

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“PERCEPCIÓN Y COMPORTAMIENTO DE RIESGO EN
ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR
CON COVID-19 POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE
SALUD METROPOLITANO DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2021”**

TESIS

PRESENTADO POR:

WHENDY DAHYAN QUISPE COANQUI

ASESOR:

DR. JHON H. YAGUA BRICEÑO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TACNA – 2021

JURADOS

Dr. Ricardo Alvites Cuba

Méd. Miguel Hueda Zavaleta

Dra. María Luz Chávez Núñez

DEDICATORIA

A Dios principalmente por haberme dado fortaleza para lograr mis objetivos, por guiarme por el buen camino a pesar de las adversidades.

A mis padres Isabel y Fidel por ser el pilar fundamental en toda mi educación, por haberme apoyado siempre en alcanzar mis sueños y no rendirme nunca, pues sin ellos no habría logrado esta meta propuesta.

A mis hermanos por su incondicional apoyo moral en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, doy gracias a Dios por haberme dado valor para culminar esta etapa de mi vida y el designio de vocación en mi carrera universitaria y ser instrumento para el servicio del prójimo.

A mi familia por el apoyo constante en estos 7 años de carrera universitaria y por compartir cada logro de mi vida.

A mis docentes, quienes contribuyeron en mi formación profesional y compartieron su sabiduría y consejos.

A mi asesor por su tiempo y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la percepción y comportamiento de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años contactos de familiar con COVID-19 positivo de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud de Tacna 2021.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se utilizaron tres cuestionarios: el cuestionario de Percepción de riesgo general de amenazas de COVID-19, cuestionario de Percepción de Riesgo Frente al COVID-19 y un cuestionario de conductas de riesgo. Se utilizó el análisis bivariado con ajuste de muestra Chi cuadrado para conocer la asociación de variables cualitativas.

RESULTADOS: Se trabajó con un total de 185 adolescentes entre 15 y 19 años, que tuvieron un familiar positivo para COVID-19. El 36.8% tenía una baja percepción de riesgo de contagio, el 30.8% riesgo medio y sólo el 32.4% percepción alta de riesgo de frente a la pandemia. El 51.4% tenía conductas de riesgo elevadas seguido de un 30.8% con un nivel de conductas de riesgo medio. Las principales conductas de riesgo fueron: “Salir a trabajar diariamente”, “hacer deporte en lugares cerrados como gimnasios”, “visitar la casa de amigos y familiares” ($p < 0.05$) (IC:95%). La edad ($p:0.03$), el sexo (0.00) y la relación parental con familiar afectado ($p:0.00$) son las principales variables asociadas a percepción de riesgo y conducta de riesgo frente al COVID19.

CONCLUSIONES: Existe una alta asociación entre la percepción de riesgo de contagio y las conductas de riesgo adoptadas ($p:0.000$)

PALABRAS CLAVE: Conducta, riesgo, percepción, adolescente, pandemia, infecciones por Coronavirus (DEcs)

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the perception and risk behavior in adolescents between 15 and 19 years old, family contacts with positive COVID-19 of the Jurisdiction of the Metropolitan Health Center of the Tacna Health Network 2021.

MATERIAL AND METHODS: Observational, cross-sectional, prospective and analytical study. Three questionnaires were used: the COVID-19 Threat General Risk Perception questionnaire, the COVID-19 Risk Perception questionnaire and a risk behaviors questionnaire. The bivariate analysis with Chi square sample adjustment was used to determine the association of qualitative variables.

RESULTS: We worked with a total of 185 adolescents between 15 and 19 years old, who had a positive relative for COVID-19. 36.8% had a low perception of risk of contagion, 30.8% had a medium risk and only 32.4% had a high perception of risk in the face of the pandemic. 51.4% had high risk behaviors followed by 30.8% with a medium risk behavior level. The main risk behaviors were: “Going to work daily”, “doing sports in closed places such as gyms”, “visiting the house of friends and family” ($p < 0.05$) (CI: 95%). Age ($p: 0.03$), sex (0.00) and parental relationship with affected family member ($p: 0.00$) are the main variables associated with perception of risk and risk behavior in the face of COVID19.

CONCLUSIONS: There is a high association between the perception of risk of contagion and the risk behaviors adopted ($p: 0.000$)

KEY WORDS: Behavior, risk, perception, adolescent, pandemics, Coronavirus infections (MeSH)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.....	12
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1 Fundamentación del Problema.....	12
1.2 Formulación del Problema:	14
1.3 Objetivos de la Investigación.....	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos Específicos.....	14
1.4 Justificación.....	15
1.5 Definición de términos.....	17
CAPÍTULO II	18
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.1.1 Internacionales	18
2.1.2 Nacionales	22
2.1.3 Locales	24
2.2 MARCO TEÓRICO.....	24
2.2.1 COVID-19.....	24
2.2.2 Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en el adolescente	32
2.2.3 Alternativas para sobrellevar el periodo de distanciamiento social para el adolescente y joven.	33
2.2.4 Confinamiento Social.....	34
CAPÍTULO III.....	35
HIPÓTESIS Y VARIABLES	35

3.1 Hipótesis.....	35
3.2 Operacionalización de variables	35
CAPÍTULO IV	37
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
4.1 Diseño de investigación	37
Tipo de investigación	37
Nivel de investigación.....	37
Diseño de investigación	37
4.2 Ámbito de estudio	37
4.3 Población y Muestra.....	38
4.3.1 Potencia estadística del presente estudio:	38
4.3.2 Criterios de inclusión	39
4.3.3 Criterio de exclusión	39
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
Técnica	39
Instrumentos: (ver anexos).....	40
CAPÍTULO V	43
ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	43
Procedimiento de recojo y análisis de los datos.....	43
Consideraciones éticas	43
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	72
ANEXO 1.....	72

ANEXO 2.....	73
ANEXO 3.....	74
ANEXO4.....	76

INTRODUCCIÓN

Desde el surgimiento de la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el coronavirus tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2), originado en la ciudad de Wuhan, en China en diciembre del 2019, la mayoría de los países o regiones han experimentado problemas en los que millones de personas murieron por esta causa. Debido a su rápida propagación la Organización Mundial de la Salud declaró el 11 de marzo del 2020 como pandemia mundial. (1) Ante esto, se han adoptado diversas estrategias, como mantenerse alejado socialmente, usar mascarillas, lavarse bien las manos y muchas otras medidas para evitar su avance, pero los resultados han sido limitados.

La percepción de riesgo es una definición muy beneficiosa en la salud pública debido a la relación con prácticas de prevención y promoción frente a diversos eventos de peligro como es el caso del nuevo coronavirus. (2) Por lo que es fundamental interpretar la percepción de riesgo de la población en general, de esa manera se puede contribuir a que las personas y en especial los adolescentes adopten prácticas de prevención y promover políticas públicas adecuadas.

Existe un problema pocas veces analizado, es decir, el comportamiento de riesgo frente a la COVID-19 que presentan los adolescentes. Para la población en general y fundamentalmente para este grupo de edad la pandemia y el confinamiento puede generar un impacto negativo en la salud mental. No solo porque aspectos relacionados o propios de la juventud han sido restringidos por ejemplo ya no hubo reuniones por graduación, las excursiones, las fiestas, las competencias deportivas, las representaciones artísticas y el desarrollo de la personalidad, sino que también todas estas actividades restringidas por el gobierno local generarían un mayor riesgo de contagio. Para comprender lo anterior, es necesario recordar que cada etapa de la vida es un momento único, lo cual se debe a su fuerte desarrollo biológico, psicológico y social. La adolescencia es una etapa de transición a la vida adulta. Entre ellos, se deben alcanzar muchos hitos, como la realización de la propia identidad, el desarrollo armónico emocional-psicológico y la plena integración con

el entorno social. Además, este es el momento decisivo para descubrir sus propios proyectos de vida profesional y personal. Todos estos aspectos son a priori y decisivos, lo que imposibilita comprender el desarrollo y configuración de la adolescencia fuera del contexto social. En ese sentido, la “nueva realidad” que acompaña a la pandemia vivida de manera globalizada proporciona un entorno especial para el despliegue de los jóvenes. Todas las personas entonces comienzan a vivir con un nuevo estilo de vida; pero de cara a la juventud, los cambios deben considerarse esenciales para su desarrollo y también pueden ser posibles causas de psicopatología e inestabilidad de la salud mental. Las limitaciones y con ello, el espacio para la comunicación personal se pierde, y no se puede garantizar la verificación y la formación en habilidades sociales, aunque la tecnología ha proporcionado un espacio o un modo diferente de comunicación, no lo ha logrado por completo y se enfrenta al peligro específico de la falta de acompañamiento y supervisión adecuada. Se ha reducido la práctica de actividades extraescolares, artísticas y culturales, que son parte importante de determinadas actividades juveniles en cierta medida (3). En este contexto, la percepción de riesgo frente a la enfermedad es una determinante importante en el progreso de la pandemia, y en los adolescentes esto no ha sido investigado. En el presente estudio deseamos identificar las características sociodemográficas, estado de percepción de riesgo de contagio frente a la COVID-19 e identificar conductas de riesgo adoptadas por los adolescentes entre 15 y 19 años contacto de familiar con COVID-19 positivo de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano perteneciente a la Red de Salud Tacna, 2021. Los resultados servirán y estarán a disposición de otros trabajos de investigación para adoptar estrategias más eficientes en este grupo de riesgo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

En la actualidad, los casos de infección por COVID-19 en el Perú continúan en ascenso. Según la OPS(4) que registra el 7 de marzo del 2020 el primer caso de COVID-19, hasta la fecha del 30 de julio del 2021 se han registrado 2.107.873 casos confirmados de COVID-19 con un total de 196.138 muertes notificadas.

En cuanto al grupo de edad que se ha visto más afectado, son los que pertenecen principalmente a adultos mayores, debido a que ellos corren un mayor riesgo de desarrollar una forma grave de COVID-19, sin embargo, desde que inicio la segunda ola también se ha visto casos graves de COVID-19 en jóvenes y adultos jóvenes. Según CDC MINSA(5) actualizado al 10 de julio del 2021, se registra un total de 2276 defunciones confirmadas en jóvenes con una tasa de letalidad de 0,51%, esto podría deberse a que la percepción de riesgo ha disminuido por una falsa sensación de seguridad.

Sin embargo, pese a las restricciones dadas por el Gobierno Nacional y Local, se continua con un aumento de casos confirmados de COVID-19 por lo que se continúa con el Estado de Emergencia según Decreto Supremo N° 123-2021PCM (6) .Se informa que los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna se encuentran en un nivel de alerta muy alto, continuando con el aislamiento social obligatorio y ciertas limitaciones de tránsito.

Esta situación ha sido ampliamente informada por los medios de comunicación, seguida de la precipitación de cuadros de ansiedad, depresión, entre otras debido a la cuarentena y el confinamiento social. Además, también

enfataron que su capacidad de adaptación a situaciones duras y sin precedentes ha disminuido, y las brechas tecnológicas los han dejado aislados en determinadas situaciones, pero lo más importante es el impacto negativo de la salud mental en la población.

En el grupo de adolescentes, conocer amigos, bailar, celebrar cumpleaños, ver películas, reunirse en el gimnasio o participar en actividades académicas son actividades significativas para los jóvenes (7). Sin embargo, el aislamiento social global por COVID-19 ha causado malestar de varias maneras, la desconexión física puede causar soledad y la incertidumbre de las actividades de recuperación también puede causar una fuerte sensación de frustración(8).

Sin embargo, se viene observando conductas que para la mayoría de la comunidad son reprochables, se acusa a los jóvenes de ser los portadores de contagio a nivel familiar, que son las conductas de socializar cuando las restricciones aún no se han levantado(9). También se puede atribuir al hecho de que este comportamiento se produce de acuerdo a la particularidad de cada adolescente, los métodos de comunicación familiar, compartir dormitorios o tener espacios propios, vivir en espacios reducidos o en interiores. El gran espacio permite un mayor desplazamiento, que es un elemento que marca esta etapa de la experiencia. No todo el mundo tendrá la misma reacción, porque no todo el mundo tiene los mismos recursos psicológicos o la misma realidad en un entorno familiar (10).

1.2 Formulación del Problema:

En el presente trabajo se formula el siguiente problema “¿Cuál es la percepción y comportamiento de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años contactos de familiar con COVID-19 positivo de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano perteneciente a la Red de Salud Tacna, 2021?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la percepción y comportamiento de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años contactos de familiar con COVID-19 positivo de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano perteneciente a la Red de Salud de Tacna 2021.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar al grupo de adolescentes entre 15 a 19 años contacto de familiar con COVID-19 positivo confirmado y sus características sociodemográficas de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano perteneciente a La Red de Salud de Tacna, 2021.
- b. Medir el estado de percepción de riesgo de contagio frente a la enfermedad COVID-19 en adolescentes entre 15 a 19 años contactos de familiar con COVID-19 positivo de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de La Red de Salud De Tacna, 2021.
- c. Identificar conductas de riesgo adoptadas por los adolescentes entre 15 a 19 años contactos de familiar con COVID-19 positivo de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de La Red de Salud De Tacna, 2021.
- d. Relacionar las principales características sociodemográficas según actual percepción de riesgo de contagio y conductas de riesgo en

adolescentes entre 15 a 19 años, contactos de familiar con COVID-19 positivo de la Jurisdicción Centro de Salud Metropolitano de La Red de Salud De Tacna, 2021.

