



**Universidad  
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“PERCEPCION SOBRE INFECCIÓN POR SARS-CoV2  
EN TRABAJADORES DE SALUD DEL CENTRO DE  
SALUD CHACARILLA DE OTERO, JULIO 2020”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**PÉREZ CUBAS, AUREA AGRIPINA**

**ASESOR:**

**DRA. MARÍA HILDA CÁRDENAS DE FERNANDEZ**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

## Índice general

Índice General.....	¡Error! Marcador no definido.
Índice de Tablas.....	iii
Índice de Anexos .....	¡Error! Marcador no definido.
Resumen .....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN .....	7
II. MATERIALES Y METODOS .....	14
III. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	31
ANEXOS.....	35

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Datos demográficos de trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)	19
<b>Tabla 2.</b> Fuentes de información obtenida sobre el nuevo coronavirus en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)	21
<b>Tabla 3.</b> Conocimientos sobre el nuevo coronavirus en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)	23
<b>Tabla 4.</b> Percepciones y conocimientos sobre el nuevo coronavirus en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)	25

## Índice de Anexos

<b>Anexo B. Instrumento de recolección de datos.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Anexo C. Consentimiento informado .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Anexo D. Resolución o dictamen del comité de ética .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo E. Validez y confiabilidad de instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo F. Evidencia del trabajo de campo (Fotos) .</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## Resumen

**Objetivo:** determinar la percepción sobre la infección por SARS-CoV-2 en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020. **Material y método:** Estudio de diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal. Se evaluó una población de 121 trabajadores, a quienes se les envió un enlace web que contenía un cuestionario elaborado con preguntas para recabar datos demográficos, conocimientos y percepciones sobre el nuevo coronavirus. El instrumento fue desarrollado en la plataforma de Google Forms, y elaborada en base a información disponible en la página web de la Organización Mundial de la Salud. El cuestionario estuvo constituido de 23 ítems, distribuidas en 14 preguntas (2 preguntas abiertas, 1 pregunta en escala de Likert y 11 con opciones dicotómicas y politómicas). **Resultados:** La población tuvo predominio femenino (62,5%), y una edad promedio de  $36.9 \pm 12.9$  años. El personal con mayor participación fue de enfermería (27,1%), seguido de medicina (23,7%). El 47,9% señaló que la principal fuente de información sobre SARS-CoV-2 fue a través de redes sociales, así como por sitios web de entidades gubernamentales. Las respuestas correctas sobre preguntas formuladas con relación a SARS-CoV-2 alcanzaron el 75,3%, evidenciando una regular percepción y conocimientos sobre el virus. Los aspectos más vulnerables entre los trabajadores fue las preguntas que evalúan el periodo de incubación, rutas de transmisión y tratamiento de la COVID-19, con frecuencias de aserción de 49,2; 49,2 y 33,1%, respectivamente. **Conclusiones:** La percepción y nivel de conocimiento respecto a la infección por SARS-CoV-2 entre los trabajadores de salud es regular, aunque muy dispersa y con altas imprecisiones en cuanto a aspectos relacionados al periodo de incubación, rutas de transmisión, y tratamiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** Percepción, SARS-CoV-2, COVID-19, Trabajador de Salud

## Abstract

**Objective:** to determine the perception of SARS-CoV-2 infection in health workers at the Chacarilla de Otero Health Center, July 2020. **Material and method:** Observational, descriptive, and cross-sectional design study. A population of 121 workers was evaluated, and they were sent a web link containing a questionnaire made with questions to collect demographic data, knowledge, and perceptions about the new coronavirus. The instrument was developed on the Google Forms platform, and prepared based on information available on the website of the World Health Organization. The questionnaire was made up of 23 items, distributed in 14 questions (2 open questions, 1 question on a Likert scale and 11 with dichotomous and polytomous options). **Results:** The population was predominantly female (62.5%), and an average age of  $36.9 \pm 12.9$  years. The personnel with the highest participation was nursing (27.1%), followed by medicine (23.7%). 47.9% indicated that the main source of information on SARS-CoV-2 was through social networks, as well as through the websites of government entities. The correct answers on questions formulated in relation to SARS-CoV-2 reached 75.3%, evidencing a regular perception and knowledge about the virus. The most vulnerable aspects among the workers were the questions that evaluate the incubation period, transmission routes and treatment of COVID-19, with assertion frequencies of 49.2; 49.2 and 33.1%, respectively. **Conclusions:** The perception and level of knowledge regarding the infection by SARS-CoV-2 among health workers is regular, although very dispersed and with high inaccuracies regarding aspects related to the incubation period, transmission routes, and treatment of the illness.

**Keywords:** Perception, Nursing, Leadership, Coordinators

## I. INTRODUCCIÓN

La infección por el nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 produce la enfermedad catalogada como COVID-19 viene causando la pandemia más devastadora en las últimas décadas, con tasas de mortalidad que oscilan entre 3 y 6% entre las personas infectadas (1). En el Perú, la incidencia de infección por COVID-19 continúa en incremento con cifras que superan el medio millón de infectados y más de 20 mil fallecidos, según recientes reportes del Ministerio de Salud, y con mayor casuística en departamentos costeros, siendo Lima el departamento más afectado, con una tasa de letalidad cercana al 10.0% (2).

En este contexto, la participación del personal de salud es crucial para contener el crecimiento de la curva de infectados, y para brindar atención a las personas que padecen de COVID-19 (3, 4). Así mismo, el manejo de la enfermedad dentro y fuera de los establecimientos de salud depende de la gestión, el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta que tengan los trabajadores de salud (5).

A la fecha, se conoce poco sobre el nuevo coronavirus, ante ello, diferentes instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos (CDC) han desarrollado plataformas virtuales para capacitar y sensibilizar trabajadores de salud en cuanto a la identificación, prevención primaria y secundaria, respuesta y control de COVID-19 (6, 7).

A pesar de los esfuerzos en transmitir información de fuentes confiables, no todos los trabajadores de salud manejan el mismo nivel de conocimientos sobre el

nuevo coronavirus, generando discrepancias entre ellos mismos, y retrasando los esfuerzos de control para proporcionar el tratamiento necesario, e incluso con riesgo de favorecer la rápida propagación de la infección en los establecimientos de salud y poniendo en riesgo la vida de los pacientes (8).

