

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Factores asociados a las medidas preventivas de COVID-19 en las zonas rurales de Perú

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada
en Enfermería

Autor:

Bach. Isabel Pilar Pelayo Luis
Bach. Evelyn Mirkala Mamani Vilca
Bach. Anali Terrones Guevara

Asesor:

Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, diciembre de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

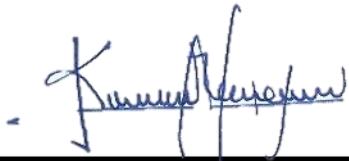
Dra. Keila Miranda Limachi, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: “**Factores asociados a las medidas preventivas de COVID-19 en las zonas rurales de Perú**” constituye la memoria que presenta los Bachilleres Isabel Pilar Pelayo Luis, Evelyn Mirkala Mamani Vilca y Anali Terrones Guevara para obtener el título de Profesional de Licenciada en Enfermería, 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 20 días del mes de diciembre del año 2022



Dra. Keila Miranda Limachi



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 07 día(s) del mes de Diciembre del año 2023, siendo las 11:30 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (do la) presidente(a):

Mg. Suarez Rodriguez Pao
Maria Magdalena el (la) secretario(a): Mg. Diaz Orhuela
y los demás miembros: Mtra. William de Berba
y el (la) asesor(a) Dra Miranda Jimachi

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:
"Factores Asociados A las Medidas Preventivas De Covid-19 en las Zonas Rurales De Peru"

del(los) bachiller(es): a) Bach. Isabel Pilar, Pelayo Luis
b) Bach. Eudyn Hirtala, Momani Yika
c) Bach. Anali, Ferrones Guevara

conducente a la obtención del título profesional de:

Enfermería

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): Bach. Isabel Pilar, Pelayo Luis

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>18</u>	<u>A -</u>	<u>con nominación de muy bueno</u>	<u>SOBRESALIENTE</u>

Bachiller (b): Bach. Eudyn Hirtala, Momani Yika

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>18</u>	<u>A -</u>	<u>con nominación de muy bueno</u>	<u>SOBRESALIENTE</u>

Bachiller (c): Bach. Anali, Ferrones Guevara

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>17</u>	<u>B +</u>	<u>con nominación de muy bueno</u>	<u>SOBRESALIENTE</u>

(*) Ver parte posterior

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
[Firma]
Asesora
[Firma]
Bachiller (a)

Miembro
[Firma]
Bachiller (b)

[Firma]
Secretaria
Miembro
[Firma]
Bachiller (c)

79 RESUMEN

80
81 **Introducción:** Evaluar los factores asociados a la práctica de medidas preventivas adecuadas frente
82 a la COVID-19 en las zonas rurales del Perú.

83
84 **Métodos:** Estudio transversal realizado en las zonas rurales catalogadas con pobreza o pobreza
85 extrema en el Perú. Utilizamos el cuestionario de actitudes y prácticas preventivas para evaluar las
86 medidas de prácticas adecuadas. Los factores asociados evaluados incluyeron características
87 sociodemográficas, así como los conocimientos, actitudes, miedo, creencias y prácticas preventivas
88 frente al COVID 19. Utilizamos modelos de regresión logística multivariable para determinar los
89 factores asociados independientes.

90
91 **Resultados:** Incluimos a 1022 participantes. El 20.9% realizaba prácticas preventivas adecuadas
92 frente el COVID-19. Observamos que los miedos (OR = 1.05, IC95%: 1.02 – 1.08), actitudes (OR =
93 1.12, IC95%: 1.07 – 1.18), accesos a servicios básicos (OR =2.31, IC95%: 1.26 – 4.33), educación
94 (OR= 1.16, IC95%: 0.74 – 1.80) y proceder de la sierra (OR = 0.40, IC95%: 0.25 – 0.62) fueron
95 factores asociados a realizar prácticas preventivas adecuadas.

96
97 **Conclusión:** En la población rural peruana, las prácticas preventivas adecuadas frente al COVID-19
98 son infrecuentes, especialmente entre aquellos que son de la sierra, los que tienen un mayor nivel
99 de miedo y actitudes, un menor nivel de educación y accesos restringidos a los servicios básicos.

100
101 **Palabras claves:** Infección por Coronavirus, población rural, prevención y control, factores
102 socioeconómicos. (Fuente: DeCS- BIREME)

103 104 105 106 ABSTRACT

107
108 **Introduction:** Evaluate the factors associated with the practice of adequate preventive measures
109 against COVID-19 in rural areas of Peru.

110
111 **Methods:** Cross-sectional study carried out in rural areas classified as poverty or extreme poverty
112 in Peru. We used the attitudes and preventive questionnaire to evaluate the measures of good
113 practices. The associated factors evaluated include sociodemographic characteristics, as well as
114 knowledge, attitudes, fear, beliefs, and preventive practices against COVID 19. We used
115 multivariable logistic regression models to determine the independent associated factors.

116
117 **Results:** We included 1022 participants. 20.9% carried out adequate preventive practices against
118 COVID-19. We observed that fears (OR = 1.05, IC95%: 1.02 - 1.08), attitudes (OR = 1.12, IC95%:
119 1.07 - 1.18), access to basic services (OR =2.31, IC95%: 1.26 - 4.33), education (OR= 1.16, 95%
120 CI: 0.74 - 1.80) and coming from the mountains (OR = 0.40, 95% CI: 0.25 - 0.62) were factors
121 associated with carrying out adequate preventive practices.

122
123 **Conclusion:** In the Peruvian rural population, adequate preventive practices against COVID-19 are
124 rare, especially among those who are from the mountains, those who have a higher level of fear
125 and attitudes, a lower level of education, and restricted access to basic services.

126
127 **Keywords:** Coronavirus infection, rural population, prevention and control, socioeconomic factors.
128 (Source: DeCS-BIREME)

131 **INTRODUCCIÓN**

132

133 El mundo rara vez ha enfrentado a una crisis como la COVID-19, siendo una emergencia de salud
134 pública a nivel global (1). El primer caso por contagio en el Perú se reportó el 6 de marzo del 2020
135 y hasta la fecha hay más de 4 millones de casos han sido diagnosticados (2). En noviembre del 2022
136 nuestro país se encuentra dentro de los 34 primeros países con más contagios por COVID-19 en el
137 mundo y dentro de los 6 primeros en Latinoamérica (3).

