

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



**"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A
PERCEPCIÓN DE RIESGO, AUTOMEDICACIÓN, MITOS Y
CREENCIAS DE PREVENCIÓN RESPECTO A COVID 19 EN
ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN DE TACNA, 2020"**

TESIS

PRESENTADO POR:

LUIS CARLOS CANO GÓMEZ

ASESOR:

DR. RENE DOMINGO CASTILLO TEJADA

**PRESENTADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

TACNA – PERÚ

2021

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas asociadas a percepción de riesgo, automedicación, mitos y creencias de prevención respecto a COVID 19 en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el 2020

Material y Método: Estudio observacional relacional. Se trabajó con una muestra representativa de 250 Jefes de hogar, residentes en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.

Resultados: El promedio total de percepción del riesgo expresado en porcentaje fue de 60.96% (59.81-62.11). En el grupo automedicado, los productos usados fueron ivermectina (48.6%) y dióxido de cloro (45.9%). Los mitos y creencias más frecuentes fueron “rociarse con alcohol o cloro mata el virus” (67.6%) “las gárgaras de agua con sal matan el virus” (55.6%). Existió diferencias significativas según edad ($p:<0.05$), nivel de instrucción ($p:<0.05$).

Conclusiones: La automedicación estuvo asociada a alta percepción de riesgo ($p:0.00$) y presencia de mitos y creencias ($p:0.00$)

Palabras clave: *coronavirus, covid-19, automedicación, mitos y creencias*

ABSTRACT

Objective: To identify the sociodemographic characteristics associated with risk perception, self-medication, myths and beliefs regarding prevention of COVID-19 in adult heads of household in the Gregorio Albarracín district of Tacna in 2020

Methods: Observational relational study. We worked with a representative sample of 250 heads of household, residents of the Gregorio Albarracín Lanchipa district.

Results: The total average of the group in risk perception expressed as a percentage was 60.96% (59.81-62.11). In the self-medicated group, the products used were ivermectin (48.6%) and chlorine dioxide (45.9%), an illegal product. The most frequent myths and beliefs were "spraying alcohol or chlorine kills the virus" (67.6%) "gargling water with salt kills the virus" (55.6%). There were significant differences according to age ($p < 0.05$), education level ($p < 0.05$).

Conclusions: Self-medication was associated with high risk perception ($p: 0.00$) and presence of myths and beliefs ($p: 0.00$)

Keywords: *coronavirus, covid-19, self-medication, myths and beliefs*

CONTENIDO

1	RESUMEN.....	2
2	ABSTRACT	3
3	CONTENIDO.....	4
5	INTRODUCCIÓN	7
6	EL PROBLEMA	8
6.1	FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
6.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
6.3	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
6.3.1	OBJETIVO GENERAL	10
6.3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
6.4	JUSTIFICACIÓN.....	11
6.5	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	12
7	REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
7.1	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	13
7.1.1	INTERNACIONALES.....	13
7.1.2	NACIONALES	20
7.2	MARCO TEÓRICO	22
7.2.1	LA PANDEMIA COVID 19.....	22
7.2.2	EL COMPORTAMIENTO HUMANO	23
7.2.3	PERCEPCIÓN DE RIESGO.....	24
7.2.4	MITOS Y CREENCIAS	27
7.2.5	LOS “BULOS”.....	29

7.2.6	LA AUTOMEDICACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19.....	31
7.2.7	ASOCIACIÓN DE LOS MITOS, CREENCIAS, PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y AUTOMEDICACIÓN.....	32
8	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
8.1	HIPÓTESIS	34
8.2	VARIABLES.....	34
8.2.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
9	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
9.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	38
9.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	38
9.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	39
9.3.1	Población.....	39
9.4	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
9.4.1	TÉCNICA.....	41
9.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	41
10	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS.....	43
10.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	43
10.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	44
10.2.1	CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
11	RESULTADOS	45
12	DISCUSIÓN.....	61
13	CONCLUSIONES	67
14	RECOMENDACIONES	69

15	BIBLIOGRAFÍA.....	70
16	ANEXOS.....	77

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por SARS–COV 2 (COVID-19) está causada por un nuevo coronavirus que cursa con síndrome respiratorio agudo severo y que apareció por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019. Desde entonces, el virus se ha extendido rápidamente a muchos países. El número de casos confirmados y muertes relacionadas con infecciones aumenta cada día. Aunado a ello han aparecido enormes cantidades de buena y mala información. Esto ha acrecentado la aparición de mitos, creencias, automedicación y percepciones de riesgo negativas y positivas de diferentes características frente a la enfermedad, en algunos casos en forma exagerada o en muchos otros con conductas de alta irresponsabilidad en la población.

La presente investigación se realizó en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, de la región de Tacna que cursó con una elevada frecuencia de casos para fines del 2020, con 4994 casos confirmados. Se identificó el nivel de percepción de riesgo respecto a contagio, casos de automedicación, mitos y creencias respecto a la prevención del contagio, así como las principales características sociodemográficas asociadas, en el contexto de la pandemia por COVID 19 en adultos jefes de hogar durante el 2020.

El estudio sirve para identificar un punto de referencia de la conducta poblacional frente a la pandemia.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

5.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La enfermedad de COVID-19 (también conocida como enfermedad por coronavirus 2019) se notificó por primera vez el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China. Los datos preliminares de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) indican que el virus tiene una alta tasa de mortalidad (especialmente para los ancianos o las personas con factores de riesgo), carece de tratamiento médico efectivo y no tenía una vacuna aprobada hasta el 3er trimestre del 2020, donde a nivel mundial y en especial en países desarrollados se logró consolidar los estudios de inmunización.(1) En la actualidad, los sistemas de vacunación a nivel mundial ya se encuentran activados y para el 13 de julio del 2021 se han administrado 3,518 millones de dosis en todo el mundo. (2)

Compartir rápidamente información científica sobre COVID-19 es una forma efectiva de mejorar la capacidad del público para responder frente a la pandemia, y es esencial proporcionar orientación en tiempo real a epidemiólogos, médicos y gestores que manejan pacientes, y así poder controlar la epidemia con la ayuda y comprensión de los avances futuros y la efectividad de las intervenciones. (1)

A medida que en casi todos los países se cierran escuelas y negocios y cambia el sistema médico para frenar la propagación de enfermedades, los funcionarios de salud pública y los medios de comunicación se han centrado en COVID-19 y la difusión de medidas de prevención. Por lo tanto, el Perú no ha podido manejar efectivamente la crisis COVID-19, y los viajes y movilización social debieron haber sido mejor regulados. (3)

La pandemia ha creado muchos retos en el sistema de salud, uno de los cuales es dar información sobre salud a las personas, lo cual se ha dificultado por la cantidad de información errónea en los distintos medios de comunicación. Los pobladores, en especial los que están a cargo de un hogar, son un grupo especial de personas que deberían evaluar y elegir esta información, principalmente aquellas procedentes de las redes sociales e internet. La información falsa sobre la salud puede dar cambios rápidamente en el comportamiento de las personas, por lo que éstas necesitan información oportuna y adecuada sobre el coronavirus.(4) Para los jefes de hogar que participan en acciones para proteger la salud de sus respectivas familias, es esencial saber si realmente comprenden la magnitud de estar en riesgo de COVID-19, que información usan y sobre todo si están usando algunas medidas en automedicación o reserva personal de medicamentos para COVID-19. Específicamente, el propósito de este estudio es describir la comprensión y los puntos de vista de los jefes de hogar sobre percepción del riesgo familiar, automedicación, mitos y creencias en COVID-19 y las formas de obtener información sobre la enfermedad, dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elevado su evaluación de riesgo global de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) al nivel más alto a nivel mundial desde el 11 de marzo del 2020(5).

5.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas a percepción de riesgo, automedicación, mitos y creencias de prevención respecto a COVID 19 en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna?

5.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características sociodemográficas asociadas a percepción de riesgo, automedicación, mitos y creencias respecto a COVID 19 en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el 2020

5.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar características sociodemográficas en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el 2020.
- b. Identificar el nivel de percepción de riesgo respecto a contagio por COVID 19 en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el 2020.
- c. Identificar los casos de automedicación por COVID 19 sin receta médica en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el 2020.
- d. Identificar los mitos y creencias respecto a prevención de la infección por COVID 19 en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el 2020.
- e. Identificar características sociodemográficas asociadas a presencia de mitos y creencias respecto a prevención de la infección por COVID 19 en adultos jefes de hogar del distrito Gregorio Albarracín de Tacna en el 2020.

5.4 JUSTIFICACIÓN

Los aislamientos extensos y las medidas estrictas que requieren o alientan a las personas a quedarse en casa pueden resultar en que pasen más tiempo en las redes sociales, buscando noticias o información sobre la pandemia (6). Las redes sociales también se han convertido en un canal para difundir rumores e información intencionalmente falsa, y muchos están implementando sitios web como Facebook, Twitter, YouTube y WhatsApp para crear pánico y confusión. A diferencia de cualquier experiencia en epidemias anteriores, la OMS ha determinado que "la pandemia y la respuesta del COVID 19 van acompañadas de una 'epidemia de información' a gran escala". Hay mucha información, algunas son precisas, otras no, lo que hace que sea difícil para las personas encontrar fuentes confiables y orientación confiable. (7) Se necesita investigaciones para comprender mejor el origen y la difusión de información errónea, además de mejorar los esfuerzos para eliminar la fuente de información falsa e identificar y reducir su propagación. Conocer cómo la población percibe el riesgo frente a este flagelo, y que creencias y mitos se generaron producto de una buena o mala difusión de información actualmente existente.

El presente estudio ofrece información que posibilita a las autoridades sanitarias y al gobierno regional mejorar sus estrategias de prevención en los diferentes hogares, dado que el confinamiento de aislamiento social continuará probablemente hasta fines del año 2021.

5.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a. **Riesgo:** Posibilidad o probabilidad de que se produzca de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.(8)
- b. **Creencias:** Una creencia es una actitud mental que consiste en la aceptación de una experiencia, una idea o una teoría, considerándolas verdaderas sin que medien ni hagan falta demostraciones argumentales o empíricas. Es decir, es aquello que decidimos creer y afirmar sin que tengamos el conocimiento o las evidencias de que sea o pueda ser cierto.(9)
- c. **Mitos:** Creencias o ideas muy extendidas pero falsas.(10)
- d. **Automedicación:** Consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico.(11)
- e. **Aislamiento social:** Consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas.(12)
- f. **Regular:** Que se ajusta a una pauta o norma.(13)
- g. **Irregular:** Que no se ajusta a la ley, a las reglas o a lo que se espera normalmente.(14)
- h. **Tranquilizante:** Medicamento que calma y sosiega, y reduce el estrés y la tensión.(15)

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

6.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

6.1.1 INTERNACIONALES

José Molero et al en su trabajo “Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria” en el año 2020 en España, refiere que la infección por COVID-19 es una zoonosis originada por el SARS-CoV-2, el cual se transmite principalmente por inhalación o contacto a corta distancia a través de las mucosas, con las gotitas respiratorias. El periodo de incubación mediano es de 5.1 días, con un rango entre 1 a 14 días. En pacientes con COVID-19 la fiebre, tos seca, disnea y fatiga son los síntomas más comunes, pero aproximadamente la mitad de casos son asintomáticos.(16)

Faqihi et al en su estudio “Self-medication practice with analgesics (NSAIDs and acetaminophen), and antibiotics among nursing undergraduates in University College Farasan Campus, Jazan University, KSA” refieren que la automedicación es ampliamente practicada, y durante la pandemia esto ha empeorado, en su estudio indagó la práctica de la automedicación entre estudiantes de enfermería de la universidad de Jazán. Los resultados muestran que la automedicación fue elevada en la población (87%), siendo el paracetamol el fármaco más usado (57%), seguido de ibuprofeno (20%). Las causas

principales de la automedicación fue dolor de cabeza (45%), dolor menstrual (23%) y fiebre (14%).(17)

Valerie Earnshaw et al en su trabajo “COVID-19 conspiracy beliefs, health behaviors, and policy support” realizado en el año 2020 en Estados Unidos, refiere que las teorías conspirativas se han esparcido rápidamente durante la pandemia del COVID-19 y que las personas son más propensas a creer teorías conspirativas cuando se sienten ansiosas, impotentes y en tiempos de crisis. En sus resultados encuentra que el 33% de participantes estaban de acuerdo con una o más teorías conspirativas, con una media de 3.1, y que estas personas eran 3.93 veces menos probable que se vacunen contra el COVID-19.(18)

Perez Fuentes et al en su investigación “Questionnaire on Perception of Threat from COVID-19” desarrollado el 2020 en España, refieren que el COVID-19, ha provocado que la enfermedad tenga un papel importante en la adaptación psicológica del individuo. Sin embargo, actualmente no hay herramientas validadas para evaluar la percepción de riesgo en adultos de COVID-19. En vista de esto, su estudio evaluó la estructura factorial y la confiabilidad de la versión del cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ) de COVID-19 en muestras de adultos. El análisis factorial exploratorio y confirmatorio respalda el modelo unidimensional y la versión corta tiene suficientes propiedades psicométricas que pueden usarse para evaluar la percepción de las amenazas COVID-19 en la población adulta.(19)

Garbee et al en su estudio “Influence of perceived threat of Covid-19 and HEXACO personality traits on toilet paper stockpiling” refieren que después de la rápida difusión de Covid-19 en Europa y América del Norte en marzo de 2020, muchas personas tuvieron algunas creencias y mitos inadecuados, lo cual los llevó a almacenar productos como papel higiénico. En este estudio, investigan la relación entre perfil de riesgo percibido por Covid-19 y el almacenamiento de papel higiénico en una encuesta en línea en 22 países (N = 996). Los resultados mostraron que las personas que se sentían más amenazadas o en riesgo acumularon más papel higiénico. Finalmente, la conciencia y nivel de percepción de riesgo está relacionada con el almacenamiento de papel higiénico, por lo que las personas con más conocimiento tendían a acumular más papel higiénico. Estos resultados reconocen la ansiedad y falta de control de las emociones como la percepción de riesgo.(20)

Sánchez-Tarragó et al en su trabajo “Desinformación en tiempos de COVID-19: ¿Qué podemos hacer para enfrentarla?” desarrollado el 2020 en Cuba, afirma que a medida que los casos de la enfermedad comenzaron a extenderse rápidamente por todo el mundo, una gran cantidad de información falsa también comenzó a extenderse rápidamente. El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Tedros Adhanom Ghebreyesus habló sobre la situación de COVID-19 a mediados de febrero: “estamos luchando contra la enfermedad de la información. Las noticias falsas se

propagan más rápido y más fácil que este virus, y son igualmente peligrosas."(21)

Pereira et al en su estudio “O medo da morte flexibiliza perdas e aproxima polos: consequências políticas da pandemia da COVID-19 no Brasil” efectuado en julio del 2020 en Brasil, refiere que la humanidad siempre se ha afligido por el fin de la existencia. Esa aflicción se hace más presente cuando se perciben riesgos y aparecen creencias y mitos respecto a la enfermedad. A través de una encuesta de opinión, identificaron que el "miedo a la muerte" por COVID 19 disminuyó la polarización ideológica en la población. Rechazaron cumplir con la recomendación de los responsables de salud mostrando cambios en el comportamiento por diferentes niveles de ingresos.(22)

Yabrude et al en Brasil en su trabajo “Challenges Caused by Fake News among Elderly Population during the Covid-19 Infodemic: Experience of Medical Students” refieren que la pandemia del Coronavirus trajo consigo una infodemia, que es un exceso de información que, en ambientes con bajo análisis crítico y falta de conocimiento técnico-científico, genera un terreno propicio para el surgimiento y la difusión de “fake news” o mitos. En Brasil, estas debilidades se encuentran ampliamente entre los ancianos, que representan el 13% de la población y la mayoría de los analfabetos absolutos y funcionales, lo que los convierte en víctimas y propagadores. Hay una baja interpretación crítica de la información, dificultad para seguir el flujo de noticias y falta de habilidad con las

herramientas de Internet. Afirman que es necesario un canal de comunicación para acceder a la información científica, concienciando sobre el coronavirus y las “fake news”(23).