También surge el problema de la dispersión de información no controlada a través de redes sociales, donde es habitual la presencia de comunicaciones no científicas que ocasiona aún más incertidumbre en la población general que es muy asidua al uso del internet (9) e incluso a nivel de personal de salud, donde en particular genera un impacto muy importante en la formación de la percepción sobre un tema o problema en particular (10).

El conocimiento puede influir en las percepciones de los trabajadores de salud, debido a sus experiencias y creencias pasadas. De hecho, puede limitar el reconocimiento y el manejo de potenciales pacientes con COVID-19 durante el período pandémico. Sin embargo, el nivel de conocimiento y las percepciones de los trabajadores de salud hacia COVID-19 siguen sin estar claros.

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se descubrió en Wuhan, capital de la provincia de Hubei, China en diciembre de 2019. Un grupo de pacientes ingresaron con fiebre, tos, falta de aliento y otros síntomas. Los pacientes fueron escaneados mediante tomografía computarizada, que reveló opacidades variadas (más densas, más profusas y confluentes) en comparación con imágenes de pulmones sanos. Este hallazgo condujo al diagnóstico inicial de neumonía (11). El análisis molecular por PCR-RT múltiple usando paneles de patógenos conocidos

dio resultados negativos, lo que sugirió que la causa de la neumonía era de origen desconocido. Se analizaron fluidos biológicos que revelaron a un virus con una secuencia genética similar al linaje de los agentes que produjeron el brote mundial de SARS en el año 2002 y MERS en el 2012 (12). La enfermedad por SARS-CoV-2 se ha extendido a al menos 202 países, ha infectado a casi 7 millones de personas y ha provocado al menos 400 mil muertes en todo el mundo (actualizado al 07 de mayo de 2020) (13). Se sospecha que se subestima el número total de infecciones reportadas por COVID-19, ya que hay muchos casos leves o asintomáticos que no se detectan. De hecho, las personas asintomáticas son tan infecciosas como las personas sintomáticas y, por lo tanto, son capaces de propagar aún más la enfermedad (14).

El SARS-CoV-2 puede transmitirse de humano a humano. La hipótesis actual es que la primera transmisión se produjo entre murciélagos y un animal huésped intermedio aún por determinar. Se estima que una persona infectada con SARS-CoV-2 infectará aproximadamente a tres personas nuevas (11). Los síntomas pueden variar, con algunos pacientes que permanecen asintomáticos, mientras que otros presentan fiebre, tos, fatiga y una serie de otros síntomas. Los síntomas pueden ser similares a los pacientes con gripe o resfriado común (15). En esta etapa, se cree que el modo más probable de transmisión es a través del contacto directo y la propagación de gotas (16). Un estudio reciente que analizó la estabilidad de la superficie y el aerosol del SARS-CoV-2 mostró que el virus se puede encontrar en los aerosoles (< 5 µm) hasta 3 horas y puede ser más estable en plástico y acero inoxidable que en cobre y cartón (17).

Las características clínicas de COVID-19 son variadas, desde el estado asintomático hasta el síndrome de dificultad respiratoria aguda y la disfunción multiorgánica. Las características clínicas comunes incluyen fiebre (no del todo), tos, dolor de garganta, dolor de cabeza, fatiga, dolor de cabeza, mialgia y disnea. La conjuntivitis también se ha descrito. Por lo tanto, son indistinguibles de otras infecciones respiratorias (18). Al término de la primera semana desde la primo infección, la enfermedad puede progresar a neumonía, insuficiencia respiratoria y muerte (19). Las complicaciones incluyen lesión pulmonar aguda, síndrome de distrés respiratorio agudo, shock y lesión renal aguda (20). La recuperación se da en la segunda o tercera semana después del inicio de síntomas, y la duración de la estancia hospitalaria en los que se recuperan es de 10 días. Los resultados adversos y la muerte son más comunes en los ancianos y aquellos con comorbilidades subyacentes (50-75% de los casos fatales). La tasa de mortalidad en pacientes adultos hospitalizados oscila entre 4 y 11%. Se estima que la tasa general de letalidad oscila entre el 2 y el 3% (21).

En cuanto al conocimiento y percepción de un individuo, esta es autónoma con respecto al pensamiento. Esto se debe a que la percepción está vinculada al estímulo y se basa en contenidos mentales, principios legales y reglas que son inconscientes y en una forma muy diferente de dicho conocimiento proposicional representado conscientemente (22).

Escalera J. y colaboradores (Bolivia, 2020), realizaron la investigación titulada “Conocimientos de estudiantes y trabajadores de salud frente a la transmisión, epidemiología y síntomas de COVID-19 en 41 establecimientos de

Bolivia y Colombia”, que tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimientos sobre aspectos de salud relacionados a COVID-19 en trabajadores sanitarios. Realizaron un estudio de diseño transversal descriptivo, donde evaluaron 1165 trabajadores y estudiantes de salud, utilizando un cuestionario virtual diseñado por el Comité de Medicina Tropical, Zoonosis y Medicina del Viajero, la Asociación Colombiana de Enfermedades Infecciosas y el Ministerio de Salud de Bolivia. Los resultados evidenciaron que los conocimientos sobre la infección por SARS-CoV-2 es alta entre trabajadores de salud de Bolivia (97.4%) y Colombia (93.0%), después de haber pasado por un programa de capacitación online. Concluyeron que los trabajadores y estudiantes en ciencias de la salud tienen un nivel de conocimientos aceptables en relación con el contexto COVID-19 (23).

Zhou M. y colaboradores (China, 2020), realizaron la investigación titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a COVID-19 entre trabajadores de salud en Henan, China”, que tuvo por objetivo analizar el estado de conocimientos de los trabajadores de salud frente a la pandemia COVID-19. Realizaron un estudio de diseño transversal descriptivo, donde evaluaron 1357 trabajadores del Hospital de Henan en Wuhan, China, utilizando un cuestionario constituido de dos partes, la primera incluyó variables demográficas, laborales y educación; mientras que la segunda parte preguntas cerradas para valorar el nivel de conocimientos y actitudes frente a COVID-19. Los resultados evidencian que el 89% de los trabajadores de salud tuvieron conocimientos suficientes sobre COVID-19, el 85% tenían temor de infección laboral y el 89.7% seguía prácticas correctas respecto al manejo del riesgo por infección a SARS-CoV-2; también evidenciaron que la experiencia y categoría

laboral influían sobre las actitudes y prácticas en los trabajadores de salud. Concluyeron que los trabajadores de salud tienen conocimientos adecuados para el manejo de pacientes con COVID-19 (24).

