

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



*Una Institución Adventista*

## **Creencias y miedo al COVID-19 asociados a las habilidades preventivas de los pobladores del Centro poblado Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021**

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

### **Autor:**

Paola Lisset Lope Sulca  
Daniela Michelle Lopez Alaña

### **Asesor:**

Mg Edda Newball Noriega  
Dr. Percy Rubén Valenzuela Eslava

Lima, mayo del 2021

# DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Mg Edda Newball Noriega, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“Creencias y miedo al COVID-19 asociados a las habilidades preventivas de los pobladores del Centro poblado Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021”** constituye la memoria que presenta los Bachilleres Paola Lisset Lope Sulca y Daniela Michelle Lopez Alaña para obtener el título de Profesional de Médico Cirujano cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 17 días del mes de mayo del año 2021



---

Mg Edda Newball Noriega

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 17 día(s) del mes de Mayo del año 2021, siendo las 3:00 P.M. horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Mtro. Luis Felipe Segura Chavez, el (la) secretario(a): M.C. Lili Lilia

Repaz Durand y los demás miembros: M.C. Karen Lizzeth

Flares Pauliche y el (la) asesor(a) Mg. Edda E. N.E.T.

Newball Noriega con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:

Creencias y miedo al COVID-19 asociados a las habilidades

preventivas de los pobladores del Centro poblado Virgen del Carmen

La Era Naña 2021 del(los) bachiller(es): a) Lopez Sulca Paola Lisset

b) Lopez Aloña Daniela Michelle

c) \_\_\_\_\_

conducente a la obtención del título profesional de: \_\_\_\_\_

Médico Cirujano  
(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Lopez Sulca Paola Lisset

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>18</u>	<u>A-</u>	<u>Muy bueno</u>	<u>Sobresaliente</u>

Bachiller (b): Lopez Aloña Daniela Michelle

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>18</u>	<u>A-</u>	<u>Muy bueno</u>	<u>Sobresaliente</u>

Bachiller (c): \_\_\_\_\_

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(\* Ver parte posterior Esta sustentación fue realizada de manera virtual usando emulador de cámara y micrófono de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos)

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

\_\_\_\_\_  
Presidente/a

  
Secretario/a

\_\_\_\_\_  
Asesor/a

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Bachiller (a)

\_\_\_\_\_  
Bachiller (b)

\_\_\_\_\_  
Bachiller (c)

## **Agradecimientos**

**Agradezco a Dios, por haberme guiado en este camino, y dado la sabiduría, inteligencia y fortaleza para dar cada paso en esta ardua carrera de Medicina Humana.**

**A mi Familia, por brindarme su apoyo incondicional durante estos años de carrera. Sin su ayuda no hubiese podido lograr muchas cosas en mi vida.**

**A mis docentes y tutores, que me han brindado el conocimiento y las herramientas necesarias para haber llegado hasta aquí.**

**ÍNDICE DE CONTENIDO.....Pág.**

ÍNDICE DE TABLAS .....	6
CAPÍTULO I .....	8
EL PROBLEMA .....	8
1. Planteamiento del problema .....	8
2. Formulación del problema .....	9
3. Objetivos de la investigación .....	9
1. Objetivo general .....	9
2. Objetivos específicos .....	10
4. Hipótesis de estudio .....	10
5. Justificación del problema .....	10
1. Aporte teórico.....	10
2. Aporte metodológico .....	10
3. Aporte práctico y social .....	11
CAPÍTULO II .....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
1. Antecedentes.....	12
2. Marco teórico.....	13
1. Creencias.....	13
2. Miedo .....	17
3. Medidas preventivas del COVID-19.....	22
4. Definición de términos.....	25
CAPÍTULO III .....	26
MATERIALES Y MÉTODO.....	26
1. Diseño y tipo de investigación.....	26
2. Delimitación geográfica.....	26
3. Participantes .....	26
1. Población .....	26
2. Muestra .....	26
3. Variable.....	28
4. Técnica e instrumento de recolección de datos .....	30
5. Proceso de recolección de datos .....	31
6. Procesamiento y análisis de datos.....	32
7. Consideraciones éticas .....	32
CAPÍTULO IV .....	34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
1. Resultados .....	34
2. Discusión .....	37
CAPÍTULO V .....	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	41
1. Conclusiones.....	41
2. Recomendaciones.....	41
REFERENCIAS.....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables de estudio.....	28
Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables del estudio.....	34
Tabla 3. Análisis bivariado de las variables de estudio según las habilidades preventivas frente al COVID-19 en habitantes del CP Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021. ....	35
Tabla 4. Modelo predictor de las habilidades preventivas frente al COVID-19 en habitantes del CP Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021. ....	36

#### Resumen:

El estudio tuvo como objetivo determinar la asociación de las creencias y el miedo con las habilidades preventivas frente al COVID-19 en los pobladores del C.P Virgen del Carmen La Era. El estudio fue analítico transversal y se llevó a cabo en una muestra de 370 pobladores. Para la recolección de datos se emplearon los instrumentos creencias sobre el COVID-19, "Fear COVID-19" y habilidades preventivas frente al COVID-19 validadas en población peruana y con una confiabilidad superior a 0,9. Los resultados revelaron que el 56,6% de la población fueron del sexo masculino y tenían una edad promedio de  $30,7 \pm 12,1$  años. Por otro lado, el 84,3% de los pobladores tuvieron habilidades preventivas frente al COVID-19 adecuadas, el 65,4% no tenía creencias erróneas sobre el COVID-19 y el 82,4% no presentó miedo al COVID-19. Al análisis multivariado de las variables se encontró que no poseer creencias erróneas sobre el COVID-19 se asocia con habilidades preventivas adecuadas frente al COVID-19.

Palabras clave: prevención, creencias, miedo, COVID-19.

#### Abstrac:

The study aimed to determine the association of beliefs and fear with preventive skills against COVID-19 in the inhabitants of the Virgen del Carmen La Era C.P. The study was cross-sectional analytical and was carried out in a sample of 370 inhabitants. For data collection, the instruments beliefs about COVID-19, "Fear COVID-19" and preventive skills against COVID-19 validated in the Peruvian population and with a reliability greater than 0.9 were used. The results revealed that 56.6% of the population were male and had an average age of  $30.7 \pm 12.1$  years. On the other hand, 84.3% of the residents had adequate preventive skills against COVID-19, 65.4% did not have erroneous beliefs about COVID-19 and 82.4% did not present fear of COVID-19. The multivariate analysis of the variables found that not having erroneous beliefs about COVID-19 is associated with adequate preventive skills against COVID-19.

Key words: prevention, beliefs, fear, COVID-19.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1. Planteamiento del problema

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se descubrió por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró pandemia en marzo de 2020, extendiéndose a más de 200 territorios en todo el mundo. Para controlar la infección, los gobiernos han recomendado varias medidas de precaución en el comportamiento de la población, como el distanciamiento social y las prácticas de higiene personal. Se considera que estas pautas de contención social y conductual son efectivas para suprimir el crecimiento exponencial en los casos de COVID-19 (1). Sin embargo, la falta de opciones de tratamiento para COVID-19 ha generado muchas preocupaciones entre las poblaciones de todo el mundo, lo que ha llevado a muchos a intentar opciones alternativas para prevenir la transmisión de la enfermedad o aliviar la progresión de la infección, afectando a la salud de la población (2).

Por ende, las creencias sobre la enfermedad han generado un impacto negativo en el control de la enfermedad, así lo manifiesta un estudio en Irán (3), en el cual un aumento de las creencias fatalistas sobre el COVID-19 disminuye las puntuaciones de la conducta preventiva frente a la enfermedad. Asimismo, en China (4), un estudio reveló que las creencias sociales de cinismo social y recompensa se relacionan con un menor cumplimiento de las medidas de prevención dadas por el estado.

Otra de las variables que tiene un gran efecto sobre las medidas preventivas es el miedo, que puede tener tanto un efecto positivo o negativo en la población. Por lo mismo, el miedo podría alentar los comportamientos preventivos del público hacia la infección por COVID-19(5). Sin embargo, al ser una emoción humana común que surge espontáneamente frente al peligro, el miedo no podría explicar completamente las diferencias significativas en el comportamiento de las personas durante la pandemia(6).

