoría CAP (conocimientos actitudes y prácticas), es un enfoque teórico o herramienta de estudio utilizado en investigación en salud, este mismo evalúa la interrelación entre los conocimientos, actitudes y prácticas y sus implicaciones en la salud. Dados los graves peligros para la salud del COVID-19 resulta crucial comprender la CAP entre los dominicanos, ya que todavía la pandemia no termina. **Metodología:** el presente estudio es de tipo observacional descriptivo y de corte trasversal prospectivo. El objetivo del estudio fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022. Se utilizó como instrumento un cuestionario tipo CAP, que fue aplicado a través de la técnica de la entrevista. **Resultados:** Se contó con 200 participantes, de estos el 57.5% (n=115) pertenecieron al sexo femenino, los pacientes con edades comprendidas entre 18-35, fueron los de mayor frecuencia (41.5%) en el estudio, siendo la edad promedio encontrada de 40.83 años. El 45% de los participantes resultó tener un nivel de conocimiento adecuado, el 64.5%, resultó tener una actitud positiva, el 59.5% de los participantes fueron catalogados como teniendo prácticas incorrectas. **Conclusión:** Los resultados muestran la interrelación existente entre los conocimientos, actitudes y prácticas planteada por la teoría CAP. La educación y la religión se relacionan con el nivel de conocimientos, y la edad con el tipo de prácticas.

**Palabras claves:** Conocimientos, actitudes, prácticas, COVID-19.

## **Abstract**

**Introduction:** The KAP theory (knowledge, attitudes and practices) is a theoretical approach or study tool used in health research, it evaluates the interrelationship between knowledge, attitudes and practices and their implications for health. Given the serious health dangers of COVID-19, it is crucial to understand KAP among Dominicans, as the pandemic is not yet over. **Methodology:** the present study is descriptive observational and prospective cross-sectional. The aim of the study was to describe the knowledge, attitudes and practices related to COVID-19 in the patients of the Family Medicine consultation of the Regional Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana in the period from April to May 2022. A questionnaire was produced as an instrument KAP type, which was applied through the interview technique. **Results:** There were 200 participants, of these 57.5% (n=115) were female, patients aged between 18-35, were the most frequent (41.5%) in the study, being the average age found 40.83 years old. 45% of the participants turned out to have an adequate level of knowledge, 64.5% turned out to have a positive attitude, 59.5% of the participants were classified as having incorrect practices. **Conclusion:** The results show the interrelation between the knowledge, attitudes and practices proposed by the KAP theory. Education and religion are related to the level of knowledge, and age to the type of practices.

**Keywords:** Knowledge, attitudes, practices, COVID-19.

# Contenido

## Páginas preliminares:

Resumen .....	i
Abstract.....	ii
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi

## Cuerpo o Texto

Introducción .....	1
Capítulo 1. El problema .....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.2 Preguntas de Investigación .....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo General .....	5
1.3.2 Objetivos Específicos .....	5
1.4. Justificación.....	6
Capítulo 2: Marco Teórico.....	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Marco Conceptual .....	8
2.2.2 Estudios CAP (conocimiento, actitud y practicas) .....	8
2.2.3 COVID-19.....	11
2.3. Contextualización .....	19
2.3.1 Reseña del Servicio Nacional de Salud (SNS).....	19
2.3.2. Reseña del sector .....	20
2.3.3. Reseña Institucional.....	21
2.3.3. Marco Espacial.....	24
Capítulo 3. Diseño Metodológico .....	25
3.1. Tipo de Estudio.....	25
3.2. Variables .....	25
3.2.1. Variables Dependientes .....	25
3.2.2. Variables independientes .....	25
3.2.3 Operacionalización de las Variables .....	26
3.3. Métodos y Técnicas de Investigación.....	27
3.4. Instrumento de Recolección de Datos.....	27

3.5. Población y muestra .....	28
Universo .....	28
Población .....	28
Muestra .....	28
3.6. Criterios de Inclusión .....	28
3.7. Criterios de Exclusión .....	28
3.8.1 Procedimiento y Procesamiento de datos. ....	29
3.8.2 Análisis de Datos.....	29
3.9.1. Consideraciones Ética .....	29
Capítulo 4: Resultados. ....	30
Capítulo 5: Discusión y conclusión .....	37
5.1 Discusión .....	38
5.2 Conclusión.....	42
Capítulo 6: Recomendaciones.....	43
<b><u>Páginas finales</u></b>	
Bibliografía.....	vii
Apéndices .....	iii
Anexo 1: Instrumento de Recolección de datos .....	iii
Anexo 2: Cronograma de Actividades. ....	vii
Anexo 3: Presupuesto de Proyecto de Investigación. ....	viii
Anexo 4: tablas y gráficos adicionales. ....	ix
Anexo 5: tablas y gráficos adicionales. ....	ix

## DEDICATORIA

## AGRADECIMIENTOS

## **Introducción**

La teoría que como lineamiento de estudio aborda en conjunto los conocimientos, actitudes y practicas es conocida como teoría CAP, esta es el enfoque teórico o herramienta de estudio más utilizada en investigación sobre comportamientos con implicaciones en la salud (1).

La OMS, utiliza las definiciones Badran et al. (1995) Sobre los elementos que componen la teoría CAP, cuando afirma que el conocimiento es “la capacidad de adquirir, retener y utilizar información; una mezcla de comprensión, experiencia, discernimiento y habilidad” (2). La actitud se explica como “la inclinación a reaccionar de determinada manera, en determinadas situaciones; ver e interpretar el acontecimiento según ciertas predisposiciones; o para organizar opiniones en estructuras coherentes e interrelacionadas” (2). Mientras que las prácticas “es la aplicación de reglas y conocimientos que conducen a acciones” (2).

A través de la teoría CAP, en su forma instrumentalizada, se puede obtener información sobre lo que se sabe, se cree y se hace en relación con un tema en particular. De manera que se pueden revelar conceptos erróneos o malentendidos que pueden representar obstáculos para las actividades que idealmente se deberían implementar, como también, posibles barreras para el cambio de comportamiento (3).

La batalla contra el COVID-19 aún continúa en República Dominicana. Para garantizar el éxito final es fundamental la adherencia de las personas a estas medidas de control, la cual se ven afectada en gran medida por sus conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) frente al COVID-19 de acuerdo con la teoría CAP (3).

De acuerdo a algunos estudios, el género, la educación, la procedencia y el estado civil fueron factores que influyeron en el conocimiento, actitudes y prácticas sobre COVID-19 (4). Cuanto mayor era el nivel educativo, mayor era el nivel de conocimiento de COVID-19. Las practicas riesgosas en relación a las medidas suelen ser mayor en hombres, como también las personas de procedencia urbana suelen estar más dispuesta a la búsqueda de asistencia médica ante los síntomas del COVID-19 (4).

Otros han encontrado como el conocimiento es un predictor esencial de actitudes y comportamientos, lo que contribuye al avance de las estrategias de intervención para promover y mantener los comportamientos de precaución (5).



En la Republica Dominicana como en otras partes del mundo se han adoptado algunas medidas sin precedentes para controlar la transmisión de COVID-19, incluyendo la suspensión del transporte público, el cierre de espacios públicos, el manejo cercano de las comunidades, el aislamiento y atención de personas infectadas y casos sospechosos, como también la vacunación masiva de la población.

Dados los graves peligros para la salud del COVID-19 y el daño económico sin precedentes debido a las necesarias medidas de distanciamiento social (6), es crucial comprender la CAP entre los dominicanos, ya que todavía la pandemia no termina.

Lo anterior destaca porque es necesario estudios locales que exploren la realidad del pueblo dominicano ante el COVID-19, desde perspectiva CAP. De ahí que la presente disertación se plantee el estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con COVID-19, en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

## Capítulo 1. El problema

### 1.1 Planteamiento del problema

En la República Dominicana, como en otras partes del mundo durante la pandemia, se ha caracterizado por tener sectores reacios para acatar medidas preventivas, sumado a eso, también estos han mediado la proliferación de prácticas con poca o nula evidencia científica, que en menor o mayor grado obstaculizan la plena implementación de las medidas correctas a tomar en salud (7-8).

Puesto que la sociedad dominicana sigue luchando para controlar el COVID-19, se requieren niveles óptimos de conocimiento en la población, ya que estos a su vez conducen a actitudes y practicas adecuadas, estas se espera que se orienten y conduzcan de acuerdo a las políticas y medidas de salud poblacionales implementadas por las instituciones encargadas de salvaguardar la salud pública.

La teoría CAP, es el enfoque teórico o herramienta de estudio más utilizada en investigación sobre comportamientos con implicaciones en la salud (1). En un estudio tipo CAP relacionado con COVID19 se encontró que los puntajes más altos de conocimiento de COVID-19 estaban significativamente asociados con una menor probabilidad de actitudes negativas y prácticas potencialmente peligrosas hacia la epidemia de COVID-19 (9-10).

Los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del hospital Dr. Marcelino Vélez son un reflejo de la sociedad misma, muchos de estos evidencian un bajo nivel de conocimiento en lo relativo a medidas preventivas COVID-19, como también prácticas que son preocupantes y están directamente relacionadas con la falta de conocimiento que a su vez conlleva a que esto sea uno de los más importantes factores de riesgo para contraer la enfermedad COVID-19.

En el estudio presente se propone la siguiente pregunta:

¿Cómo son los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022??

## 1.2 Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento relacionados con COVID-19 de acuerdo a la teoría CAP, en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
2. ¿Qué tipo de actitud relacionada con COVID-19 de acuerdo al modelo CAP se muestra en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
3. ¿Qué tipo de prácticas relacionadas con COVID-19 de acuerdo al modelo CAP realizan los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
4. ¿Cómo se relacionan las variables sociodemográficas con los conocimientos, actitud y practicas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?
5. ¿Cómo se relacionan de acuerdo a la teoría CAP, los conocimientos, actitudes y practicas relativas al COVID-19, en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana?

### **1.3. Objetivos.**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Describir conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar nivel de conocimiento relacionados con COVID-19 de acuerdo al modelo CAP en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana
2. Observar el tipo de actitud relacionada con COVID-19 de acuerdo al modelo CAP en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.
3. Identificar tipo de prácticas relacionadas con COVID-19 de acuerdo al modelo CAP en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.
4. Ver la relación de variables sociodemográficas según los conocimientos, actitud y prácticas relacionadas con COVID-19 de acuerdo al modelo CAP, en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.
5. Ver la relación según la teoría CAP de los conocimientos, actitudes y prácticas relativas al COVID-19, en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana.

#### **1.4. Justificación**

El nuevo coronavirus también conocido como síndrome respiratorio agudo severo coronavirus-2 (SARS-CoV-2) causa una enfermedad respiratoria grave conocida como enfermedad por coronavirus (COVID-19) (11). El virus contagioso comenzó su efecto devastador desde Wuhan, provincia de Hubei, China y luego en todo el mundo (11).

Dados los graves peligros para la salud derivados del COVID-19 y el daño económico sin precedentes (12), debido a las necesarias medidas de distanciamiento social, vacunación y otras, es crucial comprender los CAP entre los dominicanos.

Para garantizar el control exitoso de la enfermedad COVID-19, la adherencia de las personas a las medidas preventivas y de control es fundamental. Esta adherencia depende en gran medida de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de la población frente al COVID-19 siguiendo la teoría CAP (13).

Los resultados de la presente investigación podrán brindar información basada en evidencias, y así desarrollar programas para mejorar continuamente los CAP en la prevención de COVID-19 en la República Dominicana, de esta manera también quizás poder enfrentar alguna nueva ola futura de la pandemia o situación de salud pública similar.

## Capítulo 2: Marco Teórico

### 2.1 Antecedentes

Shaoting Yue et al, en el año 2020, realizan estudio descriptivo y transversal en China. Los resultados que estos obtuvieron fueron: La práctica de COVID-19 fue significativamente diferente entre las diferentes regiones. El sexo femenino, el estado de soltería y el estado del trabajador de la salud tuvieron un impacto significativo en el conocimiento de COVID-19; el área urbana se asoció con un puntaje de práctica más alto; El conocimiento de COVID-19 se asoció significativamente con la actitud de los residentes hacia las medidas preventivas; el área urbana se relacionó significativamente con la disposición a ir a una clínica de fiebre para verificar si hay sospecha de infección. (14)

En el 2020, Ngwewondo Adela et al. Llevan a cabo un estudio descriptivo tipo transversal. Los resultados obtenidos fueron: La edad > 20 años se asoció con un alto conocimiento de COVID 19. Las mujeres tuvieron puntajes de práctica más bajos en comparación con los hombres (OR = 0,72). No hubo diferencia significativa entre CAP y sintomatología. (13)

Rine Christopher Reuben, et al, 2020, en Nigeria África. Llevó a cabo estudio descriptivo y transversal.