Bhagavathula A. y colaboradores (Emiratos Árabes, 2020), realizaron la investigación titulada “Conocimientos y percepciones de COVID-19 en trabajadores de salud”, que tuvo por objetivo investigar el conocimiento y percepción de personal sanitario frente a COVID-19. Realizaron un estudio de diseño transversal descriptivo, donde evaluaron 453 trabajadores sanitarios, utilizando un cuestionario estructurado a partir de la información provista por CDC de Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud. Los resultados evidenciaron que el 61% de los trabajadores de salud obtenían información sobre COVID-19 a través de sus redes sociales, y una proporción similar tenían poco conocimiento sobre la forma de transmisión de SARS-CoV-2, además encontraron que la edad y profesión estuvieron asociadas a un conocimiento inadecuado y mala percepción sobre COVID-19. Concluyeron el personal no tiene los conocimientos suficientes para orientar pacientes dentro del contexto COVID-19 y se requieren implementar programas de capacitación urgente en la población de estudio (25).

El estudio es importante porque se enmarca dentro del contexto detallado en el Decreto de urgencia que declara el estado de emergencia nacional por consecuencia del brote por COVID-19 (26); además de considerarse como una prioridad mundial, toda investigación relacionada a COVID-19 (27). Así mismo, la enfermedad producida por SARS-CoV-2 es considerada como una infección respiratoria con desenlaces de neumonía en muchos casos, aspectos que también

se incluyen dentro de las prioridades nacionales de investigación en salud en Perú para el quinquenio 2017-2021 (28). En ese sentido, la propuesta de investigación es justificable y relevante dado el panorama que se tiene respecto a COVID-19 a nivel nacional y mundial. En el caso de Perú, no se ha evidenciado estudios que hayan abordado la percepción del personal de salud con relación a COVID-19, y a nivel internacional, son limitadas las publicaciones que guarden similitud al problema planteado. A nivel práctico, los resultados permitirán evidenciar el estado de percepción y conocimiento objetivo sobre COVID-19 en personal de salud, y esto servirá para promover capacitaciones que aborden el problema de manera integral, y a través de herramientas informáticas que garanticen el distanciamiento social, entre las más importantes el e-learning (Google Hangouts, Zoom, Facebook Live y Microsoft Teams, entre otros) como sistema esencial para educar sobre enfermedades emergentes de manera masiva, eliminando fronteras y reduciendo el tiempo entre la generación de conocimiento y su aplicación en la práctica clínica, aún más en regiones de bajos ingresos donde el impacto de la enfermedad puede ser devastadora. En lo metodológico, este estudio aporta el uso de un instrumento desarrollado a partir de las plataformas virtuales de capacitación que dispone la Organización Mundial de la Salud, de tal forma que el contenido es válido y consistente. Por lo expuesto, la pandemia de COVID-19 ofrece una oportunidad única para investigar y proponer como objetivo de estudio la evaluación del nivel de conocimiento y percepciones de los trabajadores sanitarios durante esta crisis de salud global.

## II. MATERIALES Y METODOS

### 2.1. ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La propuesta de investigación es de enfoque cuantitativo, con un diseño de estudio de tipo no experimental, corte transversal y de nivel descriptivo (29).

### 2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población estuvo constituida por trabajadores de salud (profesionales de salud, técnicos, auxiliares y personal de limpieza) del Centro de Salud Chacarilla de Otero, ubicado en el Distrito de San Juan de Lurigancho, cuya incidencia de COVID-19 es la más elevada a nivel nacional. La cantidad de personas evaluadas fue de 121 trabajadores de salud (profesionales de salud, técnicos y auxiliares), de tal modo que no se requirió de un diseño muestral, debido a que se realizó una evaluación de tipo censal. Las personas fueron seleccionadas de acuerdo con criterios de elegibilidad. Se excluyeron trabajadores clasificados como personal administrativo.

### 2.3. VARIABLE(S) DE ESTUDIO

La variable principal del estudio es la “percepción” del trabajador de salud sobre aspectos relacionados a la infección por SARS-CoV-2.

**Definición conceptual de variable principal:** *“La percepción es la forma en la que el cerebro detecta las sensaciones que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno (interpretación)”* (30).

**Definición operacional de variable principal:** Es el conocimiento, actitud, o creencia que tiene el trabajador de salud respecto a la infección por SARS-CoV-2 dentro del contexto actual de la pandemia, y contrastada con la realidad valorada por entidades de salud global como la Organización Mundial de la Salud.

## 2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica que se empleó en esta investigación fue la encuesta vía online (diseñado en formato de Google Forms), previo contacto telefónico con el personal de salud, esto servirá para sensibilizar sobre la importancia de participar en el estudio, y sobre todo para reducir el riesgo de infección por SARS-CoV-2 a los encuestadores.

La percepción sobre la infección por el nuevo coronavirus fue evaluada mediante la administración de un cuestionario desarrollado en base a la información proporcionada en el curso online de la Organización Mundial de la Salud (<https://openwho.org/courses/introduccion-al-ncov>) (6).

El instrumento estuvo constituido de 23 ítems distribuido en 14 preguntas (2 preguntas abiertas, 1 pregunta en escala de Likert y 11 con opciones dicotómicas y politómicas) (**Ver anexo B**). El instrumento contiene preguntas para obtener información demográfica (edad, sexo, profesión), conocimientos sobre SARS-CoV-2 (fuente de información, periodo de incubación, sintomatología, etiología, mecanismos de transmisión, complicaciones de COVID-19, tratamiento y prevención) y creencias (7 ítems sobre mitos y verdades acerca de SARS-CoV-2). Los ítems relacionados a fuentes de información se evaluarán en escala de Likert con una escala de 1 al 4, donde 1 representa “menos utilizada” y 4 “más utilizada”. Los ítems relacionados a mitos y verdades se evaluaron de forma binaria, con respuesta falsa (F) o verdadera (V).