La batalla contra COVID-19 continúa en Perú. Para garantizar el éxito final de detener el virus, es fundamental comprender las creencias y miedos de los pobladores para generar medidas de prevención con impacto positivo.

Por todo lo expuesto, se decide plantear la siguiente pregunta de investigación:

## **2. Formulación del problema**

¿Cuál es la asociación de las creencias y el miedo con las habilidades preventivas frente al COVID-19 en los pobladores del C. P Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021?

## **3. Objetivos de la investigación**

### **1. Objetivo general**

Determinar la asociación de las creencias y el miedo con las habilidades preventivas frente al COVID-19 en los pobladores del C.P Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.

## **2. Objetivos específicos**

- Identificar las creencias sobre el COVID-19 de los pobladores del C.P Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.
- Identificar el miedo al COVID-19 de los pobladores del C.P Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.
- Identificar las habilidades preventivas del COVID-19 de los pobladores del C.P Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.

## **4. Hipótesis de estudio**

Ha: Sí existe asociación entre las creencias y el miedo con las habilidades preventivas frente al COVID-19 en los pobladores del C.P Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.

Ho: No existe relación entre las creencias y el miedo con las habilidades preventivas frente al COVID-19 en los pobladores del C.P Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.

## **5. Justificación del problema**

### **1. Aporte teórico**

La investigación aporta bibliografía sistematizada y actualizada sobre las variables de estudio; además, servirá de referente para la realización de próximas investigaciones.

### **2. Aporte metodológico**

El diseño de la investigación permite establecer relaciones causales entre las variables de estudio y la base de datos quedará como aporte a las autoridades

de la comunidad y los profesionales del Centro de Salud de la zona para que puedan tomar las medidas necesarias.

### **3. Aporte práctico y social**

Los resultados de la investigación permiten plantear programas educativos a futuro sobre las medidas de prevención del COVID-19 y despejar las dudas e inquietudes que puedan tener los pobladores de la zona. Así también, hará reflexionar a los trabajadores de la salud sobre la importancia de la salud mental de la comunidad en tiempos de pandemia e implementar programas que puedan ayudar a la población.

## **CAPÍTULO II**

### **Marco teórico**

#### **1. Antecedentes**

Las investigaciones sobre el COVID-19 son abundantes si hablamos de cantidad, sin embargo, son pocos los que son de calidad. Además, la mayoría de estudios se centran en el campo clínico, dejando de lado, el estudio del COVID-19 en la comunidad y los problemas que estaría generando o que podrían traer en el futuro.

Diversas bibliografías señalan que la pandemia tiene un efecto considerable en la salud mental de los pobladores, sumado a ello la falta de información veraz sobre la enfermedad ha generado temor en los pobladores, ayudando a la formación errónea de creencias que podrían interferir en las habilidades preventivas de la comunidad, lo que podría aumentar aún más el número de contagios y muertos por el virus. Así lo demuestra un estudio realizado en Irán (3), en el cual un aumento de las creencias fatalistas sobre el COVID-19 disminuyó las puntuaciones de la conducta preventiva frente a la enfermedad. Asimismo, en China (4), un estudio reveló que los miembros de una comunidad mostraban mayor cumplimiento en el uso de la mascarilla pero no en el distanciamiento social. Esto debido a las creencias sociales generalizadas de cinismo social y recompensa por su aplicación. Otro estudio en el mismo país, reveló que tanto el miedo como el colectivismo pueden predecir positivamente la intención preventiva de las personas y que existe una interacción del miedo y el colectivismo en la intención preventiva de las personas, donde el miedo y el

colectivismo reducen la influencia positiva mutua en la intención preventiva de las personas (7).

Por otro lado, en Brasil (8), un estudio concluyó que el abordaje de la pandemia de COVID-19 varía por aspectos sociales, como el género, la edad, la educación y el lugar de residencia, así como el sistema de creencias de la población, por ende deberían ser considerados al momento de tomar decisiones con respecto al manejo del COVID-19. A su vez, un estudio realizado en diferentes continentes a través de una encuesta virtual, resaltó que factores como la vulnerabilidad psicológica, la exposición a los medios, y la relevancia personal (es decir, salud personal, riesgo para los seres queridos y control de riesgos) incrementa el temor a la pandemia y aumentan el riesgo de malas medidas preventivas para el control de la enfermedad (9).

## **2. Marco teórico**

### **1. Creencias**

#### **1.1. Definición**

Se refiere a la creencia, como una idea propia de una persona como individuo o de un conjunto de estas, los cuales tienen un firme asentimiento y una fuerte consideración en la forma de pensar, actuar y expresarse en su vida cotidiana. (10). Estas ideas que se tienen sobre algún tema en específico, no necesariamente están acorde a la realidad, esto quiere decir que las creencias pueden ser relativas, dependiendo del contexto sociocultural, país, ciudad, religión, nivel educativo, entre otros. (10,11) Sin embargo, las creencias tienen un fuerte impacto en la vida de los individuos, ya que, a pesar de que sean

correctas o incorrectas, pueden llevar al actuar en una forma totalmente intolerable y discriminada sobre la percepción de estas creencias. (11,12)

## **1.2. Teoría “creencias sobre la salud”**

Existen muchas creencias entorno a la salud, y con ello obviamente se ve reflejado el porcentaje de personas que gozan de buena salud, de las que no. Entre las creencias respecto a la salud tenemos que el 80% de los jóvenes entre 16 y 35 años está convencido de que tener una actividad física constante (practicar algún deporte o trotar y/o correr diariamente) y tener buenos hábitos alimenticios, como consumir más frutas y verduras, disminuir el consumo de los niveles de carbohidratos y productos enlatados o muy refinados, mejoran la salud física de la persona; sin embargo en el mismo grupo etario aún no hay un total convencimiento de que dormir poco tiempo (<6 horas diarias ininterrumpidas) puede generarte problemas en el futuro tales como obesidad, síndrome de apnea del sueño, síndrome metabólico, entre otras enfermedades. (13) Por otra parte las creencias entorno a las diversas dimensiones de estos estilos de vida saludable fueron que en este grupo etario, el 40% mencionaba que trabajar >8 horas al día era tan agotador como salir a correr, trotar o practicar algún deporte, y que por ello estaban protegidos contra algunas enfermedades ya que hacían esfuerzo físico diario; asimismo el 25% mencionaba que prefería salir a caminar o compartir tiempo con la familia, ya que tener una mente despejada y tranquila, hace que seas menos propenso a tener enfermedades. (13,14) Además el 6.5% de la población menciona que la salud depende de cuan bueno sea su médico, debido a que estas personas anualmente se realizan chequeos médicos completos, por lo que asumen la responsabilidad a su doctor tratante y no ellos

mismos; asimismo solo el 1.5% menciona que se debe probar y gozar de todo, ya que la vida es tan corta que en algún momento vas a morir. (14) En otro contexto se vio las diferencias entre jóvenes universitarios versus jóvenes no universitarios, la diferencia fue abismal, ya que los jóvenes que cursaban con estudios superiores tenían mejores estilos de vida saludable, buenos hábitos alimenticios, menor consumo de alcohol, tabaco o drogas, sin embargo, tenían menos horas de sueño; por otra parte los jóvenes no universitarios consumían más alcohol, drogas y/o tabaco, tenían peores hábitos alimenticios, pobres estilos de vida saludable y solo recurrían al médico cuando se sentían mal, ya que atribuían que para eso están los doctores. (15,16) Cabe resaltar que estas creencias favorables sobre la salud se ven con mayor frecuencia a medida que la edad aumenta, también son más frecuente de practicar en mujeres y sobre todo en jóvenes o adultos de estrato social y educativo medio a alto, por el contrario, las creencias desfavorables son más prevalentes a medida que la edad es menor, sexo masculino y jóvenes de estrato social y educativo bajo y muy bajo. (13–16)

### **1.3. Creencias sobre el covid-19**

Actualmente se vive un contexto sumamente delicado debido a la pandemia del coronavirus, y esto ha generado diversas controversias sobre el COVID 19, algunos de estos no tienen nada que ver con la realidad científica, sin embargo, es importante saberla ya que una buena parte de la población las adquiere.