138

139 Las principales medidas efectivas para prevenir el aumento de casos han sido el lavado de manos,
140 uso de mascarilla, detección rápida de casos y aislamiento social (4). En población general, un
141 estudio mostró que las prácticas preventivas tuvieron una eficacia mediana-alta del 82.0% para la
142 prevención del contagio de la COVID-19 (5). Sin embargo, pocos estudios han reportado datos con
143 alguna población específicamente rural, donde las prácticas preventivas pueden ser diferentes
144 debido a su aspectos culturales y socioeconómicos (6). Tal es el caso de las comunidades rurales
145 de América Latina, donde la población sufre condiciones deficientes de saneamiento, educación y
146 salud a comparación de la población urbana o semiurbana (7).

147

148 En el Perú, más del 61.0 % de las comunidades rurales no tienen acceso a un establecimiento de
149 salud y más del 30.0 % no acceden a los servicios básicos (8) las cuales, son características de las
150 poblaciones de pobreza extrema, siendo factores de riesgo que influyen de manera negativa a la
151 calidad de vida de los ciudadanos (9); haciéndolas más vulnerables ante una crisis sanitaria. Como
152 evidencia, un estudio demostró que las comunidades rurales de la selva peruana tienen tres veces
153 la probabilidad de contagio y mortalidad (10). Por estas razones, el presente estudio tuvo como
154 objetivo evaluar los factores asociados a las prácticas preventivas adecuadas del COVID-19 en
155 zonas rurales del Perú.

156

157 **METODOLOGÍA**

158 **Diseño y población de estudio**

159 El estudio tiene un enfoque cuantitativo, tipo de estudio no experimental, diseño transversal con
160 método analítico, realizado mediante encuestas domiciliarias los meses de mayo y junio del 2022.
161 La población del presente estudio estuvo conformada por personas mayores de 18 años que residían
162 en 17 comunidades rurales del Perú catalogadas como comunidades pobres o de pobreza extrema.
163 Siete comunidades pertenecían a la región selva, cinco fueron la costa y cinco comunidades fueron
164 la sierra.

165

166 **Instrumentos y recolección de datos**

167 El cuestionario constó de 3 secciones. La primera sección con 11 preguntas recolectó las
168 características sociodemográficas. La segunda sección, con 31 preguntas, incluyó la evaluación del
169 miedo, creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19. Para esto se utilizó la escala de
170 miedo al COVID-19 creado por Huarcaya et al. (11) con una confiabilidad de 0,83 por Alfa de
171 Cronbach; el cuestionario de creencias y conocimientos frente al COVID-19 creado por Ruiz et al.
172 (12) Con una confiabilidad de 0,71 y 0,68 por KR de Richardson respectivamente. La tercera
173 sección, con 18 preguntas, evaluó las medidas preventivas frente a la COVID-19 y utilizamos el
174 cuestionario de actitudes y prácticas preventivas frente al COVID-19 creado por Yupari et al. (13) con
175 una confiabilidad de 0,71 y 0,78 por Alfa de Cronbach respectivamente.

176

177 Los participantes fueron identificados a través de visitas domiciliarias realizadas por medio de las
178 atenciones extramurales de los puestos de salud y proyectos comunitarios de organizaciones no
179 gubernamentales (ONG). Después de obtener el consentimiento informado aplicamos el cuestionario
180 en físico mediante entrevista, respetamos los protocolos de bioseguridad para el COVID-19.

181

182 **Definiciones**

183 Definimos prácticas preventivas adecuadas como una puntuación mayor o igual al percentil 75 en el
184 cuestionario de actitudes y prácticas preventivas frente a la pandemia del COVID-19. Los
185 participantes con una puntuación menor fueron categorizados con prácticas preventivas
186 inadecuadas.

187

188

189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa R versión 4. En el análisis descriptivo se utilizó frecuencias para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. En el análisis bivariado comparamos las características de los participantes entre aquellos con prácticas adecuadas y aquellos con prácticas inadecuadas utilizando la prueba de Chi-cuadrado/Fisher para las variables categóricas y la prueba de Wilcoxon Rank sum test para las variables numéricas. Finalmente evaluamos los factores asociados independientes para esto creamos un modelo de regresión logística multivariable en el que se incluyó a todas las variables que presentaron un valor $p < 0.1$ en el análisis bivariado.

RESULTADOS

Características generales

Analizamos datos de 1022 participantes, el sexo femenino predominó ligeramente y la edad media fue de 37.7 años. La distribución de participantes fue similar entre todas las regiones. El 54.3% no tenía pareja en el momento. El 76.5% refirió que su ingreso mensual era menor a 930 soles. El 51.5% refirió que trabajaba de forma independiente. El 72.8% refirió que tenía los servicios básicos de agua y desagüe y el 82.3% que tenía seguro de salud, siendo el más frecuente el SIS (81.5%). La mitad de los participantes aproximadamente refirió que era de religión católica (54.3%) y tenía educación secundaria (55.5%) (**Tabla 1**).

Miedo, creencias, conocimiento, actitudes y prácticas preventivas sobre el COVID-19

Utilizando los puntos de corte vimos que el 20.5% tenía miedo frente al COVID-19, el 65.7% tuvo creencias erróneas sobre el COVID-19, el 93.6% conocimientos correctos sobre el COVID-19 y el 88.5% tuvo buenas actitudes frente al COVID-19. Finalmente, el 20.9% fue considerado como que realizaba prácticas preventivas adecuadas frente el COVID-19 (**Tabla 2**).

Características generales según nivel de prácticas preventivas

Observamos que los participantes que realizaban prácticas adecuadas tuvieron en promedio 2 años más a comparación de los participantes que no realizaban prácticas adecuadas ($p=0.079$). Los participantes de la sierra y la selva realizaban con una significativa menor frecuencia prácticas preventivas adecuadas a comparación de los participantes de la costa ($p < 0.001$). Los participantes que refirieron tener un ingreso mayor a los 930 soles practicaban con el doble de frecuencia medidas preventivas adecuadas a comparación de aquellos con un ingreso menor a los 930 soles. Aquellos participantes que trabajaban de forma independiente o no contaban con trabajo tuvieron la mitad de las prácticas adecuadas a comparación de los que trabajaban de forma dependiente ($p < 0.05$). Aquellos que tuvieron servicios básicos de sanidad practicaban medidas preventivas adecuadas en un 21% más ($p < 0.001$). Los participantes con el Seguro Integral de Salud (SIS) realizaban menos medidas preventivas que las personas con otros seguros (< 0.001). Las personas católicas, evangélicas y adventistas realizaban prácticas preventivas adecuadas con mayor frecuencia ($p < 0.05$). La frecuencia de prácticas preventivas adecuadas se incrementó conforme el nivel de educación ($p < 0.05$) (**Tabla 3**). Al comparar las puntuaciones medianas de los cuestionarios de miedo, creencias, conocimientos y actitudes entre aquellos con prácticas adecuadas y no adecuadas, observamos que los participantes con prácticas adecuadas tuvieron mayor miedo ($p < 0.001$), creencias ($p=0.039$), conocimientos ($p < 0.001$) y actitudes ($p < 0.001$) a comparación de los participantes que no realizaban medidas adecuadas (**Tabla 4**).