El instrumento fue evaluado para garantizar 2 aspectos fundamentales: validez y confiabilidad/consistencia interna. La validez fue evaluada por 3 expertas (**licenciadas en enfermería con segunda especialidad**) cuyas puntuaciones permitieron estimar el p-valor con la prueba de esfericidad de Barlett (valor

estimado:  $p=0.000$ ) y prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cuyo valor fue de 0,795. La confiabilidad y consistencia interna fue evaluado a partir de la información obtenida de la aplicación de una prueba piloto sobre 20 trabajadores de salud seleccionados aleatoriamente, cuyas respuestas fueron analizadas para estimar el alfa de Cronbach (valor estimado: 0,916). De ese modo se aseguró la validez (prueba de Barlett y KMO) y confiabilidad (Alfa de Cronbach) del instrumento. **Ver anexo E**

## **2.5. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

Se realizaron coordinaciones con la dirección del Centro de Salud Chacarilla de Otero en San Juan de Lurigancho. Se envió una nota informativa adjuntando la propuesta de investigación, y se solicitó el permiso administrativo para la ejecución del proyecto; luego, se pidió la nómina de los trabajadores, números de celulares, e-mails y sus puestos de trabajo, para proceder a la clasificación según grupos de riesgo de exposición a SARS-CoV-2. Luego, se invitó a través de e-mails a cada trabajador para su participación.

### **2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos**

El instrumento fue administrado vía online a cada trabajador, para el cual, se envió el enlace web (URL) a los números de celulares, WhatsApp, mensajes de texto y correos electrónicos. EL instrumento fue diseñado bajo la tecnología de Google Forms. Cada formulario completado sirvió para construir una base datos en Microsoft Excel y posteriormente exportada a un programa de análisis estadístico.

## **2.6. METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO**

Cada ítem que permite la evaluación de la variable principal fue presentado de forma descriptiva con frecuencias absolutas y relativas. Las preguntas que definen las percepciones y conocimientos sobre COVID-19, fueron presentados en tablas con valores de las frecuencias absolutas y relativas. Los cálculos fueron realizados en el programa estadístico SPSS.

## **2.7. ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigación involucra la evaluación de personas, por lo que se cumplió con los principios de la ética para la investigación en seres humanos, y su cumplimiento se evalúa de la siguiente forma:

### **Principio de autonomía**

Se obtuvo el consentimiento informado electrónico a través de Google Forms, y fue de manera voluntaria para cada participante, no coaccionando u obligando a que sea enrolado al estudio. El participante también pudo decidir si abandona o no el llenado del instrumento, no afectando en las recomendaciones que se puedan desplegar de esta investigación.

### **Principio de beneficencia**

El diagnóstico situacional sobre la percepción de los trabajadores sanitarios en relación a COVID-19 fue fundamental para tomar medidas complementarias en cuanto a la capacitación y estrategias de enseñanza virtual, de tal forma que se estandarice conceptos que son vitales en la comunicación que se le brinda a los pacientes.

**Principio de no maleficencia**

La investigación y aplicación de sus instrumentos no implica riesgo para el participante, dado que solo consiste en el llenado de una encuesta online, a fin de respetar el distanciamiento social recomendado por el ministerio de salud.

**Principio de justicia**

La administración del instrumento es equitativa para todos, y no discrimina ningún aspecto que pueda generar vulneración de derechos fundamentales en la persona.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1. Datos demográficos de trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)**

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	121	100,0
<b>Sexo del participante</b>		
Masculino	46	37,5
Femenino	75	62,5
<b>Grupo etario del participante</b>		
≤30 años	48	39,7
31-45 años	44	36,4
>45 años	29	23,9
<b>Grupo ocupacional</b>		
Enfermero(a)	32	27,1
Médico	28	23,7
Técnico (a) en salud	25	21,2
Otro profesional de salud	21	17,8
Estudiante de carrera de salud	12	10,2
<b>¿Ha escuchado sobre el nuevo coronavirus?</b>		
No	1	0,8
Si	120	99,2
<b>¿Has asistido a alguna de las conferencias y/o capacitaciones sobre la enfermedad producida por el nuevo coronavirus?</b>		
No	33	27,3
Si	88	77,7

En la tabla 1, se muestra las características demográficas de la población de estudio, la cual estuvo constituida por trabajadores de salud, cuyo predominio fue femenino (62,5%). La edad tuvo un promedio de  $36.9 \pm 12.9$  años, y fue categorizada en tres grupos etarios, de los cuales el más frecuente fue de 30 años a menos (39,7%), seguido de 31-45 años (36,4%) y mayores de 45 años (23,9%). Según grupo ocupacional, predominó la participación de profesionales de enfermería con 27,1%, seguido de médicos y técnicos de salud (enfermería, laboratorio y farmacia) con 23,7 y 21,2%, respectivamente. Así mismo, también participaron otro tipo de profesionales de salud (odontólogos, obstetras, farmacéuticos, asistentes sociales, entre otros) representando el 17,8%, y finalmente estudiantes de profesiones en ciencias de la salud con el 10,2%. Con relación al nuevo coronavirus, solo un trabajador sanitario reportó no haber escuchado nada sobre este; mientras que el 77,7% indicó que hubo asistido a algún tipo de capacitación respecto a la enfermedad producida por el nuevo coronavirus.

**Tabla 2. Fuentes de información obtenida sobre el nuevo coronavirus en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)**

Fuente de información sobre el nuevo coronavirus	Fuente de información							
	Menos utilizada		Algunas veces		Muchas veces		Más utilizado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Noticias, medios (TV, radio, periódicos, otros)	19	15,7	42	34,7	40	33,1	20	16,5
Redes sociales (Facebook, Twitter, WhatsApp, YouTube, Instagram, Snapchat, otros)	22	18,2	46	38,0	39	32,3	14	11,6
Sitios web oficiales del gobierno (MINSA, INS, OMS, CDC, otros)	14	11,6	27	22,3	58	47,9	22	47,9
Miembro de la familia, colega o amigo	40	33,1	45	37,2	30	24,8	6	5,5