Alrededor del 86% de la población tiene la creencia que el COVID 19 se transmite por gotitas cuando una persona infectada tose o estornuda, lo que es una buena creencia, sin embargo, el 16% de la población cree que solo por el

hecho de salir a la calle ya estas contagiado, sin mencionar que el 5% cree que por tener algún vecino que está contagiado y que vive dentro de la misma cuadra que tú, automáticamente tú lo estarás. (17) El 93% de la población tiene la creencia de que la mejor forma de prevenir el COVID 19 es solo lavarse las manos constantemente con agua y jabón, el 87% elige el uso de mascarillas y el 22% el uso de guantes, con el fin de evitar la transmisión y ser vectores de la enfermedad, ciertamente son buenas pautas para ejecutar, sin embargo, y es de vital importancia mencionarlo el 15% de la población menciona que solo usan la mascarilla, el buen lavado de manos, ya sea con jabón o alcohol en gel por cumplir los protocolos dictados por el gobierno, ya que si por ellos fueran no los usarían, debido a que Dios los protege y que la hora de su muerte, ya está escrita por Dios y que por más protección o no que tengan llegará a su debido momento, esta creencia se vio obviamente más en la población perteneciente a religiones protestantes como del catolicismo, aunque en menor medida. (17,18) Por otra parte una minoría de la población tiene la creencia de que las personas que presentan una barba muy grande o bigotes marcados son una fuente de contagio muy potente para el COVID 19, debido a que el virus se queda almacenado en su barba y luego al hablar o tomar agua o poner en contacto la barba con algún objeto, el virus sale expulsado, hacia la persona o fómite correspondiente que luego puede ir contagiando a todos los humanos que tocan esas superficies contaminadas a su alrededor. (18) En cuanto al tratamiento de la enfermedad el 30% de la población tiene la creencia de que tomando azitromicina y/o ivermectina se previene la infección por coronavirus, esta creencia la tienen a pesar de que escuchan y observan por medios como la televisión que no son aprobados científicamente; de la misma manera esta minoría de la población

toma dexametasona como prevención, sin saber los riesgos a los que se están exponiendo; agregado a ello, la población consume ya sea en pastillas o por alimentos vitamina C en grandes cantidades, también consumen manzanilla, hierba luisa, llantén, ajo, kió, entre otras plantas medicinales para prevenir y tratar el COVID 19. (19) Por último hay múltiples creencias entorno a la vacunación contra el COVID 19, el 75% de la población está convencida de que la vacuna será la forma en la que podremos salir delante de esta pandemia, sin embargo, aún hay un porcentaje de la población que no quiere vacunarse, argumentado que aún no hay estudios suficientes para aplicarse la vacuna, que solo se deben vacunar la población que está en riesgo de contraer esta enfermedad, tales como los diabéticos, hipertensos, obesos o pacientes con alguna enfermedad cardiovascular; otros argumentan que el COVID 19 es una variante de una simple gripe como las demás y que por ello no se vacunarán, ya que así como la gripe la infección pasa en unos 7 días, y si es que no lo hacen, dicen “bueno, de algo hay que morir”, no sabiendo que no solo ellos están expuestos, si no los que están a su alrededor. Otro pequeño grupo de la población sobre todo jóvenes entre 16 y 20 años que realizan constante ejercicio físico y practican hábitos de vida saludable, mencionan que a ellos no les llegara la infección por COVID 19, ya que mantienen un cuerpo sano, y que el virus no entra en un cuerpo sano.(20)

## **2. Miedo**

### **2.1. Definición**

El miedo, se alude su significado al sentimiento, emoción o acción que hace que una persona evite ciertas cosas animadas o inanimadas, esto no obstante

requiere la aceptación o el rechazo de una comunidad de sentido hacia el causante. Este sentimiento tienen una gran percepción desagradable de un peligro inminente o no, real o no, se activa en toda persona cuando está expuesta a una amenaza que ella está pasando realmente o esté solo en su imaginación (21).

## **2.2. Causas del miedo**

Existen diferentes causas de tener miedo, muchas de estas se ven reflejadas en la vida diaria, y varía en diferentes condiciones, como, por ejemplo, edad, género y nivel de educación.

En cuanto a la edad, existen diferentes miedos, el más prevalente en la edad de 7 a 11 años es a quedar solo, sin padres o hermano, a no tener amigos, a desaprobado los cursos de la escuela; temor a estímulos extraños o violentos que pueden generarle alguna persona ajena a su familia; conforme va avanzando la edad, cambian los miedos, por ejemplo, a no poder lograr terminar una carrera universitaria, miedo a quedarse solo sin una pareja, miedo a no tener una solvencia económica; y en la edad adulta, el miedo principal es a no poder sostener económicamente a su familia, a no poder dar una buena educación a los hijos, a fracasar como padres, entre otros miedos. (22) En cuanto al género, se ha visto que la mayor preocupación está en el género masculino, más que todo en países subdesarrollados, debido a que aún existe la cultura machista en estos países y la idea errónea de que el hombre debe mantener la economía del hogar, es por ello que el hombre tiene más miedo en cuanto a estos aspectos; por otro lado, la mujer ha adquirido un papel protagónico más aún en los países desarrollados, es así que ahora, las mujeres tienen miedo a no prosperar ni superarse en la vida, debido a que no quieren pasar por lo que sus madres

pasaban, que sería quedarse en la casa y encargarse de ella. (23) Y por último pero no menos importante es el nivel educativo, en personas con nivel educativo bajo, su miedo principal, es a no tener hijos, a no tener esposa y a no tener amigos con quien pasar los fines de semana, otros miedos son a no pertenecer a una pandilla o a ser rechazados por sus amigos de barrio; por otra parte las personas con nivel educativo medio o alto, su miedo principal es a fracasar en la vida, a tener alguna enfermedad terminal o a no cumplir sus metas y sueños trazados. (22,23)

### **2.3. Cuadro clínico**

El miedo genera diversos síntomas tanto cognitivos como físicos, dentro de los cuales se destacan los siguientes:

- Físicos

El individuo presenta palpitaciones de gran profundidad que pueden ser percibidas muchas veces como dolorosas dependiendo del grado de miedo que presente, elevación de la frecuencia cardíaca, que se acompaña de síntomas vasomotores como la sudoración, temblores, sensación de ahogo. Además de ello tienen sensación de atragantarse, sentir opresión o malestar torácico, presentar náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo, o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones. (24,25)

- Psicológicos

Dentro de estos síntomas podemos encontrar gran cantidad de anticipaciones subjetivas relacionadas con las reacciones fisiológicas debido a la gran cantidad de creencias erróneas, negativas e irracionales respecto a la situación temida, con ello se generan un gran cansancio físico y mental, lo cual conlleva a dificultades de prestar atención, memorización y concentración mental, alteración en la percepción espacio-temporal, pensamientos irrealistas, distorsionados, muy negativos y catastrofistas, sensación de irrealidad, de tristeza y gran desinterés por el entorno, sentimientos de fracaso e incapacidad de afrontamiento, miedo a morir, a asfixiarse, a sufrir un infarto, a sufrir un accidente, a perder el control. (26)

- Respuesta motora

Son todos los comportamientos destinados a evitar, huir, desviar la búsqueda de ayuda y seguridad, al aislamiento social, a poder realizar cualquier cosa que les pueda permitir liberarse o escapar de la amenaza o peligro inminente en el que se encuentran. El individuo evitará todo aquello que esté relacionado con su fobia específica. Esta respuesta es la evitación absoluta del objeto temido, presencia de aislamiento o intento de estar rodeado de las personas que incrementen la seguridad, existe urgencia por escapar con total pérdida de control presentando irritabilidad, ira, agresividad, como también movimientos descontrolados que lo conllevan a gritar, llorar y bloquearse con gran inhibición motora. (26)