Los resultados obtenidos fueron: Los encuestados tenían un buen conocimiento (99,5 %) de la COVID-19. La mayoría de los encuestados (79,5 %) tenían actitudes positivas hacia el cumplimiento de las medidas gubernamentales. Sin embargo, el 52,1% de los encuestados percibió que el gobierno no está haciendo lo suficiente para reducir el COVID-19. La correlación de Pearson mostró una relación significativa entre el conocimiento de COVID-19 y la actitud ( $r = 0,177$ ). (10)

Minjung Lee en Corea del sur, en el año 2021, realizan estudio descriptivo transversal, Los resultados obtenidos en su estudio fueron: El conocimiento afectó directamente tanto las actitudes, como las prácticas. Entre los factores que influyen en los comportamientos preventivos de COVID19, la creencia en la eficacia fue el factor de práctica más influyente y significativo. El nivel de conocimiento varió según las características sociodemográficas. Las mujeres ( $\beta = 0,06$ ,  $p < 0,05$ ) y las personas con mayor nivel educativo ( $\beta = 0,06$ ,  $p < 0,05$ ) demostraron mayores niveles de conocimiento. (15)

En el 2021 Deza Tavera Anne, Perú, realiza estudio transversal con el propósito de conocer el CAP de pacientes en consulta externa en un hospital regional. existe relación significativa ( $<0.05$ ), entre

el conocimientos y actitud (Rho de Spearman: 0,348), entre conocimiento con la práctica (Rho de Spearman: 0,346) y entre actitud con práctica (Rho de Spearman: 0,185). (16)

En la Republica Dominicana, en el 2021, se realiza estudio de tipo descriptivo transversal, los resultados obtenidos demuestran que: la mayoría de los encuestados afirma lavar sus manos con mayor frecuencia (98 %), evitar asistir a lugares concurridos (96 %), aplicar las normas de etiqueta al toser o estornudar (94 %), utilizar mascarilla (87 %) y evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos sin lavar (99 %). (17)

Fañas, et al. en el 2021 realizan estudio descriptivo y transversal sobre los conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la vacuna en la Republica Dominicana. Estos encuentran un alto nivel en los componentes CAP. (18)

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.2 Estudios CAP (conocimiento, actitud y practicas)**

Un estudio CAP pretende ser una encuesta representativa de una población objetivo; su objetivo es obtener lo que se sabe (conocimiento), se cree (actitud) y se hace (practica) en el contexto del tema de interés. La información se recopila utilizando cuestionarios semiestructurados o (más generalmente) estructurados que son autoadministrados o administrados por los entrevistadores; se pueden recopilar datos tanto cualitativos como cuantitativos. (2)

Los estudios CAP También conocidas como encuestas de conocimiento, actitud, comportamiento y práctica, son ampliamente aceptadas para la investigación de comportamientos relacionados con la salud y prácticas de búsqueda de la salud. (2)

#### **2.2.2.1. Breve Historia de estudios CAP**

La tradición de las encuestas CAP nació en el campo de la planificación familiar y los estudios de población en la década de 1950. Las encuestas CAP se diseñaron para medir hasta qué punto existía una hostilidad evidente hacia la idea y la organización de la planificación familiar entre diferentes poblaciones, y para brindar información sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas en planificación familiar que podrían usarse para los propósitos del programa en todo el mundo. (18)

En las décadas de 1960 y 1970, las encuestas CAP comenzaron a utilizarse para comprender las perspectivas de planificación familiar en. Casi al mismo tiempo, la cantidad de estudios sobre las

perspectivas comunitarias y el comportamiento humano creció rápidamente en respuesta a las necesidades del enfoque de atención primaria de salud adoptado por las organizaciones de ayuda internacional. Por lo tanto, las encuestas CAP establecieron su lugar entre las metodologías utilizadas para investigar el comportamiento de salud, y hoy en día continúan siendo ampliamente utilizadas para obtener información sobre prácticas de búsqueda de salud. (19)

El atractivo de las encuestas CAP se atribuye a características tales como un diseño sencillo, datos cuantificables, facilidad de interpretación y presentación concisa de los resultados, posibilidad de generalizar los resultados de muestras pequeñas a una población más amplia, comparabilidad entre culturas, velocidad de implementación y facilidad con cual uno puede entrenar enumeradores. (19)

#### **2.2.2.2. Aspectos principales abordados por los estudios tipo CAP.**

##### **Conocimiento**

El conocimiento es la capacidad de adquirir, retener y utilizar información; una mezcla de comprensión, experiencia, discernimiento y habilidad. (2)

La posesión del conocimiento requiere, siguiendo a David Hume, la complementariedad entre dos ingredientes básicos: el concepto a través del cual se piensa un objeto en absoluto, lo que requiere del intelecto; y la percepción por la cual se adquiere el concepto, requiriendo esta potencia de los sentidos. (2)

La naturaleza del conocimiento descansa en los diferentes modelos de adquisición de ideas: percepción, imaginación, memoria, juicio, abstracción y razonamiento. Los criterios de conocimiento se centran en el sentido que nos permite distinguir entre el bien y el mal, estudiados por la lógica (razonamiento deductivo) y el método científico (formulación y comprobación de hipótesis). (2)

Eso es lo que conocemos como ciencia exacta. El objetivo principal del conocimiento es la verdad y es estudiado por esa rama de la metafísica conocida como epistemología. (2)

En las encuestas CAP, la parte del conocimiento normalmente se usa solo para evaluar el grado de conocimiento de la comunidad sobre los conceptos de salud pública relacionados con los programas de salud pública nacionales e internacionales. Investigación de otros tipos de conocimiento, como el conocimiento específico de la cultura de las nociones de enfermedad y los modelos explicativos, o el conocimiento relacionado con los sistemas de salud. (19)



El conocimiento de un comportamiento de salud que se considera beneficioso no significa automáticamente que se seguirá ese comportamiento. El grado de conocimiento que evalúa la encuesta ayuda a ubicar áreas en las que quedan esfuerzos de información y educación por desarrollar. (19)

## **Actitudes**

La actitud se refiere a las inclinaciones a reaccionar de cierta manera ante determinadas situaciones; ver e interpretar los acontecimientos según ciertas predisposiciones; o para organizar opiniones en estructuras coherentes e interrelacionadas. (2)

Los valores están íntimamente relacionados con las actitudes. El valor puede connotar a) el precio asociado al estatus intelectual o moral; b) una forma de apreciación de los méritos; y algo c) la descripción de un conjunto de "acciones éticas". (2)

La ética ocupa un lugar destacado entre toda la gama de ingredientes que componen la actitud. (2)

La actitud es una variable intermedia entre la situación y la respuesta a esta situación. Ayuda a explicar que, entre las prácticas posibles para un sujeto sometido a un estímulo, ese sujeto adopta una práctica y no otra. Las actitudes no son directamente observables como lo son las prácticas, por lo que es una buena idea evaluarlas. Es interesante notar que numerosos estudios a menudo han mostrado una conexión baja y a veces nula entre la actitud y las prácticas. (19)

Medir las actitudes es la segunda parte de un cuestionario de encuesta CAP estándar. Además, las actitudes están interrelacionadas con los conocimientos, creencias, emociones y valores de la persona, y pueden ser positivas o negativas. (19)

## **Prácticas**

Una tercera parte integral de las encuestas CAP es la investigación de las prácticas relacionadas con la salud. Las preguntas normalmente se refieren al uso de diferentes opciones de tratamiento y prevención y son hipotéticas. (19)

Por práctica entendemos la aplicación de reglas y conocimientos que conducen a la acción. La buena práctica es un arte que está ligado al progreso del conocimiento y la tecnología y se ejecuta de manera ética. (19)

### **2.2.2.3. Aspectos metodológicos de los estudios CAP.**

Las encuestas CAP son los estudios más utilizados para descubrir dinámicas específicas del contexto social en salud pública (1). Estos estudios son populares porque (a) son fáciles de diseñar, (b) el resultado de los datos es cuantificable, (c) la interpretación es sólida si se utilizan tanto aspectos cualitativos como cuantitativos, y (d) su utilidad es generalizable para contextos específicos. Problemas. (20)

Los estudios de conocimiento, actitud y práctica asumen fundamentalmente una asociación lineal entre conocimiento, actitud y cambio de comportamiento. (20)

### **Conocimientos actitudes y prácticas en relación al COVID-19.**

Existe literatura que ha estudiado COVID-19, desde la perspectiva CAP. Se ha señalado que existe relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas, pero que esto puede ser más notable o varía de acuerdo al sexo, el estado civil o la educación (14-16). En algunas partes del mundo la residencia también ha jugado un papel explicando, como puede variar el CAP de acuerdo a la geografía (18).

En la Republica Dominicana como en otras partes del mundo se han adoptado algunas medidas sin precedentes para controlar la transmisión de COVID-19, incluyendo la suspensión del transporte público, el cierre de espacios públicos, el manejo cercano de las comunidades y el aislamiento y atención de personas infectadas y casos sospechosos. No toda la población dominicana ha estado dispuesta a acatar de buen ánimo las medidas tomadas por el gobierno dominicano, en el país también existen sectores que promueven la no vacunación (7). Otra parte de la población considera que el COVID-19, es un invento con el propósito de servir como arma biológica. Todos estos hechos demuestran, el amplio espectro de conocimientos, actitudes y prácticas que pueden reflejarse en el país de Republica Dominicana. Sin embargo, los estudios al respecto son escasos. (18)

### **2.2.3 COVID-19**

La COVID-19 es una enfermedad infecto-contagiosa, respiratoria emergente causada por el nuevo coronavirus altamente contagioso (SARS-CoV-2) y se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan, China (21). Este nuevo virus se ha propagado rápidamente.

#### **2.2.3.A. Virología**

Los coronavirus son un grupo diverso de virus de ARN de sentido positivo, monocatenario y envueltos que tienen un tropismo de amplio rango, lo que les otorga la capacidad de causar

enfermedades devastadoras. Tienen el genoma más grande de todos los virus basados en ARN con 26–32 kb, junto con una cola poli-A de 5' y 3'. (22)

Los tres coronavirus más notables que afectan a la población humana son el SARS-CoV-1 en 2002 y el MERS-CoV en 2012, ambos causantes de epidemias, y el SARS-CoV-2 en 2019, que es el agente causal de la actual enfermedad por coronavirus. Pandemia de 2019 (COVID-19). (23)

Los componentes estructurales clave de las cepas patológicas incluyen la membrana, la envoltura, la nucleocápside y las proteínas de punta, que comparten los elementos conservadores centrales en toda la familia de coronavirus. El SARSCoV-1 y el SARS-CoV-2 comparten una secuencia de aminoácidos del 94,6 % junto con un emparejamiento de bases de nucleótidos del 80 %. Aunque el SARS-CoV-2 codifica los cuatro elementos conservadores centrales, es significativamente diferente de las cepas de coronavirus patológicas anteriores porque también expresa 8 proteínas accesorias que no son todos conservadores entre SARS-CoV-2, SARS-CoV-1 y MERS-CoV. (23)

### **2.2.3.B. Transmisión del COVID-19**

En el caso de la COVID-19, según lo informado por el “Situation Report—12” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la modalidad de transmisión puede ser similar a las epidemias anteriores causadas por otros coronavirus (MERS, Middle Eastern Respiratory Syndrome y SARS, Síndrome Respiratorio Agudo), para el cual la transmisión de persona a persona ocurre a través de gotitas, aerosoles y contacto directo. En particular, las gotitas, generadas al hablar, toser y estornudar por pacientes sintomáticos, pueden extenderse hasta 1-2 m; un estudio reciente demostró que la infección también puede ocurrir en personas asintomáticas y antes de la aparición de los síntomas. (24)

Otra forma de transmisión es la habilitada por la inhalación de aerosoles, que son micropartículas con un diámetro menor a 5  $\mu\text{m}$ , que contienen patógenos, que luego de haber sido liberados en el aire, son transportados por el flujo de la corriente de aire, pudiendo así causar difusión incluso a una distancia considerable (con relación inversa debido a su dilución). Actualmente, la literatura no puede dar información sobre la concentración practicable de SARS-CoV-2 para infectar a un ser humano; sin embargo, se ha cuantificado que el SARS-CoV-2 sigue siendo practicable en aerosoles después de 3 h. La vida media del virus viable también se estimó para el aerosol en función de las tasas de descomposición exponencial estimadas del título del virus en aproximadamente 1 hora. (24)

Finalmente, el SARS-CoV-2 también puede transmitirse por contacto directo o indirecto con personas infectadas o por depositar gotitas que contienen el virus sobre cualquier persona (apretón de manos, saludo, abrazo) o superficie inanimada; estas gotitas pueden contaminar las manos de otros sujetos al entrar posteriormente en el cuerpo a través de vías de acceso como la cavidad oral, la cavidad nasal, los ojos y otras membranas mucosas. (24)

### **2.2.3.C. Epidemiología.**

Los datos epidemiológicos relacionados con la infección por SARS-CoV-2 están en constante evolución y se actualizan diariamente en el informe de situación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) de la OMS. (21)

Según un primer estudio realizado en Wuhan, en una pequeña cohorte de 99 sujetos, la infección era más probable que afectara a varones mayores con comorbilidades, en los que inducía la aparición de episodios sintomáticos de patologías respiratorias graves o incluso mortales como el síndrome respiratorio agudo síndrome de angustia. (25)

Los datos fueron confirmados por el importante estudio epidemiológico realizado por el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades, que encontró que la tasa de mortalidad creció del 0,2 % en pacientes de entre 10 y 39 años al 14,8 % en los mayores de 80 años, y que el riesgo de muerte es mayor entre los hombres (2,8%) que entre las mujeres (1,7%). Otro factor de letalidad ha sido identificado en la presencia simultánea de enfermedades preexistentes, especialmente cardiovasculares, patologías metabólicas como diabetes, insuficiencia respiratoria crónica e hipertensión. (26)

Sin embargo, entre los que se encuentran en perfecto estado de salud en el momento de la infección, la tasa de mortalidad es del 0,9% Además, se ha demostrado que el 80,9% de las infecciones no presentan síntomas o tienen un curso leve, el 13,8%. (26)

### **2.2.3.D. Sintomatología**

La enfermedad COVID-19 y sus principales síntomas clínicos incluyen fiebre, tos seca, fatiga, mialgia y disnea. Los pacientes con COVID-19 que cursan con etapa grave, se caracterizan por síndrome de dificultad respiratoria aguda, shock séptico, acidosis metabólica de difícil tratamiento y disfunción hemorrágica y de la coagulación (27).