Factores asociados independientes a las prácticas preventivas adecuadas

En el análisis multivariable observamos que los participantes de la sierra tuvieron 0.60 (IC 95%, 0.25-0.62; $p < 0.001$) veces las posibilidades de prácticas preventivas adecuadas a comparación de los participantes de la costa. Los participantes que tenían servicios básicos tuvieron 2.31 (IC 95%, 1.26-4.33; $p=0.008$) veces las posibilidades de prácticas preventivas adecuadas a comparación de los participantes que no tenían servicios básicos. Los participantes que tenían educación superior tuvieron 1.80 (IC 95%, 1.02-3.18; $p=0.041$) veces las posibilidades de prácticas preventivas adecuadas a comparación de los participantes sin educación o solo primaria. Por cada punto adicional en el cuestionario de miedo, conocimientos y actitudes, las posibilidades de prácticas preventivas adecuadas incrementaron en 1.05 (IC 95%, 1.02-1.08; $p=0.002$), 1.02 (IC 95%, 1.00-1.37; $p=0.052$) y 1.12 (IC 95%, 1.07-1.18; $p=0.002$), respectivamente (**Tabla 5**).

247 **DISCUSIÓN**

248 **Párrafo de resumen**

249 Este estudio evaluó los factores asociados a las prácticas preventivas adecuadas contra la COVID-
250 19 en población rural peruana. Encontramos que proceder de la sierra, el déficit de conocimientos,
251 las creencias erróneas, la falta de accesos a servicios básicos y un menor nivel de educación fueron
252 factores asociados independientes a las prácticas preventivas adecuadas.

253

254 **Factores asociados**

255

256 Una mayor percepción de miedo se asoció también a más prácticas preventivas. Una revisión
257 sistemática que evaluó los impactos de salud mental del personal en la infección y prácticas
258 preventivas del COVID 19, evidenció que el personal de salud abrumado por el miedo y la ansiedad
259 tenían tasas significativamente más altas de prácticas preventivas del COVID-19 (aOR Z 12.4; 95%
260 CI Z 1.5e69.9) (32). De la misma manera, un estudio que evaluó el impacto de las estrategias
261 sanitarias frente al COVID 19 en Perú, informó que las campañas comunicativas para concientizar
262 e incentivar a la población a realizar las prácticas preventivas tuvieron un enfoque punitivo y
263 generación de miedo (33). Esto podría deberse al temor, responsabilidad y cuidado que las personas
264 tienen por sí mismas y de sus familiares por evitar el contagio por lo que sugiere que el impacto
265 psicológico puede llevar a influencias y cambiar las actitudes.

266

267 Los participantes provenientes de la sierra realizaban menos prácticas preventivas que los
268 participantes de la costa. La literatura es consistente respecto a que, en regiones menos urbanizadas
269 como la andina, los casos COVID-19 fueron mucho más infrecuentes que en regiones urbanizadas
270 como el caso de la costa en Perú. Esto lo evidenció un estudio epidemiológico que reportó que las
271 tasas de infección por COVID-19 en las regiones andinas de Bolivia son aproximadamente tres veces
272 más bajas que en otras y, a nivel global, el número de casos de COVID-19 disminuye cuando la
273 población afectada vive por encima de los 3000 msnm (14). De la misma manera, otro estudio informó
274 que en las zonas andinas del Perú se concentraron menores cantidades de infectados en
275 comparación con las otras regiones con una altitud de 0 – 600 msnm (15). Por otra parte, en zonas
276 menos urbanizadas existió en Perú un menor control sobre el cumplimiento de las medidas
277 preventivas (16). Esto sugiere que una menor incidencia de casos y la falta de control sobre la
278 población en zonas más remotas lleva a que las personas tengan una actitud más confiada y menor
279 importancia antes las prácticas preventivas.

280

281 Aunque no fue un resultado estadísticamente significativo, la población de la selva también tuvo
282 menos adherencia a las prácticas preventivas en comparación con otras regiones. Nuestros
283 resultados son similares a un estudio realizado por Reinders et al. en esta misma región (17), quienes
284 encontraron que sólo la mitad de la población cumplía con el confinamiento, la cuarta parte de la
285 población cumplían con las normas de higiene y sólo la quinta parte utilizaba mascarilla. Esto podría
286 deberse a que estas comunidades tienen bajo nivel de educación en salud y sufren de falta de
287 accesos a los servicios básicos por lo que la mayoría obtienen su agua de ríos o pozos públicos y
288 realizan sus actividades primarias saliendo de sus viviendas varias veces al día (18,19). Todo esto
289 sugiere que la región amazónica necesita más educación sanitaria y atención del estado en cuanto
290 a infraestructura para que los pobladores puedan aplicar lo aprendido y formar hábitos saludables.

291

292 Las personas que tenían servicios básicos realizaron con más frecuencia prácticas preventivas a
293 comparación de aquellas que no tenían estos servicios. Nuestro hallazgo es similar a un estudio
294 realizado en las comunidades indígenas de México, reportó que el 47.0 % de la población
295 mencionaba que le era difícil cumplir con las prácticas preventivas por no tener un ambiente
296 adecuado para poder realizarlas (20) que podría deberse a la falta de economía para poder
297 implementarlo (21). Por otro lado, durante la pandemia en el Perú, las zonas rurales fueron habitadas
298 por el 36.0% de personas que migraron de las zonas urbanas (22), dando como consecuencia la
299 invasión de propiedades estatales y construcción de viviendas, que en su mayoría carecen de
300 servicios básicos (23). Por lo que deducimos que tanto el factor económico y los problemas sociales
301 pueden influir en las condiciones de vida y prácticas preventivas de la población rural.