## **2.4. Repercusiones en la salud**

En el momento actual debemos concluir que, si las situaciones estresantes de miedo u otros factores psicológicos como ansiedad, depresión, entre otros; ejercen un efecto sobre la incidencia del cáncer, este efecto es de escasa cuantía y sólo en algunos tipos de él, sobre todo es un factor de riesgo menor en el inicio del cáncer de próstata, colon-rectal y de pulmón, sobre todo contribuyendo en el crecimiento de esta neoplasia, sin embargo, en estudios actuales se ha descrito que el miedo, y por ende el estrés es un factor que interviene en el crecimiento de la neoplasia, más no en su formación; sea cual sea la fisiopatología, este factor interviene en el desarrollo de la neoplasia. (27)

El miedo crónico puede conllevar a la depresión, el cual es un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca; asimismo hay un elevado porcentaje de prevalencia de los trastornos psiquiátricos comórbidos con la enfermedad cardiovascular, específicamente con los episodios recurrentes de depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático, lo que conlleva a una mortalidad cardíaca de 67% en los próximos 5 años. (26,27) Respecto a los trastornos cutáneos y endocrinos, hablando de los primeros están dentro de estas enfermedades como la psoriasis, la dermatitis atópica, la urticaria, la alopecia areata, etc., estas manifestaciones cutáneas pueden ser causadas o exacerbadas por el miedo y la depresión, además de otros factores emocionales, asimismo el acné se ha relacionado con el estrés emocional agudo y crónico, debido a que hay mucha liberación de corticoides y andrógenos; por otra parte dentro de los trastornos endocrinos del miedo y el estrés, aumentan y alteran el metabolismo de los hidratos de carbono, conllevando esto a una hiperglicemia que posteriormente y con el paso de los

años conlleva a padecer de diabetes mellitus, por ende los diabéticos presentan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión a comparación con la población no diabética, asimismo estados de alta concentración de glucocorticoides con consecuencia del miedo y estrés, estos son síndrome de Cushing principalmente. (28) Por último los efectos a nivel gastrointestinal, que son causados por estos episodios de estrés, son náuseas, vómitos, pero principalmente la constipación o las diarreas constantes, asimismo, ocurre un desbalance en la flora intestinal, generando un aumento de bacterias anaerobias en la flora colónica que por lo tanto genera flatos olorosos y constantes en la persona que lo padece. (24,26–28)

### **3. Medidas preventivas del COVID-19**

La ausencia actual de una cura o vacuna para la infección por el COVID -19 incita a que la población recurra a medidas estrictas para no contagiarse ni ser vectores de la transmisión de esta enfermedad. Entre estas se destaca el uso de mascarillas, el constante lavado de manos para mantener la higiene de las mismas, el evitar estrictamente el contacto con otras personas, una oportuna y rápida detección de casos, que conlleve el aislamiento inmediato del paciente y de aquellos con quienes tuvo contacto, porque esto es muy importante, ya que naturalmente evitaría una posible transmisión en cadena. (29)

El uso de estas mascarillas es obligación a nivel mundial por varios gobiernos, ya que demuestra ser de las mejores formas de prevenir el contagio por el COVID 19, sin embargo, algunos países han propuestos leyes que es de uso obligatorio que toda población, infectada o no utilice la mascarilla, hay otros países los cuales solo el uso de mascarillas es para pacientes sintomáticos o

que estén expuestos a personas infectadas o con sintomatología. Otros países de la misma manera han hecho leyes para que las personas que trabajen, transiten o estén en contacto con otras personas en ambientes cerrados, usen la mascarilla obligatoriamente. Sin embargo, en nuestro contexto actual, las personas están usando cada día más mascarillas de algodón, que si bien es cierto no es recomendable del todo, te ofrece una protección no tan eficaz como las mascarillas recomendadas, es por ello que en este contexto se debe hacer una obligación que las personas sanas e infectadas usen este tipo de mascarillas. (29,30)

Otro punto importante en la prevención del COVID 19 es el lavado de manos y las prácticas de higiene respiratoria, ya que estas pueden mitigar la propagación de coronavirus. Referente a esto, se ha demostrado que el lavado de manos es algo muy efectivo en cuanto a la reducción de transmisión de virus respiratorios. Debido a esta evidencia, se recomienda a la población que se lave constantemente las manos con agua y jabón, por lo menos durante 20 segundos cada vez que lo realicen, siendo ideal sería que durara de 45 segundos a 1 minuto, sin embargo, si no se cuenta con jabón, se recomienda en su lugar emplear algún desinfectante que contenga al menos un 60% de alcohol. En el caso de los miembros del personal de salud que tienen la obligación de cuidar a un paciente infectado se describe que hay que lavarse las manos en cinco momentos específicos, los cuales son: antes de tocar al paciente, antes de realizar un procedimiento, después de haber tocado al paciente, después de haberse expuesto a fluidos corporales del paciente, y después de tocar el entorno cercanos al paciente.(31)

Se considera que la mejor forma de prevenir la enfermedad es evitar el contacto con el virus. Para ello, se han decretado medidas que buscan evitar el contacto entre la gente, descritas a continuación: la cuarentena, que es el cese o restricción de movilización para los pobladores no infectados; el aislamiento, que hace alusión a la separación de una persona infectada para evitar que contagien a los más cercanos a ella; y la contención comunitaria, cuyo fin es reducir la interacción y contacto entre los habitantes, y comprende el uso obligatorio de mascarillas y el distanciamiento social. (30,31)

Se considera que la mejor forma de prevenir la enfermedad es evitar el contacto con el virus. Para ello, se han decretado medidas que buscan evitar el contacto entre la gente, descritas a continuación: la cuarentena, que es el cese o restricción de movilización para los pobladores no infectados; el aislamiento, que hace alusión a la separación de una persona infectada para evitar que contagien a los más cercanos a ella; y la contención comunitaria, cuyo fin es reducir la interacción y contacto entre los habitantes, y comprende el uso obligatorio de mascarillas y el distanciamiento social. (29)

Con el fin de evitar la transmisión intrahospitalaria del COVID-19, en Canadá muchos hospitales han decidido mantener al personal asistencial y de la salud para manejar los casos que son complicados, que requieran hospitalización o incluso permanecer en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), o en caso de que se presenten emergencias o descompensación aguda de enfermedades crónicas. Esto busca reducir el riesgo de contagio en los nosocomios, ya que se atiende la consulta externa de manera remota, lo cual destaca el papel de la telemedicina, misma que ha cobrado una gran importancia actualmente. (29,31)

#### **4. Definición de términos**

Creencias: Idea propia de una persona como individuo o de un conjunto de estas, los cuales tienen un firme asentimiento y una fuerte consideración en la forma de pensar, actuar y expresarse en su vida cotidiana. (11)

Miedo: Sentimiento, emoción o acción que hace que una persona evite ciertas cosas animadas o inanimadas, esto no obstante requiere la aceptación o el rechazo de una comunidad de sentido hacia el causante. (32)

Habilidades preventivas: Destrezas que permiten a una persona poner en práctica medidas que conserven y mantengan su estado de salud (29).

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODO**

#### **1. Diseño y tipo de investigación**

La investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utilizan métodos estadísticos para probar hipótesis; de diseño no experimental, ya que se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo analítico porque permitirá establecer relaciones causales (33).

#### **2. Delimitación geográfica**

El centro poblado Virgen del Carmen La Era pertenece al distrito de Lurigancho-Chosica y se encuentra ubicado al margen derecho del Río Rímac, aproximadamente a unos 20 Km al Oeste de Lima, en la localidad de Ñaña. Está zonificado por etapas, que van desde la primera hasta la cuarta etapa y el Vallecito.

#### **3. Participantes**

##### **1. Población**

La Era cuenta con aproximadamente 10 000 habitantes.

##### **2. Muestra**

El tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, ya que se enviaron los cuestionarios digitales a través de redes de contacto en diferentes zonas de la Era.