En la tabla 2, se muestran las fuentes de información que tuvieron los trabajadores de salud para conocer más sobre el nuevo coronavirus y la enfermedad que produce. La fuente más utilizada por la población de estudio fue a través de páginas web oficiales del gobierno, como las del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Organización Mundial de la Salud y Centro de Prevención y Control de Enfermedades del Perú, representando el 47,9%. El porcentaje de respuesta fue igual para la información obtenida a través a redes sociales como Facebook, Twitter, WhatsApp, YouTube, Instagram y Snapchat. La fuente de información menos utilizada reportada por los trabajadores de salud fue la obtenida por miembros de la familia, colegas o amigos, representando el 33,1%

**Tabla 3. Conocimientos sobre el nuevo coronavirus en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)**

Preguntas sobre el nuevo coronavirus	Total	
	N	%
<b>¿Cuál es el periodo de incubación del nuevo coronavirus?</b>		
2-7 días	23	19,2
2-14 días*	59	49,2
7-14 días	31	25,8
7-21 días	6	5,0
Ninguna de las anteriores	1	0,8
<b>Los síntomas más frecuentes del nuevo coronavirus en personas adultas son todos, excepto:</b>		
Dolor de cabeza	4	3,3
Fiebre	14	11,6
Tos	1	0,8
Dolor de garganta y secreción nasal	17	14,1
Rash cutáneo*	85	70,3
<b>Se cree que el origen del nuevo coronavirus proviene de:</b>		
Murciélagos*	95	79,8
Peces	1	0,8
Desconocido	23	19,3
<b>La transmisión del nuevo coronavirus ocurre a través de:</b>		
Aire	20	16,7
Contacto	59	49,2
Fecal-oral	1	0,8
Todas las anteriores*	36	30,0
Ninguna de las anteriores	4	3,3
<b>¿Cuáles son las complicaciones que produce el nuevo Coronavirus?</b>		
Neumonía	18	15,0
Falla respiratoria	6	5,0
Muerte	3	2,5
Todas las anteriores*	93	77,5
<b>¿Cuál es el tratamiento para la infección por el nuevo coronavirus?</b>		
Cuidados de apoyo*	40	33,1
Terapia antiretroviral	19	15,7
Vacunación	5	4,1
Ninguna de las anteriores	57	47,1
<b>¿Como se reduce el riesgo de transmisión?</b>		
Cubrirse la nariz y boca al toser	2	1,6
Mantener el distanciamiento social	3	2,5
Todas las anteriores*	116	95,9

\*Respuesta correcta

En la Tabla 3, se muestran los conocimientos que tienen los trabajadores de salud sobre el nuevo coronavirus, en aspectos de etiología, epidemiología, manifestaciones clínicas, y tratamiento. El 49,2% de los evaluados, respondieron correctamente en cuanto al periodo de incubación de la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 70,3% coincidió en que la presencia de rash cutáneo no es el síntoma más frecuente entre los infectados adultos por el nuevo coronavirus. Con relación a la procedencia del nuevo coronavirus, el 79,8% respondieron que proviene de los murciélagos, un caso señaló el origen en los peces, y el resto como procedencia desconocida. En cuanto a la transmisión del nuevo coronavirus, sólo el 30,0% respondió correctamente, mientras que el 49,2% señaló que la transmisión es únicamente por el contacto. Entre las complicaciones clínicas que produce el nuevo coronavirus, el 77,5% respondió correctamente, señalando a la neumonía, falla respiratoria y muerte con las principales complicaciones de la COVID-19. Respecto al tratamiento de la infección por el nuevo coronavirus, el 47,1% respondió que los cuidados de apoyo, terapia antiretroviral y vacunación no forman parte del tratamiento, mientras que el 33,1% respondió correctamente señalando que los cuidados de apoyo son fundamentales en el tratamiento de la enfermedad. Finalmente, respecto a las medidas para reducir el riesgo de transmisión del nuevo coronavirus, el 95,9% coincidió correctamente en que el distanciamiento social y protección de boca y nariz al toser son medidas fundamentales para controlar la transmisión.

**Tabla 4. Percepciones y conocimientos sobre el nuevo coronavirus en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020 (N=121)**

Preguntas sobre el nuevo coronavirus	Total	
	N	%
Se cree que los síntomas del nuevo coronavirus pueden aparecer en tan solo 2 días o hasta 14 después de la exposición		
Verdadero*	101	83,5
Falso	20	16,5
Si alguien contrae el nuevo coronavirus, no hay posibilidad de supervivencia		
Verdadero	8	6,6
Falso*	113	93,4
Si alguien recibió una vacuna contra la gripe, esta es suficiente contra el nuevo coronavirus.		
Verdadero	7	5,8
Falso*	114	94,2
Incluso en áreas que experimentan brotes, los productos cárnicos se pueden consumir de manera segura si estos se cocinan bien y se manejan adecuadamente durante su preparación		
Verdadero*	90	74,4
Falso	31	25,6
Si alguien tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, debe buscar atención médica oportuna y compartir el historial de viajes previos con el personal médico		
Verdadero*	113	93,4
Falso	8	6,6
Si alguien trabaja en un "mercado", se recomienda desinfectar el equipo y el área de trabajo al menos una vez al día		
Verdadero*	107	88,4
Falso	14	11,6
Según las pautas de la OMS para el nuevo coronavirus, solo necesita lavarse las manos cuando estén visiblemente sucias		
Verdadero*	12	9,9
Falso	109	90,1

\*Respuesta correcta

En la Tabla 4, se muestran los resultados sobre las percepciones de los trabajadores de salud con relación al nuevo coronavirus. En cuanto al tiempo de aparición de síntomas producidos por el nuevo coronavirus, el 83,5% respondió correctamente, señalando que los síntomas aparecen entre el día 2 y 14 post exposición. Respecto a la supervivencia de un infectado con el nuevo coronavirus, el 93,4% indicó correctamente que esta si es posible. Por otra parte, el 94,2% consideró de forma acertada que la vacunación contra la gripe no es suficiente contra el nuevo coronavirus. En relación con el consumo de productos cárnicos en áreas endémicas al nuevo coronavirus, el 74,4% señaló correctamente que, si estos se cocinan y manipulan adecuadamente, pueden consumirse sin riesgo de infección. En cuanto a las personas que manifiestan síntomas como fiebre, tos y dificultad para respirar, el 93,4% consideró que se debe acudir inmediatamente a un establecimiento de salud para recibir atención médica oportuna. Para el caso de las personas que trabajan en conglomerados como mercados, el 88,4% de los trabajadores de salud indicaron que se debe desinfectar el área de trabajo al menos una vez al día. Finalmente, el 90,1% de los evaluados consideró que el lavado de manos sucias no es la única pauta indicada por OMS para la prevención de la infección por el nuevo coronavirus.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSION

La percepción que tienen los trabajadores de salud sobre el nuevo coronavirus es buena; sin embargo, en algunos aspectos de la enfermedad COVID-19, los conocimientos sobre ella son muy dispersos y disímiles, evidenciando limitaciones en cuanto a la uniformidad de la información manejada, y esto probablemente debido por las múltiples fuentes de información obtenida entre los trabajadores de salud.