302

303 La educación superior estuvo asociada a mayores prácticas preventivas. Nuestro hallazgo concuerda
304 con los estudios realizado en las zonas rurales de China, que informa que los residentes con un

305 nivel educativo inferior al de secundaria tenían puntajes más bajos en conocimiento, actitudes y
306 prácticas en comparación con los de educación superior (24,25). Sin embargo un estudio realizado
307 en un hospital universitario en Venezuela, en población general informó que las personas con nivel
308 educativo primario tenían mejores conocimientos y prácticas que otros niveles superiores (26).
309 Nuestro resultado puede deberse a la falta de accesos a las instituciones educativas superiores en
310 las zonas rurales. Así lo confirma GRADE (Grupo de Análisis para el Desarrollo) (27) que 3 153
311 666 personas de las zonas rurales no han iniciado ni culminado su educación básica en Perú.
312 Además, cabe señalar que según estudios la población que no cuenta con educación superior suele
313 educarse a través de los medios digitales y redes sociales (28). Por otro lado, el sector rural sufrió
314 una escasez de personal de salud en el primer nivel de atención (29). Chirinos (30) menciona que si
315 se hubiera dado mayor énfasis en la educación sanitaria el impacto de COVID hubiera sido menor
316 en el Perú aún más en las zonas rurales. Además, otra característica que se observó es que el 17.7
317 % de nuestra población rural no cuentan con un seguro de salud, la cual es una barrera en el contacto
318 y prestación de servicios entre el personal salud y las personas (31). Por lo que inferimos que
319 independientemente al nivel de escolaridad, los conocimientos y prácticas pueden aumentar cuando
320 se implementan programas de salud de atención primaria. Todo esto da entender que la educación
321 es una estrategia clave para dirigir políticas que fortalezcan el sistema de salud primaria en las
322 comunidades rurales por lo que se necesita la inversión en el involucramiento y reforzamiento del
323 personal capacitados en salud comunitaria.

324

325 **Resultados descriptivos**

326 El 20.9 % de nuestra población realizaban prácticas preventivas frente al COVID 19. Nuestro
327 resultado es similar a un estudio realizado en Perú en la población general informando que sólo el
328 27. 8% de la población cumplían con las medidas preventivas (34). Aunque la diferencia entre ambas
329 poblaciones es mínima, la escasa adherencia de prácticas preventivas sigue teniendo un mayor
330 impacto negativo en las comunidades rurales ya que afecta a la calidad de vida de las personas
331 (35,36). Esto puede explicarse por las características que presenta nuestra población como el bajo
332 ingreso económico, falta de trabajo y accesos a servicios básicos, los cuales son indicadores de
333 pobreza afectando de manera directa e indirecta en el desarrollo de hábitos saludables de la
334 comunidad. Así lo confirma un estudio realizado en la República del Congo en la que el 54% de las
335 participantes referían no aplicar las medidas de prevención como el uso de mascarillas y lavado de
336 manos por dificultades económicas (37). Todo ello sugiere la necesidad de la participación de los
337 diferentes organismos gubernamentales, así como el involucramiento de los programas sociales a
338 fin de trabajar de manera integral para brindar una mejor calidad de vida a la población.

339

340 Así mismo encontramos que la población tuvo buenos conocimientos. Nuestros resultados son
341 similares con el estudio de Yue et al. (38) realizado en una población urbana y rural de China, en
342 dónde sólo el 38.11% tenían conocimientos errados sobre el COVID 19. Esto puede deberse a que
343 el estudio muestra el resultado de forma unánime mas no específicamente de la zona rural y al
344 acceso que tuvo gran parte de la población a los medios de comunicación. Se conoce que, en la
345 zona rural, el déficit de conocimiento puede deberse al escaso y tarda fluidez de información correcta
346 debido a la falta de accesos tecnológicos de comunicación siendo un determinante en el
347 fortalecimiento de la salud comunitaria (39,40). Sin embargo, en nuestra población el buen
348 conocimiento que presentan puede deberse a la educación sanitaria que tuvieron por parte de las
349 atenciones extramurales del puesto de salud y proyectos comunitarios de ONG.

350

351 En cuanto a las creencias, estas fueron erróneas en la población rural. Nuestro hallazgo concuerda
352 con un estudio realizado en Perú, en población general, por Ruiz et al. (11) quien informó que más
353 de la mitad de la población adulta, tenía creencias erróneas sobre el COVID 19, esto podría
354 deberse a la baja alfabetización en salud de las comunidades, su idiosincrasia en cuanto al proceso
355 de la enfermedad y la dependencia en gran medida de la medicina tradicional, dando un panorama
356 diferente en cuanto a la percepción de la pandemia (5). Por lo que se sugiere involucrar y trabajar
357 en conjunto con los promotores de salud ya que facilitan la educación en salud en las comunidades
358 (por la misma familiaridad que tienen con estas) mediante un aprendizaje colaborativo y empático
359 que permita a las personas tomar decisiones, adecuar los conocimientos sobre sus circunstancias
360 y cultura (41), haciendo el mensaje amigable y menos confrontativo a sus creencias.

361

362

363 Nuestro estudio revela que una mínima parte de la población tiene miedo. Nuestro hallazgo es distinto
364 a un estudio realizado en Perú en la que la mayoría de las personas adultas tuvieron miedo frente al
365 COVID 19 ya que estos fueron influenciados por los medios de comunicación (18). De la misma
366 forma un estudio sobre percepciones de las comunidades indígenas y rurales ante el COVID 19,
367 demostraron que el nivel de miedo se incrementó ante un mayor contacto con medios de
368 comunicación (42). Por lo que la falta de acceso a los medios de comunicación habría generado
369 menor miedo en la población y haber influenciado en la práctica continua de las medidas preventivas.

370

371 Por otro lado, el 88.5%de la población tuvo buenas actitudes frente al COVID 19, resultado que es
372 similar a un estudio realizado en China en dónde el 90.8% de la población en general tuvieron buenas
373 actitudes frente a la pandemia (24). Sin embargo, un estudio realizado en una comunidad rural del
374 Perú (43) informó que la mayoría de los padres de familia mostraron actitudes indiferentes sobre el
375 COVID 19. Nuestros resultados pueden deberse al estigma de las enfermedades infecciosas por
376 parte de los pobladores que es influenciado, mayormente, por sus creencias (44). Además, podría
377 haber influenciado la preocupación que tuvieron los adultos jóvenes al cuidar de los adultos mayores
378 por ser una población vulnerable, ya que estos tienen una gran importancia y mayor respeto ante su
379 cultura.