Melo et al en su investigación “Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19” identifica el aumento de las ventas de medicamentos “para covid” y revela el potencial de consumo durante la fase más crítica de la pandemia en Brasil. Se puede deducir que al menos parte de este exceso de consumo se produjo a través de la automedicación, ya que en Brasil el 79% de las personas mayores de 16 años admite tomar medicamentos sin prescripción médica. Aunque la automedicación responsable puede ser teóricamente beneficiosa en una situación como la de una pandemia, ya que permite a los pacientes responsabilizarse y ganar confianza para gestionar su salud, esta práctica realizada de forma inadecuada y basada en fuentes de información poco fiables presenta graves riesgos para la salud.(24)

José Mansilla et al en su trabajo “Risk Perception of COVID–19 Community Transmission among the Spanish Population” efectuado en diciembre de 2020 en España, menciona que, durante la pandemia, la información del número de infectados, muertes y saturación de los hospitales era conocido por la población gracias a los medios de comunicación, lo que creó una alarma en la sociedad que ocasionó miedo en la población, intensificando la percepción de riesgo. En sus resultados

encontró que la mayor parte de las personas tenían una percepción de riesgo baja (46.2%), seguido de una percepción media (33.4%) y por último alta (20.4%). Las mujeres percibieron mayor riesgo, además que las personas que tuvieron mayor contacto con el SARS-Cov-2 (tener familiares que trabajen en el sector de salud o que vivieron con una persona infectada) se relaciona con mayor percepción de riesgo.(25)

Juan Gonzales et al en su estudio “Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo” comenta que es una necesidad el análisis de la percepción de riesgo ante el COVID-19, por la evolución que tuvo la enfermedad a nivel internacional, asimismo indagar cuál es la susceptibilidad de la población. Se realizó un estudio transversal, con 242 sujetos escogidos por muestreo aleatorio simple en enero del 2021 en Manzanillo, México. En los resultados se evidenció que la mayoría de personas tenía una percepción de riesgo inadecuada (73.6%) y una menor parte una percepción adecuada (26.4%). Además, las principales vías de obtener información fueron a través de medios de comunicación masiva (93%), |profesionales de salud (46.2%), familia (45.4%) y vecinos (44.6%).(26)

Kebede et al en su investigación “Mitos, creencias y percepciones de riesgo sobre el COVID-19” en Etiopía: afirma que es de necesidad subsanar las lagunas de información que existen. Se recogieron un total de 929 encuestas. Encontró que su población tenía factores de riesgo identificados como imposibilidad de quedarse en

casa por problemas económicos (92,4%), y la inaccesibilidad de las mascarillas (81,6%) y los desinfectantes para las manos (79,1%). La presencia de mitos estuvo en el 31,6%. Los mitos sobre la protección contra el virus tienen que ver con la religiosidad, el clima cálido, la medicina tradicional y el consumo de alcohol. Se informó de enormes necesidades de información sobre el COVID-19 en relación con los métodos de protección (62,6%), el comportamiento y la automedicación (59,5%)(27)

Yalew et al en su investigación “Health Communication, Knowledge, Perception and Behavioral Responses to COVID-19 Outbreak in Dessie, Kombolcha and Kemissie Towns, Amhara Region, Northeast Ethiopia: A Mixed-Method Study” refiere que a pesar de los esfuerzos realizados para mitigar la propagación del COVID-19 en Etiopía, siguen aumentando los nuevos casos. Se realizó un estudio transversal con 827 participantes. La mayoría (97,8%) obtuvo información a través de los medios de comunicación. Asimismo, el 73,8%, tenían una alta percepción de riesgo. Además, el 54,3% de los encuestados tuvieron una buena respuesta con buenos conocimientos. Es necesario crear una concienciación continua para aumentar los conocimientos de la comunidad (alejar mitos y creencias equivocadas) y la autoeficacia percibida de riesgo. Además, el público en general, especialmente los jóvenes, debería seguir las normas de prevención y control del COVID-19 del gobierno.(28)

6.1.2 NACIONALES

Pedro Navarrete et al en su trabajo “Automedicación en época de pandemia: COVID-19” mide las características de la automedicación como tratamiento preventivo o sintomático durante la pandemia en el año 2020 en Lima, Perú. Los resultados muestran que los medicamentos mayormente usados son antibióticos/antiinflamatorios (39.2%), seguidos de antiinflamatorios (30.9%) y antibióticos (21.6%). Concluyen que hubo un cambio en el mayor consumo de analgésico y antiinflamatorios antes de la pandemia a mayor uso de antibióticos/antiinflamatorios y medicamentos como la ivermectina durante la misma, además de que la automedicación es un problema importante para los sistemas de salud. (29)

Salaverría et al en su investigación “Desinformación en tiempos de pandemia: tipología de los bulos sobre la Covid-19” analiza el primer mes del estado de emergencia sanitaria del gobierno (14 de marzo de 2020 -13 de abril de 2020). La investigación muestra que la mala información sobre el coronavirus se propaga principalmente en las redes sociales, especialmente en las redes sociales cerradas (como la aplicación de mensajería móvil WhatsApp). Este estudio también ha realizado contribuciones teóricas en el marco de la investigación emergente de la barrera de la información. Específicamente, proporciona su propia definición de bromas y proporciona una tipología para identificar cuatro tipos de bulos: bromas, exageración, descontextualización y engaño. De estos cuatro tipos, se

propone un "mapa de severidad de estafa" de la información en COVID 19.(30)

Silvia et al en su estudio “La automedicación en la pandemia por COVID-19 en pobladores de dos mercados más importantes de SJL – Lima 2020” refiere que la automedicación es un problema de salud pública y que está influenciado por familiares, amistades y medios de comunicación. Investigación descriptiva, transversal y comparativo, en 702 personas. La prevalencia de automedicación es elevada, el 71.1% se había automedicado, la mayor parte fue de sexo femenino en mercado 1 (51.8%) y mercado 2 (59.7%), el medicamento que más se utilizó para la automedicación fue el paracetamol (62.3% en mercado 1 y 55.6% en mercado 2), seguido de azitromicina (42.3% y 40.8%), e ivermectina (40.1% y 34.2%) y los medios de comunicación que más influenciaron en la automedicación fueron la televisión, WhatsApp y el internet.(31)

La automedicación es una práctica realizada por algunas personas desde hace mucho tiempo y sus causas son múltiples; siendo más frecuentes en enfermedades respiratorias. El COVID-19 es una enfermedad producida por el SARS CoV-2, que produce afectación respiratoria y está produciendo muchas muertes en el mundo. En el Perú se ha detectado un incremento de la automedicación para control de los síntomas de esta enfermedad. Se realiza una revisión narrativa de la evidencia actual acerca de los riesgos de la automedicación del paciente con COVID-19 y se describen los efectos adversos de los medicamentos

más frecuentes usados por la población, con la finalidad de educar a la población y disminuir esta conducta en las personas que la realizan. (32)

Mely Ruiz et al en su trabajo “Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social” encuentran que dentro de las creencias más predominantes están “tarde o temprano todos vamos a morir” (91.4%), “hay vida después de la muerte” (53.20%) y “a enfermedad de la COVID-19 solo ataca a los más débiles” (39%), además en los aspectos cognitivos más predominantes encontraron que una gran parte desconocía los síntomas de COVID-19 (78.4%), los medios de contagio (77.7%) y la frecuencia de la enfermedad (77.4%), concluyen que hay correlación significativa entre actitudes desfavorables, creencias erróneas y conocimientos insuficientes.(33)

No existen publicaciones al respecto a nivel regional ni local.

6.2 MARCO TEÓRICO

6.2.1 LA PANDEMIA COVID 19

En los últimos años, el mundo se enfrenta a la infección por COVID-19, que ha causado graves daños en todo el mundo y ha afectado a todos los aspectos de la vida humana. Como el número de casos y muertes diagnosticados en todo el mundo aumenta exponencialmente todos los días, el sistema de salud es el más afectado. (34)

El brote actual de COVID-19 causado por el nuevo coronavirus se llama síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (35) y se descubrió por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019. COVID -19: Incluye fiebre, tos, dificultad para respirar, diarrea y fatiga. Las complicaciones incluyen neumonía, síndrome de dificultad respiratoria severa aguda, insuficiencia renal e incluso la muerte en algunos casos.(36)

La pandemia de COVID-19 ha traído grandes desafíos a la humanidad. El virus se propaga rápidamente.(37) Y hasta ahora no existe un tratamiento específico para SARS-CoV-2 con suficiente evidencia científica. (16)

6.2.2 EL COMPORTAMIENTO HUMANO

La pandemia de COVID-19 ha traído grandes desafíos a la humanidad. Dado que el comportamiento público es la clave para prevenir pandemias en una etapa temprana, es importante que los investigadores de psicología social usen sus conocimientos para promover comportamientos que ayuden a manejar las crisis. Los valores humanos son particularmente importantes para promover el cumplimiento de las pautas gubernamentales y promover el comportamiento pro-social para aliviar las tensiones causadas por pandemias prolongadas. La evidencia existente demuestra la importancia de los valores humanos y los valores compartidos por nuestros compatriotas para resolver la crisis COVID-19.(38)

Es esencial comprender y aumentar el cumplimiento de las pautas. Muchas personas pueden cumplir porque están preocupadas por su salud personal, pero el cumplimiento de la ley a menudo requiere que las personas se sacrifiquen por el bienestar social general (por ejemplo, para participar en el autoaislamiento para proteger a los demás). La evidencia de que las personas subestiman la posibilidad de infecciones personales exagera aún más las barreras para participar en ese comportamiento nuevo.(39)

Así también es importante ayudar a otros que están luchando para enfrentar la crisis. Tales comportamientos pro-sociales incluyen servicios médicos voluntarios, compras de alimentos para grupos vulnerables, donaciones a refugios y apoyo para personas que se sienten abrumadas. La pandemia de COVID-19 amenaza la felicidad de las personas de muchas maneras. Además de las posibles amenazas físicas por infección, el aplazamiento de medidas médicas no urgentes (pero importantes) y la falta de acceso a alimentos y otros elementos esenciales, como el desempleo (potencial), también representa una amenaza psicológica. Esta sensación de soledad proviene del aislamiento y la tensión y esto influirá en la adopción de nuevos mitos y creencias. (38)

6.2.3 PERCEPCIÓN DE RIESGO

La percepción del riesgo se refiere al juicio subjetivo de las personas sobre la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos como lesiones, enfermedades y muerte. La percepción del riesgo es importante en la salud y en la

comunicación del mismo porque determina qué peligros preocupan a las personas y cómo los manejan. La percepción del riesgo tiene dos aspectos principales: el aspecto cognitivo relacionado con el nivel de conocimientos y comprensión de los riesgos, y el aspecto emocional relacionado con sus sentimientos frente al riesgo.

Se han desarrollado varios modelos teóricos para explicar cómo las personas perciben el riesgo, cómo manejar la información sobre el riesgo y cómo tomar decisiones sobre el riesgo: paradigma de medición psicológica, modelo de percepción del riesgo, modelo de ruido psicológico, negatividad del modelo de posición dominante, modelo de determinación de confianza y amplificación social del marco de riesgo. Se ha encontrado que los pacientes evalúan principalmente el riesgo en función de la percepción subjetiva, el juicio intuitivo y las inferencias extraídas de los informes de los medios y la información limitada. Los profesionales intentan basar sus opiniones sobre el riesgo en función de los resultados de la investigación y la evidencia estadística.(40)

La conciencia pública y la percepción de los riesgos pueden verse afectadas por la forma en que los medios informan. Se ha encontrado que varios factores de los medios que afectan la percepción del riesgo público, incluidos los siguientes factores:

- (1) Cobertura de los medios
- (2) Un marco para describir los riesgos
- (3) Precio y tono de los informes de los medios

- (4) Fuentes de los medios y su confiabilidad
- (5) Formato de riesgo propuesto
- (6) Canales y tipos de medios.