1.4 Justificación

En el cumplimiento de las recomendaciones y pautas brindadas por los responsables de salud, el comportamiento de las personas juega un papel fundamental en la evolución de la pandemia. En este caso, cuanto más cuidado personal, menor es la tasa de contagio, lo que reduce la saturación de los centros de atención de salud. El hecho de cumplir con las medidas restrictivas, como el confinamiento en el hogar o la cuarentena declarada por el gobierno estatal o local ayudaría al control de la enfermedad(11).

La importancia práctica de este trabajo recae sobre la conducta de los adolescentes frente a la pandemia en Tacna, se han tomado distintas medidas preventivas para evitar el contagio y la propagación de dicha enfermedad, los medios de comunicación nos han mantenido informados de la tasa de contagio y mortalidad hasta la actualidad, si bien sabemos que es importante estar informados no obstante, también los medios de comunicación en especial las redes sociales han difundido información tanto alarmante, como dudosa acerca de la situación, no solo en nuestro país sino a nivel mundial, esto ha puesto a la población en un constante tipo de alerta, si bien conocemos que los grupos de mayor riesgo de contagio debido a factores de riesgo asociados se encuentran los adultos mayores, pero también debemos ponernos a pensar que esta pandemia no solo afecta a las personas que contraen la enfermedad sino también a los familiares de cada hogar, con los cambios repentinos en sus rutinas y hábitos diarios, estos a la larga sumarán aspectos negativos en la salud mental.

De esta manera resaltamos sobre la importancia que implica la socialización de los adolescentes con su desarrollo de la personalidad, destrezas sociales entre otras

propias de la adolescencia, por lo que esta investigación aportará de modo que se pueda plantear una alternativa para lo que significa el comportamiento en esa etapa de la vida de los adolescentes de nuestra región. Por lo que los principales beneficiarios de nuestros resultados serían en primer lugar los mismos adolescentes, las familias y la región, del mismo modo las actividades que pueda realizarse desde el primer nivel de atención para maximizar las medidas preventivo promocionales y calidad de atención sanitaria orientada a la comunidad.

1.5 Definición de términos

- **Percepción:** Proceso cognoscitivo, por el cual las personas son capaces de conocer su entorno y proceder en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente que les rodea y darles un sentido. (12)
- **Comportamiento:** Son reacciones cognitivas que se pueden relacionar con los conocimientos o experiencias previas que se tengan y está influenciado por una serie de aspectos culturales y sociales. (12)
- **Riesgo:** Probabilidad de que ocurra un daño o peligro, que puede percibirse con cierto grado de perplejidad.(12)
- **Adolescencia:** Según la Organización Mundial de la Salud se define la adolescencia como la etapa de vida comprendida entre los 10 y 19 años, donde se da la transición de la infancia a la vida adulta y donde se presentan diversos cambios fisiológicos, estructurales, sociales y psicológicos. (13)
- **Contacto directo de COVID-19:** (14) Se da en las siguientes circunstancias frente a un caso confirmado:
 - Persona que comparte el mismo entorno de un caso confirmado de COVID-19 en una distancia inferior a 1.5 metros y con un tiempo mayor a 15 minutos.
 - Persona que ha prestado cuidados a un caso probable o confirmado de COVID-19 sin el uso adecuado de equipo de bioseguridad.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Internacionales

Gonzáles et al. estudiaron, “*Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo-México*”. Mediante un enfoque cuantitativo descriptivo y transversal se realizó el estudio con el fin de describir la percepción de riesgo frente a la enfermedad COVID19. Así de una población de 883 personas finalmente se muestreó de forma aleatoria simple a 242 personas a quienes se les aplicó una encuesta online. Los resultados muestran que el 73,6% de la muestra no tienen suficiente conciencia de riesgo y que la principal fuente informativa fueron los medios de comunicación en un 93% seguido de los profesionales de la salud en un 46,2%. El conocimiento sobre riesgos también es insuficiente, por ende, también representa un problema para las medidas de salud recomendadas para prevenir la enfermedad por el SARS-CoV2, por lo que representa para el mundo una de las pandemias más grandes que se ha sufrido hasta el momento (15).

Pell del Río et al estudiaron “*Percepción de riesgo durante el confinamiento por COVID-19 en una muestra cubana: resultados preliminares*” El propósito investigativo fue la caracterización de factores que se relacionaban con la percepción de riesgo en el distanciamiento social de Cuba causado por COVID-19. Esta investigación de tipo descriptiva en la cual se realizó encuestas en línea a 251 cubanos y se recopiló datos desde junio hasta julio de 2020. Se encontró que los encuestados utilizan varios recursos y fuentes informativas confiables para determinar el nivel de

conocimientos sobre COVID-19, los resultados muestran un conocimiento de nivel alto acerca de la enfermedad e igualmente sobre la comprensión de riesgo. Asimismo, se pudo observar que los encuestados seguían un comportamiento adecuado para protegerse contra los riesgos. El grupo de edad más joven calificó su desempeño como "muy bueno", mientras que el grupo de mayor edad lo calificó como "excelente". Esta tendencia puede explicarse por la conciencia del riesgo de infección de este último grupo de personas, porque su madurez y experiencia les permite cuidarse a sí mismos y a los miembros de la familia que se encuentran bajo su responsabilidad. La percepción del riesgo de la mayoría de personas encuestadas se considera excelente. Los participantes evaluaron diferentes aspectos de la gestión de la percepción del riesgo. En general, los participantes estimaron como "excelente" la información obtenida sobre medidas a tomar para evitar contagios (208 personas, 82,9%), y medidas de protección en el hogar (166 personas, 66,1%). En la mayoría de los casos, la gestión de la percepción del riesgo se juzga excelente debido a la gestión gubernamental, así como las características, la cultura y los valores de los cubanos. El comportamiento de la gestión de la percepción de riesgo se analiza por grupos de edad. Para ello se dividió las edades por cuartiles en las siguientes categorías: grupo 1: de 18 a 23 años (22 personas), grupo 2: de 24 a 30 años (30 personas), grupo 3: de 32 a 49 años (29 personas) y Grupo 4: de 51 a 91 años (19 personas). En todos los grupos de edad avanzada, la información sobre las medidas para evitar infecciones se considera favorable en la mayoría de los casos. Esto puede estar relacionado con el plan nacional de prevención y control previsto para hacer frente a esta enfermedad, las ventajas del sistema de salud cubano y la aplicación de la ciencia y la innovación en el tratamiento de la salud (16).

Bolaños et al Realizan el estudio "*Percepción de riesgo frente al COVID19 en adolescentes colombianos*" Se realizó la presente investigación de tipo descriptiva con una muestra de 296 adolescentes entre los 13 y 18 años de

la ciudad de Pasto, Colombia, se aplicaron los cuestionarios de Percepción de Riesgo Frente al COVID19 (PRFC) de forma virtual, se realizó un análisis estadístico en la que los resultados presentan que el 50,3% fueron de sexo femenino y el 49,7% de sexo masculino, en la cual se muestra que el 33,1% (98 personas) presentaron percepción de riesgo alta frente a la enfermedad COVID19, el 36,2% (107 personas) percepción de riesgo media, mientras que el 30,7% (91 personas) presenta baja percepción de riesgo en situaciones de contacto social, identificando altas conductas de riesgo frente al Covid19. (17)

Birhanu et al en su estudio “*Risk perceptions and attitudinal responses to COVID-19 pandemic: an online survey in Ethiopia*”. Realizó un estudio descriptivo, transversal en mayo del 2020, se llevó a cabo un cuestionario online que aborda las características demográficas, la percepción de la amenaza para la salud y la gravedad percibida adaptándolo al COVID19. Participaron un total de 929 personas, la mayor parte de los encuestados se encontraba entre el rango de edad de 30 a 39 años (50,8%) y en cuanto al sexo predominaron los varones (89,1%). Según la fuente informativa de COVID19, predominó el internet (98%), según la percepción de sintomatología del COVID19, la mayoría de los participantes tuvo una adecuada percepción, donde los síntomas más percibidos fueron fiebre (97,4%), tos (95%) y dificultad respiratoria (88,6%). Según la percepción de la amenaza para la salud solo el 68,8% de la muestra percibe que el COVID19 tiene consecuencias graves. Las escalas de respuesta variaron significativamente por región ($p = 0.001$), religión ($p = 0.004$), lugar de residencia ($p = 0.004$), grado de instrucción ($p = 0.015$). El estudio explica que la percepción de amenaza para la salud de las personas es un paso fundamental para potenciar las campañas de comunicación de riesgos. Su estudio proporcionó una visión del potencial de informar en las campañas de comunicación los riesgos frente al COVID19 asegurando una

combinación equilibrada de mensajes de eficacia para optimizar las reacciones de autoprotección de la población.(18)

Dryhurst et al en su estudio *“Risk perceptions of COVID-19 around the world”* presenta la primera medición de la percepción del riesgo de COVID-19 en todo el mundo utilizando muestras nacionales (total N = 6.991) en 10 países de Europa, América y Asia. Se realizó un análisis de la varianza del índice de percepción del riesgo entre países, se mostró una diferencia significativa en los niveles de riesgo ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,041$). En particular, la percepción de riesgo fue más alta en el Reino Unido ($M = 5,45$, $DE = 0,98$), seguido de España ($M = 5,19$, $SD = 0,87$, $p < 0,001$). Ambos países tenían una percepción de riesgo significativamente más alta en comparación con todos los demás países. En relación a las personas que han tenido una experiencia personal directa con el virus perciben un mayor riesgo en comparación con las que no han tenido una experiencia directa ($\beta = 0,39$, [IC 95%; 0,34, 0,45]). En cuanto a la percepción según el sexo, los hombres generalmente mostraron percepciones de riesgo más bajas que las mujeres ($\beta = -0,15$, [IC del 95%; -0,19, -0,10]). Los factores asociados a la experiencia personal o familiar de haber estado frente al virus, los valores individuales, sociales, la confianza en el gobierno, la ciencia y en los profesionales médicos, el conocimiento personal y la colaboración colectiva son factores predictivos significativos de la percepción del riesgo y la adopción de comportamientos sanitarios preventivos. (19)

Vasquez et al *“Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población de México”* se realizó una encuesta en línea distribuida durante tres semanas. Se utilizaron dos cuestionarios, un cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) y el cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada, además de la Escala análoga de conductas de autocuidado frente a la pandemia de COVID-19. Se incluyeron 1508 participantes, 20.8 % presentó síntomas de ansiedad grave y 27.5 %, síntomas de depresión grave. En cuanto a las conductas de

autocuidado, el 34% no considera notable mantener el distanciamiento social obligatorio. Se identificó la necesidad de recibir atención de salud mental, por lo que se consideran un problema de salud mental pública emergente, por lo que se recomienda la implementación de programas para su atención.(20)

2.1.2 Nacionales

Oblitas GA et al. *Sensación de ansiedad durante un período de aislamiento social debido al COVID-19 en Perú-2020*. El objetivo fue determinar el nivel de ansiedad en adultos en función de su caracterización sociodemográfica en la ciudad de Chota, Perú, la investigación de tipo descriptiva transversal. Los cuestionarios fueron dejados directamente en el domicilio de los participantes y se recogió en otros casos por correo electrónico. La muestra estuvo conformada por 67 adultos. El instrumento usado fue la escala de ansiedad de Zung y 9 preguntas de caracterización de la población. Se encontró que aquellos con trastornos de ansiedad representaron un 43,3%, los trastornos de ansiedad leve representaron el 20,9% (n=14), los trastornos de ansiedad moderada representaron el 13,4% (n=9) y los trastornos de ansiedad graves representaron el 9,0%. El grado de ansiedad asociado a variables sociodemográficas es más común entre mujeres de 40 años y más. Llegaron a la conclusión que el nivel de ansiedad durante la pandemia se puede reducir en las siguientes situaciones: cuando el tiempo de aislamiento es mínimo, cuando reciben información veraz y confiable, cuando hay estabilidad financiera , entretenimiento y actividades de ocio (física o virtual) (21).