380

381 **Limitaciones y fortalezas**

382 Los resultados de este estudio deben considerar algunas limitaciones. Primero, los cuestionarios son
383 solamente aproximados. Segundo, el muestreo fue por conveniencia. Tercero, existe la posibilidad
384 de que haya causalidad inversa porque es un estudio transversal. Cuarto, existe la posibilidad de que
385 haya factores con fusores no medidos y quede confusión residual. Sin embargo, este es uno de los
386 primeros estudios enfocados en la población rural. Una población usualmente desatendida y
387 marginada, en la que se realizan pocos estudios por lo que impide la comprensión de su entorno y
388 desarrollo social (29). Además, esta investigación brinda una mayor comprensión sobre la dinámica
389 de afrontamiento de las comunidades rurales ante una crisis sanitaria.

390

391 **Conclusión**

392 En la población rural peruana, las prácticas preventivas adecuadas frente al COVID-19 son
393 infrecuentes. Además, encontramos evidencia de que el vivir en la sierra, el miedo, las actitudes
394 frente a la COVID-19, no tener educación superior y el acceso restringido a los servicios básicos
395 fueron factores asociados a no realizar prácticas preventivas adecuadas. Es necesario que se lleve
396 a cabo el fortalecimiento en educación en salud, mejorar el acceso a los medios de comunicación y
397 servicios básicos con el fin de que los pobladores apliquen con facilidad y adopten hábitos saludables
398 para mejorar su calidad de vida.

399

400 **DECLARACIONES**

401

402 **Conflicto de interés**

403 Los autores declaran no tener conflictos de interés.

404

405 **Contribución de los autores**

406 Concebido y diseñado: IPP-L, EMM-V

407 Análisis de datos: ANS-M

408 Redacción de manuscrito: Todos los autores

409 Revisión y aprobación del manuscrito: Todos los autores

410

411 **REFERENCIAS**

412

413 1. Organización Mundial de la Salud. La pandemia causada por el COVID-19 es uno de los más
414 importantes retos a los que nos hemos enfrentado durante nuestra vida [Internet]. Organización
415 Mundial de la Salud. [cited 2022 Nov 6]. Available from: [https://www.paho.org/es/noticias/9-4-](https://www.paho.org/es/noticias/9-4-2020-pandemia-causada-por-covid-19-es-uno-mas-importantes-retos-que-nos-hemos)
416 [2020-pandemia-causada-por-covid-19-es-uno-mas-importantes-retos-que-nos-hemos](https://www.paho.org/es/noticias/9-4-2020-pandemia-causada-por-covid-19-es-uno-mas-importantes-retos-que-nos-hemos)

417 2. Centro nacional de epidemiología prevención y control de enfermedades I nacional de salud.
418 Sala situacional Covid 19 en el Perú [Internet]. Ministerio de Salud. 2022 [cited 2022 Nov 6].
419 Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

420 3. Statista Research Department. COVID-19: casos por país América Latina y Caribe [Internet].
421 Statista. 2022 [cited 2022 Nov 6]. Available from:
422 <https://es.statista.com/estadisticas/1105121/numero-casos-covid-19-america-latina-caribe-pais/>

423 4. Romero JM, Simaluiza J, Fernandez H. Medidas de prevención para evitar el contagio por la
424 COVID-19: de lo cotidiano a lo técnico-científico. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:1–14.

425 5. Ruiz M, Díaz A, Ortiz M, Villar E. Conductas de autocuidado frente a la prevención del contagio
426 de la COVID-19 en pobladores peruanos. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2021 Feb 10;36(4):1–
427 13.

428 6. Periodistas por el planeta. COVID en la amazonia peruana: la lucha de los pueblos indígenas
429 por sobrevivir [Internet]. Fondo para el desarrollo de los pueblos indígenas FILAC. 2021 [cited
430 2022 Nov 6]. Available from: [https://www.filac.org/covid-en-la-amazonia-peruana-la-lucha-de-](https://www.filac.org/covid-en-la-amazonia-peruana-la-lucha-de-los-pueblos-indigenas-por-sobrevivir/)
431 [los-pueblos-indigenas-por-sobrevivir/](https://www.filac.org/covid-en-la-amazonia-peruana-la-lucha-de-los-pueblos-indigenas-por-sobrevivir/)

432 7. Castro A, Stone S. Respuesta a la pandemia de COVID-19 en poblaciones urbano-marginales
433 y rurales en América Latina | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo [Internet].
434 PNUD América Latina y el Caribe. 2020 [cited 2022 Nov 6]. Available from:
435 [https://www.undp.org/es/latin-america/blog/respuesta-la-pandemia-de-covid-19-en-poblaciones-](https://www.undp.org/es/latin-america/blog/respuesta-la-pandemia-de-covid-19-en-poblaciones-urbano-marginales-y-rurales-en-am%C3%A9rica-latina)
436 [urbano-marginales-y-rurales-en-am%C3%A9rica-latina](https://www.undp.org/es/latin-america/blog/respuesta-la-pandemia-de-covid-19-en-poblaciones-urbano-marginales-y-rurales-en-am%C3%A9rica-latina)

437 8. Iglesias S, Saavedra JL. COVID-19 en comunidades indígenas del Perú: casos y accesibilidad
438 a servicios de salud. *An Fac Med*. 2020 Apr;81(2):250–1.

439 9. García S, Aldape L, Esquivel F. Perspectivas del desarrollo social y rural en México. *Rev Cienc*
440 *Soc*. 2020;26(3):1–10.

441 10. Soto MG, Reyes MF, Soriano AN, Rodríguez JPV, Ibargüen LO, Martel KS, et al. COVID-19
442 among Amazonian indigenous in Peru: mortality, incidence, and clinical characteristics. *J Public*
443 *Health*. 2022 Sep 1;44(3):e359–65.

444 11. Huarcaya J, Villarreal D, Podestà A, Luna MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of
445 the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict*.
446 2020 Jun 22;20(1):249–62.