Para todos estos factores mediáticos, a pesar de sus diferentes grados, están teórica y empíricamente respaldados por su relevancia para la percepción del riesgo.(40)

6.2.3.1 Riesgo y percepción del riesgo: definiciones y dimensiones

El riesgo es un problema común dentro y fuera de las fronteras. Ejemplos notables incluyen desastres naturales como huracanes y terremotos, desastres provocados por el hombre expuestos a la radiación y los últimos casos de enfermedades infecciosas mundiales como el Ébola, el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS), el virus del Zika y ahora el Coronavirus COVID 19. El concepto de riesgo se refiere a la posibilidad de sufrir daños o de estar en peligro. El peligro es una amenaza para las personas y las cosas que valoran. La incertidumbre del riesgo está relacionada con el desacuerdo de las personas sobre el tamaño y la gravedad de un riesgo determinado. Cuando la situación es ambigua, impredecible o probabilística, las personas encontrarán incertidumbre. La interpretación del riesgo y otros juicios subjetivos se denominan percepción de riesgo.(41)

La percepción del riesgo es un determinante importante de las decisiones relacionadas con la salud

y el riesgo, como la adopción de comportamientos saludables, la reducción de comportamientos poco saludables y la aceptación o rechazo de un cierto nivel de riesgo.

Slovic y sus colegas refieren sobre las influencias heurísticas en el contexto de la percepción del riesgo, las influencias heurísticas se refieren a la tendencia de las personas a confiar en las emociones actuales al hacer juicios de riesgo. Si sentimos un fuerte miedo cuando percibimos un riesgo, podemos evaluarlo como más amenazante y frecuente. Del mismo modo, los supuestos basados en las sensaciones predicen que la respuesta emocional al riesgo suele ser independiente de la evaluación cognitiva del riesgo, y son un determinante más fuerte del comportamiento de las personas.(42)

6.2.4 MITOS Y CREENCIAS

Los mitos generalmente se consideran un género popular compuesto de narraciones / historias y juegan un papel vital en la vida diaria humana. Por lo general, estos son reconocidos por líderes religiosos / gobernantes / misioneros y son muy útiles para explicar cómo funciona la sociedad y moldear las creencias de las personas. La cultura y las creencias / tradiciones / costumbres / ceremonias religiosas tienen un papel potencial, que puede aumentar la mentalidad pública de países / regiones específicas y afectar la difusión o aceptación de los mitos.(34) Los mitos relacionados con diversas

infecciones aparecen de vez en cuando, y lleva mucho tiempo desmitificar los mitos existentes al proporcionar métodos realistas basados en evidencia. En los últimos años, algunas infecciones comunes relacionadas con los mitos incluyen lepra, tuberculosis y gripe.(43)

A pesar de crear conciencia y proporcionar suficiente información al público a través de las telecomunicaciones (transmisión, comerciales de televisión, información de salud pública de celebridades y líderes nacionales) y de distribuir folletos e información de medidas de control para infecciones y modo de transmisión, existen muchos mitos sobre la propagación y cura / tratamiento de la infección por COVID-19 en la sociedad. Estos mitos se transmiten de una persona a otra a través de las redes sociales. Estos mitos pueden ser muy peligrosos porque pueden conducir a un cumplimiento excesivo y reducir lo que es realmente necesario, o seguir algunos de estos mitos puede presentar otros riesgos para la salud.

En la actualidad, los mitos populares relacionados con la infección por COVID-19 se pueden dividir en mitos relacionados con la propagación de la infección, con la fuente de infección, con las medidas preventivas y con la cura.(34)

Sostener tales mitos puede ser dañino para la sociedad, porque todos estos mitos producirán alboroto y confusión entre las personas al momento de solicitar una atención. La esencia del mito es que se ha publicitado ampliamente en un corto período de tiempo y la gente tiende a seguir el mito sin cuestionar su autenticidad o apoyarlo u oponerse

al mito. Del mismo modo, durante la pandemia, la psicología popular también tuvo un papel importante en creer y practicar rituales / procedimientos para encontrar soluciones. Ciertos comportamientos / creencias pueden exacerbar la estigmatización del público de COVID-19. La combinación de mitos y estigma público ha dado forma al comportamiento de la sociedad hacia la enfermedad y sus personas infectadas. Muchos conceptos erróneos relacionados con la propagación de la infección también están relacionados con el estigma asociado con los pacientes y el personal médico que se están recuperando de las infecciones por COVID-19.

Desde la antigüedad, los mitos sobre diversas enfermedades han circulado ampliamente. Los mitos tienen influencia cultural y pueden tener diversos grados de impacto en la sociedad. Muchos mitos están relacionados con otras infecciones (lepra, tuberculosis, gripe / gripe), pero con el tiempo y los métodos basados en la evidencia, resulta que tienen fallas. La actual pandemia de COVID-19 y sus incertidumbres han causado algunos mitos. Algunos de estos mitos han llevado a una estigmatización generalizada en la sociedad. Además, estos mitos pueden hacer que las personas sean demasiado adaptativas, lo que aumenta el riesgo de infección.(34)

6.2.5 LOS “BULOS”

Son una falsedad que se considera deliberadamente verdadera. El anglicismo es popular en España cuando se trata de engaños a gran escala a través de medios

electrónicos, especialmente Internet. También tiene un significado común con otros idiomas como el inglés popular: donde se le llama “fake” o falso.

La crisis de salud causada por COVID-19 ha generado una demanda adicional de información para hacer frente a la situación de incertidumbre y alta carga emocional. Esta situación no tiene precedentes. En este caso la propagación de noticias falsas ha aumentado. En España y América latina, durante la crisis de salud de COVID-19, la cantidad de noticias falsas ha sido alarmante. En una sociedad globalizada y altamente conectada, surgieron muchas estafas, a una velocidad y potencia impredecibles.(44)

Vale la pena mencionar la iniciativa #SaludsinBulos lanzada por la agencia de noticias COM SALUD, cuyo objetivo es trabajar con profesionales de la salud para combatir los bulos de salud. Cooperan casi 50 asociaciones científicas, asociaciones profesionales y asociaciones de pacientes. #SaludsinBulos editó una serie de sugerencias para detectar noticias falsas relacionadas con el coronavirus.

6.2.5.1 Recomendaciones para los “bulos” de coronavirus

- a) Encuentre la fuente. Cuando reciba información sobre el coronavirus, verifique su fuente. Tenga cuidado con la información que no proviene de fuentes oficiales o institucionales, o que no hay información sobre la cooperación y el apoyo de profesionales de la salud identificables y con experiencia.

- b) No reenviar automáticamente. Es muy común reenviar información de salud que llega a nuestras redes sociales a familiares y amigos, especialmente si esta información resuelve una preocupación común como el coronavirus. Muchos de ellos son bulos.
- c) Ser muy crítico: se debe saber que una de cada tres noticias de salud difundidas en Internet es falsa. Critique titulares muy impetuosos o noticias sorprendentes sobre la epidemia. Esta actitud te ayudará a identificar bromas en lugar de compartirlas.
- d) La pseudo-terapia nunca se puede creer. Al mismo tiempo que la epidemia de coronavirus que sufrimos en todo el mundo, ha habido muchos "tratamientos milagrosos" que dicen curar o prevenir esta enfermedad. Todas estas terapias son falsas, dañinas para la salud y buscan beneficios económicos. (45)

6.2.6 LA AUTOMEDICACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

La automedicación se define como la administración de medicamentos no recetados por un médico o de manera no dirigida por un médico, también se entiende como la práctica durante el cual las personas tratan sus enfermedades con fármacos que están aprobados y que no necesitan prescripción médica. La automedicación no es

una práctica segura y puede llegar a ser muy peligroso para la salud de la población. (46)

Ha habido ejemplos de automedicación y sobredosis en la actual pandemia. Obviamente, es necesario definir mejor la eficacia de los métodos de tratamiento utilizados en el tratamiento de COVID-19. Esta evidencia requiere el apoyo de grandes ensayos controlados aleatorios. Al mismo tiempo, los pacientes y los profesionales definitivamente usarán estos medicamentos con responsabilidad porque pueden tener alguna toxicidad relacionada. Antes de llevar a cabo una gran cantidad de ensayos clínicos disponibles, uno de los efectos de la promoción del medicamento / tratamiento es que las personas pueden comenzar la automedicación y pueden sufrir un efecto no deseado.(47)

Actualmente no existe un tratamiento específico para SARS-CoV-2 con suficiente evidencia científica, hoy el manejo depende de la gravedad de la enfermedad y la fase evolutiva de la infección. Aunque la mayoría de casos de COVID-19 son asintomáticos o leve-moderados con tratamiento sintomático, el cual requiere seguimiento estrecho. Sin embargo, las noticias falsas y la automedicación obstaculizan el manejo correcto de la enfermedad. (16)

6.2.7 ASOCIACIÓN DE LOS MITOS, CREENCIAS, PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y AUTOMEDICACIÓN.

Es esencial prestar atención al nivel de conocimiento (creencias y mitos) las actitudes y las percepciones de riesgo del público y su relación con medicación y

automedicación que permitan mejorar las medidas de prevención y control aplicadas por los gobiernos y las autoridades sanitarias durante los brotes de enfermedades infecciosas de rápida propagación como el COVID 19 (48) (49). Durante el inicio de la pandemia, la mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos, el Reino Unido, China y Etiopía tenían algunos conocimientos sobre el COVID-19, como vías de transmisión y los síntomas más comunes. Se conocía muy poco de cómo prevenir la infección, así como los comportamientos asociados (creencias, percepción del riesgo, medicación, automedicación, etc.) y cómo estos interactuaban respecto a una oportuna búsqueda de atención médica (48). Del mismo modo, hoy, los conocimientos y las prácticas necesarias para combatir el COVID-19 entre las poblaciones de alto riesgo aún son insuficientes (50). La percepción de la enfermedad juega entonces un papel relevante en el ajuste psicológico de los individuos y se hacen necesarios realizar estudios en diferentes regiones para medir el impacto en la vida de las comunidades.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

7.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considera hipótesis

7.2 VARIABLES

7.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Años cumplidos	1. < de 19 años 2. 19 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. 50 a 59 años 6. 60 a más	Intervalo
Sexo	Género	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
Estado Civil	Condición conyugal actual	1. Soltero/a 2. Conviviente 3. Casado/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Viudo/a	Nominal
Nº de Hijos	Hijos viviendo bajo su responsabilidad y bajo el mismo techo	1. Ninguno 2. 1 a 2 3. 3 a 5 4. 6 más	Nominal

Lugar de Nacimiento	Región de nacimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tacna 2. Arequipa 3. Puno 4. Lima 5. Otro 	Nominal
Ocupación	Principal tarea laboral que genere ingresos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ocupación 2. Independiente formal 3. Independiente informal 4. Dependiente Contratado 5. Dependiente Nombrado 	Nominal
Religión	Creencia religiosa que profesa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Católica 3. Adventista 4. Testigo de Jehová 5. Otro: _ 	Nominal
Nivel de instrucción	Último grado alcanzado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin instrucción 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior incompleta 7. Superior completa 	Ordinal
Acudió al establecimiento de salud	Acudió a servicio de salud de su jurisdicción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal
Fue abordado alguna vez por personal de salud para orientación en COVID 19	Recibió visita domiciliaria orientativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal
De quién recibió información	Fuente de información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarios/revistas 2. Televisión 3. Radio 4. Internet 5. Profesional de la salud 6. Amigos 	Nominal

		7. Familiares 8. De la pareja actual	
Aislamiento	Cumplimiento de aislamiento	1. Regular 2. Irregular 3. No hizo/no le interesó/no cree	Nominal
Mitos / Creencias	Mitos y creencias seleccionadas por OMS (51) (34)	1. El coronavirus fue creado por el hombre 2. Los remedios caseros pueden curar o prevenir el coronavirus 3. Rociarse con alcohol o cloro mata el virus 4. La infección por el virus tiene cura 5. Se necesita una máscara quirúrgica para prevenir el contagio 6. Sólo los profesionales de la salud necesitan máscaras quirúrgicas 7. El calor puede matar el virus 8. EL virus puede transmitirse por correo electrónico 9. Los niños no se pueden contagiar con el coronavirus 10. Las personas contagiadas con el coronavirus morirán 11. Hay que utilizar mascarilla durante el ejercicio físico 12. Los zapatos pueden propagar el virus	Nominal

		<p>13. El uso prolongado de mascarilla provoca intoxicación por CO₂</p> <p>14. El uso y consumo de ajo mata el virus</p> <p>15. El uso de aspirinas mezclado con limón mata el virus.</p> <p>16. La gárgara de agua con sal mata el virus</p> <p>17. Las moscas transmiten el virus</p> <p>18. Beber alcohol (vino, cerveza, whisky, etc.) mata el virus.</p> <p>19. Los antibióticos matan el virus</p>	
Automedicación	Referencia si tomó algún medicamento o preparado para prevenir una probable infección por coronavirus	<p>1. SI</p> <p>2. NO</p> <p>Cual: _____</p>	Nominal
Almacenamiento medicamentoso preventivo	Compra de medicación y su almacenamiento	<p>1. Paracetamol</p> <p>2. Ibuprofeno</p> <p>3. Cloroquina</p> <p>4. Naproxeno</p> <p>5. Aspirina</p> <p>6. Ivermectina</p> <p>7. Azitromicina</p> <p>8. Antigripales</p> <p>9. Anticoagulantes</p> <p>10. Tranquilizantes/anti depresivos</p> <p>11. Otros: _____</p>	Nominal
Percepción del Riesgo	Instrumento validado de percepción del riesgo de infección(52) (53)	Se tratará resultado como variable continua. A mayor puntaje, mayor percepción de riesgo.	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

8.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, analítico, de corte transversal y prospectivo, porque no hubo manipulación de variables y los datos serán recogidos en un solo momento.