Para la obtención de la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

N : Total de la población  
Z : Nivel de confianza  
 $\sigma$  : Desviación estándar  
e : Porcentaje de error

$$n = \frac{10000(1,96)^2 (0,5)^2}{(10000-1) (0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5)^2} \quad n = 370$$

### **2.1.1. Criterios de inclusión y exclusión**

#### *Inclusión*

- Personas mayores a 18 años.
- Personas que residan permanentemente en el C.P poblado Virgen del Carmen La Era.
- Personas que deseen participar del estudio.

#### *Exclusión*

- Personas que no estén física o psicológicamente aptas para contestar el cuestionario.
- Personas que se encuentren de visita en la zona.
- Personas que no deseen participar del estudio.

### 3. Variable

#### 3.1. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables de estudio

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Creencias	<p>Se refiere a las concepciones que tiene el poblador sobre el COVID-19.</p> <p>Se medirá a partir del cuestionario creado por Ruíz, Díaz y Ortiz (35) en el Perú el año 2020.</p>	No tiene	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay vida después de la muerte.</li> <li>2. Dios nos protege, por ello no se producirá contagios.</li> <li>3. La enfermedad de la COVID-19 es una simple gripe.</li> <li>4. A nosotros no nos llegará la enfermedad de la COVID-19.</li> <li>5. La enfermedad de la COVID-19 solo ataca a los más débiles.</li> <li>6. Tarde o temprano todos vamos a morir.</li> <li>7. Estoy bien alimentado y no me voy a enfermar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>0. No</li> </ol>
Miedo	<p>Se refiere a las manifestaciones físicas y psicológicas que siente el poblador al escuchar sobre el COVID-19.</p> <p>Se medirá a partir del cuestionario creado por Kwasi, Chung, Imani, Saffari, Griffiths y Pakpour (36) en Irán el año 2020 y traducido y validado en el Perú por Huarcaya, Villareal, Podestá y Luna (37) el mismo año.</p>	No tiene	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tengo mucho miedo del COVID-19</li> <li>2. Me pone incómodo(a) pensar en el COVID-19.</li> <li>3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19.</li> <li>4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del COVID-19</li> <li>5. Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a).</li> <li>6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del COVID-19.</li> <li>7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del COVID-19.</li> </ol>	<p>Escala de Likert</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente en desacuerdo</li> <li>2. En desacuerdo</li> <li>3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo</li> <li>4 de acuerdo</li> <li>5. Totalmente de acuerdo</li> </ol>

Habilidades preventivas	<p>Se refiere a las prácticas para prevenir el COVID-19 que aplica el poblador en su hogar, trabajo, comunidad, etc.</p> <p>Se medirá con el cuestionario creado por Chura, Lara y Cajachagua en el 2020.</p>	Cognitivas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El COVID-19 es provocado por un virus y no por una bacteria</li> <li>2. El virus se aloja inicialmente en boca y garganta</li> <li>3. El COVID-19 es un virus que ataca a todo el organismo y no solo a los pulmones</li> <li>4. El medio de transmisión es a través de las gotitas de un estornudo, tos, cuando habla o espira una persona</li> <li>5. El virus puede transmitirse hasta 3 metros de donde la persona infectada lo elimina (tose, estornuda o habla)</li> <li>6. El virus se puede transportar en objetos personales como celular, carteras y otros</li> <li>7. La enfermedad se puede curar con gárgaras de limón y sal</li> <li>8. El lavado de manos con jabón y por los menos 20 segundos cada vez que toca algún elemento contaminado mata al virus</li> <li>9. El consumo de frutas y verduras crudas aumenta las defensas del organismo</li> <li>10. La enfermedad puede ser igual de agresiva en jóvenes como en personas mayores</li> </ol>	<p>Escala de Likert</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy en desacuerdo</li> <li>2. En desacuerdo</li> <li>3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo</li> <li>4 De acuerdo</li> <li>5. Muy de acuerdo</li> </ol>
		Conductuales	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Utilizo mascarilla todas las veces que voy a exponerme a otra u otras personas</li> <li>12. Me lavo las manos con agua y jabón por 20 segundos cada vez que tocas algo contaminado</li> <li>13. Llevo conmigo una botellita con gel desinfectante en el caso que no pueda tener agua para lavarme las manos</li> <li>14. Me mantengo a un metro de distancia como mínimo de las personas</li> <li>15. Salgo de mi casa solo lo estrictamente necesario</li> <li>16. Evito tocarme la nariz, boca y ojos con mis manos que no han sido lavadas o desinfectadas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Muy pocas veces</li> <li>3. A veces</li> <li>4. Frecuentemente</li> <li>5. Rutinariamente</li> </ol>

			<p>17. Llegando de la calle me cambio de zapatos que tengo en la entrada a mi vivienda</p> <p>18. Al llegar de la calle desinfecto o lavo las llaves, el celular y todo elemento que ha salido conmigo</p> <p>19. Me cubro la nariz y boca cuando toso o estornudo</p> <p>20. Tomo medicamentos sin receta médica para prevenir el COVID-19</p>	<p>Escala de Likert</p>
		Actitudinales	<p>21. La enfermedad por COVID19 es un invento, mucha publicidad</p> <p>22. Todos tenemos que contagiarnos y cuanto más pronto mejor</p> <p>23. El uso de mascarilla no protege y solo incomoda</p> <p>24. Creo que voy a utilizar una visera o mascara de acrílico para mayor protección</p> <p>25. Es necesario cuidar a las personas mayores, tienen mayor posibilidad de enfermar gravemente</p> <p>26. No me gusta lavarme constantemente las manos, no veo la necesidad</p> <p>27. No veo una razón sólida por la que no puedo ir a lugares concurridos</p> <p>28. No hay necesidad de tanto cuidado, de algo hay que morir</p> <p>29. No importa si me enfermo, para eso está el estado para darnos atención</p> <p>30. Me protejo del COVID-19 porque amo a mi familia</p>	<p>1. Muy en desacuerdo</p> <p>2. En desacuerdo</p> <p>3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4 de acuerdo</p> <p>5. Muy de acuerdo</p>

#### 4. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica empleada en este estudio fue la encuesta y el instrumento brindado fue el cuestionario.

Para la variable creencias sobre el COVID-19, se empleó el cuestionario creado por Ruíz, Díaz y Ortiz (34) en el Perú el año 2020. El instrumento es

unidimensional y cuenta con 7 ítems, con escala de respuesta dicotómica de Sí (1) y No (0). Clasifica las creencias en erróneas (2-7 puntos) y no erróneas (0-2 puntos) y cuenta con una confiabilidad de 0,71 a partir del método KR-20.

Para la variable miedo frente al COVID-19 se utilizó la “Fear of COVID-19 Scale” creado por Kwasi, Chung, Imani, Saffari, Griffiths y Pakpour (35) en Irán el año 2020. El instrumento fue traducido al español y validado en el Perú por Huarcaya, Villareal, Podestá y Luna (36) el mismo año. El instrumento consta de 7 ítems, es unidimensional y tiene alternativas de respuesta tipo Likert que va desde totalmente desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (5). La escala final de puntuación es de Sí (21-35 puntos) y No (7-21 puntos). Cuenta con una confiabilidad de 0,83 a través de la prueba Alfa de Cronbach.

Para la variable habilidades preventivas frente al COVID-19 se empleó el cuestionario creado por Chura, Lara y Cajachagua en el 2020. El instrumento cuenta con 30 ítems que están divididos en 3 dimensiones: Cognitivo (1-10 ítems), conductual (11-20 ítems) y actitudinal (21-30 ítems), con escala de respuesta tipo Likert que va desde Muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (5). La escala final de puntuación clasifica a las habilidades preventivas en adecuadas (92-150 puntos) e inadecuadas (35-92 puntos). Cuenta con un 0,9 de confiabilidad a través de la prueba Alfa de Cronbach.

## **5. Proceso de recolección de datos**

Después de haber obtenido la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para poder ejecutar el estudio, se presentó una carta dirigida al Dirigente del C.P Virgen del Carmen La Era, solicitando el inicio de la ejecución del proyecto de investigación.