### **2.2.3.E. Pandemia por COVID-19**

A lo largo de la historia, las enfermedades infecciosas han causado estragos entre las sociedades. Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes ahora están ocurriendo a una velocidad sin precedentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el mundo ha sido testigo del surgimiento de varios brotes de enfermedades y epidemias causados por más de 20 agentes infecciosos durante la última década. Algunas de estas epidemias fueron causadas por nuevos agentes infecciosos como H1N12 y MERS. (28)

En las últimas dos décadas, la aparición de enfermedades asociadas al coronavirus (SARS y MERS) planteó desafíos globales a los sistemas de salud pública. El SARS-CoV-2 (el agente causante de la enfermedad por coronavirus COVID-19) es la última incorporación a este creciente lista de nuevos agentes no deseados. La OMS declaró a la COVID-19 una emergencia de salud pública o preocupación internacional el 30 de enero y una pandemia el 11 de marzo de 2020. (28)

El tamaño y el alcance de la red mundial de viajes actual no tienen paralelo. Solo en 2018, más de 4000 millones de personas (aproximadamente el 60 % de la población mundial) viajaron por todo el mundo en vuelos comerciales. En la convergencia global actual, los patógenos emergentes localmente tienen la capacidad de propagarse rápidamente y cruzar fronteras y convertirse en una amenaza inminente para la salud pública. El mundo entero. Esto se ejemplifica con la actual pandemia de COVID-19, donde la aparición de un grupo aparentemente limitado de casos de neumonía (28)

Vinculado a un mercado de mariscos en Wuhan, China se ha convertido en una de las peores pandemias en la historia de la humanidad con una asombrosa cantidad de más de 1,4 millones de infecciones en 177 países y más de 85 000 muertes en todo el mundo al 9 de abril de 2020. Vale la pena señalar que solo unos pocos de los 177 países afectados actualmente parecen haber superado el pico de la epidemia, mientras que la mayoría de estos países apenas comienzan a ver un aumento en los casos. (28)

A medida que la pandemia de COVID-19 continúa avanzando a una velocidad récord, la velocidad y el volumen del conocimiento científico sobre el SARS-CoV-2 y el COVID-19 son igualmente rápidos y sin precedentes. (28)

Faltan terapias probadas para el tratamiento de COVID-19. Sin embargo, se están explorando una miríada de regímenes de investigación. En sus esfuerzos por ayudar a encontrar un tratamiento

eficaz para el COVID-19, la OMS lanzó recientemente un ensayo clínico internacional llamado Solidarity Trial (18). El ensayo comparará cuatro opciones de tratamiento (remdesivir, lopinavir/ritonavir, interferón beta-1a y cloroquina). e hidroxiclороquina) contra el estándar de atención para determinar si alguna de las terapias en investigación es efectiva contra COVID-19. (28)

La COVID-19 se ha propagado muy rápidamente y, para el 15 de febrero de 2020, el virus había llegado a 26 países en total, lo que resultó en 51 857 infecciones confirmadas por laboratorio y 1669 muertes (19). En respuesta a esta grave situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró una emergencia de salud pública de interés internacional el 30 de enero y pidió esfuerzos colaborativos de todos los países para prevenir la rápida propagación de COVID-19. (28)

La actual pandemia de COVID-19 y su terrible impacto global es un recordatorio del potencial detrimento de las enfermedades infecciosas emergentes. Afortunadamente, el mundo de hoy está mejor equipado para luchar contra esta bestia emergente. El COVID-19 es, sin duda, una pandemia única en la vida. La humanidad está presenciando momentos de extrema incertidumbre y una crisis sanitaria mundial sin precedentes. Aunque es imposible prever hacia dónde se dirige esta pandemia, ciertamente, acaba de comenzar un nuevo capítulo en la historia de las enfermedades infecciosas. (28)

### **2.2.3.F. Prevención y Protección**

#### **2.2.3.F.1 Medidas organizativas**

Las medidas organizativas generales en materia de contención y gestión de la emergencia epidemiológica del COVID-19 han sido impuestas por las autoridades competentes para una adecuada y proporcionada gestión de la evolución de la situación epidemiológica. (29)

Por tanto, las medidas organizativas de prevención y protección tienen como objetivo minimizar la probabilidad de exposición al SARS-CoV-2. Para ello, se deben tomar medidas para evitar nuevos contagios o incluso la propagación del virus donde ya ha estado presente. (29)

#### **2.2.3.F.2 Medidas Ambientales**

Las medidas ambientales tienen como objetivo reducir el riesgo de transmisión de la infección por SARS-CoV-2 a las personas a través del contacto con sujetos infectados, con objetos, equipos o superficies ambientales contaminadas. (30)

En la literatura, diversas evidencias han demostrado cómo los coronavirus, incluidos los virus responsables del SARS y el MERS, pueden persistir, en condiciones óptimas de baja humedad y baja temperatura, hasta 9 días en las superficies inanimadas de todas las habitaciones compartidas, especialmente baños, vestuarios, comedores, salas con distribuidores, zonas de fumadores y despachos compartidos con varias personas. Por lo tanto, se debe considerar que es posible un papel de las superficies contaminadas en la transmisión de la infección por SARS-CoV-2, incluso si aún no se ha demostrado. (30)

Al mismo tiempo, la evidencia disponible ha demostrado que los virus antes mencionados se inactivan de manera efectiva mediante procedimientos de higienización adecuados, que incluyen el uso de desinfectantes a base de hipoclorito de sodio (0,1 %-0,5 %), etanol (62 %-71 %) o peróxido de hidrógeno (22). (0,5%), para un tiempo de contacto adecuado, proporcionando una ventilación adecuada de las habitaciones cerradas (23); o mediante el uso de medios físicos como la radiación ultravioleta (UV). (30)

### **2.2.3.F.3. Medidas Personales**

#### **Lavarse las manos**

El correcto lavado de manos es la medida imprescindible para prevenir la transmisión del SARSCoV-2. Las manos deben lavarse con agua y jabón durante al menos 40 a 60 s; si no hay agua y jabón disponibles, también se puede usar un desinfectante de manos a base de alcohol al 62%– 71%. (30)

#### **Equipo de Protección Personal (EPP)**

##### **Guantes**

Utilizar dispositivos que cumplan con los requisitos de la norma técnica EN 374, clasificados como EPI de tercera categoría para la protección frente a microorganismos. (30)

Los guantes de protección desechables de nitrilo están fabricados con una composición a base de butadieno y acrilonitrilo, que le confieren las características de alto confort, ergonomía, elasticidad y resistencia mecánica, tanto a la perforación como al contacto con algunas sustancias químicas. (30)

Indicaciones para el uso de guantes (30):

- Deben ser guantes limpios y deben cubrir bien la muñeca;

- Deben ser retirados inmediatamente después de completar los procedimientos para los que fueron utilizados; en particular, se debe tener mucho cuidado de no tocar superficies limpias con guantes contaminados;
- Debe cambiarse absolutamente si está sucio o no está perfectamente intacto;
- Descontaminación de los guantes antes de quitarlos con hipoclorito, después de cada contacto con diferentes superficies inanimadas y durante los procedimientos de quitado;
- No debe reutilizarse ni lavarse.

### **Mascarillas/respiradores desechables**

Las partículas respiratorias se pueden clasificar como gotas o aerosoles según el tamaño de las partículas y, en particular, en términos de su diámetro aerodinámico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) consideran la transmisión de la enfermedad con partículas mayores de 5 micras como una transmisión vía gotitas, mientras que en el caso de un tamaño de 5 micras o menos como un aerosol transmisión. (21)

El principio en el que se basan las mascarillas es adherirse a la cara creando una presión ligeramente negativa en el interior de la mascarilla y filtrando así el aire entrante.

Según la normativa estadounidense NIOSH, las mascarillas N95 deben utilizarse en entornos potencialmente contaminados con SARS-CoV-2 (con una capacidad de filtración de al menos el 95 %, una fuga del 10 %, una eficiencia de filtración bacteriana del 99 %). Sin embargo, según la legislación europea, las mascarillas que más se acercan a estos estándares son FFP2 y FFP3. (31)

El poder filtrante medio que ofrecen los respiradores con filtro facial N95 frente a partículas en el rango de tamaños probados es unas 8-12 veces mayor que el proporcionado por las mascarillas quirúrgicas desechables, cuyo poder filtrante varió mucho en los distintos estudios, dependiendo del modelo y tamaño de las partículas de aerosol (1,3 a 6,5  $\mu\text{m}$ ). Este resultado es superponible al obtenido por otros estudios, que afirman que la protección que proporcionan los respiradores con filtro facial N95 es aproximadamente siete veces mayor que la de las mascarillas quirúrgicas. (31)

### **Mascarillas Quirúrgicas Desechables (Mascarillas)**

Las mascarillas (mascarillas quirúrgicas), con tejido desechable o no, están formadas por cuatro capas (tipo II o IIR): externa, que es filtrante; central, que es impermeable a los líquidos, pero permeable al aire; la capa interna, que está en contacto con la piel hipoalergénica, con barra nasal



superior deformable para conformar perfectamente la máscara facial y con sistema de sujeción formado por lazos o bandas elásticas. (31)

Protegen la nariz y la boca de la contaminación con partículas con un diámetro medio de 4,5 µm. Si bien tienen su origen en la necesidad de proteger al paciente (intervenciones quirúrgicas, maniobras asépticas), constituyen un sistema de barrera eficaz para líquidos potencialmente infectados incluso para quienes los utilizan. (31)

Se recomienda el uso de la mascarilla quirúrgica (31):

- Para quienes trabajan en contacto con sujetos con sospecha de enfermedad aerotransportada (síndrome gripal, varicela, sarampión);
- En actividades en las que exista la posibilidad de generar salpicaduras o salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales;
- En actividades de apoyo técnico y administrativo;
- Por médicos, enfermeras, biólogos, matronas y todo el personal de salud;
- Por el personal de las empresas contratistas (por ejemplo, limpieza);
- Por personal de asistencia pública.

Los datos indican que una mascarilla quirúrgica reduce la exposición al virus de 1,1 a 55 veces (un promedio de seis veces), según el diseño de la mascarilla (25). Actualmente están indicados para ser usados por el sujeto potencialmente infectado.

### **Batas de aislamiento**

Las batas de aislamiento desechables (de un solo uso) están diseñadas para desecharse después de un solo uso y, por lo general, están fabricadas con materiales no tejidos solos o en combinación con materiales que ofrecen una mayor protección contra la penetración de líquidos, como películas de plástico. Se pueden producir usando una variedad de tecnologías de unión de fibras no tejidas (térmicas, químicas o mecánicas) para proporcionar integridad y resistencia en lugar de las geometrías entrelazadas asociadas con los materiales tejidos y de punto. (31)

### **2.2.1.G Vacunas COVID-19.**

Una vacuna es una sustancia biológica diseñada para proteger a los humanos de infecciones causadas por bacterias y virus. (22)

#### **Vacunación en la Republica Dominicana.**

El 10 de mayo del 2021 se inicia la vacunación de la población dominicana mayor de 18 años, la vacuna aplicada entonces fue AstraZeneca. A la fecha el esquema de vacunación actual consiste en 3 dosis, donde se pueden combinar las vacunas AstraZeneca, Sinovac y Pfizer. (32)

### **2.3. Contextualización**

#### **2.3.1 Reseña del Servicio Nacional de Salud (SNS)**

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado 16 de julio del año 2015, mediante la Ley 123- 15, con el propósito de asegurar la efectividad técnica, administrativa y financiera de los Servicios Regionales de Salud (SRS). (33)

La creación del SNS representó un paso importante en el interés de mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de la población en general. A través esta entidad, adscrita al Ministerio de Salud Pública, el Estado cumple con su responsabilidad de garantizar a los dominicanos el acceso a la salud, que constituye un derecho inherente de todo ser humano. (33)

El SNS tiene el compromiso de asegurar la calidad de la prestación de los servicios a los usuarios de los centros de la Red Pública, bajo criterios de equidad y accesibilidad, en tal sentido, su gestión se basa en la excelencia, la mejora continua de los procesos y el fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud, actuando con transparencia en apego a las leyes y reglamentos que rigen el sector salud. (33)

Esta intuición es regida por un Consejo Directivo y una Dirección Ejecutiva. El Consejo está integrado por el ministro de Salud Pública, quien lo preside; el Gerente General del Sistema Dominicano de Seguridad Social, un representante del Ministerio de Hacienda, un representante del Ministerio de la Presidencia, un representante de los Servicios Regionales de Salud, con voz, pero sin voto; un representante de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social y un representante de la Dirección General de Presupuesto. (33)

Entre las principales funciones del SNS se encuentran: promover y coordinar el fortalecimiento y desarrollo de los Servicios Regionales de Salud. (33)

Coordinar y asistir técnicamente a los Servicios Regionales de Salud en la formulación e implementación de sus planes de desarrollo y en su funcionamiento, enfatizando en la articulación de los diferentes niveles de complejidad de la atención y la cartera de servicios con equidad, accesibilidad, eficacia y calidad en la provisión, en correspondencia con el marco legal vigente, las políticas y planes trazados por el Ministerio de Salud Pública para el sector salud. (33)

Promover y supervisar la aplicación del modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud y sus manuales de operación, para una oferta de servicio de base poblacional, orientada a la demanda, con criterios de racionalidad e integridad en el manejo de los servicios y los recursos, con base en el Plan Decenal de Salud, el Modelo de Atención y las prioridades que establezca el Ministerio de Salud Pública, en su accionar como máxima autoridad sanitaria nacional. (33)

### **2.3.2. Reseña del sector**

El municipio de santo domingo oeste, comprende dos zonas fundamentales y varias aldeañas. A saber, Manoguayabo y herrera constituyen los ejes poblacionales de esta localidad ubicada en la parte oeste del gran Santo Domingo y separada del Distrito Nacional por la avenida general Gregorio Luperón. (34)

El sector de herrera debe su nombre porque fue fundada por una familia adinerada con dicho apellido. Poblacionalmente fue expandido a partir de asentamientos auspiciados por el estado dominicano en terrenos de lo que fue la antigua finca de Trujillo, cedida para sus experimentos agropecuarios a la universidad autónoma de santo domingo. Los sectores del ensanche Altagracia, buenos aires, el barrio Duarte y las palmas fueron el resultado de asentamiento de muchas familias que ocupaban viejas casas de los jerarcas del “trujillismo” en la ciudad de santo domingo y que fueron reubicadas allí a principio de la década del 70. Otras comunidades como las caobas fueron levantadas para las familias que vivían a las orillas del rio Ozama en los barrios de la ciénaga, la zurza y otros. (34)