La obtención de información a partir de fuentes auténticas es fundamental para difundir datos imparciales y confiables sobre la infección por el nuevo coronavirus y la COVID-19. Sin embargo, hemos evidenciado que cerca al 50% de los trabajadores de salud indicaron que su principal fuente de información respecto al nuevo coronavirus es a través de redes sociales. Un hallazgo de considerable preocupación y similar a los reportado por Bhagavathula A. et al, quienes evidenciaron que el 61% de los trabajadores de salud obtenían información sobre COVID-19 a través de sus redes sociales, y una proporción similar tenían poco conocimiento sobre la forma de transmisión de SARS-CoV-2 (25). Actualmente, existe una gran diversidad de información disponible a través de Internet, incluida información maliciosa no verificada, que puede propagarse rápidamente y confundir a los trabajadores de salud (10). En particular, las autoridades sanitarias y las evidencias científicas señalan que la desinformación generalizada sobre el COVID-19 es una seria preocupación que causa xenofobia en todo el mundo (31, 32). En este sentido, los trabajadores de salud deben evaluar cuidadosamente la

información relacionada con COVID-19 y deben utilizar contenido científico y auténtico como fuentes de información generadas a través de entidades gubernamentales, autoridades de salud a nivel mundial, regional y local.

En general, el 75.3% de la población evaluada respondió correctamente respecto a las preguntas formuladas. Este valor está por debajo de lo reportado por otros estudios. Por ejemplo, en China, Zhou M. et al evidenciaron que el 89% de los trabajadores de salud tuvieron conocimientos suficientes sobre COVID-19 (24). Esta diferencia podría deberse a que la pandemia por COVID-19 se inició en China y, por consiguiente, son trabajadores de salud con mas tiempo en el manejo de casos; además de ser un país con excelentes tecnologías de comunicación e información para asegurar cobertura de capacitación a su personal. De hecho, los programas de capacitación juegan un rol fundamental en la uniformización de la información sobre COVID-19. Escalera J. et al evidenciaron que los conocimientos entre trabajadores de salud de Bolivia sobre la infección por el nuevo coronavirus alcanzaron el 97.4% y en Colombia el 93.0%, después de haber pasado por un programa de capacitación online (23).

Los hallazgos de este estudio sugieren una brecha significativa entre la cantidad de información disponible sobre COVID-19 y la profundidad del conocimiento entre los trabajadores sanitarios, particularmente sobre el modo de transmisión y el período de incubación de COVID-19. Además, muchos trabajadores de la salud aliados un conocimiento inexacto del COVID-19 (por ejemplo, pensar que se puede tratar con antivirales y hay una vacuna disponible). Esto es preocupante porque el aumento de COVID-19 en Perú continúa en ascenso; sin

embargo, a pesar de que las autoridades sanitarias proporcionan una gran cantidad de recursos para educar a los trabajadores de salud y mejorar su conocimiento sobre COVID-19, las estrategias para asegurar trabajador capacitado no son claras y resultan hasta deficientes. También es importante señalar, que la percepción y el conocimiento son muy dispersos entre los trabajadores de salud. Una posible explicación de estas diferencias puede ser en que los médicos y enfermeras están más capacitados en enfermedades infecciosas y farmacoterapia debido a su continuo desarrollo profesional. Por lo tanto, nuestros hallazgos sugieren que se necesita un mayor estímulo por parte de las autoridades de salud para distribuir el conocimiento relacionado con COVID-19 a todas las categorías de trabajadores sanitarios.

El estudio presentó ciertas limitaciones. En primer lugar, se diseñó un estudio transversal, y esto limita la generalización de los resultados, sobre todo en un contexto de pandemia que cambia día a día, y la información y hallazgos científicos respecto al nuevo coronavirus va en incremento; no obstante, los resultados pueden expresar un diagnóstico situacional de la percepción y conocimiento aproximado en los trabajadores de salud. Por otro lado, la aplicación online del instrumento puede generar que las respuestas ingresadas no necesariamente reflejen la percepción o nivel de conocimiento del participante, y depende mucho del grado de honestidad de cada persona; pero, por otro lado, mejora el nivel de cobertura y adherencia de los participantes, ya que, al tener la facilidad de responder a través de smartphones y dispositivos similares, se logró completar con el tamaño de muestra previsto.

Dado que casi la mitad de los trabajadores sanitarios usan sitios web oficiales del gobierno como fuente principal de información sobre COVID-19. Esto indica que las actualizaciones relacionadas con COVID-19 publicadas en línea por las autoridades gubernamentales de salud oficiales en Perú, tuvieron implicaciones positivas para mejorar los niveles de conocimiento de los trabajadores sanitarios. Nuestros resultados respaldan la necesidad de mejorar los programas de capacitación respecto al nuevo coronavirus y COVID-19, sobre todo en aspectos de prevención primaria, ya que la información presentada en las redes sociales, una fuente importante de alimentación informativa entre los trabajadores de salud es muy dispersa, y se debe mejorar la adherencia hacia las capacitaciones oficiales brindadas por instituciones de salud.

## **4.2 CONCLUSIÓN**

- La percepción y nivel de conocimiento respecto a la infección por SARS-CoV-2 entre los trabajadores de salud es regular, aunque muy dispersa y con altas imprecisiones en cuanto a aspectos relacionados al periodo de incubación, rutas de transmisión, y tratamiento de la enfermedad.

## **4.3 RECOMENDACIONES**

- Promover y organizar programas de capacitación a trabajadores de salud en todas sus categorías (profesionales, técnicos, auxiliares y personal de apoyo), con relación a la infección por SARS-CoV-2, con especial énfasis en la dinámica de la enfermedad, rutas de transmisión del virus y tratamiento de la COVID-19.