8.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fue el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa. El cual fue creado por la Oficina Presidencial de Valentín Paniagua el 2 de febrero de 2001 a través de la Ley N ° 27415, anteriormente conocido como el "Centro de Población Nueva Tacna". Durante más de 17 años, el área se creó a pedido de la organización de población, que solicitó el área llamada "Cono Sur" de Tacna. Actualmente es una de las regiones más jóvenes de Tacna. Su área es de 175,6 kilómetros cuadrados, lo que representa aproximadamente el 1,2% de la expansión del departamento. Se encuentra a una altitud de 800 metros. Está conectado con el área de Tacna en el norte, el área de Pocollay en el este y Tacna en el suroeste. De acuerdo al último censo la proyección del distrito Gregorio Albarracín fue de 122, 447

habitantes, con una proyección de 12, 345 hogares con residencia establecida.(54)

Cuenta con la Microred de Salud Cono Sur, integrado por los establecimientos:

MINISTERIO DE SALUD:

- a. CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
- b. PUESTO DE SALUD 5 DE NOVIEMBRE
- c. PUESTO DE SALUD VISTA ALEGRE
- d. PUESTO DE SALUD LAS BEGONIAS
- e. PUESTO DE SALUD VIÑANI

ESSALUD TACNA:

- a. Centro Luis Palza Lévano (Centro de atención primaria Nivel II)

8.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

8.3.1 Población

Se trabajó con una muestra representativa de una población de 12,345 hogares (54).

Muestra

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_α = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con presencia de mitos (50%)

q = 1-p

E = Error de Estimación

- N= 12345 hogares
 - Z= 1.96
 - p= 0.5
 - q=0.5
 - e=6.5%
- n = 223

n= 250 (considerando factor pérdida)

En el hogar se seleccionará al jefe del hogar que cumpla los siguientes criterios:

8.3.1.1 Criterios de inclusión

- a. Madres o padres con residencia en el distrito Gregorio Albarracín de Tacna mayor a 6 meses.
- b. Nacionalidad peruana.
- c. Mayor de edad.

8.3.1.2 Criterios de exclusión

- a. Madres o Padres que no deseen participar.

8.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8.4.1 TÉCNICA

La encuesta.

8.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a) Ficha de características sociodemográficas

Se trata de instrumento que indagó los antecedentes personales de la población estudiada, características familiares, económicas, educaciones y laborales.

b) Instrumento de percepción del riesgo

El cuestionario de percepción de enfermedad en su versión corta, versión BIP-Q5(52), consta de 9 ítems, traducidos al español y validado por Pacheco-Huergo y colaboradores para las Américas.(53) Utilizado para este estudio en esta versión corta de BIP-Q. Consta de cinco ítems sobre amenazas de enfermedades percibidas, y los participantes calificaron su acuerdo con la escala Likert de 0 a 10. Esta prueba proporciona una puntuación general. Cuanto más alto sea el puntaje, mayor es la amenaza para la enfermedad. Este breve cuestionario tiene suficientes características psicométricas(55). BIP-Q también muestra tasas de confiabilidad aceptables para la población adulta en varios países diferentes, incluido Perú. (56) (52) (57). (ver anexos)

La validación se realizó en dos etapas de acuerdo con los pasos de verificación de Pérez-Fuentes et al.(19) En la primera etapa, se estudió la estructura BIP-Q. Para

este fin, la muestra se divide aleatoriamente en dos submuestras homogéneas independientes. La primera muestra (n = 40) se utilizó como muestra de calibración para el análisis del factor de confirmación (CFA) del modelo de percepción de amenaza original. Se utilizó alfa de Cronbach para la consistencia del instrumento. Un valor superior a 0,90 fue el alcanzado el cual es aceptable. La segunda muestra final fue el grupo de estudio.

c) Test de mitos y creencias

Se utilizó la selección validada propuesta por la Organización Mundial de la Salud, considerada como las más frecuentes creencias y mitos en población general, actualizada a Junio del 2020 (ver anexos) (51)
(34)

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

9.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue de tipo cuantitativo adaptado y validado para el servicio respaldado por publicaciones existentes.

El instrumento considera:

- Esta ajustado a los objetivos de estudio.
- Formato de registro estructurado.
- Auto administrado con supervisión del investigador.

Asimismo, se hizo una validación estadística mediante el uso de Alfa de Cronbach con un valor mínimo aceptable de 0,9 para cada reactivo de los instrumentos de recolección de datos.

Para tal fin y en forma paralela, se seleccionó una prueba piloto donde se puso a prueba el instrumento y ajuste de reactivos según el estadístico de ajuste de confiabilidad y consistencia de alfa de Cronbach.

El recojo de los datos estuvo a cargo de un equipo especializado de levantamiento de información, se realizó de manera presencial, los instrumentos fueron entregados a los participantes previo consentimiento informado y para motivo de veracidad de las respuestas se acompañó al encuestado, se le informó de la anonimidad de su participación, se dio explicación de los instrumentos presentados y se brindó asesoría correspondiente en caso de duda.

9.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de doble entrada. Los datos se codificaron en EXCEL. Se utilizaron pruebas univariadas para determinar las principales variables relacionadas. Seleccionadas estas, se utilizó el análisis bivariado con ajuste de muestra. Las pruebas t independientes y ANOVA se utilizaron para el contraste de la variable cuantitativa representada principalmente por el test de actitud y percepción de riesgo. Se utilizó la regresión logística para la determinación de los factores de riesgo asociados. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

9.2.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional correspondiente de la Universidad.

Todos los participantes fueron informados sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria.

Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignará un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información será totalmente anónima.

Los resultados serán absolutamente científicos, cuidando la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

		n	%
Edad	19 a 29 años	16	6.4%
	30 a 39 años	55	22.0%
	40 a 49 años	73	29.2%
	50 a 59 años	57	22.8%
	60 a más	49	19.6%
	Total	250	100.0%
Sexo	Femenino	137	54.8%
	Masculino	113	45.2%
	Total	250	100.0%
Estado Civil	Casado/a	63	25.2%
	Soltero/a	10	4.0%
	Viudo/a	5	2.0%
	Divorciado/a	11	4.4%
	Separado/a	18	7.2%
	Conviviente	143	57.2%
Total	250	100.0%	
N° de hijos	Ninguno	25	10.0%
	1 a 2	182	72.8%
	3 a 5	41	16.4%
	6 a más	2	0.8%
	Total	250	100.0%
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	5	2.0%
	Primaria incompleta	13	5.2%
	Primaria completa	17	6.8%
	Secundaria incompleta	43	17.2%
	Secundaria completa	107	42.8%
	Superior incompleta	23	9.2%
	Superior completa	42	16.8%
	Total	250	100.0%
Ocupación	Sin ocupación	44	17.6%
	Independencia formal	71	28.4%
	Independencia informal	85	34.0%
	Dependiente Contratado	26	10.4%
	Dependiente Nombrado	24	9.6%
Total	250	100.0%	

	Ninguna	0	0.0%
	Católica	195	78.0%
Religión	Adventista	27	10.8%
	Testigo de Jehová	11	4.4%
	Otro	17	6.8%
	Total	250	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 1 se puede apreciar que el 29.2% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 22.8% entre 50 a 59 años Principalmente. Según sexo el 45.2% eran varones y 54.8% mujeres. Según el estado civil, el 57.2% tenía la condición de conviviente y el 25.2% era casado/a. Según el número de hijos, el 72.8% tenía de uno a dos hijos seguido de un 16.4% con tres a cinco hijos. Además, el 42.8% tenía un nivel de instrucción secundaria completa seguido de un 17.2% con secundaria incompleta y un 16.8% de superior completa. Según la ocupación, el 34% era independiente informal seguido de un 28.4% de independiente formalizado. Se pudo observar un 17.6% sin ocupación definida. Según la religión, el 78% profesaba la católica seguido de un 10.8% de la religión adventista.

Tabla 2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA DEMANDA SANITARIA A COVID 19, PRINCIPAL FUENTE DE INFORMACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL AISLAMIENTO EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

		n	%
Acudió al Establecimiento de salud	Sí	109	43.6%
	No	141	56.4%
	Total	250	100.0%
Orientación COVID-19	Sí	41	16.4%
	No	209	83.6%
	Total	250	100.0%
Principal fuente de Información	No especifica	61	24.8%
	Diarios/revistas	88	35.2%
	Televisión	38	15.0%
	Radio	25	10.0%
	Internet	13	5.0%
	Profesional de la salud	13	5.0%
	Familiares	13	5.0%
	Total	250	100%
Aislamiento social	Regular	38	15.2%
	Irregular	160	64.0%
	No hizo/no le interesó/no cree	52	20.8%
	Total	250	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 2 podemos observar que el 56.4% no acudió a un establecimiento de salud en este contexto de la pandemia y un 43.6% refiere ya haberlo hecho. Respecto si alguna vez recibió alguna orientación respecto al COVID 19 en el actual contexto de la pandemia, el 83.6% refiere de que no y el 16.4%, que sí

alguna vez había recibido algún tipo de orientación del establecimiento del primer nivel de atención de su jurisdicción. Además, podemos observar que el 35.2% de la población en estudio refiere que además ha recibido información principalmente de diarios o revistas, el 15% de la televisión y el 10% de la radio. Existe un 24.8% que no recuerda o no especifica cómo obtuvo la información en el actual contexto de la pandemia. Y se evidencia que el 64% de la población reconoce que su aislamiento fue irregular y el 20.8% no lo hizo o no le interesó hacerlo. Sólo un 15.2% refiere haber guardado un aislamiento regular según las normas establecidas para el control de la pandemia.

TABLA 3 PUNTAJES ALCANZADOS EN LA MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

	Media	Máximo	Mínimo
¿Cuánto afecta la infección por coronavirus a su vida?	6	9	3
¿Cuánto cree durará la infección por coronavirus?	7	10	3
¿En qué medida siente usted síntomas debido a la infección por coronavirus?	4	8	1
¿En qué medida está preocupado por la infección por coronavirus?	7	10	3
¿En qué medida le afecta emocionalmente la infección por coronavirus?	7	10	3

	Estadístico	Error estándar
Media	60.9680	0.58327
95% de intervalo de confianza para la media		
Límite inferior	59.8192	
Límite superior	62.1168	
Media recortada al 5%	61.0267	
Mediana	60.0000	
Varianza	85.051	
Desviación estándar	9.22232	
Mínimo	38.00	
Máximo	84.00	
Rango	46.00	
Rango intercuartil	14.00	
Asimetría	-0.041	0.154
Curtosis	-0.353	0.307

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 3 podemos observar que la característica de percepción del riesgo que alcanzó el promedio más bajo fue la percepción de síntomas debido a la infección por coronavirus. Resaltar que esta medición se hace con un puntaje psicométrico de 0 a 10. En la tabla de poder observar que el promedio total del grupo en

percepción del riesgo expresado en porcentaje es de 60.96% (59.81-62.11). Se calculó que el puntaje máximo de 10 equivalía a 100%. Podemos asumir que la percepción del riesgo general es regular porque supera apenas en un 10% el 50% como punto medio.

Tabla 4 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS MEDICAMENTOS O PRODUCTOS AUTOMEDICADOS SIN RECETA MÉDICA EN COVID 19 EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

		n	%
Automedicación sin receta médica	Sí	37	14.80%
	No	213	85.20%
	Total	250	100.0%
Número de medicamentos utilizados	1	23	62.16%
	2	14	37.84%
	Total	37	100.0%
Qué se automedicaron	Azitromicina	10	27.00%
	Diox. Cloro	17	45.90%
	Ivermectina	18	48.60%
	Paracetamol	6	16.20%

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 4 sobre la automedicación podemos observar que el 85.2% refiere que no lo hizo en algún momento en el actual periodo de estudio y un 14.8% refiere que ya ha iniciado un tratamiento preventivo o acompañado por algún síntoma, además se evidencia que los medicamentos más usados en su automedicación fueron adquiridos por la propia persona en farmacias, boticas o vendedores informales. Del grupo que se automedicó, el 48.6% consumió ivermectina seguido de un 45.9% de dióxido de cloro. El 27% refiere haber consumido azitromicina independientemente sí estuvo acompañado de ivermectina o no.

Tabla 5 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS ALMACENADOS EN CASA CON INTENCIÓN PREVENTIVA DE INFECCIÓN DEL COVID-19

		n	%
Paracetamol	No	229	91.6%
	Sí	21	8.4%
	Total	250	100.0%
Ibuprofeno	No	248	99.2%
	Sí	2	0.8%
	Total	250	100.0%
Naproxeno	No	248	99.2%
	Sí	2	0.8%
	Total	250	100.0%
Aspirina	No	246	98.4%
	Sí	4	1.6%
	Total	250	100.0%
Ivermectina	No	204	81.6%
	Sí	46	18.4%
	Total	250	100.0%
Azitromicina	No	207	82.8%
	Sí	43	17.2%
	Total	250	100.0%
Antigripal	No	242	96.8%
	Sí	8	3.2%
	Total	250	100.0%
Tranquilizantes	No	249	99.6%
	Sí	1	0.4%
	Total	250	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 5 podemos observar que el 18.4% tenía ya almacenado ivermectina seguido de un 17.2% de azitromicina principalmente, sólo un 8.4% tenía guardado paracetamol.