Mejia et al en su estudio “Fear Perception of the COVID-19 Pandemic in Peru “Se realizó una investigación de tipo descriptiva, transversal y analítica, utilizando una escala de percepción de miedo frente al COVID19. Se tuvo un total de 3887 encuestados, mediante análisis multivariado se halló que el sexo femenino (IC del 95%, $p < 0,001$), el rango de edad de 20

a 29 años (IC del 95%, $p = 0,005$), rango de edad de 30-39 (aPR: 1,53; IC del 95%: 1,28-1,82; $p < 0,001$), rango de edad de 50-59 (aPR: 1,43; IC del 95%: 1,12-1,84; $p = 0,005$), y personas con 60 o más años (PRa: 1,46; IC 95%: 1,03-2,07; $p = 0,032$), así también como los participantes que presentaban algún factor de riesgo para COVID19 (PRa: 1,49; IC 95%: 1,32- 1,69; $p < 0,001$) tenían mucho miedo a la enfermedad por COVID19. Se encontró por lo contrario que en personas evangélicas (IC 95%, $p = 0,018$), agnósticos (IC 95%, $p = 0,008$), ateos (IC del 95%, $p = 0,024$) y personal de la salud (IC del 95%, $p = 0,003$) presentaban menor miedo a la enfermedad por COVID19. En este contexto, el miedo se asoció con variables importantes. Se concluye que existe una elevada percepción de miedo frente al COVID-19 en la población peruana. Por lo que el presente estudio recomienda la prestación de más servicios de apoyo emocional para la población peruana ante la actual pandemia.(22)

De los Rios et al. *“COVID19: Frecuencia de temores en condiciones de cuarentena y aislamiento social en una muestra de adultos en la ciudad de Lima-Perú 2020”* Se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y transeccional en una muestra de 465 participantes adultos a quienes se les facilitó una encuesta online elaborada en base a la guía COVIDSAM. Del total de participantes encuestados el 54% (249) fueron de sexo femenino y 46% (216) de sexo masculino, 59% (273) pertenecían a los adultos menores de 50 años y 41% (192) adultos mayores de 50 años. En los resultados obtenidos se mostró que en personas menores de 50 años principalmente tienen un impacto negativo emocional frente al aislamiento social por COVID-19 donde un 15% refiere que “siempre”, 56% “a veces”, 29% “nunca” presentan emociones negativas debido a la cuarentena y aislamiento social. En cuanto a las personas mayores de 50 años se evidencio que el 46% presenta “siempre” temor a la vulnerabilidad de su salud, 49 % refiere “a veces” y el 5% refiere “nunca” sentir temor a la vulnerabilidad de su salud. (23)

2.1.3 Locales

No se han encontrado antecedentes regionales.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 COVID-19

2.2.1.1 Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define COVID-19 como una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2. Actualmente, la COVID-19 es una pandemia global que ha afectado a muchos países del mundo, se caracteriza por sus "síntomas más comunes de fiebre, tos seca y fatiga" y es altamente infecciosa (24). La enfermedad tiene muchos efectos en el ámbito sanitario, social y económico, pero las personas que no pueden sobrevivir al virus por diversos factores de riesgo e incluso aquellos que logran recuperarse son las más afectadas. Deben afrontar las consecuencias de la enfermedad en su integridad física, emocional y psicológica.

2.2.1.2 Propagación de la enfermedad por COVID-19

La enfermedad por COVID-19, se puede propagar de distintas formas. Existen tres principales formas de propagación: (25)

- Por inhalación: Si una persona inhala gotitas de alguien infectado con el virus, puede estar infectado con COVID-19, por lo que es muy importante mantenerse al menos de dos metros de distancia de los demás.
- Por salpicaduras y aspersiones: La enfermedad se transmite principalmente de persona a persona a través de gotitas que salen de la nariz o la boca de una persona infectada al toser, estornudar o hablar.

- **Contacto con superficies contaminadas:** Si las personas tocan objetos o superficies contaminados y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca, pueden infectarse. Por eso es importante lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o desinfectarse con alcohol al 70%.

2.2.1.3 Medidas de protección:

a) Medidas básicas de protección (25).

- Lávese las manos con frecuencia y correctamente con agua y jabón, con un tiempo mínimo de 20 segundos.
- En lugares muy confluídos y para realizar actividades que requieran del contacto cercano con personas. Se recomienda utilizar mascarillas que se ajusten muy bien al rostro, filtre bien el aire y con varias capas.
- Si queremos una mejor protección, usar mascarillas KN95 que reúnan requisitos del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) de los CDC para las mascarillas de respiración.
- Mantener una distancia mínima de 2 metros (6 pies) de los demás.
- Se recomienda mantener la habitación lo más ventilada posible, por lo que es muy importante mantener a los pacientes separados por al menos 15 minutos

b) Medidas de limpieza y desinfección (25):

- Se debe desinfectar áreas de pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19, utilizando desinfectantes de nivel bajo o intermedio. Se pueden utilizar: compuestos clorados, compuestos de amonio cuaternario de quinta generación, y alcoholes (etílico o isopropílico 60 a 90%)

- Prestar atención: Perillas de puertas y armarios, cambiado, calefacción, ratón de computadora, cualquier superficie que haya sido tocada o pueda tocarse.

2.2.1.4 Signos y síntomas

La forma en que va afectando el COVID-19 varía de persona a persona. La mayoría de las personas infectadas tienen síntomas leves o moderados y pueden recuperarse sin ser hospitalizadas (25)

- Señales de alarma para COVID-19: percepción de falta de aire o dificultad para respirar, fiebre mayor a 38° con duración de más de dos días, dolor de pecho, labios cianóticos.
- Los síntomas más comunes son los siguientes: Fiebre, tos seca, cansancio.
- Otros síntomas menos comunes son los siguientes: Dolor muscular, dolor de garganta, diarrea conjuntivitis, dolor de cabeza, pérdida del olfato o el gusto, sensación de calambres.
- Los síntomas graves son los siguientes: Dificultad para respirar o sensación de falta de aire, dolor o presión en el pecho, incapacidad para hablar o moverse

2.2.1.5 Clasificación de gravedad de COVID-19

Se puede observar la siguiente clasificación según la OMS en personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19. (26)

- *Casos leves*: Se presenta con síntomas y signos de COVID-19, pero no presentan dificultad respiratoria y no hay evidencia de neumonía en estudios de imagen.

- **Casos moderados:** Se presentan con síntomas del tracto respiratorio inferior y señales de neumonía en estudios de imagen, $SpO_2 \geq 94\%$.
- **Casos severos:** Se presenta con tasa de respiración ≥ 30 por minuto, $SpO_2 \leq 93\%$, $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg, la progresión de la lesión pulmonar es superior al 50% en estudios de imagen.
- **Casos críticos:** Se presenta con síntomas de insuficiencia respiratoria moderado o severa, Shock séptico, cualquier otra disfunción orgánica que requiera el ingreso del paciente en la UCI.

2.2.1.6 Comorbilidades:

Cuando nos referimos a morbilidad en términos médicos nos referimos a enfermedad, por lo tanto, la descripción de "comorbilidad" se refiere a "enfermedad relacionada", es decir, comorbilidad se refiere a que la misma persona sufre de enfermedades o condiciones. El tener comorbilidad significa que existe una interacción entre dos o más enfermedades, lo que puede empeorar una o dos enfermedades. Las comorbilidades que demostraron asociación a mayor gravedad y mortalidad a la enfermedad por COVID-19 fueron la presencia de enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes, enfermedad cardíaca congestiva, enfermedad renal crónica y cáncer se asocia con el mayor riesgo de muerte. Este grupo de pacientes requieren un enfoque multidisciplinario y terapias a medida para reducir el riesgo de gravedad (27,28).

2.2.1.7 Complicaciones:

Aunque la mayoría de las personas con COVID-19 tienen síntomas de leves a moderados, la enfermedad puede causar complicaciones

médicas graves y algunas muertes. Las personas mayores con enfermedades existentes tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades graves por COVID-19.

Las complicaciones pueden ser las siguientes (29):

- Neumonía y dificultad para respirar
- Fallo orgánico de varios órganos.
- Problemas cardíacos
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
- Coágulos de sangre
- Lesión renal aguda
- Otras infecciones virales y bacterianas

2.2.1.8 Secuelas

Incluso con síntomas leves, la enfermedad COVID-19 puede causar un daño duradero a algunas personas infectadas. Cada vez hay más signos de que el COVID-19 puede persistir y se le considera como COVID prolongado, síndrome de COVID post agudo, secuelas de COVID. La investigación inicial encontró que la disminución de la función pulmonar puede ser irreversible y dañar el corazón, los riñones, los intestinos o el hígado y otros órganos. Aunque la enfermedad COVID-19 causada por el coronavirus suele manifestarse como una enfermedad pulmonar, cada vez se conocen más formas derivadas de enfermedades atípicas, entre las que el SARS-CoV-2 puede dañar otros órganos (30).

a) Secuelas cardiovasculares:

Un estudio publicado por Elsevier Public Health Emergency Collection Organization advirtió: “Se han observado varias manifestaciones cardiovasculares en pacientes con COVID-19,

que incluyen lesiones miocárdicas, miocarditis, Síndrome Coronario Agudo, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, arritmia, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico. COVID- 19 ha cambiado profundamente la atención de rutina de los pacientes con enfermedad cardíaca aguda y electiva ", la afección cardíaca de COVID-19 puede estar relacionada con el impulso de adrenalina causado por el SARS-CoV-2, el entorno inflamatorio sistémico y el síndrome de liberación de citosinas y las células endoteliales, desequilibrio electrolítico, sobrecarga de líquidos y efectos secundarios de ciertos medicamentos COVID-19 (31).

Por su parte, la American Heart Association publicó un artículo en su revista "Circulación" que las comorbilidades cardiovasculares son comunes en los pacientes con COVID-19, y estos pacientes tienen mayor riesgo de morbilidad y muerte. Más del 25% de los casos graves tienen lesión miocárdica y se manifiesta de dos formas: lesión miocárdica aguda y disfunción del rendimiento, y lesión miocárdica que se desarrolla con la gravedad de la enfermedad(32).

b) Secuelas respiratorias:

Los pulmones se han convertido en el sitio principal de infección por SARS-CoV-2. La tomografía computarizada anormal se ha convertido en el principal indicador de infección. Los pacientes más graves enfermos con COVID-19 suelen sufrir neumonía y síndrome de dificultad respiratoria aguda en el momento de la enfermedad. Para los pacientes que se han recuperado del nuevo coronavirus, no hay suficiente seguimiento médico para saber si existe una enfermedad respiratoria a largo plazo (33).

Por supuesto, en el caso de una neumonía grave provocada por el coronavirus, la respiración artificial puede salvar vidas. Por otro lado, es bien sabido que esta medida solo puede usarse como último recurso, y lo más breve posible, porque también puede dañar los pulmones. Esto se debe a que el ventilador inyecta aire en los pulmones a una presión más alta que la respiración normal para compensar la disminución de la capacidad pulmonar. Del mismo modo, los músculos necesarios para respirar también se descompondrán. Por tanto, es difícil detener la ventilación, especialmente en pacientes de edad avanzada. Esto puede provocar un daño mayor porque, por ejemplo, las estructuras más pequeñas de los pulmones (los llamados alvéolos) pueden dañarse (15,31).

"A pesar de superar la infección viral, los médicos de Hong Kong han encontrado que ciertos pacientes con coronavirus tienen una función pulmonar disminuida y dificultades respiratorias persistentes. Aunque solo pueden examinar a una población relativamente pequeña " Pero hay señales tempranas de que puede tener un impacto posterior. Los resultados de la investigación en Hong Kong confirmaron que todos tenían nubes blancas lechosas y claras en sus pulmones "(31).

c) Secuelas renales:

Una investigación de pacientes que se recuperan de COVID-19 en la ciudad de Nueva York respondió las siguientes preguntas: ¿Cuál es la incidencia y el pronóstico de la lesión renal aguda (IRA) en pacientes hospitalizados con COVID-19? Encontraron en los resultados del estudio que entre los 3235 pacientes hospitalizados con COVID-19 en la ciudad de Nueva York, se produjo IRA en el 46% de los pacientes y el 20% de ellos requirió diálisis. La lesión renal aguda también se asocia con

una mayor mortalidad. El 44% de los pacientes dados de alta con vida tienen enfermedad renal aguda residual. Esta evidencia estadística los llevó a demostrar que la insuficiencia renal aguda es común en los pacientes con COVID-19, y casi la mitad de los pacientes tienen enfermedad renal aguda cuando son dados de alta del hospital (34).

Otros investigadores creen que los pacientes con IRA durante la infección por SARS-CoV-2 son significativamente más altos que otros coronavirus. Esto puede ser el resultado de una mayor unión de SARS-CoV-2 a su receptor. Además, la ACE2 y la proteasa transmembrana serina 2 (TMPRSS) se expresa en los túbulos proximales de las células renales del huésped. La actividad proteolítica de TMPRSS es conocida por permitir que los virus ingresen a las células. Estos factores pueden proporcionar un mecanismo de entrada mejorado para el SARS-CoV-2. Las vías de inflamación y apoptosis también pueden afectar los riñones, provocando inflamación y daño renal (34,35).

d) Secuelas psicológicas:

Muchos pacientes recuperados de COVID-19 han estado bajo estrés durante varias semanas, presentando síntomas psicofísicos como depresión, miedo y ansiedad. La COVID-19 ha llegado a una situación alarmante, la propagación de la infección y el regreso de los pacientes recuperados ha causado en ellos secuelas psicológicas (36). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, es probable que las personas de entre 10 y 50 años se recuperen de la enfermedad, porque la tasa de mortalidad en este grupo de edad está muy por debajo del 1% (37)

Existen indicios de que después de la infección por COVID-19 puede presentarse casos de estrés postraumático y niveles de ansiedad y depresión. Con respecto al impacto indirecto de la COVID-19 en la salud mental general, parece haber evidencia de que los síntomas de depresión y ansiedad se presentaron en estos pacientes, especialmente entre los trabajadores de la salud y en pacientes que enfermaron gravemente. Los programas de atención de la salud mental es necesario que se evalúe las consecuencias directas que deja la COVID-19 y los efectos indirectos sobre la salud mental (38).