- 447 12. Ruiz M, Diaz A, Ortiz M. Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de
448 pobladores adultos peruanos en cuarentena social. *Rev Cuba Enferm.* 2020 Dec 29;36(0):1–17.
- 449 13. Yupari IL, Díaz J, Rodríguez A, Peralta A. Factores asociados a las actitudes y prácticas
450 preventivas frente a la pandemia del COVID-19. *Rev MVZ Córdoba.* 2020 Nov 18;25(3):e2052–
451 e2052.
- 452 14. Arias C, Zubieta N, Poma L, Aliaga F, Carvajal F, Dutschmann M, et al. Does the pathogenesis
453 of SARS-CoV-2 virus decrease at high-altitude? *Respir Physiol Neurobiol.* 2020
454 Jun;277:103443.
- 455 15. Tello CAT. Evolución de la pandemia COVID19 en las regiones andinas del Perú. *An Fac Med.*
456 2020;81(2):252–3.
- 457 16. Cabanillas W. Conducta y propagación del COVID-19 en el Perú: marco de referencia para el
458 diseño de intervenciones conductuales de salud pública [Internet]. *SciELO Preprints*; 2020
459 [cited 2022 Nov 28]. Available from:
460 <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/868>
- 461 17. Reinders S, Alva A, Huicho L, Blas MM. Indigenous communities' responses to the COVID-19
462 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a
463 qualitative study based on routine programme supervision. *BMJ Open.* 2020 Dec
464 29;10(12):e044197.
- 465 18. Mackworth C, Chingono R, Mavodza C, McHugh G, Tembo M, Chikwari C, et al. Community
466 perspectives on the COVID-19 response, Zimbabwe. *Bull World Health Organ.* 2021 Feb
467 1;99(2):85–91.
- 468 19. Coetzee BJ, Kagee A. Structural barriers to adhering to health behaviours in the context of the
469 COVID-19 crisis: Considerations for low- and middle-income countries. *Glob Public Health.*
470 2020 Aug 2;15(8):1093–102.
- 471 20. Martínez I, Larrea S, Romero F, Cicolella L. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas
472 a la pandemia del COVID-19 en comunidades indígenas de Yucatán y Chiapas [Internet].
473 Yucatán y Chiapas: Population Council; 2020 [cited 2022 Nov 6] p. 1–55. Available from:
474 https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy/1134
- 475 21. Barraza R, Barrientos R, Díaz X, Pleitez R, Tablas V. COVID-19 y vulnerabilidad: una mirada
476 desde la pobreza multidimensional en El Salvador [Internet]. Programa de las Naciones Unidas
477 para el Desarrollo, EEUU; 2020. Available from:
478 [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/latinamerica/UNDP-RBLAC-CD19-](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/latinamerica/UNDP-RBLAC-CD19-PDS-Number12-ES-EISalvador.pdf)
479 [PDS-Number12-ES-EISalvador.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/latinamerica/UNDP-RBLAC-CD19-PDS-Number12-ES-EISalvador.pdf)
- 480 22. Fort R, Espinoza M, Espinoza Á. COVID-19 y las migraciones de la ciudad al campo en el Perú:
481 identificación de amenazas y oportunidades para el uso sostenible del capital natural [Internet].
482 Banco Interamericano de Desarrollo; 2021 [cited 2022 Nov 6]. Available from:
483 [https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/covid-19-y-las-migraciones-de-la-](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/covid-19-y-las-migraciones-de-la-ciudad-al-campo-en-el-peru-identificacion-de-amenazas-y-oportunidad.pdf)
484 [ciudad-al-campo-en-el-peru-identificacion-de-amenazas-y-oportunidad.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/covid-19-y-las-migraciones-de-la-ciudad-al-campo-en-el-peru-identificacion-de-amenazas-y-oportunidad.pdf)
- 485 23. Ziccardi A, Romero G, Tapia M, Guillén T, Arias E, Contreras M, et al. Condiciones de
486 habitabilidad de las viviendas y del entorno urbano ante el aislamiento social impuesto por el
487 COVID 19. Universidad Nacional Autónoma de México; 2020 May p. 1–38. Report No.: 1.
- 488 24. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices
489 towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19
490 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci.* 2020 Mar 15;16(10):1745–52.

- 491 25. Ma L, Liu H, Tao Z, Jiang N, Wang S, Jiang X. Knowledge, beliefs/attitudes, and practices of
492 rural residents in the prevention and control of COVID-19: an online questionnaire survey. *Am J*
493 *Trop Med Hyg.* 2020 Dec;103(6):2357–67.
- 494 26. Chacón FR, Doval JM, Rodríguez VI, Quintero A, Mendoza DL, Mejía MD, et al. Knowledge,
495 attitudes, and practices related to COVID-19 among patients at Hospital Universitario de
496 Caracas triage tent: A cross-sectional study. *Biomédica.* 2021 Oct 15;41(Sp. 2):48–61.
- 497 27. Grupo Análisis para el Desarrollo GRADE. Cifras sobre la educación rural en el Perú [Internet].
498 CREER Creciendo con las Escuelas Rurales Multigrado del Perú. 2018 [cited 2022 Nov 6].
499 Available from: <http://www.grade.org.pe/creer/educacion-rural-en-el-peru/cifras/>
- 500 28. Reuben RC, Danladi MMA, Saleh DA, Ejembi PE. Knowledge, Attitudes and Practices Towards
501 COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. *J Community Health.*
502 2021;46(3):457–70.
- 503 29. Abizaid C, Panduro LÁC, Egusquiza SG. Pobreza Y Medios De Subsistencia En La Amazonía
504 Peruana En Tiempos De La Covid-19. *J Lat Am Geogr.* 2020 Aug 19;19(3):202–14.
- 505 30. Chirinos JL. La salud en el Perú en tiempos del coronavirus: A reflexionar. *Rev Soc Peru Med*
506 *Interna.* 2020 Apr 24;33(1):10–1.
- 507 31. Gutiérrez C, Romani F, Wong P, Del Carmen Sara J. Brecha entre cobertura poblacional y
508 prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *An Fac Med.* 2018
509 Jan;79(1):65–70.
- 510 32. Thatrimontrichai A, Weber DJ, Apisarnthanarak A. Mental health among healthcare personnel
511 during COVID-19 in Asia: A systematic review. *J Formos Med Assoc.* 2021 Jun 1;120(6):1296–
512 304.
- 513 33. Lavander SM. Comunicación para el cambio de comportamientos y estrategias sanitaria del
514 gobierno peruano frente al COVID-19. *Chasqui Rev Latinoam Comun.* 2020;(145):235–58.
- 515 34. Fernandez D, Soriano DR, Ccami F, Rojas C, Sangster-Carrasco L, Hernandez EA, et al.
516 Prácticas de prevención y control frente a la infección por Sars-Cov2 en la población peruana.
517 *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo.* 2021 Oct;14(1):13–21.
- 518 35. Isaac R, Paul B, Finkel M, Moorthy M, Venkateswaran S, Bachmann TT, et al. The burden of
519 COVID-19 infection in a rural Tamil Nadu community. *BMC Infect Dis.* 2021 Oct 28;21:1110.
- 520 36. The Lancet. COVID-19 in Latin America: a humanitarian crisis. *Lancet Lond Engl.* 2020 Nov
521 7;396(10261):1463.
- 522 37. Ditekemena JD, Nkamba DM, Muhindo HM, Siewe JNF, Luhata C, Van den Bergh R, et al.
523 Factors associated with adherence to COVID-19 prevention measures in the Democratic
524 Republic of the Congo (DRC): results of an online survey. *BMJ Open.* 2021 Jan
525 18;11(1):e043356.
- 526 38. Yue S, Zhang J, Cao M, Chen B. Knowledge, attitudes and practices of COVID-19 among urban
527 and rural residents in China: a cross-sectional study. *J Community Health.* 2021 Apr;46(2):286–
528 91.
- 529 39. Gonçalves A, da Fonseca C. Coronavirus 2020. *Rev Bras Enferm.* 2020 Mar 27;73(2):1–2.
- 530 40. Zogning E, Tiotsia A, Défo E, Djeunang GB, Nguetack G, Montesano C, et al. Knowledge and
531 attitudes of population living in rural and semi-rural areas towards COVID-19 :case of the
532 Menoua Division, Cameroon. *Ig E Sanita Pubblica.* 2020 Jun;76(3):159–72.