Tabla 6 **DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS MITOS Y CREENCIAS-I SEGÚN OMS PRESENTES EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020**

		n	%
El coronavirus fue creado por el hombre	Falso	145	58.0%
	No sé	22	8.8%
	Verdadero	83	33.2%
Los remedios caseros pueden curar o prevenir el coronavirus	Falso	92	36.8%
	No sé	47	18.8%
	Verdadero	111	44.4%
Rociarse con alcohol o cloro mata al virus	Falso	34	13.6%
	No sé	47	18.8%
	Verdadero	169	67.6%
La infección por el virus tiene cura	Falso	142	56.8%
	No sé	49	19.6%
	Verdadero	59	23.6%
Se necesita una máscara quirúrgica para prevenir la infección	Falso	84	33.6%
	No sé	87	34.8%
	Verdadero	79	31.6%
Solo los profesionales de la salud necesitan máscaras	Falso	127	50.8%
	No sé	65	26.0%
	Verdadero	58	23.2%
El calor puede matar el virus	Falso	57	22.8%
	No sé	104	41.6%
	Verdadero	89	35.6%
El virus puede transmitirse por correo electrónico	Falso	230	92.0%
	No sé	17	6.8%
	Verdadero	3	1.2%
Los niños no se pueden contagiar por el coronavirus	Falso	129	51.6%
	No sé	56	22.4%
	Verdadero	65	26.0%
Las personas contagiadas con el coronavirus morirán	Falso	114	45.6%
	No sé	47	18.8%
	Verdadero	89	35.6%
Hay que ponerse mascarilla para hacer ejercicio físico	Falso	60	24.0%
	No sé	108	43.2%
	Verdadero	82	32.8%
Los zapatos pueden propagar el virus	Falso	71	28.4%
	No sé	62	24.8%
	Verdadero	117	46.8%
El uso prolongado de mascarilla provoca intoxicación por CO2	Falso	111	44.4%
	No sé	54	21.6%
	Verdadero	85	34.0%

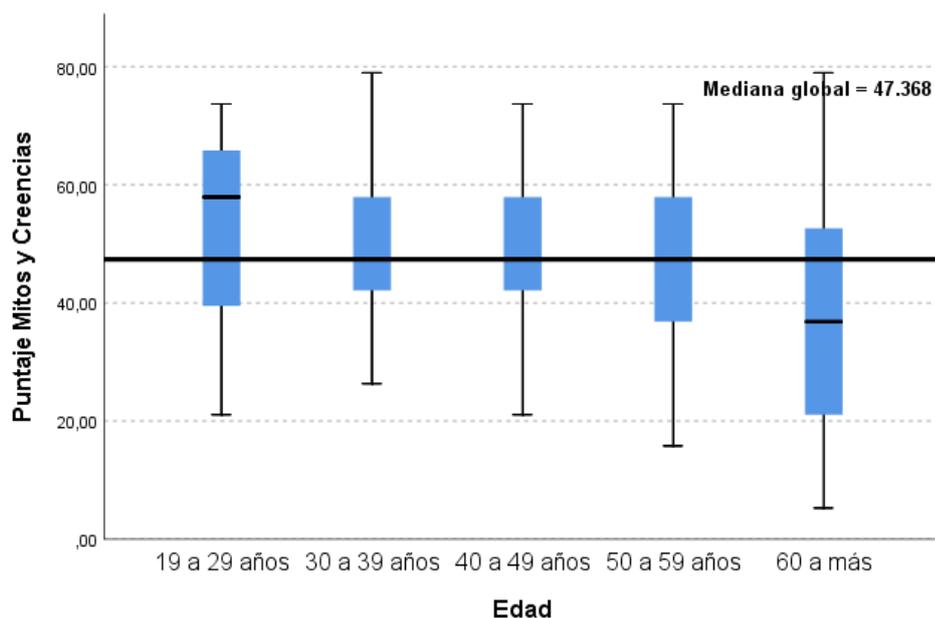
El uso y consumo de ajo mata al virus	Falso	88	35.2%
	No sé	38	15.2%
	Verdadero	124	49.6%
El uso de aspirina mezclado con limón mata el virus	Falso	88	35.2%
	No sé	86	34.4%
	Verdadero	76	30.4%
La gárgara de agua con sal mata al virus	Falso	75	30.0%
	No sé	36	14.4%
	Verdadero	139	55.6%
Las moscas transmiten el virus	Falso	239	95.6%
	No sé	11	4.4%
	Verdadero	0	0.0%
Beber alcohol (vino, cerveza, whisky, etc.) mata al virus	Falso	173	69.2%
	No sé	39	15.6%
	Verdadero	38	15.2%
Los antibióticos matan el virus	Falso	135	54.0%
	No sé	64	25.6%
	Verdadero	51	20.4%
Puntaje de mitos y creencias		Estadístico	Error estándar
	Media	46.1895	0. ,93806
	Media recortada al 5%	61.0267	
	Mediana	47,3684	
	Varianza	219,989	
	Desviación estándar	14,83201	
	Mínimo	5,26	
	Máximo	78,95	
	Rango	73.68	

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 7 se puede apreciar que de un máximo de 100 puntos considerado como correcto para las creencias el grupo en estudio sólo alcanzó en promedio 46.19 con una desviación estándar de 0.94.

Además, podemos observar que 67.6% cree que “rociarse con alcohol o cloro mata el virus” seguido de un 44.4% que asume que “los remedios caseros pueden curar o prevenir el coronavirus” y un 35.6% que “el calor puede matar el virus”, principalmente. Asimismo, un 35.6% cree que “las personas contagiadas con el virus morirán irremediamente”. También se aprecia que el 55.6% cree que “la gárgara de agua con sal mata el virus”. Un 49.6% asume que “el uso y consumo

de ajo mata al virus”. Una proporción importante de 46.8% asume que “los zapatos pueden propagar el virus”.

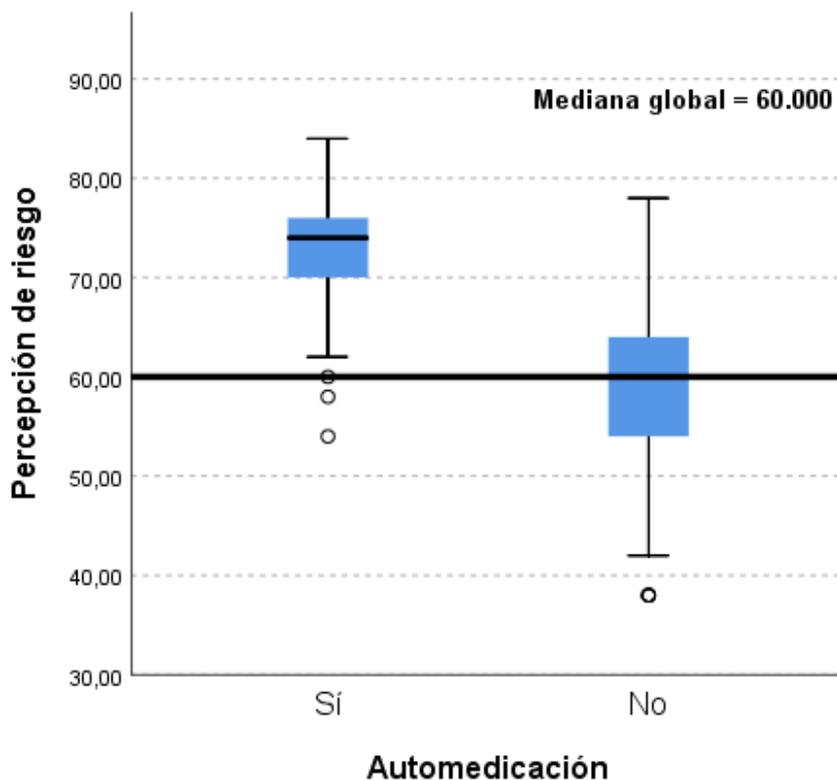


	19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 años a más
19 a 29 años	1,000	,428	,162	,162	,000
30 a 39 años	,428	1,000	,368	,367	,000
40 a 49 años	,162	,368	1,000	,956	,001
50 a 59 años	,162	,367	,956	1,000	,001
60 años a más	,000	,000	,001	,001	1,000

Fuente: Encuesta aplicada

GRÁFICA 1 ASOCIACIÓN DEL PUNTAJE DE MITOS Y CREENCIAS SEGÚN EDAD EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

En la Gráfica 1 podemos observar que existen diferencias significativas según edad. Los mayores de 60 años son los que, en mayor proporción, tienen mitos y creencias inadecuadas en comparación a los demás grupos, en comparación con el grupo de 19 a 29 años $p:0.000$, con el grupo de 30 a 39 años $p:0.000$, con el grupo de 40 a 49 años $p:0.001$, con el grupo de 50 a 59 años $p:0.001$.

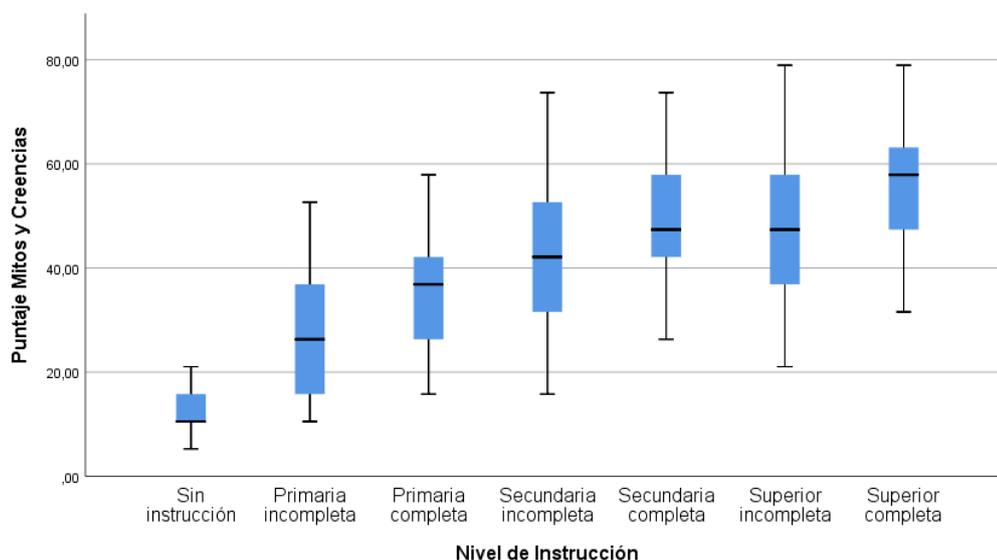


	Mediana	N total	Estadístico de prueba	Grado de libertad	P
Percepción de riesgo - Automedicación	60,0000	250	61,493	1	0,000

Fuente: Encuesta aplicada

GRÁFICA 2 COMPARACIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

En la gráfica 2 podemos observar que existe una marcada diferencia según la automedicación y percepción de riesgo. En el grupo que no se automedica la percepción del riesgo es menor estadísticamente diferente al grupo que se automedica puesto que perciben un mayor riesgo. (p:0.000)



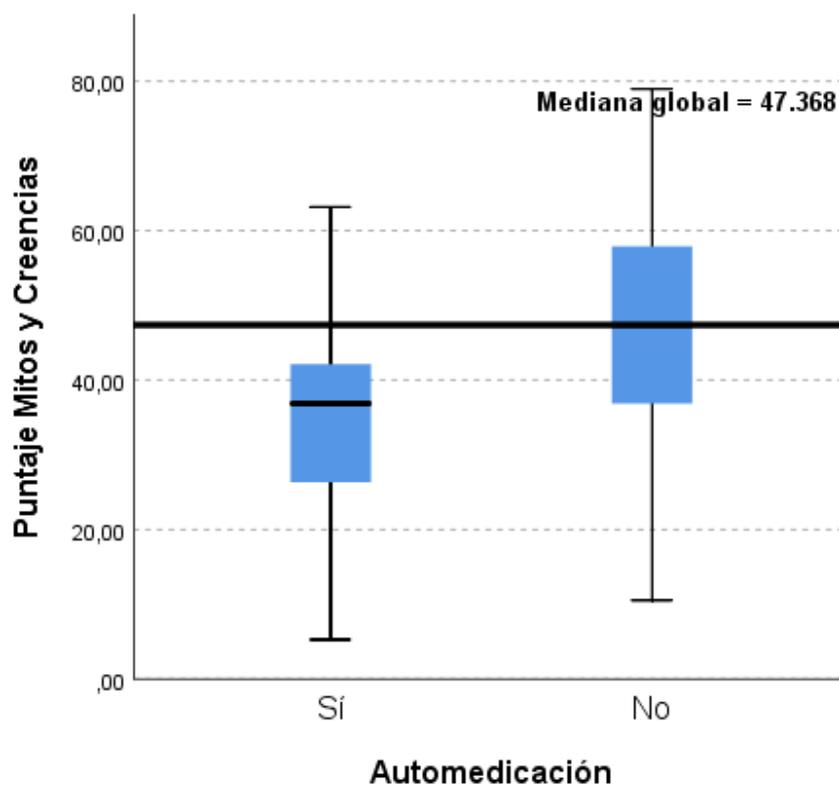
	Sin instrucción	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior incompleta	Superior Completa
Sin instrucción	1,000	,268	,094	,002	,000	,001	,000
Primaria Incompleta	,268	1,000	,466	,007	,000	,001	,000
Primaria Completa	,094	,466	1,000	,039	,000	,009	,000
Secundaria Incompleta	,002	,007	,039	1,000	,020	,347	,000
Secundaria Completa	,000	,000	,000	,020	1,000	,443	,039
Superior incompleta	,001	,001	,009	,347	,443	1,000	,049
Superior Completa	,000	,000	,000	,000	,039	,049	1,000

Fuente: Encuesta aplicada

Gráfica 3 ASOCIACIÓN DEL PUNTAJE DE MITOS Y CREENCIAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

En la Gráfica 3 se puede observar la variable influyente en la presencia de mitos y creencias donde la tendencia revela que existe una diferencia significativa entre aquellos con bajo nivel de instrucción y aquellos que tienen un nivel de instrucción más alto, el grupo sin instrucción tenía diferencia significativa con el grupo de secundaria incompleta ($p:0.002$), secundaria completa ($p:0.000$), superior incompleta ($p:0.001$) y superior completa ($p:0.000$); el grupo con

primaria incompleta tenia diferencia con el de secundaria incompleta (p:0.007), secundaria completa (p:0.000), superior incompleta (p:0.001) y superior completa (p:0.000); el de primaria completa con secundaria incompleta (p:0.039), secundaria completa (p:0.000), superior incompleta (p:0.009) y superior completa (p:0.000); el de secundaria incompleta con el grupo sin instrucción (p:0.002), primaria incompleta (p:0.007), primaria completa (p:0.039), secundaria completa (p:0.020) y superior completa (p:0.000); el de secundaria completa con el grupo sin instrucción (p:0.000), primaria incompleta (p:0.000), primaria completa (p:0.000), secundaria incompleta (p:0.020) y superior completa (p:0.039); el grupo de superior incompleta con el grupo sin instrucción (p:0.001), primaria incompleta (p:0.001), primaria completa (p:0.009), y superior completa (p:0.049); y el grupo con nivel de instrucción superior completa tenia diferencia con todos los demás grupos, sin instrucción (p:0.000), primaria incompleta (p:0.000), primaria completa (p:0.000), secundaria incompleta (p:0.000), secundaria completa (p:0.039) y superior incompleta (0.049).