Los pacientes que se recuperan de COVID-19 deben lidiar con el impacto de la enfermedad en la salud mental, especialmente para los pacientes más enfermos que necesitan pasar tiempo en unidades de cuidados intensivos e intubación. Estos pacientes pueden experimentar el "síndrome de cuidados intensivos", que se manifiesta como discapacidades físicas, cognitivas y de salud mental después de ser admitidos en la unidad de cuidados intensivos(39).

2.2.2 Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en el adolescente

El impacto generado por la pandemia por COVID-19 no solo se relaciona con el miedo de contraer la enfermedad, sino también con un conjunto de factores estresantes debido al distanciamiento social que pueden provocar alteraciones en los adolescentes por la limitación de las relaciones con amigos, la imposibilidad de realizar actividades en el exterior de su hogar. (40)

La suspensión de las actividades cotidianas de los adolescentes ha facilitado que presenten hábitos contraproducentes, como:

sedentarismo, alimentación no saludable, patrones de sueño irregulares y mayor uso de la tecnología generando problemas físicos y obesidad.

En estudios realizados acerca de las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento social, en adolescentes y jóvenes se presenta manifestaciones, tales como: malestar psicológico, aumento de los niveles de ansiedad, depresión y estrés, problemas de concentración e irritabilidad. (41)

La pandemia de COVID-19 tiene el potencial de erosionar aún más la salud mental de los adolescentes, particularmente para aquellos con enfermedades psicológicas y psiquiátricas previas, discapacitados, pobreza extrema, sufren episodios depresivos previos o consumo de sustancias son el grupo más vulnerable en tiempos de pandemia. (42)

2.2.3 Alternativas para sobrellevar el periodo de distanciamiento social para el adolescente y joven.

Esto puede ayudar a aliviar la sensación de estar aislado de los amigos o tener problemas con los cambios de rutina.

- Comunicación honesta y directa: Compartir información sobre eventos tranquilos de manera directa y objetiva para ayudar al adolescente a aliviar sus preocupaciones sobre el virus.
- Discutir los hechos sobre COVID-19 y corregir cuando escuche información incorrecta.
- Fortalecer conocimientos básicos, como la importancia de lavarse las manos con frecuencia y evitar tocarse la cara.
- Analice cómo el aislamiento social es una forma importante de frenar la propagación del virus y proteger a los más vulnerables.

- Evaluar la salud social y emocional del adolescente durante la visita virtual al médico o pediatra (43).
- Prestar atención a los problemas de salud mental de los adolescentes, como irritabilidad persistente, cambios de peso o hábitos de sueño, pensamientos repetidos sobre eventos desagradables y conflictos con amigos o familiares (44).
- Mantener conexiones saludables con amigos y seres queridos.

2.2.4 Confinamiento Social

La coyuntura actual originada por la pandemia de la COVID-19 es un acontecimiento extremo al que se enfrenta la sociedad en lo que va de siglo, tanto por su extensión, como por su duración de meses. El motivo primordial del confinamiento social es lograr frenar y controlar la transmisión de la infección, evitando así los contagios y controlando la expansión de la enfermedad. Por lo tanto, el distanciamiento social significa cerrar los lugares de reunión de personas, como escuelas, centros comerciales, espacios de eventos sociales. Incluyendo diversas formas de estrategias de comunicación mutua, estrategias de exclusión entre sociedades. A los ojos de los demás, el tomar distanciamiento y el cuidado preventivo en un sentido social son personales (45).

Sin embargo, estas medidas, incluyendo el confinamiento social, podrían generar un impacto negativo en la salud mental de la población, lo que podría generar ansiedad, depresión y estrés. El grupo etéreo principalmente vulnerable a estos cambios son los niños y adolescentes, que están experimentando los efectos de las medidas de salud pública para frenar el avance de la epidemia por COVID-19.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se ha consignado hipótesis.

3.2 Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Valores o categorías	Escala
Características sociodemográficas	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
	Edad	15 años 16 años 17 años 18 años 19 años	Numérica, De razón
	Grado de instrucción	a. Primaria b. Secundaria incompleta c. Secundaria completa d. Técnica e. Superior incompleta	Ordinal
	Estado civil	a. Soltero/a b. Conviviente c. Casado/a d. Separado/a e. Viudo/a	Nominal
	Relación parental con familiar afectado	a. Hijo(a) b. Hermano(a) c. Yerno/nuera d. Sobrino(a) e. Primo f. Otro	Nominal

	Tiempo aproximado trascendido desde infección de familiar	1 mes 2 meses 3 meses 4 meses	Nominal
Percepción general de amenaza de COVID-19	Test en escala continua del 0 al 10 (46)	Medición en escala continua del 0 al 10	Cuantitativa, De razón
Percepción de riesgo frente al COVID-19	Test de Likert validado para riesgo (17)	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de riesgo alta • Percepción de riesgo medio • Percepción de riesgo baja 	Ordinal
Conductas de riesgo para COVID-19	Test con reactivos de OMS validado a nivel cuantitativo (47)	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta de riesgo alto • Conducta de riesgo medio • Conducta de bajo riesgo 	Ordinal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño de investigación

Tipo de investigación

El estudio observacional, transversal, prospectiva, porque no hubo manipulación de variables, y la información se recogió en un solo momento a partir de la aprobación del proyecto de investigación

Nivel de investigación

Estudio de nivel relacional porque se observó el comportamiento de una variable y su relación con otros factores

Diseño de investigación

De acuerdo al método epidemiológico el diseño fue observacional descriptivo

4.2 Ámbito de estudio

La Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano perteneciente a la Red de Salud Tacna y al Ministerio de Salud. Dicho establecimiento de salud de nivel 1-III. Consta de una población asignada de 18417 personas. Se individualiza los servicios de atención al paciente COVID-19 y cuenta con laboratorio que realiza recolección de muestra por hisopado nasofaríngeo para análisis in situ de pruebas antigénicas y/o molecular de COVID-19 por laboratorio especializado.

4.3 Población y Muestra

La población incluyó a los adolescentes entre 15 a 19 años contacto de familiar con COVID-19 positivo que residen en la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano en función a:

- A los pacientes COVID-19 positivo confirmado mediante pruebas antigénica y/o molecular entre enero a abril de 2021. (según base de datos proporcionada por el Centro de Salud Metropolitano, se tiene una población estimada de infectados COVID-19 positivo de 350 personas)
- Criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de análisis: En las familias con pacientes COVID-19 positivo se seleccionó a los adolescentes entre 15 y 19 años que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión, teniendo un total de 185 adolescentes encuestados.

4.3.1 Potencia estadística del presente estudio:

Determina si el estudio realizado alcanza una precisión suficiente. Se calcula sobre la base de tres cifras:

- Nivel de significación (α) = 0.05
- Tamaño de muestra (n) = 185
- Tamaño de efecto (d) = 0.3

$$\begin{aligned}\beta &= \Pr(-1.96 - 0.3 \times \sqrt{185} \leq Z \leq 1.96 - 0.3 \times \sqrt{185}) \\ &= \Pr(-6.0404 \leq Z \leq -2.1204) \\ &= 0.017 - 0 = 0.017\end{aligned}$$

Potencia = 1 - B = 1 - 0.017 = 0.983 (Buena potencia para el tamaño de la muestra)

4.3.2 Criterios de inclusión

- Adolescentes entre 15 a 19 años de edad (contacto de familiar con COVID-19 positivo)
- De ambos sexos
- Residir en la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano
- Contacto domiciliario de paciente COVID-19 positivo
- Que deseen formar parte del estudio

4.3.3 Criterio de exclusión

- Adolescentes que no deseen formar parte del estudio
- Adolescentes transeúntes
- Adolescentes con algún tipo de discapacidad que le imposibilite responder nuestro cuestionario
- Adolescente sin contacto familiar COVID-19 positivo
- Adolescentes con diagnóstico o antecedente de COVID-19

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Se solicitó la base de datos de pacientes COVID-19 positivos al Centro de Salud Metropolitano (ver anexos). El presente estudio empleó la técnica de la encuesta para la recolección de los datos de caracterización como edad y sexo. La estrategia de recojo de datos fue mediante visitas domiciliarias y por vía virtual distribuidas mediante WhatsApp, se solicitó el consentimiento de los padres de familia en el caso de los menores de edad y los cuestionarios se aplicaron mediante el cuestionario de google forms.

Instrumentos: (ver anexos)

a. Instrumento 1 de percepción general de amenaza de COVID-19

El cuestionario de percepción general de amenaza de COVID-19 fue validado por Pérez-Fuentes et al (48) el cual fue adaptado del cuestionario de percepción general frente a enfermedades crónicas en su versión corta, versión BIP-Q5, validado por Pacheco-Huergo y colaboradores(46), también se ha probado la validez y fiabilidad del cuestionario en su versión BIP-Q5 en una población adolescente española. (49)

Se realizó la validez de contenido mediante un equipo multidisciplinario de 16 personas, compuesto por expertos en metodología, clínica y lingüística. (46)

Se evaluó la estructura factorial y confiabilidad de la versión del Cuestionario de percepción general de amenaza de COVID-19. En el análisis factorial exploratorio se utilizó la extracción de componentes principales con rotación directa de Oblimin (Kaiser-Meyer-Olkin; KMO = 0,71) lo que permitió la correlación entre factores. Los datos del análisis factorial confirmatorio mostraron los siguientes índices de ajuste con valores adecuados. Lo que concluye que el cuestionario presenta una validación de constructo adecuada. Se utilizó alfa de Cronbach para la consistencia interna del instrumento con un valor superior a 0,90 (excelente confiabilidad).

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,944	5

Dicho cuestionario consta de cinco ítems sobre amenazas percibidas frente a la COVID-19, calificándolo con la escala Likert de 0 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mayor es la amenaza percibida para la COVID-19.

b. Instrumento 2 de percepción de riesgo (17)

Se trabajó con cuestionario titulado “Percepción de Riesgo Frente al COVID-19” (PRFC) elaborado por Rosero Bolaños et al (17) el cual fue sujeto a un proceso de pilotaje para realizar ajustes gramaticales, se efectuaron análisis estadísticos en la que el cuestionario señala propiedades psicométricas idóneas, con una fiabilidad alta para todos sus factores y la escala general (α factor 1= 0.92; α factor 2= 0.82; α factor 3= 0.83; α total = 0.86), también se logró mostrar índices de ajustes pertinentes para la distribución factorial. Presentando una adecuada validez de constructo.

Se analizó la medición del coeficiente Alfa de Cronbach, para evaluar la consistencia interna del cuestionario, obteniendo un puntaje de 0,85 (Buena confiabilidad)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,859	21

Dicho cuestionario, consta de 21 ítems que se califican de 1 a 4 (nada probable = 1, poco probable = 2, probable = 3, muy probable = 4) y se organiza en 3 factores que son: Susceptibilidad de enfermar; compuesto por 10 ítems, gravedad percibida en caso de enfermar; compuesto por 6 ítems y percepción frente a conductas protectoras; compuesto por 5 ítems. Cabe mencionar que los ítems 10, 19 y 20 se califican de manera inversa. Se establecerán los siguientes puntos de corte:

- Percentiles 70 a 100: percepción de riesgo alta;
- Percentiles 60 a 40: percepción de riesgo medio;
- Percentiles 30 a 10: percepción de riesgo baja

c. Cuestionario de Conductas de riesgo (47)

Cuestionario con reactivos propuestos por Organización Mundial de la Salud, en sus recomendaciones de conductas adecuadas de prevención. Validado a nivel cuantitativo calculando la confiabilidad de dicho cuestionario ajustado estadísticamente por la validación por Alfa de Cronbach, obteniendo un puntaje de 0.68 (aceptable fiabilidad).

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,685	,607	16

Los resultados se analizaron en escala continua y categorizaron en modelo Baremo, según 3 categorías de análisis de varianza con 1 D.E.

Las categorías fueron calculadas con 1 D.E:

- Bajo riesgo: 0-37.33
- Nivel medio: 37.34 – 58.66
- Alto riesgo: 58.67 a más

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Procedimiento de recojo y análisis de los datos

Una vez aprobado el proyecto por un docente dictaminador asignado por la Universidad, se procedió al recojo de los datos, mediante tres estrategias, cuestionario por google forms, mediante la información brindada por el registro de datos del centro de salud, y mediante visitas domiciliarias.

Una vez obtenidos los datos estos se procesaron en la hoja de cálculo de Excel 2017 y se exportó al programa SPSS v.22.0. Para responder a los objetivos específicos se analizó haciendo uso de la estadística descriptiva, se presentan los resultados en tablas y gráficos simples y de doble entrada. Se utilizó el análisis bivariado con ajuste de muestra Chi cuadrado para conocer la asociación de variables. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

Consideraciones éticas

Se respetaron los principios bioéticos, según las normas de la Declaración de Helsinki. Previo a la aplicación de los instrumentos de recolección, se consideró la aceptación del consentimiento informado y se les explicó que la información será con fines absolutamente científicos para el desarrollo de esta tesis, y los resultados servirán para lograr el objetivo de nuestro estudio, manteniendo la identidad de los encuestados en absoluta reserva.