- 533 41. Mejía CR, Rodríguez JF, Garay L, Enriquez M de G, Moreno A, Huaytán K, et al. Percepción de
534 miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana
535 durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Cuba Investig Bioméd.* 2020 Jun;39(2):1–20.
- 536 42. Monterosas MP, García M del P. Un fantasma recorre lo rural: experiencias de comunidades
537 rurales e indígenas ante el Covid 19. *Rev CoPaLa.* 2021 Jul 1;(13):57–69.
- 538 43. Arbieto A del R. Conocimientos, actitudes y prácticas preventivas del COVID-19 en padres de
539 familia de la provincia de Yauyos-Lima. *CASUS Rev Investig Casos En Salud.* 2022 Apr
540 1;6(1):1–12.
- 541 44. Martínez A. Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿Qué sabemos actualmente? *Rev Caribeña*
542 *Psicol.* 2020 Jul 15;143–52.
- 543

544
545

TABLAS

Tabla 1. Características generales de los participantes

Variables	n (%)	N
Género		1022
Femenino	557 (54.5%)	
Masculino	465 (45.5%)	
Edad (mayor de 18 años)	37.7 (15.2)	1022
Lugar de procedencia		1022
Costa	311 (30.4%)	
Selva	397 (38.8%)	
Sierra	314 (30.7%)	
Estado civil		1022
Soltero/Viudo/Divorciado	555 (54.3%)	
Casado/Conviviente	467 (45.7%)	
Ingreso mensual (S/.)		1022
Menor de S/. 930.00	782 (76.5%)	
930 – 1000	189 (18.5%)	
1000 – 1500	15 (1.47%)	
>1500	36 (3.52%)	
¿Cuántos hijos (as) tiene usted?	2.00 (1.78)	1012
Su trabajo es		1016
Dependiente	272 (26.8%)	
Independiente	523 (51.5%)	
No cuenta con trabajo	221 (21.8%)	
¿Cuenta con lo servicios básicos de sanidad agua, luz, desagüe?		1022
No	278 (27.2%)	
Si	744 (72.8%)	
¿Cuenta con seguro de salud?		1022
No	181 (17.7%)	
Si	841 (82.3%)	
Si contesto SI, especificar		843
EsSalud	103 (12.2%)	
Privado	53 (6.29%)	
SIS	687 (81.5%)	
Religión		1022
Ninguno	145 (14.2%)	
Católico	555 (54.3%)	
Evangélico	172 (16.8%)	
Adventista	139 (13.6%)	
Otro	11 (1.08%)	
Educación		854
No educación / Primaria	389 (38.1%)	
Secundaria	474 (46.4%)	
Superior	159 (15.6%)	

546
547
548
549
550
551
552

553 **Tabla 2. Miedo, creencias, conocimiento, actitudes y prácticas preventivas sobre el COVID-**
 554 **19**

Variables	n (%)	N
Miedo frente al COVID-19, mediana [RIQ]	16.0 [13.0;21.0]	1022
Miedo frente al COVID-19		1022
No	813 (79.5%)	
Sí	209 (20.5%)	
Creencias sobre el COVID-19, mediana [RIQ]	3.00 [2.00;5.00]	1022
Creencias sobre el COVID-19		1022
0-2 puntos Inadecuadas	351 (34.3%)	
>2 puntos Adecuadas	671 (65.7%)	
Conocimientos sobre el COVID-19, mediana [RIQ]	7.00 [4.00;7.00]	1022
Conocimientos sobre el COVID-19		1022
0-2 puntos	65 (6.36%)	
>2 puntos	957 (93.6%)	
Actitudes frente al COVID-19, mediana [RIQ]	34.0 [31.0;36.0]	1022
Actitudes frente al COVID-19		1022
0-27 puntos	118 (11.5%)	
>27 puntos	904 (88.5%)	
Prácticas frente al COVID-19, mediana [RIQ]	69.0 [62.0;73.0]	1022
Prácticas frente al COVID-19		1022
<=P75	808 (79.1%)	
>P75	214 (20.9%)	

555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584

Tabla 3. Características de los participantes según nivel de prácticas preventivas frente al COVID-19