Para la aplicación del instrumento en la ejecución de este estudio, se tomó 20 minutos aproximadamente por persona y se consideró el uso de equipo de protección personal y distanciamiento social de acuerdo a las directivas del MINSA para evitar el contagio del COVID-19. El recojo de la información se llevó a cabo durante los meses de abril y mayo del 2021 a través de Google forms. Con previa aprobación del consentimiento informado.

## **6. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v 24. También se hizo la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis de los datos descriptivos se empleó tablas de distribución de frecuencias, para las variables categóricas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para la estadística inferencial, se utilizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov obteniéndose un p-valor de 0,000, demostrando que las variables no seguían una distribución normal. Para el análisis bivariado, se utilizó la prueba chi cuadrado y para el multivariado, la regresión logística binaria, considerando como variable dependiente a las habilidades preventivas y como variables independientes al miedo y las creencias sobre el COVID-19.

## **7. Consideraciones éticas**

Para la realización del estudio se consideró los principios éticos, respetándose la autonomía de las personas que participaron en el estudio.

De acuerdo con la Ley general de salud N° 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Artículo N°4).

En cuanto a la investigación en salud, en toda aquella investigación conformada por un ser humano donde sea sujeto de estudio, la integridad, disfrute y respeto por la privacidad deben ser una prioridad máxima (artículo 5 y 16).

Se entregó a los sujetos del estudio un consentimiento informado elaborado, en el que se explicó los objetivos de la investigación, la seguridad y el anonimato en el que estarán los participantes; también se explicó que la información obtenida en el estudio no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su información personal no aparecerá en ningún reporte parcial o final de este mismo.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 1. Resultados

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables del estudio

Variables		n=370	100%
Sexo	Masculino	209	56,5
	Femenino	161	43,5
Edad	Me±DS	30,7 ± 12,1	
Habilidades preventivas frente al COVID-19	Adecuado	312	84,3
	Inadecuado	58	15,7
Creencias sobre el COVID-19	No erróneas	242	65,4
	Erróneas	128	34,6
Miedo al COVID-19	Sí	64	17,3
	No	306	82,7

\*Me: Media aritmética; DS: Desviación estándar

En la tabla 2, se observa que del 100% de los encuestados, el 56,5% fueron del sexo masculino y la edad promedio de la población fue de 30,7 ± 12,1 años. Por otro lado, un 84,3% de los pobladores presentaron habilidades preventivas frente al COVID-19 adecuadas, mientras que, sólo un 15,7% inadecuadas. En torno, a las creencias sobre el COVID-19, el 65,4% de los pobladores no tuvo creencias erróneas sobre las misma, a diferencia del 34,6% que si las tuvo. Por último, un 82,7% de los pobladores indicó no tener miedo al COVID-19 y el 17,3% sí.

Tabla 3. Análisis bivariado de las variables de estudio según las habilidades preventivas frente al COVID-19 en habitantes del CP Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.

Variables	Habilidades preventivas frente al COVID-19				Chi cuadrado	
	Adecuado		Inadecuado		p-valor	
	n=312	84,3%	n=58	15,7%		
Sexo	Masculino	171	46,2	38	10,3	0,131
	Femenino	141	38,1	20	5,4	
Edad	Me±DS	31±12,3		28,9±10,9		0,216
Creencias sobre el COVID-19	Erróneas	99	26,8	29	7,8	0,007
	No erróneas	213	57,6	29	7,8	
Miedo al COVID-19	Sí	59	15,9	5	1,4	0,057
	No	253	68,4	53	14,3	

\*Me: Media aritmética; DS: Desviación estándar

En la tabla 3, se observa que del 100% de los encuestados, el 46,2% de los pobladores varones presentaron habilidades preventivas adecuadas frente al COVID-19, asimismo, el 38,1% de las mujeres. Por otro lado, la edad promedio de los pobladores que presentaban adecuadas habilidades preventivas fue de 31±12,3 años, muy semejante al de la categoría de inadecuados con una edad de 28,9±10,9 años.

En torno, a las creencias sobre el COVID-19, el 57,6% de los pobladores que no tenían creencias erróneas evidencio habilidades adecuadas de prevención, mientras que, el 7,8% de los pobladores que si tuvieron creencias erróneas sobre el COVID-19 manifestaron habilidades inadecuadas de prevención. Al análisis estadístico se halló diferencias entre grupos con un p-valor menor a 0,05.

Por último, el 68,4% de pobladores que no tuvieron miedo al COVID-19 indicaron habilidades adecuadas de prevención. No hallándose diferencias significativas con el grupo de habilidades inadecuadas de prevención.

Tabla 4. Modelo predictor de las habilidades preventivas frente al COVID-19 en habitantes del CP Virgen del Carmen La Era, Ñaña 2021.

	OR	IC 95%	p-valor
<b>Sexo</b>			
Masculino	1	(referencia)	0,125
Femenino	1,59	(0,87-2,91)	
Edad	1,01	0,98-1,04	0,298
<b>Creencias sobre el COVID-19</b>			
Erróneas	1	(referencia)	0,007
No erróneas	0,45	(0,25-0,80)	
<b>Miedo al COVID-19</b>			
Sí	1	(referencia)	0,081
No	2,37	(0,90-6,24)	
Constante	3,65		0,003

Nota: R2= 0,481 (Hosmer-Lemeshow), 0,39 (Cox y Snell), 0,67 (Nagelkerke). Modelo X2(4)= 14,750, p < .001 . \*OR = Odds de ratio; IC= Intervalo de confianza

En la tabla 4, a través de un análisis de regresión logística binaria, se extrajeron los factores independientes predictores de una adecuada habilidad preventiva frente al COVID-19, quedando incluidos en el modelo las creencias sobre el COVID-19; y ajustado por sexo y edad de los pobladores. Este modelo explica el 39% de la varianza, según el índice de Nagelkerke, con un porcentaje de corrección de la clasificación del 84.3%, establecido el punto de corte en 0.50.

Finalmente, se encontró que no tener creencias erróneas sobre el COVID-19 explican la práctica adecuada de habilidades preventivas frente al COVID-19.

## **2. Discusión**

La pandemia por COVID-19 ha generado una serie de problemas de salud pública debido a la desinformación sobre esta enfermedad. Se sabe que, las personas generalmente son susceptibles al virus y no existen medicamentos ni vacunas eficaces (37). El control de la fuente de infección y el corte de la ruta de transmisión se han convertido en las únicas medidas de control confiables y directamente efectivas (38). La posibilidad de bloquear la transmisión depende de la participación activa de las personas, los altos niveles de autodisciplina y la adopción efectiva de un comportamiento de autodefensa (39).

Los resultados de este estudio revelaron que el 84,3% de los pobladores de La Era tenían adecuadas habilidades preventivas frente al COVID-19 (tabla 1). A contraposición, un estudio hecho también en pobladores peruanos (40), reveló que las conductas de autocuidado en la prevención del contagio del COVID-19 sólo fue eficaz en el 18,4% de la población, medianamente eficaz en el 63,6% y eficaz en el 17,9%. Estos resultados pueden deberse a que el estudio se realizó a inicios de la pandemia y aún la calidad de información sobre la infección era nueva. Por su parte, un estudio en Estados Unidos(41) reveló que el 79,5% de los encuestados apoyó las estrategias recomendadas por el estado para la mitigación del COVID-19 y que se sentirían inseguros si las medidas se levantarán.

Por otro lado, también se encontró que el 65,4% de los pobladores no tenían creencias erróneas, ni miedo al COVID-19 en el 82,7% (tabla 2). A

contraposición, un trabajo realizado en Perú (42), demostró que más de la mitad de pobladores adultos peruanos tenían creencias erróneas sobre el COVID-19 y esto se manifestaba en expresiones como “tarde o temprano todos vamos a morir” y “hay vida después de la muerte”. Sin embargo, un estudio en una comunidad de Hong Kong reveló que las personas mayores que tenían una creencia más fuerte en la gravedad de la enfermedad por COVID-19 tenían medidas preventivas menos adecuadas (43). Esto debido a que las personas mayores en este país tienen niveles más bajos de alfabetización en salud, como se concluyó en una revisión sistemática (44).