RESULTADOS

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR CON COVID-19 POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO

		N	%
Sexo	Femenino	65	35.1%
	Masculino	120	64.9%
	Total	185	100.0%
Grado de instrucción	Primaria	2	1.1%
	Secundaria incompleta	86	46.5%
	Superior Incompleta	5	2.7%
	Técnica	7	3.8%
	Secundaria completa	85	45.9%
	Total	185	100.0%
Estado civil	Soltero/a	174	94.1%
	Casado/a	0	0.0%
	Conviviente	11	5.9%
	Separado/a	0	0.0%
	Viudo/a	0	0.0%
	Total	185	100.0%
	Relación parental con familiar afectado	Hijo/a	138
Hermano/a		21	11.4%
Yerno		0	0.0%
Nuera		3	1.6%
Sobrino/a		18	9.7%
Primo/a		5	2.7%
Otro		0	0.0%
Total		185	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°1 podemos observar que, de los 185 adolescentes, el 64.9% de la muestra en estudio fueron varones y el 35.1% mujeres. Según grado de instrucción el 46.5% tenía secundaria incompleta y el 45.9% secundaria completa, principalmente. Según estado civil el 94.1% tenía la condición de soltero y el 5.9% la condición de conviviente. Respecto a la relación parental con familiar afectado por COVID-19, el 74.6% era hijo (a), el 11.4% hermano(a) y el 9.7% sobrino(a).

TABLA N°2

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TIEMPO APROXIMADO
TRANSCURRIDO DEL DIAGNÓSTICO DEL FAMILIAR CON COVID-19
POSITIVO DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS DE LA
JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO**

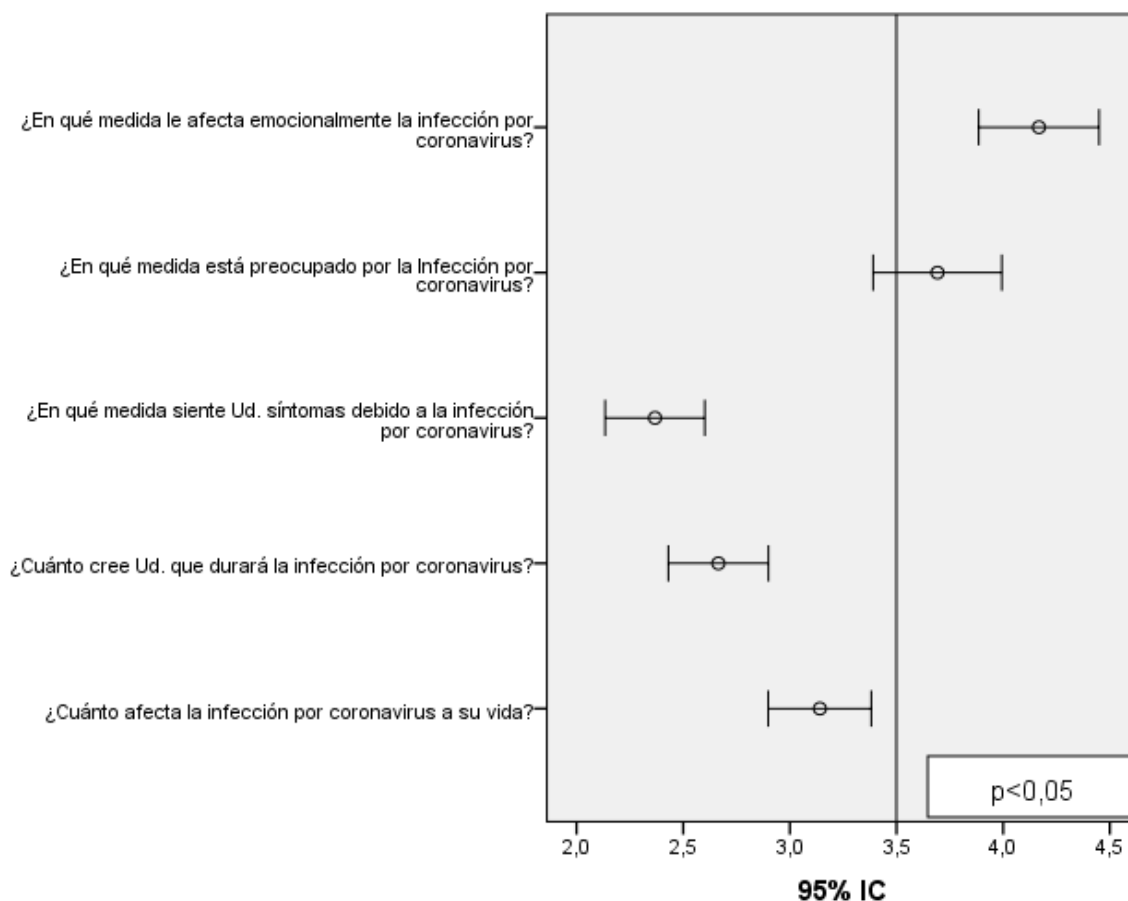
		N	%
	1	43	23.2%
Tiempo (meses)	2	61	33.0%
aproximado	3	44	23.8%
transcurrido desde	4	37	20.0%
infección			
	Total	185	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°2 podemos observar que el 33% refiere haber estado en contacto con familiar COVID-19 positivo hace 2 meses, seguido de un 23.8% hace 3 meses y un 23.2% hace un mes, principalmente.

GRÁFICO N°1

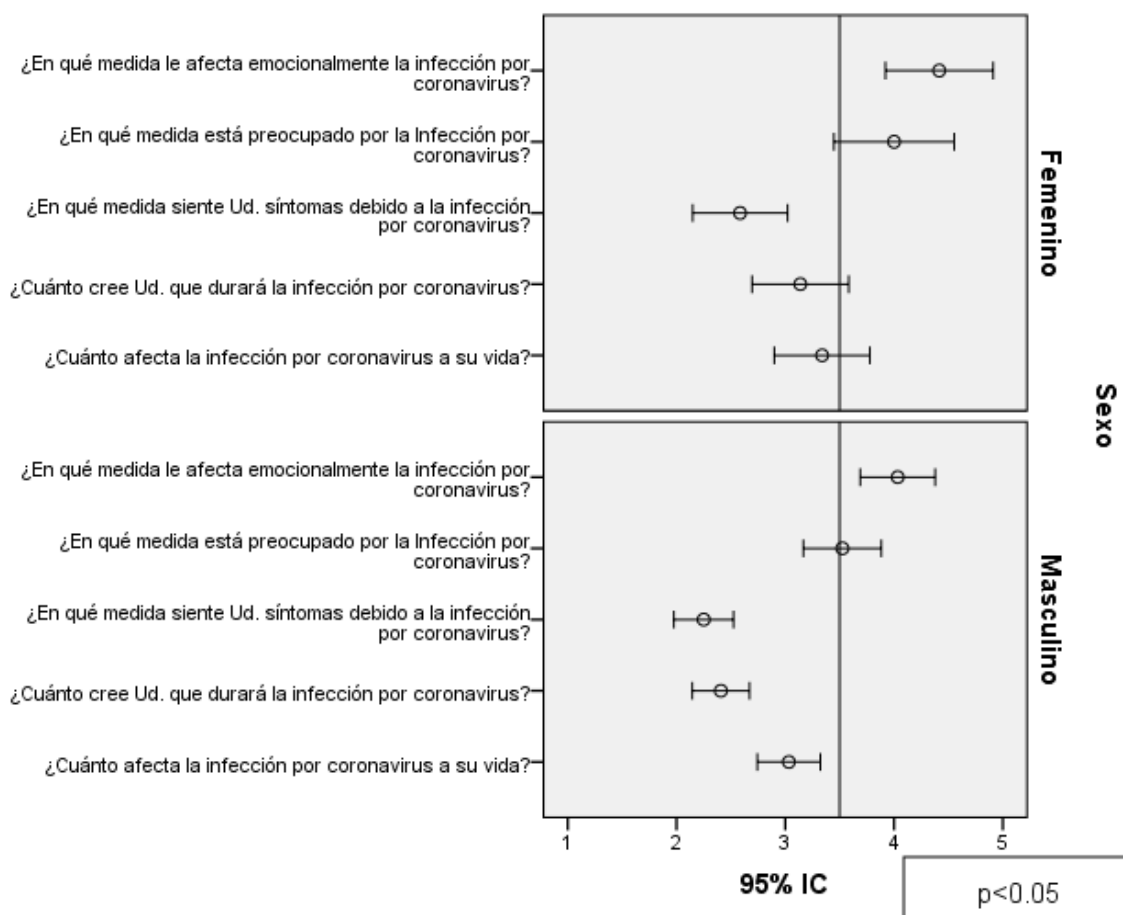
DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA PERCEPCIÓN GENERAL DE AMENAZA DE COVID-19 CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%



En el Gráfico N°1 podemos observar que las percepciones más comprometidas respecto al riesgo general de amenaza frente a la pandemia por COVID-19 es principalmente que “la infección por coronavirus les afecta emocionalmente” y que “están preocupado por la infección por coronavirus” donde los valores de percepción del riesgo son más elevados, la diferencia es estadísticamente significativa respecto a los siguientes ítems “percepción de síntomas debido a la infección por coronavirus”, el “percepción respecto al tiempo de duración de la infección por coronavirus” y “percepción del grado de afectación por coronavirus en su vida” en estas tres esferas el adolescente no percibe estar en riesgo.

GRÁFICO N°2

DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE LA PERCEPCIÓN GENERAL DE AMENAZA DE COVID19 SEGÚN SEXO CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%



En el Gráfico N°2 podemos observar la comparación de la medición de la percepción de riesgo general de amenaza según sexo. Se puede apreciar una diferencia significativa de la percepción entre ambos géneros. En el sexo femenino, la percepción es mayor comparativamente al sexo masculino ($p < 0.05$), pero aún así, en ambos sexos, las percepciones más comprometidas respecto a riesgo general de amenaza fueron las mismas: “la infección por coronavirus les afecta emocionalmente” y que “están preocupado por la infección por coronavirus”.

TABLA N°3

MEDICIÓN CONSOLIDADA DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR CON COVID POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO

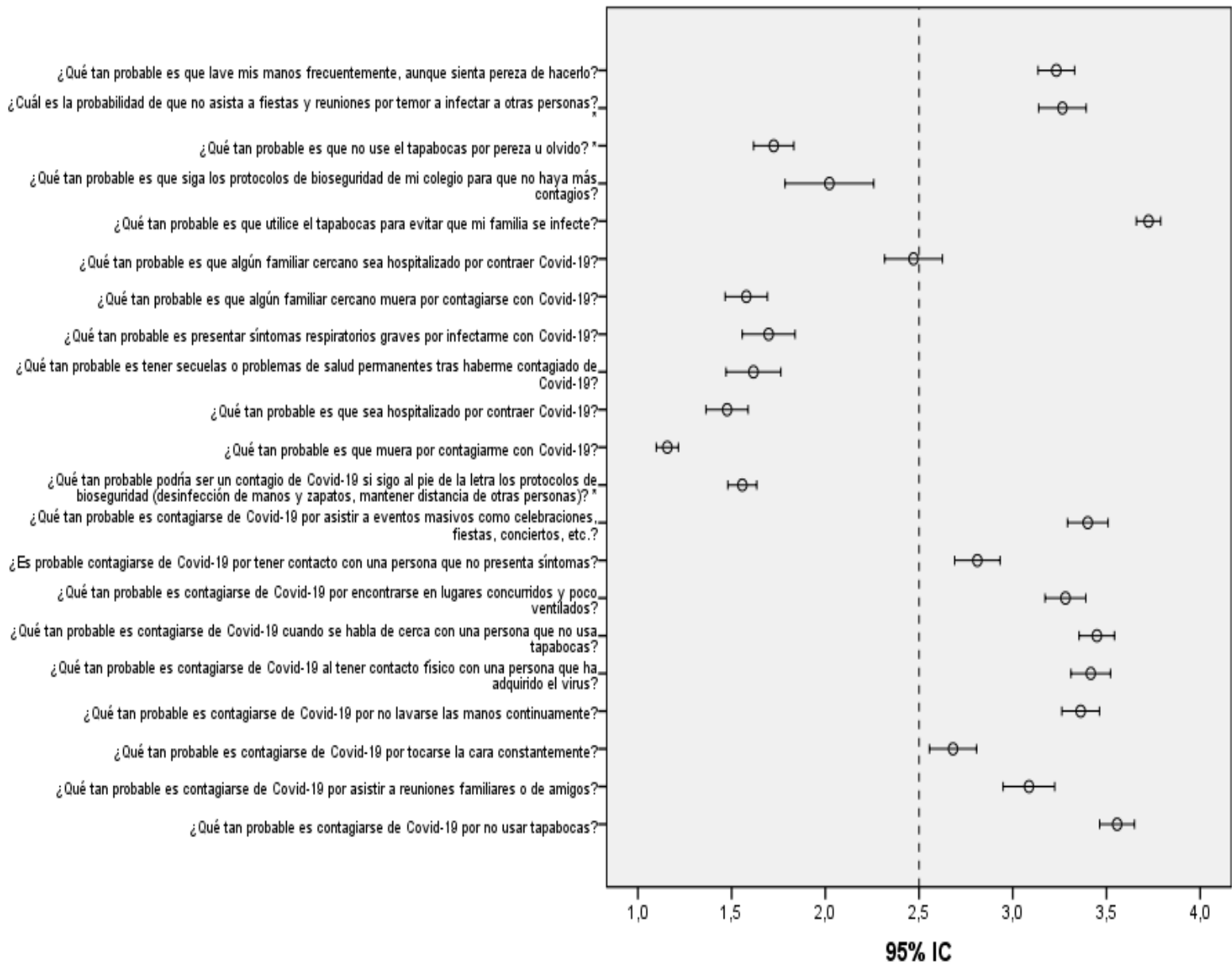
		N	%
	Percepción Riesgo Baja	68	36.8%
Riesgo de Contagio	Percepción Riesgo Medio	57	30.8%
	Percepción Riesgo Alta	60	32.4%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°3 podemos observar que el 36.8% de la población en estudio tiene una baja percepción de riesgo de contagio por coronavirus seguido de un 30.8% con riesgo medio. Sólo un 32.4% tenía una percepción alta de poder estar en riesgo de contagio frente a la pandemia.