	<=P75 N=808	>P75 N=214	OR [IC 95%]	p
Género				
Femenino	435 (53.8%)	122 (57.0%)	Ref.	Ref.
Masculino	373 (46.2%)	92 (43.0%)	0.88 [0.65;1.19]	0.409
Edad (mayor de 18 años)	38.1 (15.3)	36.1 (14.7)	0.99 [0.98;1.00]	0.077
Lugar de procedencia				
Costa	194 (24.0%)	117 (54.7%)	Ref.	Ref.
Selva	351 (43.4%)	46 (21.5%)	0.22 [0.15;0.32]	<0.001
Sierra	263 (32.5%)	51 (23.8%)	0.32 [0.22;0.47]	<0.001
Estado civil				
Soltero/Viudo/Divorciado	444 (55.0%)	111 (51.9%)	Ref.	Ref.
Casado/Conviviente	364 (45.0%)	103 (48.1%)	1.13 [0.84;1.53]	0.422
Ingreso mensual (S/.)				
Menor de S/. 930.00	640 (79.2%)	142 (66.4%)	Ref.	Ref.
930 – 1000	132 (16.3%)	57 (26.6%)	1.95 [1.35;2.78]	<0.001
1000 – 1500	10 (1.24%)	5 (2.34%)	2.29 [0.69;6.64]	0.166
>1500	26 (3.22%)	10 (4.67%)	1.75 [0.78;3.62]	0.165
¿Cuántos hijos (as) tiene usted?	2.00 (1.66)	1.99 (2.18)	1.00 [0.92;1.09]	0.945
Su trabajo es				
Dependiente	186 (23.2%)	86 (40.4%)	Ref.	Ref.
Independiente	438 (54.5%)	85 (39.9%)	0.42 [0.30;0.59]	<0.001
No cuenta con trabajo	179 (22.3%)	42 (19.7%)	0.51 [0.33;0.77]	0.001
¿Cuenta con los servicios básicos de sanidad agua, luz, desagüe?				
No	258 (31.9%)	20 (9.35%)	Ref.	Ref.
Si	550 (68.1%)	194 (90.7%)	4.51 [2.85;7.55]	<0.001
¿Cuenta con seguro de salud?				
No	138 (17.1%)	43 (20.1%)	Ref.	Ref.
Si	670 (82.9%)	171 (79.9%)	0.82 [0.56;1.21]	0.307
Si contesto SI, especificar				
EsSalud	65 (9.63%)	38 (22.6%)	Ref.	Ref.
Privado	35 (5.19%)	18 (10.7%)	0.88 [0.43;1.76]	0.726
SIS	575 (85.2%)	112 (66.7%)	0.33 [0.21;0.53]	<0.001
Religión				
Ninguno	126 (15.6%)	19 (8.88%)	Ref.	Ref.
Católico	446 (55.2%)	109 (50.9%)	1.61 [0.97;2.80]	0.066
Evangélico	129 (16.0%)	43 (20.1%)	2.20 [1.23;4.06]	0.008
Adventista	97 (12.0%)	42 (19.6%)	2.85 [1.57;5.32]	<0.001
Otro	10 (1.24%)	1 (0.47%)	0.74 [0.03;4.31]	0.784
Educación				
No educación / Primaria				
Secundaria	334 (85.9%)	55 (14.1%)	Ref.	Ref.
Superior	373 (78.7%)	101 (21.3%)	1.64 [1.15;2.37]	0.006

587 **Tabla 4. Miedo, creencias, conocimientos y actitudes sobre al COVID-19 según nivel de**
 588 **prácticas preventivas frente al COVID-19**

	<=P75 N=808	>P75 N=214	OR [IC 95%]	p
Miedo frente al COVID-19, mediana [RIQ]	15.0 [13.0;20.0]	18.0 [13.0;23.0]	1.06 [1.03;1.09]	<0.001
Miedo frente al COVID-19				
No	663 (82.1%)	150 (70.1%)	Ref.	Ref.
Sí	145 (17.9%)	64 (29.9%)	1.95 [1.38;2.74]	<0.001
Creencias sobre el COVID-19, mediana [RIQ]	3.00 [2.00;5.00]	3.00 [1.00;5.00]	0.92 [0.86;1.00]	0.041
Creencias sobre el COVID-19				
0-2 puntos	271 (33.5%)	80 (37.4%)	Ref.	Ref.
>2 puntos	537 (66.5%)	134 (62.6%)	0.84 [0.62;1.16]	0.294
Conocimientos sobre el COVID-19, mediana [RIQ]	6.00 [4.00;7.00]	7.00 [6.00;7.00]	1.47 [1.31;1.66]	<0.001
Conocimientos sobre el COVID-19				
0-2 puntos	60 (7.43%)	5 (2.34%)	Ref.	Ref.
>2 puntos	748 (92.6%)	209 (97.7%)	3.26 [1.42;9.54]	0.004
Actitudes frente al COVID-19, mediana [RIQ]	33.0 [30.0;35.0]	35.0 [33.0;37.0]	1.16 [1.11;1.21]	<0.001
Actitudes frente al COVID-19				
0-27 puntos	108 (13.4%)	10 (4.67%)	Ref.	Ref.
>27 puntos	700 (86.6%)	204 (95.3%)	3.10 [1.67;6.46]	<0.001

589

590

Tabla 5. Factores asociados independientes a las prácticas preventivas adecuadas

Factores	Prácticas preventivas adecuadas		
	OR	IC 95%	p
Lugar de procedencia			
Costa			
Selva	0.77	0.41 – 1.43	0.408
Sierra	0.40	0.25 – 0.62	<0.001
Ingreso mensual (S/.)			
Menor de S/. 930.00			
930 – 1000	1.39	0.91 – 2.11	0.121
1000 – 1500	0.97	0.26 – 3.13	0.966
>1500	0.76	0.31 – 1.74	0.522
Su trabajo es			
Dependiente			
Independiente	0.88	0.57 – 1.35	0.549
No cuenta con trabajo	0.93	0.57 – 1.53	0.787
¿Cuenta con los servicios básicos de sanidad agua, luz, desagüe?			
No			
Si	2.31	1.26 – 4.33	0.008
Religión			
Ninguno			
Católico	1.10	0.62 – 2.02	0.741
Evangélico	1.39	0.72 – 2.74	0.327
Adventista	1.40	0.72 – 2.79	0.331
Otro	0.50	0.03 – 3.05	0.528
Educación			
No educación / Primaria			
Secundaria	1.16	0.74 – 1.80	0.521
Superior	1.80	1.02 – 3.18	0.041
Edad	1.00	0.99 – 1.01	0.737
Miedo	1.05	1.02 – 1.08	0.002
Creencias	1.02	0.93 – 1.11	0.657
Conocimientos	1.17	1.00 – 1.37	0.052
Actitudes	1.12	1.07 – 1.18	<0.001