En torno, al miedo al COVID-19, la mayoría de estudio publicados se centra en trabajadores de salud (45). Sin embargo, se ha estudiado el miedo también a partir del fatalismo y la percepción del miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación. Así, un estudio hecho en pobladores peruanos reveló que existen muchas ideas fatalistas con respecto al COVID-19 y que son las mujeres las más predispuestas (46). Por otro lado, un estudio también en Perú reveló que los pobladores sienten más miedo al COVID-19 al leer las redes sociales y la televisión; y que las familia y amigos exageran la información sobre el COVID-19. Sin embargo, se vio que las personas que tuvieran un grado de instrucción de superior y post grado tuvieron menos miedo y percepción de exageración por los medios de comunicación (47).

Durante una pandemia, la publicidad errónea en televisión y redes sociales; y la desinformación de los gobiernos, puede provocar miedo y alarma en la población llevándolos a anular la racionalidad e invertir la esperanza en ofertas poco probables de agentes profilácticos, tratamientos y curas. Además, durante una pandemia, más personas de lo normal pasan tiempo en casa buscando en

línea respuestas a las amenazas sobre las que han leído o sobre las que han visto informes en la televisión (48).

De igual manera, se halló que no poseer creencias erróneas sobre el COVID-19 se asocia a la práctica de adecuadas medidas preventivas frente a esta enfermedad (tabla 4). Resultados similares, se halló en un estudio en China (49), en el que la mayoría de los residentes mayores de un área rural, tenían un conocimiento adecuado y creencias positivas sobre COVID-19 y participaron en comportamientos proactivos para prevenir la enfermedad. De igual manera, un estudio en Irán (21) demostró que el nivel de conocimiento y el miedo al COVID-19 se asocian con una actitud positiva hacia la controlabilidad del COVID -19. Por otro lado, en Etiopía (50), la práctica de las medidas preventivas de COVID-19 fue bajo. el conocimiento y la actitud sobre el COVID-19 fueron factores asociados con las prácticas preventivas del COVID-19.

Estos resultados se explican de acuerdo al modelo de creencias sobre la salud (HBM) (51), que nos permite comprender y explicar varios comportamientos que promueven la salud, incluidos los comportamientos preventivos durante las pandemias mundiales. El modelo revela que los factores de percepción erróneos pueden generar distorsiones cognitivas sobre la alta susceptibilidad a infecciones, la percepción de baja autoeficacia de las medidas preventivas y resultados negativos en el comportamiento (52,53).

Si bien los sistemas de salud no pueden encontrar una solución o cura para la infección por COVID-19, han surgido varios hechos, que tienen poca validez y se están convirtiendo gradualmente en posibles creencias relacionados con COVID-19 (54). Así, para adoptar un comportamiento preventivo y/o evitar riesgos de enfermedades, la población debe: creer que es susceptible a la

enfermedad, que la enfermedad tendrá un impacto negativo en su vida, adoptar comportamientos beneficioso para reducir su exposición al contagio y superar las barreras psicológicas del miedo (55).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. Conclusiones

De acuerdo a los objetivos de investigación planteados, el estudio tuvo las siguientes conclusiones:

- El 84,3% de los pobladores presentaron habilidades preventivas adecuadas frente al COVID-19 y el 15,7% inadecuadas.
- El 65,4% de los pobladores no tuvo creencias erróneas sobre el COVID-19 y 34,6% si las tuvo.
- El 82,7% de los pobladores indicó no tener miedo al COVID-19, mientras que, el 17,3% sí tuvo miedo.
- Al análisis bivariado, se encontró que si existe relaciones entre las creencias y las habilidades preventivas frente al COVID-19, con un p valor de 0,007.
- Al análisis multivariado y ajustado por edad y sexo, el no poseer creencias erróneas sobre el COVID-19 se asoció a las prácticas adecuadas de medidas preventivas contra el COVID-19.

#### 2. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados encontrados en la investigación, se recomienda:

A los profesionales de la salud del Centro de Salud de la Era, realizar campañas de concientización sobre el COVID-19 que ayuden a la población a disipar las dudas, creencias o mitos que tienen los pobladores sobre esta

enfermedad. Asimismo, a fortalecer el trabajo extramural para educar a las familias sobre el COVID-19.

A los dirigentes de la comunidad, a coordinar con el vaso de leche, comedores populares, APAFA y otros actores sociales, reuniones de capacitación permanente sobre las medidas preventivas del COVID-19. De igual manera, fomentar el trabajo en equipo con el Centro de Salud de la zona para fomentar espacios saludables y libres de COVID-19 en mercados, tiendas, etc.

A los estudiantes de medicina humana, a trabajar más la medicina familiar y educar a la población sobre las medidas de prevención del COVID-19 que permitan aclarar temores y creencias sobre el COVID-19.

### **3. Limitaciones**

Una de las principales limitaciones del estudio es que la población fue en su mayoría del grupo etario joven (30 años) y se trabajó con una muestra relativamente pequeña a pesar de seguir los procedimientos estadísticos pertinentes. Por ende, se recomienda replicar el estudio a poblaciones adultas mayores, que ha sido uno de los grupos más afectados por la pandemia; y tratar de considerar comunidades con poblaciones de mayor tamaño y en zonas rurales, para ampliar el conocimiento sobre el tema.

## REFERENCIAS

1. Maier BF, Brockmann D. Effective containment explains subexponential growth in recent confirmed COVID-19 cases in China. *Science* (80- ) [Internet]. 2020 May 15 [cited 2021 Feb 12];368(6492):742–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269067/>
2. Alyami HS, Orabi MAA, Aldhabbah FM, Alturki HN, Aburas WI, Alfayez AI, et al. Knowledge about COVID-19 and beliefs about and use of herbal products during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Saudi Arabia. *Saudi Pharm J*. 2020 Nov 1;28(11):1326–32.
3. Shahnazi H, Ahmadi M, Pahlavanzadeh B, Rajabi A, Shoaib M, Charkazi A. Assessing preventive health behaviors from COVID-19: a cross sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern of Iran. *Infect Dis Poverty* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 12];9(157). Available from: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-00776-2>
4. Tong KK, Chen JH, Yu EW yat, Wu AMS. Adherence to COVID-19 Precautionary Measures: Applying the Health Belief Model and Generalised Social Beliefs to a Probability Community Sample. *Appl Psychol Heal Well-Being* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Feb 12];12(4):1205–23. Available from: [/pmc/articles/PMC7675419/](https://pmc/articles/PMC7675419/)
5. Öhman A, Mineka S. Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychol Rev*. 2001;108(3):483–522.
6. Lin C-Y. Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Soc Heal Behav* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 12];3(1):1. Available from: <https://www.shbonweb.com/article.asp?issn=2589-9767;year=2020;volume=3;issue=1;spage=1;epage=2;aualast=Lin>
7. Huang F, Ding H, Liu Z, Wu P, Zhu M, Li A, et al. How fear and collectivism influence public's preventive intention towards COVID-19 infection: a study based on big data from the social media. *BMC Public Health* [Internet].