GRÁFICO N°3

TENDENCIA COMPARATIVA DE LOS REACTIVOS DE MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO ESPECÍFICO CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%



En el Gráfico N°3 se observa una comparación de los reactivos analizados del instrumento de medición de la percepción de riesgo de contagio para identificar las oportunidades de mejora.

Se puede identificar los ítems más comprometidos en orden de intensidad por no considerarlos de riesgo o de riesgo bajo en la percepción del adolescente: “Probabilidad de percibir la muerte por contagio con COVID19”, “probabilidad de ser contagiado por contraer COVID19”, “posibilidad de contraer secuelas después de una infección”, “probabilidad de que familiar cercano mueran por contagio por COVID19”, “probabilidad de presentar síntomas respiratorios graves por infección por COVID19”, “pereza en el uso de tapabocas” y “baja probabilidad de seguir los protocolos de bioseguridad en su entorno”. Estas son las oportunidades que se deberían de mejorar para elevar la percepción del riesgo en los adolescentes y disminuir la posibilidad de convertirse en vehículos de transmisión.

TABLA N°4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR CON COVID19 POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO

		Riesgo de Contagio								P
		Percepción Riesgo Baja		Riesgo Medio		Percepción Riesgo Alta		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	15	15	22.1%	11	19.3%	11	18.3%	37	20.0%	0.00
	16	18	26.5%	12	21.1%	11	18.3%	41	22.2%	
	17	4	5.9%	9	15.8%	23	38.3%	36	19.5%	
	18	23	33.8%	11	19.3%	11	18.3%	45	24.3%	
	19	8	11.8%	14	24.6%	4	6.7%	26	14.1%	
	Total	68	100.0%	57	100.0%	60	100.0%	185	100.0%	
Sexo	Femenino	21	30.9%	21	36.8%	23	38.3%	65	35.1%	0.00
	Masculino	47	69.1%	36	63.2%	37	61.7%	120	64.9%	
	Total	68	100.0%	57	100.0%	60	100.0%	185	100.0%	
Grado de instrucción	Primaria	0	0.0%	2	3.5%	0	0.0%	2	1.1%	0.26
	Secundaria incompleta	33	48.5%	24	42.1%	29	48.3%	86	46.5%	
	Superior Incompleta	1	1.5%	1	1.8%	3	5.0%	5	2.7%	
	Técnica	4	5.9%	3	5.3%	0	0.0%	7	3.8%	
	Secundaria completa	30	44.1%	27	47.4%	28	46.7%	85	45.9%	
	Total	68	100.0%	57	100.0%	60	100.0%	185	100.0%	
Estado civil	Soltero/a	60	88.2%	54	94.7%	60	100.0%	174	94.1%	0.01
	Conviviente	8	11.8%	3	5.3%	0	0.0%	11	5.9%	
	Total	68	100.0%	57	100.0%	60	100.0%	185	100.0%	
Relación parental con familiar afectado	Hijo/a	48	70.6%	39	68.4%	51	85.0%	138	74.6%	0.00
	Hermano/a	0	0.0%	15	26.3%	6	10.0%	21	11.4%	
	Nuera	0	0.0%	3	5.3%	0	0.0%	3	1.6%	
	Sobrino/a	15	22.1%	0	0.0%	3	5.0%	18	9.7%	
	Primo/a	5	7.4%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.7%	
	Total	68	100.0%	57	100.0%	60	100.0%	185	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar en la Tabla N°4 que las variables principalmente asociadas a riesgo de contagio son edad (p:0.00), sexo (p:0.00), estado civil (p:0.01) y “relación parental con familiar afectado” (p:0.00).

La percepción de riesgo baja es la más asociada a posibilidad de contagio. En el grupo con percepción baja el 33.8% tenía 18 años y el 11.8% 19 años. Esta diferencia es significativa frente a la presentada en aquellos menores de 17 años con mejor percepción de riesgo.

Según estado civil, la condición de soltero está altamente asociada a baja percepción de riesgo, pero esta variable podría interpretarse como confusora puesto que la mayor parte de la muestra son menores de 20 años.

Según relación parental, el 70.6% con percepción del riesgo baja son hijo o hija, y el 22.1% sobrinos. Esta frecuencia es estadísticamente diferente al grupo de hermanos o primos.

TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MEDICIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR CON COVID19 POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO

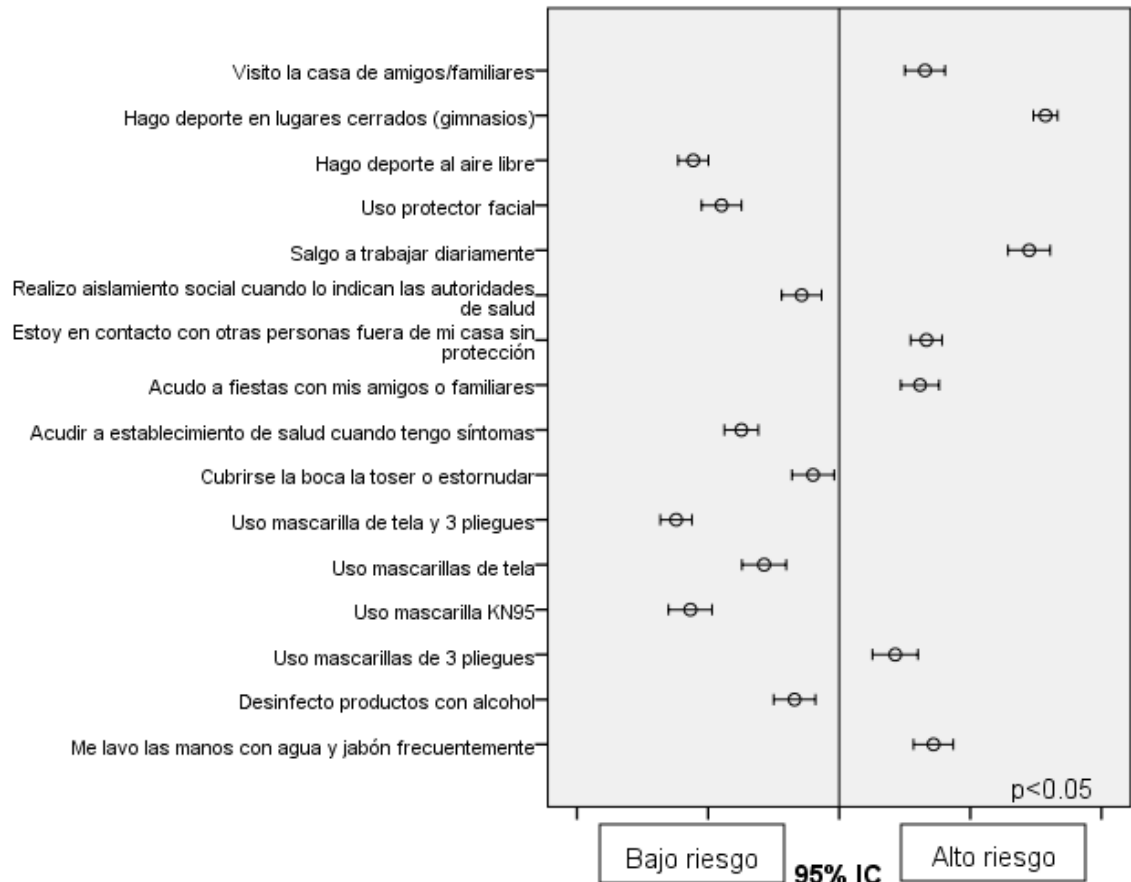
	N	%
Alta conducta de riesgo	95	51.4%
Conducta de riesgo Nivel Medio	57	30.8%
Baja Conducta de Riesgo	33	17.8%
Total	185	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°5 podemos observar que el 51.4% tenía conductas de riesgo elevadas seguido de un 30.8% con un nivel de conductas de riesgo medio.

GRÁFICO N°4

TENDENCIA COMPARATIVA DE LOS REACTIVOS DE MEDICIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%



Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico N°4 podemos identificar la comparación entre los diferentes reactivos utilizados en la medición de las conductas de riesgo. En ella podemos identificar aquellas conductas consideradas de alto riesgo. La Gráfica pretende identificar prioritariamente las conductas de riesgo como oportunidades de mejora. Se puede observar que aquellas acciones identificadas como de alto riesgo son: “Salir a trabajar diariamente”, “hacer deporte en lugares cerrados como gimnasios”, “visitar la casa de amigos y familiares”, “estar en contacto con otras personas fuera de la casa y sin protección”, “acudir a fiestas de amigos y familiares”, “no usar adecuadamente las mascarillas de tres pliegues” “no lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente”.

TABLA N°6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR CON COVID19 POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO

		Conducta de riesgo								P
		Alta conducta de riesgo		Nivel Medio		Baja Conducta de Riesgo		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	15	26	27.4%	4	7.0%	7	21.2%	37	20.0%	0.03
	16	19	20.0%	11	19.3%	11	33.3%	41	22.2%	
	17	14	14.7%	14	24.6%	8	24.2%	36	19.5%	
	18	24	25.3%	18	31.6%	3	9.1%	45	24.3%	
	19	12	12.6%	10	17.5%	4	12.1%	26	14.1%	
	Total	95	100.0 %	57	100.0 %	33	100.0 %	185	100.0 %	
Sexo	Femenino	28	29.5%	14	24.6%	23	69.7%	65	35.1%	0,00
	Masculino	67	70.5%	43	75.4%	10	30.3%	120	64.9%	
	Total	95	100.0 %	57	100.0 %	33	100.0 %	185	100.0 %	
Grado de instrucción	Primaria	2	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.1%	0.05
	Secundaria incompleta	46	48.4%	18	31.6%	22	66.7%	86	46.5%	
	Superior Incompleta	1	1.1%	3	5.3%	1	3.0%	5	2.7%	
	Técnica	4	4.2%	3	5.3%	0	0.0%	7	3.8%	
	Secundaria completa	42	44.2%	33	57.9%	10	30.3%	85	45.9%	
	Total	95	100.0 %	57	100.0 %	33	100.0 %	185	100.0 %	
Estado civil	Soltero/a	87	91.6%	54	94.7%	33	100.0 %	174	94.1%	0.2
	Conviviente	8	8.4%	3	5.3%	0	0.0%	11	5.9%	
	Total	95	100.0 %	57	100.0 %	33	100.0 %	185	100.0 %	
Relación parental con familiar afectado	Hijo/a	65	68.4%	50	87.7%	23	69.7%	138	74.6%	0.00
	Hermano/a	7	7.4%	4	7.0%	10	30.3%	21	11.4%	
	Nuera	0	0.0%	3	5.3%	0	0.0%	3	1.6%	
	Sobrino/a	18	18.9%	0	0.0%	0	0.0%	18	9.7%	
	Primo/a	5	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.7%	
	Total	95	100.0 %	57	100.0 %	33	100.0 %	185	100.0 %	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°6 Se identifican que la edad ($p:0.03$), el sexo (0.00) y la relación parental con familiar afectado ($p:0.00$) son las principales variables asociadas a conducta de riesgo.

Se puede evidenciar que la mayoría de los adolescentes participantes de nuestro estudio presentaron altas conductas de riesgo. Asimismo, en el grupo con alta conducta de riesgo, el 70.5% eran varones y el 29.5% mujeres. Esta diferencia fue altamente significativa. Según la relación con familiar cercano en el grupo con alta conducta de riesgo, el 18.9% eran los sobrinos; diferencia altamente significativa con el grupo con baja conductas de riesgo donde ninguno de los que tenían este tipo de parentesco estuvo presente.

TABLA N°7

RELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR CON COVID19 POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO

		Conducta de riesgo								p
		Alta conducta de riesgo		Nivel Medio		Baja Conducta de Riesgo		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Riesgo de Contagio	Percepción Riesgo Baja	58	85.3%	10	14.7%	0	0.0%	68	100.0%	0.00
	Riesgo Medio	26	45.6%	27	47.4%	4	7.0%	57	100.0%	
	Percepción Riesgo Alta	11	18.3%	20	33.3%	29	48.3%	60	100.0%	
	Total	95	51.4%	57	30.8%	33	17.8%	185	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°7 se encontró que existe una alta asociación entre la percepción de riesgo de contagio y las conductas de riesgo adoptadas (p:0.00).