En el caso de los barrios del abanico y el libertador y a las del Caribe, estos son el producto de ocupaciones empujadas por los moradores de los barrios aldeaños de finales de la década de los 70 y principio de los 80. Otras localidades como la venta, las marinas, el enriquillo tienen la dicotomía

del asentamiento y las ocupaciones, así como de urbanizaciones que han sido edificadas gracias a la investigación de desarrolladores privados. (34)

Herrera también tiene destacadas figuras que han sobresalido en el arte, los deportes y la comunicación, y tales son los casos de Alex bueno que aunque oriundo de san José de las matas dio sus primeros pasos como vocalista desde buenos aires de herrera, kaki acosta, Manuel la güira, Arturito san quintín, el maestro del saxo Tabito Vásquez en la música, el novato peña en el boxeo, Nuris zarzuela en el voleibol, Pedro Santiago en la pelota y los 57 cronistas deportivos Franklin Mirabal y enrique rojas, tienen sus orígenes en nuestra comunidad de herrera. Herrera fue creado como municipio en el 2001, mediante la ley 163-01. Según el censo 2010. (34)

Según el censo de 2010, el municipio tiene 363,321 habitantes, de los cuales 176,532 son hombres y 186,789 resultaron ser mujeres. El alcalde actual es francisco peña. (34)

### **2.3.3. Reseña Institucional**

El Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, posee una tortuosa y larga historia para su creación, ésta se inicia hace más de 30 años demandando la comunidad de Herrera la construcción de un hospital. Su construcción se inicia en el año 1997, realizándose la inauguración de este en el año 2000 sin haber finalizado su construcción y equipamiento, lo que impidió que se iniciara la operación de este inmediatamente. Este dirigido por un director general con el apoyo y colaboración de los demás directores operativos de las diferentes áreas (medica, financiera, administrativas, planificación, recursos humanos y servicios sociales). (35)

El presidente de la República designa como director general del Hospital, al coronel Piloto Domingo Vargas Cuello, hecho que creó el primer precedente en La República Dominicana al nombrar un director de hospital, no médico, pero si con una fuerte formación gerencial. (35)

Tratando de crear e implementar una gerencia diferente de lo que son las instituciones de salud en la República Dominicana, el director general, inicia los trabajos seleccionando un equipo de técnicos en el área de la salud, para que le apoyaran en el diseño y organización, pero con un concepto innovador en gestión hospitalaria. (35)

Luego de sostener múltiples jornadas de trabajo y realizar un análisis de la situación socio demográfica y de salud de la población de la zona, el mercado de la salud en el área, las características de las demás instituciones 58 prestadoras de servicios, se definieron los fundamentos que debían caracterizar los servicios que se prestarían en la institución, para marcar

la diferencia sobre los demás centros, quedando definidos los principios que caracterizarían las atenciones brindadas, los cuales serían: Humanizada, calidad, resaltándose la eficiencia y la presencia de tecnología adecuadas. Una vez definidos los fundamentos y el concepto de hospital a desarrollar se presentó la propuesta al Sr. Presidente, la cual expresaba la manera en que se organizaría y administraría el centro, sustentada está en base a justificaciones que lo diferenciarían de la realidad de las demás instituciones de salud del país, caracterizadas por la insatisfacción de los usuarios, mala calidad de la atención e ineficiencia en el manejo de los recursos, resaltándose en esta propuesta el hecho que esta institución “no sería una carga para el estado”, por el grado de institucionalidad, eficiencia y control con que se gestionarían los fondos, garantizando esto un gran beneficio para la población. Para lograr que la institución tuviera un mayor grado de poder para tomar sus propias decisiones (selección de personal, manejo de su presupuesto, entre otras) sustentadas en una base legal, el 5 de marzo del 2002 fue promulgado el decreto 148 - 02 que permitiera el manejo de la institución de forma autónoma a través de un Patronato, conformado por instituciones representativas de la comunidad y la Dirección General del Centro; ratificado del 7 de enero del 2003 por el decreto 4 – 03. (35)

El 7 de enero del año 2003 se hace realidad el sueño de la comunidad de herrera con la inauguración del hospital por parte del presidente de la República, iniciando sus operaciones el 12 de enero de ese mismo año. (35)

Marcelino Vélez Santana era oriundo de La Romana, nació el 14 de abril de 1921, en el hogar formado por su padre de oficio pescador, Marcelino Vélez, y su madre, Dolores Santana. Era el menor de ocho hermanos. Don Marcelino falleció durante el embarazo de su esposa, víctima de la epidemia de influenza que afectó al país en el año 1921. Doña Dolores era una mujer de carácter fuerte y pese a la condición de humildad en que le tocó desenvolverse logró que dos de sus hijos se graduaran de médicos, lo cual no era fácil para la época. (35)

Su hermano Baudilio era 10 años mayor y asumió el papel de padre en la relación con su hermano más pequeño. Marcelino realizó los estudios primarios en su ciudad natal y el bachillerato en la antigua Escuela Normal, ubicada frente al parque Independencia, en ciudad Trujillo. Era un estudiante brillante y de gran facilidad para las matemáticas. Se decidió a estudiar Medicina siguiendo los pasos de su hermano, que ya se había graduado de médico. Ingresó a la Universidad de Santo Domingo en el año 1939 y para costear los estudios ingresó a la Marina de Guerra, prestando labores en el Cuerpo Médico del Hospital Militar “Dr. Marión”. Al cuarto año abandonó la

Marina para laborar en la Oficina Sanitaria del Distrito Nacional ubicada en la zona colonial. En los años quinto y sexto trabajó como practicante en el Hospital Padre Billini. (35)

Durante esta época surgió su admiración por Francisco Moscoso Puello y Heriberto Pieter, personajes fascinantes y profesores maravillosos, además de críticos velados de la dictadura trujillista. Aprendió la Clínica Médica con el reconocido catedrático y maestro de la Medicina Nicolás Pichardo. Se casó en 1945 con la señora Gladys Pacheco constituyendo una pareja siempre unida. Doña Gladys fue un importante apoyo para su marido en la vida llena de sobresaltos por sus posiciones políticas en un determinado período de la historia dominicana. El matrimonio procreó cuatro hijos: Gladys Dolores, Carlos Eugenio, Marcelino e Ignacio Augusto. Marcelino Vélez Santana obtuvo el título de Doctor en Medicina en 1945. Reingresó a la Marina de Guerra como alférez de navío y fue trasladado a la Base Naval de Las Calderas, Baní. Se le considera como el fundador del Cuerpo Médico de la Marina de Guerra. En 1947 renuncia de la vida militar e ingresa a la Caja Dominicana del Seguro Social donde es nombrado en su lar nativo, La Romana, con sueldo de RD\$ 250.00 mensuales. En esta ciudad fue de los organizadores del Seguro Social y de los fundadores del Hospital Dr. Arístides Fiallo Cabral. A la vez laboraba en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, en el área de Urología. En 1955 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) le otorgó una beca para estudiar Administración de Hospitales en el Hospital Obrero de la Seguridad Social de Lima, Perú. Aprovecha esta situación para dedicarse también al estudio de la Bacteriología en el referido hospital. (35)

A su regreso (1957) es nombrado director de Bacteriología del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, del Seguro Social, departamento del cual también fue fundador. Durante su ejercicio profesional era la referencia nacional en relación a la Bacteriología. Dictó numerosas conferencias por todo el país; publicó numerosos artículos en revistas médicas y, además, incursionaba en casos especiales en la prensa nacional, sobre todo en momentos específicos de crisis de la salud pública, como durante las epidemias de fiebre equina, fiebre porcina y Dengue. Desde muy joven Marcelino Vélez se comprometió con la lucha por las libertades democráticas y la justicia social. Así, siendo estudiante universitario participó en actividades clandestinas contra la dictadura; estuvo involucrado en el ajusticiamiento del dictador Rafael Leónidas Trujillo; fue un activo militante| contra el golpe de Estado al gobierno constitucional del profesor Juan Bosch y combatiente durante la Guerra de abril de 1965, en defensa de la constitución y en contra de la ominosa ocupación militar norteamericana. Durante los estudios de medicina era compañero de promoción de Pericles Franco, de los fundadores de la Juventud Democrática, quien organizó células universitarias – públicas y clandestinas- para

combatir la tiranía de Trujillo. Marcelino formaba parte de una célula junto a Carlos Adolfo Ariza Mendoza, Carlos Mejía Feliú y el propio Pericles Franco. Entre sus actividades estaban las de aparentar reuniones científicas, impartir charlas, distribuir volantes por debajo de las puertas casa por casa e incorporar nuevos miembros a la resistencia anti trujillista. 61 Tras el ajusticiamiento de Trujillo y debido a su relación con los complotados a los cuales prestó ayuda médica, Marcelino Vélez Santana fue apresado y se le sometió a las más crueles torturas, llegando a pensar que no saldría vivo de ese infierno; sin embargo, el 19 de noviembre fueron expulsados del país los remanentes de la dictadura y una semana más tarde es liberado para retornar a sus labores cotidianas como jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Salvador B. Gautier y como profesor de la Universidad de Santo Domingo, a la cual fue reintegrado luego de ser expulsado por su compromiso político en el ajusticiamiento del tirano. Además de sus labores profesionales, Vélez Santana se involucra en las actividades de la Asociación Médica Dominicana, llegando a convertirse en su presidente en dos ocasiones y en un abanderado de la lucha por la constitucionalidad y la vuelta al poder del profesor Juan Bosch, luego de su derrocamiento en 1963. También, tiene la inmensa gloria de haber sido ministro de Salud del Gobierno Constitucional en Armas del coronel Francisco Alberto Caamaño Deñó. Vélez Santana fue un consagrado académico desde el año 1962 en que ingresa a la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Era catedrático de las asignaturas Microbiología, Semiología Clínica e Infecciosa. Después de veinte años de servicio en la UASD fue jubilado en 1983. En las Escuelas de Medicina del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y de la Universidad Central del Este (UCE) fue fundador de las cátedras de Microbiología, Infecciosa y Semiología. Era un profesor que explicaba con sencillez, y lo más notable durante su labor docente era la relación fraterna que mantenía con los estudiantes, con los cuales conversaba y discutía en los pasillos acerca de los problemas sanitarios del país y de los problemas sociales durante la atormentada vida política de los años 1961- 1978. La fecunda vida de este ejemplar Maestro de la Medicina Dominicana y Profesor Meritísimo se agotó el primero de septiembre de 1995, cuando muere en la ciudad de Santo Domingo a los 74 años de edad. Un moderno y eficiente hospital del sector de Herrera del municipio Santo Domingo Oeste, inaugurado el 12 de enero de 2003, fue bautizado con el nombre de este dominicano ilustre. (35)

### **2.3.3. Marco Espacial**

La ubicación del Hospital general regional Dr. Marcelino Vélez Santana, es la siguiente: avenida Isabel Aguiar #141, sector de Herrera, Santo Domingo Oeste, Republica Dominicana. (36)

## **Capítulo 3. Diseño Metodológico**

### **3.1. Tipo de Estudio**

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo y de corte trasversal prospectivo. Se tiene como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022.

### **3.2. Variables**

#### **3.2.1. Variables Dependientes**

- Conocimientos relacionados con COVID-19
- Actitudes relacionadas con COVID-19
- Practicas relacionadas con COVID-19

#### **3.2.2. Variables independientes**

1. Edad
2. Sexo
3. Nivel de educación
4. Religión



### 3.2.3 Operacionalización de las Variables

Variable	Tipos y subtipos	Definición de variables	Indicadores Dimensiones
Conocimientos relacionados con COVID-19	Cualitativa Ordinal	Tipo de experiencia y Retención de información evidenciada por el paciente, relativa al COVID-19.	Por la puntuación alcanzada tras la aplicación del Instrumento CAP, tomado de Reuben, et al. Clasifica los conocimientos como: -Adecuados -Suficientes -Insuficientes
Actitudes relacionadas con COVID-19	Cualitativa Ordinal	Tipo de presuposición, inclinación-reacción del paciente ante situaciones y eventos relativos al COVID-19.	Por la puntuación alcanzada tras la aplicación del Instrumento CAP, tomado de Abdelhafi, et al. Clasifica la actitud como: -Positiva -Negativa
Practicas relacionadas con COVID-19	Cualitativa Ordinal	Conductas y acciones evidenciables por el paciente en relación al COVID-19.	Por la puntuación alcanzada tras la aplicación del Instrumento CAP, tomado de Ngwewondo, et al. Clasifica las prácticas como: -Buena practica -Mala practica
Edad	Cuantitativa	Cantidad de tiempo con vida medido en años, que se tiene en el momento de incluir al paciente en el estudio.	Años cumplidos.
Sexo	Cualitativa Nominal	Condición fenotípica que distingue la variante reproductiva en mamíferos. La misma que es diferenciada y confirmada por la	Femenino Masculino

		observación al participante.	
Nivel de educación	Cualitativa Ordinal	Grado de educación formal o educación técnica alcanzado por el participante al momento de formar parte del estudio.	Analfabeta Nivel Primario Nivel Secundario Nivel superior Nivel Técnico
Religión	Cualitativa Nominal	Cosmovisión y profesión de fe que practicada por el paciente.	Ninguna Cristiana/católica Cristiana/adventista Cristiana/evangélica Otra

### 3.3. Métodos y Técnicas de Investigación

El presente estudio es de metodología cuantitativa, el mismo utilizará la implementación de la técnica de la entrevista estructurada para abordar lo concerniente a los conocimientos, actitudes y practicas relacionadas al COVID-19.

### 3.4. Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento para la recolección de los datos consistirá en un cuestionario tipo CAP, en el mismo adicionalmente aparecerán también preguntas orientadas a los datos sociodemográficos de interés que puedan evidenciar los pacientes. El cuestionario tipo CAP aborda los conocimientos, actitudes y prácticas en investigación de comportamientos y conductas prosalud. Las partes correspondientes al cuestionario tipo CAP, se elaboraron a partir de instrumentos utilizados en estudios tipo CAP en relación al COVID-19.