	Mediana	N total	Estadístico de prueba	Grado de libertad	P
Puntaje de Mitos y Creencias - Automedicación	60,0000	250	21,464	1	0,000

Fuente: Encuesta aplicada

Gráfico 4 COMPARACIÓN DEL PUNTAJE DE MITOS Y CREENCIAS Y SU INFLUENCIA EN LA AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

En la Gráfica 4 se pudo comprobar que en el grupo que no se automedicaba tenía buenos niveles de calificación de mitos y creencias al contrario al grupo que se automedicaba dónde existe una marcada presencia de mitos y creencias en el grupo. Esta diferencia fue altamente significativa (p:0.00).

DISCUSIÓN

Durante el período de COVID-19 y el distanciamiento social, muchas personas se sintieron mal y, algunas, optaron por automedicarse al no poder salir de casa para ver a un médico de confianza. Aunque esta práctica ha ocurrido incluso antes de la emergencia, es importante recordar los riesgos que enfrentamos al elegir medicamentos sin la supervisión de un experto. Esto aunado a una alta frecuencia de mitos y creencias que se dispersan sin control por las redes sociales principalmente, hacen que el sistema de comunicación se convierta en un arma de apoyo sanitario o en una de las principales falencias asociadas a complicaciones en los pacientes que se contagian. El presente estudio no solo analiza estas características en jefes de familia sino también indaga en posibles explicaciones asociadas como la presencia de mitos, creencias e inadecuada percepción del riesgo.

A partir de los resultados en este trabajo se observa que el sexo en su mayoría es el femenino, con 54.8%, resultado que concuerda con los estudios de Lisa Garbe et al.(20), Yalew ZM et al.(28), José Mansilla et al.(25), Pedro Navarrete et al.(29) y Silvia Puma et al.(31), a diferencia de Faqihi et al.(17) que tuvo una población femenina en su totalidad y Valerie Earnshaw et al.(18), Yohannes Kebede et al.(27) y Mely Ruiz et al.(33) que tuvieron población predominantemente masculina.

Además, la edad predominante fue de 40 a 49 años (29.2%), similar a Lisa Garbe et al.(20), Valerie Earnshaw et al.(18), Yohannes Kebede et al.(27), Yalew ZM et al.(28), José Mansilla et al.(25), Juan Gonzales et al.(26), Pedro Navarrete et al.(29) y Silvia Puma et al.(31), con excepción de Faqihi et al.(17) con una edad media de 20 ± 3 años, esto debido a que su estudio fue en una población de estudiantes universitarios y Mely Ruiz et al.(33), que la gran mayoría tenían entre 20 a 39 años (76.9%).

En estado civil de la población en su mayoría eran convivientes (57.2%), esto es similar al estudio de José Mansilla et al.(25), pero difiere de Yalew ZM et al.(28),

con mayor parte de casados (67.1%), que se puede deber a que es un trabajo de nacionalidad extranjera con una cultura distinta, Faqih et al.(17), que en su totalidad eran solteros 100%, debido a la población que eran estudiantes y Mely Ruiz et al.(33) que predominaban los solteros 49.1%, probablemente debido a la diferencia de edad, que era menor a la del presente estudio.

En cuanto a los hijos, en este estudio la mayor parte de la población tenía de 1 a 2 hijos (72.8%), a diferencia del Ruiz et al.(33), con mayoría sin hijos (55.3%), seguramente porque en su mayoría eran solteros y de una edad menor a la de este estudio.

En este trabajo, en cuanto a la ocupación, la población era predominantemente independiente informal (34%), a diferencia de Yalew ZM et al.(28) que dominaban los mercaderes (39.2%), Faqih et al.(17) que toda la población eran estudiantes de enfermería, José Mansilla et al.(25) que la mayoría tenían empleo (69.2%) y Silvia Puma et al.(31) que en sus dos poblaciones había diferencias entre dependientes (45.3% en población 1 y 61% en población 2) e independientes (54.7% en población 1 y 39% en población 2).

En lo que concierne a la religión, eran en su gran mayoría católicos (78%), similar a Mely Ruiz et al.(33), pero distinto de Yohannes Kebede et al.(27), que predominaban los ortodoxos, y Yalew ZM et al.(28) que eran de mayoría musulmanes, ambos estudios en Etiopía, donde son las religiones más practicadas.

Sobre el nivel de instrucción el predominio era de secundaria incompleta (17.2%), similar a Yalew ZM et al.(28), Pedro Navarrete et al.(29) y Silvia Puma et al.(31), pero difiere de Valerie Earnshaw et al.(18) y José Mansilla et al.(25) que en su mayoría eran graduados de universidad (77.3% y 56.3%), probablemente por ser países desarrollados, y Faqih et al.(17), que su población era de estudiantes universitarios.

En este estudio se encontró que la mayoría no acudió a los centros de salud (56.4%) y la gran mayoría no recibieron orientación sobre COVID-19 (83.6%), los otros trabajos no incluyeron estas variables.

En relación a las fuentes de información se halló que la población usaba diarios/revistas como principal fuente de información (35.2%), seguido de un porcentaje importante que no especifica sus fuentes de información (24.8%) y que recibían información de la televisión (15%), esto en contraste de Yalew ZM et al.(28) que encontró que los principales medios eran los audiovisuales (97.8%), seguidos por información adquirida en la comunidad (57.8%) y las redes sociales (46.3%), José Mansilla et al. que adquirirían su información de la prensa/Radio/Tv (68.2%), medios de comunicación oficiales/documentos científicos (22.4%) y redes sociales/WhatsApp (9.4%), Juan Gonzales et al.(26), que su población prefería los medios de comunicación masiva (93%), seguidos de los profesionales de salud (46.2%), la familia (45.4%) y los vecinos (44.6%) y Silvia Puma et al.(31), que tenían como principales fuentes a la televisión (78.6% en población 1 y 76% en población 2), el internet (67.6 y 54.2%) y el WhatsApp (66.4 y 41.2%). Estos datos son alarmantes, porque gran parte de la población obtiene información de medios no oficiales, los cuales pueden estar esparciendo información falsa.

Respecto al aislamiento, fue irregular en la mayoría de los casos (64%), seguido de una parte que no hicieron aislamiento (20.8%) y una minoría que si lo respetó (15.2%), a diferencia de Lisa Garbe et al.(20) donde la gran mayoría realizó restricciones de movilidad personal (60.67% en población 1/84.4% en población 2).

En el tema de la automedicación, en este estudio, hubo una minoría que la realizó (14.8%), lo cual difiere notablemente de Faqihi et al.(17), donde la gran mayoría se automedicó (87%) y Silvia Puma et al.(31) donde también hubo elevados casos de automedicación (61.8% en población 1 y 81.4% en población 2). Estas diferencias pueden ser debidas al tipo de población, ya que fueron estudiantes de

salud y población de la capital respectivamente. Claro está, que, al tratar con gran cantidad de población, el resultado de 14.8% de automedicación en este estudio es causa de preocupación y debe ser abordado para disminuirlo.

Entre los medicamentos utilizados en esta práctica, en esta investigación se encontró que la ivermectina fue la más usada (48.6%), seguido de dióxido de cloro (45.9%), azitromicina (27%) y paracetamol (16.2%), con mucha diferencia con Faqih et al.(17), donde más se utilizó paracetamol (57%), ibuprofeno (20%) y diclofenaco (5%), probablemente por ser estudiantes de ciencias de la salud, hubo mínimo uso de antibióticos; Pedro Navarrete et al.(29) que los de mayor uso fueron antibióticos/antiinflamatorios (39.2%), antiinflamatorios solos (30.9%) y antibiótico solos (21.6%) y Silvia Puma et al.(31), con predominancia de paracetamol (62.3% en población 1 y 55.6% en población 2), azitromicina (42.3 y 40.8%) e ivermectina (40.1 y 34.2%). Se observa que en ambas poblaciones peruanas hay elevado uso de antibióticos en la automedicación, incluso en este estudio se encontró uso de dióxido de cloro, el cual es un producto que no cuenta con ningún respaldo de publicaciones científicas y está catalogado como producto dañino para la salud por la CDC.

Sobre la percepción de riesgo, hubo una media de 60.96 sobre 100 puntos, este resultado es similar a Lisa Garbe et al(20). con puntaje de 6.05/4.59 en base de 10 puntos. En otros estudios en los que se utilizaron diferentes herramientas y diferente forma de medición se encontró que Yalaw ZM et al.(28) obtuvo percepción de susceptibilidad alta en 51.3% y percepción de severidad alta 60.9%, José Mansilla et al.(25) en su población detectó percepción de riesgo predominantemente baja 46.2%, seguido de media 33.4% y alta 20.4%, y Juan Gonzales et al.(26) describe que la mayor parte de su población tiene percepción de riesgo inadecuada 73.6%.

En los mitos y creencias se encontró que el 67.6% cree que “rociarse con alcohol o cloro mata el virus” seguido de un 44.4% que asume que “los remedios caseros pueden curar o prevenir el coronavirus” y un 35.6% que “el calor puede matar el

virus”, principalmente. Asimismo, un 35.6% cree que “las personas contagiadas con el virus morirán irremediamente”, además de que el 55.6% que cree que “la gárgara de agua con sal mata el virus”. Un 49.6% asume que “el uso y consumo de ajo mata al virus”. Una proporción importante de 46.8% asume que “los zapatos pueden propagar el virus”. Existen diferencias significativas según edad. Los mayores de 60 años son los que en mayor proporción tienen mitos y creencias inadecuadas respecto a los demás grupos. También, la tendencia revela que existe una diferencia significativa entre aquellos con bajo nivel de instrucción y aquellos que tienen un nivel de instrucción más alto. (p:0.000) y creencias inadecuadas. Respecto a automedicación existe una marcada presencia de mitos y creencias en este grupo. Esta diferencia fue altamente significativa (p:0.00). Asimismo, Valerie Earnshaw et al.(18) encuentra que un tercio de la población cree teorías conspirativas (33%), con un promedio de 3.11 teorías, además encontró relación en que las personas que creen en teorías conspirativas tienen una menor probabilidad de vacunarse; Yohannes Kebede et al.(27) en su estudio encuentra que las creencias erróneas más comunes son "Somos lo suficientemente religiosos como para controlar COVID-19" (54.7%), "Estamos comiendo ajo, cebolla, miel entre otros para prevenir COVID-19" (49%), "El clima en el que vivimos es demasiado caluroso para que el coronavirus sobreviva" (26%) y "Estamos comiendo ajo, cebolla, miel entre otros para curar COVID-19" (24.4%); mientras que Mely Ruiz et al.(33) en su investigación muestra que las más comunes son "La enfermedad de la COVID-19 solo ataca a los más débiles" (39%), "Estoy bien alimentado y no me voy a enfermar" (36.4%), "A nosotros no nos llegará la enfermedad de la COVID-19" (33.2%) y "Dios nos protege, por ello no se producirá contagios" (31.4%). Podemos observar que la población tiene numerosas creencias erróneas respecto al COVID-19, lo cual influencia en las medidas de protección personales que practican, por lo que es un problema importante que se debe de afrontar.

Como se puede apreciar, el aspecto multifactorial del actual fenómeno pandémico nos lleva a priorizar acciones que proponemos en nuestra sección de sugerencias.

CONCLUSIONES

1. En la población predominaba la edad de 40 a 49 años (29.2%), en su mayoría era de sexo femenino (54.8%), convivientes (57.2%), predominaba nivel de instrucción de secundaria completa (42.8%).
2. La percepción de riesgo fue regular en el grupo de estudio, el promedio total de percepción del riesgo expresado en porcentaje de 60.96% IC 95% (59.81-62.11), siendo la puntuación mínima obtenida de 38% y la máxima de 84%.
3. Respecto a la automedicación, el 85.2% refiere que “no lo hizo en algún momento en el actual periodo de estudio” y un 14.8% refiere que “ya ha iniciado un tratamiento preventivo”. En el grupo que se automedicó, los productos usados fueron ivermectina (48.6%) y dióxido de cloro (45.9%). El 27% refiere haber consumido azitromicina. Del total del grupo de estudio, el 18.4% tenía ya almacenado ivermectina seguido de un 17.2% azitromicina, principalmente. La automedicación estuvo asociada a percepción de riesgo mayor ($p:0.00$) y mayor presencia de mitos y creencias ($p:0.00$).
4. Los mitos y creencias más frecuentes fueron “rociarse con alcohol o cloro mata el virus (67.6%)”, “la gárgara de agua con sal mata el virus (55.6%)”, “el uso y consumo de ajo mata el virus (49.6%)”, “los zapatos puedes propagar el virus (46.8%)”, “los remedios caseros pueden curar o prevenir el coronavirus (44.4%)”.