En el grupo con baja percepción de riesgo, el 85.3% tenía también por consecuencia una alta conducta de riesgo, valores diferentes respecto al grupo con percepción de riesgo alta donde el 18.3% tan sólo tenía alguna conducta de riesgo considerada alta y el 48.3% una baja conducta de riesgo. Podemos afirmar que, a mayor percepción de riesgo, menor será la adopción de conductas inadecuadas.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud comunicó la alta velocidad de contagio de la COVID-19 a nivel mundial y declaró el evento como una emergencia de salud pública mundial. Ya se sabe que las conductas de las personas y su percepción de estar en riesgo están altamente asociadas a la propagación de la enfermedad y que estas conductas y percepción pueden ser modificadas en el tiempo con disposición de las personas a adoptar conductas preventivas de salud pública, que a menudo se asocian con la percepción pública del riesgo.

Los resultados de investigaciones, las cuales son muy variadas a nivel mundial, han permitido conocer y observar diferentes características de la percepción de riesgo que explican la evolución de contagio y su influencia en la toma de decisiones dentro del hogar, la capacidad de control, la exposición voluntaria o involuntaria, el sufrir contagio, el acceso a servicios en forma oportuna y nivel de conocimientos de la pandemia. La percepción del riesgo es un juicio subjetivo que dependerá de los factores mencionados y que son claves para reducir el miedo y ansiedad frente a la COVID-19.

El miedo a la muerte siempre será más influyente que la percepción de miedo a infectarse. Mejía describió que existe una importante percepción de miedo relacionada con la pandemia de COVID-19 por parte de la población peruana. El miedo se asoció con sexo femenino, principalmente y en grupos de mayor edad (22).

Pell del Río et al caracterizó los factores que se relacionaban con la percepción de riesgo donde las fuentes informativas tenían una relación directa. Lograron determinar un comportamiento adecuado en su población de estudio y que esto estaba asociado a una adecuada conciencia del riesgo de infección por madurez y experiencias propias vividas. Pudieron además medir las características de la gestión de riesgo (16). Es sabido que, en todos los grupos de edad avanzada, la información sobre las medidas para evitar infecciones, la atención médica y

sanitaria se considera favorable en la mayoría de los casos, pero no se tiene estudios que evalúen estos mismos aspectos en gente más joven, siendo conocedores que son uno de los principales vectores de la infección.

Las percepciones más comprometidas respecto a riesgo general de amenaza frente a la pandemia de COVID-19 en los adolescentes participantes del presente estudio fueron principalmente que “la infección por coronavirus les afecta emocionalmente” y que “están preocupados por la infección por coronavirus”. Resultados similares al estudio realizado por De los Rios et al(23) donde se evidencia que el 56% de los participantes presenta en ocasiones emociones negativas debido a la pandemia por COVID-19 y el aislamiento social. Es por ello que es fundamental conocer la situación psicológica de la población en general y principalmente de los adolescentes ya que la incapacidad para desarrollar ciertas actividades cotidianas durante este periodo de confinamiento les genera un impacto negativo pudiendo presentar alteraciones conductuales o emocionales.

Belzunegui et al en su estudio manifiesta que las personas que han tenido un contacto directo con la COVID-19 son las que presentan una percepción de riesgo de infección más elevada, especialmente si son convivientes con algún afectado que enfermo gravemente o falleció, debido a que estas personas perciben la enfermedad como un riesgo fatal. (50) similar al estudio realizado por Dryhurst et al, donde se relaciona que personas que han tenido una experiencia personal directa con el virus perciben un mayor riesgo en comparación con las que no han tenido una experiencia directa ($\beta = 0,39$, [IC 95%; 0,34, 0,45]). (19) resultados semejantes a nuestro estudio ya que se observó que el 63.2% presentaban un riesgo medio y alto frente a la COVID-19 y el 36.8% de los adolescentes tienen una baja percepción de riesgo de contagio frente a la enfermedad, presentando familiar con COVID-19 positivo. En nuestro estudio, encontramos que según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del familiar con COVID-19 de los adolescentes de nuestro estudio, el 33% estuvo en contacto hace 2 meses, seguido de un 23.8% hace 3 meses y un 23.2% hace un mes. Distribuciones muy homogéneas. Logramos medir la percepción general de riesgo donde “percepción de síntomas debido a la infección

por coronavirus”, el “tiempo de duración de la infección por coronavirus” y “el grado de afectación por coronavirus en su vida” fueron características que el adolescente le dio menor importancia.

En el sexo femenino, la percepción fue mayor comparativamente al sexo masculino ($p < 0.05$), resultados coincidentes con los descritos anteriormente. (16,19,22) Esta tendencia confirma que generalmente las mujeres tienen mayor responsabilidad de afrontamiento frente a exposiciones riesgosas. Las estrategias de mejora deben abordar ambos géneros, pero incidir mayormente en varones. Hicimos una medición simultáneamente más ampliadas de percepción de riesgo de contagio donde los reactivos más comprometidos fueron baja percepción de “Probabilidad de percibir la muerte por contagio con COVID-19”, “probabilidad de ser contagiado por contraer COVID-19”, “posibilidad de contraer secuelas después de una infección”. Por lo que se podría inferir que probablemente en los adolescentes la sensación de peligro es muy baja.

Finalmente demostramos en nuestro estudio una alta asociación entre la percepción de riesgo de contagio y las conductas de riesgo adoptadas ($p:0.000$). En estas últimas “Salir a trabajar diariamente”, “hacer deporte en lugares cerrados como gimnasios”, “visitar la casa de amigos y familiares”, “acudir a fiestas con amigos y familiares” fueron las conductas más riesgosas adoptadas por el grupo de estudio. Similar al estudio realizado por Bolaños et al (17) donde se evidencia baja percepción de riesgo de contagio relacionados con conductas infravaloradas de autocuidado como el uso de tapabocas o el distanciamiento social en adolescentes colombianos. Lo anterior se puede explicar debido a que los adolescentes presentan una baja percepción de riesgo de infectarse gravemente por coronavirus ya que no pertenecen al grupo con factores de riesgo como el de los adultos mayores. Se hace necesario entender que este grupo especial de edad no está siendo abordado con estrategias diferenciadas. Los mensajes de prevención, generalmente a población adulta o de la tercera edad, no ha incidido en un grupo altamente asociado a transmisión, quizás por la posibilidad de no haberse diferenciado los mensajes a una generación que vive en un mundo de comunicación virtual en su mayoría.

Lo anteriormente expuesto pone en evidencia a una tendencia que parece desarrollarse en América Latina, donde se han encontrado resultados semejantes a las del presente estudio, se recalca una investigación realizada por Vásquez et al(20) en México, donde el 34% no considera notable mantener el distanciamiento social obligatorio. Por otra parte Diez et al(51) en su estudio realizado con jóvenes de Perú, Argentina y Colombia, donde se encontró que el 35% reportó no mantener el aislamiento recomendado con el fin de mantener contacto social.

Hertz y Barrios evalúa las conductas de riesgo en adolescentes estadounidenses. Recomiendan que, dado el estado de la salud mental de los adolescentes, los profesionales de la salud y las escuelas deben asociarse para mitigar las consecuencias potencialmente nocivas en la salud, la propia salud mental y la educación de los niños y adolescentes (42). Birhanu opina que la percepción de amenaza para la salud de las personas es un paso fundamental para potenciar las campañas de comunicación de riesgos. Una combinación equilibrada de amenaza y mensajes de eficacia para optimizar las reacciones de autoprotección se hace necesaria. (18)

Dentro de las limitaciones metodológicas, presentadas durante la realización del presente trabajo de investigación se presentó que no todos los pacientes con diagnóstico o antecedente de COVID-19 positivo confirmado de la Jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano, presentaron algún familiar adolescente entre 15 a 19 años. Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron validados por los autores que elaboraron dichos cuestionarios, pero no se realizó una validación mediante juicio de expertos de la Universidad Privada de Tacna. Poca disponibilidad de antecedentes sobre investigaciones de percepción de riesgo frente a la COVID-19 en el grupo de Adolescentes.

Las percepciones de riesgo son evaluaciones intuitivas de las personas sobre los peligros a los que están o podrían estar expuestos. Son interpretaciones del entorno y del mundo y esta, como se refiere anteriormente, influenciada por numerosos factores individuales, sociales, culturales y contextuales. A medida que se

incrementa el número de muertes por COVID-19 a nivel mundial, es importante comprender la percepción pública del riesgo y que la población en general tenga percepciones adecuadas de los factores de riesgo personales y sociales. De esta manera el comportamiento de las personas puede influir de manera primordial y alterar la propagación de la pandemia por COVID-19.

CONCLUSIONES

- a. Se lograron individualizar 185 adolescentes entre 15 a 19 años. El 64.9% eran varones y el 35.1% mujeres. Según grado de instrucción el 46.5% tenía secundaria incompleta y el 45.9% secundaria completa. El 94.1% era soltero y el 5.9% conviviente. El 74.6% era hijo (a), el 11.4% hermano(a) y el 9.7% sobrino(a) respecto al familiar intradomiciliario COVID-19 positivo.
- b. Las percepciones más comprometidas respecto a riesgo general de amenaza frente a la pandemia por COVID-19 es principalmente que “la infección por coronavirus le afecta emocionalmente” y que “está preocupado por la infección por coronavirus”. ($p < 0.05$, IC: 95%)
- c. Según el estado de percepción de riesgo de contagio, el 36.8% tenía una baja percepción de riesgo, el 30.8% percepción de riesgo medio y sólo el 32.4% presento percepción de riesgo alta frente a la pandemia por COVID-19.
- d. Según el sexo, existe una diferencia significativa de la percepción de riesgo entre ambos géneros. En el sexo femenino, la percepción es mayor comparativamente al sexo masculino ($p: 0.00$).
- e. El 51.4% tenía conductas de riesgo elevadas seguido de un 30.8% con un nivel de conductas de riesgo medio. Las principales conductas de riesgo fueron: “Salir a trabajar diariamente”, “hacer deporte en lugares cerrados como gimnasios”, “visitar la casa de amigos y familiares”, “estar en contacto con otras personas fuera de la casa y sin protección”, “acudir a fiestas de amigos y familiares”, “no usar adecuadamente las mascarillas de tres pliegues” “no lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente”.
- f. Existe una alta asociación entre la percepción de riesgo de contagio y las conductas de riesgo adoptadas ($p: 0.000$). La edad ($p: 0.03$), el sexo (0.00) y la relación parental con familiar afectado ($p: 0.00$) son las principales variables asociadas a percepción de riesgo y conducta de riesgo frente al COVID-19.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar trabajos de investigación que evalúen la gravedad del familiar afectado con COVID-19 y su relación con la percepción de riesgo de contagio en otros grupos de edad y en diferentes jurisdicciones de salud, mediante estudio multicéntrico, lo cual nos permitirá preparar intervenciones adecuadas de prevención en el primer nivel de atención.
2. Establecer un protocolo de seguimiento al adolescente contacto de familiares COVID-19 positivos de manera virtual evaluando la salud mental y social, para adoptar estrategias de orientación y consejería diseñadas para este ciclo de vida.
3. Implementar campañas de concientización social y medidas preventivas frente a la pandemia, adaptando el uso de plataformas de aplicaciones móviles, internet y redes sociales, de manera que se promueva el comportamiento responsable frente a la COVID-19.
4. Proponer a los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) de Tacna, que implementen programas virtuales de grupos de adolescentes para sobrellevar el estrés y la frustración del confinamiento social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu Z. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. 2020; Disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/497>
2. Paek H-J, Hove T. Risk Perceptions and Risk Characteristics [Internet]. Oxford Research Encyclopedia of Communication. 2017. Disponible en: <https://oxfordre.com/communication/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-283>
3. Agudo Y, Martín E, Tovar K. Juventud protagonista: capacidades y límites de transformación social. Jóvenes en redes sociales: significados y prácticas de una sociabilidad digital, por Merino L. Rev Estud Juv 95. 2011;95:184.
4. Peru: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [citado 14 de julio de 2021]. Disponible en: <https://covid19.who.int>
5. CDC MINSA – Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. [citado 14 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/>
6. Decreto Supremo N° 131-2021-PCM [Internet]. [citado 14 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/2017526-131-2021-pcm>
7. Goyes Morán AC. Qué piensan, quieren y esperan los jóvenes de hoy? investigaciones sobre las creencias de los estudiantes de colegios oficiales de Bogotá [Internet]. Primera edición. Bogotá (Colombia: Universidad de la Salle; 2015. (Familia: Jóvenes). Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/fce-unisalle/20170117043817/quepiensan.pdf>
8. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. Ciênc Saúde Coletiva. junio de 2020;25(suppl 1):2447-56.
9. Yubero S. Socialización y aprendizaje social. Capítulo XXIV. En: Psicología Social, Cultura y Educación [Internet]. Primera Edición. España: Universidad del País Vasco; 2014. p. 958. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Dario-Paez-2/publication/285580199_Psicologia_Social_Cultura_y_Educacion_Libro_de

scatalogado_2014/links/565f878708ae1ef929855c68/Psicologia-Social-Cultura-y-Educacion-Libro-descatalogado-2014.pdf