La parte correspondiente a los conocimientos se toma prestada del trabajo de Reuben y colaboradores, en el mismo aparecen una cantidad de 14 preguntas cerradas, con puntaje de hasta 14, siendo la puntuación menor de 9 insuficiente, 9-11 intermedio y mayor de 11 adecuados.

La sección que corresponde a la actitud, se adopta del trabajo de Abdelhafi y colaboradores. Este consiste en preguntas cerradas, de respuesta “si o no”, con un punto de corte en 6, calificando la actitud de positiva y negativa. Esta sección cuenta con una consistencia interna de 0.96 (ICC), y validez alfa cronbach de 0.72.

Lo relativo a la sección de las practicas, se adopta del trabajo de Ngwewondo y colaboradores. 10 preguntas donde se evalúan las practicas respondiendo como falso o verdadero sobre prácticas realizadas, calificando el número de prácticas como incorrectas o correctas, se evalúa en base a 10 puntos, siendo la puntuación 7 el punto de corte.

### **3.5. Población y muestra**

#### **Universo**

Cantidad de pacientes que acuden por servicios médicos al Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022.

#### **Población**

La población de pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022, se aproxima a los 1,000.

#### **Muestra**

La cantidad para la muestra fue calculada por la función StatCalc de Epi-info 7. La misma se señala como la cantidad de 278 pacientes, esto es para un intervalo de confianza de 95%, y un margen de error del 5%. Sobre la cantidad ya establecida el número final de pacientes se conformará por aquellos participantes que cumplan los criterios de selección muestral.

### **3.6. Criterios de Inclusión**

- Paciente de nacionalidad dominicana y que resida en el país al menos desde el inicio de la pandemia COVID-19.
- Capacidad de dar respuesta lucida durante la entrevista.
- Paciente que voluntariamente acepte la participación.

### **3.7. Criterios de Exclusión**

- Incomodidad manifiesta durante la entrevista.

- Mayor de 18 años.

### **3.8.1 Procedimiento y Procesamiento de datos.**

La realización del trabajo presente en su relación a los datos de interés, conlleva la revisión de literatura existente vinculada al tópico y naturaleza de la investigación. De manera que se pudieran contextualizar y delimitar aquellas informaciones que nos serían útiles en el desarrollo del estudio. Esto mismo determinó el tipo de método, técnica e instrumentos que se utilizaron para la obtención de la data. Esta misma fue aportada por el paciente directamente, y de esta manera se fueron colectando por escrito. La información una vez obtenida será procesada utilizando los softwares: Microsoft Excel y SPSS.

### **3.8.2 Análisis de Datos.**

Los datos luego de ser organizados y procesados, se le aplicarán técnicas de estadísticas, como las descriptivas, de manera que se pueda obtener medidas de tendencia central como la media y moda. Luego se determinará el tipo de distribución de la data mediante gráficos y la prueba de Kruskal, esto para determinar el tipo de prueba inferencial que se le aplicará a la data. Se comparan las medias del conocimiento/prácticas con los datos sociodemográficos, esto a su vez utilizando el test de Anova. Por otra parte, se correlacionará los componentes del CAP a través de pruebas de asociación (Pearson o Spearman según corresponda). Lo descrito sobre el análisis será realizado gracias al paquete de oficina de office Microsoft Excel y SPSS.

### **3.9.1. Consideraciones Éticas**

Este proyecto será presentado al Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) para ser aprobado. El cuestionario presentado no tiene la intención de infringir ningún tipo de daños a la integridad del entrevistado, por otra parte, los disertantes se comprometen con cuidar la información obtenida, de manera que no sea expuesta bajo ningún descuido ante alguna tercera parte con intenciones que amenacen de algún modo el bienestar del participante. Esto último en parte se logra gracias a que no se toma por escrito el nombre de pila del entrevistado, lo que cuida finalmente su identidad. Se respetará también el derecho que tiene un potencial participante a decidir no proseguir con la entrevista u omitir cualquier dato que considere. Se le asegurará al participante que la presente investigación no persigue ningún lucro y la naturaleza de su propósito es puramente académica.

## **Capítulo 4: Resultados.**

## Resultados.

La muestra del presente estudio se vio compuesta por 200 pacientes, el 57.5% (n=115) pertenecieron al sexo femenino, 42.5% al sexo masculino (n=85), los pacientes con edades comprendidas entre 18-35, fueron los de mayor frecuencia (41.5%) en el estudio, siendo la edad promedio encontrada de 40.83 años. La mayor parte de los pacientes eran de confesión cristiana, siendo la denominación más frecuente la cristiana/evangélica (28.5%). El principal nivel de educación formal académica encontrado fue, el nivel secundario (41.5%), ver tabla no.1.

En la tabla no.2 se puede observar la distribución de los componentes de la teoría CAP, utilizadas en el estudio. El 45% de los pacientes resultaron tener un nivel de conocimiento considerado adecuado, el otro 65% restante resultó tener conocimientos insuficientes (27%) o de nivel intermedio (28%). El 64.5% de los participantes, resultó tener una actitud positiva en relación a las medidas a tomar en cuenta para el control del COVID-19, mientras que el restante 35.5% (n=71) resultó tener una actitud negativa. En relación a las practicas, de acuerdo al modelo CAP, se encontró que eran incorrectas, en el 59.5% de los participantes.

La tabla no.3 muestra la asociación entre los conocimientos y las variables sociodemográficas. La religión y la educación guardan una relación estadísticamente significativa. Los pacientes de filiación evangélica resultaron ser los que tenían la mayor proporción de integrantes dentro de la categoría de conocimientos adecuados (64.9%). En relación a la educación los pacientes con un nivel de educación superior, fueron el grupo que obtuvo la mayor proporción dentro de la categoría de conocimientos adecuados (59.7%).

La tabla no.4 muestra la relación entre la actitud y las variables sociodemográficas. El sexo masculino tuvo mejor actitud (buena actitud= 65.9%) en relación al COVID-19, los pacientes entre 56 y 66 años mostraron una proporción más alta con buena actitud (73.9%) en comparación con las otras edades. En cuanto a la religión, los pacientes que se identifican como evangélicos, tuvieron mejor actitud 77.2%, mientras que, en relación al nivel de educación, los pacientes con un nivel técnico (76.9%) o superior (70.8%), fueron los de mejor actitud relacionada con el COVID-19. No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la actitud de los pacientes y sus características sociodemográficas.

En la tabla no.5 se aprecia la relación entre las prácticas y las variables sociodemográficas. Se encontró que la edad tuvo relación de significancia estadística. El grupo de edad entre 56 a 65 años, obtuvo la mayor proporción de integrantes calificados como de prácticas adecuadas.

La relación de los distintos componentes del modelo CAP, puede visualizarse en la tabla no.6. Los pacientes con conocimientos adecuados fueron a la vez los de mayor proporción con actitud positiva (83.3%) y prácticas correctas (52.2%).

**Tabla. 1- Resumen de principales variables sociodemográficas-**

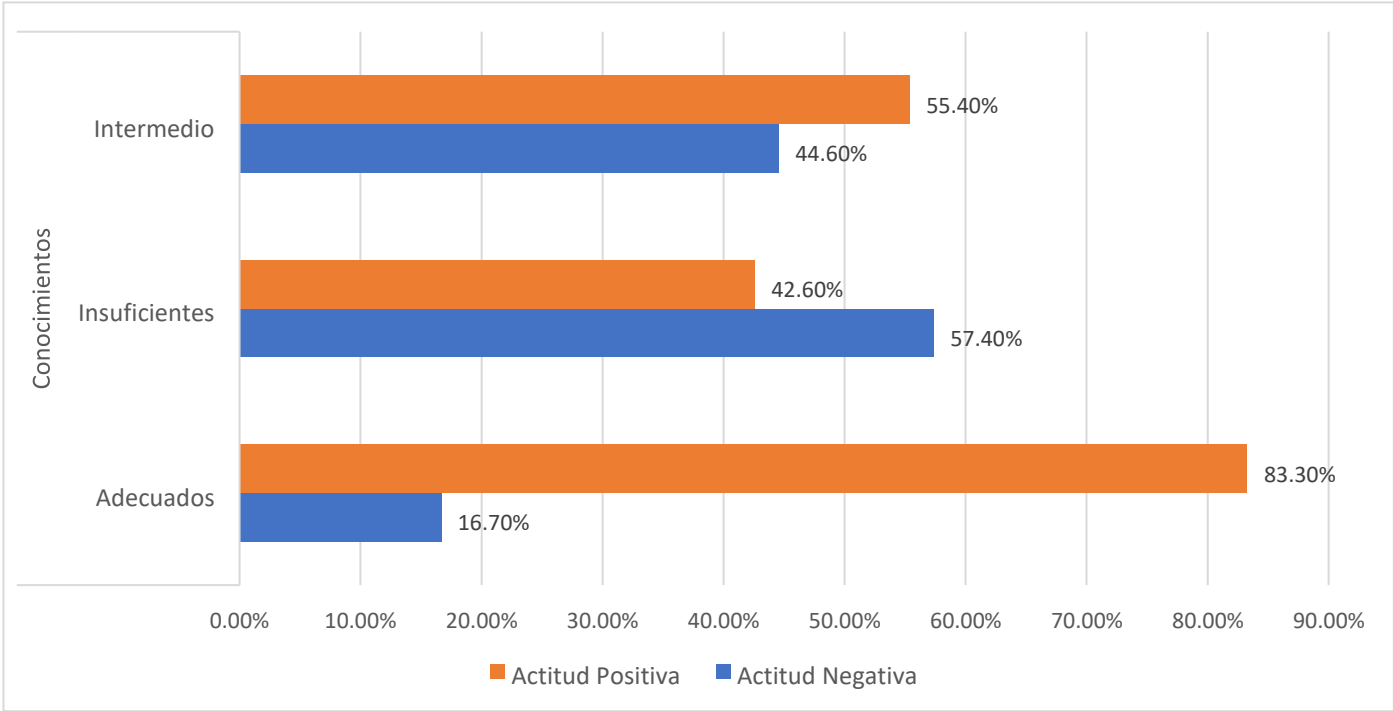
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencia relativa (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	115	57.5
Masculino	85	42.5
<b>Edad (años)</b>		
18-35	83	41.5
36-45	44	22.0
46-55	41	20.5
56-65	23	11.5
>66	9	4.5
<b>Religión</b>		
Cristiana/adventista	10	5.0
Cristiana/católica	56	28.0
Cristiana/evangélica	57	28.5
Ninguna	74	37.0
Otra	3	1.5
<b>Educación</b>		
Analfabeta	1	5
Nivel Primario	31	15.5
Nivel Secundario	83	41.5
Nivel superior	72	36.0
Nivel Técnico	13	6.5

Fuente: Directa.



**Gráfico.1- Relación entre los conocimientos y la actitud relacionada con COVID-19.**

En la relación de los conocimientos y la actitud se encontró que los pacientes con conocimientos adecuados fueron a la vez los de mayor proporción con actitud positiva (83.3%). Opuesto a lo anterior, los pacientes con conocimientos insuficientes tuvieron la proporción más baja de participantes con aptitud positiva (42.60%). Estos resultados son estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ )

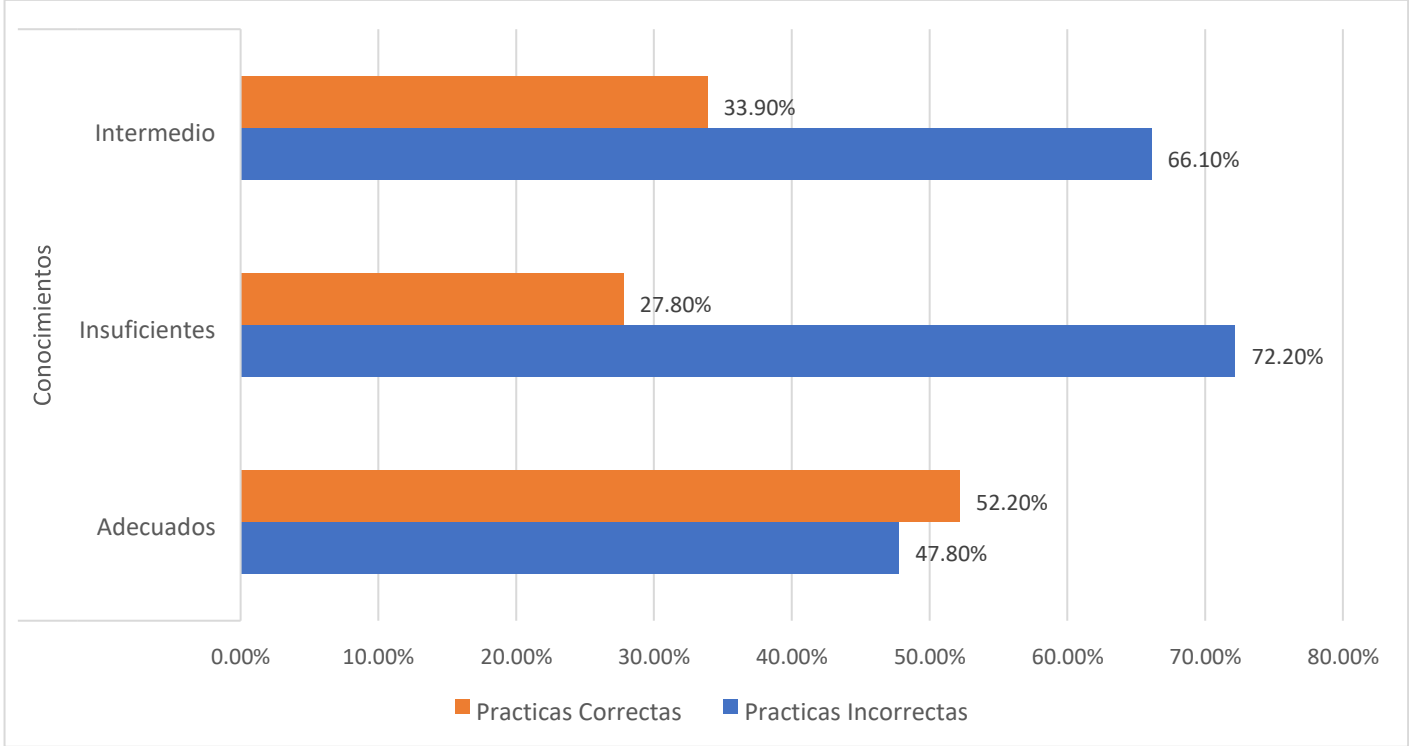


Fuente: entrevista directa.