5. Las características sociodemográficas asociadas a la presencia de mitos y creencias son la edad, habiendo diferencia significativa entre los mayores de 60 años y los demás grupos etarios (con los grupos de 19 a 29 años y 30 a 39 años $p:0.00$; 40 a 49 y 50 a 59 años $p:0.001$), y el nivel de instrucción, donde existe una diferencia significativa entre aquellos con bajo nivel de instrucción y aquellos que tienen un nivel de instrucción más alto ($p:<0,05$); también se puede inferir que a mayor nivel de instrucción mejoran la condición de tener mitos y creencias inadecuados.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la comunidad científica que realicen estudios en otras zonas de la región para tener una visión global regional respecto a automedicación, creencias y percepción de riesgo frente a la pandemia.
2. Se sugiere a la región de salud y centros de atención primaria impulsar la medición del riesgo en los protocolos de atención del paciente con COVID-19, de sus familiares y entorno social.
3. Se recomienda a la comunidad académica universitaria y comunidad científica generar una investigación de nivel de expendio, lugares de expendio, dosificaciones usadas de los fármacos auto medicados aquí presentados, mecanismos de preparación y efectos adversos de sustancias no farmacológicas consumidas.
4. Se sugiere a los centros de atención primaria realizar actividades para disminuir los mitos y creencias presentes en la población.
5. Se recomienda a la dirección regional de salud de Tacna generar lineamientos o políticas de salud que autoricen la difusión de guías prevención y atención del COVID 19 a fin de disminuir la atención a la información mediática falsa a gran escala.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chesser A, Drassen Ham A, Keene Woods N. Assessment of COVID-19 Knowledge Among University Students: Implications for Future Risk Communication Strategies. *Health Educ Behav.* 1 de agosto de 2020;47(4):540-3.
2. Coronavirus disease (COVID-19): Vaccines [Internet]. [citado 14 de julio de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines)
3. Heymann DL, Shindo N. COVID-19: what is next for public health? *The Lancet* [Internet]. febrero de 2020 [citado 20 de junio de 2020];395(10224):542-5. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620303743>
4. Donovan J. Recomendaciones concretas para contrarrestar la información errónea durante la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública.* 9 de junio de 2021;45:e59.
5. Organización Mundial de la Salud. Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
6. Merchant RM, Lurie N. Social Media and Emergency Preparedness in Response to Novel Coronavirus. *JAMA.* 23 de marzo de 2020;
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reporte 13 [Internet]. [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>
8. OMS. Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. 2021 [citado 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMIgaG_45vW8AIVoimzAB0dtQZ7EAYASA AEgKZ2vD_BwE
9. Díez Patricio A. Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2017;37(131):127-43.
10. Berman AL, Silverman MM. Hospital-Based Suicides: Challenging Existing Myths. *Psychiatr Q.* 9 de noviembre de 2020;
11. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. *Rev Salud Pública* [Internet]. junio de 2009 [citado

- 19 de mayo de 2021];11:432-42. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rsap/2009.v11n3/432-442/es/>
12. Sánchez-Villena AR, de La Fuente-Figuerola V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *An Pediatr*. 1 de julio de 2020;93(1):73-4.
 13. ASALE R-, RAE. regular | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/regular>
 14. IRREGULAR | Definition of IRREGULAR by Oxford Dictionary on Lexico.com also meaning of IRREGULAR [Internet]. Lexico Dictionaries | English. [citado 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.lexico.com/definition/irregular>
 11. Definición de tranquilizante - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tranquilizante>
 16. Molero-García JM, Arranz-Izquierdo J, Gutiérrez-Pérez MI, Redondo Sánchez JM. Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2021;53(6):101966.
 17. Faqih AHMA, Sayed SF. Self-medication practice with analgesics (NSAIDs and acetaminophen), and antibiotics among nursing undergraduates in University College Farasan Campus, Jazan University, KSA. *Ann Pharm Fr*. mayo de 2021;79(3):275-85.
 18. Earnshaw VA, Eaton LA, Kalichman SC, Brousseau NM, Hill EC, Fox AB. COVID-19 conspiracy beliefs, health behaviors, and policy support. *Transl Behav Med*. 10 de septiembre de 2020;ibaa090.
 19. 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 20 de junio de 2020];9(4):1196. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1196>
 20. Garbe L, Rau R, Toppe T. Influence of perceived threat of Covid-19 and HEXACO personality traits on toilet paper stockpiling. *PLoS ONE*. 12 de junio de 2020;15(6):e0234232.

21. Sánchez-Tarragó N. Desinformación en tiempos de COVID-19: ¿Qué podemos hacer para enfrentarla? *Rev Cuba Inf En Cienc Salud* [Internet]. 13 de mayo de 2020 [citado 23 de junio de 2020];31(2). Disponible en: <http://www.rcics.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1584>
22. Pereira C, Medeiros A, Bertholini F, Pereira C, Medeiros A, Bertholini F. O medo da morte flexibiliza perdas e aproxima polos: consequências políticas da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Rev Adm Pública* [Internet]. agosto de 2020 [citado 19 de mayo de 2021];54(4):952-68. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-76122020000400952&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
23. Yabrude ATZ, Souza ACM de, Campos CW de, Bohn L, Tiboni M, Yabrude ATZ, et al. Challenges Caused by Fake News among Elderly Population during the Covid-19 Infodemic: Experience of Medical Students. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2020 [citado 19 de mayo de 2021];44. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022020000500405&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
24. Melo JRR, Duarte EC, Moraes MV de, Fleck K, Arrais PSD, Melo JRR, et al. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado 19 de mayo de 2021];37(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2021000407002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
25. Mansilla Domínguez JM, Font Jiménez I, Belzunegui Eraso A, Peña Otero D, Díaz Pérez D, Recio Vivas AM. Risk Perception of COVID-19 Community Transmission among the Spanish Population. *Int J Environ Res Public Health*. diciembre de 2020;17(23):8967.
26. 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 24 de julio de 2021];25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182021000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Kebede Y, Birhanu Z, Fufa D, Yitayih Y, Abafita J, Belay A, et al. Myths, beliefs, and perceptions about COVID-19 in Ethiopia: A need to address information gaps and enable combating efforts. *PloS One*. 2020;15(11):e0243024.
28. Yalew ZM, Yitayew YA, Mohammed ES, Gezihagne TB. Health Communication, Knowledge, Perception and Behavioral Responses to

COVID-19 Outbreak in Dessie, Kombolcha and Kemissie Towns, Amhara Region, Northeast Ethiopia: A Mixed-Method Study. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:1083-99.

29. Navarrete-Mejía PJ, Velasco-Guerrero JC, Loro-Chero L, Navarrete-Mejía PJ, Velasco-Guerrero JC, Loro-Chero L. Automedicación en época de pandemia: Covid-19. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* octubre de 2020;13(4):350-5.
30. Salaverría R, Buslón N, López-Pan F, León B, López-Goñi I, Erviti M-C. Desinformación en tiempos de pandemia: tipología de los bulos sobre la Covid-19. *El Prof Inf EPI* [Internet]. 2020 [citado 23 de junio de 2020];29(3). Disponible en: <http://www.elprofesionaldelainformacion.com/contenidos/2020/may/salaverria-buslon-lopez-leon-lopez-erviti.html>
31. Puma Quispe SE, Rivera chambi S. La automedicación en la pandemia por Covid-19 en pobladores de dos mercados más importantes de SJL – Lima 2020. *Univ Priv Huancayo “Franklin Roosevelt”* [Internet]. 19 de diciembre de 2020 [citado 20 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/ROOSEVELT/246>
32. Aguilar W. Riesgos de la automedicación en el Perú del paciente con COVID-19: revisión narrativa. *Rev méd Trujillo* ; (1):47-53 de 2021; Disponible en: <file:///C:/Users/VICTOR/Downloads/3330-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12221-1-10-20210309.pdf>
33. Ruiz-Aquino MM, Diaz-Lazo AV, Ortiz-Aguí ML. Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 29 de diciembre de 2020;36(0). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4251>
34. Sahoo S, Padhy SK, Ipsita J, Mehra A, Grover S. Demystifying the myths about COVID-19 infection and its societal importance. *Asian J Psychiatry* [Internet]. 18 de junio de 2020 [citado 23 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7301136/>
35. Lai C-C, Shih T-P, Ko W-C, Tang H-J, Hsueh P-R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents.* marzo de 2020;55(3):105924.
36. Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clin Med Lond Engl.* 2020;20(2):124-7.

37. Gallagher J. When will the coronavirus outbreak end? BBC News [Internet]. 23 de marzo de 2020 [citado 23 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.bbc.com/news/health-51963486>
38. Wolf LJ, Haddock G, Manstead ASR, Maio GR. The importance of (shared) human values for containing the COVID-19 pandemic. Br J Soc Psychol [Internet]. [citado 23 de junio de 2020];n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjso.12401>
39. Kuper-Smith BJ, Doppelhofer LM, Oganian Y, Rosenblau G, Korn C. Optimistic beliefs about the personal impact of COVID-19 [Internet]. PsyArXiv; 2020 mar [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://osf.io/epcyb>
40. Paek H-J, Hove T. Risk Perceptions and Risk Characteristics [Internet]. Oxford Research Encyclopedia of Communication. 2017 [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://oxfordre.com/communication/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-283>
41. Drottz-Sjöberg B-M. Perception of risk: studies of risk attitudes, perceptions, and definitions. [Stockholm]: Stockholm School of Economics, Center for Risk Research; 1991.
42. Loewenstein GF, Welch N. Risk as feelings. Psychol Bull. 2001;127(2):267-86.
43. CDC. World Leprosy Day [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2018 [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/features/world-leprosy-day/index.html>
44. ÁVILA DE TOMÁS JF. CORONAVIRUS COVID-19; PATOGENIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. España; 2020.
45. SaludsinBulos. Los bulos sobre el coronavirus se expanden más rápido que la epidemia [Internet]. Salud Sin Bulos. 2020 [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://saludsinbulos.com/observatorio/bulos-coronavirus-epidemia/>
46. Calderón CA, Soler F, Pérez-Acosta AM, Calderón CA, Soler F, Pérez-Acosta AM. El Observatorio del Comportamiento de Automedicación de la Universidad del Rosario y su rol en la pandemia de COVID-19. Rev Cienc Salud. agosto de 2020;18(2):1-8.

47. Triggler CR, Bansal D, Farag EABA, Ding H, Sultan AA. COVID-19: Learning from Lessons To Guide Treatment and Prevention Interventions. *mSphere*. 5(3):e00317-20.
48. Geldsetzer P. Use of Rapid Online Surveys to Assess People's Perceptions During Infectious Disease Outbreaks: A Cross-sectional Survey on COVID-19. *J Med Internet Res*. 2 de abril de 2020;22(4):e18790.
49. Lohiniva A-L, Sane J, Sibenberg K, Puumalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. abril de 2020;25(13).
50. Kebede Y, Yitayih Y, Birhanu Z, Mekonen S, Ambelu A. Knowledge, perceptions and preventive practices towards COVID-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, Southwest Ethiopia. *PloS One*. 2020;15(5):e0233744.
51. Organización Mundial de la Salud. Consejos para la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>
52. Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KKK, Lee C, Ng A, et al. Psychometric assessment of the Chinese version of the brief illness perception questionnaire in breast cancer survivors. *PLOS ONE* [Internet]. 20 de marzo de 2017 [citado 20 de junio de 2020];12(3):e0174093. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174093>
53. 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.
54. Municipalidad Gregorio Albarracín Lanchipa. Compendio Estadístico de la Municipalidad Distrital Gregorio Albarracín Lanchipa. Resolución de Gerencia 070-2028-GM/MDCGAL; 2018.
55. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Prado-Gascó VJ, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M, et al. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2020];28. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692020000100306&lng=en&nrm=iso&tlng=es

56. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* junio de 2006;60(6):631-7.
57. Beléndez M, Bermejo Alegría RM, García Ayala MD. Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. Factor structure of the Spanish version of the Revised Illness Perception Questionnaire in a sample of subjects with hypertension [Internet]. 2005 [citado 20 de junio de 2020]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3518>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad

1. < de 19 años
2. 19 a 29 años
3. 30 a 39 años
4. 40 a 49 años
5. 50 a 59 años
6. 60 a más

Sexo

1. Femenino
2. Masculino

Estado Civil

1. Soltero/a
2. Conviviente
3. Casado/a
4. Separado/a
5. Divorciado/a
6. Viudo/a

N° de Hijos

1. Ninguno
2. 1 a 2
3. 3 a 5
4. 6 más

Lugar de nacimiento

1. Tacna
2. Arequipa
3. Puno
4. Lima
5. Otro

Ocupación

1. Sin ocupación
2. Independiente formal
3. Independiente informal
4. Dependiente Contratado
5. Dependiente Nombrado

Religión

1. Ninguna
2. Católica
3. Adventista
4. Testigo de Jehová
5. Otro: _

Nivel de instrucción

1. Sin instrucción
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Superior incompleta
7. Superior completa

Acudió al establecimiento de salud

1. Si
2. No

Fue abordado alguna vez por personal de salud para orientación en COVID 19

1. Si
2. No

De quién recibió información

1. Diarios/revistas
2. Televisión
3. Radio
4. Internet
5. Profesional de la salud
6. Amigos
7. Familiares
8. De la pareja actual

Aislamiento

1. Regular
2. Irregular
3. No hizo/no le interesó/no cree

Automedicación

3. SI
4. NO

Cual:_____

Almacenamiento medicamentoso preventivo

1. Paracetamol
2. Ibuprofeno
3. Cloroquina
4. Naproxeno
5. Aspirina
6. Ivermectina
7. Azitromicina
8. Antigripales
9. Anticoagulantes
10. Tranquilizantes/antidepresivos
11. Otros:_____

MITOS Y CREENCIAS(51)

1. El coronavirus fue creado por el hombre.	V	F	No sé
2. Los remedios caseros pueden curar o prevenir el coronavirus.	V	F	No sé
3. Rociarse con alcohol o cloro mata el virus.	V	F	No sé
4. La infección por el virus tiene cura.	V	F	No sé
5. Se necesita una máscara quirúrgica para prevenir la infección.	V	F	No sé
6. Solo los profesionales de la salud necesitan máscaras quirúrgicas.	V	F	No sé
7. El calor puede matar al virus.	V	F	No sé
8. El virus puede transmitirse por correo electrónico.	V	F	No sé
9. Los niños no se pueden contagiar por el coronavirus.	V	F	No sé
10. Las personas contagiadas por el coronavirus morirán.	V	F	No sé
11. Hay que ponerse mascarilla para hacer ejercicio físico.	V	F	No sé
12. Los zapatos pueden propagar el virus.	V	F	No sé
13. El uso prolongado de la mascarilla provoca intoxicación por CO ₂ .	V	F	No sé
14. El uso y consumo de ajo mata el virus.	V	F	No sé
15. El uso de aspirinas mezclado con limón mata el virus.	V	F	No sé
16. La gárgara de agua con sal mata el virus.	V	F	No sé
17. Las moscas transmiten el virus.	V	F	No sé
18. Beber alcohol (vino, cerveza, whisky, etc.) mata el virus.	V	F	No sé
19. Los antibióticos matan el virus.	V	F	No sé

Fuente: Organización Mundial de la Salud

INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO

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
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

Alfa de Crombrach de 0.663

Pérez-Fuentes, M.C.; Molero Jurado, M.M.; Oropesa Ruiz, N.F.; Martos Martínez, Á.; Simón Márquez, M.M.; Herrera-Peco, I.; Gázquez Linares, J.J. Questionnaire on Perception of Threat from COVID-19. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 1196.