10. UNICEF-Perú. La nueva responsabilidad de los adolescentes durante la pandemia. Webinar: adolescentes en primera línea. 11 ago. [Internet]. Perú; 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/la-nueva-responsabilidad-de-los-adolescentes-durante-la-pandemia-webinar3>
11. Vasallo Sella C. La vuelta a la pandemia en 12 semanas. [Internet]. 1ra. edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo País; 2020 [citado 16 de mayo de 2021]. 203 p. Disponible en: <http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/wp-content/uploads/2021/01/La-vuelta-a-la-pandemia-en-12-semanas.pdf>
12. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2021 Jul 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
13. Salud S de. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. gob.mx. [citado 2 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
14. CDC MINSA - Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiologica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) EN EL PERÚ. [Internet]:2020.Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE452020/03.pdf>
15. González Gacel JF, Soler Sánchez YM, Pérez Rosabal E, González Sábado RI, Pons Delgado SV, González Gacel JF, et al. Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo. Multimed [Internet]. febrero de 2021 [citado 16 de mayo de 2021];25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182021000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Pell del Río SM, Valdés Santiago D, Gil Rodríguez AL, Amador Romero FJ, Cairo Pell KS, Paneque Quevedo AA, et al. Percepción de riesgo durante el confinamiento por COVID-19 en una muestra cubana: resultados preliminares. An Acad Cienc Cuba. 1 de enero de 2021;11(1):912.
17. Bolaños ADR, Guachavez JLC, Bolaños EF. Percepción de riesgo frente al Covid-19 en adolescentes escolarizados colombianos. Rev Bol Redipe [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 22 de mayo de 2021];10(3):376-92. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1241>
18. Birhanu Z, Ambelu A, Fufa D, Mecha M, Zeynudin A, Abafita J, et al. Risk perceptions and attitudinal responses to COVID-19 pandemic: an online survey in Ethiopia. BMC Public Health [Internet]. 25 de mayo de 2021 [citado 19 de

junio de 2021];21(1):981. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10939-x>

19. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, Bles AM van der, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *J Risk Res* [Internet]. 2 de agosto de 2020 [citado 21 de junio de 2021];23(7-8):994-1006. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
20. Vázquez OG, Orozco MR, Muñiz RC, Contreras LAM, Ruíz GC, García AM. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gac Médica México* [Internet]. 2020 [citado 4 de julio de 2021];156(4):298-305. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7725297>
21. Gonzales AO, Sánchez NS. Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú - 2020. *Av En Enferm* [Internet]. 19 de agosto de 2020 [citado 9 de marzo de 2021];38(1supl). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/87589>
22. Mejia C, Rodriguez-Alarcon J, Vera-Gonzales J, Ponce-Lopez V, Chamorro-Espinoza S, Quispe-Sancho A, et al. Fear Perception of the COVID-19 Pandemic in Peru. *Electron J Gen Med*. 7 de marzo de 2021;18:285.
23. Rodríguez de los Ríos L, Ríos LAR de los, Vásquez RG, Cuno RQ, Llanos YMC. COVID-19: Frecuencia de temores en condiciones de cuarentena y aislamiento social, LIMA, 2020. *Rev EDUCA UMCH* [Internet]. 1 de junio de 2020;0(15):19. Disponible en: <https://revistas.umch.edu.pe/EducaUMCH/article/view/136>
24. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus (CoV) Sinopsis. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/activities/preventing-noncommunicable-diseases/coronavirus>
25. CDC. El COVID-19 y su salud [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [citado 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>
26. OMS - Manejo Clínico de la COVID19. 2021. [Internet]. [citado 12 de julio de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>
27. Plasencia-Urizarri TM, Aguilera-Rodríguez R, Almaguer-Mederos LE, Plasencia-Urizarri TM, Aguilera-Rodríguez R, Almaguer-Mederos LE. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y

- meta-análisis. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. 2020 [citado 16 de mayo de 2021];19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Universidad Virtual de Salud. Infecciones por coronavirus – comorbilidades [Internet]. Infomed. 2021 [citado 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/coronavirus/tag/comorbilidades/>
 29. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. Middlesex Health. 2021 [citado 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/enfermedad-del-coronavirus-2019-covid-19>
 30. CDC. Healthcare Workers [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-conditions.html>
 31. Ponce Lino LL, Muniz Tóala SJ, Mastarreno Cedeño MP, Villacreces Holguín GA. Secuelas que enfrentan los pacientes que superan el COVID 19. *Recimundo*. 13 de julio de 2020;4(3):153-62.
 32. Flores LA. Complicaciones cardiovasculares, trombosis y coagulación en COVID-19: “Una ayuda a su entendimiento”. *Rev Argent Ter Intensiva* [Internet]. 16 de abril de 2021 [citado 17 de mayo de 2021];38. Disponible en: [//revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/749](http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/749)
 33. Martínez Chamorro E, Díez Tascón A, Ibáñez Sanz L, Ossaba Vélez S, Borrueal Nacenta S. Diagnóstico radiológico del paciente con COVID-19. *Radiología*. 2021;63(1):56-73.
 34. Francisco A, Ronco C. Insuficiencia Renal Aguda en la Infección por Coronavirus Sar-Cov2 (COVID-19) | *Nefrología al día* [Internet]. Sociedad Española de Nefrología. 2021 [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-insuficiencia-renal-aguda-infeccion-por-340>
 35. Tarragón B, Valdenebro M, Serrano ML, Maroto A, Llópez-Carratalá MR, Ramos A, et al. Fracaso renal agudo en pacientes hospitalizados por COVID-19. *Nefrología*. 1 de enero de 2021;41(1):34-40.
 36. Huarcaya-Victoria J, Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2020;37(2):327-34.

37. Organización Mundial de la Salud. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
38. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Mon MAÁ de, Quintero J. COVID-19 y salud mental. *Medicine (Baltimore)*. diciembre de 2020;13(23):1285-96.
39. Organización Mundial de la Salud. #HealthyAtHome [Internet]. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. 2020 [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>
40. Sánchez Boris IM, Sánchez Boris IM. Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN* [Internet]. febrero de 2021 [citado 24 de mayo de 2021];25(1):123-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192021000100123&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. Castillo RP del, Velasco MFP. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* [Internet]. 30 de junio de 2020 [citado 15 de julio de 2021];37(2):30-44. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/355>
42. Hertz MF, Barrios LC. Adolescent mental health, COVID-19, and the value of school-community partnerships. *Inj Prev* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 19 de julio de 2021];injuryprev-2020-044050. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7656902/>
43. UNICEF-Panamá. Adolescentes y jóvenes comparten sus opiniones, vivencias y propuestas durante la cuarentena por la crisis de la COVID-19 [Internet]. UNICEF. 2020 [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/panama/nada-nos-detiene>
44. American Academy of Pediatrics. Los adolescentes y el COVID-19: retos y oportunidades durante el brote [Internet]. *HealthyChildren.org*. 2020 [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/COVID-19/Paginas/Teens-and-COVID-19.aspx>
45. Sánchez-Villena AR, de la Fuente - Figueroa V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Pediatr Barc*. 2020;93(1):73-4.

46. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Núñez M, Roura-Olmeda P, et al. [Perception in chronic illnesses: linguistic validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population]. *Aten Primaria*. mayo de 2012;44(5):280-7.
47. OMS. Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el COVID-19. 2020. [Internet]. [citado 21 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/coronavirus-2019>
48. Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Oropesa Ruiz NF, Martos Martínez Á, Simón Márquez M del M, Herrera-Peco I, et al. Questionnaire on Perception of Threat from COVID-19. *J Clin Med* [Internet]. abril de 2020 [citado 22 de mayo de 2021];9(4):1196. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1196>
49. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Prado-Gascó VJ, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 17 de julio de 2021];28:e3242. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100306&tlng=en
50. Belzunegui et al. Un estudio con participación de la URV sostiene que los familiares de sanitarios tienen una mayor percepción de riesgo por la COVID-19 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/un-estudio-con-participacion-de-la-urv-sostiene-que-los-familiares-de-sanitarios-tienen-una-mayor-percepcion-de-riesgo-por-la-covid-19/>
51. Diez, F et al. Salud mental y resiliencia en adultos jóvenes de Sudamérica durante el aislamiento por la pandemia de COVID-19. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. 2020. [Internet]. Disponible en: https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ESM+Jo%C2%BFvenes+-+Prese+nt+MinSalud+versi%C3%B3n+3.pdf/c5414e93-e078-4e0a-971f_99dfd9adbdbd

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

Edad: _____

Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

Grado de instrucción:

- a. Primaria
- b. Secundaria incompleta
- c. Secundaria completa
- d. Técnica
- e. Superior incompleta

Estado civil:

- a. Soltero/a
- b. Conviviente
- c. Casado/a
- d. Separado/a
- e. Viudo/a

Relación parental con familiar afectado:

- a. Hijo(a)
- b. Hermano(a)
- c. Yerno
- d. Nuera
- e. Sobrino
- f. Primo
- g. Otro: _____

Tiempo aproximado transcurrido desde infección: _____ meses

ANEXO 2

CUESTIONARIO 1 DE PERCEPCION GENERAL DE AMENAZA DE COVID-19

1. ¿Cuánto afecta la infección por coronavirus a su vida?

No me afecta absolutamente nada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Afecta gravemente a mi vida
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

2. ¿Cuánto cree Ud. que durará la infección por coronavirus?

Muy poco tiempo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Para siempre
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

3. ¿En qué medida siente Ud. síntomas debidos a la infección por coronavirus?

Absolutamente ningún síntoma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muchos síntomas graves
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

4. ¿En qué medida está preocupado por la infección por coronavirus?

Absolutamente nada preocupado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremadamente preocupado
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------------

5. ¿En qué medida le afecta emocionalmente la infección por coronavirus? (Es decir, ¿Le hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?)

Absolutamente nada afectado emocionalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Extremadamente afectado emocionalmente
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

ANEXO 3

CUESTIONARIO 2 DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO

		Nada probable	Poco probable	Probable	Muy probable
1.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 por no usar tapabocas?				
2.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 por asistir a reuniones familiares o de amigos?				
3.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 por tocarse la cara constantemente?				
4.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 por no lavarse las manos continuamente?				
5.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 al tener contacto físico con una persona que ha adquirido el virus?				
6.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 cuando se habla de cerca con una persona que no usa tapabocas?				
7.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 por encontrarse en lugares concurridos y poco ventilados?				
8.	¿Es probable contagiarse de Covid-19 por tener contacto con una persona que no presenta síntomas?				
9.	¿Qué tan probable es contagiarse de Covid-19 por asistir a eventos masivos como celebraciones, fiestas, conciertos, etc.?				
10.	¿Qué tan probable podría ser un contagio de Covid-19 si sigo al pie de la letra los protocolos de bioseguridad (desinfección de manos y zapatos, mantener distancia de otras personas)? *				
11.	¿Qué tan probable es que muera por contagiarme con Covid-19?				

12.	¿Qué tan probable es que sea hospitalizado por contraer Covid-19?				
13.	¿Qué tan probable es tener secuelas o problemas de salud permanentes tras haberme contagiado de Covid-19?				
14.	¿Qué tan probable es presentar síntomas respiratorios graves por infectarme con Covid-19?				
15.	¿Qué tan probable es que algún familiar cercano muera por contagiarse con Covid-19?				
16.	¿Qué tan probable es que algún familiar cercano sea hospitalizado por contraer Covid-19?				
17.	¿Qué tan probable es que utilice el tapabocas para evitar que mi familia se infecte?				
18.	¿Qué tan probable es que siga los protocolos de bioseguridad de mi colegio para que no haya más contagios?				
19.	¿Qué tan probable es que no use el tapabocas por pereza u olvido? *				
20.	¿Cuál es la probabilidad de que no asista a fiestas y reuniones por temor a infectar a otras personas? *				
21.	¿Qué tan probable es que lave mis manos frecuentemente, aunque sienta pereza de hacerlo?				

ANEXO4

CUESTIONARIO 3 DE CONDUCTAS DE RIESGO

1. Nunca 2. A veces 3. No me interesa 4. Casi siempre 5. Siempre

		1	2	3	4	5
1	Me lavo las manos con agua y jabón frecuentemente					
2	Desinfecto productos con alcohol					
3	Uso mascarillas de 3 pliegues					
4	Uso mascarilla KN95					
5	Uso mascarillas de tela					
6	Uso mascarilla de tela y 3 pliegues					
7	Cubrirse la boca la toser o estornudar					
8	Acudir a establecimiento de salud cuando tengo síntomas					
9	Acudo a fiestas con mis amigos o familiares					
10	Estoy en contacto con otras personas fuera de mi casa sin protección					
11	Realizo aislamiento social cuando lo indican las autoridades de salud					
12	Salgo a trabajar diariamente					
13	Uso protector facial					
14	Hago deporte al aire libre					
15	Hago deporte en lugares cerrados (gimnasios)					
16	Visito la casa de amigos/familiares					

SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Señor: Director del Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud Tacna

Yo, Quispe Coanqui Whendy Dahyan, Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna, identificada con DNI 70666271 domiciliado en Av. Humboldt Mz N lote 24, respetuosamente expongo:

Que por medio del presente me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la base de datos de pacientes infectados COVID-19 positivos de enero a abril del año 2021, para realizar la ejecución del trabajo de investigación denominado "PERCEPCIÓN Y COMPORTAMIENTO DE RIESGO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS CONTACTOS DE FAMILIAR CON COVID-19 POSITIVO DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA RED DE SALUD DE TACNA 2021".



Por lo expuesto: Solicito a Ud. acceder a mi solicitud

Tacna, 24 de mayo del 2021.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Whendy Dahyan", written over a horizontal line.

FIRMA

DNI 70666271

Adjunto documentos:

Instrumentos de Recolección de datos