Valor de  $p = .000$

**Gráfico.2- Relación de los conocimientos y las practicas relacionadas con COVID-19.**

La relación de los conocimientos y las practicas reveló que los pacientes con niveles de conocimientos adecuados tuvieron mayor asociación con prácticas correctas (52.2%), de manera contraria aquellos pacientes con un nivel de conocimiento considerado insuficiente tuvieron la menor proporción de prácticas correctas (27.8%). Resultados con significancia estadística (p=.008).

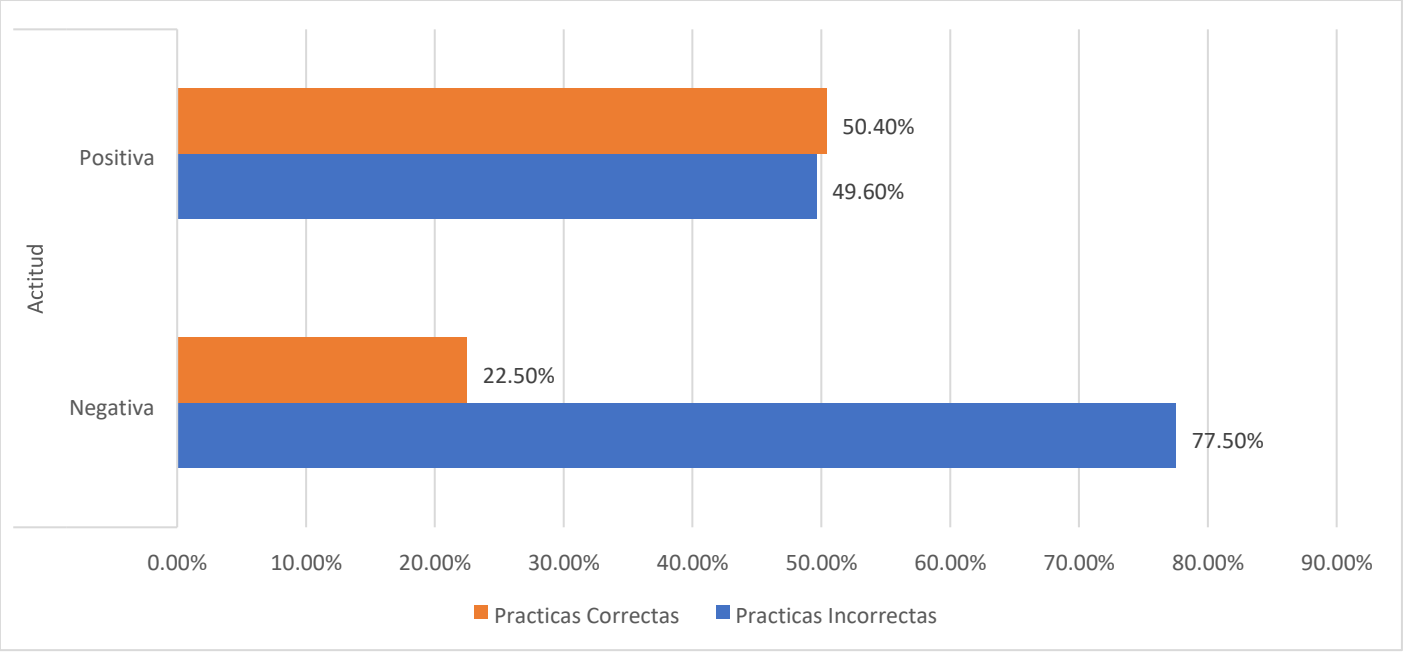


Fuente: entrevista directa.

Valor de p=.008

**Gráfico.3- Relación entre las actitudes y las practicas relacionadas con COVID-19.**

Los pacientes que evidenciaron tener actitud negativa relacionada con el COVID-19, fueron los de mayor proporción de prácticas incorrectas (77.5%), mientras que aquellos que tenían una actitud calificada como positiva, tuvieron solo un 49.60% de integrantes con prácticas incorrectas. Resultados estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ).



Fuente: entrevista directa.

Valor de  $p = .000$

## **Capítulo 5: Discusión y conclusión**

## 5.1 Discusión

Para facilitar la gestión y además frenar el impacto y nuevos brotes durante del COVID-19 en República Dominicana, existe una necesidad urgente de comprender la conciencia pública, como también su comportamiento sobre el COVID-19.

Como se puede evidenciar en la tabla no.7 (anexos), en relación a los conocimientos, se encontró que 81.5% de los pacientes sabe que la enfermedad es de origen viral, aunque solo el 47.0% de los pacientes conoce que es diferente a la gripe. Estos hallazgos resultan ser inferiores a los encontrados en otras poblaciones, como la nigeriana (Reuben, et al. 2021), en esta, el 91.2% conocía el origen viral de la enfermedad, y solo el 26.1% lo confundían con la gripe.

En relación a los conocimientos sobre la propagación del COVID-19, el 96.5%, conoce que cualquier persona puede contraer o propagar el virus, mientras que solo el 46.0% no cree que el virus se contagia por animales salvajes, el 80.5% conoce que el virus se propaga por gotitas en el aire, 84.0% también cree que puede contagiarse por contacto directo (ver tabla no.10, anexos). La mayoría de estos hallazgos son inferiores a los encontrados en otro estudio local (Fañas, et al. 2020). Todos estos hallazgos podrían indicar el porqué de la calificación del nivel de conocimientos encontrado, donde solo el 45% de los participantes resultaron tener un nivel de conocimiento considerado adecuado, el otro 65% restante tuvo conocimientos insuficientes (27%) o de nivel intermedio (28%), ver tabla no.2, anexos. Las probables diferencias entre Fañas, et al. 2020 y el presente estudio, posiblemente se deban a la alta representación de participantes con nivel de educación superior, como los autores reconocen.

En cuanto a las actitudes evidenciadas relacionadas a la prevención (ver tabla no.8, anexos), se encontró que el 56.5% de los pacientes no están dispuestos a saludar de apretón de manos, mientras que el 70.5% dijo que evitaría el abrazo al saludar, por otro lado, el 65.0% dijo estar dispuestos a ser vacunados o agregar otra dosis de ser necesario. Estas actitudes pudieran explicarse debido al hecho de que muchas de las medidas prevención y restrictivas de naturaleza publicas ya habían sido quitadas al momento de llevar a cabo la presente investigación, gracias a que se habían alcanzado un número considerable de vacunados dentro de la población. Todo esto pudiera erróneamente dar la impresión de “seguridad”, esto a su vez apunta otra vez al desconocimiento.

En cuanto a la actitud en relación a la detección o diagnóstico temprano de la enfermedad, se encontró cifras más favorables, ya que el 85.5% está dispuesto a buscar ayuda médica al presentar síntomas, el 93.5% dice estar dispuesto a realizarse una prueba de diagnóstico al presentar síntomas. Por otro lado, solo el 75.0% dice seguir las actualizaciones sobre la enfermedad en su país, aunque solo el 56.0% se está dispuesta a seguir las actualizaciones fuera de su país y solo el 55.5% asistiría a una conferencia sobre actualización cerca de su casa. Ya en términos globales (tabla no.2, anexos), el 64.5%, resultó tener una actitud positiva en relación a las medidas a tomar en cuenta para el control del COVID-19, mientras que el restante 35.5% (n=71) resultó tener una actitud negativa. Las proporciones encontradas son superiores a las encontradas en otros países, como es el caso de Perú (Deza, et al 2021), donde solo el 48,84% se encontró con una actitud positiva.

Como se puede ver en la tabla no.9 (anexos), en relación a las prácticas, el 84% de los participantes se lava las manos, el 74.5% usaba mascarilla, el 86% considera al distanciamiento como medida efectiva. Estos resultados son inferiores en relación a las cifras evidenciadas en el país los dos primeros años de la pandemia (Fañas, et al. 2020; Colomé, et al 2021). Además, si bien resultó que el 81% de los participantes ya se había vacunado, el 40.5% de la totalidad, se vacuno solo porque el gobierno lo exigía.

Se evidenciaron también practicas con poca o ninguna evidencia científica, como el uso de brebajes (57%) y gárgaras de sal (39%) para tratar la enfermedad, o evitar su contagio, dentro de estas prácticas, el uso de algunas que pudieran también poner en peligro la salud, como el consumo o uso no prescrito de cloroquina y aspirina (26%). Mucha de estas prácticas puede explicarse a la desinformación que abunda en las redes sociales e internet, estos que resultaron ser las fuentes principales de adquisición de información (48.5%).

Todo lo anterior relativo a las practicas explican lo encontrado en el resultado y análisis global, en que el 59.5% de los participantes fueron catalogados como teniendo practicas incorrectas (tabla no.2). Esto es similar a lo encontrado por Deza, et al 2021, en el Perú, donde el 54.65% tenía practicas inadecuadas.

Estos resultados cuestionan lo concluido en Fañas, et al. 2020, ya que la adopción de buenas prácticas preventivas no son las únicas practicas empleadas por los dominicanos, de ahí que no podemos estar de acuerdo del todo con que “la mayoría de la población adopta practicas

adecuadas”, los resultados del presente estudio van más acorde con lo señalado por Colomé, et al 2021, estos mencionan que “la mayoría de participantes tiene prácticas cuya supuesta eficiencia contra el coronavirus ha sido difundida por las redes , pero que han sido desmentidas por organizaciones sanitarias internacionales”.

El estudio presente también evaluó la posible relación entre los componentes del modelo CAP y las características sociodemográficas de los participantes.

Al ver la relación de las características sociodemográficas con el nivel o grado de conocimientos, se encontró que la religión y la educación guardan una relación estadísticamente significativa (tabla no.3). Dentro de las denominaciones cristianas identificables, los pacientes de filiación evangélica resultaron ser los que tenían la mayor proporción de integrantes dentro de la categoría de conocimientos adecuados (64.9%), seguidos de los católicos (42.9%). El grupo de pacientes que no pertenecía a ninguna denominación/religión, resultó ser el que tenía mayor proporción con categoría de conocimientos inadecuados (33.3%). El resultado anterior se pudiera explicar gracias a la gestión y manejo mediático realizado por las autoridades de salud y el poder ejecutivo, en varias ocasiones se pudieron al frente en comunicados y ruedas de prensas a peritos sanitarios, que además eran reconocidos líderes cristianos, principalmente evangélicos, probablemente eso se hizo con la intención de fomentar una opinión saludable sobre el COVID-19 y la pandemia en amplios sectores de la población de profesión cristiana.

Siendo que la pandemia del COVID-19, principalmente en la región ha tenido también una connotación religiosa, dada por algunos grupos (lo que en ocasiones ha dificultado la adopción de algunas medidas sanitarias), resulta llamativo que el estudio presente (a la fecha de su realización), sea el probablemente el único en considerar la religión como característica a incluir en estudio tipo CAP.

En relación a la educación, los pacientes con un nivel de educación superior, fueron el grupo que obtuvo la mayor proporción dentro de la categoría de conocimientos adecuados (59.7%), mientras que el nivel primario de educación, obtuvo la menor proporción (22.6%). Abdelhafiz, et al (2020), en Egipto, también encontraron asociación entre la educación y los conocimientos, los participantes de educación superior tuvieron medias mayores en la categoría de los conocimientos. Probablemente esto se deba a que con la adquisición de un nivel superior de educación a la vez se obtienen una actitud crítica ante la información recibida, como también el conocimiento sobre las categorías de las fuentes de información, lo que ayuda a diferenciar y a discriminar la veracidad de una

información. Esta misma actitud fomenta al adquisición de conocimientos considerados oficiales (Abdelhafiz, et al 2020)

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la actitud de los pacientes y sus características sociodemográficas.

En cuanto a las características sociodemográficas y las prácticas de los pacientes, se encontró que la edad tuvo relación de significancia estadística (tabla no.5, anexos). Siendo el grupo de edad entre 56 a 65 años, el que obtuvo la mayor proporción de integrantes calificados como de prácticas adecuadas, mientras que las edades comprendidas entre 46 a 55 años obtuvo la mayor proporción de integrantes calificados con prácticas inadecuadas. Estos hallazgos guardan relación con lo encontrado en Ngwewondo, et al. (2020) en Camerún África central, estos encontraron correlación positiva entre la edad y las prácticas, siendo mayor en los pacientes mayores de 50 años. Se ve hallazgo similar en Lee, et al (2021). Esto hallazgos probablemente esto pueda explicarse por el hecho de que los pacientes en esas edades tienen como fuente principal de información la televisión y la prensa escrita, donde la proliferación desinformación es mucho menor y el relato oficial predomina.

Cuando se analizó la relación de los conocimientos, las actitudes y las prácticas se encontró que los pacientes con conocimientos adecuados fueron a la vez los de mayor proporción con actitud positiva (83.3%) y practicas correctas (52.2%), ver tabla 6 (anexos). Estos resultados confirman lo propuesto por la teoría CAP. Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos y similares a lo señalado en la literatura (Shaoting, Ngwewondo, Rine, Minjung, Deza).



## **5.2 Conclusión.**

Como conclusión, los resultados confirman lo que ya señala la teoría CAP, y es que existe una interrelación positiva entre los conocimientos, actitudes y prácticas. Es decir, el nivel de los conocimientos de los pacientes con COVID-19, determinará en mayor medida el tipo de actitud y las practicas relacionadas con el COVID-19. Además, estos 3 elementos se ven influenciados por la edad, el nivel de educación y la religión.

La mayor parte de los participantes tenían conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el COVID-19 consideradas adecuadas, sin embargo, destaca el alto número de participantes con prácticas incorrectas.