- 2020 Dec 1 [cited 2021 Feb 12];20(1):1707. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09674-6>
8. Lima DLF, Dias AA, Rabelo RS, da Cruz ID, Costa SC, Nigri FMN, et al. COVID-19 in the state of Ceará: Behaviors and beliefs in the arrival of the pandemic. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 12];25(5):1575–86. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-6109-5371>
  9. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*. 2020 Aug 1;74:102258.
  10. Díez Patricio A. Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2017;37(131):127–43.
  11. Moya. Creencia, Significado Y Escepticismo \* Carlos J. Moya Departament De Metafísica I Teoria Del Coneixement Universitat De València. 2004;23–47.
  12. Tobies G. Creencia, Aceptación Y Conocimiento. *EPISTEMENS*. 2009;29(1):35–50.
  13. Arrivillaga Marcela; Salazar Isabel; Correa Diego. Redalyc.Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios | Enhanced Reader. *Colomb Med*. 2003;4(2003):186–95.
  14. Cabrera A., Gustavo; Tascón G., Jorge; Lucumí C. D. Redalyc.Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo | Enhanced Reader. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2001;19(1):91–101.
  15. Roales J, López F MM. (PDF) Concepto, creencias y comportamientos de salud en preadolescentes. *Análisis y Modif Conduct*. 2001;27(1):875–904.
  16. Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia la promoción la salud*. 2019 Jan;24(1):28–43.
  17. UNICEF. Conocimientos, actitudes y prácticas de comportamiento de

- familias paraguayas sobre la COVID-19 | Enhanced Reader. Paraguay. 2020. p. 29.
18. Sociedad Ecuatoriana de Pediatría. MITOS Y VERDADES SOBRE EL CORONAVIRUS COVID\_19. Quito; 2020.
  19. RED CIMLAC. MITOS Y VERDADES SOBRE LA COVID-19. 2020.
  20. Pérez C. Cavazos J. 1Rev. Salud Pública. 22(2): 1-7, 2020Severidad, susceptibilidad y normas sociales percibidas como antecedentes de la intención de vacunarse contra COVID-19. Rev Salud Pública. 2020;22(2):1–7.
  21. Ghaderi E, Mahmoodi H, Sharifi Saqquezi P, Ghanei Gheshlagh R, Moradi G, Shokri A, et al. Knowledge, attitudes, practices and fear of COVID-19 among Iranians: A quick online survey. Health Soc Care Community [Internet]. 2021 Apr 23 [cited 2021 May 10]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33891794>
  22. Camilo A, Reyes D, Valeria J, López S. MIEDO, FOBIAS Y SUS TRATAMIENTOS Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 22, Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2019.
  23. Haydée M, Martínez Vasallo M, Belkis Martínez M, li V. El miedo insuperable como eximente de la responsabilidad penal y su implicación en las Ciencias Médicas Insuperable fear as exemption of the penal responsibility and its implications in Medical Sciences. Rev Méd Electrón. 2013;35(1):72–84.
  24. Regla A, Fernández IHernández J CJ. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. MediSur. 2012;10(5):72–80.
  25. México A, Méndez B, Antonio J. El Cotidiano Universidad Autónoma Metropolitana Unidad. El Cotid. 2010;159(1):5–10.
  26. D<sup>a</sup> A:, M<sup>a</sup> A, De Miguel B. MIEDOS, ANSIEDAD Y FOBIAS: DIFERENCIAS, NORMALIDAD O PATOLOGÍA. 2015.
  27. Martínez A, Rodríguez P RJ. EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA | Enhanced Reader. Suma Psicológica. 2009;16(2):85–112.

28. Bedoya C GM. Estudios Gerenciales. ELSEIVER. 2016;32(1):60–70.
29. Sedano-Chiroque FL, Rojas-Miliano C, Vela-Ruiz JM. Perspective on the Primary Prevention of COVID-19. Rev la Fac Med Humana. 2020 Jul;20(3):490–7.
30. Osha. Tome Medidas para Prevenir la Exposición de los Trabajadores al Coronavirus (COVID-19). 2020.
31. Zhao G. Taking preventive measures immediately: evidence from China on COVID-19. Gac Sanit. 2020 May;34(3):217–9.
32. Rey Juan Carlos España Antón Hurtado U, Rey Juan Carlos Madrid U. methaodos.revista de ciencias sociales. Rev ciencias Soc. 2015;3(2):262–75.
33. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL, editor. México; 2014. 518 p.
34. 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 Cubana Enferm. 2020 Dec;36(0).
35. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. Int J Ment Health Addict. 2020;
36. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. Int J Ment Health Addict. 2020;
37. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19) [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020 [cited 2021 May 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32150360>
38. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities [Internet]. Vol. 508, Clinica Chimica Acta. Elsevier B.V.; 2020 [cited 2021 May 14]. p. 254–66. Available from: </pmc/articles/PMC7256510/>

39. Ma L, Liu H, Tao Z, Jiang N, Wang S, Jiang X. Knowledge, Beliefs/Attitudes, and practices of rural residents in the prevention and control of COVID-19: An online questionnaire survey. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 May 10];103(6):2357–67. Available from: <https://www.wjx.cn/>
40. Ruiz M, Díaz A, Ortiz M, Villar E. Conductas de autocuidado frente a la prevención del contagio de la COVID-19 en pobladores peruanos. *Med Genral Integr* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 17];36(4). Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bgplJaLT2kEJ:www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1708+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
41. Czeisler MÉ, Tynan MA, Howard ME, Honeycutt S, Fulmer EB, Kidder DP, et al. Public Attitudes, Behaviors, and Beliefs Related to COVID-19, Stay-at-Home Orders, Nonessential Business Closures, and Public Health Guidance — United States, New York City, and Los Angeles, May 5–12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 Jun 19 [cited 2021 May 17];69(24):751–8. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6924e1.htm>
42. Ruiz-Aquino M, 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 Cubana Enferm* [Internet]. 2020 Dec 29 [cited 2021 May 12];36(0). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4251>
43. Kwan RYC, Lee PH, Cheung DSK, Lam SC. Face Mask Wearing Behaviors, Depressive Symptoms, and Health Beliefs Among Older People During the COVID-19 Pandemic. *Front Med* [Internet]. 2021 Feb 5 [cited 2021 May 17];8:590936. Available from: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
44. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Von Wagner C. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Vol. 71, *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. Gerontological Society of America; 2016 [cited 2021 May 17]. p. 445–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25504637/>

45. Monterrosa A, Dávila R, Mejía A, Contreras J, Mercado M, Flores C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *Rev Fac Ciencias la Salud* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 12];23(2):195–213. Available from: <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>
46. Mejía C, Quispe A, Rodriguez J, Ccasa L, Ponce V, Varela E, et al. Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 May 17];19(2). Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3233/2559>
47. Mejia C, Rodriguez F, Garay L, Enriquez M, Moreno A, Huaytán K, et al. Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Cuba Investig Biomédicas* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 May 17];39(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002020000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002020000200001)
48. Freckelton QC I. COVID-19: Fear, quackery, false representations and the law. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 May 12];72:101611. Available from: </pmc/articles/PMC7351412/>
49. Chen Y, Zhou R, Chen B, Chen H, Li Y, Chen Z, et al. Knowledge, perceived beliefs, and preventive behaviors related to covid-19 among Chinese older adults: Cross-sectional web-based survey [Internet]. Vol. 22, *Journal of Medical Internet Research*. JMIR Publications Inc.; 2020 [cited 2021 May 10]. p. e23729. Available from: <https://www.jmir.org/2020/12/e23729>
50. Amsalu B, Guta A, Seyoum Z, Kassie N, Sema A, Dejene W, et al. Practice of COVID-19 prevention measures and associated factors among residents of dire DAWA city, eastern Ethiopia: Community-based study. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2021 Feb 2 [cited 2021 May 10];14:219–28. Available from: <http://doi.org/10.2147/JMDH.S292409>
51. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model

- variables in predicting behavior. *Health Commun* [Internet]. 2010 Dec [cited 2021 May 10];25(8):661–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410236.2010.521906>
52. Tang CSK, Wong CY. Psychosocial factors influencing the practice of preventive behaviors against the severe acute respiratory syndrome among older Chinese in Hong Kong. *J Aging Health* [Internet]. 2005 Aug 30 [cited 2021 May 10];17(4):490–506. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898264305277966>
  53. Lau JTF, Yang X, Tsui H, Pang E, Kim JH. SARS preventive and risk behaviours of Hong Kong air travellers. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2004 [cited 2021 May 10];132(4):727–36. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0950268804002225>
  54. Freckelton QC I. COVID-19: Fear, quackery, false representations and the law. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 May 10];72:101611. Available from: [/pmc/articles/PMC7351412/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33111111/)
  55. Darvishpour A, Vajari SM, Noroozi S. Can health belief model predict breast cancer screening behaviors? *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 May 10];6(5):949–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29875878/>