ANEXOS DE TABLAS COMPLEMENTARIAS

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE OTRAS RELIGIONES PROFESADAS EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

		n	%
	Evangélico	15	88.2%
RELIGIÓN	Mormón	2	11.8%
	Total	17	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN
CONDICIÓN DE ACUDIR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y
RECIBIR ORIENTACIÓN COVID 19 EN ADULTOS JEFES DE HOGAR
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020**

		Automedicación				
		Sí		No		Total
		n	%	n	%	n
Acudió al Establecimiento de salud	Sí	12	11.0%	97	89.0%	109
	No	25	17.7%	116	82.3%	141
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250
Orientación COVID-19	Sí	5	12.2%	36	87.8%	41
	No	32	15.3%	177	84.7%	209
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250

	Chi cuadrado de Pearson		
	Valor	df	p
Acudió al establecimiento de salud - Automedicación	2,202	1	,138
Orientación COVID 19 - Automedicación	,264	1	,607

Fuente: Encuesta aplicada

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE AISLAMIENTO SEGÚN EDAD SEXO ESTADO CIVIL Y NÚMERO DE HIJOS EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

		Aislamiento				
		Regular		Irregular/no hizo		Total
		n	%	n	%	n
Edad	< de 19 años	0	0.0%	0	0.0%	0
	19 a 29 años	0	0.0%	16	100.0%	16
	30 a 39 años	10	18.2%	45	81.8%	55
	40 a 49 años	10	13.7%	63	86.3%	73
	50 a 59 años	10	17.5%	47	82.5%	57
	60 a más	8	16.3%	41	83.7%	49
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250
Sexo	Femenino	23	16.8%	114	83.2%	137
	Masculino	15	13.3%	98	86.7%	113
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250
Estado Civil	Casado/a	5	7.9%	58	92.1%	63
	Soltero/a	2	20.0%	8	80.0%	10
	Viudo/a	1	20.0%	4	80.0%	5
	Divorciado/a	1	9.1%	10	90.9%	11
	Separado/a	4	22.2%	14	77.8%	18
	Conviviente	25	17.5%	118	82.5%	143
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250
N° de hijos	Ninguno	4	16.0%	21	84.0%	25
	1 a 2	25	13.7%	157	86.3%	182
	3 a 5	9	22.0%	32	78.0%	41
	6 a más	0	0.0%	2	100.0%	2
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250

Fuente: Encuesta aplicada

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE NÚMERO DE
MEDICAMENTOS ALMACENADOS A COVID 19 EN ADULTOS JEFES
DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA,
2020**

	n	%
Ninguno	203	81.2%
1	3	1.2%
2	18	7.2%
N° de Medicamentos	3	7.2%
4	7	2.8%
6	1	0.4%
Total	250	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL AISLAMIENTO SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN, OCUPACIÓN Y RELIGIÓN EN ADULTOS
JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE
TACNA, 2020**

		Aislamiento				Total n
		Regular		Irregular/no hizo		
		n	%	n	%	
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	0	0.0%	5	100.0%	5
	Primaria incompleta	2	15.4%	11	84.6%	13
	Primaria completa	0	0.0%	17	100.0%	17
	Secundaria incompleta	2	4.7%	41	95.3%	43
	Secundaria completa	11	10.3%	96	89.7%	107
	Superior incompleta	6	26.1%	17	73.9%	23
	Superior completa	17	40.5%	25	59.5%	42
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250
Lugar de Nacimiento	Tacna	22	20.0%	88	80.0%	110
	Arequipa	3	13.6%	19	86.4%	22
	Puno	6	8.7%	63	91.3%	69
	Lima	1	6.3%	15	93.8%	16
	Otro	6	18.2%	27	81.8%	33
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250
Ocupación	Sin ocupación	1	2.3%	43	97.7%	44
	Independencia formal	9	12.7%	62	87.3%	71
	Independencia informal	7	8.2%	78	91.8%	85
	Dependiente Contratado	7	26.9%	19	73.1%	26
	Dependiente Nombrado	14	58.3%	10	41.7%	24
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250
Religión	Ninguna	0	0.0%	0	0.0%	0
	Católica	30	15.4%	165	84.6%	195
	Adventista	2	7.4%	25	92.6%	27
	Testigo de Jehová	4	36.4%	7	63.6%	11
	Otro	2	11.8%	15	88.2%	17
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250

Fuente: Encuesta aplicada

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN
NIVEL DE INSTRUCCIÓN, LUGAR DE NACIMIENTO, OCUPACIÓN
Y RELIGIÓN**

		Automedicación				
		Sí		No		Total
		n	%	n	%	n
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	3	60.0%	2	40.0%	5
	Primaria incompleta	6	46.2%	7	53.8%	13
	Primaria completa	5	29.4%	12	70.6%	17
	Secundaria incompleta	8	18.6%	35	81.4%	43
	Secundaria completa	10	9.3%	97	90.7%	107
	Superior incompleta	4	17.4%	19	82.6%	23
	Superior completa	1	2.4%	41	97.6%	42
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250
Lugar de Nacimiento	Tacna	12	10.9%	98	89.1%	110
	Arequipa	2	9.1%	20	90.9%	22
	Puno	16	23.2%	53	76.8%	69
	Lima	4	25.0%	12	75.0%	16
	Otro	3	9.1%	30	90.9%	33
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250
Ocupación	Sin ocupación	9	20.5%	35	79.5%	44
	Independencia formal	9	12.7%	62	87.3%	71
	Independencia informal	16	18.8%	69	81.2%	85
	Dependiente Contratado	2	7.7%	24	92.3%	26
	Dependiente Nombrado	1	4.2%	23	95.8%	24
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250
Religión	Ninguna	0	0.0%	0	0.0%	0
	Católica	28	14.4%	167	85.6%	195
	Adventista	4	14.8%	23	85.2%	27
	Testigo de Jehová	1	9.1%	10	90.9%	11
	Otro	4	23.5%	13	76.5%	17
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250

Fuente: Encuesta aplicada

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL AISLAMIENTO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE VISITA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD U ORIENTACIÓN COVID-19 PREVIA EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020

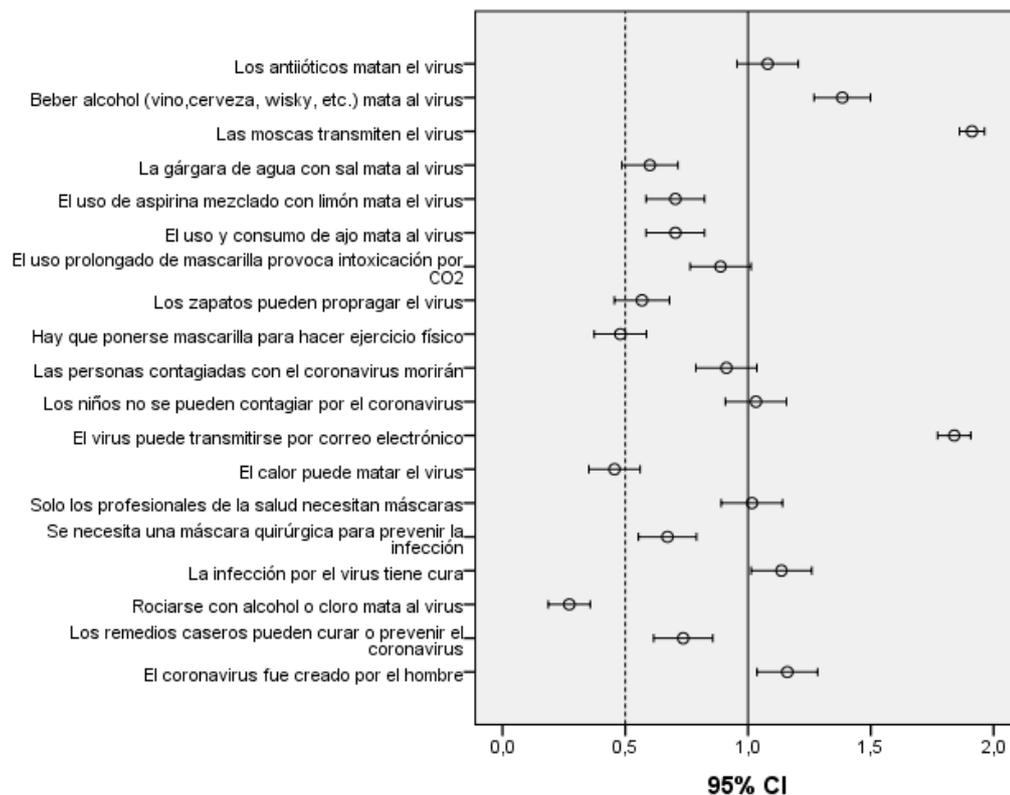
		Aislamiento				
		Regular		Irregular/no hizo		Total
		n	%	n	%	n
Acudió al Establecimiento de salud	Sí	16	14.7%	93	85.3%	109
	No	22	15.6%	119	84.4%	141
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250
Orientación COVID-19	Sí	8	19.5%	33	80.5%	41
	No	30	14.4%	179	85.6%	209
	Total	38	15.2%	212	84.8%	250

Fuente: Encuesta aplicada

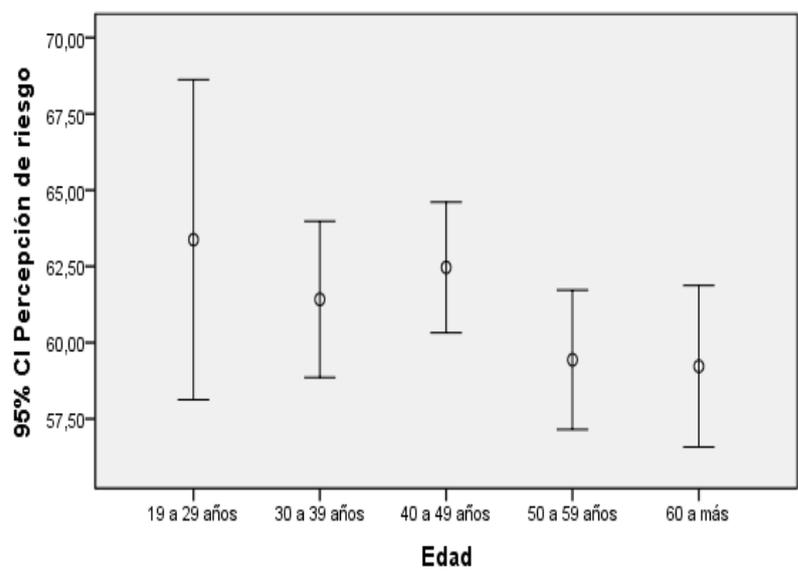
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN AUTOMEDICACIÓN
EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL Y NÚMERO DE HIJOS EN ADULTOS
JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE
TACNA, 2020**

		Automedicación				Total
		Sí		No		
		n	%	n	%	
Edad	< de 19 años	0	0.0%	0	0.0%	0
	19 a 29 años	3	18.8%	13	81.3%	16
	30 a 39 años	7	12.7%	48	87.3%	55
	40 a 49 años	11	15.1%	62	84.9%	73
	50 a 59 años	6	10.5%	51	89.5%	57
	60 a más	10	20.4%	39	79.6%	49
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250
Sexo	Femenino	23	16.8%	114	83.2%	137
	Masculino	14	12.4%	99	87.6%	113
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250
Estado Civil	Casado/a	8	12.7%	55	87.3%	63
	Soltero/a	3	30.0%	7	70.0%	10
	Viudo/a	2	40.0%	3	60.0%	5
	Divorciado/a	3	27.3%	8	72.7%	11
	Separado/a	1	5.6%	17	94.4%	18
	Conviviente	20	14.0%	123	86.0%	143
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250
Nº de hijos	Ninguno	4	16.0%	21	84.0%	25
	1 a 2	24	13.2%	158	86.8%	182
	3 a 5	8	19.5%	33	80.5%	41
	6 a más	1	50.0%	1	50.0%	2
	Total	37	14.8%	213	85.2%	250

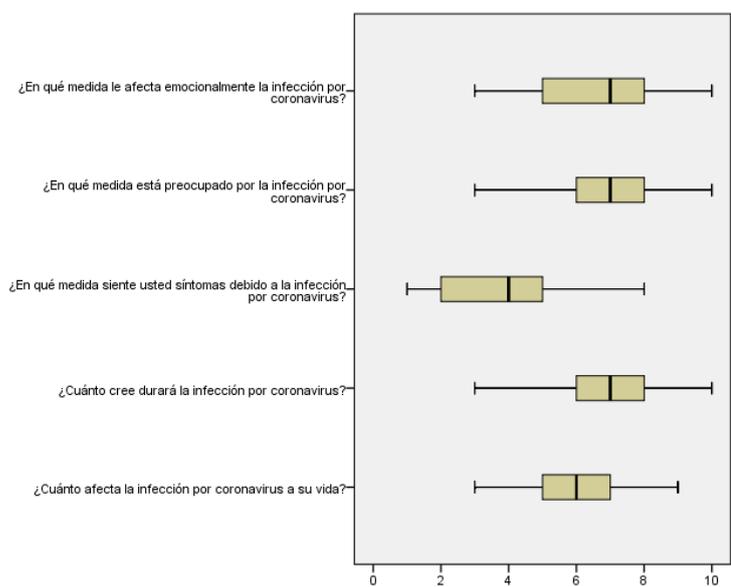
Fuente: Encuesta aplicada



GRÁFICA COMPARACIÓN DE LAS TENDENCIAS DE LOS MITOS Y CREENCIAS EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020



GRÁFICA TENDENCIA COMPARATIVA DE LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO SEGÚN EDAD EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020



GRÁFICA COMPARACIÓN DE LOS PROMEDIOS DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN ADULTOS JEFES DE HOGAR DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA, 2020