## **Capítulo 6: Recomendaciones**

## Recomendaciones

Al ministerio de Salud Pública:

- Se recomienda un mayor uso de las redes sociales y de los portales de internet oficiales del ministerio con el propósito de alcanzar a un mayor público (principalmente los jóvenes, con campañas y boletines de educación sobre el COVID-19, dado el hecho de que las plataformas virtuales son las principales fuentes de acceso a la información dentro de la población dominicana.
- Se aconseja un aumento de los esfuerzos en la concientización del uso y practicas relacionadas a medidas preventivas no basadas en información veraz, como puede ser el uso de brebajes, y la automedicación con fármacos que no han demostrado su eficacia en la prevención y tratamiento del COVID-19, de esta manera se podrán eliminar muchas de las practicas incorrectas.

Al equipo de salud y médicos familiares:

- Reforzar y realizar educación continua con referencia de los temas preventivos promocionales del COVID -9 para reforzar la información que la población adquiere.
- Se aconseja creación de información en formatos prácticos basados en evidencia científica que ayude a fomentar el apego a los protocolos y recomendaciones establecidas.
- Corregir los conocimientos e ideas equivocadas acerca de la prevención de COVID-19 que poner en riesgo potencial la salud.
- Dedicar una porción de la consulta a concientizar de manera individualizada sobre la enfermedad por COVID-19 a los pacientes de acuerdo con la patología, así como verificar que las prácticas adoptadas por los pacientes sean efectivas y promover la aplicación de vacunas contra el SARS-CoV-2.

## Bibliografía.

1. Zhong BL, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci.* 2020 Mar 2020 [Revisado en Febrero 2022]; 16(10):1745-1752.
2. Ibrahim G, et al. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal.* 1995 [Revisado en febrero 2022];1 (1), 8-16, Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/116905>
3. Ajilore K, Atakiti I, Onyenankey K. College students' knowledge, attitudes and adherence to public service announcements on Ebola in Nigeria: Suggestions for improving future Ebola prevention education programmes. *Health Education Journal.* 2017 [Revisado en Febrero 2022]; 76.
4. Yue S, Zhang J, Cao M, Chen B. Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 Among Urban and Rural Residents in China: A Cross-sectional Study. *J Community Health.* 2021 Apr [Revisado en Febrero 2022];46(2):286-291.
5. Lee M., et al. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea. *BMC Public Health.* 2021 [Revisado en Febrero 2022];. 21: 295
6. Van Nhu H, et al Knowledge, Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19. *J Community Health.* 2020 Dec [Revisado en Febrero 2022];45(6):12631269.
7. Dirección de Comunicación estratégica. Salud Mental solicita a la población confiar en proceso de vacunación.MSP [Internet]. octubre de 2021[Revisado en febrero 2022]. Disponible en: <https://www.msp.gob.do/web/?p=13783>
8. Tachfouti, N. The impact of knowledge and attitudes on adherence to tuberculosis treatment: A case-control study in a Moroccan region. *Pan Afr. Med. J.* 2012[Revisado en Febrero 2022]; 16: 1 2, 52.
9. Van Nhu H, et al Knowledge, Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19. *J Community Health.* 2020 Dec [Revisado en Febrero 2022];45(6):12631269.
10. Reuben RC, et al. Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. *J Community Health.* 2021 Jun [Revisado en Febrero 2022];46(3):457-470.

11. Shrikrushna U, et al. A review on corona virus (COVID-19). *International Journal of Pharmaceutical and Life Sciences*. 2020 [Revisado en Febrero 2022]; 6:109–115
12. Van Nhu H, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19. *J Community Health*. 2020 Dec [Revisado en Febrero 2022];45(6):12631269.
13. Ngwewondo A, et al. Knowledge, attitudes, practices of/towards COVID 19 preventive measures and symptoms: A cross-sectional study during the exponential rise of the outbreak in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020 Sep [Revisado en Febrero 2022];4:14(9):e0008700.
14. Yue S, Zhang J, Cao M, Chen B. Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 Among Urban and Rural Residents in China: A Cross-sectional Study. *J Community Health*. 2021 Apr [Revisado en marzo 2022];46(2):286-291.
15. Lee M, et al, M. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea. *BMC Public Health*. 2021 [Revisado en marzo 2022];.21: 295.
16. Deza Távara A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 en pacientes de consulta externa. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021 (Disertación). Universidad Cesar Vallejo. Perú 2021[Revisado en marzo 2022].
17. Manuel Colomé H. Conocimiento y percepciones que los adultos tienen del COVID-19, República Dominicana. *Ciencia y Salud*. Abril 2021[Revisado en marzo 2022] ; 5 (1): 2613-8816.
18. Fañas R, Capellán E, Martínez N. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 en adultos de la República Dominicana. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2021 Jun [Revisado en marzo 2022];] ; 47( 2 ): e2770. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662021000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000200007&lng=es). Epub 30-Jun-2021.
19. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*. 2009 [Revisado en marzo 2022]; 11(1). Disponible en: [https://www.anthropologymatters.com/index.php/anth\\_matters/article/view/31](https://www.anthropologymatters.com/index.php/anth_matters/article/view/31)

20. Muleme J, et al. A Framework for Integrating Qualitative and Quantitative Data in Knowledge, Attitude, and Practice Studies: A Case Study of Pesticide Usage in Eastern Uganda. *Front Public Health*. 2017 Dec [Revisado en marzo 2022]; 5:318.
21. Wang C, et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020 [Revisado en marzo 2022];395(10223):470–3.
22. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID19) outbreak. *J Autoimmun*. 2020 [Revisado en marzo 2022]; 109:10243
23. Forchette L, Sebastian W, Liu T. A Comprehensive Review of COVID-19 Virology, Vaccines, Variants, and Therapeutics. *Curr Med Sci*. 2021 Dec [Revisado en marzo 2022];41(6):1037-1051.
24. WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 12 [Internet]. World Health Organization. 2020 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330777/nCoVsitrep01Feb2020eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Yang Y, et al. SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *J Autoimmun* 2003 [Revisado en marzo 2022]; 2020:102434.
26. Khalili M, et al. Epidemiological characteristics of COVID-19: a systematic review and metaanalysis. *Epidemiol Infect* .2020 [Revisado en marzo 2022];148:e130
27. Wiersinga WJ, et al. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020 Aug [Revisado en marzo 2022];324(8):782793
28. Balkhair AA, et al. COVID-19 Pandemic: A New Chapter in the History of Infectious Diseases. *Oman Med J*. 2020 Apr [Revisado en marzo 2022];35(2):e123.
29. Cirrincione L. "COVID-19 Pandemic: Prevention and Protection Measures to Be Adopted at the Workplace" *Sustainability*.2020 [Revisado en marzo 2022]; 12(9): 3603.
30. Güner R, Hasanoğlu I, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci*. 2020 Apr [Revisado en marzo 2022]; 50(SI-1):571-577.
31. CDC.COVID-19 Personal Protective Equipment (PPE). Center For Disease Control and Prevention [Internet]. Oct 2021 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/niosh/emres/2019\\_ncov\\_ppe.html](https://www.cdc.gov/niosh/emres/2019_ncov_ppe.html)

32. COVID19vaccinetracker. 4 Vaccines Approved for Use in Dominican Republic [Internet] VIPER Group COVID19 Vaccine Tracker Team. March 2022 [Revisado en marzo 2022]. Disponible: <https://covid19.trackvaccines.org/country/dominican-republic/>
33. Tayana J. Qué es el Servicio Nacional de Salud. Sistema Nacional de Salud [Internet]. En salud. Mar 2015 [Revisado en marzo 2022]; 1: 5-8. Disponible en: <https://sns.gob.do/wpcontent/uploads/2021/03/EN-SALUD-Marzo-2021-Revista-SNS.pdf>
34. ASDO. Historia Santo Domingo Oeste. Ayuntamiento Municipal Santo Domingo Oeste [Internet]. 2020 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://ayuntamientosdo.gob.do/historia/>
35. HMVS. ¿quiénes somos? Hospital Dr.-Marcelino Vélez Santana [Internet]. 2022 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalmarcelinovelez.gob.do/index.php/sobrenosotros/quienes-somos>
36. MVS. Contacto. Hospital Dr.-Marcelino Vélez Santana [Internet]. 2022 [Revisado en marzo 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalmarcelinovelez.gob.do/index.php/contacto>

## Apéndices

### Anexo 1: Instrumento de Recolección de datos

#### Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022.

#### I-Datos Sociodemográficos:

1-Edad: \_\_\_\_\_ 2- Sexo: \_\_\_\_\_ 3-

Nivel de Educación:

A) Analfabeta B) Nivel Primario C) Nivel Secundario D) Nivel superior

E) Nivel Técnico 4-Religión:

A) Ninguna B) Cristiana/católica C) Cristiana/adventista D) Cristiana/evangélica E)

Otra

#### II-Conocimiento:

1- ¿Has oído hablar del COVID-19?

- Si
- No

2- Si la respuesta es sí en 1 anterior, ¿de dónde se enteró?

- Otras fuentes
- Internet/redes sociales
- Periódico
- Amigos de la familia
- televisor
- campaña de esclarecimiento del gobierno

3- ¿COVID-19 es lo mismo que el virus de la gripe?

- sí
- No
- No sé

4 - ¿Qué causa el COVID-19?

- bacterias
- hongos
- Virus



- No sé

5- ¿Comer o tener contacto con animales salvajes resulta en la infección por COVID-19?

- sí
- No
- No sé

6- ¿Cuál de las siguientes enfermedades es similar al COVID-19?

- Eres libre de elegir más de uno
- Tifoidea
- Malaria
- Ébola
- VIH/SIDA
- SARS
- Todo lo anterior
- Ninguna de las anteriores

7- ¿Es posible que una persona COVID-19 positiva no muestre síntomas?

- sí
- No
- No sé

8- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se contrae la enfermedad hasta que se manifiestan los síntomas (período de incubación)?

- Menos de 7 días
- 1–14 días
- 2–21 días
- 1–3 meses
- No sé

9- ¿Quién puede contagiarse de COVID-19?

- solo gente mayor
- Solo adultos jóvenes
- Cualquiera puede estar infectado
- Solo adolescentes y niños

10- ¿Cuál es un síntoma de COVID-19? (seleccione todo lo que corresponda)

- Fiebre alta: \_\_\_\_
- Nariz que moquea: \_\_\_\_
- Tos seca: \_\_\_\_
- dificultad para respirar: \_\_\_\_
- Dolor muscular: \_\_\_\_
- Fatiga: \_\_\_\_
- Sangrado: \_\_\_\_

11- ¿Cómo se propaga el virus? (seleccione todo lo que corresponda)

- Gotas de aire (de estornudos/tos del paciente): \_\_\_\_
- mosquitos/moscas: \_\_\_\_

- Contacto con superficies contaminadas: \_\_\_\_
- Contacto cercano con personas que tienen el virus: \_\_\_\_
- No sé: \_\_\_\_

12- ¿Qué puede matar el virus? (seleccione todo lo que corresponda)

- Limpiar superficies con cloro diluido: \_\_\_\_
- Desinfectantes a base de alcohol: \_\_\_\_
- Jabones/detergentes: \_\_\_\_
- agua sola: \_\_\_\_
- No sé: \_\_\_\_

13- ¿Es importante lavarse las manos?

- sí
- No
- Quizás

14- En caso afirmativo en 13 anterior, ¿cuánto tiempo debe lavarse las manos para matar el virus?

- Menos de 20 s
- 20 s a 1 min
- No sé

### III-Actitud.

Preguntas	1- De acuerdo	2-No estoy de acuerdo
Cuando me encuentre con mis amigos y colegas, siempre los saludaré con un apretón de manos.		
Cuando me encuentre con mis amigos y colegas, siempre los saludaré con un abrazo.		
Si tengo alguno de los síntomas asociados a la enfermedad, buscaré ayuda médica.		
Si descubro que contacté a una persona infectada con el virus, acepto estar aislado en casa por un período de tiempo determinado hasta que se demuestre que estoy libre de la enfermedad.		
Si hay una prueba de laboratorio disponible para la detección del virus, y creo que es posible que esté enfermo, estaría dispuesto a hacerme la prueba.		
Estoy dispuesto a vacunarme contra el virus y agregar una nueva dosis si es necesario.		
Suelo seguir las actualizaciones sobre la propagación del virus en mi país.		
Suelo seguir las actualizaciones sobre la propagación del virus en todo el mundo.		
Si se organiza una conferencia sobre el virus cerca de mí, asistiré.		

Si se distribuyen volantes o folletos que incluyen información sobre la enfermedad, los leeré y seguiré las instrucciones mencionadas en ellos.		
---	--	--

#### IV- Practicas.

Marque como falso o verdadero las practicas preventivas/terapéuticas ante el COVID-19 que le resultan ser efectivas a usted:

1. Me lavo las manos regularmente y durante el tiempo suficiente: \_\_\_\_
2. Suelo ponerme mascarilla para protegerme del riesgo de infección: \_\_\_\_
3. Uso brebajes tradicionales ante la posible infección por COVID-19: \_\_\_\_
4. Tomo cloroquina o aspirina ante posible infección por COVID-19: \_\_\_\_
5. No me he vacunado: \_\_\_\_
6. Me vacuné porque el “gobierno lo exigía” no porque creí que era necesario: \_\_\_\_
7. Tomo acetaminofén para detener la infección del COVID-19: \_\_\_\_
8. El distanciamiento social es “algo” que tomo en cuenta como medida efectiva: \_\_\_\_
9. Como frutas cítricas como el limón y tomo tabletas de vitamina C, como medida preventiva: \_\_\_\_
10. Hago gárgaras con sal para evitar contagiarme de COVID-19”: \_\_\_\_

**Anexo 2: Cronograma de Actividades.**

<b>Actividades</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>
<b>Creación de anteproyecto</b>							
<b>Revisión bibliográfica para creación de marco teórico</b>							
<b>Recolección de datos</b>							
<b>Procesamiento y tabulación de datos</b>							
<b>Análisis de resultados</b>							
<b>Informe final</b>							
<b>Presentación de informe final</b>							

**Anexo 3: Presupuesto de Proyecto de Investigación.**

<b>Cantidad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Precio</b>	<b>Total</b>
<b>varios</b>	<b>Uso de internet</b>	<b>2000</b>	<b>2000</b>
<b>3</b>	<b>Resma de papel blanco</b>	<b>200</b>	<b>600</b>
<b>1</b>	<b>Cartucho de tinta</b>	<b>1500</b>	<b>1500</b>
<b>Varios</b>	<b>Fotocopias</b>	<b>500</b>	<b>500</b>
<b>varios</b>	<b>Transporte</b>	<b>2000</b>	<b>2000</b>
<b>3</b>	<b>Empastado</b>	<b>500</b>	<b>1500</b>
<b>Varios</b>	<b>Otros gastos</b>	<b>2500</b>	<b>2000</b>
<b>Total, General</b>			<b>10,600</b>

#### Anexo 4: tablas y gráficos adicionales.

Tabla. 2- Tipos de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con COVID-19.