- Programar evaluaciones inopinadas breves y de forma periódica sobre el personal de salud, para evaluar el progreso de las capacidades cognitivas respecto a la COVID-19, incluyendo nuevos aspectos de la enfermedad.
- Proponer el uso de instrumentos online para su administración y evaluación de otros aspectos que puedan mejorar la percepción y los conocimientos del trabajador de salud respecto a la COVID-19.
- Mejorar el instrumento online y aplicarlo en otros establecimientos de salud bajo un enfoque multicéntrico, a fin de tener resultados que sean generalizables a toda la población de trabajadores de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khafaie MA, Rahim F. Cross-Country Comparison of Case Fatality Rates of COVID-19/SARS-COV-2. *Osong Public Health Res Perspect*. 2020;11(2):74-80.
2. MINSA. Sala situacional COVID-19 Perú Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp).
3. Alvarez RP, Harris PR. COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. *Revista chilena de pediatría*. 2020;91:179-82.
4. Wu D, Lu J, Liu Y, Zhang Z, Luo L. Positive effects of COVID-19 control measures on influenza prevention. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2020.
5. Posada G. Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Revista de Salud Pública*. 2016;18:379.
6. OMS. Nuevos virus respiratorios, incluido el COVID-19: métodos de detección, prevención, respuesta y control: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: <https://openwho.org/courses/introduccion-al-ncov>.
7. CDC. Training for Healthcare Professionals United States: Center for Disease Control and Prevention; 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/training.html>.
8. Geberemariam BS, Donka GM, Wordofa B. Assessment of knowledge and practices of healthcare workers towards infection prevention and associated factors in healthcare facilities of West Arsi District, Southeast Ethiopia: a facility-based cross-sectional study. *Arch Public Health*. 2018;76:69-.
9. Abrams LC. Public Health in the Era of Social Media. *Am J Public Health*. 2019;109(S2):S130-S1.

10. Chan WS, Leung AY. Use of Social Network Sites for Communication Among Health Professionals: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018;20(3):e1117-e.
11. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Military Medical Research*. 2020;7(1):11.
12. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious diseases of poverty*. 2020;9(1):29.
13. JHU. Coronavirus Resource Center United States: Johns Hopkins University & Medicine; 2020. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
14. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr*. 2020;87(4):281-6.
15. Meo SA, Alhowikan AM, Al-Khlaiwi T, Meo IM, Halepoto DM, Iqbal M, et al. Novel coronavirus 2019-nCoV: prevalence, biological and clinical characteristics comparison with SARS-CoV and MERS-CoV. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2020;24(4):2012-9.
16. Morawska L, Cao J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. *Environ Int*. 2020;139:105730-.
17. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England journal of medicine*. 2020;382(16):1564-7.
18. Fu L, Wang B, Yuan T, Chen X, Ao Y, Fitzpatrick T, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*. 2020:S0163-4453(20)30170-5.

19. Weiss P, Murdoch DR. Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10229):1014-5.
20. Jiang F, Deng L, Zhang L, Cai Y, Cheung CW, Xia Z. Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of general internal medicine*. 2020.
21. Team CC-R. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(12):343-6.
22. Rock I. Perception and knowledge. *Acta psychologica*. 1985;59(1):3-22.
23. Escalera-Antezana JP, Cerruto-Zelaya PE, Apaza-Huasco M, Miranda-Rojas SH, Flores-Cardenas CA, Rivera-Zabala L, et al. Healthcare workers' and students' knowledge regarding the transmission, epidemiology and symptoms of COVID-19 in 41 cities of Bolivia and Colombia. *Travel medicine and infectious disease*. 2020:101702.
24. Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, You G, et al. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. *The Journal of hospital infection*. 2020.
25. Bhagavathula AS, Aldhaleei WA, Rahmani J, Mahabadi MA, Bandari DK. Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e19160.
26. D.U. N° 026-2020: Decreto de Urgencia que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional, (2020).
27. OMS. Expertos y entidades de financiación de todo el mundo establecen prioridades para la investigación de la COVID-19: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/12-02-2020-world-experts-and-funders-set-priorities-for-covid-19-research>.

28. INS. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021: Resumen Ejecutivo Proceso de identificación de prioridades nacionales de investigación en salud 2017-2021 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud; 2017.
29. Vallejo M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. Archivos de cardiología de México. 2002;72:08-12.
30. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales. 2004:89-96.
31. Huang J, Liu R. Xenophobia in America in the Age of Coronavirus and Beyond. J Vasc Interv Radiol. 2020;31(7):1187-8.
32. Cheng SO. Xenophobia due to the coronavirus outbreak - A letter to the editor in response to "the socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review". Int J Surg. 2020;79:13-4.

## **ANEXOS**

## Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 1							
TÍTULO: Percepción sobre infección por SARS-CoV2 en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Junio 2020							
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Percepción	Tipo de variable según su naturaleza:	Percepción es la acción y efecto de percibir. En este sentido, el término percepción hace alusión a las impresiones que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos (vista, olfato tacto, auditivo y gusto). Por otro lado, percepción es el conocimiento o la comprensión de una idea (30).	Es el conocimiento, actitud, o creencia que tiene el trabajador de salud respecto a la infección por SARS-CoV-2 dentro del contexto actual de la pandemia, y contrastada con la realidad valorada por entidades de salud global como la Organización Mundial de la Salud.	Fuentes de información sobre COVID-19	1 (pregunta 6)	Malo  Regular  Bueno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correcto: 1 punto</li> <li>• Incorrecto: 0 puntos</li> <li>✓ 0-5 puntos: Malo</li> <li>✓ 6-10 puntos: Regular</li> <li>✓ &gt;10 puntos: Bueno</li> </ul>
	Cualitativa			Epidemiología de COVID-19	7 (preguntas 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)		
	Escala de medición: Ordinal			Conocimientos generales sobre COVID-19	1 (pregunta 14)		
							Menos utilizado: 1 punto Algunas veces: 2 puntos Más seguido: 3 puntos Más utilizado: 4 puntos

## **Anexo B. Instrumentos de recolección de datos**

### **CUESTIONARIO PARA VALORAR LA PERCEPCION SOBRE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2**

#### **I. PRESENTACIÓN**

Estimado trabajador de la salud:

La pandemia actual de la enfermedad por Coronavirus (COVID-19) es devastadora con millones de infectados por SARS-CoV-2 y miles de muertos. Ha sido declarada como "Emergencia internacional" por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El número de casos de COVID-19 continúa en incremento constante en todo el mundo. El conocimiento del profesional de la salud es de suma importancia para prevenir y controlar la propagación de COVID-19. En este sentido, es relevante que conozcamos el nivel de conocimiento y las percepciones de los profesionales de la salud sobre COVID-19, esto puede proporcionar una mayor oportunidad para comprender las brechas existentes sobre COVID-19 y ampliar las estrategias de intervención. Por lo tanto, lo invitamos a participar en esta breve encuesta y brindar su valiosa opinión sobre COVID-19.

#### **II. INSTRUCCIONES GENERALES**

Esta encuesta constituye 14 preguntas que se centran en investigar los diversos dominios de conocimiento y percepción sobre SARS-CoV-2. Le solicitamos que brinde respuestas honestas a las preguntas proporcionadas. Además, he de mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

P.1 Cuál es tu sexo?

Varón

Mujer

P.2 Cuál es tu edad?

\_\_\_\_\_ años

P.3 Cuál es tu profesión?

\_\_\_\_\_

P.4 Has escuchado sobre el nuevo Coronavirus?

No

Si

P.5 Has asistido a alguna de las conferencias y/o capacitaciones sobre la enfermedad producida por el nuevo coronavirus?

No

Si

P.6 En una escala de 1 "fuentes menos utilizadas" al 4 "fuentes más utilizadas", ¿cómo clasificas tus fuentes de información sobre el brote de nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2) en Wuham, China como emergencia global?

	Menos utilizado (1)	Algunas veces (2)	Muchas veces (3)	Más utilizado (4)
Noticias, medios (TV, radio, periódicos, etc., (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales (Facebook, Twitter, Whatsapp, YouTube, Instagram, Snapchat ...) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitios web oficiales del gobierno (MINSA, INS, OMS, CDC ...) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miembro de la familia, colega o amigo (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P.7 Cuál es el periodo de incubación del nuevo coronavirus (SAR-CoV-2)?

- 2-7 días
- 2-14 días**
- 7-14 días
- 7-21 días
- Ninguna de las anteriores

P.8 Los síntomas más frecuentes del nuevo coronavirus (SAR-CoV-2) en personas adultas son todos, excepto:

- Dolor de cabeza
- Fiebre
- Tos
- Dolor de garganta y secreción nasal
- Rash cutáneo**

P.9 Se cree que el origen del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) proviene de:

- Murciélagos**
- Serpientes
- Peces
- Camellos
- Desconocido

P.10 La transmisión del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) ocurre a través de:

- Aire
- Contacto
- Fecal-oral
- Todas las anteriores**
- Ninguna de las anteriores

P.11 Cuáles son las complicaciones que produce el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)?

- Neumonía
- Falla respiratoria
- Muerte
- Todas las anteriores**

P.12Cuál es el tratamiento para la infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)?

- Cuidados de apoyo**
- Terapia antiretroviral
- Vacunación
- Ninguna de las anteriores

P.13 Como se reduce el riesgo de transmisión?

- Higiene de manos
- Cubrirse la nariz y la boca al toser
- Evitar contactos enfermos
- Mantener el distanciamiento social
- Todas las anteriores**

---

P.14 Responda con Verdadero (V) o Falso (F), las siguientes preguntas

	V	F
Se cree que los síntomas del nuevo coronavirus (SAR-CoV-2) pueden aparecer en tan solo 2 días o hasta 14 después de la exposición. (1)	<input checked="" type="radio"/> x	<input type="radio"/>
Si alguien contrae el nuevo coronavirus (SAR-CoV-2), no hay posibilidad de supervivencia. (2)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> x
Si alguien recibió una vacuna contra la gripe, esta es suficiente contra el nuevo coronavirus (SAR-CoV-2). (3)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> x
Incluso en áreas que experimentan brotes, los productos cárnicos se pueden consumir de manera segura si estos artículos se cocinan bien y se manejan adecuadamente durante la preparación de los alimentos. (4)	<input checked="" type="radio"/> x	<input type="radio"/>
Si alguien tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, busque atención médica temprano y comparta el historial de viajes anterior con los proveedores de atención médica. (5)	<input checked="" type="radio"/> x	<input type="radio"/>
Si alguien trabaja en un "mercado húmedo", se recomienda desinfectar el equipo y el área de trabajo al menos una vez al día. (6)	<input checked="" type="radio"/> x	<input type="radio"/>
Según las pautas de la OMS para el nuevo coronavirus, solo necesita lavarse las manos cuando estén visiblemente sucias. (7)	<input checked="" type="radio"/> x	<input type="radio"/>

Gracias por su colaboración

## **Anexo C. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

**Título del proyecto:** Percepción sobre infección por SARS-CoV-2 en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020.

**Nombre de la investigadora principal:** Aurea Pérez Cubas

**Propósito del estudio:** Evaluar la percepción sobre infección por SARS-CoV-2 en trabajadores de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero, Julio 2020.

**Beneficios por participar:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

**Costo por participar:** Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

**Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a ....., coordinadora de equipo.

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al ....., Presidente del Comité de Ética de la ....., ubicada en la 4, correo electrónico: .....

#### **Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....  
Firma del participante

## **Anexo D. Resolución o dictamen del comité de ética**

## Anexo E. Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos

### Puntuaciones asignadas por las 3 expertos

Ítems	Lic. Inés Valenzuela			Lic. Yvanna Santivañez			Lic. Juana Candela		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	2	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3	3	3	3	2
13	3	3	2	3	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	2	3	3	3	3

A: Claridad; B: Pertinencia y C: Precisión

Categoría de calificación: (3) Bueno; (2) Regular y (1) Deficiente

### KMO y Prueba de Bartlett

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.</b>		,795
<b>Bartlett's Test of Sphericity</b>	Approx. Chi-Square	83,726
	df	3
	Sig.	0,000

### Parámetro de confiabilidad y consistencia de instrumento

Cronbach's Alpha	Número de ítems
0,916	18