CAP		Frecuencia	Frecuencia relativa
Conocimientos	Adecuados	90	45.0
	Insuficientes	54	27.0
	Intermedio	56	28.0
	Total	200	100.0
Actitudes	Negativa	71	35.5
	Positiva	129	64.5
	Total	200	100.0
Practicas	Incorrectas	119	59.5
	Correctas	81	40.5
	Total	200	100.0

Fuente: Directa.

**Tabla. 3- Nivel de conocimientos relacionados con COVID-19 según variables sociodemográficas.**

Características Sociodemográficas		Conocimientos			
		Adecuados	Intermedio	Insuficientes	Valor de p
Sexo	Femenino	40.9%	33.0%	26.1%	.168
	Masculino	50.6%	21.2%	28.2%	
Edad (años)	18-35	45.8%	28.9%	25.3%	.599
	36-45	52.3%	22.7%	25.0%	
	46-55	31.7%	29.3%	39.0%	
	56-65	47.8%	30.4%	21.7%	
	>66	40.0%	60.0%	0.0%	
Religión	Cristiana/adventista	42.9%	25.0%	32.1%	<u>&lt;.001</u>
	Cristiana/católica	64.9%	22.8%	12.3%	
	Cristiana/evangélica	31.1%	31.1%	37.8%	
	Ninguna	66.7%	0.0%	33.3%	
	Otra	22.6%	19.4%	58.1%	
Educación	Nivel Primario	41.0%	30.1%	28.9%	<u>&lt;.001</u>
	Nivel Secundario	59.7%	27.8%	12.5%	
	Nivel superior	38.5%	38.5%	23.1%	
	Nivel Técnico				

Fuente: Directa.

**Tabla. 4- Tipo de actitud relacionadas con COVID-19, según variables sociodemográficas.**

Características Sociodemográficas		Actitud		
		Negativa	Positiva	Valor de p
Sexo	Femenino	36.5%	63.5%	.840
	Masculino	34.1%	65.9%	
Edad (años)	18-35	33.7%	66.3%	.406
	36-45	31.8%	68.2%	
	46-55	43.9%	56.1%	
	56-65	26.1%	73.9%	
	>66	55.6%	44.4%	
Religión	Cristiana/adventista	40.0%	60.0%	.116
	Cristiana/católica	35.7%	64.3%	
	Cristiana/evangélica	22.8%	77.2%	
	Ninguna	44.6%	55.4%	
	Otra	33.3%	66.7%	
Educación	Nivel Primario	51.6%	48.4%	.166
	Nivel Secundario	37.3%	62.7%	
	Nivel superior	29.2%	70.8%	
	Nivel Técnico	23.1%	76.9%	

Fuente: Directa.



**Tabla. 5- Tipos de prácticas relacionadas con COVID-19, según variables sociodemográficas.**

Características Sociodemográficas		Prácticas		
		Incorrectas	Correctas	Valor de p
Sexo	Femenino	61.7%	38.3%	.545
	Masculino	56.5%	43.5%	
Edad (años)	18-35	56.6%	43.4%	<u>.030</u>
	36-45	50.0%	50.0%	
	46-55	78.0%	22.0%	
	56-65	47.8%	52.2%	
	>66	77.8%	22.2%	
Religión	Cristiana/adventista	50.0%	50.0%	.861
	Cristiana/católica	60.7%	39.3%	
	Cristiana/evangélica	61.4%	38.6%	
	Ninguna	59.5%	40.5%	
	Otra	33.3%	66.7%	
Educación	Nivel Primario	77.4%	22.6%	0.103
	Nivel Secundario	55.4%	44.6%	
	Nivel superior	55.6%	44.4%	
	Nivel Técnico	69.2%	30.8%	

Fuente: Directa.

**Tabla. 6- Relación CAP, estudio conocimientos actitudes y practicas relacionadas con COVID-19.**

Actitud					
		Negativa	Positiva	Total	Valor de p
Conocimientos	Adecuados	16.7%	83.3%	100.0%	<u>.000</u>
	Insuficientes	57.4%	42.6%	100.0%	
	Intermedio	44.6%	55.4%	100.0%	
Total		35.5%	64.5%	100.0%	

Practicas					
		Incorrectas	Correctas	Total	Valor de p
Conocimientos	Adecuados	47.8%	52.2%	100.0%	<u>.008</u>
	Insuficientes	72.2%	27.8%	100.0%	
	Intermedio	66.1%	33.9%	100.0%	
Total		59.5%	40.5%	100.0%	

Practicas					
		Incorrectas	Correctas	Total	Valor de p
Actitud	Negativa	77.5%	22.5%	100.0%	<u>.000</u>
	Positiva	49.6%	50.4%	100.0%	
Total		59.5%	40.5%	100.0%	

Fuente: Directa.

**Tabla. 7- Respuestas en la evaluación de conocimientos, estudio conocimientos actitudes y practicas relacionadas con COVID-19.**

		Frecuencia	Proporción
1- ¿Has oído hablar del COVID-19?	Si	200	100.0%
	No	0	0.0%
2- ¿Dónde se enteró?	Otras fuentes	5	2.5%
	televisor	62	31.0%
	Internet/redes sociales	97	48.5%
	Amigos de la familia	16	8.0%
	Periódico	6	3.0%
	campana de esclarecimiento del gobierno	14	7.0%
3-COVID-19 es lo mismo que el virus de la gripe?	Sí	68	34.0%
	No	94	47.0%
	No sé	38	19.0%
4- ¿Qué causa el COVID-19?	Bacterias	11	5.5%
	Virus	163	81.5%
	No sé	24	12.0%
	Hongos	2	1.0%
5- ¿Comer o tener contacto con animales salvajes resulta en la infección por COVID-19?	Sí	38	19.0%
	No	92	46.0%
	No sé	70	35.0%
6- ¿Cuál de las siguientes enfermedades es similar al COVID-19?	SARS	110	55.0%
	VIH/SIDA	8	4.0%
	Malaria	16	8.0%
	Tifoidea	1	0.5%
	Ébola	1	0.5%
	Ninguna de las anteriores	56	28.0%
	Todo lo anterior	8	4.0%
7- ¿Es posible que una persona COVID-19 positiva no muestre síntomas?	Sí	171	85.5%
	No	6	3.0%
	No sé	23	11.5%
8- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se contrae la enfermedad hasta que se manifiestan los síntomas (período de incubación)?	Menos de 7 días	45	22.5%
	1–14 días	87	43.5%
	No sé	53	26.5%
	2–21 días	14	7.0%
	1–3 meses	1	0.5%

Fuente: Directa.

**Continuación tabla 7- Respuestas en la evaluación de conocimientos relacionados con COVID-19.**

			Frecuencia	Proporción
9- de contagiarse de COVID-19?		Cualquiera puede estar infectado	193	96.5%
		Solo adolescentes y niños	1	0.5%
		Solo adultos jóvenes	2	1.0%
		solo gente mayor	4	2.0%
10-Cuál es un síntoma de COVID-19?	Fiebre alta	Si	173	86.5%
		No	27	13.5%
	Nariz que moquea	Si	90	45.0%
		No	110	55.0%
	Tos seca	Si	170	85.0%
		No	30	15.0%
	Dificultad para respirar	Si	183	91.5%
		No	17	8.5%
	Fatiga	Si	111	55.5%
		No	89	44.5%
	Sangrado	Si	15	7.5%
		No	185	92.5%
	Dolor muscular	Si	128	64.0%
		No	72	36.0%
11- ¿Cómo se propaga el virus?	Gotas de aire	Si	161	80.5%
		No	39	19.5%
	Mosquitos/moscas	Si	15	7.5%
		No	185	92.5%
	Contacto	Si	103	51.5%
		No	97	48.5%
	Contacto cercano	Si	168	84.0%
		No	32	16.0%
	No sé	Si	5	2.5%
		No	195	97.5%

Fuente: Directa.

**Continuación tabla 7- Respuestas en la evaluación de conocimientos relacionados con COVID-19.**

		Frecuencia	Proporción	
12- ¿Qué puede matar el virus?	Cloro diluido	Si	158	79.0%
		No	42	21.0%
	Desinfectantes	Si	164	82.0%
		No	36	18.0%
	Jabones	Si	119	59.5%
		No	81	40.5%
	Agua sola	Si	3	1.5%
		No	197	98.5%
	No sé	Si	12	6.0%
		No	188	94.0%
13- ¿Es importante lavarse las manos?	Sí	196	98.0%	
	No	0	0.0%	
	Quizás	4	2.0%	
14- cuánto tiempo debe lavarse las manos para matar el virus?	20 s a 1 min	100	50.0%	
	Menos de 20 s	41	20.5%	
	No sé	59	29.5%	

Fuente: Directa.

**Tabla. 8- Respuestas en la evaluación de las actitudes relacionadas con COVID-19.**

		Frecuencia	Proporción
1-Cuando me encuentre con mis amigos y colegas, siempre los saludaré con un apretón de manos.	De acuerdo	87	43.5%
	No estoy de acuerdo	113	56.5%
2-Cuando me encuentre con mis amigos y colegas, siempre los saludaré con un abrazo.	De acuerdo	59	29.5%
	No estoy de acuerdo	141	70.5%
3-Si tengo alguno de los síntomas asociados a la enfermedad, buscaré ayuda médica.	De acuerdo	173	86.5%
	No estoy de acuerdo	27	13.5%
4-Si descubro que contacté a una persona infectada con el virus, acepto estar aislado en casa por un período de tiempo determinado hasta que se demuestre que estoy libre de la enfermedad.	De acuerdo	171	85.5%
	No estoy de acuerdo	29	14.5%
5-Si hay una prueba de laboratorio disponible para la detección del virus, y creo que es posible que esté enfermo, estaría dispuesto a hacerme la prueba.	De acuerdo	187	93.5%
	No estoy de acuerdo	13	6.5%
6-Estoy dispuesto a vacunarme contra el virus y agregar una nueva dosis si es necesario.	De acuerdo	130	65.0%
	No estoy de acuerdo	70	35.0%
7- Suelo seguir las actualizaciones sobre la propagación del virus en mi país	De acuerdo	150	75.0%
	No estoy de acuerdo	50	25.0%
8- Suelo seguir las actualizaciones sobre la propagación del virus en todo el mundo.	De acuerdo	112	56.0%
	No estoy de acuerdo	88	44.0%
9- Si se organiza una conferencia sobre el virus cerca de mí, asistiré.	De acuerdo	111	55.5%
	No estoy de acuerdo	89	44.5%
10- Si se distribuyen volantes o folletos que incluyen información sobre la enfermedad, los leeré y seguiré las instrucciones mencionadas en ellos.	De acuerdo	153	76.5%
	No estoy de acuerdo	47	23.5%

Fuente: Directa.

**Tabla. 9- Respuestas en la evaluación de las prácticas relacionadas con COVID-19.**

		Frecuencia	Proporción
Me lavo las manos regularmente y durante el tiempo suficiente	Verdadero	168	84.0%
	Falso	32	16.0%
Suelo ponerme mascarilla para protegerme del riesgo de infección	Verdadero	149	74.5%
	Falso	51	25.5%
Uso brebajes tradicionales ante la posible infección por COVID-19	Verdadero	114	57.0%
	Falso	86	43.0%
Tomo cloroquina o aspirina ante posible infección por COVID-19	Verdadero	52	26.0%
	Falso	148	74.0%
No me he vacunado	Verdadero	38	19.0%
	Falso	162	81.0%
Me vacuné porque el “gobierno lo exigía” no porque creí que era necesario	Verdadero	81	40.5%
	Falso	119	59.5%
Tomo acetaminofén para detener la infección del COVID-19	Verdadero	62	31.0%
	Falso	138	69.0%
El distanciamiento social es “algo” que tomo en cuenta como medida efectiva	Verdadero	172	86.0%
	Falso	28	14.0%
Como frutas cítricas como el limón y tomo tabletas de vitamina C, como medida preventiva	Verdadero	165	82.5%
	Falso	35	17.5%
Hago gárgaras con sal para evitar contagiarme de COVID-19	Verdadero	78	39.0%
	Falso	122	61.0%

Fuente: Directa.

## Anexo 5: Documento de aprobación.



### Aplicación Completa para Estudiantes

**Código de Aplicación** ACECEI2022-35

**Nombre del Estudiante #1** Naira Mariel Severino Green

**Matrícula del Estudiante #1** 191089

**Nombre del Estudiante #2** Sindy Dahiana Villanueva Castro

**Matrícula del Estudiante #2** 220893

#### Nombre del Proyecto de Investigación

Conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con COVID-19 en los pacientes de la consulta de medicina Familiar de Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana en el periodo de abril-mayo del 2022.

#### ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO CON CONDICIÓN A

#### Comentarios del evaluador

Muy buena propuesta. Indicar quién tiene acceso a los datos y dónde serán guardados.

**Fecha de revisión** Friday, May 6, 2022

**CAMBIOS APROBADOS DÍA** Monday, May 9, 2022

#### ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO