

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL COMPORTAMIENTO SOCIAL E INFECCIÓN DE LA COVID-19 EN ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE NUEVO VERANILLO.

Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.



Crédito

Esta publicación ha sido coordinada por el Departamento de Investigación de Salud Ambiente y Sociedad del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES).

Reconocimiento:

A los funcionarios, que aunaron esfuerzos para el logro de esta investigación.

A la Región de Salud de San Miguelito por su apoyo y participación.

A las autoridades de los Centros de Salud participantes.

A los colaboradores participantes.

I. López, Lourdes

Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

225 p.; 24.5 Mb.

López, L., Cumbreira, A., Cáceres, B., Flores Castro, H., Martínez, L., Mendoza, A., Martínez, M, Arosemena, Sh.

ISBN 978-9962-28-114-6

1. Salud Pública 2. Comportamiento Social 3. COVID - 19



INSTITUCIONES PARTICIPANTES



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Dr. Nicanor III Obaldía Rodríguez
Director General



Ministerio de Salud

Dr. Fernando Boyd Galindo
Ministro de Salud



INVESTIGADORES

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Dra. Lourdes López ICGES

Ing. Alberto Cumblera ICGES

Sra. Alba Mendoza ICGES

Lic. Ligia Martínez ICGES

Lic. Haydeé Flores Castro ICGES

Lic. Betsy Cáceres ICGES

Lic. Maida Martínez ICGES

Ministerio de Salud, Región de Salud de San Miguelito

Sra. Sheila Arosemena MINSA

COLABORADORES

Sra. Aralis Cruz

Sra. Francisca Mendoza

Sra. Cristine Alaín



ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
Lista de Abreviaturas	1
I. Introducción	2
II. Descripción del Problema	4
III. Propósito	7
IV. Justificación	7
V. Objetivos	11
VI. Marco Teórico	11
Antecedentes y Generalidades	11
• Virus emergentes	11
• Coronavirus 2019	12
• Comportamiento Social y Conducta Social	15
• Comportamiento Social Humano	18
• Sociedad Humana	18
• Tipos de Comportamiento Social	20
• Estudios CAP	21
VII. Metodología	
• Diseño y Tipo de Estudio	26
• Área de Estudio	27
• Universo de Estudio	37
• Diseño Muestral	37
• Selección de la Muestra	39
Metodología para la selección de la muestra representativa del estudio	39
• Variables de Estudio	40
• Criterios de Inclusión y Exclusión	41
• Procedimiento de recolección de datos	42
• Trabajo de Campo	43
• Plan de análisis de los resultados	45
VIII. Procedimiento para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos	49
IX. Análisis de Resultados	51
X. Hallazgos	178
XI. Conclusiones	182
XII Recomendaciones	186
XIII. Referencias Bibliográficas	187
XIV. Anexos	192



Índice de Gráficos

	Pág.
Gráficos Marco Teórico	
Gráfico N° 1. Casos Activos en aislamiento y Contactos en Cuarentena por Corregimiento. Distrito de San Miguelito. Año 2020.	33
Gráfico N° 2. Casos COVID-19, según grupo de edad. Distrito de San Miguelito. Año 2020.	35
Gráfico N° 3. Porcentaje de afectados por la COVID -19, según género, Distrito de San Miguelito. Año 2020.	35
Gráfico N° 4. Defunciones por la COVID -19, por semana epidemiológica 43. Distrito de San Miguelito. Año 2020.	36

Índice de Cuadros

Cuadros Marco Teórico

Cuadro N° 1. Estimación de la Población del Distrito de San Miguelito, Por Corregimiento, Según Sexo y Edad. Año 2020.	31
--	----

Índice de Tablas

Tablas Marco Teórico

Tabla N° 1. Casos confirmados en la semana epidemiológica 43 del año 2020 en San Miguelito. Año 2020.	33
Tabla N° 2. Total, de nuevos casos de la COVID-19 en la semana epidemiológica 43, Distrito de San Miguelito. Año 2020.	34
Tabla N° 3. Defunciones y porcentaje de letalidad por COVID- 19, según corregimiento del Distrito de San Miguelito. Año 2020.	36



Índice de Figuras

Figuras Marco Teórico

Figura N° 1. Distrito de San Miguelito.	29
Figura N° 2. Corregimientos del Distrito de San Miguelito, Censo 2010.	29
Figura N° 3. Localización del Corregimiento Belisario Porras.	30
Figura N° 4. Barrios del Corregimiento Belisario Porras	30



Índice de Gráficos

Resultados del Estudio

Gráfico N° 1. Porcentaje de población encuestada, según sexo.	51
Gráfico N°2. Porcentaje de población encuestada, según etnia.	52
Gráfico N°3. Porcentaje de población encuestada, según nacionalidad.	53
Gráfico N° 4. Porcentaje de población encuestada, según nacionalidad y rango de edad.	53
Gráfico N° 5. Porcentaje de población encuestada, según procedencia.	54
Gráfico N° 6 . Distribución porcentual de respuestas, según nivel educativo.	55
Gráfico N° 7. Distribución de respuestas, según ocupación laboral.	56
Gráfico N° 8. Porcentaje de inmunización, COVID-19 de la población encuestada.	58
Gráfico N° 9. Distribución porcentual de respuestas de conocimiento y contagio de la COVID-19, según escala de Likert.	62
Gráfico N° 10. Distribución porcentual de respuestas de conocimiento y riesgo al contagio de la COVID -19, según escala de Likert.	67
Gráfico N° 11. Distribución porcentual de respuestas de conocimiento y prevención de la COVID-19, según escala de Likert.	71
Gráfico N° 12. Distribución porcentual de respuestas de conocimiento de síntomas de la COVID-19.	74
Gráfico N° 13. Distribución porcentual de respuestas de actitud y atención ante la COVID -19, según escala de Likert.	82
Gráfico N° 14. Distribución porcentual de respuestas de actitud y movilización por actividad ante la COVID -19, según escala de Likert.	87
Gráfico N° 15. Distribución porcentual de respuestas de actitud y autocuidado ante la COVID-19, según escala de Likert.	91
Gráfico N° 16. Distribución porcentual de respuestas de prácticas y riesgo ante la covid-19, según escala de Likert.	97



Gráfico N° 17. Distribución porcentual de respuestas del impacto psicoemocional y ánimo ante la COVID -19 en adultos de 20 -59 años, según escala de Likert.	104
Gráfico N° 18. Distribución porcentual de respuestas del impacto psicoemocional y estado nervioso ante la covid-19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	111
Gráfico N° 19. Distribución porcentual de respuestas del estado psicoemocional y estrés ante la COVID -19 en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	117
Gráfico N° 20. Distribución porcentual de respuesta, según contagio de COVID-19 en adultos de 20-59 años.	119
Gráfico N° 21. Descripción estadística del porcentaje de contagio de COVID-19, según grupo de edad.	120
Gráfico N °22. Distribución porcentual de respuesta sobre afectación y secuelas post COVID -19. En adultos de 20-59 años.	129
Gráfico N° 23. Distribución porcentual de respuestas de contagio por COVID -19, en adultos de 20 -59 años, según año.	131
Gráfico N° 24. Distribución porcentual de las respuestas a la adherencia de la práctica de aislamiento durante la pandemia de COVID -19, según escala de Likert, en adultos de 20 a 59 años.	133
Gráfico N° 25 . Distribución porcentual de la adherencia a la práctica de saludos con abrazos y apretones de manos post pandemia de COVID -19, según escala de Likert en adultos de 20 -59 años.	137
Gráfico N° 26. Distribución porcentual de la adherencia a la práctica de lavado de manos frecuente post pandemia de COVID-19, según escala de Likert en adultos de 20-59 años.	138
Gráfico N° 27. Distribución porcentual de la adherencia a la práctica de uso de mascarilla post pandemia de COVID-19, según escala de Likert en adultos de 20-59 años.	139



Gráfico N° 28. Distribución porcentual del contagio de COVID -19, según nivel de movilización por actividad, en adultos de 20-59 años. 141

Gráfico N° 29. Distribución porcentual de conocimiento, actitud y prácticas, según nivel, en adultos de 20 - 59 años. 151

Gráfico N° 30. Distribución porcentual de reinfectados por COVID-19, según ocupación, adultos de 20-59 años. 162



Índice de Cuadros

Resultados del Estudio

Cuadro N° 1. Distribución del ingreso mensual en balboas. Año 2025.	57
Cuadro N° 2. Descripción estadística de las respuestas de conocimientos relacionados a los mecanismos de contagio de la COVID-19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	75
Cuadro N° 3. Descripción estadística de las respuestas de conocimientos relacionados al riesgo de contagio y peligrosidad de la COVID-19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	76
Cuadro N° 4. Descripción estadística de las respuestas de conocimientos y prevención de riesgo de contagio de la COVID-19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	77
Cuadro N° 5. Descripción estadística de las respuestas sobre conocimientos de síntomas de la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	78
Cuadro N° 6. Descripción estadística de las respuestas sobre actitud a la atención de síntomas de COVID - 19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	81
Cuadro N° 7. Descripción estadística de las respuestas sobre actitud y movilización por actividad durante la pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	86
Cuadro N° 8. Descripción estadística de las respuestas sobre actitud y Autocuidado durante la pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	90
Cuadro N° 9. Descripción estadística de las respuestas sobre prácticas y riesgo ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	96
Cuadro N° 10. Descripción estadística de las respuestas sobre el impacto psicoemocional y ánimo ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	103



Cuadro N° 11. Descripción estadística de las respuestas sobre el impacto psicoemocional y estado nervioso ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	110
Cuadro N° 12. Descripción estadística de las respuestas sobre el impacto psicoemocional y estrés ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert.	116
Cuadro N° 13. Descripción estadística del contagio de COVID-19, según sexo en adultos de 20 a 59 años.	118
Cuadro N° 14. Descripción estadística del contagio de COVID-19, según grupo de edad en adultos de 20 a 59 años.	120
Cuadro N° 15. Descripción estadística del contagio por COVID-19, según grupo de edad y sexo.	121
Cuadro N° 16. Descripción estadística de las frecuencias del contagio COVID-19, según respuesta de aislamiento.	122
Cuadro N° 17. Descripción estadística de las frecuencias del contagio COVID-19, según respuesta de salir a entretenerse.	122
Cuadro N° 18. Descripción estadística según sexo y edad máxima y mínima de los familiares infectados reportados, por los participantes.	124
Cuadro N° 19. Descripción estadística de reinfección por COVID - 19 reportado por los participantes.	125
Cuadro N° 20. Descripción estadística de reinfectados de COVID-19, según sexo.	126
Cuadro N° 21. Descripción estadística de reinfectados de COVID-19, según grupo de edad.	126
Cuadro N° 22. Descripción estadística de las respuestas sobre afectación y secuelas post COVID-19, según sexo.	128



Cuadro N° 23. Descripción estadística de afectados y con secuelas post COVID 19, según grupo de edad.	128
Cuadro N° 24. Descripción estadística de la frecuencia de contagio de COVID -19 según año reportado, en adultos de 20 a 59 años.	130
Cuadro N° 25. Descripción estadística de la distribución de contagio de COVID -19, según la edad durante el año reportado, en adultos de 20 a 59 años.	130
Cuadro N° 26. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica de aislamiento durante la pandemia de COVID -19, según grupo edad.	134
Cuadro N° 27. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica de aislamiento durante la pandemia de COVID -19, según sexo, en adultos de 20 a 59 años.	134
Cuadro N° 28. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica de saludos con abrazos y apretón de manos post pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años.	135
Cuadro N° 29. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica lavado de manos post pandemia de COVID -19, según contagio reportado, en adultos de 20 a 59 años.	136
Cuadro N° 30. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica uso de mascarilla post pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años.	136
Cuadro N° 31. Descripción estadística de la comparación de la proporción de actividades de movilización, según estado de reinfección por COVID - 19, en adultos de 20 a 59 años.	142
Cuadro N° 32. Descripción estadística de las frecuencias de estado de ánimo, sentimientos e iniciativa por categoría, según contagio por COVID - 19 e impacto psicoemocional, en adultos de 20 a 59 años.	143
Cuadro N° 33. Descripción de Variables y dimensiones del impacto psicoemocional.	145



Cuadro N° 34. Distribución del puntaje de impacto psicoemocional, según reinfección por COVID -19, en adultos de 20 a 59 años.	146
Cuadro N° 35. Descripción estadística de impacto psicoemocional, según reinfección por COVID -19, en adultos de 20 a 59 años.	146
Cuadro N° 36. Descripción estadística de frecuencias de conocimiento y prácticas preventivas, según nivel y contagio por COVID - 19, en adultos de 20 a 59 años.	148
Cuadro N° 37. Descripción estadística de frecuencias de conocimiento, prácticas preventivas y contagio de COVID - 19, según categorización, en adultos de 20 a 59 años.	149
Cuadro N° 38. Descripción estadística de conocimientos, actitudes, prácticas y nivel.	150
Cuadro N° 39. Distribución de conocimiento, actitud y prácticas, según nivel.	150
Cuadro N° 40. Descripción estadística del contagio de COVID - 19, según, conocimientos, actitudes y prácticas, en adultos de 20 a 59 años.	152
Cuadro N° 41. Descripción estadística de la reinfección de COVID - 19, según conocimientos, actitudes y prácticas, en adultos de 20 a 59 años.	153
Cuadro N° 42. Descripción estadística del contagio de COVID - 19, según escolaridad, en adultos de 20 a 59 años.	154
Cuadro N° 43. Descripción estadística del conocimiento sobre COVID - 19, según escolaridad, en adultos de 20 a 59 años.	155
Cuadro N° 44. Descripción estadística del contagio por COVID - 19, según ocupación, en adultos de 20 a 59 años.	156
Cuadro N° 45. Descripción estadística del contagio por COVID - 19, según actitud a las prácticas de prevención, en adultos de 20 a 59 años.	156
Cuadro N° 46. Descripción estadística de las prácticas preventivas adheridas post COVID - 19, según ocupación, en adultos de 20 a 59 años.	157
Cuadro N° 47. Descripción estadística de reinfectados por COVID - 19, según conocimiento, en adultos de 20 a 59 años.	158



Cuadro N° 48. Descripción estadística de re infectados por COVID - 19, 159
según actitud hacia las prácticas de prevención, en adultos de 20 a 59 años.

Cuadro N° 49. Descripción estadística de re infectados por COVID - 19, 160
según prácticas de prevención, en adultos de 20 a 59 años.

Cuadro N° 50. Descripción estadística de re infectados por COVID - 19, 161
según escolaridad, en adultos de 20 a 59 años.

Cuadro N° 51. Descripción estadística de re infectados por COVID - 19, 162
según ocupación, en adultos de 20 a 59 años.

Índice de Tablas

Resultados del Estudio

Tabla N° 1. Cálculo de Odds Ratio de reinfección e impacto psicoemocional 147
exploratorio.



Índice de Mapas

Resultados del Estudio

Mapa N° 1. Barrios del Corregimiento Belisario Porras de responsabilidad del centro de salud de Nuevo Veranillo, corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.	163
Mapa N° 2. Comunidades del lugar de residencia de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.	164
Mapa N° 3. Comunidades de procedencia de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, vacunados y no vacunados, ante la COVID-19. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.	168
Mapa N° 4. Lugar de procedencia, según comunidad de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, contagiados, no contagiados y con desconocimiento del contagio de la COVID -19. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.	167
Mapa N° 5. Lugar de procedencia, según comunidad de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, con familiares contagiados y no contagiados de la COVID -19.	169
Mapa N° 6. Lugar de procedencia, según comunidad de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, re infectados, no re infectados y con desconocimiento de re infección de la COVID -19.	171
Mapa N° 7. Lugar de procedencia, según comunidad de residencia de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, con familiar fallecido, no fallecido y desconocimiento del fallecimiento por la COVID -19. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.	173
Mapa N° 8. Movilización social de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, según actividad por lugar de procedencia. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.	175



Resumen

Estudio descriptivo de corte transversal, que realiza un análisis de conocimiento, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección por la COVID-19 en población adulta de 20 a 59 años del Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito, en población que acuda a los servicios de salud por demanda de control y atención a la salud por morbilidad no infecciosa en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Se seleccionó a la población de estudio, a través de muestreo por conveniencia y según criterios, aplicando un cuestionario CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) con las variables e indicadores que identificaron los aspectos del comportamiento biopsicosocial de estilos de vida y conocimientos, actitudes y prácticas.

Como producto, se presenta la información de evidencia comunitaria para apoyo a estrategias y toma de decisiones en el área de estudio, dirigido a realizar acciones que provean de recursos eficaces para prevención y control.

El propósito es contribuir con información para el sistema de información integral de salud del Ministerio de Salud, Región de Salud de San Miguelito y Comunidad de San Miguelito, a través de la identificación del comportamiento social para evaluar, orientar y capacitar preventivamente sobre los factores que estimulan y condicionan el comportamiento humano a la propagación de la COVID -19, así como otras enfermedades transmisibles y prevenibles.



Lista de Abreviaturas

CAP	Conocimiento, actitud y práctica
ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
CDC	Centro para el control y prevención de enfermedades
SARS COV-2	Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2



I. Introducción

Las epidemias causan daños a la vida de las personas impactando en la salud, la condición y estilo de vida, desenvolvimiento social, psicológico, biológico y económico, impactando al entorno, bienestar emocional, individual y colectivo, así como al desarrollo del país.

Al nivel mundial, se está confrontando una situación de salud sin precedentes, con la aparición de un nuevo virus epidémico que ha causado muerte, desolación, incapacidad en la humanidad e impacto negativo en la economía mundial; se trata del nuevo Coronavirus SARSCOV -2 conocido como COVID -19, siendo una pandemia actual.

Los países han volcado las acciones de salud para la prevención, control y atención de este flagelo, donde expertos han realizado estudios significativos para abordar el problema, creando nuevas drogas y vacunas, sin embargo, para la reducción del riesgo, se hace necesario abordar el comportamiento social que la población expresa y hace visual y cómo ésta, analiza e interpreta la forma de conducirse ante una epidemia.

El comportamiento social juega un papel importante en la propagación del Coronavirus y en la morbilidad y mortalidad que este produce en la población de todas las edades.

El comportamiento social puede definirse como la forma de conducta o comportamiento que la población ejerce en el tratamiento conductual individual y colectivo que realiza en la vida cotidiana y social, en manifestaciones particulares como reuniones, actividades festivas, actividades religiosas, económicas y políticas, entre otras.

El hombre es un ser social por naturaleza lo que hace evitar perecer, sin embargo, es la conducta social y la forma como se expresa, la que cobra una importancia de poder incidir sobre la misma en casos de epidemias, ya que se manifiestan comportamientos en la población que parecen bloquear comprensión de la gravedad de un problema, sobre todo los epidémicos que se propagan sistemáticamente.

La enfermedad por coronavirus (COVID-19), es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2. El SARS COV- 2 es el síndrome respiratorio agudo severo por el nuevo coronavirus (1).

Tuvo origen Wuhan, China, en diciembre de 2019. El primer caso en Panamá, se dio el 8 de marzo del año 2020, caso de una mujer panameña que ingresó al país procedente de Barajas España. Primer fallecido, se dio el 10 de marzo del año 2020, según reporte del



Ministerio de Salud (MINSA). El 13 de marzo de 2020, fue decretado estado de emergencia en el país. Hasta la fecha, se han dado gran número de casos cuyas cifras son relativas y oscilantes que van en aumento por contagios producidos por comportamiento social de la población.

El comportamiento social es un factor que contribuye a la transmisión de enfermedades infecciosas como lo es el Coronavirus y sus variantes, relacionadas a estilos de vida, traducidos en hábitos, costumbres, conductas y prácticas sociales, que son directamente proporcional al conocimiento, actitudes y prácticas preventivas.

El estudio, pretende orientar y capacitar a la comunidad y equipo de salud sobre medidas preventivas y que se conviertan en medidas permanentes y sostenibles y a la vez, que la comunidad conozca las características de los factores predisponentes al peligro de infección, según su ámbito social.

Al mismo tiempo, se requiere desarrollar competencias para apoyo preventivo ante la epidemia de COVID-19, dirigidas a intervenciones conjuntas coordinadas ante situaciones epidémicas para enfrentar con seguridad, cualquier evento con conocimiento, actitudes y prácticas asertivas.

En el proceso de análisis CAP (conocimiento, actitud y práctica) del comportamiento social, también se evalúan las intervenciones dirigidas a prevenir, reducir y mitigar los factores que predisponen a enfermedades infecciosas y contagiosas, con el fin de fortalecer la seguridad de la población y, sobre todo, su calidad de vida.

Conocer el motivo del comportamiento social, permitirá a los entendidos evaluar, orientar y capacitar preventivamente con evidencia e incidir sobre los factores que predisponen al comportamiento humano y a la propagación de la COVID-19, así como otras enfermedades transmisibles y a la vez, capacitar al personal de salud y comunidad para ser facilitadores y reforzadores de las medidas de higiene preventiva y de conducta social, que combaten los factores sociales que predisponen a la propagación de la COVID -19 y otras morbilidades prevenibles.



II. Descripción del Problema

El virus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad por COVID -19 (Coronavirus 19), tuvo origen Wuhan, China, en diciembre de 2019, convirtiéndose en una pandemia, que ha repercutido en pérdidas humanas e incapacidades en la población alrededor del mundo, con repercusiones biopsicosociales con amplia distribución geográfica sostenida y exponencial (1).

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones. Desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). El nuevo, es una cepa de coronavirus que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) que no se había encontrado antes en el ser humano. Los primeros casos de neumonía se comunicaron a la OMS en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei (1).

A nivel mundial como cifras de antecedentes, se han registrado alrededor de 310.6 millones o más de casos de Coronavirus (SARS-CoV-2). La Organización Mundial de la Salud, estima que el número real de muertes por Coronavirus es de 2 o 3 veces superior a 3,4 millones de fallecimientos notificados.

Panamá, al igual que muchos países del mundo, sufre este flagelo con incremento en el número de casos positivos significativos y de defunciones, ya que aún se mantiene activo el virus circulando. Referencias en cifras relativas y exponenciales de acuerdo al Ministerio de Salud de Panamá, indicó más de 5,000 a 9,000 nuevos casos diarios en el país para el mes de diciembre del año 2023, con un total de 1, 053,318 casos confirmados a la misma fecha, considerando las infecciones por diversas variantes del Coronavirus (Delta, Alpha, Ómicron, XBB.1.5, EG.5.2, GK.10 BA.2.86 (JN.1), HK.3.). A diciembre del año 2023, 2,082 casos activos reportados (MINSa).

En relación al número de defunciones al corte de datos a diciembre del año 2023 en el país, se totalizaban alrededor de 8,679 fallecidos, cifras que van en aumento y que no pueden ser delimitadas por su carácter exponencial y sistemático en el aumento de casos.

Los eventos más recientes, están relacionados con el comportamiento social, que manifiesta que la población a pesar de la emergencia de salud y el aumento de contagios por la COVID-19 en el país, concurre a eventos festivos, eventos turísticos, manifestaciones, eventos familiares y reuniones que realizan fuera de su núcleo familiar,



aunque se han realizado acciones de divulgación preventiva, la población hace caso omiso.

La población es susceptible al contagio y vulnerable. En Panamá desde que surgió la pandemia por la COVID-19, el sector salud y otros sectores sociales, han promovido los medios preventivos de inmunización para niños, jóvenes y adultos, lográndose cifras significativas de vacunación, sin embargo, existe en el comportamiento social otro elemento de importancia a destacar como barrera limitante a la prevención de esta enfermedad, es la población no creyente en la inmunización, llamados anti vacunas.

Otro caso representativo que pone en evidencia la vulnerabilidad del país frente a esta enfermedad emergente, es la movilización de la población dentro fuera del país, aunque se han realizado esfuerzos de vigilancia en fronteras aéreas, terrestres y marítimas, el comportamiento social, ha impedido un control más efectivo, sumando a este problema la población asintomática que recurre a esparcimientos, encuentros sociales entre otras actividades que los convierten en focos propagadores virales.

Aspectos críticos epidemiológicos evaluados a nivel nacional e internacional, avalan y justifican el estudio, ya que un aspecto fundamental como es lo relacionado al tema del comportamiento social, no se ha abordado paralelamente con la atención de salud y el abordaje preventivo, al mismo tiempo, no se han creado planes integrales con la sociedad civil y otros sectores, que plasmen acciones sistemáticas de prevención y comportamiento social.

La participación institucional en medidas de control en el comportamiento social es limitada, se dirige al plano técnico de salud relacionado a la vigilancia y monitoreo epidemiológico y sus estadísticas, trazabilidad, inmunización y análisis de pruebas en laboratorio con un débil involucramiento entre los actores de la sociedad y otros, con respecto al tema del comportamiento social y las acciones que se dan provocan improvisaciones con limitantes técnicas que generan poco impacto.

Con respecto al área de estudio, las comunidades del Distrito de San Miguelito, son comunidades donde la población desde su formación es originada por asentamientos no planificados y con una población de múltiples perfiles en los aspectos biopsicosociales y con limitantes en la estructura comunitaria.

San Miguelito, es un distrito populoso, denso y vulnerable con diversos problemas de salud pública y factores predisponentes o de riesgo a la salud muy asociados al comportamiento humano, tienen características sociales y de salud, que requieren



intervenciones contantes y permanentes, sean estos enfocados a la disminución de enfermedades prevenibles, enfermedades infectocontagiosas y las de producto cultural.

Se hace necesario incidir e iniciar los procesos de estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas del comportamiento social ante epidemias y pandemias, como la actual por el SARS COV-2, en la responsabilidad sanitaria en los problemas y agravantes que incurren en la población de las comunidades del Distrito identificadas, que provocan una tensión creciente en la población, cuando se hacen presentes eventos calamitosos que afectan la calidad de vida de sus pobladores y su seguridad, así mismo en la capacidad de respuesta de sus autoridades en ámbito sanitario.

No se ha realizado evaluación de evidencia de los factores predisponentes del comportamiento social y la infección por la COVID -19 en el país y en las comunidades que integran las diversas regiones y distritos, incluyendo Distrito de San Miguelito en la comunidad de Nuevo Veranillo, con respecto a las acciones sanitarias conjuntas con la comunidad de apoyo a las acciones preventivas ante la pandemia. Se han realizado acciones, pero no sistemáticas de permanencia.

La posibilidad de infección y reinfección por la COVID-19, determina las prácticas de prevención y control a nivel comunitario y se requiere, considerar las prácticas de prevención de la transmisión, que tienen relación con el comportamiento social, donde el aumento de casos positivos, puede atribuirse a las temporada de vacaciones, manifestaciones, reuniones y diversas festividades, que propician situaciones de mayor interacción entre las personas, favoreciendo la transmisión, debido a aglomeraciones, alta movilidad y relajación de las medidas de prevención individual y de distanciamiento físico (2). Se requiere conocer la conducta social asociada a la infección por la COVID -19 para incidir sobre el riesgo con cambios modificadores de la conducta y comportamiento de la población y el logro de intervenciones conjuntas de la sociedad y el sector salud, por lo que se plantean las siguientes preguntas del problema a estudiar:

¿Están relacionados los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos de 20 a 59 años del corregimiento Belisario Porras que acuden al centro de salud de Nuevo Veranillo, con el comportamiento social y la infección de la COVID-19? ¿Es el comportamiento social un factor condicionante y de estímulo en la propagación de la COVID- 19 en los adultos de 20 a 59 años que acuden al Centro de Salud de Nuevo Veranillo procedentes del Corregimiento Belisario Porras del Distrito de San Miguelito?



III. Propósito

El propósito es contribuir con información de evidencia para el sistema de información integral de salud del Ministerio de Salud, Región de Salud de San Miguelito y Comunidad de San Miguelito, identificar el motivo del comportamiento social para evaluar, orientar y capacitar preventivamente sobre los factores que predisponen al comportamiento humano a la propagación e infección de la COVID 19, así como otras enfermedades transmisibles y prevenibles y ser un estímulo para acciones sistemáticas conjuntas de intercambio de información y acciones dirigidas a formar facilitadores y reforzadores dirigido a un proceso cíclico de capacitación formadora y de reforzamiento en medidas preventivas, enfocadas en los diagnósticos del comportamiento social dirigidos a la calidad de vida .

IV. Justificación

El virus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad por COVID -19 (Coronavirus 19), tuvo origen Wuhan, China, en diciembre de 2019, convirtiéndose en una pandemia, que ha repercutido en pérdidas humanas e incapacidades en la población alrededor del mundo con repercusiones biopsicosociales y de amplia distribución geográfica sostenida y exponencial.

La Organización Mundial de la Salud, estima que el número real de muertes por Coronavirus es de 2 o 3 veces superior a 3,4 millones de fallecimientos notificados.

Antecedentes indican, que, en junio de 2022, alrededor de 6,3 millones de personas habían fallecido a nivel mundial a consecuencia de la COVID-19. Mientras que, en Asia, la cifra de muertes ascendía a alrededor de 1,3 millones de personas, los decesos en Europa superaban en más de 690.000 personas. Se han registrado aproximadamente dos millones de muertes por el coronavirus en Europa. La cifra contabilizada en América supera los 2,7 millones de decesos (2).

Al mes de julio de 2023, se registraron en el mundo alrededor de 768,6 millones de casos de coronavirus (SARS-CoV-2).

En Panamá se han reportado de acuerdo al Ministerio de Salud de Panamá, cifras oscilantes de 5,000 a 9,000 casos positivos y en enero del año 2022 un total de 567,578



casos positivos reportados en dicho periodo, considerando infecciones por diversas variantes del Coronavirus, manifestado una emergencia nacional. La tasa de positividad a esa fecha fue de 35.3% (2).

En relación al número de defunciones a enero de 2022 en el país, se totalizaban alrededor de 7,511 fallecidos hasta el 16 de enero 2022, con tasa de letalidad del 1.3%, cifras que van en aumento y que no pueden ser delimitadas por su carácter exponencial y sistemáticamente cambiante. Al mes de julio de 2023 un total de 1,047.321 de casos de la COVID-19 (2).

El estudio se justifica, debido al problema, de la evidencia de una Pandemia mundial y epidemia en el país, por aumento de morbilidad, mortalidad, incapacidad, pérdidas económicas y de recursos humanos por la COVID -19, que, aunque ha disminuido en cifras actualmente, aún persiste el flagelo y su propagación con variantes y con eminente peligro de poder nuevamente potencializarse a nivel mundial y nacional.

Es de importancia estar preparados, no solo para los nuevos casos de la COVID-19, sino ante la posibilidad de futuras nuevas pandemias, poder enfrentarlas con el acervo de conocimientos médicos, psicológicos y sociales que han dejado tres años de duras vivencias

Igualmente, el estudio es considerado de importancia y de prioridad en salud, ante la vivencia de una emergencia nacional por SARS COV -2 y todas sus implicaciones económicas y de salud, así mismo, lo avala el Plan de Gobierno 2016-2024 que establece la importancia de priorizar la red primaria de salud, mejorar los programas de salud y sus abordajes en la población, además de ser un estudio replicable y pertinente.

La Política Nacional de Salud 2016-2025, busca garantizar la salud de la población y del ambiente, mediante el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, privilegiando la Atención Primaria de Salud, con un enfoque de salud como derecho humano, expresado en acciones integrales de promoción, protección, conservación, restitución, cuidados paliativos y rehabilitación de la salud biopsicosocial durante el curso de vida, con base en principios y valores de equidad, eficacia, eficiencia, humanización, integralidad, calidad, transparencia y rendición de cuentas, con la participación social e intersectorial en la vigilancia y control de los determinantes de la salud, de su autocuidado y el de su familia, para el logro de un mejor nivel de bienestar y calidad de vida (3). La Política Nacional de Salud 2016 -2025 en su eje EJE 1. Protegiendo a la población y al



ambiente regulando y conduciendo al Sistema de Salud en el cual se han integrado 5 lineamientos de política: Política 1: Regular todas las acciones relacionadas con la salud integral de la población y del ambiente, mediante la formulación, sistematización, modificación y vigilancia del cumplimiento de los instrumentos jurídicos sanitarios en el ámbito nacional.

Fortalecer la formación, el desarrollo de capacidades y competencias del recurso humano en salud, de acuerdo a las necesidades cambiantes del Sistema de Salud y al Modelo de Atención y ante necesidades epidemiológicas que requieren personal capacitado para abordarlas estratégicamente hacia la comunidad.

Eje 2: Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud, que incluye la Política 5: Vigilar y controlar los factores determinantes de la salud para la reducción de riesgos, amenazas y daños a la salud pública y el Eje 3: Promoviendo la Salud con participación social que está formado por un lineamiento de política:

Política 4: Garantizar la promoción de la salud mediante la educación, el mercadeo social y la participación social, incorporando los derechos humanos, el enfoque de género e interculturalidad.

El objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (ONU), que indica Salud y Bienestar, relacionado con garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y se enfoca acertadamente en la situación actual, donde el mundo se enfrentó y se enfrenta a una crisis sanitaria mundial sin precedentes por la COVID -19, generando repercusiones negativas en la economía, sufrimiento humano, pérdidas humanas y cambio de la vida en la población mundial.

Otro aspecto que justifica y apoya el estudio a realizar, es el abordaje al tema de salud que prioriza el Plan Estratégico Nacional para el Desarrollo de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación (PENCIYT) 2019-2024, que señala y manifiesta, que la salud de la población va de la mano con la calidad de vida de los individuos, considerándolo un bien público para alcanzar el desarrollo sostenible y un derecho humano fundamental a favor de la equidad (PENCIYT 2019-2024) y considerando a la salud como alta prioridad y como instrumento para superar la pobreza y la inequidad, donde se requieren acciones que permitan una mejora sustantiva en la gobernanza y en el desempeño del Sistema Nacional de Salud (SNS), y que otra manera de lograr, que es a través de investigaciones de salud que mejoren la salud y calidad vida de la población.



Se indica que Panamá, el perfil epidemiológico de la población, está dado por una transición demográfica con polarización epidemiológica, caracterizada por una doble carga de enfermedad, una de ellas, es la prevalencia de enfermedades transmisibles en la población y este estudio, considera fundamental abordar el comportamiento humano y su impacto en la propagación de enfermedades de contagio infecciosas y emergentes, como lo es la COVID-19.

Los temas de problemas de salud son de relevancia en el PENCYT y en la agenda de investigación y sus líneas de investigación de ciencia tecnología e innovación (CTI), destacando entre ellas, las enfermedades infecciosas y emergentes, donde se reconocen los problemas prioritarios de salud y sus ejes transversales para contribuir a mejorar el perfil sanitario de la población y fortalecer el sector salud, apoyando la ejecución de la Agenda de investigación establecida. Lo anterior justifica este estudio, ya que se enfoca en ese propósito, y considera igualmente, un abordaje a uno de los ejes transversales, como lo es la salud comunitaria y familiar.

Por otro lado, las disposiciones frente a la Pandemia por Organismos internacionales como Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC), que han unido esfuerzos para establecer el plan estratégico de preparación y respuesta, ante la pandemia SARS COV-2 y avala todas las acciones que se realicen para investigar, prevenir, intervenir y comprender el flagelo epidémico, donde este proyecto tiene sus objetivos y pertinencia.

Conocer el motivo del comportamiento social, permitirá a los entendidos evaluar, orientar y capacitar preventivamente con evidencia e incidir sobre los factores que predisponen al comportamiento humano y a la propagación de la COVID 19, así como otras enfermedades transmisibles y a la vez, capacitar el personal de salud y comunidad para ser facilitadores y reforzadores de las medidas de higiene preventiva y de conducta social, que combaten los factores sociales que predisponen a la propagación de la COVID -19 y otras morbilidades prevenibles.



V. Objetivos

Objetivo General

Analizar los conocimientos actitudes y prácticas en el comportamiento Social e infección por la COVID -19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito.

Objetivos Específicos

1. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social durante la pandemia de la COVID -19 y actual.
2. Identificar el tipo de movilización social de la población de estudio.
3. Describir las edades promedio de infección y reinfección.
4. Describir el tipo de movilización social de la población de estudio durante la pandemia de la COVID -19.
5. Elaborar mapas de representación geográfica de la localidad de procedencia de la población de estudio, según resultados.

VI. Marco Teórico

Antecedentes y Generalidades

Virus emergentes

En el mes de diciembre del año 2019, Wuhan, China se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de etiología desconocida (5).

El agente causal fue identificado, un nuevo coronavirus (2019-nCoV), clasificado como SARS-CoV2 causante de la enfermedad COVID-19 (5).

Los brotes más numerosos se dieron en China, Asia Oriental, Medio Oriente y Europa Occidental, declarándose pandemia el 11 de marzo de 2020 (5).



Coronavirus 2019 (2019-nCoV)

El virus se llamó inicialmente 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). El término Novel (novedoso o nuevo), puede referirse a una enfermedad o espectro de síntomas o manifestaciones clínicas que se presentan en personas infectadas por este virus, o a las posibles diferencias que existan entre este coronavirus y los previamente conocidos (5).

Basados en su morfología de viriones esféricos con una coraza y proyecciones desde su superficie asemejándose a una corona, fueron llamados coronavirus (6).

Se conocían un total de 36 coronavirus. Los virus de la familia coronaviridae, conocidos como coronavirus, son virus de tipo ARN positivo de cadena simple, envueltos en capsida que pueden afectar un amplio rango de animales e incluso a humanos. Fueron descritos por primera vez por Tyrell y Byone en 1966 (7).

A su vez, los coronavirus son clasificados en cuatro subfamilias, alfa, beta, gamma y deltacoronavirus, siendo los alfa y beta originados aparentemente de mamíferos, específicamente de murciélagos, y los gamma y delta de cerdos y aves. Los betacoronavirus pueden causar enfermedades severas y hasta la muerte (7).

Los coronavirus causan infecciones respiratorias e intestinales en animales y humanos, considerados altamente patógenos para los humanos con la aparición de la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en el 2002 y 2003 en la provincia de Guangdong en China. Hasta ese momento, las infecciones causadas por coronavirus en humanos sólo generaban infecciones leves en pacientes inmunocompetentes (8,9).

Gracias a los esfuerzos de la OMS en la identificación de casos, aislamiento (cuarentena) y seguimiento de pacientes que hubiesen estado en contacto con pacientes contagiados, la epidemia de SARS pudo ser controlada en poco tiempo y con pocas víctimas mortales. No se han reportado más casos de SARS desde el 2004 (8,9).

En el año 2012, emergió otro coronavirus altamente patógeno en países del medio este, identificado por primera vez en Arabia Saudita, el Coronavirus causante del Síndrome Respiratorio del Medio Este (MERS-CoV) (10).



Ambos, el SARS-CoV y MERS-CoV, fueron transmitidos de animales a humanos, desde una civeta y un camello dromedario respectivamente, pero se piensa que ambos virus fueron originados en murciélagos (10, 11,12).

Desde el año 2002, se han descubierto un gran número de coronavirus relacionados al SARS (SARSr-COVs) en murciélagos, que sirven como huésped reservorio natural para estos virus (13).

En el 2019 se reportó la identificación y caracterización del nuevo coronavirus (2019-nCoV), así como la secuencia genética del virus, confirmando que compartía el 79.6% del genoma con el ya conocido SARS-CoV causante de la epidemia hace 18 años. Adicionalmente, pudieron identificar que el virus es idéntico en 96% de su genoma a coronavirus provenientes de murciélagos (14).

El SARS-CoV utiliza la enzima convertidora de angiotensia 2 (ECA2) como receptor e infecta las células bronquiales epiteliales no ciliadas, y los neumocitos tipo II (15).

El Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité internacional de Taxonomía de Virus, responsable de clasificar y nombrar oficialmente estos virus de la familia Coronaviridae, basado en la filogenia, taxonomía y prácticas establecidas, formalmente reconoce que el 2019-nCoV es hermano de los Coronavirus causantes de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoVs), de la especie de los Coronavirus relacionados al SARS (SARSr-COVs) y designó oficialmente al 2019-nCoV como SARS-CoV2 (14,15).

El SARS-CoV2 pertenece al grupo de los betacoronavirus y está estrechamente relacionado con el SARS-CoV (15).

La ruta transmisión es la ruta de persona a persona. Inicialmente la mayoría de los pacientes identificados, se vincularon directa o indirectamente al mercado de Wuhan, pero algunos casos de personas no vinculadas al mercado, incluyendo familiares de los enfermos fueron reportados. La evidencia sugería que la transmisión persona a persona era posible (16).

El SARS-CoV2 se transmite de persona a persona por contacto directo o indirecto con



secreciones respiratorias o fómites al estornudar o toser. El virus también ha sido aislado en heces humanas (17).

Debido a que los pacientes con COVID-19 pueden presentar tos, entre otros síntomas, la mejor manera de evitar la propagación de la enfermedad COVID-19 es el aislamiento de los pacientes que presenten los síntomas (18).

La propagación de la COVID -19 fue en aumento a mediados de enero 2020, donde se declaró alerta global.

Tuvo origen Wuhan, China, en diciembre de 2019. El primer caso en Panamá, se dio el 8 de marzo del año 2020, caso de una mujer panameña que ingresó al país procedente de Barajas España. Primer fallecido, se dio el 10 de marzo del año 2020. El 13 de marzo de 2020, fue decretado estado de emergencia en el país. Hasta la fecha, se han dado gran número de casos cuyas cifras son relativas y oscilantes que van en aumento por contagios producidos por comportamiento social de la población (5).

Para inicio del año 2023 los casos del virus SARS-CoV-2, han disminuido su propagación, en Panamá hubo seis olas del SARS-CoV-2 y la incidencia de caso es relativa.

Para el año 2023 al mes de marzo en la Región de América, hubo 190,929,396 casos acumulados y 2, 936,820 muertes acumuladas, datos de OPS / OMS.

A nivel mundial hasta el mes de marzo 2023 los nuevos casos fueron 58,388, y los casos acumulados con un total de 759, 408,703 y muertes acumuladas 6, 866,434 (OMS).

Al 2 de agosto de 2023, se han registrado en el mundo alrededor de 769 millones de casos de coronavirus (SARS-CoV-2) (OMS).

Al 3 de agosto de 2023 en la Región de Las Américas, casos acumulados fueron 193,209,562, casos adicionales 20,545, muertes acumuladas 2,958,858 y 370 muertes adicionales (OMS).

En julio de 2023, la positividad de la COVID-19 en Panamá, estuvo en 4.6%, con reporte de una muerte y 321 casos nuevos. El total de muertes hasta ese periodo fue de 8,652 y 1, 047,321 contagios (MINSA).

Según los análisis realizados por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, los virus circulantes en Panamá son: XXBB 1.5, XXBB 1.9.2.1, XXBB1.15,



XXBB1.9.1 y XXBB1.51.3.2 (MINSA) y el MINSA, reporta en agosto 2023, que puede estar circulando la variante de coronavirus ómicron XBB1.16.

A nivel internacional la variante Eris (EG.5), los casos de EG.5 (variante de interés), está circulando en países como EEUU, Reino Unido o Corea, y más recientemente en España y México. Según la OMS, durante el mes de julio 2023, el 44% de los países han notificado un aumento de casos. Hacia el 7 de agosto de 2023, OMS ha detectado casos de coronavirus con la cepa *Eris* en un total de 51 países: la porción más grande proviene de China (2247 casos) y el resto de los países con al menos cien casos son: Estados Unidos (1356), la República de Corea (1040), Japón (814), Canadá (392), Australia (158), Singapur (154), el Reino Unido (150), Francia (119), Portugal (115) y España (107) y México (3) hasta ese periodo.

OMS indicó, que Eris ha tenido un aumento constante en la proporción de casos registrados. Durante la semana epidemiológica número 29 (17 al 23 de julio de 2023), la prevalencia mundial de EG.5 fue del 17%. (OMS).

De la COVID-19, se presentan nuevos casos y continuos y por ello se han presentado cifras a un corte de fecha para la sustentación de este estudio.

Comportamiento social y conducta social

Es el conjunto de disposiciones conductuales, donde coexisten componentes de índole biológico, psicológico y social, en los que hay una gran influencia de las interacciones sociales (el comportamiento individual y su relación con los demás) (18). Son interacciones entre individuos. El comportamiento abarca el total de las conductas de un individuo.

El comportamiento social es determinado por varios factores, que incluye el genético, el ambiente, creencias, emociones y las interacciones sociales (19).

Referente a la genética, se indica, que existen rasgos de la personalidad y el comportamiento, donde ésta influye. Con respecto al ambiente, el comportamiento social puede ser transformado por la influencia de la cultura, educación en el hogar, educación propiamente dicha e inclusive, la cultural laboral. Referente al pensamiento, las creencias, los objetivos y metas que tenga una persona, influyen en el comportamiento social (19).

Las emociones tales como el miedo, la ira y la ansiedad, pueden afectar el



comportamiento social, así también, las relaciones sociales (normas) e interacciones personales, estímulos y repeticiones en la conducta.

El comportamiento social, está influenciado por la capacidad de entender las mentes de los demás, sus intenciones, metas, creencias, y el estado emocional (20).

La importancia del comportamiento social radica en varios factores facilitadores, como la comunicación y la cooperación entre las personas, aspecto esencial para la supervivencia y el bienestar de las sociedades humanas, al mismo tiempo, desarrolla las relaciones humanas, fortaleciendo el desarrollo social y emocional y ayuda a la adaptación al entorno. El comportamiento social, permite a las personas adaptarse al entorno, mediante la formación de normas y expectativas sociales como también, la transmisión de conocimiento, habilidades y el desarrollo de la sociedad (20).

Mediante el comportamiento social, se construye la identidad, se fortalece el desarrollo personal y la capacidad para la comprensión personal, así también es esencial para el bienestar emocional. El comportamiento social permite a las personas tomar decisiones.

Por otro lado, el comportamiento social, contribuye al desarrollo de la sociedad, a través de la creación de instituciones y la formación de normas y reglas (20).

Existen diferentes tipos de comportamiento social que se relacionan con el estado emocional: comportamiento violento, el comportamiento agresivo, la acción de grupo y el comportamiento prosocial (20).

El comportamiento social consiste en la conducta y las acciones exhibidas por los individuos dentro de la sociedad. Los comportamientos sociales de las personas normalmente se corresponden con las acciones aceptables dentro del grupo de iguales de un individuo, mientras que la mayoría de los individuos se esfuerzan por evitar el comportamiento que la sociedad considera inaceptable (20).

El comportamiento emocional es una forma de comportamiento social que hace que los individuos se comporten emocionalmente dentro de los grupos e individualmente. Este tipo de comportamiento expresa emociones como la excitación, el miedo, la alegría, la ira,



la ansiedad y la tristeza (20).

El comportamiento violento y agresivo suele darse en multitudes o grupos. Esto ocurre cuando ciertos individuos dentro de un grupo actúan de forma violenta o agresiva, y otros copian el comportamiento. La presión para ajustarse a las acciones del grupo normaliza el comportamiento. Este tipo de comportamiento es común durante los saqueos y los disturbios (20).

El comportamiento prosocial es un comportamiento social que se considera altruista. Este tipo de comportamiento, consiste en ayudar a los demás mediante acciones desinteresadas. Por ejemplo, el comportamiento prosocial se produce cuando un individuo ayuda a otro sin esperar una acción a cambio (20).

La acción de grupo, es un comportamiento social que se produce cuando las personas se reúnen en grandes grupos e intentan cambiar un aspecto concreto de la sociedad. La acción de grupo tiene un propósito particular, que influye en los comportamientos tanto negativa como positivamente (20).

La conducta social es un tipo de respuesta que puede percibirse, únicamente, entre individuos de una misma especie (relación intraespecífica), como un proceso de comunicación. Hace referencia a la conducta que mantiene y desarrolla el sujeto en su entorno con más individuos similares (20).

Los griegos fueron los primeros en estudiar el comportamiento social, identificaron que el humano adquiere los principios morales del entorno que lo rodea, compuesto por la Sociedad (20).

La conducta social es estudiada en las ramas de la biología, psicología y sociología y se analiza cómo las personas, se desarrollan y reaccionan al estar solos o acompañados (19).



Comportamiento social humano

Se examina la motivación e intenciones que adquiere una persona, para impresionar a otros, cómo es afectada por la respuesta de la sociedad (o su entorno) y la manera en que repercute, dicha opinión (20).

Los comportamientos constituyen en la actualidad un tema de gran importancia social, debido a sus efectos en diferentes ámbitos en la sociedad. La actitud y el comportamiento social, ambos conceptos, guardan relación (20).

Sociedad humana

Es la agrupación natural o pactada entre personas que constituyen una unidad distinta de cada uno de los individuos, con el fin de cumplir mediante la mutua cooperación todo o algunos de los fines de vida (20).

Es una entidad poblacional considerando los habitantes y su entorno (lazos económicos, ideológicos y políticos). El comportamiento de las personas, está influenciado por las normas sociales (20):

- Lo que perciben que otros están haciendo.
- Lo que piensan que otros aprueban o desaprueban.
- Aunque las personas están influenciadas por las normas, sus percepciones a menudo son inexactas. Por ejemplo, las personas pueden subestimar los comportamientos que promueven la salud (por ejemplo, lavarse las manos) y sobrestimar los comportamientos poco saludables.
- El comportamiento de las personas, expresan no cumplir las medidas establecidas y que este obedece a factores culturales, familiares, laborales y económicos.
- Otro aspecto de considerar es la ansiedad que genera la condición de confinamiento. El hombre tiende a responder con reacciones ante el miedo y ansiedad frente a un peligro. El miedo es una emoción que estimula la respuesta



ante un peligro, así como estimula conductas inesperadas ante amenazas (20).

Características del comportamiento social:

El comportamiento social, es la relación que ocurre entre seres vivos de una misma especie y también es aquella realizada por individuos de diferentes especies.

En el comportamiento social, se satisfacen tres necesidades sociales y biológicas: adquisición de recursos del medio ambiente, la reproducción y la dominación social (20).

La conducta social está relacionada con la necesidad de sobrevivir y reproducirse. También es perceptible el desarrollo de la competencia intraespecífica, la cual es competencia entre los individuos de una misma especie, por la lucha y adquisición de espacio o alimentos (20).

Conducta socialmente aceptada:

El comportamiento socialmente aceptado o comportamiento ético social, se relaciona con lo que una sociedad considera moralmente correcto y cómo, los individuos que la componen, son capaces de adaptarse a dicha sociedad, o no (20, 21).

Ejemplos: respetar, mantener una actitud humilde sin hacer diferencias, ser una persona solidaria y querer ayudar a los demás, trabajar junto con la comunidad a la que se pertenece, con pautas morales y de justicia (20,21).

Relación de la cultura y el comportamiento social humano:

Es necesario formar parte de una sociedad, con la pretensión de adquirir el más alto estatuto en la misma. Como cada sociedad es diferente, en cada una de estas, los individuos desarrollarán diferentes características para poder alcanzar sus metas. Las características son distintas entre personas de sociedades diferentes, pero indistintas entre individuos que forman parte de una misma sociedad, lo que se conoce como cultura. Cada cultura afectará de una manera diferente al comportamiento social del individuo. Esto ocurre, porque en cada sociedad existe una manera diferente de alcanzar un



“estatus social importante.” Por tanto, cada persona amoldará su conducta y personalidad acorde a lo que la sociedad (o cultura de la misma) establezca como correcto y atractivo (20).

Tipos de comportamiento social

El comportamiento de la sociedad es siempre el mismo, pero existen diversos principios que pueden afectarlo, generando distintos tipos de conductas sociales, entre estos (20):

- **Factor cultural**

Afecta a las personas desarrollando una conducta adaptada a la sociedad de la que forman parte.

- **Comportamiento social de la colectividad y las masas**

El comportamiento ante la sociedad de una persona, varía según lo que hagan o piensen los individuos del mismo entorno.

- **Influencia social**

Se refiere a la capacidad que tiene un individuo de ser persuadido para ser o, hacer algo. Existen dos tipos de influencia social: la informativa y la normativa.

Informativa no tiene un criterio desarrollado sobre un tema y el individuo y en la normativa se presenta el punto de vista (20).

Normas de conducta social

Las normas del comportamiento social, son aquellas que rigen la conducta social de las personas. Las mismas deben ser seguidas para que haya paz y armonía entre los individuos de una misma sociedad. Las normas sociales no están estipuladas, ni son aclaradas en ningún momento (20).

De hecho, el incumplimiento de una norma social no significa un castigo, sin embargo, aquellos que no las cumplan, terminaran siendo socialmente rechazados por el resto de los individuos del entorno (20).



Comportamiento prosocial

Para entender que es un comportamiento social, es importante saber diferenciarlo del comportamiento prosocial, el cual solo se encuentra en personas quienes poseen un gran equilibrio emocional. La conducta prosocial es gratamente aceptada por individuos de cualquier parte del mundo, por lo que ésta incluso, se antepone ante los valores o hábitos de cualquier cultura (20).

La característica principal de este tipo de comportamiento consiste en querer ayudar a las personas, proporcionándoles un bien sin la intención de obtener algo cambio (20).

Actitudes prosociales: Donar dinero o bienes propios, ayudar a alguien con algún problema, ser una persona abierta, la cual transmita conocimiento de sumo valor a quien sea que esté dispuesto escucharlo (20).

Valores del comportamiento social y disvalores sociales

Los valores son muy similares a las normas sociales. Sin embargo, estos se encuentran, a su vez, estrechamente relacionados con la cultura de la sociedad, ejemplo: respeto, amor y tolerancia (20).

Los disvalores o contravalores son todos aquellos contrarios a los valores, se refieren a las características en la conducta de las personas socialmente inaceptables, ejemplo desprecio, egoísmo, irresponsabilidad, soberbia e intolerancia (20).

Estudios CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)

Las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), se utilizan para reunir valiosa información cuantitativa que puede servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación (22).

Las encuestas CAP son, en sí mismo, un método cuantitativo de recogida de datos, cuyo objetivo es cuantificar y medir un fenómeno. Sin embargo, este tipo de cuestionarios también permite recoger información cualitativa. Utilizar la metodología CAP permite



entender lo que se dice y lo que se hace respecto de un tema. Dispone de preguntas predefinidas y formateadas en cuestionarios estandarizados que da acceso a informaciones. Las preguntas CAP tienden a hacer visibles y localizables ciertos rasgos característicos en los saberes, actitudes y comportamientos (22).

Conocimiento: el conocimiento representa un conjunto de cosas conocidas, de saber y de ciencia. También incluye la capacidad de representarse, la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que es necesario realizar esfuerzos en materia de información y educación (23).

Actitud: la actitud es una forma de ser, una postura. Se trata de tendencias, de disposiciones a. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar que, entre las posibles alternativas de un sujeto sometido a un estímulo, éste adopte una determinada práctica y no otra. Las actitudes no se pueden observar de manera directa como las prácticas (23).

Prácticas: las prácticas o comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. Son el aspecto concreto, la acción (23).

Una encuesta CAP permite: medir la amplitud de una situación conocida, confirmar o invalidar una hipótesis, proporcionar nuevas pistas sobre la existencia de una situación. Reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a determinados temas, destacar qué se conoce sobre diversos sujetos relacionados a un tema de estudio, constituir el valor de referencia que servirá en evaluaciones futuras y permitirá medir la eficacia de las actividades de educación por la evolución de los comportamientos y pensar una estrategia de intervención con respecto a los aspectos específicos del contexto y de los factores socioculturales que influyen en él con el objeto de planificar actividades mejor adaptadas a la población destinataria y profundizar en la comprensión de una situación (22). Una encuesta CAP recoge una opinión general y se basa en el declarativo, recoge lo que se dice (23).

Las encuestas CAP recopilan datos valiosos que pueden servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación en cualquier ámbito social (23).



Conocimiento:

El término conocimientos se refiere al nivel de concienciación y comprensión que se tiene con relación a temas específicos (23).

El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprehender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto, el Quién conoce, pero lo es también a la cosa que es su objeto, el Qué se conoce. La realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento humano (23).

Al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, el conocimiento obtenido por la experiencia, se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional (23).

Conocimiento empírico o conocimiento vulgar, es el conocer inicial aprendido en la vida diaria derivada de la experiencia (23).

Conocimiento filosófico, conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico (23).

El conocimiento filosófico es crítico, no acepta métodos ni reglas preestablecidas, aunque ya hayan sido validadas y aceptadas. Somete todo al análisis, sin ninguna influencia ni la de sus propios principios (24).

Conocimiento Metafísico: va más allá de lo observable y entendible, al afirmar que el campo científico, físico, es finito y que por tanto donde acaba la ciencia comienza la filosofía (24).

Conocimiento universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal (24).

Conocimiento teórico es la interpretación de la realidad derivados de la comunicación con otros, no es directa ejemplo filosóficos y científicos (24).

Conocimientos prácticos que proponen un fin para realizar una acción y modelan la



conducta (éticos y políticos) (24).

Conocimiento a priori por razón personal sin experiencias y conocimiento a posteriori a partir de la experiencia y su validación en aprendizaje (24).

Conocimiento tecnológico es la aceptación de valores y creencias derivados de una revelación espiritual (24).

Hay varias teorías del conocimiento destacan la de Jean Piaget sobre la teoría cognitiva y la de Lev Vygotski sobre la teoría sociocultural (24).

Existen varias vías para adquirir conocimiento entre ellas: la de autoridad (padres a hijos), a través de la tradición mediante las prácticas sociales tradicionales, la intuición, experiencias e Investigación científica (25).

Actitud

La actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción cognitiva y coherente con los afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes surgen de objetos de los que se conoce (26).

La estructura de la actitud, está compuesta por el componente cognitivo, el componente afectivo y el componente conductual. El componente cognitivo se encuentra formado por el conjunto de las percepciones del objeto (26).

El componente afectivo, se refiere a los sentimientos o emociones que se experimentan en contra o a favor del objeto. Es decir, es el componente que hace experimentar rechazo o aceptación hacia el objeto, teniendo en cuenta la valoración emocional, positiva o negativa, que se hace del mismo (26).

El componente conductual, engloba la disposición a la acción, así como las conductas destinadas hacia el objeto de actitud. Las actitudes guardan una estrecha relación con la conducta y, por tanto, las actitudes van a influir en el modo en el que se piensa y actúa (26). La actitud tiene varias funciones:



Función de control o de estructuración, se cumple gracias a la aportación de las actitudes, permiten pronosticar qué esperar de situaciones novedosas y evitar tensiones. A esta función se le conoce como la función de organización del conocimiento o función cognoscitiva (27).

Función instrumental o utilitaria. Las actitudes sirven de ayuda a las personas a alcanzar los objetivos que les reporten recompensas o beneficios y evitar que les proporcionen aspectos indeseados (27).

Otra función es conservar la autoestima, como la autoestima perteneciente al grupo en el cual se identifica la persona. No todo es positivo en esta función, ya que el mantenimiento de la autoestima o la autoestima en un grupo, puede llevar a hacer estimaciones negativas de personas pertenecientes a grupos con distintos valores y principios que el propio y, por tanto, dar lugar a actitudes basadas en prejuicios hacia los mismos (27).

La actitud es una postura, una disposición de respuesta a un estímulo para adoptar, es una práctica y es difícil medirla (27, 28, 29).

Práctica

Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

Las prácticas o comportamientos observables son respuestas a un estímulo, son concretas derivadas de una acción y lo que se observa que una persona hace (30).

Características de la práctica, se pueden identificar las siguientes (30):

Habilidad.

La práctica supone una habilidad adquirida a partir de la puesta en marcha de cierta técnica.

Costumbre

Se trata de una rutina o de un estilo para hacer que las cosas ocurran.



Método

Procedimiento y manera de ejecutar las acciones a partir de la observación y el cumplimiento de pasos o caminos que permiten llegar al éxito.

Doctrina

Aplicación de algún tipo de creencia e ideales.

Entrenamiento.

Ejercicio que responde a normas o pasos preestablecidos.

Desempeño

Una buena práctica tendrá como resultado un mejor desempeño que se realiza y será garantía para incrementar el nivel y hacer mejor aquello que se le ha encomendado

La práctica, o la forma como ésta se entiende, está determinada por la concepción de mundo y el ideal de sujeto que se tenga en un momento histórico determinado (31).

En general, la práctica es una manera de transformar una realidad, de acercarse a ella y plantear alternativas de solución hacia determinadas dificultades, aun desconociendo cual será la solución verdadera y real para cada situación (31).

La práctica es lo concreto y contextualizado, todo lo que no es teoría, lo abstracto, lo universal e independiente.

VII. Metodología

Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, se identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social ante la pandemia e infección por la COVID-19 y se realizará un análisis de la relación de las variables identificadas del comportamiento social e infección por la COVID -19.



Área de estudio

El estudio se realizó en la Provincia de Panamá en el Distrito de San Miguelito, en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo, localizado en el Corregimiento Belisario Porras. (Figura N°1).

El Distrito de San Miguelito limita al norte con el Corregimiento de Alcalde Díaz y Ancón; al Sur con los Corregimientos de Río Abajo y Pueblo Nuevo; al Este con los Corregimientos de Juan Díaz, Pedregal y Tocumen; y al Oeste con los Corregimientos de Alcalde Díaz, Las Cumbres, Ancón y Betania. Con una superficie total de 50 Km². Posee 9 corregimientos: Amelia Denis de Icaza, Belisario Porras, José Domingo Espinar, Mateo Iturralde, Victoriano Lorenzo, Belisario Frías, Omar Torrijos, Arnulfo Arias y Rufina Alfaro (32).

El distrito de San Miguelito se caracteriza por un gran crecimiento poblacional con una tasa de crecimiento para el 2020 de 1.46, con afluencia de población inmigrante procedente en su mayoría de Centroamérica, Colombia y Venezuela. El distrito se caracteriza por ser una ciudad dormitorio, predomina el empleo informal. Las principales actividades a las que se dedica la población económicamente activa son: Comercio al por mayor y al detal, Industrias Manufactureras, Construcción, Transporte de almacenamiento y Comunicaciones, Servicio Doméstico, Actividades inmobiliarias. Se estima un porcentaje de 25.4% de personas pobres que representa 96,886 personas, segregadas en 38,721 (10.1%) de extrema pobreza y 58,465 (15.3%) pobres. Existe un incremento de los grupos delincuenciales altamente peligroso. Los niveles de violencia están afectando la salud de la población y ponen en riesgo la seguridad de los miembros del equipo de salud para el desarrollo de sus actividades en la comunidad (32).

En el contexto social se identifican los siguientes problemas: embarazo en adolescentes, desintegración familiar, violencia familiar, desempleo, deserción escolar, alcoholismo y drogadicción, pérdida de valores morales y sociales, hacinamiento, malas condiciones de viviendas, inseguridad y déficit de saneamiento Ambiental (32).

Los asentamientos informales o invasiones territoriales, ha sido lo característico desde los inicios del distrito por lo que se evidencia un crecimiento no planificado, escasez de agua



potable, mala condiciones de las carreteras, acueductos rurales en mal estado o colapsados o sin clorinadores instalados, deficiencia o ausencia de red de alcantarillados, mala disposición de los desechos sólidos, debido a la falta de educación ambiental de la comunidad y al deficiente servicio de recolección. Contaminación ambiental en ríos, lagos y quebradas. De igual manera se evidencia contaminación visual y auditiva (32).

El Corregimiento Belisario Porras

El Corregimiento Belisario Porras, limita al norte con el corregimiento de Belisario Frías, al oeste con el corregimiento de Omar Torrijos, al suroeste con el corregimiento de Amelia Denis de Icaza, al noreste con el corregimiento de Arnulfo Arias, al este y sur con el corregimiento de José Domingo Espinar.

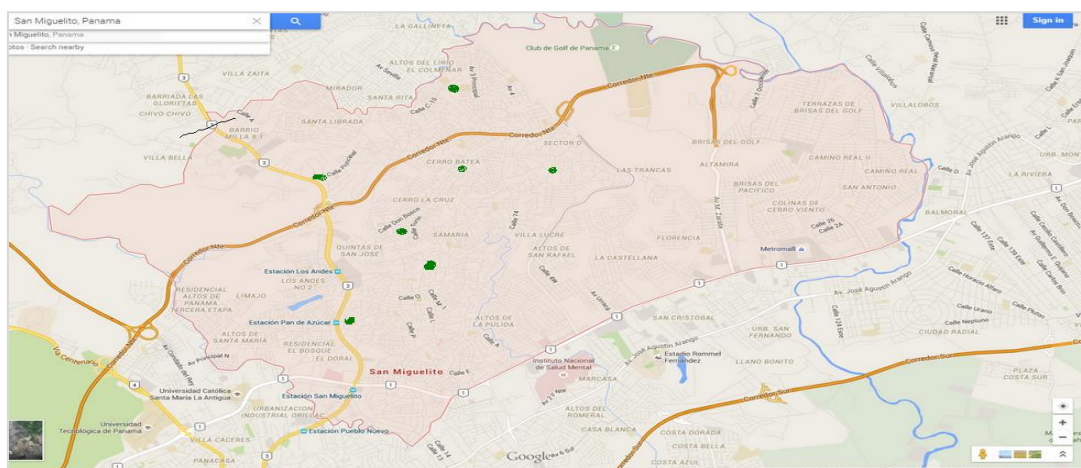
Su cabecera es Samaria. La localidad tiene 57,779 habitantes, según proyección poblacional estimada al año 2020.

El nombre de este corregimiento nació de la gran figura liberal y tres veces presidente de la República, doctor Belisario Porras (33).

Este corregimiento tiene 57, 779 habitantes en un área de 20 Kms². Limita al norte con el corregimiento Belisario Frías, al norte con los corregimientos Amelia Denis de Icaza y José Domingo Espinar, al este con Arnulfo Arias y al Oeste con Amelia Denis de Icaza. Consta de barriadas como Altos del Mirador, Don Bosco, El Mamey, el Valle de Sinaí, San José, Los Pinos, Louis Martinz, Tinajitas, Nueva Providencia, Nuevo Veranillo, Ojo de Agua, Samaria y Puerta del Sol (33).



Figura N° 1. Distrito de San Miguelito



Fuente: Análisis de situación de salud, Región de Salud de San Miguelito 2016.

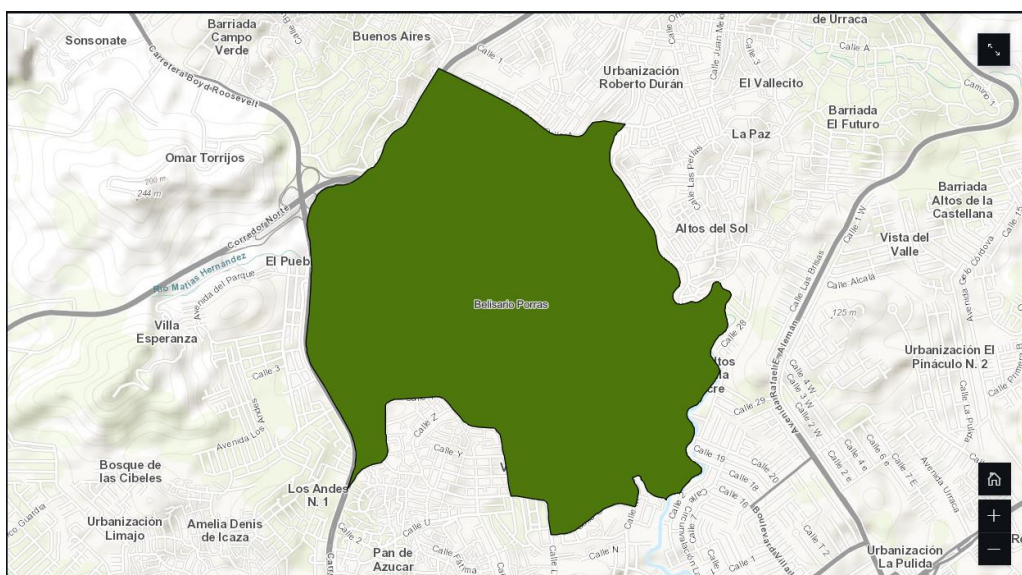
Figura N° 2. Corregimientos del Distrito de San Miguelito, Censo 2010



Fuente: ASIS, Región de Salud de San Miguelito, 2016.

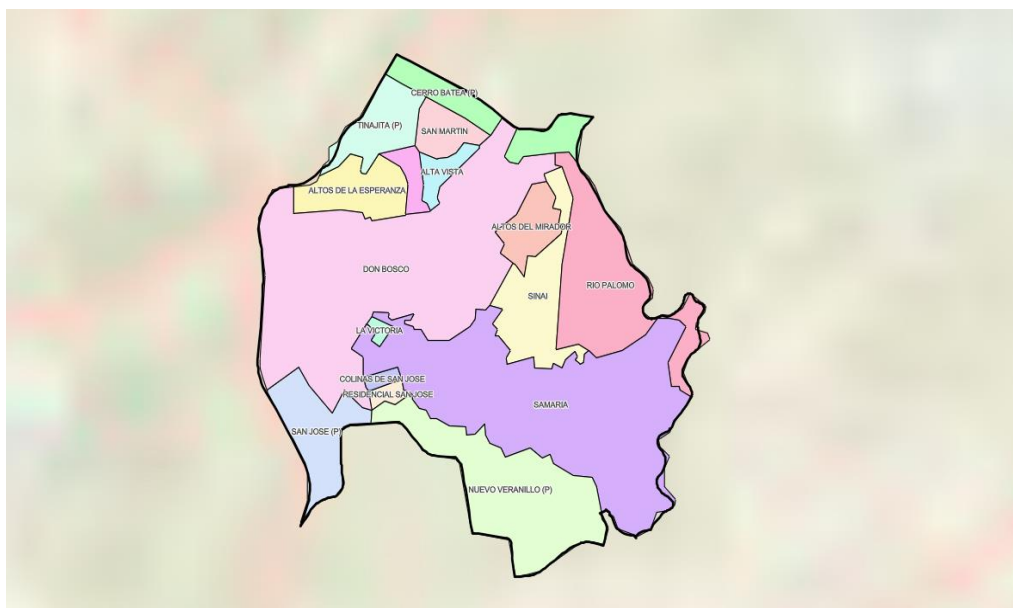


Figura N° 3. Localización del Corregimiento Belisario Porras



Fuente: ASIS, Región de Salud de San Miguelito, 2016.

Figura N°4. Barrios del Corregimiento Belisario Porras



Fuente: ASIS, Región de Salud de San Miguelito, 2016.



Cuadro N° 1 Estimación de la Población del Distrito de San Miguelito, Por Corregimiento, Según Sexo y Edad. Año 2020.

Sexo y edad	TOTAL	Estimación al 1 de julio								
		Amelia Denis de Icaza	Belisario Porras	José Domingo Espinar	Mateo Iturralde	Victoriano Lorenzo	Arnulfo Arias	Belisario Frías	Omar Torrijos	Rufina Alfaro
TOTAL.....	380,899	44,056	57,424	56,779	13,409	18,369	36,914	51,447	42,748	59,753
0-4.....	28,122	2,426	4,770	3,430	776	1,159	3,700	4,507	3,092	4,262
5-9.....	28,043	2,657	4,958	3,616	729	1,115	3,408	3,920	2,967	4,673
10-14.....	27,398	3,016	4,690	3,650	744	1,110	3,503	3,949	2,864	3,872
15-19.....	27,349	3,248	4,394	3,996	850	1,157	3,371	4,057	2,811	3,465
20-24.....	27,081	3,341	4,143	4,071	953	1,370	3,203	4,114	2,963	2,923
25-29.....	26,334	3,035	3,957	3,682	896	1,343	2,957	4,313	3,041	3,110
30-34.....	28,122	2,914	4,688	4,029	838	1,263	2,656	3,716	3,355	4,663
35-39.....	29,223	3,145	4,821	4,014	860	1,218	2,344	3,228	3,271	6,322
40-44.....	29,972	3,685	4,311	4,547	1,089	1,463	2,461	3,165	3,124	6,127
45-49.....	27,352	3,664	3,523	5,099	1,068	1,330	2,530	3,178	2,362	4,598
50-54.....	24,991	2,993	2,912	4,907	1,027	1,256	2,462	3,817	2,362	3,255
55-59.....	21,817	2,511	2,781	3,865	637	1,048	1,768	3,514	2,671	3,022
60-64.....	17,756	1,911	2,460	2,528	537	922	1,037	2,493	2,766	3,102
65-69.....	13,178	1,916	1,986	1,665	540	703	566	1,390	1,860	2,552
70-74.....	9,493	1,460	1,357	1,262	579	610	422	918	1,330	1,555
75-79.....	6,553	1,055	822	993	515	555	296	566	845	906
80 y más.....	8,115	1,079	851	1,425	771	747	230	602	1,064	1,346
HOMBRES.....	186,193	22,359	29,019	26,670	6,561	8,937	18,309	25,450	20,874	28,014
0-4.....	14,646	1,521	2,459	1,704	370	574	1,876	2,386	1,590	2,166
5-9.....	14,760	1,437	2,551	1,933	407	564	1,728	2,057	1,554	2,529
10-14.....	13,964	1,591	2,350	1,837	371	548	1,858	1,978	1,471	1,960
15-19.....	13,662	1,723	2,251	1,983	437	574	1,647	1,968	1,375	1,704
20-24.....	13,407	1,760	2,048	2,011	469	680	1,606	1,962	1,477	1,394
25-29.....	13,044	1,636	1,986	1,781	428	640	1,401	2,192	1,561	1,419
30-34.....	14,507	1,634	2,478	2,027	424	662	1,403	2,034	1,739	2,106
35-39.....	14,972	1,628	2,593	1,979	455	641	1,214	1,691	1,756	3,015
40-44.....	15,290	1,821	2,430	2,203	592	801	1,189	1,666	1,569	3,019
45-49.....	13,040	1,753	1,786	2,260	541	694	1,137	1,460	1,194	2,215
50-54.....	11,569	1,568	1,329	2,152	535	633	1,201	1,585	1,053	1,513
55-59.....	9,930	1,241	1,272	1,714	293	430	851	1,727	1,093	1,309
60-64.....	7,909	842	1,139	1,186	246	419	497	1,217	1,145	1,218
65-69.....	5,619	741	966	697	217	307	256	599	864	972
70-74.....	3,918	596	617	419	211	241	221	410	582	621
75-79.....	2,739	427	399	345	206	212	129	264	370	387
80 y más.....	3,217	440	365	439	359	317	95	254	481	467
MUJERES.....	194,706	21,697	28,405	30,109	6,848	9,432	18,605	25,997	21,874	31,739
0-4.....	13,476	905	2,311	1,726	406	585	1,824	2,121	1,502	2,096
5-9.....	13,283	1,220	2,407	1,683	322	551	1,680	1,863	1,413	2,144
10-14.....	13,434	1,425	2,340	1,813	373	562	1,645	1,971	1,393	1,912
15-19.....	13,687	1,525	2,143	2,013	413	583	1,724	2,089	1,436	1,761
20-24.....	13,674	1,581	2,095	2,060	484	690	1,597	2,152	1,486	1,529
25-29.....	13,290	1,399	1,971	1,901	468	703	1,556	2,121	1,480	1,691
30-34.....	13,615	1,280	2,210	2,002	414	601	1,253	1,682	1,616	2,557
35-39.....	14,251	1,517	2,228	2,035	405	577	1,130	1,537	1,515	3,307
40-44.....	14,682	1,864	1,881	2,344	497	662	1,272	1,499	1,555	3,108
45-49.....	14,312	1,911	1,737	2,839	527	636	1,393	1,718	1,168	2,383
50-54.....	13,422	1,425	1,583	2,755	492	623	1,261	2,232	1,309	1,742
55-59.....	11,887	1,270	1,509	2,151	344	618	917	1,787	1,578	1,713
60-64.....	9,847	1,069	1,321	1,342	291	503	540	1,276	1,621	1,884
65-69.....	7,559	1,175	1,020	968	323	396	310	791	996	1,580
70-74.....	5,575	864	740	843	368	369	201	508	748	934
75-79.....	3,814	628	423	648	309	343	167	302	475	519
80 y más.....	4,898	639	486	986	412	430	135	348	583	879

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá 2023.



Centro de Salud de Nuevo Veranillo

El Centro de Salud de Nuevo Veranillo es una instalación de salud que dispone de equipos interdisciplinarios de salud, que atiende aproximadamente a un promedio de 450 pacientes diarios de los corregimientos de Belisario Porras (60%), José Domingo Espinar (15%), Mateo Iturralde (15%) y Victoria Lorenzo (10%).

Dispone alrededor de 80 funcionarios: 7 médicos generales, 1 dermatólogo, 10 odontólogos, 1 farmaceuta, 1 técnico en Rayos X, 1 técnico en electrocardiogramas, 4 asistentes de odontología, 1 médico veterinario, 4 inspectores de malaria, 3 pediatras, 1 psiquiatra, 4 enfermeras, 1 trabajadora social, 6 auxiliares de enfermería, 6 inspectores químicos, 4 ginecólogos, 1 otorrino, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 4 maestras de pre-escolar, 1 asistente de nutrición, 2 asistentes de laboratorio, 5 inspectores de vectores, 1 asistente de salud, 3 inspectores de salud ambiental y un asistente de farmacia, entre otros/as (33).

Antecedentes de la COVID -19 en el Distrito de San Miguelito y el Corregimiento Belisario Porras

Antecedentes estadísticos:

La crisis sanitaria producto del Coronavirus (SARSCoV-2), impactó en los niveles de pobreza y desigualdad.

El primer caso de COVID-19 en la Región de Salud de San Miguelito, se notificó el 10 de marzo de 2019 y hasta octubre de 2020, hubo un acumulado de 14,771 casos (Tabla N°1), siendo los hombres más afectados, representando el 50.53% (7,449/14,771) de los casos (33).

Para es mismo periodo se identificó al Corregimiento Belisario Porras con el mayor número de casos (Tabla N°2) (33).

Se dieron más casos activos en aislamiento y cuarentena el Corregimiento Belisario Porras para ese mismo periodo (Gráfico N° 1) (33).

En la semana 28 se dio el mayor número de defunciones del año 2020 (Gráfico N° 4) (33).

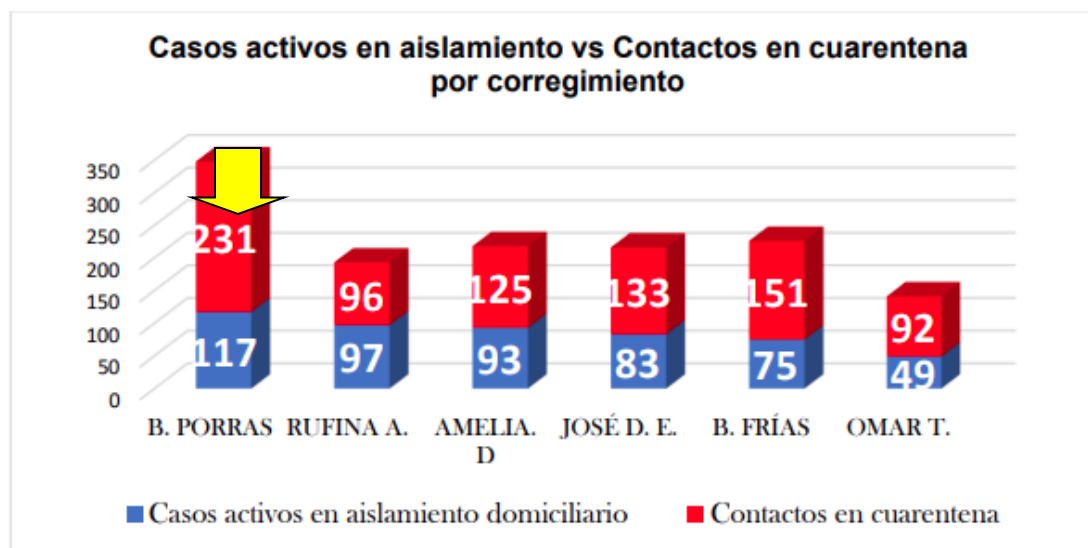


Tabla N° 1. Casos confirmados en la semana epidemiológica 43 del año 2020 en San Miguelito. Año 2020.

	# CASOS
ACUMULADO TOTAL	14771
RECUPERADOS	13943
DEFUNCIONES	407
CASOS ACTIVOS	828
CUARENTENA DOMICILIARIA	694
HOSPITALIZADO	72
HOTEL	62

Fuente: Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito, año 2020.

Gráfico N° 1. Casos Activos en aislamiento y Contactos en Cuarentena por Corregimiento. Distrito de San Miguelito. Año 2020.



Información actualizada al 25 de octubre 2020

Fuente: Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito, año 2020.



Tabla N° 2. Total, de nuevos casos de la COVID-19 en la semana epidemiológica 43, Distrito de San Miguelito. Año 2020.

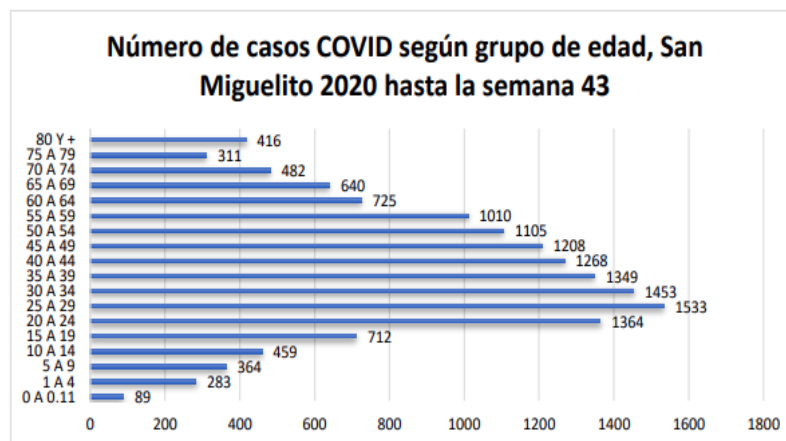
INCIDENCIA SEXO	TOTAL	F	M
SEMANA 43		TOTAL	TOTAL
		(F)	(M)
AMELIA DENIS DE ICAZA	1578	797	781
ARNULFO ARIAS MADRID	1598	799	799
BELISARIO FRÍAS	2643	1333	1310
BELISARIO PORRAS	3120	1488	1632
JOSÉ DOMINGO ESPINAR	1447	737	710
MATEO ITURRALDE	646	312	334
OMAR TORRIJOS	1831	874	957
RUFINA ALFARO	1174	589	585
VICTORIANO LORENZO	734	393	341
NO ESPECIFICADO	0	0	0
TOTAL	14771	7322	7449

Fuente: Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito, año 2020.

El grupo de edad mayormente afectado fue el de 20 a 39 años con un total de 6,967 casos, seguido por el grupo de 40 a 59 años con 5,316 casos para el año 2020, (Gráfico N° 2).



Gráfico N° 2. Casos COVID-19, según grupo de edad. Distrito de San Miguelito. Año 2020.

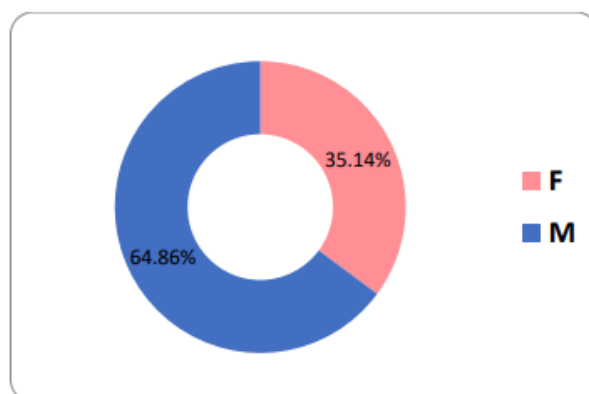


Fuente: Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito, año 2020.

Las defunciones por COVID -19 en el Distrito de San Miguelito, se dieron en su mayoría en hombres afectando para la semana epidemiológica 43 en el año 2020, al 64.86% de los mismos.

Estadísticamente hasta ese periodo fallecieron 407 de 14,771 afectados (Tabla N° 3) y se mantenía una letalidad del 2.8%.

Gráfico N°3. Porcentaje de afectados por la COVID -19, según género, Distrito de San Miguelito. Año 2020.



Fuente: Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito, año 2020.

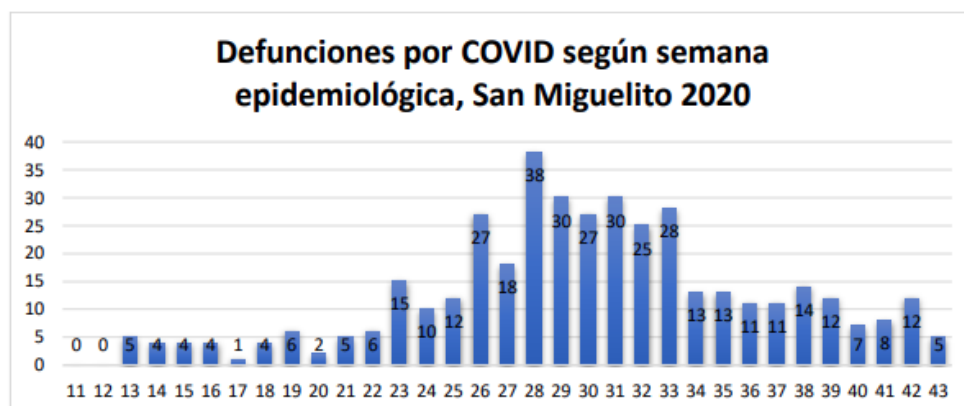


Tabla N° 3. Defunciones y porcentaje de letalidad por COVID- 19, según corregimiento del Distrito de San Miguelito. Año 2020.

CORREGIMIENTO	POBLACIÓN	# DEFUNCIONES	LETALIDAD	TASA X 10MIL HAB
AMELIA DENIS DE ICAZA	44056	49	3,08%	11,12
ARNULFO ARIAS MADRID	36914	36	2,25%	9,75
BELISARIO FRÍAS	51447	71	2,71%	13,99
BELISARIO PORRAS	57424	85	2,80%	15,32
JOSÉ DOMINGO ESPINAR	56779	44	3,21%	8,28
MATEO ITURRALDE	13409	18	2,91%	14,17
OMAR TORRIJOS	42748	60	3,26%	14,04
RUFINA ALFARO	59753	26	2,23%	4,52
VICTORIANO LORENZO	18369	18	2,44%	9,80
TOTAL	380899	407	2.8	11.22

Fuente: Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito, año 2020.

Gráfico N° 4. Defunciones por la COVID -19, por semana epidemiológica 43. Distrito de San Miguelito. Año 2020.



Fuente: Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito, año 2020.



Universo estudio

El universo estudio correspondió a la población adulta de 20 a 59 años, que acudió al Centro de Salud de Nuevo Veranillo a atención por morbilidad no infecciosa y control de salud durante tres meses, agosto, septiembre y octubre (del año del estudio), cuya procedencia fue de las comunidades del corregimiento de Belisario Porras.

Observación: el entrevistado que era menor de edad en el año 2019 y actual disponía de 20 años de edad, en el instrumento encuesta, se indicó un salto de pregunta, respecto a el trabajo, viajes y otros, por ser menor de edad durante la pandemia.

El Universo calculado esperado fue de 9,720 personas adultas de 20 a 59 años, que correspondieron al total de personas que acudieron a la instalación de salud en tres meses, conociendo que el promedio de atención diario era de 450 personas y la representatividad de procedencia de los que acudían al centro de salud por atención y control de salud del Corregimiento Belisario Porras, correspondían al 60 % del promedio del diario de personas atendidas, los cuales, se abordaron en tres días semanales (martes, miércoles y jueves).

El 60 % de 450 = 270 cuota diaria promedio.

Cuota en 12 días (mensual) 3,240 personas y en 3 meses un total esperado de 9,720 personas.

Diseño Muestral

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula de cálculo de la muestra para poblaciones finitas.

Fórmula:

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



Siendo: n:	Tamaño de la muestra buscado.
N: 9,720	Tamaño de la población universo. (60 % de 450 promedio de personas = 270 personas diarias, abordaje en 12 días mensual (3,240) en 3 meses = 9,720)
Z: (95%) = 1.96	Nivel de confianza.
e: 5 % (0.05)	Error de estimación máximo aceptado.
p: 50% (0.5)	Probabilidad que ocurra el evento estudiado.
q: (1-p) = 0.5	Probabilidad que no ocurra el evento estudiado.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{9,720 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (9,720-1) + (1.96)^2 (0.5) \times (1-0.5)}$$

$$n = \frac{9,720 (3.8416) \times (0.5) \times (0.5)}{(0.0025) \times (9,719) + (3.8416) \times (0.25)}$$

$$n = \frac{9,335.088}{24.39354}$$

$$n = 383$$



Selección de la muestra:

Metodología para la selección de la muestra representativa del estudio

El tamaño muestral ($n= 383$), se estimó mediante fórmula para poblaciones finitas, la selección de participantes, se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia debido a limitaciones operativas y de acceso.

Se seleccionó la muestra de la población heterogénea adulta de 20- 59 años procedente de las comunidades o barrios del corregimiento Belisario Porras (12 barrios), (las comunidades corresponden a Altos del Mirador, Don Bosco, El Mamey, el Valle de Sinaí, San José, Los Pinos, Louis Martinz, Tinajitas, Nueva Providencia, Nuevo Veranillo, Ojo de Agua, Samaria y Puerta del Sol) de la demanda efectiva, que acudan a la instalación de salud para control y atención de salud por morbilidad no infecciosa, durante tres meses (agosto, septiembre y octubre), hasta cumplir el periodo establecido con el total de las personas que consientan participar del grupo específico con las características requeridas, considerando los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio y que correspondan al total de la muestra calculada de 383 personas. Se empleó el método de la entrevista directa mediante la aplicación de un cuestionario de encuesta elaborado para recolección de los datos.

Si el entrevistado al momento de aplicar el formulario de encuesta, tenía 20 años de edad y durante la pandemia era menor de edad, algunas de las preguntas del formulario relacionado a procesos de trabajo laboral, viajes entre otros, en el formulario de encuesta fueron señaladas para realizar salto de pregunta con un recuadro marcado con este símbolo , pregunta de salto * y pasar a la siguiente pregunta.



Variables del estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Indicador
Variables dependientes			
Comportamiento social	Conducta en el entorno social en situaciones diversas, donde se exponen las actuaciones sociales que permiten la comunicación e interacción.	Manifestación expresiva del comportamiento (conductas) en el ámbito social, interrelación de cultura, hábito y costumbre y movilización individual y masiva.	Conjunto de Conocimientos, Actitudes y Prácticas, Expresados en Estilo de vida. Tipo de movilización social (laboral, marchas, huelgas, protesta, diversión, eventos sociales, reuniones y viajes).
Infección por la COVID -19	Síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) y la enfermedad que causa se llama enfermedad por coronavirus.	Signos y síntomas caracterizados por la infección de la COVID -19.	Prueba Covid-19 positiva – no reactiva.
Variables moderadoras			
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.	Número de años cumplidos.	Años cumplidos.
Sexo	Características biológicas que definen el espectro de humano como hombre y mujer.	Características físicas y genéticas que distinguen de Hombre o Mujer.	Hombre o Mujer.
Etnia	Ascendencia y rasgos culturales, lingüísticos, religiosos propios según origen.	Características sociales y culturales, la procedencia y experiencias.	Indígena y no indígena.
Nacionalidad	Vínculo jurídico, político y anímico entre una persona y un-Estado.	Sentido de pertenencia a un país por nacimiento.	País de nacimiento.
Estado civil	Condición legal de una persona según el registro civil.	Si dispone pareja o no.	Soltero, casado, unido, divorciado, viudo.
Área o procedencia	Lugar donde se reside o proviene	Área geográfica de origen o residencia Distrito, Corregimiento, barrio.	Localización geográfica.
Economía-ingreso	Dinero percibido por actividad económica o relación laboral.	Estatus monetario de ingreso.	Ingreso mensual promedio en unidad monetaria.



Ocupación	Trabajo que desempeña según grado de estudios	Expresión manifiesta de la labor que se realiza.	Tipo de trabajo que realiza.
Educación (nivel/grado)	Grado de escolaridad.	Nivel o grado alcanzado por estudios.	Nivel o grado aprobado Primaria, pre media, media, Universitario y postgrado.
Variable psicoemocional			
Estado de animo	Actitud o disposición emocional.	Expresión manifiesta del estado emocional.	Expresión de alegría tristeza, ansiedad, depresión, euforia, desanimo, ira, miedo, enojo, culpa, incertidumbre, aburrimiento, calma
Variables independientes			
Conocimientos	Lo que se sabe y que se percibe de un tema.	Información percibida y expresada de conductas y comportamientos.	Conocimientos, Excelente, bueno, regular, deficiente o por mejorar.
Actitudes	Disponibilidad de cambiar el comportamiento y adoptando nuevas prácticas para promover, prevenir y controlar la salud.	Expresión manifiesta del comportamiento positivo o negativo.	Actitudes Excelente, bueno, regular deficiente o por mejorar.
Prácticas	Medidas y hábitos que se hacen o aplican y que se realizan en la vida diaria.	Expresión manifiesta de hábitos y costumbres.	Excelente, buena regular, deficiente o por mejorar. Impacto a la salud

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Personas de 20 a 59 años que acudan a la instalación de salud para control y atención de salud por morbilidad no infecciosa y con residencia en el corregimiento del área de estudio.

Criterios de Exclusión

- Personas no comprendidas en el rango de edad de 20 a 59 años.



- Personas que no acepten participar en el estudio.
- Personas con discapacidad física o mental severa que le impida contestar las preguntas del cuestionario.
- Personas que no hablen el idioma español y no dispongan de un traductor.
- Personas cuya residencia no correspondan al área de estudio.
- Personas con padecimientos y cuadros agudos de enfermedad o morbilidad infecciosa.

Procedimiento de recolección de los datos

Instrumentos /formularios

Se utilizó un instrumento (encuesta) de recolección de datos propios del encuestado, dirigidos a obtener datos e información del comportamiento social.

Se realizó un análisis con la valoración ponderada en cada pregunta del cuestionario.

El cuestionario, dispuso de preguntas abiertas, cerradas y de selección, aplicando indicadores específicos establecidos en el estudio mediante una escala valorativa de Likert con ponderación a criterio del investigador.

Control de calidad y prueba piloto para validación de encuesta

Se capacitó y se estandarizó a los investigadores del estudio en la metodología e instrumento para la aplicación de la encuesta, posterior al proceso de validación del cuestionario y prueba de campo en una instalación de salud no incluida en el estudio de otra área geográfica, que posea las mismas características del área de estudio, con el objetivo de identificar, analizar, adecuar el cuestionario o instrumento de recolección de datos y ver la aplicación funcional en un ambiente real, esto permitió posteriormente, realizar la etapa o fase de capacitación con seguridad, en relación a la comprensión de las preguntas elaboradas en el cuestionario, validar el tiempo de aplicación del cuestionario y procedimientos (abordaje al entrevistado y la aceptación o no de los participantes).

Una vez culminada la validación en la prueba de campo, el equipo investigador realizó los ajustes, adecuaciones y la depuración final de los cuestionarios de encuesta y las preguntas de acuerdo a los resultados obtenidos.



Procedimiento

La investigación fue realizada conjuntamente con la Región de Salud de San Miguelito del Ministerio de Salud en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Fueron establecidos dos figuras de Coordinación:

- Coordinador General (Coordinador del Proyecto)
- Coordinador Local (enlace de apoyo en instalación de salud que le corresponda la responsabilidad del área de estudio).

El coordinador general del estudio, tuvo la responsabilidad de la planificación organización, dirección y control del trabajo de campo para la recopilación de los datos y coordinará con el coordinador Local de enlace de apoyo del Centro de Salud de Nuevo Veranillo. La figura del Coordinador General del estudio y el coordinador local, tuvieron la responsabilidad de la recolección de los datos.

La coordinación de enlace local, estuvo a cargo del personal coordinador de Promoción de la salud o Trabajo Social o Educador para la Salud o personal que sea asignado con conocimientos en salud y comportamiento humano, del establecimiento de salud que le correspondió al área de estudio.

Este personal, en sus funciones regulares y previa coordinación, realizó la supervisión del área y de la aplicación de los cuestionarios a las personas que aceptaron y consintieron en participar, de acuerdo a la metodología de aplicación de encuesta directa al entrevistado.

Todos los investigadores, fueron capacitados y estandarizados en la metodología para la recolección de los datos (aplicación de encuesta o cuestionarios).

Trabajo de Campo

Previo al trabajo de campo, se realizó una reunión de organización con el equipo de investigadores para explicación operativa del estudio y calibración para la aplicación del cuestionario y resolver dudas.

El trabajo de campo, se inició con el desarrollo del estudio, considerando el cronograma y plan de trabajo de visita semanal.



Se contó para el traslado de los encuestadores - investigadores a las instalaciones de salud con un conductor que con su hoja de ruta y horario de movilización.

Estando el personal investigador - encuestador en el área de estudio, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, explicaron a la persona participante, el objetivo del estudio y solicitó el consentimiento informado para la participación en el estudio.

Consentimiento para participar en el estudio

En ese momento en el estudio, se le solicitó la participación a la persona adulta, según criterios establecidos, que estuvo presente en sala de espera por consulta de control de salud por morbilidad no infecciosa. Se le indicó al individuo que el estudio era voluntario y confidencial. Si la persona aceptó participar, se le entregó y se le leyó el Consentimiento Informado aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación.

El Consentimiento informado, indicó sobre los riesgos, inconvenientes, beneficios y costos del estudio; también orientó sobre qué hacer si el participante decidía abandonar el estudio y a quién podía contactar en caso de tener preguntas sobre el mismo.

Una vez leído y comprendido el Consentimiento Informado, el participante, procedió a firmar dos originales en presencia de un testigo. Firmado el Consentimiento Informado, se le entregó un original al participante y el otro lo custodió el encuestador.

Aplicación de los cuestionarios

Una vez firmado el Consentimiento Informado, el investigador aplicó el cuestionario. El cuestionario fue identificado con un código, así como el Consentimiento Informado, que llevó el mismo código de la encuesta y una vez aplicado, fue colocado en una carpeta y sobre manila. El cuestionario fue aplicado y completado por el investigador - encuestador, utilizando la Información brindada por el entrevistado. Culminada esta etapa, los investigadores –encuestadores, entregaron los cuestionarios completados y consentimientos firmados al Coordinador Local y éste a su vez, entregó los cuestionarios aplicados al Coordinador General del estudio.



El equipo investigador participó en el trabajo de campo. El Coordinador General, miembro del equipo investigador, fue el supervisor y apoyó en la logística de coordinación de enlace con el coordinador del nivel local del área de responsabilidad del estudio (enlace de apoyo), siendo el centro de salud Nuevo Veranillo.

Plan de análisis de los resultados

Los datos fueron analizados en el Programa Epi Info 7.20 y en Microsoft Excel y presentados en tablas, cuadros, gráficos, en escalas nominal y ordinal, Las variables cuantitativas, fueron analizadas aplicando medidas de resumen tales como, porcentajes, intervalos de confianza, medidas de tendencia central (promedio, mediana , moda), frecuencias absolutas y relativas y peso del criterio ponderado para escala de Likert. Se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas.

Para cada ítem se calcularon la media aritmética y la desviación estándar, con el fin de describir la tendencia central y la dispersión de las respuestas, realizándose un análisis estadístico descriptivo de las variables evaluadas mediante escala Likert y luego criterio ponderado a criterio del investigador, según variable y resultado.

Con los datos recabados, se realizó la confección de un mapa geoespacial (de representación) del área de procedencia del entrevistado en el programa Arc GIS 10.7.1 y Arc GIS (Online) con las características identificadas.

Elaboración de escalas ponderadas

Para la elaboración de escalas ponderadas a cada pregunta con sus variables respectivas, se aplicó la escala de Likert.

Se establecieron cinco valores de 1 a 5 puntos. Siendo las escalas valoradas para las preguntas relacionadas con el conocimiento las siguientes: totalmente de acuerdo (valor 5 puntos), de acuerdo (valor 4 puntos), No sabe o indiferente (valor 3 puntos), en desacuerdo (valor 2 puntos), totalmente en desacuerdo (valor 1 punto), al mismo tiempo, se aplicó la escala de Likert a la sección de preguntas que correspondieron a la actitud, práctica e impacto psicoemocional. Siendo la ponderación la siguiente: Siempre (valor 5 puntos), casi siempre (valor 4 puntos), a veces (valor 3 puntos), no sabe/indiferente (valor



2 puntos), nunca (valor 1 punto). Para la metodología de análisis, se establecieron criterios de valoración e interpretación por el investigador.

Las puntuaciones, fueron promediadas considerando las puntuaciones medias y se establecerán valores de acuerdo al peso de los distintos indicadores, los cuales se dieron a criterio del investigador principal para clasificar, según ponderación de las respuestas ponderadas.

Criterios de interpretación de los promedios para el conocimiento (Likert)

- 1.00 - 1.80: Fuerte Desacuerdo
- 1.81 - 2.60: Desacuerdo
- 2.61 - 3.40: Indeciso/ desconocimiento
- 3.41 - 4.20: Estar de acuerdo / moderado
- 4.21 - 5.00: Totalmente de Acuerdo

Criterios de interpretación de los promedios para la actitud (Likert)

- 1.00-1.80: Actitud nunca o muy desfavorable (indicador positivo, se invierte)
- 1.81-2.60: Actitud a veces o Desfavorable
- 2.61-3.40: Actitud Indiferente
- 3.41-4.20: Actitud casi siempre o favorable
- 4.21-5.00: Actitud siempre o muy favorable



- 1.00-1.80: Actitud siempre o muy favorable (indicador negativo, se invierte)
- 1.81-2.60: Actitud casi siempre o favorable
- 2.61-3.40: Actitud Indiferente
- 3.41-4.20: Actitud a veces o Desfavorable
- 4.21-5.00: Actitud nunca o muy desfavorable



Criterios de interpretación de los promedios para el impacto psicoemocional (Likert)

5.00 - 4.21 Siempre/ Impacto psicoemocional muy alto
 4.20 -3.41: Casi siempre / Impacto psicoemocional alto
 3.40 -2.61: A veces/ Impacto psicoemocional moderado
 2.60 -1.81: No sabe /indiferente/ Impacto psicoemocional bajo/ indiferente
 1.80 -1.00: Nunca Impacto psicoemocional muy bajo o inexistente
 (si el ítem es positivo se invierte).



Criterios de interpretación de los promedios para el impacto psicoemocional simplificado

1.00 - 2.33 (Bajo)
 2.34 - 3.66 (Moderado)
 3.67- 5.00 (Alto)

Simplificado para bajo y alto

≤ 3.00 Bajo
 > 3.00 Alto

Para análisis de actitud cambia la interpretación de los valores criterios establecidos. Se recodifica mediante inversión de la escala de Likert, con el fin de unificar el sentido interpretativo de los puntajes, de modo que valores más alto indican condiciones favorables o positivo, o en su caso, cuando el indicador es desfavorable o negativo.

Criterios de interpretación (global) de los promedios para las prácticas

4.0 > Práctica preventiva alta	Simplificado
3.0 - 3.9 Práctica intermedia	≤ 4.00 Bajo
≤ 3.0 Práctica deficiente riesgo	> 4.00 Alto



Criterio de interpretación de la desviación estándar

Desviación estándar < 1.0: Alta homogeneidad – consenso en las respuestas

Desviación estándar entre 1.0 y 1.5: Variabilidad moderada o aceptable

Desviación estándar > 1.5: Alta variabilidad (heterogéneas) o polarización de las respuestas.

Criterios simplificados (global) de nivel para conocimiento, actitud y práctica

≤ 4.00 Bajo

> 4.00 Alto

Criterios para respuesta según Conocimiento (simplificado)

1= correcta

0= incorrecta

Suma de respuestas correctas, según puntaje. Se transformó a porcentaje en tres niveles

Bajo ≤ 50 %

Medio 51 % - 75 %

Alto > 75 %

Responsabilidades y funciones del equipo investigador: el equipo investigador participante en el estudio, tuvo la responsabilidad del proceso de apoyo a la gestión del proyecto y trabajo de campo, administración, análisis del estudio, mapas georeferenciados, informes de avances y final y artículo de publicación, correspondiendo a las siguientes disciplinas: Salud Pública (1), Trabajo Social(1), Psicología (1), Sociología (1), Ingeniería en Sistemas (Red de comunicación de datos) (1), Estadística Aplicada (1), Educación en Salud (1), Educación con especialización en Investigación y Docencia y estudiante en elaboración de tesis de grado en Licenciatura en Psicología (1).



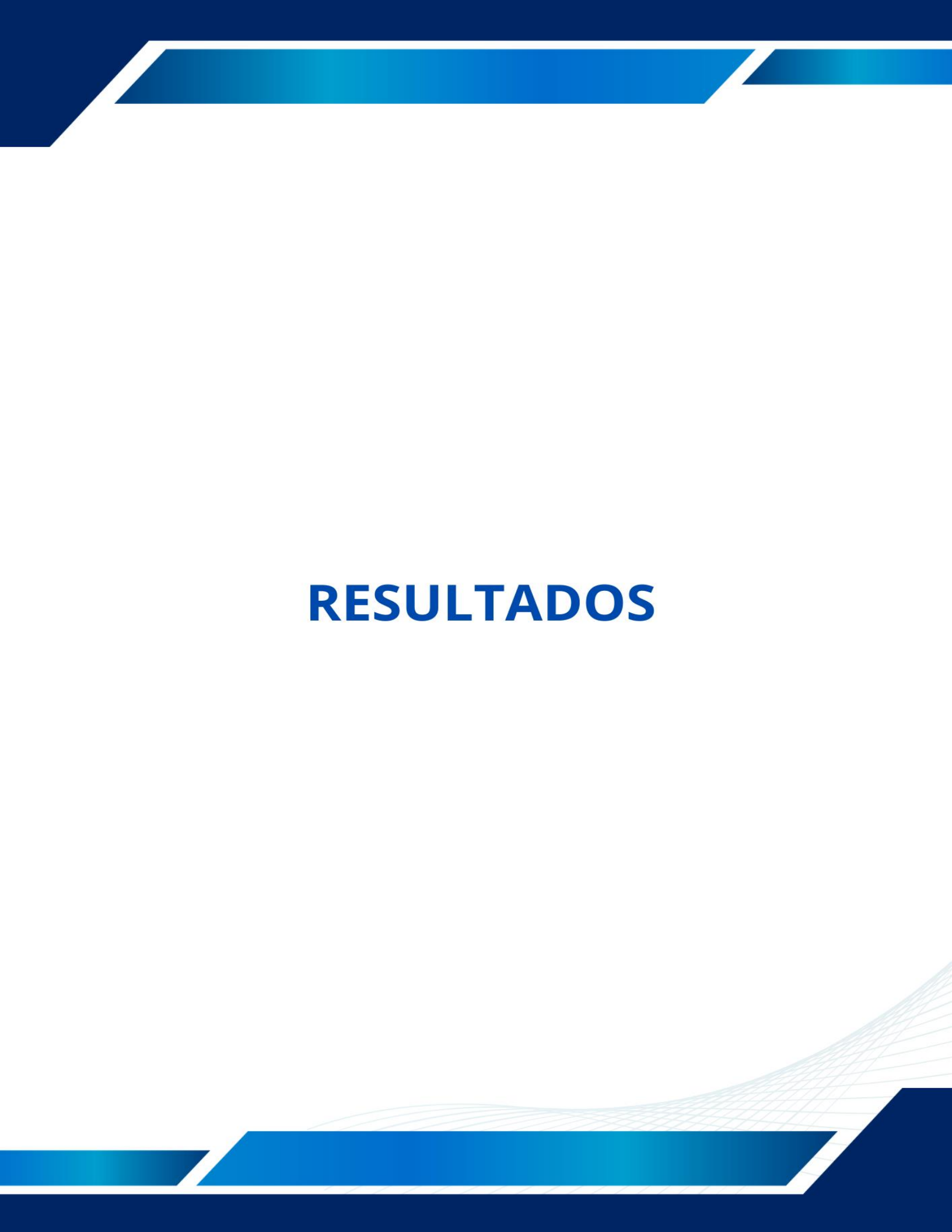
VIII. Procedimiento para garantizar aspectos éticos en la Investigación con seres humanos

Al primer contacto con las personas que acudieron a control en la instalación de salud, el encuestador explicó los objetivos del proyecto, hizo saber que el estudio es de carácter voluntario, confidencial y anónimo. Se solicitó la participación voluntaria para el llenado de la encuesta. Se mantuvo la confidencialidad de la información.

Los participantes tuvieron la libertad de dejar de participar en cualquier momento de la entrevista o dejar de responder algunas preguntas.

Este estudio se apegó a lo establecido en las Buenas Prácticas Clínicas y Normas de Armonización Internacionales, informe de Belmont, Declaración de Helsinki, a las leyes y reglamentos que regulan el ejercicio médico, normas y criterios éticos establecidos en los códigos nacionales de ética de la República de Panamá (Ley 84 del 14 de mayo de 2019 el título que dice: “Regula y promueve la investigación para la Salud y establece su rectoría y gobernanza, y dicta otras disposiciones” y Ley 68 del 20 de noviembre de 2003), así como del personal técnico, a fin de garantizar que el sujeto que participaba sería tratado de la mejor forma ética posible, protegiendo su integridad física, emocional y respetando la confidencialidad de la información suministrada para los efectos del estudio.





RESULTADOS

IX. Análisis de Resultados

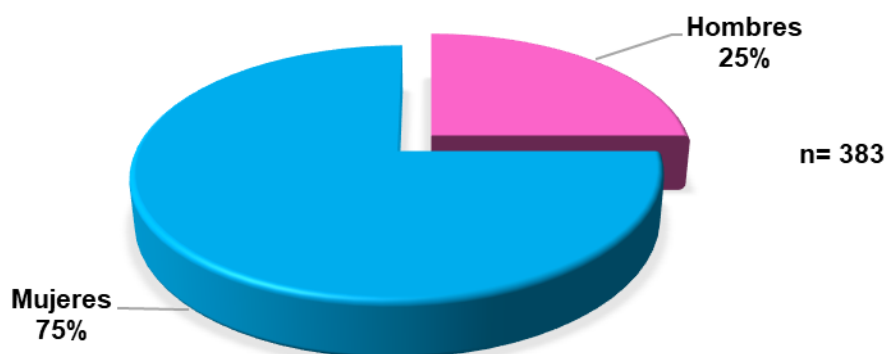
Datos Generales

Se encuestaron un total de 383 personas, cumpliendo con el tamaño de la muestra del estudio en un 100.0 %, de las cuales el 75.2 % (288) eran mujeres y el 24.8 % (95) fueron hombres (Gráfico 1.). Se identifica que, a la instalación de salud, acuden más mujeres que hombres.

La edad promedio de los entrevistados fue de 40 años, la mediana 40 años, la moda 35 años y la desviación estándar de 12.96, referente a los que acudieron a la instalación de salud en los meses establecidos para el trabajo de campo y el promedio de edad por sexo fue de 40 años para mujeres y de 42 años para hombres, siendo una población mayormente adulta joven.

Según etnia, el 95.4 % (257) no eran indígenas y el 4.6 % (26) fueron indígenas (Gráfico N° 2.). La población indígena que respondió a la encuesta, fue minoría en este estudio.

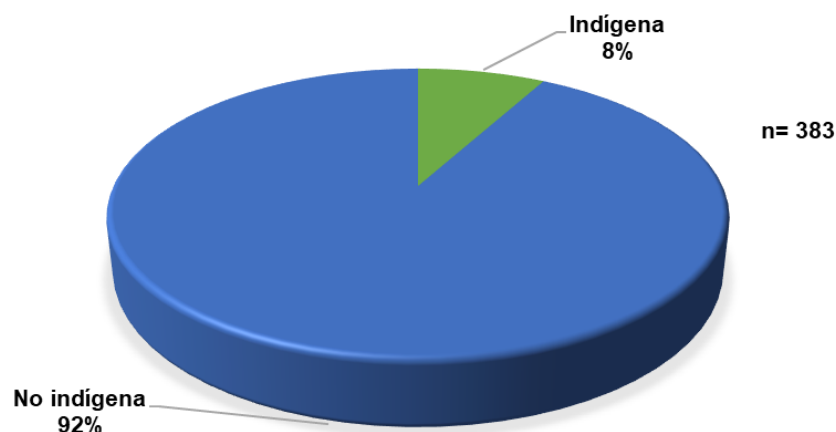
GRÁFICO N° 1. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ENCUESTADA, SEGÚN SEXO. AÑO 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



GRÁFICO N° 2. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ENCUESTADA, SEGÚN ETNIA. AÑO 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

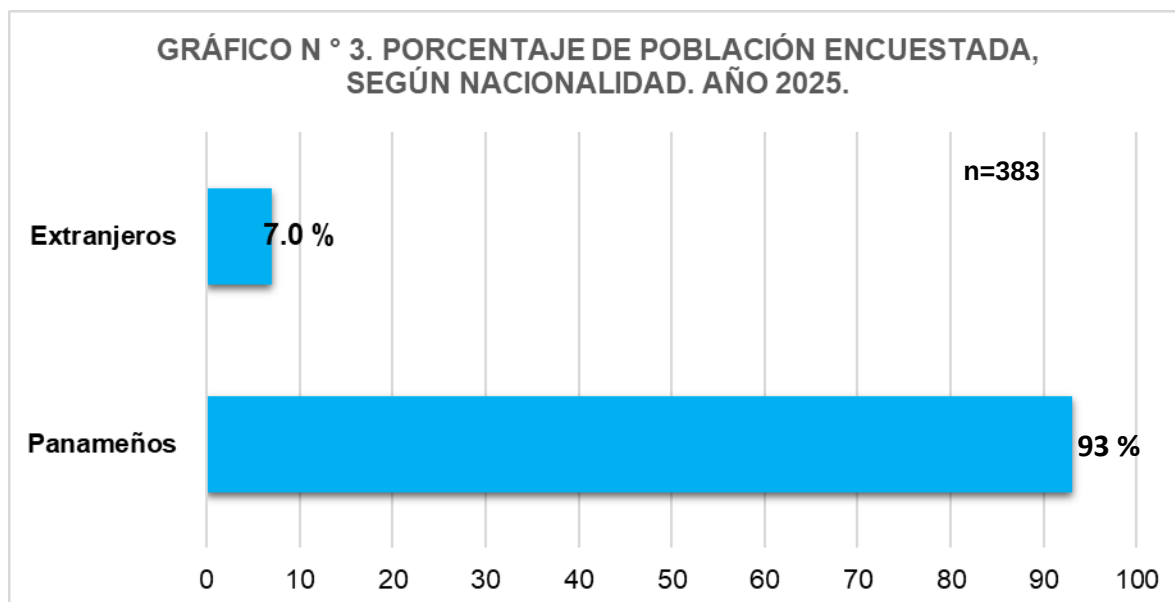
Según el estado civil el 36.6 % (140) son unidos, 21.1 % (81) casados, 36.0 % (138) solteros, 2.6 % (10) viudos y 3.7 % (14) divorciados. Es notorio que el porcentaje de respuestas sobre el estado civil, es mayor en unidos que de casados.

Nacionalidad

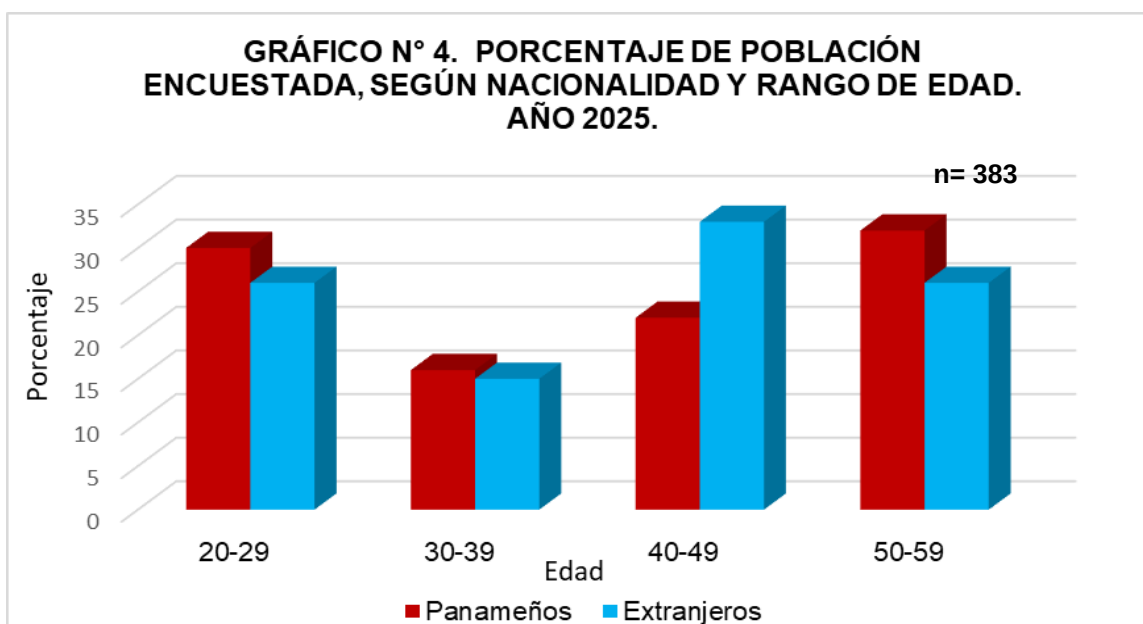
De acuerdo a la nacionalidad del total de 383 encuestados el 93.0 % (356) fueron de nacionalidad panameña y 7.0 % (27) fueron extranjeros de procedencia de los siguientes países: Nicaragua, Colombia, República Dominicana, Venezuela y Honduras. (Gráfico N° 3.).

Con relación a los grupos de edad de la población encuestada y nacionalidad, los mayores porcentajes eran panameños en las edades comprendidas de 20-29, 30-39, 50-59, excepto en el rango de edad de 40-49 que fueron extranjeros. (Gráfico N°4.).





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y practicas en el comportamiento social e inteccion de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

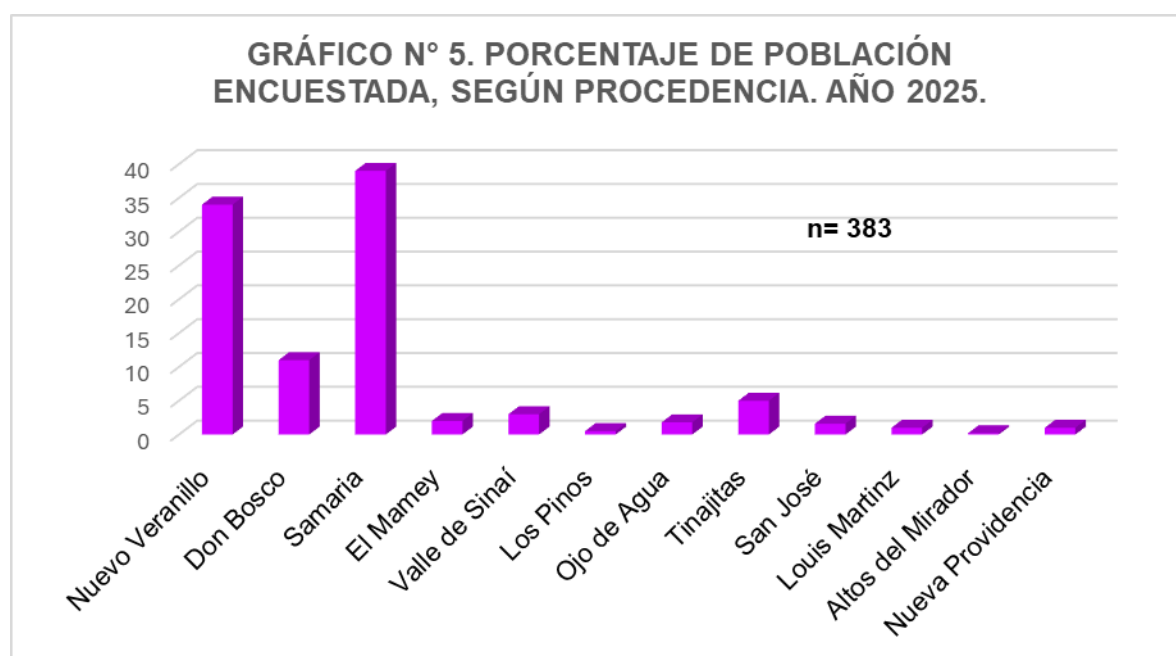


Lugar de Procedencia

En relación al lugar de procedencia de la comunidad donde viven los participantes del estudio, el 34.0 % (130) provenían de Nuevo Veranillo, el 39.0 % (150) de Samaria, el 3.0 % (10) del Valle de Sinaí, el 11.0 % (42) de Don Bosco, el 2.0 % (9) de El Mamey, el 1.6 % (6) de San José, el 0.5% (2) de Los Pinos, el 5.0% (18) de Tinajitas, el 1.8% (7) de Ojo de Agua, el 1.0% (4) de Louis Martinz, el 0.2% (1) Altos del Mirador y el 1.0 % (4) Nueva Providencia (Gráfico N° 5.).

Hubo representatividad de 12 de las 13 comunidades que conforman el Corregimiento de Belisario Porras y de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo.

Todos los lugares de procedencia, corresponden al área urbana del Corregimiento de Belisario Porras del Distrito de San Miguelito. La mayor procedencia, correspondió a las comunidades de Samaria y Nuevo Veranillo, comunidades muy cercanas a la instalación de salud (Gráfico N° 5.).

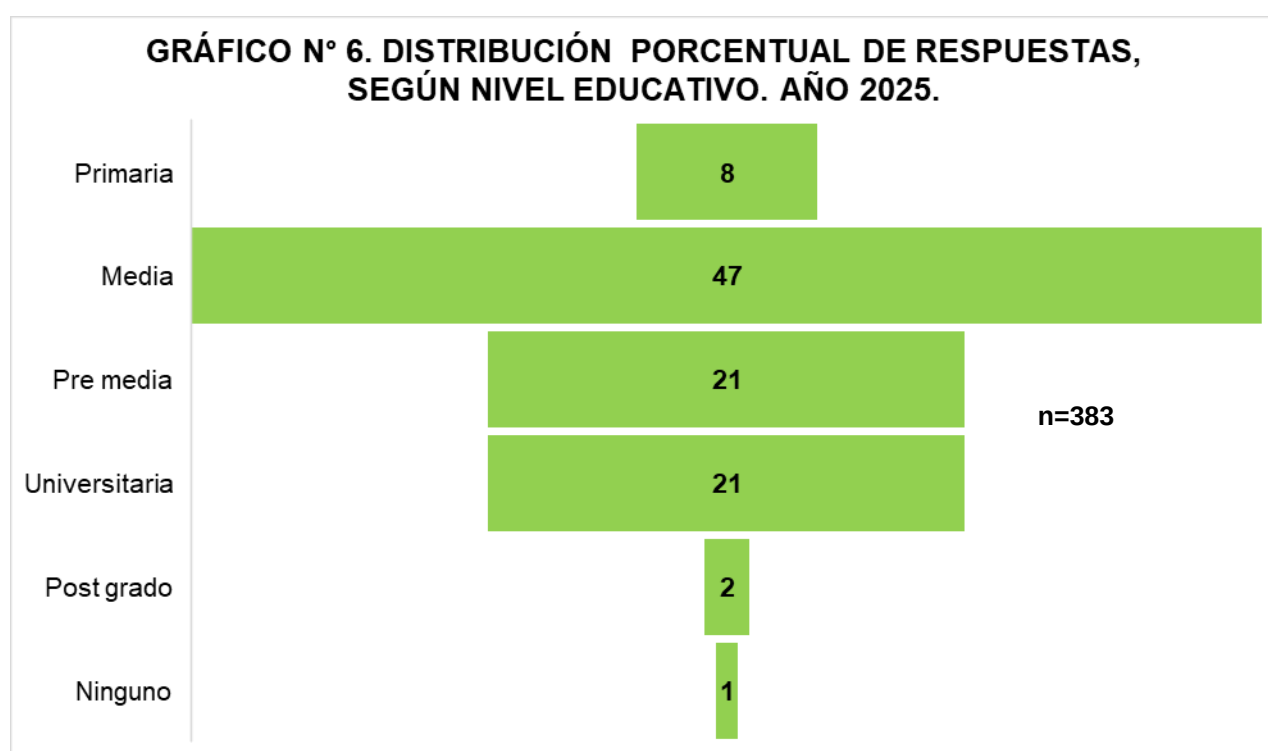


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Nivel Educativo

Con respecto al nivel educativo alcanzado, el 47.0 % (178) de los entrevistados indicaron que cursaron educación media, el 21.0 % (81) cursaron educación universitaria, el 21.0 % (79), cursaron educación premedia, el 8.0 % (32) cursaron educación primaria, el 20.0 % (9) cursaron post grado y el 1.0 % (4) sin estudios. Los datos indican que la población encuestada mayoritariamente, tiene formación en educación media (secundaria) (Gráfico N° 6.).

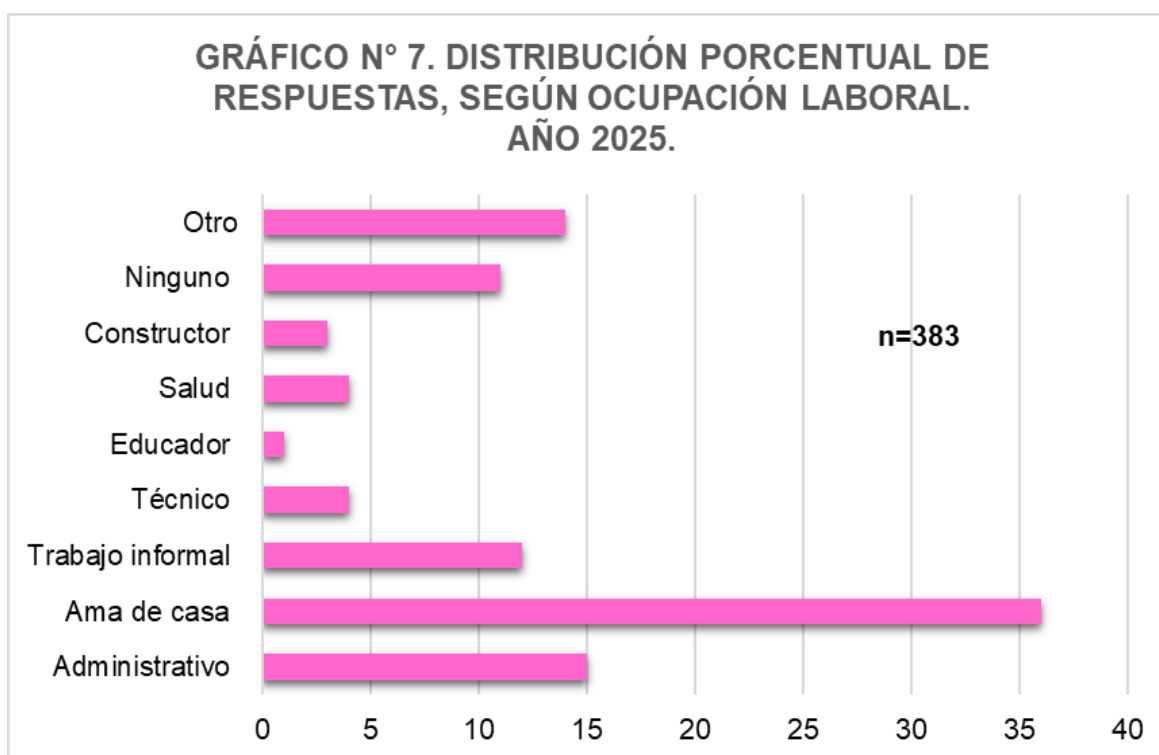


Ocupación

De acuerdo a la ocupación el 36.0 % (139), indicaron ser ama de casa, el 15.0 % (59) indicó realizar trabajo administrativo, el 12.0 % (46) indicó realizar trabajo informal, el 11.0 % (41) indicaron que no realizaban ningún tipo de trabajo, el 14.0 % (52) que realizan otros tipos de trabajos (aseo, estadística, estudiante, vendedor, manipulador de alimentos, cocinero, carnicero, chef, policía, ingeniero, cartógrafo, lavador de autos, modista, bombero, dependiente, trabajador manual), el 3.0 % (12) indicaron que son constructores,



el 4.0 % (17) indicaron que su ocupación era en el área de salud, el 4.0 % (15) son técnicos y el 1.0 % (2) educador (Gráfico N° 7.). La mayor participación en el estudio correspondió a las trabajadoras del hogar.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Ingreso económico

De acuerdo al ingreso económico de los encuestados, según el rango establecido en el estudio, el 12.0 % (47) tienen un ingreso en el rango menor de 100 Balboas, el 22.0 % (84) indicaron tener un ingreso entre 101 - 300 Balboas, el 16.0 % (61) indicaron un rango de ingreso entre 301 - 500 Balboas, el 14.0 % (54) reportaron un rango de ingreso entre 501 - 700 Balboas, el 8.0 % (32) indicaron un ingreso en el rango de 701 – 900 Balboas, en el rango del ingreso económico entre 901-1,200 Balboas, el 8.0 % (29) indicó recibir ingresos en este rango, el 3.0 % (10) recibe un ingreso económico comprendido en el rango de 1,201 y más, el 15.0 % (59) no tienen ingreso, el 1.0 % (3) recibe subsidio y el 1.0 % (4) reportó no saber cuánto es su ingreso económico. De acuerdo a las repuestas



del rango de ingreso en la población encuestada, la mayoría de los mismos, tienen ingresos menores al salario mínimo que es de B/. 600.00 en el país (Tabla N°1.).

Cuadro N° 1. Distribución del ingreso mensual en Balboas. Año 2025.

Rango de ingreso mensual en Balboas	N°	Porcentaje
Menos de 100	47	12
101-300	84	22
301-500	61	16
501-700	54	14
701-900	32	8
901-1200	29	8
1201 y más	10	3
No tiene ingreso	59	15
No sabe	4	1
Subsidio	3	1
Total	383	100

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

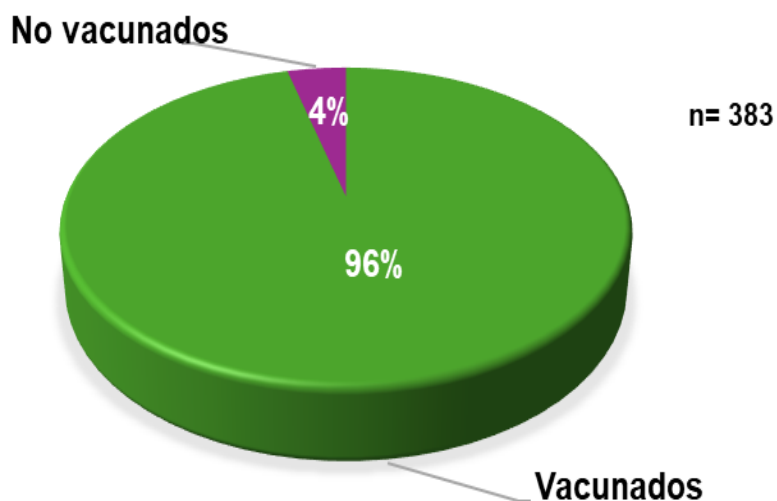
Inmunización

Del total de 383 personas encuestadas, el 96.0 % (369) se vacunaron contra la COVID-19 y el 4.0 % (14), indicaron que no se vacunaron (Gráfico n 8.).

El promedio de dosis recibida de la vacuna contra la COVID -19 en este grupo, fue de casi tres (3) dosis en general. Según sexo, tanto las mujeres como los hombres, recibieron un promedio de 2.7 dosis. La mayor parte de los participantes estaban vacunados contra la COVID-19.



GRÁFICO N° 8. PORCENTAJE DE INMUNIZACIÓN, COVID-19 DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA. AÑO 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)

Conocimiento

El conocimiento, se refiere a lo que sabe una persona de un tema específico. Se aplicaron 29 preguntas de conocimiento.

Para el análisis de los conocimientos, se estableció una escala de Likert con los ítems TDA (Totalmente de acuerdo), DA (De acuerdo), No sabe/ indiferente, ED (En desacuerdo) y TDE (Totalmente en desacuerdo) con valor criterio ponderado 5,4 3, 2 y 1, respectivamente.

Conocimiento sobre la COVID -19 y Contagio:

A la pregunta: la COVID-19 es una enfermedad nueva, el 75.0 % (286) de los entrevistados, indicaron con mayor certeza que es una enfermedad nueva, con un valor criterio de 5, el 11.5 % (44) indicaron estar De acuerdo, con un valor criterio de 4. Con



respecto al ítem No sabe /indiferente, fue indicado por el 2.1 % (8) de los entrevistados con un valor criterio de 3.

Los que aportaron respuestas de estar en Desacuerdo, fue indicado por el 2.1 % (8) y Totalmente en desacuerdo por el 9.1 % (35), con valores criterio de 2 y 1 respectivamente.

De acuerdo a los valores ponderados, la mayoría de los participantes, mostraron en un consenso muy alto, que reconocen que la COVID -19, es percibida como una enfermedad nueva.

El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.3 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 1.25 (Cuadro N° 2.).

En relación a si la COVID- 19 es un virus, 334 participantes del estudio respondieron estar Totalmente de acuerdo con valor criterio de 5 puntos, representando el 89.2 % considerado el consenso como muy bueno, el 10.7 % (41) estuvo de Acuerdo, el 0.8 % (3) manifestó No saber o indiferente, el 0.3 % (1) manifestó estar en Desacuerdo y el 1.3 % (5) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 9.).

El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.7 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 0.581 (Cuadro N° 2.).

En relación al consenso y referente a las respuestas de los participantes, se manifiesta que reconocen que la COVID- 19 es un virus.

Con respecto si la COVID -19 es de fácil contagio de una persona a otra, el 85.6 % (328) de los entrevistados, respondió estar Totalmente de acuerdo, el 8.6 % (33) indicó estar de Acuerdo, seguidamente por el 2.3 % (9) quienes No saben o son indiferentes, el 0.5 % (2) que indican estar en Desacuerdo y el 2.9 % (11) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 9). El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.7 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 0.773 (Cuadro N° 2.).

A pesar que el mayor porcentaje de respuestas recaen en reconocer que la COVID-19 es de fácil contagio, hubo un porcentaje de los encuestados en desacuerdo y con desconocimiento.



Estas repuestas manifiestan que aún hay desconocimiento de la enfermedad.

A la pregunta, la COVID- 19 puede transmitirse al toser, el 87.5 % (335) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 26.1 % (32) indicó estar de Acuerdo, el 1.0 % (4) de quienes No saben o son indiferentes, el 0.8 % (3) estuvo en desacuerdo y el 2.3 % (9) indicaron estar Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 9.).

El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.7 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 0.697 (Cuadro N° 2.). En relación a las repuestas de los participantes, se manifiesta que el mayor porcentaje de respuestas, recayó en estar totalmente de acuerdo, reconociendo el toser como un signo de la enfermedad COVID-19 y estar de acuerdo, y con respecto a la escala de Likert, tiene un criterio con valor ponderado de 5 y 4 respectivamente. Un menor porcentaje manifestó estar en desacuerdo y no saber o estar indiferente.

Con relación a la pregunta si la COVID -19 puede contagiarse al tocar superficies, el 78.3 % (300) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 8.9 % (34) indicó estar de Acuerdo, el 3.4 % (13) correspondió a quienes No saben y son indiferentes, el 1.8 % (7) estuvo en Desacuerdo y el 7.6 % (29) Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 9). El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.5 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 1.154 (Cuadro N° 2.). De acuerdo a las respuestas de los participantes a la pregunta si la COVID -19 puede contagiarse al tocar superficies, el mayor número de los participantes, reconocen que se pueden contaminar con el virus al tocar superficies, como la opción más seleccionada, sin embargo, se manifestó cierto nivel de duda o desacuerdos dentro de la población encuestada.

A la pregunta si la COVID -19 puede contagiarse por abrazos y apretones de manos, el 67.9 % (260) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 11.2 % (43) indicó estar de Acuerdo, el 4.2 % (16) de quienes No saben y son indiferentes, el 2.9 % (11) estuvo en Desacuerdo y el 13.8 % (53) Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 9.). El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.2 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 1.425 (Cuadro N° 2.).

Los participantes en su mayoría respondieron reconocer que la COVID -19 puede trasmitirse a través de abrazos y por apretón de manos, sin embargo, de acuerdo a las evidencias según las repuestas, aún existen dudas y desconocimiento en un grupo de la



población entrevistada, lo que evidencia percepciones diversas, aunque con predominio claro de la categoría con mayor concordancia.

Con respecto a la pregunta si la COVID -19 puede contagiarse en lugares cerrados, el 84.1 % (322) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 9.1 % (35) indicó estar de Acuerdo, el 1.4 % (6) de quienes No saben o son indiferentes, el 1.8 % (7) estuvo en Desacuerdo y el 3.4 % (13) Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 9.). El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.7 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 0.874 (Cuadro N° 2.).

El resultado a esta pregunta indicó, que el mayor porcentaje de los encuestados identifica los espacios cerrados como un factor de riesgo para la transmisión de la COVID-19, reflejando un buen nivel de conocimiento sobre mecanismos de contagio, sin embargo, se evidencian opiniones divididas entre los niveles inferiores de acuerdos o desconocimiento, lo cual indica brechas de conocimiento o interpretación diversa del riesgo de contagio en ambiente cerrados, esto manifiesta la necesidad de reforzar mensajes educativos sobre la importancia del riesgo en espacios cerrados.

Con respecto a la pregunta si la COVID -19 puede contagiarse en personas reunidas en lugares cerrados, el 86.7 % (333) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 10.2 % (38) indicó estar de Acuerdo, el 1.0 % (4) de quienes No saben o son indiferentes, el 1.0 % (4) estuvo en Desacuerdo y el 1.0% (4) Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 9.).

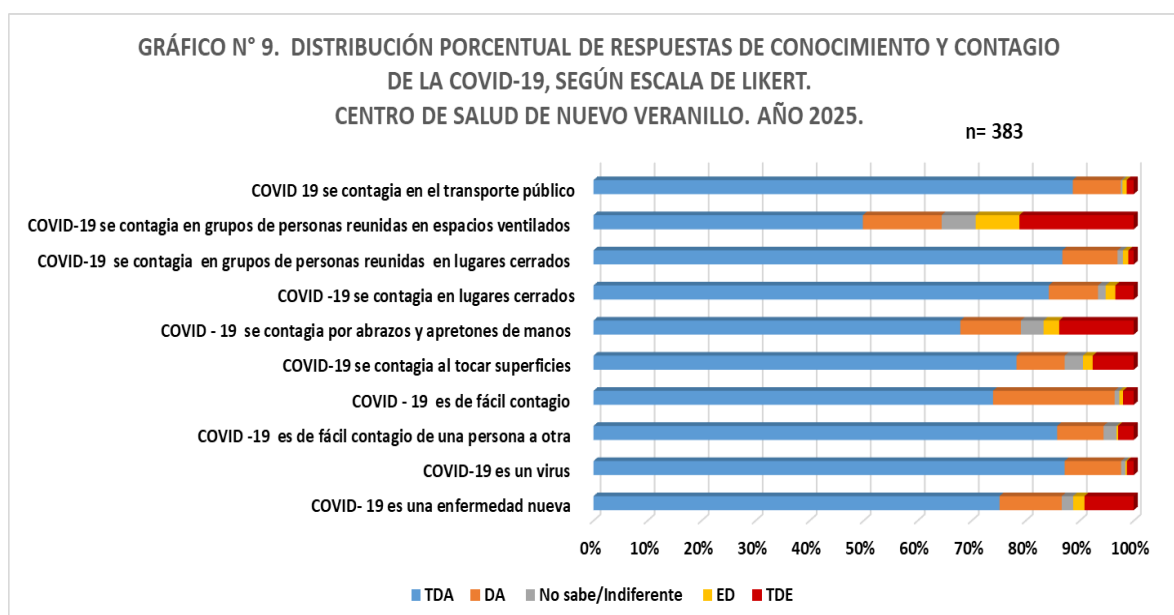
De acuerdo a las repuestas, se manifiesta que el mayor porcentaje de los entrevistados, reconocen que la COVID-19 puede contagiarse en personas reunidas en espacios cerrados, sin embargo, un pequeño porcentaje de los entrevistados no están totalmente convencidos y otro porcentaje, no lo reconoce. El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.8 indicando un conocimiento adecuado y una desviación estándar con respecto a la media de 0.605 que indica consenso en las respuestas (Cuadro N° 2.).

Con respecto a la pregunta si la COVID -19 puede contagiarse en personas reunidas en lugares ventilados, el 49.9 % (191) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 14.6 % (56) indicó estar de Acuerdo, el 6.3 % (24) de quienes No saben o son indiferentes, el 8.1 % (31) estuvo en Desacuerdo y el 21.2 % (81) Totalmente en desacuerdo. El promedio del valor criterio ponderado, fue de 3.6 (Gráfico N° 9.). El promedio del valor criterio ponderado, fue de 3.6 indicando un conocimiento de tendencia a estar de acuerdo o



positivo y una desviación estándar con respecto a la media de 1.631, que indicó alta variabilidad en las respuestas (Cuadro N° 2.). Esto indica que reconocen que la enfermedad puede contagiarse, pero en lugares ventilados, el riesgo es menor.

Las respuestas relacionadas a la pregunta, si la COVID-19 puede contagiarse en el transporte público, el 88.8 % (340) de los entrevistados, indicaron estar Totalmente de acuerdo con un valor criterio de 5, el 8.9 % (34) manifestó estar de Acuerdo con un valor criterio de 4, el 0.26 % (1) de quienes No saben y son indiferentes con un valor criterio de 3, el 0.78 % (3) estuvo en Desacuerdo con un valor criterio de 2, el 1.3 % (5) Totalmente en desacuerdo con un valor criterio de 1 (Gráfico N° 9.). El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.8 y una desviación estándar con respecto a la media de 0.59, indica un consenso en las repuestas (Cuadro N° 2.), lo que visualiza que la población encuestada reconoce que el transporte público es un área de riesgo de contagio de COVID-19.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimiento de la COVID -19, riesgo al contagio y peligrosidad

El riesgo es la probabilidad que una persona adopte conductas, actitudes o decisiones que aumenten la posibilidad de sufrir un evento adverso o un daño debido a un nivel



insuficiente de conocimiento, percepciones erróneas o prácticas inadecuadas.

Para el efecto del estudio, se refiere a la frecuencia o consistencia con la que una persona realiza conductas que aumentan la probabilidad de sufrir un evento adverso para la salud, reflejado en el puntaje obtenido a partir de respuestas a ítems en escala de Likert, que evalúan la frecuencia de la realización de conductas no protectoras o de riesgo relacionadas con el evento de interés. Lo que se traduce en la probabilidad de exposición a la infección al evento adverso estudiado, determinada por la frecuencia con la que los adultos realizan conductas no protectoras relacionadas con su comportamiento social y medidas de prevención.

A la pregunta: la COVID-19, es considerada peligrosa, el 84.9 % (325) de los entrevistados, indicaron con mayor certeza que es una enfermedad peligrosa, con la respuesta, Totalmente de acuerdo con un valor criterio de 5, el 8.6 % (33) indicaron estar De acuerdo, con un valor criterio de 4. Con respecto al ítem No sabe /indiferente, fue indicado por el 1.8 % (7) de los entrevistados con un valor criterio de 3 (Gráfico N° 10.).

Los que aportaron respuestas de estar en Desacuerdo, fue indicado por el 2.3 % (9) y Totalmente en desacuerdo por el 2.3 % (9), con valores criterio de 2 y 1 respectivamente.

De acuerdo a los valores ponderados, la mayoría de los participantes, mostraron en un consenso muy alto, que reconocen que la COVID -19, es percibida como una enfermedad peligrosa y el promedio de respuesta general fue de 4.7 (conocimiento adecuado) en la escala de Likert, sin embargo, prevalece un pequeño grupo que manifestaron ser indiferentes, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, lo que implica fortalecer el abordaje preventivo en relación al conocimiento relacionado al riesgo. La desviación estándar con respecto a la media fue 0.815, que indicó consenso en las respuestas (Cuadro N° 3.).

Con respecto a la pregunta, según su edad se considera en un grupo de población en riesgo de contagiarse, el 71.3 % (273) de los entrevistados, indicaron en mayor consenso que se consideran población de riesgo, manifestando estar Totalmente de acuerdo con un valor criterio de 5, el 9.9 % (38) indicaron estar De acuerdo, con un valor criterio de 4. Con respecto al ítem No sabe /indiferente, fue indicado por el 4.2 % (16) de los entrevistados con un valor criterio de 3 (Gráfico N° 10.).

Los que aportaron respuestas de estar en Desacuerdo, fue indicado por el 3.7 % (14) y



Totalmente en desacuerdo por el 10.9 % (42), con valores criterio de 2 y 1 respectivamente, se requiere fortalecer el abordaje preventivo y los conceptos de población de riesgo (Gráfico N° 10.).

De acuerdo a los valores ponderados, la mayoría de los participantes, mostraron en un consenso muy alto, que reconocen que la COVID -19, es percibida como una enfermedad peligrosa y el promedio de respuesta general fue de 4.3 en la escala de Likert, indicando un conocimiento adecuado, sin embargo, prevalece un grupo con respuestas de intensidad moderada con convención parcial, lo que puede indicar que existe una ligera duda o reserva con una postura moderada o sin involucramiento pleno. La desviación estándar con respecto a la media fue 1.347, que indicó variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 3.).

Con respecto a la pregunta, si la COVID -19 es más peligrosa que la gripe, el 84.3 % (323) de los entrevistados, indicaron estar Totalmente de acuerdo, el 9.9 % (38) estar De acuerdo, el 2.1 % (8) No sabe/ indiferente, el 1.6 % (6) manifestó estar en Desacuerdo y el 2.1 % (8) estar Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 10.). El valor criterio del promedio ponderado fue de 4.7, indicando un conocimiento adecuado. La desviación estándar con respecto a la media fue 0.764, que indicó homogeneidad en las respuestas (Cuadro N° 3.).

Ante las respuestas emitidas, el mayor porcentaje de los entrevistados, reconocen a la COVID -19 como una enfermedad más peligrosa que la gripe, sin embargo, aún persiste duda en algunos entrevistados que estuvieron con una convención parcial, no saber o indiferente, estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

Los resultados muestran una percepción ampliamente mayoritaria, con respecto al alto riesgo asociado a la COVID-19 con respecto a la gripe, revela que la peligrosidad de la enfermedad, fue ampliamente difundida y comprendida y manifiesta, un conocimiento favorable hacia las medidas de prevención y control de la enfermedad. La minoría con percepciones: No sabe/indiferente, en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo, pueden estar asociados a percepción errónea, experiencias leves con la enfermedad o desinformación.

Las respuestas de los entrevistados a la pregunta, si la COVID -19 tiene síntomas similares a la gripe, mostraron variabilidad según la escala de Likert, el 75.2 % (288)



estuvo Totalmente de acuerdo, el 12.0 % (46) manifestó estar De acuerdo, el 3.4 % (13) No sabe/indiferente, el 2.6 % (10) en Desacuerdo y el 6.8 % (26) Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 10.). El promedio del valor criterio ponderado según la escala de Likert, fue de 4.5, indicando un conocimiento adecuado. La desviación estándar con respecto a la media fue 1.133, que indicó variabilidad o polarización de las respuestas (Cuadro N° 3.).

Los resultados muestran que una mayoría de los entrevistados reconoce que la COVID -19 comparte síntomas similares con la gripe, lo que evidencia buen nivel de conocimiento clínico básico de la enfermedad, sin embargo, hay un grupo que manifiesta un desacuerdo o total desacuerdo, que puede deberse a una confusión entre similitud de síntomas o gravedad de la enfermedad o experiencias personales con síntomas diferentes.

Se manifiesta un adecuado conocimiento general, aunque persisten brechas informativas en un pequeño grupo que podrían abordarse con intervenciones preventivas focalizadas.

En este aspecto el conocimiento general fue adecuado y se hará necesario reforzar la educación en salud, por las brechas existentes en el conocimiento en el tema.

A la pregunta relacionada, si el aislamiento es mantenerse lejos de un grupo de personas, el 82.7 % (317) respondió estar Totalmente de acuerdo, el 11.5 % (44) indicó estar De acuerdo, el 1.6 % (6) manifestaron No saber o ser indiferente, el 1.6 % (6) reportaron estar en Desacuerdo y el 2.6 % (10) indicaron estar Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 10). El valor promedio del criterio ponderado, según la escala de Likert fue de 4.7 y una desviación estándar con respecto a la media de 0.805 (Cuadro N°3.), indicando un conocimiento adecuado y consenso en las respuestas.

Los resultados muestran que una mayoría de los entrevistados reconoce que el aislamiento es mantenerse lejos de un grupo de personas, por lo que existe un nivel conceptual sólido sobre el significado del aislamiento con una comprensión de las medidas de prevención. Sólo el 4.2 % (16) expresó desacuerdo y 1.6 % (6) se mostró indiferente, lo que indica una baja proporción de confusión conceptual en la población estudiada. Los resultados constituyen una fortaleza para la implementación de acciones de control sanitario.

En relación a la pregunta si la cuarentena se refiere a mantenerse en un lugar aislado por



un tiempo, el 83.6 % (320) indicó estar Totalmente de acuerdo, mientras que el 11.8 % (45) manifestó estar De acuerdo, el 1.0 % (4) señalaron no saber /indiferente, el 1.8 % (7) indicaron estar en Desacuerdo y el 1.8 % (7) estuvieron Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 10). El promedio del valor criterio ponderado de la escala de Likert fue de 4.7 y una desviación estándar con respecto a la media de 0.738, indicando un conocimiento adecuado y consenso en las repuestas. Existe un conocimiento alto y ampliamente aceptado, lo que favorece a las adherencias a estrategias de control epidemiológico y a intervenciones orientadas a la prevención y control de enfermedades transmisibles. El porcentaje mínimo de no saber, estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, podría deberse a percepciones individuales, resistencia a medidas restrictivas o desinformación.

Con relación a la pregunta: considera diferentes aislamiento y cuarentena, el 45.1 % (172) manifestó estar Totalmente de acuerdo, el 15.0 % (58) estar De acuerdo, el 6.0 % (23) indicó no saber/ indiferente, el 6.0 % (23) en Desacuerdo y del 28.0 % (107) Totalmente en desacuerdo (Gráfico N° 10.). El promedio del valor ponderado de la escala de Likert fue de 3.4 y una desviación estándar con respecto a la media de 1.716, indicando un conocimiento reflejando una tendencia moderada a estar de acuerdo, sin embargo, se manifiesta una brecha del conocimiento conceptual (confusión conceptual). Este aspecto puede estar relacionado con uso indistintos de ambos términos, insuficiente diferenciación en campañas educativas o interpretación práctica de ambas medidas por la población.

Aunque la mayoría de los encuestados, reconocen que son medidas distintas, más de un tercio de los mismos, no identifica esta diferencia. Se requiere reforzar las estrategias educativas y comunicacionales que expliquen claramente la diferencia de ambos términos.

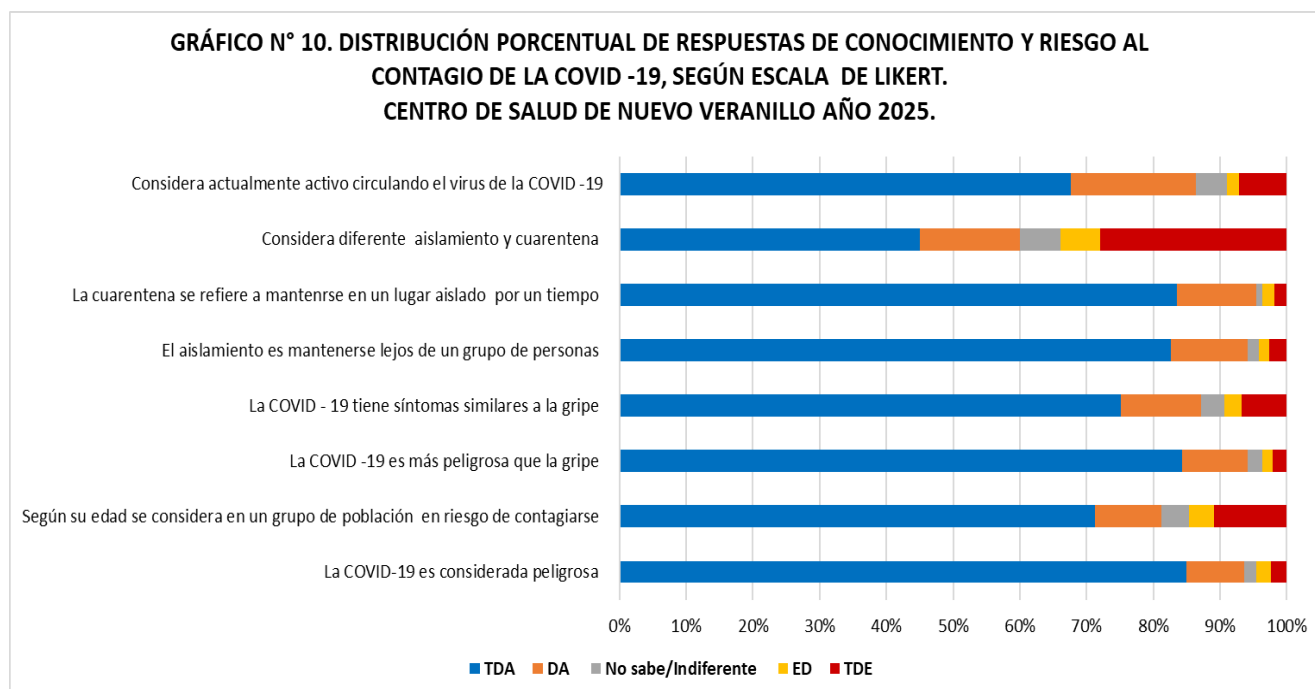
Las respuestas a la pregunta: si se considera actualmente activo circulando en el ambiente el virus de la COVID -19, el 67.6 % (259) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 18.8 % (72) De acuerdo, el 4.7 % (18) no sabe/ indiferente, el 1.8 % (7) en Desacuerdo y el 7.1 % (27) Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°10.). El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.4, una desviación estándar con respecto a la media de 1.134, indicando un conocimiento y percepción adecuados y variabilidad de las repuestas.

Los resultados manifiestan una alta percepción del riesgo y la circulación activa del virus,



aspectos favorables para la adherencia a medidas de prevención, lo que es favorecedor a las medidas preventivas, como el uso de mascarillas en situaciones de riesgo, higiene de manos y atención médica oportuna.

El porcentaje en desacuerdo, podría deberse a la percepción de control de la pandemia y confusión entre disminución de casos graves y ausencia de circulación viral, este aspecto resalta la necesidad de una comunicación clara y actualizada del riesgo sanitario.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimiento de la COVID-19 y prevención

A la pregunta relacionada, si existe una vacuna efectiva contra la COVID -19, el 34.2 % (131) indicó estar Totalmente de acuerdo, el 8.4 % (32) De acuerdo, el 8.9 % (34) no sabe/ indiferente, el 15.4 % (59) manifestó estar en Desacuerdo y el 33.2 % (127), indicó estar Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°11.).

El 42.6 % (163) consideran que, si existe una vacuna efectiva, con rechazo o desconfianza, el 48.6 % (186) que no creen que exista una vacuna efectiva contra la



COVID-19, en indecisión 34 personas que representaron el 8.9 %, no tienen una posición definida.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 2.9, indicando una tendencia al desacuerdo y conocimientos deficientes.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 1.712 con respecto a la media de 2.9, a esta pregunta, los valores indican tendencia a la percepción con tendencia a no saber o estar indeciso y polarización en las respuestas.

Estos resultados indican una polarización en la percepción sobre la efectividad de la vacuna, aunque hay un grupo que reconoce la efectividad, se presenta una proporción importante con percepción negativa o de desconfianza. Por otro lado, se presenta un grupo indeciso, aunque menor, el cual igualmente, se puede intervenir con oportunidad a través de intervenciones educativas de prevención.

Se evidencian brechas de información y la necesidad de fortalecer estrategias de comunicación, ya que los resultados sugieren posible desinformación, influencias de mensajes o noticias falsas o desconfianza, posición anti vacunas, y pueden repercutir negativamente en la aceptación de vacunas de refuerzo, cumplimiento de medidas preventivas y preparación para futuras epidemias.

Con relación a la pregunta existe un tratamiento para la COVID -19, el 38.9 % (149) respondió estar Totalmente de acuerdo, el 10.7 % (41) De acuerdo, el 13.8 % (53) no sabe/indiferente, el 6.8 % (26) en Desacuerdo y el 29.8 % (114) Totalmente en Desacuerdo (Gráfico N°11.).

De acuerdo a las repuestas mayoritariamente el grupo entrevistado percibe que sí hay un tratamiento para la COVID -19, representado por el 49.6 % (190) de los que respondieron estar Totalmente de acuerdo y De acuerdo. Sin embargo, se reflejan opiniones divididas, ya que el 36.6 % (140) tienen una percepción de que no hay tratamiento y un grupo de 13.8 % (53) que no sabe o es indiferente, o presentan una posición no definida.

Igualmente, se presenta una polarización en las respuestas, más de un tercio de los entrevistados, requieren ser capacitados sobre el tratamiento de la COVID-19, el cual se puede intervenir con oportunidad, a través de intervenciones educativas de prevención sanitaria.



El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 3.2, indicando una tendencia a no saber o estar indeciso.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 1.695 con respecto a la media de 3.2, refleja polarización o variabilidad en las repuestas. Se evidenciaron opiniones divididas sobre el tratamiento de la COVID-19 y la percepción social de que no hay tratamiento, lo que evidencia una percepción errónea o incompleta sobre el manejo de la enfermedad, probable confusión entre tratamiento de complicaciones y cura específica.

Las respuestas a la pregunta: los antibióticos son eficaces para prevenir o tratar la COVID-19, el 24.3 % (93) estuvo Totalmente de acuerdo, el 8.4 % (32) estuvo De acuerdo, el 14.6 % (56) manifestó no saber/indiferente, el 14.6 % (56) indicó estar en Desacuerdo y el 38.2 % (146) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°11.).

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 2.6, indicando una tendencia a estar indecisos y con no claridad en el conocimiento.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 1.616 con respecto a la media de 2.6, refleja polarización o alta variabilidad en las repuestas, manifestando diferencias significativas en la percepción (variabilidad moderada) y ausencia de consenso.

En el aspecto global de las respuestas, 32.7 % (125) de los encuestados consideran que los antibióticos son eficaces para prevenir o tratar la COVID-19, el 52.8 % (202) no lo consideran así, mientras el 14.6 % (56) no sabe.

Se manifiesta un grupo significativo de los encuestados con desconocimiento en el tratamiento del virus de la COVID-19, por lo que se hace necesario capacitar sobre el tratamiento de la COVID-19, el cual se puede intervenir con oportunidad, a través de intervenciones educativas de prevención.

En general, el uso de antibióticos no mejora la evolución clínica con COVID-19 grave o crítica, ni leve o moderada, no están indicados para tratar virus.

Con relación a la pregunta: las barreras de protección gel, alcohol y mascarillas son efectivas, el 47.8 % (183) estuvo Totalmente de acuerdo, el 25.6 % (98) estuvo De acuerdo, el 14.6 % (56) manifestó no saber/indiferente, el 5.7 % (22) indicó estar en Desacuerdo y el 6.3 % (24) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°11.).

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.3, indicando una



tendencia muy positiva o favorable a estar Totalmente de acuerdo.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 1.16 con respecto a la media de 4.3, refleja una variabilidad moderada en las repuestas, lo cual indica la necesidad de reforzar estrategias de educación y comunicación en salud.

El 73.4 % (281) de los encuestados que tuvieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, manifestaron una percepción positiva sobre la efectividad de las barreras preventivas, el 14.6 % (56) neutral, de incertidumbre o dudas, el 12.0 % (46), que es la minoría, expresaron una percepción negativa.

Con relación a las repuestas a la pregunta: reconoce la importancia de vacunarse, el 66.3 % (254) estuvo Totalmente de acuerdo, el 14.6 % (56) estuvo De acuerdo, el 2.1 % (8) manifestó no saber/indiferente, el 5.2 % (20) indicó estar en Desacuerdo y el 11.7 % (45) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°11.).

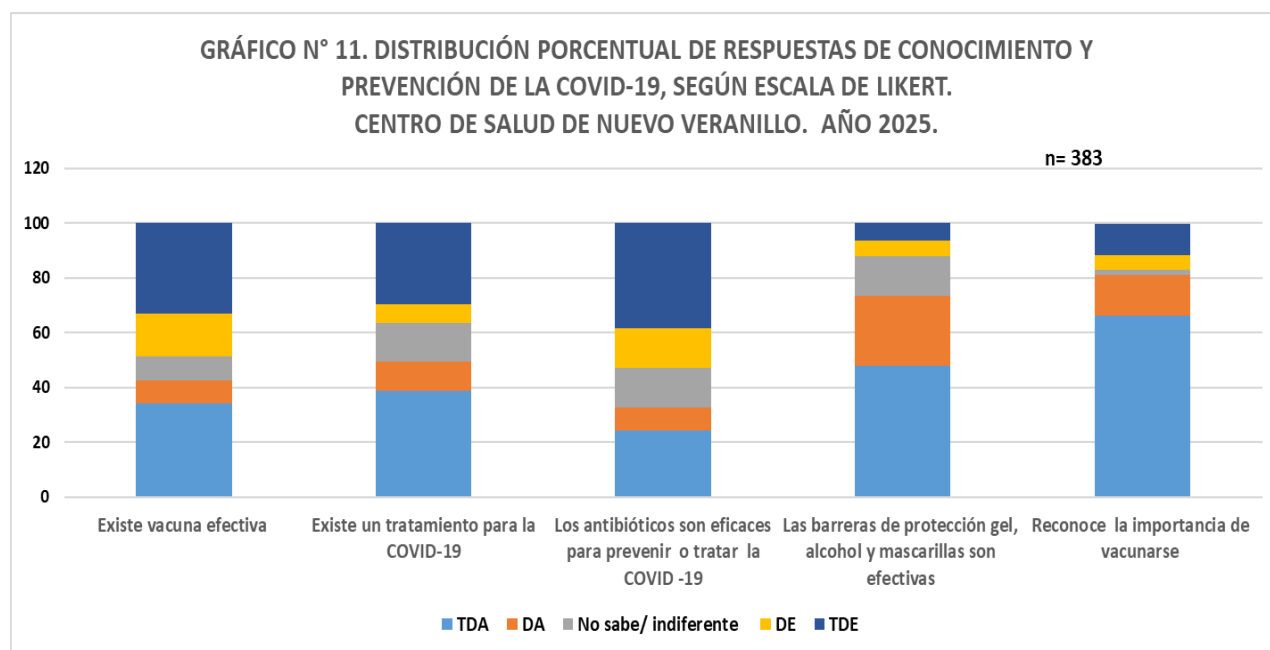
El 80.9 % (310) entre los que estuvieron Totalmente de acuerdo y de acuerdo, manifestaron una percepción favorable, el 16.9 % (65) presentó una percepción negativa en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo y el 2.1 % (8) que fue bajo, presentaron una postura de indecisión o de no saber.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.2, indicando una tendencia muy positiva, lo que evidencia una alta aceptación de la importancia de vacunarse, aunque persiste un grupo minoritario que manifiesta resistencia, lo que justifica reforzar acciones educativas focalizadas.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 1.4 con respecto a la media de 4.2, refleja una variabilidad moderada en las repuestas.

Es notorio que, aunque hubo un grupo significativo que no se vacunó contra la COVID-19, la evidencia indicó una contradicción, ya que la mayoría reconoce la importancia de vacunarse.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimiento y síntomas de COVID -19

De acuerdo la pregunta si la pérdida el gusto es un síntoma de la COVID -19, el 80.2 % (307) estuvo Totalmente de acuerdo, el 14.4 % (55) estuvo De acuerdo, el 1.0 % (4) manifestó no saber/indiferente, el 2.1 % (8) indicó estar en Desacuerdo y el 2.4 % (9) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°12.).

El 94.6 % (362) entre los que estuvieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, manifiestan una percepción favorable y reconoce la pérdida del gusto como un signo relevante y evidencia de un alto nivel de conocimiento, el 4.5 % (17) presentaron una percepción negativa en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo y el 1.0 % (4) que fue bajo, presentaron una postura de indecisión o de no saber.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.7, indicando una tendencia muy positiva a estar Totalmente de acuerdo, percepción alta y homogénea, lo que indica muy positivo en términos de educación en salud.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 0.804 con respecto a la media de 4.7, indicando un alto o mayor consenso en las respuestas de los participantes.



Referente a la pregunta: la pérdida del olfato es un síntoma de la COVID-19, el 79.4 % (304) estuvo Totalmente de acuerdo, el 15.4 % (59) estuvo De acuerdo, el 0.8 % (3) manifestó no saber/indiferente, el 0.8 % (3) indicó estar en Desacuerdo y el 3.7 % (14) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°12.).

El 94.8 % (363) entre los que estuvieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, manifiestan una percepción favorable y reconoce la pérdida del olfato como un signo relevante, evidencia un alto nivel de conocimiento, el 4.5 % (17) presentaron una percepción negativa en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo y el 0.8 % (3) que fue bajo, presentaron una postura de indecisión o de no saber.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.7, indicando una tendencia muy positiva a estar Totalmente de acuerdo, percepción alta y homogénea, lo que indica muy positivo en términos de educación en salud.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 0.852 con respecto a la media de 4.7, indicando un alto consenso homogeneidad en las respuestas de los participantes.

En relación a la pregunta: si la falta de aire es un síntoma de la COVID -19, el 78.9 % (302) estuvo Totalmente de acuerdo, el 14.1 % (54) estuvo De acuerdo, el 1.6 % (6) manifestó no saber/indiferente, el 1.0 % (4) indicó estar en Desacuerdo y el 4.4 % (17) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°12.).

El 93.0 % (356) entre los que estuvieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, manifiestan una percepción favorable y reconoce la falta de aire como un signo relevante, evidencia un alto nivel de conocimiento, el 5.4 % (21) presentó una percepción negativa en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo y el 1.6 % (6) que fue bajo, presentaron una postura de indecisión o de no saber.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.6, indicando una tendencia muy positiva a estar Totalmente de acuerdo, percepción alta y homogénea, lo que indica muy positivo en términos de educación en salud.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 0.929 con respecto a la media de 4.6, indicando un alto consenso u homogeneidad en las respuestas de los participantes.

A la pregunta: el dolor de cabeza es un síntoma de la COVID -19 el 77.3 % (296) estuvo Totalmente de acuerdo, el 14.9 % (57) estuvo De acuerdo, el 2.4 % (9) manifestó no



saber/indiferente, el 1.8 % (7) indicó estar en Desacuerdo y el 3.7 % (14) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°12.).

El 92.2 % (353) entre los que estuvieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, manifiestan una percepción favorable y reconoce el dolor de cabeza como un signo relevante, evidencia un alto nivel de conocimiento, el 5.5 % (21) presentó una percepción negativa en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo y el 2.4 % (9) que fue bajo, presentaron una postura de indecisión o de no saber.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.6, indicando una tendencia muy positiva a estar Totalmente de acuerdo, percepción alta y homogénea, lo que indica muy positivo en términos de educación en salud.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 0.914 con respecto a la media de 4.6, indicando un alto consenso en las respuestas de los participantes.

En relación a la pregunta: si el goteo nasal es un síntoma de la COVID – 19, el 72.1 % (276) estuvo Totalmente de acuerdo, el 14.9 % (57) estuvo De acuerdo, el 2.9 % (11) manifestó no saber/indiferente, el 2.6 % (10) indicó estar en Desacuerdo y el 7.6 % (29) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°12.).

El 87.0 % (333) entre los que estuvieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, manifiestan una percepción favorable y reconoce el goteo nasal como un signo relevante, evidencia un alto nivel de conocimiento, el 7.6 % (29) presentó una percepción negativa en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo y el 10.2 % (39) que fue bajo, presentaron una postura de indecisión o de no saber.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.4, indicando una tendencia muy positiva a estar Totalmente de acuerdo, percepción alta y homogénea, lo que indica muy positivo en términos de educación en salud.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 1.168 con respecto a la media de 4.4, indicando una variabilidad moderada en las respuestas de los participantes.

De acuerdo la pregunta la fiebre es un síntoma de la COVID -19, el 77.8 % (298) estuvo Totalmente de acuerdo, el 14.9 % (57) estuvo De acuerdo, el 1.8 % (7) manifestó no saber/indiferente, el 2.1 % (8) indicó estar en Desacuerdo y el 3.4 % (13) estuvo Totalmente en desacuerdo (Gráfico N°12.).

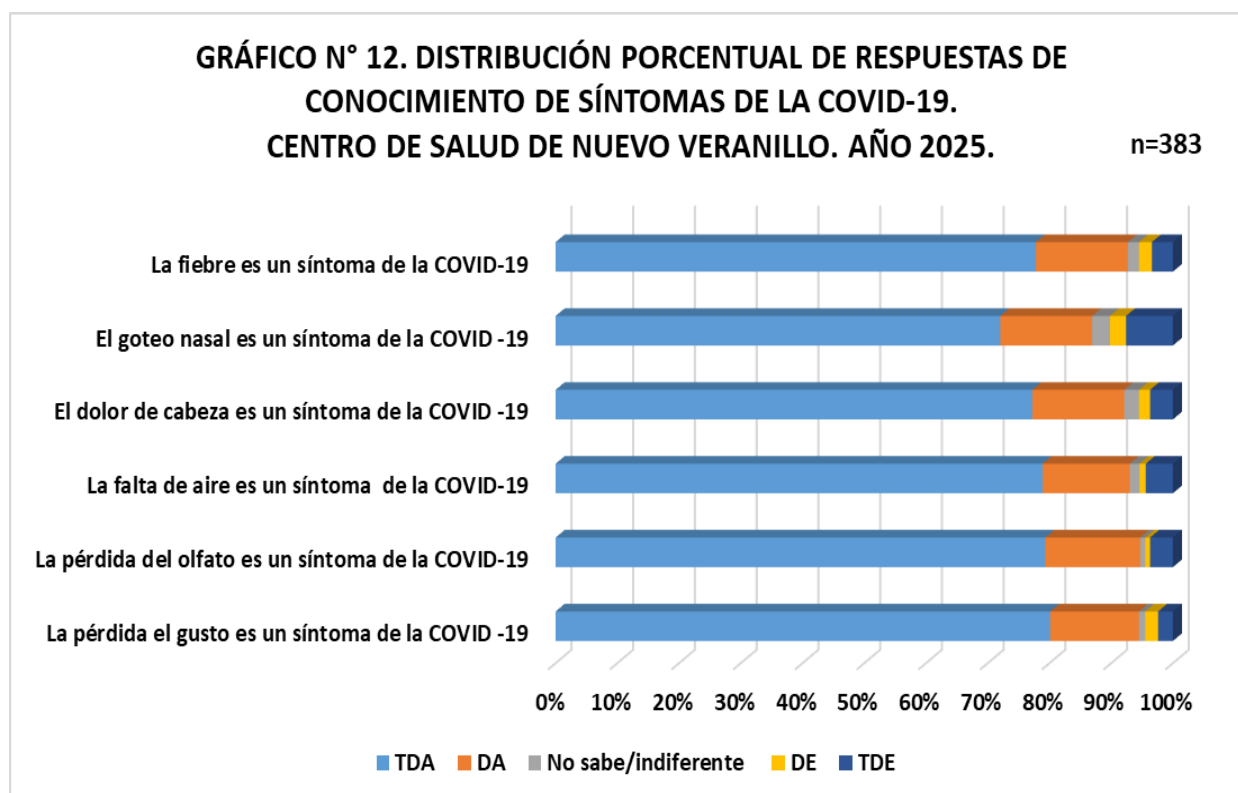


El 92.7 % (355) entre los que estuvieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, manifiestan una percepción favorable y reconoce la fiebre como un signo relevante, evidencia un alto nivel de conocimiento, el 5.5 % (21) presentó una percepción negativa al responder estar en Desacuerdo o Totalmente en desacuerdo y el 1.8 % (7) que fue bajo, presentaron una postura de indecisión o de no saber.

El promedio del valor criterio ponderado en la escala de Likert fue de 4.6, indicando una tendencia muy positiva a estar Totalmente de acuerdo, percepción alta y homogénea, lo que indica muy positivo en términos de educación en salud.

La desviación estándar según las repuestas, fue de 0.898 con respecto a la media de 4.6, indicando un alto consenso en las respuestas de los participantes.

La mayoría de los participantes tienen un nivel satisfactorio de conocimiento sobre la COVID-19.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 2. Descripción estadística de las respuestas de conocimientos relacionados a los mecanismos de contagio de la COVID-19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Conocimiento y Contagio	Total	Media	Mediana	Desviación Estándar	Moda	TDE	ED	No Sabe/ Indiferente	DA	TDA
COVID-19 es un virus	383	4.817	5	0.581	5	1.31	0.26	0.78	10.7	86.95
COVID -19 es de fácil contagio de una persona a otra	383	4.744	5	0.773	5	2.87	0.26	2.35	8.62	85.9
COVID - 19 es de fácil contagio	383	4.789	5	0.697	5	2.09	0.78	1.04	8.36	87.73
COVID-19 se contagia al tocar superficies	383	4.488	5	1.154	5	7.57	1.83	3.13	9.14	78.33
COVID - 19 se contagia por abrazos y apretones de manos	383	4.175	5	1.425	5	13.58	2.87	4.18	11.23	68.15
COVID -19 se contagia en lugares cerrados	383	4.687	5	0.874	5	3.39	1.83	1.57	9.14	84.07
COVID-19 se contagia en grupos de personas reunidas en lugares cerrados	383	4.804	5	0.605	5	1.04	1.04	1.04	10.18	86.68
COVID-19 se contagia en grupos de personas reunidas en espacios ventilados	383	3.64	4	1.631	5	21.15	8.09	6.27	14.62	49.87
COVID 19 se contagia en el transporte público	383	4.83	5	0.591	5	1.31	0.78	0.26	8.88	88.77

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 3. Descripción estadística de las respuestas de conocimientos relacionados al riesgo de contagio y peligrosidad de la COVID-19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Conocimiento y Contagio	Total	Media	Mediana	Desviación Estándar	Moda	TDE	ED	No Sabe/ Indiferente	DA
COVID-19 es un virus	383	4.817	5	0.581	5	1.31	0.26	0.78	10.7
COVID -19 es de fácil contagio de una persona a otra	383	4.744	5	0.773	5	2.87	0.26	2.35	8.62
COVID - 19 es de fácil contagio	383	4.789	5	0.697	5	2.09	0.78	1.04	8.36
COVID-19 se contagia al tocar superficies	383	4.488	5	1.154	5	7.57	1.83	3.13	9.14
COVID - 19 se contagia por abrazos y apretones de manos	383	4.175	5	1.425	5	13.58	2.87	4.18	11.23
COVID -19 se contagia en lugares cerrados	383	4.687	5	0.874	5	3.39	1.83	1.57	9.14
COVID-19 se contagia en grupos de personas reunidas en lugares cerrados	383	4.804	5	0.605	5	1.04	1.04	1.04	10.18
COVID-19 se contagia en grupos de personas reunidas en espacios ventilados	383	3.64	4	1.631	5	21.15	8.09	6.27	14.62
COVID 19 se contagia en el transporte público	383	4.83	5	0.591	5	1.31	0.78	0.26	8.88

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 4. Descripción estadística de las respuestas de conocimientos y prevención de riesgo de contagio de la COVID-19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Conocimiento y Prevención	Total	Media	Mediana	Std	Moda	TDE	ED	No Sabe/ Indiferente	DA	TDA
Existe vacuna efectiva.	383	2.95	3	1.712	5	33.16	15.4	8.88	8.36	34.2
Existe un tratamiento para la COVID-19.	383	3.222	3	1.695	5	29.77	6.79	13.84	10.7	38.9
Los antibióticos son eficaces para prevenir o tratar la COVID-19.	383	2.661	2	1.616	1	38.12	14.62	14.62	8.36	24.28
Las barreras de protección gel, alcohol y mascarillas son efectivas.	383	4.269	5	1.16	5	6.27	5.74	2.61	25.59	59.79
Reconoce la importancia de vacunarse.	383	4.185	5	1.384	5	11.75	5.22	2.09	14.62	66.32

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 5. Descripción estadística de las respuestas sobre conocimientos de síntomas de la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Conocimiento y síntomas	Total	Media	Mediana	Std	Moda	TDE	ED	No Sabe/Indiferente	DA	TDA
La pérdida el gusto es un síntoma de la COVID-19	383	4.679	5	0.804	5	2.35	2.09	1.04	14.36	80.16
La pérdida del olfato es un síntoma de la COVID-19	383	4.661	5	0.852	5	3.66	0.78	0.78	15.4	79.37
La falta de aire es un síntoma de la COVID-19	383	4.619	5	0.929	5	4.44	1.04	1.57	14.1	78.85
El dolor de cabeza es un síntoma de la COVID-19	383	4.603	5	0.914	5	3.66	1.83	2.35	14.88	77.28
El goteo nasal es un síntoma de la COVID-19	383	4.413	5	1.168	5	7.57	2.61	2.87	14.88	72.06
La fiebre es un síntoma de la COVID-19	383	4.616	5	0.898	5	3.39	2.09	1.83	14.88	77.81

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Actitudes

Actitud

En el comportamiento social, la actitud es la disposición mental y emocional, aprendida que una persona refleja al pensar, sentir y actuar, sea esta positiva, negativa o neutral sobre alguna cosa, persona o situación, la cual estimula sus acciones, reacciones y respuestas ante la sociedad dependiente.

Para el análisis de las actitudes, se establecieron criterios ponderados de valoración de los promedios y desviación estándar.

Actitud y Atención

Con relación a la pregunta, si padece de síntomas respiratorio (resfríos) investiga o consulta para automedicarse, el 23.2 % (89) de los encuestados indicaron que siempre, el 10.4% (40) indicó casi siempre, el 17.5% (67) a veces, el 1.3 % (5) no sabe /indiferente, nunca el 47.5 (182) % (Grafico N° 13.).

El promedio del valor criterio ponderado, fue de 2.6 indicando una actitud ante la atención relacionada al riesgo de automedicarse (actitud desfavorable), aunque se presentó en menos de la mitad de los entrevistados, donde la mayor parte de los participantes indicaron que nunca. La desviación estándar con respecto a la media fue de 1.671, que refleja alta variabilidad de las respuestas (heterogéneas) (Cuadro N° 6.).

Es un comportamiento que refleja un problema para la salud pública, porque es favorecedor del uso inadecuado de medicamentos, retraso para el diagnóstico y complicaciones.

Se evidencia la necesidad de realizar intervenciones educativas y campañas de orientación sanitaria para mejorar el comportamiento preventivo de la población.

A la pregunta, si presenta síntomas de la COVID-19 realiza auto reporte (lo comunica) e hisopado, el 57.2 % (219) indicó que siempre, el 11.2 % (43) casi siempre, el 1.6 % (6) no sabe / indiferente, 8.4 % (32) a veces y nunca 21.7 % (83) (Grafico N° 13.).

El promedio del valor criterio ponderado, fue de 3.8 indicando una actitud favorable ante la atención relacionada al auto reporte y realizarse el hisopado. La desviación estándar con respecto a la media de 3.8 fue de 1.622, que refleja alta variabilidad de las respuestas



(heterogéneas) (Cuadro N° 6.).

De acuerdo a lo indicado por los entrevistados, más de la mitad reportaron que si se infectaban de la COVID -19, se realizarían el reporte y el hisopado, sin embargo, hay un porcentaje que omitió realizarlo, por lo que se hace necesario fortalecer las actividades de prevención en salud y la importancia de la atención oportuna para prevenir complicaciones a la salud.

Concerniente a la pregunta, si padece de la enfermedad COVID-19, acude a la atención de salud, el 74.2 % (284) indicó que siempre, el 12.3 % (47) casi siempre, el 3.9 % (15) a veces, 1.3 % (5) no sabe / indiferente y el 8.4 % (32) nunca (Gráfico N° 13.).

El promedio del valor criterio ponderado, fue de 4.4 indicando una actitud favorable ante la atención de salud. La desviación estándar con respecto a la media de 4.4 fue de 1.185, variabilidad moderada de las respuestas (Cuadro N° 6.).

Según las respuestas de los entrevistados, el mayor porcentaje acudiría a los servicios de salud para su atención, reflejando conciencia sanitaria y de seguridad, y un grupo menor con inseguridad y negación para su atención, por lo que se hace necesario fortalecer las actividades de prevención en salud y la importancia de la atención oportuna para prevenir complicaciones a la salud.

A la pregunta estará dispuesto a recibir la vacuna o vacunarse en todas sus dosis en cada periodo y llamado establecido por salud, el 39.9 % (153) indicó que siempre, el 5.5 % (21) casi siempre, el 5.5 % (21) a veces, el 5.7 % (22) no sabe / indiferente y el 43.3 % (166) nunca (Gráfico N° 13.).

El promedio del valor criterio ponderado, fue de 2.9 indicando una actitud neutra o indecisa ante la atención relacionada con la vacunación. La desviación estándar con respecto a la media de 2.9 fue de 1.854, que refleja alta variabilidad de las respuestas (heterogéneas) ante las posturas favorables y no favorables a la vacunación (resistencia significativa) (Cuadro N° 6.).

El mayor porcentaje de los entrevistados indicó, no tener disposición de vacunarse, el 43.3 % (166), comparándolo con los que indicaron siempre, el 45.4 % (174). El 16.7 % (64), se manifestó en posiciones intermedias o de indecisión, altamente influenciable. No hay consenso social ante la vacunación en la población estudiada, se manifiesta una



posición dividida y heterogénea.

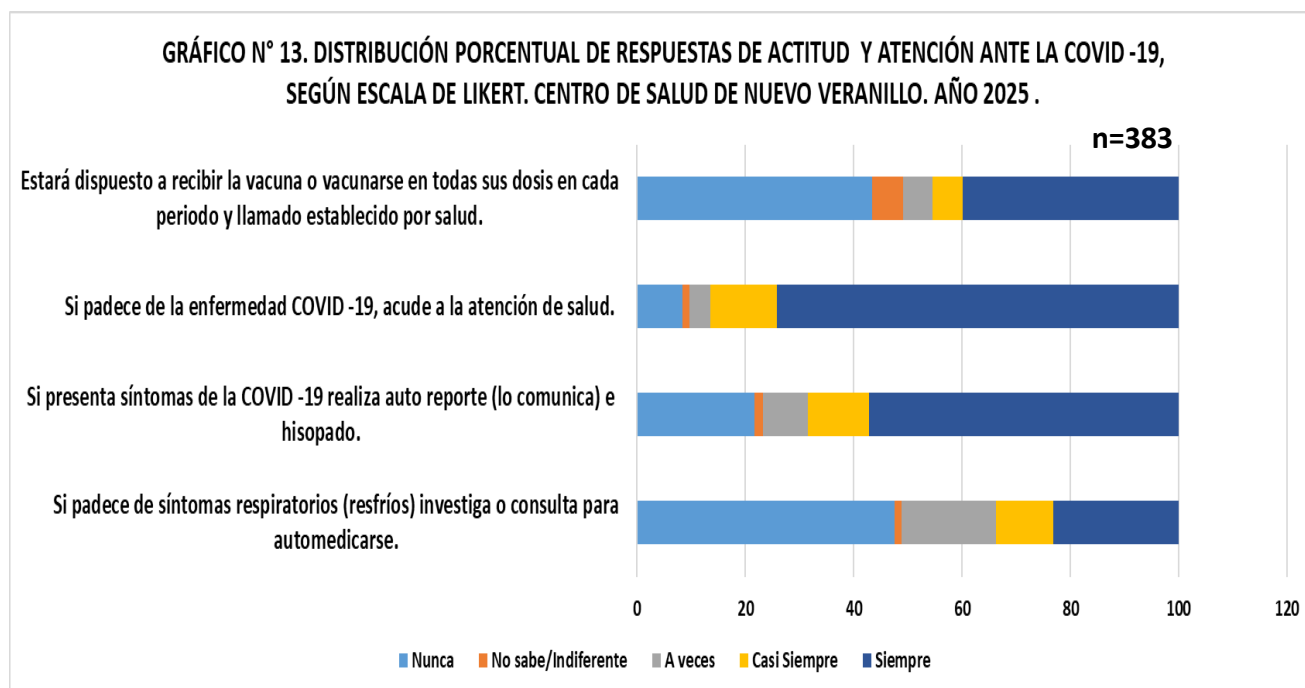
Se requieren fortalecer las intervenciones preventivas y educativas en salud en este tópico focalizado, de forma que se pueda orientar para reducir la indecisión, abordar las causas del rechazo para mejorar la aceptación de la vacunación.

Cuadro N° 6. Descripción estadística de las respuestas sobre actitud a la atención de síntomas de COVID - 19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Actitud y Síntomas	Total	Media	Mediana	Std	Moda	Nunca	No sabe/	A	Casi	Siempre
							Indiferente	veces	Siempre	
Si padece de síntomas respiratorios (resfríos) investiga o consulta para automedicarse.	383	2.606	3	1.671	1	47.52	1.31	17.49	10.44	23.24
Si presenta síntomas de la COVID -19 realiza auto reporte (lo comunica) e hisopado.	383	3.807	5	1.622	5	21.67	1.57	8.36	11.23	57.18
Si padece de la enfermedad COVID -19, acude a la atención de salud.	383	4.426	5	1.185	5	8.36	1.31	3.92	12.27	74.15
Estará dispuesto a recibir la vacuna o vacunarse en todas sus dosis en cada periodo y llamado establecido por salud.	383	2.93	3	1.854	1	43.34	5.74	5.48	5.48	39.95

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Actitud y Movilización por Actividad

La actitud es la disposición que reflejan las personas a realizar una actividad o acción concreta, según un objetivo o fin con valoración para ejecutarla, se refiere a la actitud ante movilización social por actividad.

En relación a la pregunta, con la pandemia se mantuvo aislado en su hogar, el 74.7 % (286) indicó que siempre, el 6.8 % (26) casi siempre, el 9.7 % (37) a veces, nunca 8.9% (34), no hubo respuesta de no sabe/indiferente (Gráfico N° 14.).

La media respecto a si se mantuvo aislado en el hogar durante la pandemia, fue de 4.4, que indicó siempre, actitud positiva y constante. En este ítem, la media fue de 4.4 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.223, lo que indica variabilidad moderada de las respuestas (Cuadro N° 7.).

De acuerdo a las repuestas la población encuestada, cumplió con las medidas de confinamiento y control, aunque un porcentaje se mantuvo renuente y presentó bajo cumplimiento.



A la pregunta, hizo compras para su hogar periódicas y constantes durante la pandemia de la COVID -19, el 55.9 % (214) indicó siempre, el 12.5 % (48) casi siempre, el 14.1 % (54) a veces, el 0.8 % (3) no sabe/indiferente, el 16.7 % (64) nunca (Gráfico N° 14).

La media respecto a si hizo compras para su hogar periódicas y constantes durante la pandemia de la COVID -19, fue de 3.9, que indicó siempre, actitud relacionada a la necesidad de abastecimiento. La media fue de 3.9 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.492, lo que indica variabilidad moderada de las respuestas (Cuadro N° 7.).

Concerniente a la pregunta, frecuentó restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia de la COVID-19, el 7.3 % (28) indicó siempre, el 2.6 % (10) casi siempre, el 2.9 % (11) a veces, el 0.5 % (2) no sabe/indiferente, el 86.7 % (332) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a si frecuentó restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia de la COVID -19, fue de 1.4, que indicó que no se manifestó la actitud de movilización, aspecto favorable, donde la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.156, lo que indica una variabilidad moderada y aceptable de las respuestas (Cuadro N° 7.).

Con relación a la pregunta, durante la pandemia de la COVID -19, le motivó a salir a divertirse y entretenerse fuera de casa y frecuentemente, el 14.4 % (55) indicó siempre, el 1.6 % (6) casi siempre, el 3.4 % (13) a veces, el 0.8 % (3) no sabe/indiferente, el 79.9 % (306) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a si le motivó a salir a divertirse y entretenerse fuera de casa y frecuentemente durante la pandemia de la COVID -19, fue de 1.7, que indicó que no se manifestó la actitud de movilización, según la actividad de divertirse, aspecto favorable, y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.448, lo que indica variabilidad moderada y aceptable de las respuestas (Cuadro N° 7.).

Fue notorio que hubo un control y seguridad durante las medidas establecidas de confinamiento, respecto a este indicador.

A la pregunta, su trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente durante la pandemia de la COVID-19, el 28.1 % (81) indicó siempre, el 5.9 % (17) casi siempre, el 7.3 % (21) a veces, el 1.4 % (4) no sabe/indiferente, el 57.3 % (165) nunca (Gráfico N° 14.).



La media respecto a si su trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente durante la pandemia de la COVID -19, fue de 2.5 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.789, en esta pregunta, se abordó solo a los mayores de 20 años (288), se refiere que para el periodo de la pandemia los entrevistados eran menores de edad. Se refleja variabilidad en las respuestas y manifiesta que las responsabilidades laborales influyeron en las salidas fuera de casa en un grupo del estudio, aunque el mayor porcentaje, se reflejó en la respuesta nunca (Cuadro N° 7.).

Concerniente a la pregunta, se movilizó para participar en actos religiosos masivos durante la pandemia de la COVID -19, el 9.2 % (35) indicó siempre, el 2.6 % (10) casi siempre, el 3.2 % (12) a veces, el 0.5 % (2) no sabe/indiferente, el 84.5 % (324) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a si se movilizó para participar en actos religiosos masivos durante la pandemia de la COVID -19, fue de 1.5, lo que indicó una actitud de nunca ante este indicador y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.254, mostró una variabilidad moderada o aceptable en las respuestas (Cuadro N° 7.).

Fue notorio que hubo un control y seguridad durante las medidas establecidas de confinamiento, respecto a este indicador.

En relación a la pregunta, se movilizó para participar en manifestaciones de protestas, marchas, huelgas durante la pandemia, el 1.6 % (6) indicó siempre, el 0.5 % (2) casi siempre, el 0.8 % (3) a veces, el 0.3 % (1) no sabe/indiferente, el 96.9 % (371) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a este indicador fue de 1.1, lo que indicó una actitud de nunca ante este indicador y la desviación estándar con respecto a la media fue de 0.568, mostró una alta homogeneidad y consenso en las respuestas (Cuadro N° 7.).

Con respecto a la pregunta, se movilizó para participar en eventos sociales y reuniones durante la pandemia, el 3.7 % (14) indicó siempre, el 0.5 % (2) casi siempre, el 2.9 % (11) a veces, el 0.3 % (1) no sabe/indiferente, el 92.7 % (355) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a este indicador fue de 1.2, lo que indicó una actitud de nunca ante este indicador y la desviación estándar con respecto a la media fue de 0.837, mostró una alta homogeneidad y consenso en las respuestas (Cuadro N° 7.).



A la pregunta, el trabajo informal motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia, el 15.2 % (44) indicó siempre, el 3.9 % (11) casi siempre, el 5.8 % (17) a veces, el 0.9 % (3) no sabe/indiferente, el 74.1 % (213) nunca (Gráfico N° 14).

La media respecto a este indicador fue de 1.9, lo que indicó una actitud de a veces, ante este indicador y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.519, mostró una alta homogeneidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 7). La mayoría de los entrevistados no desempeñan trabajo informal.

Concerniente a la pregunta, la búsqueda de trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia, el 8.9 % (26) indicó siempre, el 1.5 % (4) casi siempre, el 3.7 % (11) a veces, el 1.5 % (4) no sabe/indiferente, el 84.3 % (243) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a si la búsqueda de trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente durante la pandemia de la COVID -19, fue de 1.5, lo que indicó una actitud de nunca, ante este indicador y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.219, mostró una variabilidad moderada o aceptable en las respuestas de 288 entrevistados mayores de 20 años (Cuadro N° 7.).

En relación a la pregunta, durante la pandemia realizó salidas y viajes dentro del país, el 8.2 % (24) indicó siempre, el 0.3 % (1) casi siempre, el 2.1 % (6) a veces, el 0.6 % (2) no sabe/indiferente, el 88.8 % (255) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a este indicador fue de 1.4, lo que indicó una actitud de nunca, ante este indicador y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.133, mostró una alta homogeneidad y consenso en las respuestas de 288 entrevistados mayores de 20 años (Cuadro N° 7.).

En relación a la pregunta, durante la pandemia realizó salidas y viajes fuera del país, el 3.4 % (10) indicó siempre, el 1.5 % (4) a veces, el 0.6 % (2) no sabe/indiferente, el 94.5 % (272) nunca (Gráfico N° 14.).

La media respecto a este indicador fue de 1.2, lo que indicó una actitud de nunca, ante este indicador y la desviación estándar con respecto a la media fue de 0.759, mostró una alta homogeneidad y consenso en las respuestas de 288 entrevistados mayores de 20 años (Cuadro N° 7.).

La población encuestada durante la pandemia, presentó actitudes favorables realizadas,



como medidas de prevención y con variaciones en la movilización según actividad, reflejando percepción de riesgo y de protección personal. Las actividades de participación social y colectiva, no fueron constantes en la población entrevistada.

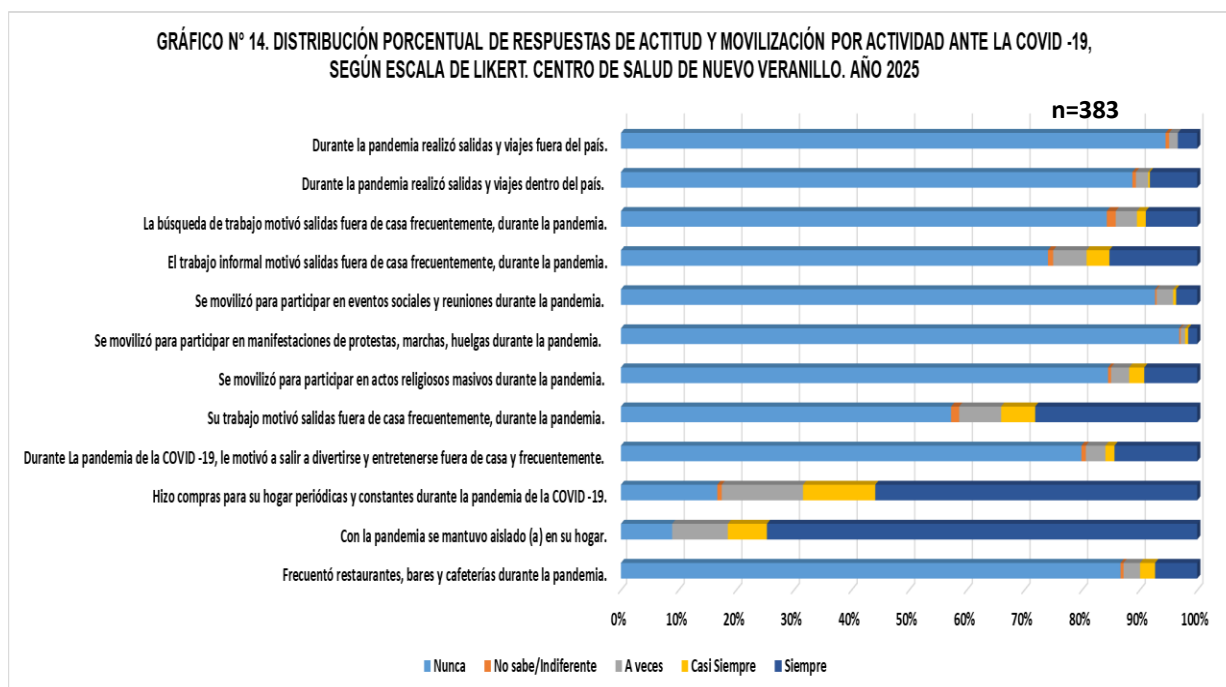
Los hallazgos evidencian que la población estuvo más orientada a acciones individuales de autocuidado (Gráfico N° 14.).

Cuadro N° 7. Descripción estadística de las respuestas sobre actitud y movilización por actividad durante la pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Actitud y Movilización por Actividad	Total	Media	Mediana	Std	Moda	Nunca	No sabe/ Indiferente	A veces	Casi Siempre	Siempre
Frecuentó restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia.	383	1.433	1	1.156	1	86.68	0.52	2.87	2.61	7.31
Con la pandemia se mantuvo aislado (a) en su hogar.	383	4.384	5	1.223	5	8.88	0	9.66	6.79	74.67
Hizo compras para su hogar periódicas y constantes durante la pandemia de la COVID -19.	383	3.901	5	1.492	5	16.71	0.78	14.1	12.53	55.87
Durante La pandemia de la COVID -19, le motivó a salir a divertirse y entretenerse fuera de casa y frecuentemente.	383	1.697	1	1.448	1	79.9	0.78	3.39	1.57	14.36
Su trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia.	288 *	2.462	1	1.789	1	57.29	1.39	7.29	5.9	28.12
Se movilizó para participar en actos religiosos masivos durante la pandemia.	383	1.514	1	1.254	1	84.51	0.52	3.15	2.62	9.19
Se movilizó para participar en manifestaciones de protestas, marchas, huelgas durante la pandemia.	383	1.097	1	0.568	1	96.87	0.26	0.78	0.52	1.57
Se movilizó para participar en eventos sociales y reuniones durante la pandemia.	383	1.222	1	0.837	1	92.69	0.26	2.87	0.52	3.66
El trabajo informal motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia.	288 *	1.854	1	1.519	1	74.09	0.91	5.79	3.96	15.24
La búsqueda de trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia.	288 *	1.492	1	1.219	1	84.31	1.54	3.69	1.54	8.92
Durante la pandemia realizó salidas y viajes dentro del país.	288 *	1.386	1	1.133	1	88.75	0.61	2.13	0.3	8.21
Durante la pandemia realizó salidas y viajes fuera del país.	288 *	1.171	1	0.759	1	94.5	0.61	1.53	0	3.36

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Actitud y Autocuidado

El autocuidado se refiere a la atención y cuidado que una persona realiza para sí misma, enfocada a promover la salud física mental, emocional y calidad de vida, para el bienestar integral.

Para el análisis de la actitud y autocuidado, se establecieron criterios ponderados de valoración de los promedios y desviación estándar.

A la pregunta, si padece de enfermedades respiratorias toma medicamentos comerciales de libre uso, el 25.3 % (97) indicó que siempre, el 9.9 % (38) casi siempre, el 2.4 % (9) no sabe/ indiferente, el 14.1 % (54) a veces y el 48.3 % (185) nunca (Gráfico N° 15.).

Con respecto a la actitud de autocuidado de tomar medicamentos de libre uso, la media fue de 2.6, que manifiesta una actitud de a veces realizar acciones de autocuidado, pero empleando medicamentos comerciales de libre uso, la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.709, la cual indica variabilidad heterogénea o polarización de las respuestas (Cuadro N° 8.).



Concerniente a la pregunta, si se contagia de la COVID -19 usted se automedica, el 9.2 % (35) indicó que siempre, el 5.8 % (22) casi siempre, el 1.8 % (7) no sabe/ indiferente, el 8.9 % (34) a veces y el 74.4 % (285) nunca (Gráfico N° 15.).

Con respecto a la práctica de automedicarse, la media fue de 1.7 que manifiesta una actitud de nunca realizar estas acciones, la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.348, indica variabilidad moderada de las respuestas (Cuadro N° 8.).

A la pregunta, tiene confianza en la inmunización (vacunación contra la COVID-19), el 35.0 % (134) indicó que siempre, el 9.4 % (36) casi siempre, el 8.9 % (34) no sabe/ indiferente, el 8.6 % (32) a veces y el 38.5 % (147) nunca (Gráfico N° 15.).

Con respecto a la confianza en la inmunización (vacunación contra la COVID-19), la media fue 2.9, que manifiesta una actitud de ser indeciso a no vacunarse, la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.76, que indica alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 8.).

Con relación a la pregunta, si se diera una futura pandemia de COVID, trabajaría presencialmente, el 29.2 % (112) indicó que siempre, el 11.2 % (43) casi siempre, el 6.3 % (24) no sabe/ indiferente, el 6.3 % (24) a veces y el 47.0 % (180) nunca (Gráfico N° 15).

Con respecto a la pregunta, si se diera una futura pandemia de COVID-19, trabajaría presencialmente, la media fue de 2.7, que manifiesta una actitud de indeciso para trabajar presencialmente durante una pandemia. La desviación estándar con respecto a la media fue de 1.77, que indica alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 8.).

Sobre la pregunta, si se diera una futura pandemia de COVID, preferiría trabajar a distancia en casa, el 65.3% (250) indicó que siempre, el 7.1 % (27) casi siempre, el 6.3 % (24) no sabe/ indiferente, el 9.4 % (36) a veces y el 12.0 % (46) nunca (Gráfico N° 15.).

Con respecto a la pregunta, si se diera una futura pandemia de COVID, preferiría trabajar a distancia, la media fue de 4.1, que manifiesta una actitud de casi siempre o favorable a trabajar a distancia. La desviación estándar con respecto a la media fue de 1.44 indica variabilidad moderada de las respuestas (Cuadro N° 8.).

En relación a la pregunta, mantuvo actividad física durante la pandemia (ejercicios y deporte), el 26.1 % (100) indicó que siempre, el 7.1 % (27) casi siempre, el 2.4 % (9) no sabe/ indiferente, el 13.3 % (51) a veces y el 51.2 % (196) nunca (Gráfico N° 15.).

Con respecto a la pregunta, mantuvo actividad física durante la pandemia (ejercicios y



deporte), la media fue de 2.5 que manifiesta una actitud favorable a trabajar a distancia, la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.726 indica alta variabilidad o polarización de las respuestas (Cuadro N° 8.).

A la pregunta, si frecuentó restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia, el 7.3 % (28) indicó que siempre, el 2.6 % (10) casi siempre, el 0.5 % (2) no sabe/ indiferente, el 2.9 % (11) a veces y el 86.7 % (332) nunca (Gráfico N° 15.).

Con respecto a frecuentar restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia, la media fue de 1.4 que manifiesta una actitud de autocuidado positiva de no visitar restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia, la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.156, que indica variabilidad heterogénea moderada de las respuestas (Cuadro N° 8.).

Referente a la pregunta, se mantuvo en casa fines de semana durante la pandemia, el 69.2 % (265) indicó que siempre, el 3.9 % (15) casi siempre, el 0.3 % (1) no sabe/ indiferente, el 4.7 % (18) a veces y el 21.9 % (84) nunca (Gráfico N° 15).

Con respecto a la pregunta, se mantuvo en casa fines de semana durante la pandemia, la media fue de 3.9 que manifiesta una actitud de casi siempre o favorable, la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.65, indica alta variabilidad o polarización de las respuestas (Cuadro N° 8).

Las respuestas a la pregunta, durante la pandemia de la COVID – 19 a usted le produjo salir más, fueron las siguientes: el 19.6 % (75) indicó que siempre, el 5.5 % (21) casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe/ indiferente, el 7.1 % (27) a veces y el 67.0 % (257) nunca (Gráfico N° 15.). Con respecto a este ítem, la media fue 2.1 de que manifiesta una actitud de casi siempre o favorable, la desviación estándar con respecto a la media fue 1.649 que indica alta variabilidad o polarización de las respuestas (Cuadro N° 8.).

Concerniente a la pregunta, aplicó y cumplió la medida de confinamiento (aislarse) durante la pandemia, el 76.2 % (292) indicó que siempre, el 5.7 % (22) casi siempre, el no sabe/ indiferente, no hubo, el 8.1 % (31) a veces y el 9.9 % (38) nunca (Gráfico N° 15.).

Con respecto a la pregunta, aplicó y cumplió la medida de confinamiento (aislarse) durante la pandemia, la media fue 4.4, que manifiesta una actitud de siempre o muy favorable. La desviación estándar con respecto a la media fue 1.261 que indica variabilidad moderada o aceptable de las respuestas (Cuadro N° 8.).

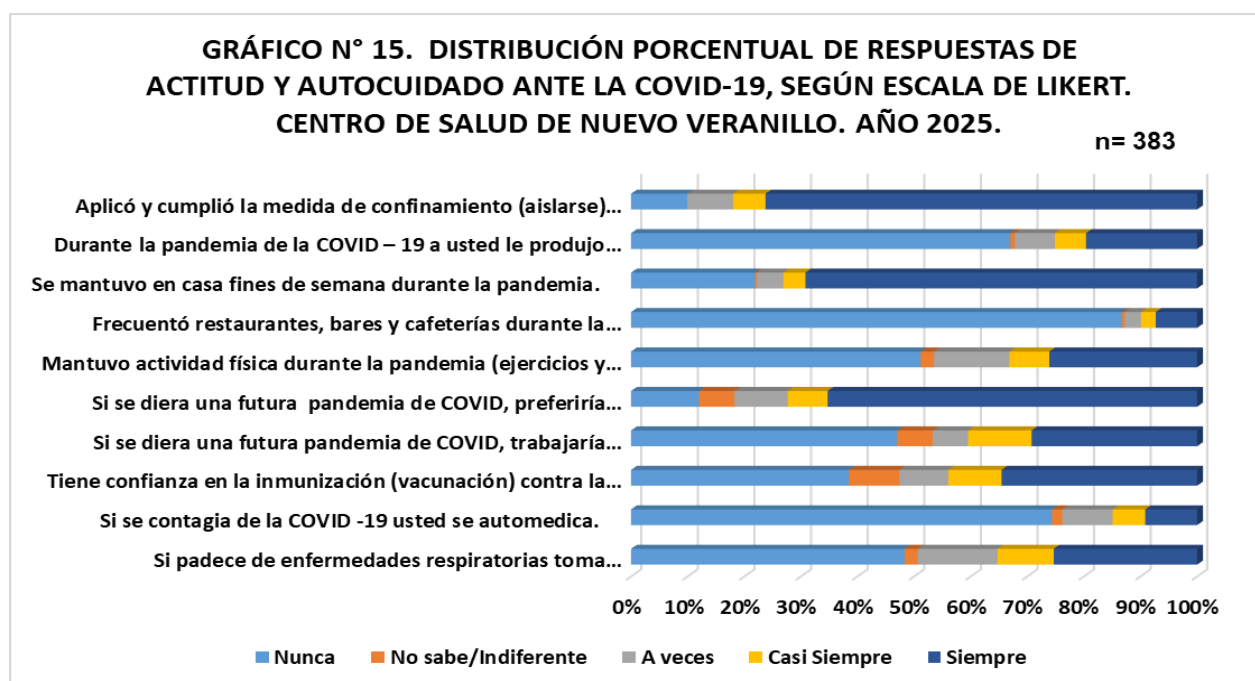


Cuadro N° 8. Descripción estadística de las respuestas sobre actitud y Autocuidado durante la pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Actitud y Autocuidado	Total	Media	Mediana	Std	Moda	Nunca	No sabe/ Indiferente	A veces	Casi Siempre	Siempre
Si padece de enfermedades respiratorias toma medicamentos comerciales de libre uso.	383	2.616	2	1.709	1	48.3	2.35	14.1	9.92	25.33
Si se contagia de la COVID -19 usted se automedica.	383	1.736	1	1.348	1	74.35	1.83	8.9	5.76	9.16
Tiene confianza en la inmunización (vacunación) contra la COVID -19.	383	2.927	3	1.76	1	38.48	8.9	8.64	9.42	34.55
Si se diera una futura pandemia de COVID, trabajaría presencialmente.	383	2.695	2	1.77	1	47	6.27	6.27	11.23	29.24
Si se diera una futura pandemia de COVID, preferiría trabajar a distancia en casa.	383	4.073	5	1.44	5	12.01	6.27	9.4	7.05	65.27
Mantuvo actividad física durante la pandemia (ejercicios y deporte).	383	2.546	1	1.726	1	51.17	2.35	13.32	7.05	26.11
Frecuentó restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia.	383	1.433	1	1.156	1	86.68	0.52	2.87	2.61	7.31
Se mantuvo en casa fines de semana durante la pandemia.	383	3.982	5	1.65	5	21.93	0.26	4.7	3.92	69.19
Durante la pandemia de la COVID – 19 a usted le produjo salir más.	383	2.099	1	1.649	1	67.02	0.79	7.07	5.5	19.63
Aplicó y cumplió la medida de confinamiento (aislarse) durante la pandemia.	383	4.384	5	1.261	5	9.92	0	8.09	5.74	76.24

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

La actitud y el autocuidado en la población estudiada, manifiesta conductas consistentes y con internalización de prácticas saludables.

La población evaluada reconoce las prácticas positivas y se identifica el conocimiento y también, el cumplimiento condicionado.

Se identifica igualmente, que algunos de los encuestados, no mantienen la actitud del autocuidado y otros manifestaron ser indiferentes.

Se requiere proseguir con el fortalecimiento de estrategias de motivación y adherencias a conductas saludables y prácticas de autocuidado.

Prácticas

La práctica social, se refiere a la forma como las personas hacen las cosas mediante acciones en el comportamiento social, que incluye aspectos de forma de comunicación, cultura y valores, que pueden ser habituales, repetitivas, compartidas y culturalmente dependientes.



Para el análisis de las prácticas, se establecieron criterios ponderados de valoración de los promedios y desviación estándar.

Prácticas y riesgo

A la pregunta de la práctica relacionada, si actualmente saluda con abrazos apretones de manos, el 35.3 % (135) indicó que siempre, el 8.9 % (34) casi siempre, el 28.5 % (109) no sabe/ indiferente, el 0.5 % (3) a veces y el 26.7 % (102) nunca (Gráfico N° 16.).

Con respecto a la práctica de saludar con abrazos y apretones de manos, la media fue de 3.3 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.584, indica variabilidad heterogénea o polarización de las respuestas (Cuadro N° 9.).

El 35.3 % (135) indicó siempre y el 26.7 % (102) indicó nunca. Los saludos con contacto físico continúan, considerados saludos de alto riesgo para la transmisión interpersonal. Siendo más de un tercio de los entrevistados que no cumplen con el distanciamiento físico, lo que refleja una normalización del riesgo y relajamiento post pandémico (Gráfico N°16.) .

En relación a la pregunta: se lava las manos frecuentemente, el 80.4 % (308) de los entrevistados indicó que siempre, el 11.0 % (41) casi siempre, el 6.8 % (26) a veces, el 2.1 % (8) nunca (Gráfico N°16.).

Con respecto a la práctica de lavado de manos, la media fue de 4.7 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 0.779, lo que indica alta homogeneidad y consenso en las respuestas (Cuadro N° 9.).

Los datos indican que existe una adherencia muy alta al lavado de manos y refleja una percepción clara del riesgo biológico y de buena higiene.

A la pregunta utiliza el ángulo interno del codo para cubrirse al estornudar o toser, el 63.5 % (243) indicó que siempre, el 12.0 % (46) casi siempre, el 1.0 % (2) no sabe / indiferente, el 11.5 % (44) a veces y el 12.5 % (48) nunca (Gráfico N°16.).

En relación a si utiliza el ángulo interno del codo para cubrirse al toser, la media fue de 4.1 y la desviación estándar con respecto a la media fue 1.371, indicó variabilidad moderada o aceptable en las respuestas y buena práctica preventiva (Cuadro N° 9.).

La respuesta emitida con relación a la pregunta, actualmente evita lugares de concurrencia masiva de personas, el 50.9% (195) indicó que siempre, el 15.4% (59) indicó



que casi siempre, el 0.5 % (2) no sabe / indiferentes, el 16.7 % (64) a veces y el 16.5 % (63) nunca (Gráfico N°16.).

Con respecto a la pregunta, si actualmente evita lugares de concurrencia masiva de personas, la media fue de 3.8 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.467, lo que indica práctica o protección intermedia y variabilidad en las respuestas (Cuadro N° 9.).

La mitad de los entrevistados reconoce el riesgo de espacios concurridos, pero la otra mitad se expone, se manifiesta confianza a la seguridad post pandemia o normalización al riesgo.

En relación a la pregunta, actualmente, usa mascarilla para protección en lugares públicos y cerrados (hospitales, centros de salud u otros), el 22.5 % (86) indicó que siempre, el 9.9 % (38) indicó que casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe/ indiferentes, el 24.5% (94) a veces y el 42.3 % (162) nunca (Gráfico N°16.).

Con respecto a la pregunta, actualmente, usa mascarilla para protección en lugares públicos y cerrados (hospitales, centros de salud u otros), la media fue de 2.7 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.614, lo que indica baja protección y polarización en las respuestas (variabilidad) (Cuadro N° 9.).

A la pregunta de la práctica relacionada, si actualmente, mantiene distanciamiento físico ante personas (2 metros), el 22.5 % (86) indicó que siempre, el 6.3 % (24) indicó que casi siempre, el 1.0 % (4) no sabe/ indiferente, el 23.8 % (91) a veces y el 46.5 % (178) nunca (Gráfico N°16.).

Con respecto a la pregunta, si actualmente, mantiene distanciamiento físico ante personas (2 metros), la media fue de 2.6 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.627, lo que indica baja protección y polarización en las respuestas (variabilidad), se observan patrones de no sostenibilidad de medidas preventivas, debido al estatus actual de sentimiento de seguridad y disminución de la percepción del riesgo post pandemia (Cuadro N° 9.).

A la pregunta, mantiene la mascarilla cubriendo la boca, nariz y barbilla, el 52.7 % (202) indicó que siempre, el 9.9 % indicó (38) casi siempre, el 1.3 % (5) no sabe /indiferente, el 17.8 % (68) a veces y el 18.3 % (70) nunca (Gráfico N°16.).



Referente a la pregunta, sí mantiene la mascarilla cubriendo la boca, nariz y barbilla, la media fue de 3.8 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.534, lo que indica que, en la población entrevistada el mayor porcentaje conoce como colocarse la mascarilla correctamente. Se manifiesta variabilidad y polarización en las respuestas, indicando una práctica preventiva intermedia, según criterio de valor ponderado. Se requiere fortalecer la práctica en el uso correcto de la mascarilla (Cuadro N° 9.).

Concerniente a la pregunta, mantiene consigo el gel o alcohol para las manos, el 53.8% (206) indicó que siempre, el 16.5 % (63) siempre, el 0.5 % (2) no sabe / indiferente, el 12.0 % (46) a veces y el 17.2 % (66) nunca (Gráfico N°16.).

Según las repuestas a la pregunta, sí mantiene consigo el gel o alcohol para las manos, la media fue de 3.9 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.489, lo que indica que, en la población entrevistada, el mayor porcentaje mantiene consigo y utiliza el gel o alcohol. Se manifiesta variabilidad y polarización en las respuestas, indicando una práctica preventiva intermedia, según criterio de valor ponderado. Se requiere proseguir promoviendo la práctica individual en el uso del gel y alcohol para manos (Cuadro N° 9).

Con respecto a la pregunta, si dispone de teléfono celular lo limpia frecuentemente, el 49.0 % (188) indicó que siempre, el 15.7 % (60) casi siempre, el 1.1 % (4) no sabe / indiferente, el 14.1 % (54) a veces y el 20.2 % (77) nunca (Gráfico N°16.). Según las repuestas a la pregunta, sí dispone de teléfono celular lo limpia frecuentemente, la media fue de 3.7 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.552, lo que indica que, en la población entrevistada, el mayor porcentaje realiza la práctica complementaria de limpieza del celular.

Se manifiesta variabilidad y polarización en las respuestas, indicando una práctica preventiva intermedia de adopción moderada no constante, según criterio de valor ponderado. Limpiar el celular es una práctica de higiene complementaria (Cuadro N° 9.).

Las respuestas relacionadas a la pregunta, sí al llegar a su hogar deja los calzados afuera de la casa, el 44.4 % (170) indicó que siempre, el 9.1 % (35) casi siempre, el 13.3 % (51) a veces y el 33.2 % (127) nunca (Gráfico N° 16.).

Referente a las repuestas a la pregunta, sí al llegar a su hogar deja los calzados afuera de la casa, la media fue de 3.3 y la desviación estándar con respecto a la media fue de



1.759, lo que indica que, el mayor porcentaje realiza la práctica complementaria de dejar los calzados afuera del hogar. Se manifiesta variabilidad y polarización en las respuestas, indicando una práctica preventiva intermedia de adopción moderada no constante, según criterio de valor ponderado.

(Cuadro N° 9.).

A la pregunta, utiliza mascarilla a todo momento cuando sale fuera de la casa, el 12.3 % (47) indicó que siempre, el 4.5 % (17) casi siempre, 0.3 % (1) no sabe / indiferente, el 28.3 % (108) a veces y el 54.7 % (210) indicó que nunca.

(Gráfico N° 16.).

La respuesta relacionada con la pregunta utiliza mascarilla a todo momento cuando sale fuera de la casa, la media fue de 2.2 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.441 según criterio de valor ponderado, lo que indica que, el mayor porcentaje no realiza la práctica de utilizar mascarilla a todo momento cuando sale fuera de la casa. Se manifiesta variabilidad y polarización en las respuestas, manifestando una práctica preventiva no constante, debido a que el periodo post pandémico o no crítico de la COVID -19, permite la seguridad, relajación y el uso no obligado de la mascarilla a todo momento, (Cuadro N° 9.).

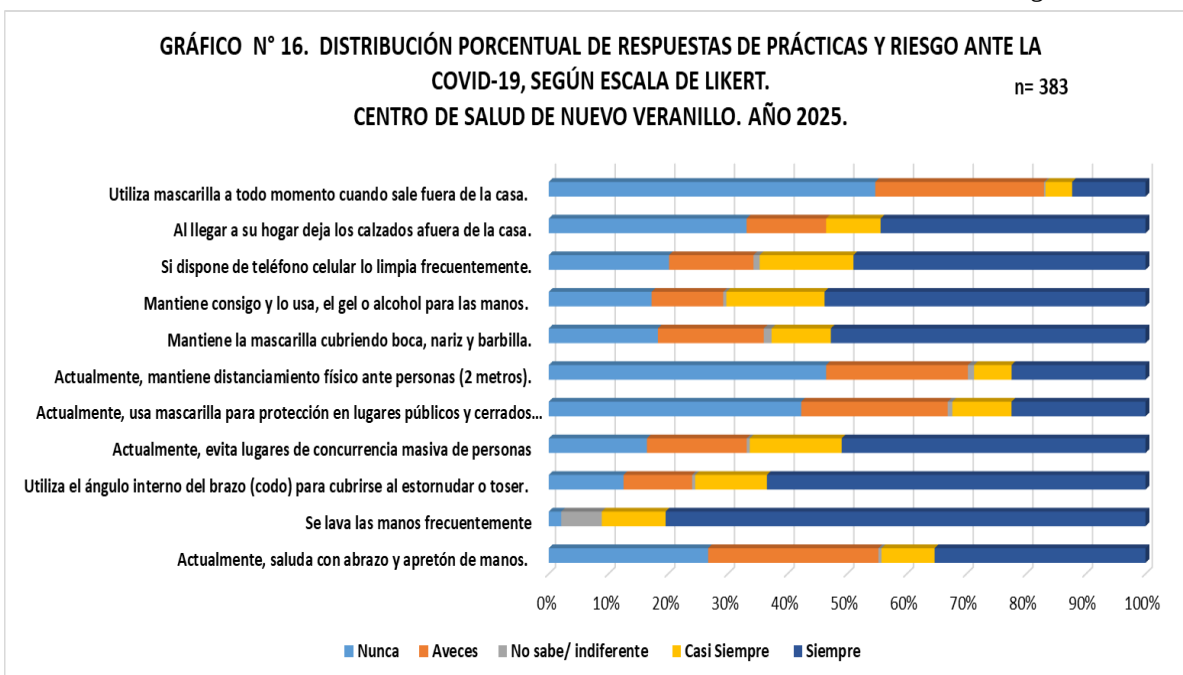


Cuadro N° 9. Descripción estadística de las respuestas sobre prácticas y riesgo ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Prácticas	Total	Media	Mediana	Std	Moda	Nunca	A veces	No sabe/ Indiferente	Casi Siempre	Siempre
Actualmente, saluda con abrazo y apretón de manos.	383	3.257	3	1.584	5	26.7	28.53	0.52	8.9	35.34
Se lava las manos frecuentemente.	383	4.674	5	0.779	5	2.09	0	6.79	10.7	80.42
Utiliza el ángulo interno del brazo (codo) para cubrirse al estornudar o toser.	383	4.133	5	1.371	5	12.53	11.49	0.52	12.01	63.45
Actualmente, evita lugares de concurrencia masiva de personas.	383	3.838	5	1.467	5	16.45	16.71	0.52	15.4	50.91
Actualmente, usa mascarilla para protección en lugares públicos y cerrados (hospitales, centros de salud u otros).	383	2.695	3	1.614	1	42.3	24.54	0.78	9.92	22.45
Actualmente, mantiene distanciamiento físico ante personas (2 metros).	383	2.572	3	1.627	1	46.48	23.76	1.04	6.27	22.45
Mantiene la mascarilla cubriendo boca, nariz y barbilla.	383	3.775	5	1.534	5	18.28	17.75	1.31	9.92	52.74
Mantiene consigo y lo usa, el gel o alcohol para las manos.	383	3.89	5	1.489	5	17.23	12.01	0.52	16.45	53.79
Si dispone de teléfono celular lo limpia	383	3.723	4	1.552	5	20.16	14.14	1.05	15.71	48.95
Al llegar a su hogar deja los calzados afuera de la casa.	383	3.316	4	1.759	5	33.16	13.32	0	9.14	44.39
Utiliza mascarilla a todo momento cuando sale fuera de la casa.	383	2.194	1	1.441	1	54.71	28.27	0.26	4.45	12.3

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Impacto Psicoemocional

El Impacto psicoemocional es el efecto de estímulos, sobre el bienestar psicológico y la capacidad de expresión de emociones, sean estos agradables o desagradables, y que puede repercutir en el estado funcional general del organismo, la salud, la capacidad de trabajo, los procesos intelectuales, el pensamiento, sentimientos, estado de ánimo, comportamiento y en la calidad de vida.

Impacto Psicoemocional y Ánimo

A la pregunta, trató con calma las emociones durante la pandemia, el 65.4 % (251) indicó que siempre, el 14.6 % (56) casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe / indiferente, 11.5 % (44) a veces y el 7.6 % (29) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.). La respuesta relacionada con la pregunta, trató con calma las emociones durante la pandemia, la media fue de 4.3 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.181, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional muy bajo, con



respecto a este ítem y moderada variabilidad de las respuestas (Cuadro N° 10.). La población entrevistada, manifestó un control y manejo de sus emociones.

En relación a la pregunta, hubo cambios de ánimo durante la pandemia COVID-19, el 35.8 % (137) indicó que siempre, el 8.9 % (34) casi siempre, el 1.6 % no sabe / indiferente, (6) 20.4 % (78) a veces y el 33.4 % (128) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, hubo cambios de ánimo durante la pandemia, la media fue de 3.1 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.69, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional alto, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 10.).

Los hallazgos indican que casi la mitad el 44.7 % (171) de la población encuestada experimentó alteraciones del estado del ánimo de manera frecuente, por lo que hubo afectación del bienestar emocional, confirmando un impacto psicoemocional significativo durante la pandemia de la COVID -19. La presencia de un porcentaje elevado de respuestas siempre, refuerza la necesidad de considerar la salud mental como un componente clave en la evaluación de los efectos indirectos de emergencias sanitarias, sobre todo en epidemias y pandemias.

Con respecto al 33.4 % (128) de los encuestados, indicaron no haber experimentado cambios de ánimo, manifestando resiliencia emocional o posibles estrategias de afrontamiento efectiva, sin embargo, el grupo que representó el 1.6 % (6) que respondió no sabe /indiferente, es posible que sea una manifestación de subestimación o dificultad para reconocer alteraciones emocionales o procesos de normalización del malestar por estrés prolongado, aspecto relevante para la planificación de intervenciones en salud mental e incorporar acciones de apoyo psicoemocional en las estrategias de respuesta ante emergencias sanitarias, así como fortalecer los programas de promoción de la salud mental y detección temprana de alteraciones emocionales en la población, lo que sería beneficios incorporar la dimensión biopsicosocial de la evaluación integral post pandemia.

Concerniente a la pregunta, le fue posible tener ánimo y sentimientos positivos durante la pandemia, el 59.8 % (229) indicó que siempre, el 18.0 % (69) casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe / indiferente, 14.1 % (54) a veces y el 7.3 % (28) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, le fue posible tener ánimo y sentimientos



positivos durante la pandemia, la media fue de 4.2 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.174, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un estado psicoemocional muy alto positivo, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 10.).

La mayoría de los entrevistados logró mantener ánimo y sentimientos positivos durante la pandemia, ya que el 77.8 % (298) respondió siempre o casi siempre, sugiere una alta resiliencia emocional, sin embargo, el 21.4 % (82) de los participantes, manifestó dificultades emocionales, donde un 7.3 % (28) que indicó que nunca, representa un grupo vulnerable que pudo tener una afectación emocional significativa.

Se presenta la necesidad de realizar acciones estratégicas de apoyo psicoemocional para abordar a grupos con dificultades para mantener el ánimo en situaciones de emergencias sanitarias.

En relación a la pregunta, logró tomar iniciativas de apoyo a la familia durante la pandemia, el 74.9 % (287) indicó que siempre, el 14.9 % (57) casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe / indiferente, 6.0 % (23) a veces y el 3.4 % (13) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, logró tomar iniciativas de apoyo a la familia durante la pandemia, la media fue de 4.6 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 0.905, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un estado psicoemocional muy alto positivo, con respecto a este ítem y alta homogeneidad de las respuestas (Cuadro N° 10.).

Se refleja excelente disposición para brindar ayuda y apoyo a la familia y consenso en las respuestas

En relación a la pregunta, sintió miedo o pánico durante la pandemia, el 33.7 % (129) indicó que siempre, el 5.5 % (21) casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe / indiferente, 24.3 % (93) a veces y el 35.8 % (137) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, sintió miedo o pánico durante la pandemia, la media fue de 3.0 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.685, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional marcado moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad (heterogénea) y polarización de las respuestas (Cuadro N° 10.).

Se refleja una respuesta emocional marcada en la población encuestada.



Un 39.2 % (150) que siempre tuvo miedo o pánico durante la pandemia. El 24.3 % (93) señaló que sintió a veces miedo o pánico, lo que indica una afectación emocional intermitente, posiblemente a la exposición de información o situaciones relacionadas a la pandemia, lo que manifiesta que la mayoría de los encuestados, fueron capaces de identificar claramente su respuesta emocional ante los acontecimientos durante la pandemia.

Los hallazgos muestran que la pandemia tuvo un impacto emocional considerable, con casi cuatro (4) de diez (10) personas experimentando miedo o pánico de forma constante y una cuarta parte presentando emociones ocasionalmente. Sin embargo, más de un tercio no reportó este tipo de afección.

La pandemia generó un impacto que resalta la importancia de incorporar la dimensión de salud mental en la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, así como de fortalecer estrategias de apoyo psicológico dirigidas a los grupos más vulnerables emocionalmente.

A la pregunta, tuvo estado de ánimo de tristeza durante la pandemia, el 34.8 % (133) indicó que siempre, el 7.3 % (28) casi siempre, el 1.31 % (5) no sabe / indiferente, 25.1 % (96) a veces y el 32.5 % (124) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, tuvo estado de ánimo de tristeza durante la pandemia, la media fue de 3.1 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.652, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un estado psicoemocional con impacto moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 10.).

Se identifica presencia de tristeza en más de un tercio de la muestra, otros con episodios con malestar emocional frecuente y episodios de tristeza transitoria, alguna dificultad para identificar o expresar el estado emocional.

El 67.2 % (257) de los participantes experimentaron tristeza en algún grado y el 32.5 % (124) no reportó haberla experimentado.

Los datos manifiestan que la mayoría de los encuestados, indicaron haber experimentado en algún momento tristeza y un grupo significativo con síntomas frecuentes o permanentes durante la pandemia. Estos resultados, encaminan a la necesidad de realizar intervenciones en salud mental, prevención y atención temprana en los programas de salud dirigidos a la población.



Con respecto a la pregunta, estuvo deprimido durante la pandemia de la COVID -19, el 19.3 % (74) indicó que siempre, el 4.2 % (16) casi siempre, el 1.0 % (4) no sabe / indiferente, 14.6 % (56) a veces y el 60.8 % (233) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, estuvo deprimido durante la pandemia de la COVID -19, la media fue de 2.2 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.619, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional moderado (a veces), con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 10.).

Más del tercio de la población estudiada, el 38.1% (146), experimentaron síntomas de depresión en algún momento durante la pandemia y una cuarta parte, que representó el 23.5 % (90) reportó depresión frecuente, lo que refleja que la pandemia tuvo un impacto emocional relevante, en parte de la población de estudio.

Los resultados indican que, aunque una parte de la población de estudio no presentó depresión durante la pandemia, una proporción importante, sí experimentó síntomas depresivos, lo que hace necesario fortalecer las estrategias de apoyo en salud mental, especialmente en el contexto de crisis sanitarias y considerar el bienestar emocional como un componente importante en la respuesta a emergencias de salud pública.

En relación a la pregunta, tuvo dificultad para relajarse y calmarse durante la pandemia, el 17.8 % (68) indicó que siempre, el 4.2 % (16) casi siempre, el 1.6 % (6) no sabe / indiferente, 15.7 % (60) a veces y el 60.7 % (233) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, tuvo dificultad para relajarse y calmarse durante la pandemia, la media fue de 2.2 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.583, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional moderado (a veces), con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 10.).

El 37.7 % (144) de los encuestados, tuvo algún grado de dificultad para relajarse y calmarse, aunque la mayoría de los encuestados refirieron no haber presentado dificultades para relajarse, más de un tercio de la población estudiada experimentó alteraciones en la regulación emocional.

Se destaca que un 22.0 % (84) reportó dificultades frecuentes (siempre y casi siempre), lo que manifiesta, posible presencia de niveles elevados de tensión, ansiedad o estrés



sostenido durante el periodo de la pandemia. Estos resultados están muy coherentes con los efectos psicosociales descritos en los contextos de crisis sanitarias, tales como el confinamiento, incertidumbre, cambios en la rutina diaria, temor a la enfermedad, los cuales impactan en las personas e impiden alcanzar la capacidad de relajarse y calmarse. Ante este panorama, se hace necesario incorporar intervenciones de manejo de estrés y apoyo psicoemocional en planes de respuesta ante emergencias sanitarias y realizar estrategias de recuperación post pandemia.

Concerniente a la pregunta, tuvo reacciones exageradas de cuidado personal y familiar durante la pandemia, el 16.5 % (63) indicó que siempre, el 7.9 % (30) casi siempre, el 1.3 % (5) no sabe / indiferente, 13.9 % (53) a veces y el 60.5 % (232) indicó que nunca. (Gráfico N° 17.).

La respuesta relacionada con la pregunta, tuvo reacciones exageradas de cuidado personal y familiar durante la pandemia, la media fue de 2.2 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.583, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional moderado (a veces), con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 10.).

El 60.5 % (232) de los participantes, no presentó reacciones exageradas de cuidado personal y familiar, lo cual indica que mantuvieron conductas proporcionadas y no extremas, aun en el contexto de alta incertidumbre sanitaria.

Mientras que un 24.4 % (93) que respondió siempre y casi siempre, manifestó haber tenido reacciones exageradas de cuidado, lo que puede indicar niveles elevados de ansiedad, miedo al contagio o hipervigilancia con respecto a la familia, este grupo pudo haber experimentado una carga emocional importante durante la pandemia.

A pesar que la mayoría de los participantes no desarrolló conductas de cuidado exageradas, cuatro (4) de cada diez (10) personas, presentaron en algún grado respuestas intensificadas de autocuidado durante la pandemia, lo que evidencia la necesidad de considerar estrategias de apoyo en salud mental, orientadas al manejo del miedo, la ansiedad y percepción de riesgo en situaciones de emergencia sanitaria.

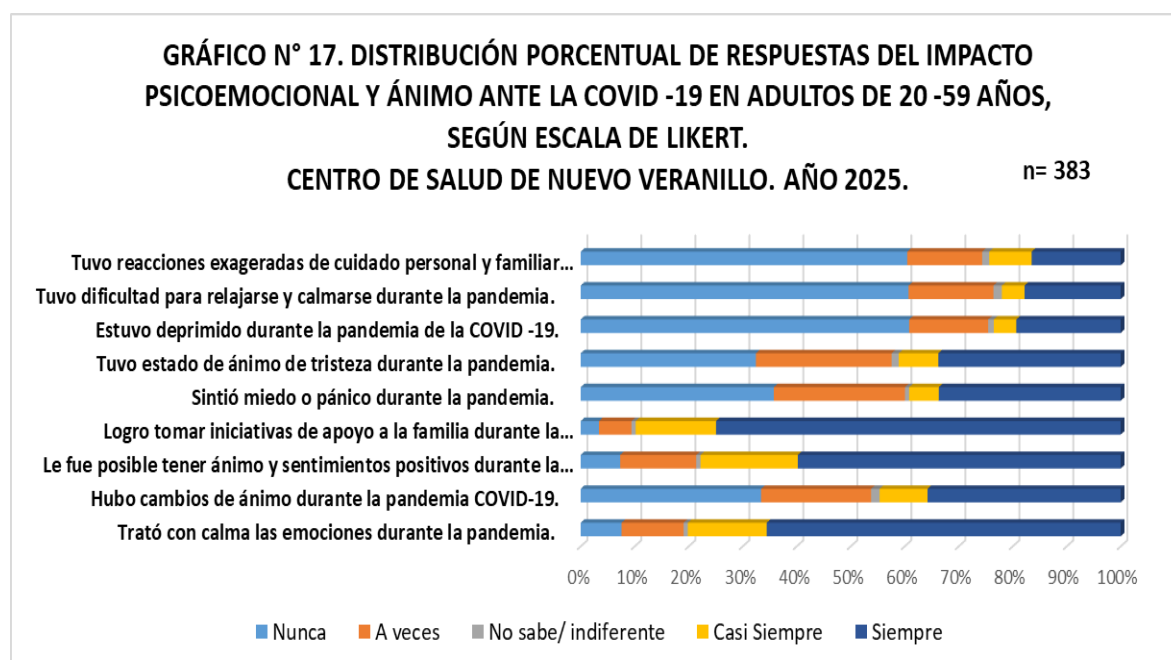


Cuadro N° 10. Descripción estadística de las respuestas sobre el impacto psicoemocional y ánimo ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Impacto Psicoemocional y ánimo	Total	Media	Mediana	Std	Moda	Nunca	A veces	No sabe/ indiferente	Casi Siempre	Siempre
Trató con calma las emociones durante la pandemia.	383	4.298	5	1.181	5	7.57	11.49	0.78	14.62	65.54
Hubo cambios de ánimo durante la pandemia COVID-19.	383	3.12	3	1.69	5	33.42	20.37	1.57	8.88	35.77
Le fue posible tener ánimo y sentimientos positivos durante la pandemia.	383	4.222	5	1.174	5	7.31	14.1	0.78	18.02	59.79
Logro tomar iniciativas de apoyo a la familia durante la pandemia.	383	4.572	5	0.905	5	3.39	6.01	0.78	14.88	74.93
Sintió miedo o pánico durante la pandemia.	383	3.005	3	1.685	1	35.77	24.28	0.78	5.48	33.68
Tuvo estado de ánimo de tristeza durante la pandemia.	383	3.086	3	1.652	5	32.46	25.13	1.31	7.33	33.77
Estuvo deprimido durante la pandemia de la COVID -19.	383	2.201	1	1.619	1	60.84	14.62	1.04	4.18	19.32
Tuvo dificultad para relajarse y calmarse durante la pandemia.	383	2.168	1	1.583	1	60.73	15.71	1.57	4.19	17.8
Tuvo reacciones exageradas de cuidado personal y familiar durante la pandemia.	383	2.186	1	1.583	1	60.47	13.87	1.31	7.85	16.49

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Impacto Psicoemocional y Estado Nervioso

El estado nervioso por un impacto psicoemocional, es una condición donde pueden manifestarse malestares físicos y mentales como: estrés, intranquilidad, angustia, ansiedad, depresión, irritabilidad, enojo, pánico y fatiga entre otros, debido a estímulos por situaciones amenazantes, desafíos o peligros inminentes, que producen una alteración de la conexión mente – cuerpo.

Concerniente a la pregunta, tuvo nerviosismo por la pandemia de la COVID -19, el 25.6 % (98) indicó que siempre, el 5.2 % (20) casi siempre, el 0.5 % (2) no sabe / indiferente, 18.3 % (70) a veces y el 50.4 % (193) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, tuvo nerviosismo por la pandemia de la COVID -19, la media fue de 2.6 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.701, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional moderado (a veces), con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 11.).



A la pregunta, tuvo nerviosismo por la pandemia de la COVID -19, un total de 118 personas presentó nerviosismo persistente durante la pandemia, es decir uno (1) de cada tres (3) adultos, 70 personas con nerviosismo ocasional y 193 personas sin nerviosismo.

El 30.8% (118) de los encuestados manifestó haber presentado de forma frecuente (siempre y casi siempre) nerviosismo durante la pandemia de la COVID-19.

Un 18.3 % (70) de los encuestados lo experimentó ocasionalmente, mientras que el 50.4 % (193) indicó no haber presentado nerviosismo.

Los resultados indican que un tercio de la población evidenció una afectación emocional, (nerviosismo frecuente).

En relación a la pregunta, tuvo preocupación por temor a la COVID -19, el 37.6 % (144) indicó que siempre, el 8.6 % (33) casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe / indiferente, 19.6 % (75) a veces y el 33.4 % (128) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, tuvo preocupación por temor a la COVID -19, la media fue de 3.2 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.705, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional moderado (a veces), con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 11.).

Casi la mitad de los participantes presentó una preocupación frecuente (siempre y casi siempre) 46.2 % (177), que indica impacto emocional en una proporción importante en este grupo. El 19.6 % (75) que indicó a veces, puede estar asociado a ansiedad situacional o dependiente del contexto (picos de contagios, noticias, familiares enfermos entre otros).

El 33.4 % (128) que indicó que nunca, hace visualizar la heterogeneidad en la percepción del riesgo y la respuesta psicológica antes crisis sanitarias.

Con respecto a la pregunta, mantuvo calma antes, durante y posterior al estado crítico de la pandemia de la COVID-19, el 55.9 % (214) indicó que siempre, el 18.0 % (69) casi siempre, el 1.8 % (7) no sabe / indiferente, 13.6 % (52) a veces y el 10.7 % (41) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, mantuvo calma antes, durante y posterior al estado crítico de la pandemia de la COVID-19, la media fue de 4.1 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.314, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un estado psicoemocional de casi siempre y positivo con



respecto a este ítem y variabilidad moderada y aceptable de las respuestas (Cuadro N° 11).

El 73.9% (283) de los encuestados manifestó haber mantenido la calma siempre o casi siempre ante este ítem, un 24.3 % (93) reportó haber mantenido la calma, solo a veces o nunca, lo que evidencia la presencia de un grupo con vulnerabilidad ante situaciones de crisis sanitaria, sin embargo, se observó un patrón más positivo, porque en la mayoría de los encuestados, percibe haber mantenido la calma.

En relación a la pregunta, siente mucho miedo a la COVID -19, el 30.8 % (118) indicó que siempre, el 6.3 % (24) casi siempre, el 2.6 % (10) no sabe / indiferente, 19.8 % (76) a veces y el 40.5 % (155) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, siente mucho miedo a la COVID -19, la media fue de 2.8 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.707, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un estado psicoemocional moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 11.).

Los resultados manifiestan polarización emocional, un grupo con miedo persistente, el 37.1 % (142) y otro grupo mayoritario sin miedo el 49.5 % (190), estos resultados manifiestan diferencias en la percepción del riesgo y de vulnerabilidad.

La presencia de miedo en más de un tercio de los encuestados sugiere una carga importante en la salud mental y otra asociada a una mayor percepción de riesgo y adopción de medidas preventivas.

Se sugiere la necesidad de implantar medidas de prevención sostenidas y de afrontamiento heterogéneo en salud mental.

Concerniente a la pregunta, le causa incomodidad al pensar en la COVID-19, el 29.1 % (111) indicó que siempre, el 3.9 % (15) casi siempre, el 1.3 % (6) no sabe / indiferente, 20.4 % (78) a veces y el 45.3 % (173) indicó que nunca. (Gráfico N° 18).

La respuesta relacionada con la pregunta, le causa incomodidad al pensar en la COVID-19, la media fue de 2.7 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.714, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un estado psicoemocional moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 11.).



Más de la mitad de los participantes, que representó el 53.4 % (205), experimentó algún grado de incomodidad al pensar en la COVID-19, lo que indica que, aunque haya pasado la situación crítica de la pandemia, ésta influyó y se manifiesta en una carga emocional en este grupo y que puede estar asociada (huella emocional) con miedo a enfermarse, duelo, experiencias hospitalarias y la incertidumbre vivida, es un indicador importante de estrés post evento o memoria emocional negativa que persiste. En cuanto a la incomodidad moderada reflejada en el 20.4 % (78) de los encuestados referente a la situación emocional, aunque no es persistente, se mantiene latente y sensible (recuerdo activador). El 45.3 % (173) de los participantes, sin manifestar incomodidad, es reflejo de una posible adaptación emocional y control del evento en su vida diaria.

Los resultados reflejan una persistencia de afectación emocional relacionada con la pandemia y muy coherente con eventos de crisis sanitarias de gran magnitud y prolongada, lo que manifiesta una memoria emocional colectiva sensible al tema de la COVID-19, pero no así una psicopatología.

Se sugiere intervenciones estratégicas de promoción y prevención en educación emocional post pandemia y fortalecer la resiliencia orientada a la normalización y aprendizaje social con una visión no desde el miedo.

A la pregunta, le da sudor en las manos al pensar en la COVID -19, el 10.5 % (40) indicó que siempre, el 2.1 % (8) casi siempre, el 1.8 % (7) no sabe / indiferente, 8.2 % (31) a veces y el 77.4 % (296) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, le da sudor en las manos al pensar en la COVID -19, la media fue de 1.7 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.332, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional bajo, con respecto a este ítem y variabilidad moderada y aceptable de las respuestas (Cuadro N° 11.).

Es un ítem que evalúa un síntoma físico de ansiedad (hiperactivación autonómica) y donde los resultados reflejan baja frecuencia de síntomas físicos asociados a ansiedad.

El 77.4 % (296) indicó baja activación fisiológica asociada al recuerdo del evento pandémico (es un indicador positivo).

El 12.6 % presentó una respuesta de ansiedad o respuesta corporal por memoria



emocional que podría asociarse a experiencias emocionales negativas relacionadas con la pandemia.

Predomina la estabilidad emocional con baja ansiedad y baja somatización post pandemia, se manifiesta una experiencia más emocional /cognitiva (miedo, preocupación) generalizada que somática.

La respuesta relacionada con la pregunta, siente miedo de morir por la COVID -19, el 25.1% (96) indicó que siempre, el 2.4 % (9) casi siempre, el 2.1 % (8) no sabe / indiferente, 14.0 % (54) a veces y el 56.4 % (216) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

Para la respuesta, siente miedo de morir por la COVID -19, la media fue de 2.4 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.709, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional bajo, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 11.).

Uno (1) de cada cuatro (4) personas tenía miedo de morir por la COVID-19, manifestando una percepción real de la letalidad, mientras que más de la mitad (56.4 %) no sentía miedo al morir, y podría relacionarse con confianza en las medidas sanitarias, mecanismo de negación adaptativa, resiliencia psicológica o mecanismos de afrontamiento y percepción de bajo riesgo, lo que invita a realizar otras investigaciones para relacionar o realizar inferencia.

Con relación a la pregunta, siente nerviosismo o ansiedad ante nuevas noticias y nuevas informaciones sobre la COVID – 19, el 22.5 % (86) indicó que siempre, el 4.2 % (16) casi siempre, el 1.8 % (7) no sabe / indiferente, 16.7 % (64) a veces y el 54.8 % (210) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, siente nerviosismo o ansiedad ante nuevas noticias y nuevas informaciones sobre la COVID – 19, la media fue de 2.4 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.662, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional bajo, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 11.). A pesar que un grupo no siente nerviosismo y ansiedad ante nuevas noticias y nuevas informaciones sobre la COVID -19, más de una cuarta parte mantiene ansiedad y un pequeño grupo se manifestó indiferente o con baja percepción del riesgo, esto hace plantear estrategias diferenciadas, según la respuesta emocional y algunos rasgos de transición emocional o impacto por



información recibida.

Concerniente a la pregunta, tiene o le ha dado dificultad para dormir por preocupación de padecer la COVID-19, el 8.1 % (31) indicó que siempre, el 1.6 % (6) casi siempre, el 1.3 % (5) no sabe / indiferente, 7.1 % (27) a veces y el 81.9 % (314) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, tiene o le ha dado dificultad para dormir por preocupación de padecer la COVID-19, la media fue de 1.5 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.20, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional muy bajo, con respecto a este ítem y variabilidad moderada de las respuestas (Cuadro N° 11.).

La gran mayoría de los participantes (81.9 %), manifestó no haber tenido dificultad para dormir, lo que sugiere un bajo impacto del temor sobre el sueño. Por otro lado, un 16.8 %, reportó alteraciones del sueño, de este grupo el 8.1 % indicó siempre, manifestando un grupo con mayor carga de ansiedad o estrés relacionado con la enfermedad, siendo un subgrupo vulnerable, con afectación del descanso nocturno.

A la pregunta, ha tenido o tiene sensación de palpitación ante el pensamiento de contraer la COVID-19, el 6.5 % (25) indicó que siempre, el 2.9 % (11) casi siempre, el 1.6 % (6) no sabe / indiferente, 5.2 % (20) a veces y el 83.8 % (321) indicó que nunca. (Gráfico N° 18.).

La respuesta relacionada con la pregunta, ha tenido o tiene sensación de palpitación ante el pensamiento de contraer la COVID-19, la media fue de 1.5 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.145, según criterio de valor ponderado, lo que indica que, se manifiesta un impacto psicoemocional muy bajo, con respecto a este ítem y variabilidad moderada de las respuestas (Cuadro N° 11.).

Las palpitaciones son un síntoma somático de ansiedad, por lo que se puede manifestar una respuesta fisiológica al estrés, afectación emocional y dificultad para dormir.

El 83.8 % de los participantes, refirió que nunca han presentado sensación de palpitaciones al pensar o contraer COVID -19, sin embargo, el 14.6 % manifestó este síntoma, un 6.5 % indicó presentarlo siempre, lo que evidencia la presencia de manifestaciones somáticas de ansiedad en un grupo de la población estudiada.

A pesar del bajo impacto, hay un grupo vulnerable.

Se sugieren intervenciones focalizadas en educación preventiva y refuerzo de percepción



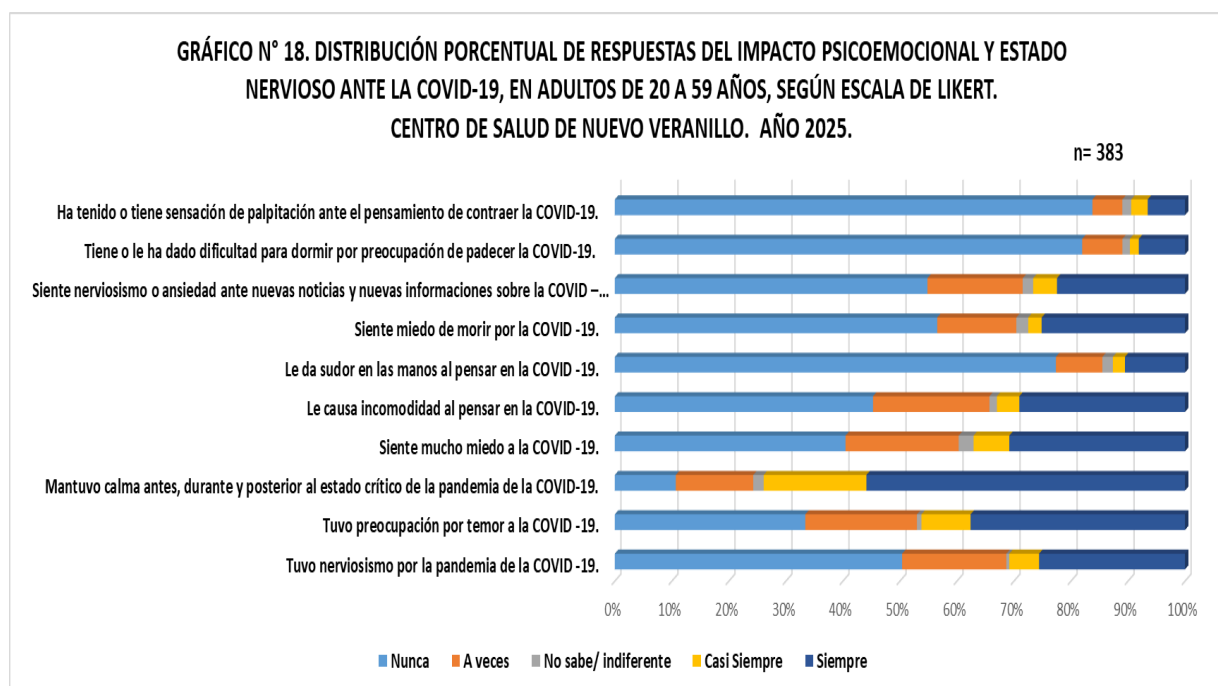
de seguridad en el marco de la salud mental en el primer nivel de atención. Implementar de tamizaje de ansiedad, con consejería corta y técnicas de control del estrés y desarrollo de actividades comunitarias orientadas a la precepción y control de riesgo ante futuras emergencias sanitarias.

Cuadro N° 11. Descripción estadística de las respuestas sobre el impacto psicoemocional y estado nervioso ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Impacto Psicoemocional y Estado Nervioso	Total	Media	Mediana	Std	Moda	Nunca	A veces	No sabe/ Indiferente	Casi Siempre	Siempre
Tuvo nerviosismo por la pandemia de la COVID -19.	383	2.551	1	1.701	1	50.39	18.28	0.52	5.22	25.59
Tuvo preocupación por temor a la COVID -19.	383	3.162	3	1.705	5	33.42	19.58	0.78	8.62	37.6
Mantuvo calma antes, durante y posterior al estado crítico de la pandemia de la COVID-19.	383	4.065	5	1.314	5	10.7	13.58	1.83	18.02	55.87
Siente mucho miedo a la COVID -19.	383	2.843	3	1.707	1	40.47	19.84	2.61	6.27	30.81
Le causa incomodidad al pensar en la COVID-19.	383	2.702	3	1.714	1	45.29	20.42	1.31	3.93	29.06
Le da sudor en las manos al pensar en la COVID -19.	383	1.666	1	1.332	1	77.37	8.16	1.84	2.11	10.53
Siente miedo de morir por la COVID -19.	383	2.374	1	1.709	1	56.54	13.87	2.09	2.36	25.13
Siente nerviosismo o ansiedad ante nuevas noticias y nuevas informaciones sobre la COVID – 19.	383	2.376	1	1.662	1	54.83	16.71	1.83	4.18	22.45
Tiene o le ha dado dificultad para dormir por preocupación de padecer la COVID-19.	383	1.525	1	1.207	1	81.98	7.05	1.31	1.57	8.09
Ha tenido o tiene sensación de palpitación ante el pensamiento de contraer la COVID-19.	383	1.469	1	1.145	1	83.77	5.24	1.57	2.88	6.54

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Impacto Psicoemocional y Estrés

El estrés es una respuesta física o emocional ante estímulos o situaciones internas o externas, que producen tensión y que pueden afectar la salud física y mental.

Al análisis del impacto psicoemocional y estrés, la respuesta relacionada con la pregunta, la pandemia de COVID -19 le produjo mucho estrés, el 29.5 % (113) indicó que siempre, el 7.1 % (27) casi siempre, el 0.3 % (1) no sabe / indiferente, 20.9 % (80) a veces y el 42.3 % (162) indicó que nunca. (Gráfico N° 19.).

Para la respuesta, la pandemia de COVID -19 le produjo mucho estrés, la media fue de 2.8 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.706, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 12.).

La mayoría de los participantes no reportó estrés constante, pero un grupo, más de un tercio, si lo vivió con un nivel de estrés moderado percibido. El estrés no fue uniforme en



la población, por lo que la pandemia no impactó a todos por igual.

La pandemia generó un impacto emocional diferenciado en la población participantes, aquellos que le generó impacto, podría estar asociado a factores socioeconómicos y otros contextos que invitan a realizar otro estudio adicional.

En relación a la pregunta, el aislamiento durante la pandemia le produjo ansiedad, el 25.6 % (98) indicó que siempre, el 6.1 % (23) casi siempre, el 0.5 % (2) no sabe / indiferente, 16.9 % (65) a veces y el 50.9 % (195) indicó que nunca. (Gráfico N° 19.).

Para la respuesta, el aislamiento durante la pandemia le produjo ansiedad, la media fue de 2.5 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.71, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 12.).

El 31.7 % (121) (siempre y casi siempre) de los participantes, reportó que el aislamiento, sí le produjo ansiedad de forma frecuente, lo que indica que aproximadamente uno (1) de cada tres (3) personas le produjo ansiedad.

El 16.9 % (65) experimentó ansiedad de manera ocasional (a veces).

El 50.9 % (195) manifestó que nunca presentó ansiedad por el aislamiento y el 0.5 % (2) fue indiferente, por lo que la percepción del tema fue en general muy clara en la población de estudio.

A pesar que el mayor número de los participantes no manifestaron ansiedad ante el aislamiento, el 48.6 % (186) de los mismos (siempre, casi siempre y a veces), presentó algún grado de afectación emocional.

Por lo anterior, los hallazgos indican que el aislamiento tuvo repercusiones emocionales relevantes en una proporción importante de la población, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias de apoyo psicosocial y programas de salud mental ante situaciones de emergencia sanitaria y post pandemia.

A la pregunta, limitarse en actividades durante la pandemia, le produjo ansiedad, el 26.0 % (100) indicó que siempre, el 4.5 % (17) casi siempre, el 0.3 % (1) no sabe / indiferente, 15.5 % (59) a veces y el 53.9 % (206) indicó que nunca. (Gráfico N° 19.).



Para la respuesta, limitarse en actividades durante la pandemia, le produjo ansiedad, la media fue de 2.5 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.724, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad y polarización de las respuestas (Cuadro N° 12.).

Más de la mitad de los participantes no experimentó ansiedad asociada a limitarse de actividades, sin embargo, un 30.5 % (117) de los mismos, si presentó ansiedad frecuente.

Los datos indican que hay un grupo con afectación emocional significativa, aunque se haya manifestado una mayor proporción de aquellos que no les causó ansiedad, se manifiesta un nivel moderado de ansiedad percibida asociada al confinamiento y se presentó una alta variabilidad y polarización en las respuestas, evidenciado respuestas heterogéneas en la población estudiada.

Con respecto a la pregunta, durante la pandemia tuvo sentimiento de soledad, el 18.1 % (69) indicó que siempre, el 2.9 % (11) casi siempre, el 0.5 % (2) no sabe / indiferente, 15.5 % (59) a veces y el 63.1 % (242) indicó que nunca. (Gráfico N° 19.).

De acuerdo a los resultados en este ítem, 1 de cada 5 de los participantes experimentó sentimiento de soledad (siempre y casi siempre), que representó el 21.0 %), manifestando un impacto emocional importante, y si se incluyen los que respondieron a veces, sería un 36.5 % de los que experimentaron sentimiento de soledad.

El 15.5 % que respondió a veces, refleja una vulnerabilidad moderada, sería importante investigar en otro estudio, si se dio por cambios en la dinámica familiar, temor al contagio, restricciones de movilidad o por aislamiento social en ambos grupos.

Para la respuesta, durante la pandemia tuvo sentimiento de soledad, la media fue de 2.1 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.585, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional bajo, con respecto a este ítem y alta variabilidad o heterogeneidad y polarización de las respuestas. Aunque predominó la resiliencia en el mayor porcentaje de los participantes, hubo presencia de afectación emocional, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de apoyo psicosocial dirigidas a poblaciones vulnerables en el contexto de crisis sanitarias (Cuadro N° 12.).



A la pregunta, durante la pandemia tuvo dificultad para el mantenimiento del sueño, el 12.0 % (46) indicó que siempre, el 1.8 % (7) casi siempre, el 0.3 % (1) no sabe / indiferente, 9.9 % (38) a veces y el 75.9 % (291) indicó que nunca. (Gráfico N° 19.).

Para la respuesta, durante la pandemia tuvo dificultad para el mantenimiento del sueño, le produjo ansiedad, la media fue de 1.7 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.394, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional bajo, con respecto a este ítem y moderada variabilidad de las respuestas (Cuadro N° 12.).

Con relación a la pregunta, durante la pandemia de la COVID -19 le produjo salir constantemente para entretenerse y divertirse, el 13.6 % (52) indicó que siempre, el 2.4 % (9) casi siempre, el 0.8 % (3) no sabe / indiferente, 6.8 % (26) a veces y el 76.5 % (293) indicó que nunca. (Gráfico N° 19.).

Para la respuesta, durante la pandemia de la COVID -19 le produjo salir constantemente para entretenerse y divertirse, la media fue 1.8 de y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.446, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional bajo, con respecto a este ítem y moderada variabilidad de las respuestas (Cuadro N° 12.).

La mayoría de los encuestados, el 76.5 % (293) manifestó que nunca sintió necesidad de salir constantemente para entretenerse durante la pandemia, evidenciando bajo nivel de esta conducta según la escala de Likert, lo que se puede asumir que hubo una alta adherencia a las medidas de confinamiento y buena percepción del riesgo que influyó en la disminución de la actividad social recreativa presencial.

En relación a la pregunta, si sucediese una nueva pandemia y se suma perder el empleo y la disminución de los ingresos durante ese evento, podría usted controlar sus emociones, el 38.5 % (148) indicó que siempre, el 8.6 % (33) casi siempre, el 6.8 % (26) no sabe / indiferente, 19.4 % (74) a veces y el 26.7 % (102) indicó que nunca. (Gráfico N° 19.).

Para la respuesta, sí sucediese una nueva pandemia y se suma perder el empleo y la disminución de los ingresos durante ese evento, podría usted controlar sus emociones, la media fue de 3.3 y la desviación estándar con respecto a la media fue de 1.642, según criterio de valor ponderado, lo que indica, que se manifiesta un impacto psicoemocional moderado, con respecto a este ítem y alta variabilidad (heterogéneas) y polarización de



las respuestas (Cuadro N° 12.).

Existe una percepción moderadamente favorable ante un escenario de crisis sanitaria y económica, sin embargo, la alta dispersión de los datos evidencia marcadas desigualdades en la capacidad de afrontamiento.

Al agrupar las categorías siempre y casi siempre, se observa que el 47.1 % (180) de los encuestados percibe tener un control emocional ante un escenario de crisis sanitaria y económica simultánea, en contraste, el 46.1 % (177) manifestó dificultades para regular sus emociones (a veces o nunca).

A pesar que cerca de la mitad de los participantes reportaron una adecuada capacidad de regulación emocional, existe una proporción prácticamente equivalente que presenta dificultades para afrontar este tipo de situaciones, destacándose un grupo vulnerable psicológicamente frente a futuros eventos de gran impacto social y económico.

Ante estos hallazgos, se recomienda fortalecer los programas de salud mental comunitaria orientados a la regulación emocional y afrontamiento del estrés, diseñar intervenciones psicoeducativas orientadas a la salud mental, resiliencia, preparación ante crisis y manejo de incertidumbre, priorizar la atención de los grupos de mayor vulnerabilidad emocional identificados en este estudio.

La pandemia no impactó emocionalmente a todos por igual, fue diferenciada entre los participantes.

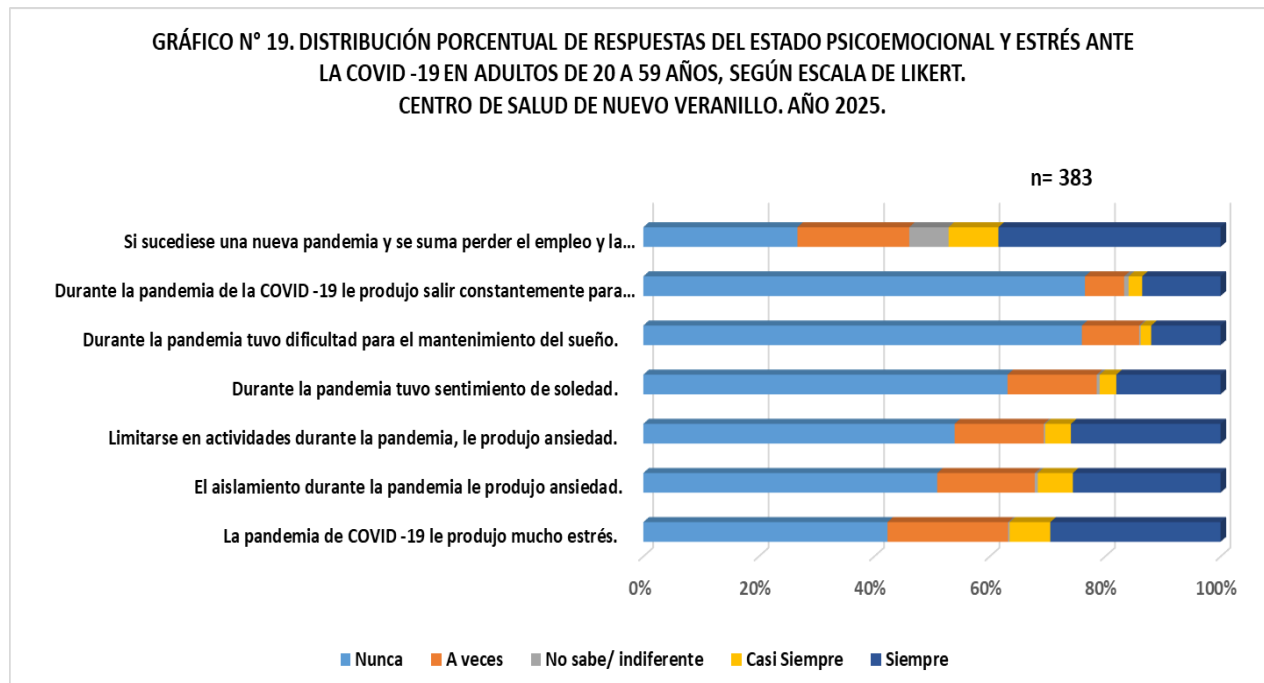


Cuadro N° 12. Descripción estadística de las respuestas sobre el impacto psicoemocional y estrés ante la COVID -19, en adultos de 20 a 59 años, según escala de Likert. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Impacto psicoemocional y Estrés	Total	Media	Mediana	Std	Moda	Nunca	A veces	No sabe/ indiferente	Casi Siempre	Siempre
La pandemia de COVID -19 le produjo mucho estrés.	383	2.812	3	1.706	1	42.3	20.89	0.26	7.05	29.5
El aislamiento durante la pandemia le produjo ansiedad.	383	2.549	1	1.71	1	50.92	16.89	0.53	6.07	25.59
Limitarse en actividades durante la pandemia, le produjo ansiedad.	383	2.482	1	1.724	1	53.93	15.45	0.26	4.45	25.92
Durante la pandemia tuvo sentimiento de soledad.	383	2.123	1	1.585	1	63.09	15.45	0.52	2.88	18.06
Durante la pandemia tuvo dificultad para el mantenimiento del sueño.	383	1.736	1	1.394	1	75.98	9.92	0.26	1.83	12.01
Durante la pandemia de la COVID -19 le produjo salir constantemente para entretenerse y divertirse.	383	1.757	1	1.446	1	76.5	6.79	0.78	2.35	13.58
Si sucediese una nueva pandemia y se suma perder el empleo y la disminución de los ingresos durante ese evento, podría usted controlar sus emociones.	383	3.254	3	1.642	5	26.7	19.37	6.81	8.64	38.48

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Impacto a la Salud y Pandemia de la COVID -19

El impacto a la salud es la afectación física, emocional, social y económica experimentada o percibida por la población del estudio, durante la pandemia de la COVID -19.

Edad y Contagio de COVID-19

Con respecto a la edad y contagio, la media edad fue 39.3 años y la mediana fue de 40 años, la desviación estándar fue de 12.7 (variabilidad amplia de edades) y el rango de edad estudiado fue de 20 - 59 años de un total de 383 participantes, donde un total de 95 participantes fueron hombres, de éstos, 31.6 % (30/95) se infectaron de COVID-19, el 64.2 % (61/95) no se infectaron y el 4.2 % (4/95) indicaron no saber (Cuadro N° 13.).

Del total de mujeres encuestadas, el 41.3 % (119/288) de las mismas se infectaron, el 56.3 % (162/288) no se infectaron y el 2.4 % (7/288) manifestaron no saber (Cuadro N° 13.).



Con respecto a la pregunta usted se contagió de COVID -19, el 58.3 % (223) del total de encuestados, no se contagió, el 38.9 % (149) si se contagió, mientras que un 2.9 % (11) manifestó no saber (Gráfico N° 20.).

Los resultados indicaron que cuatro (4) de cada 10 adultos participantes del estudio, reportaron haberse contagiado. El contagio, se dio en adultos de mediana edad (40 años), la muestra estuvo centrada en adultos de mediana edad, lo que puede influir la exposición laboral y social durante la pandemia.

Cuadro N° 13. Descripción estadística del contagio de COVID-19, según sexo en adultos de 20 a 59 años, Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Sexo	Contagio						Total
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	No sabe	Porcentaje	
Hombres	30	31.6	61	64.2	4	4.2	95
Mujeres	119	41.3	162	56.3	7	2.4	288
Total	149		223		11		383

n= 383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

De los 383 entrevistados, fueron más mujeres que hombres, éstas en términos de proporción reportaron mayor frecuencia de contagio, porque el mayor número de encuestados fueron mujeres en el estudio.

El contagio por grupo de edad según proporción, el 39.1 % (45/115) correspondió al grupo de 20-29 años, el 45.9 % (28/61) (mayor proporción en su grupo de edad) correspondió al grupo de edad 30-39 años, el grupo de edad de 40-49 años representó el 40.2 % (35/87) y el grupo de 50-59 años que representó el 34.2 % (41/120), según proporción en su grupo de edad.

El contagio reportado fue 38.9 % (149) de los participantes y con mayor proporción en mujeres (Cuadro N° 14.) (Gráfico N° 21.).

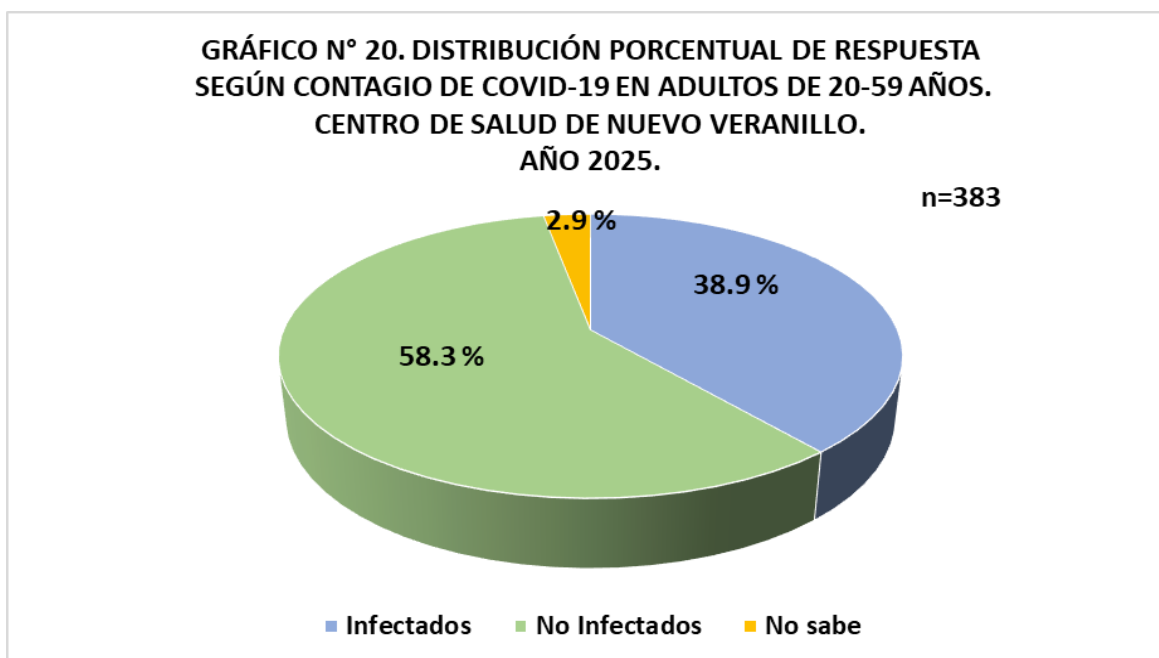
El grupo de edad de 30-39 años mostró mayor proporción de contagio con respecto del total de su grupo de edad (28/61).

De los grupos de edad con mayor número de infectados fueron los de 20 - 29 años y los



de 50 - 59 años, población económicamente activa. En todos los grupos predominan las mujeres, porque acudieron mayormente a la instalación de salud.

La prevalencia de contagio de hombres fue de 32.9 % (0.329) y de las mujeres fue de 42.3 % (0.432) y al realizar la razón de prevalencia (RP), las mujeres tuvieron 1.29 veces mayor prevalencia de contagio que los hombres, sin asociación estadística significativa en análisis bivariado exploratorio. Los resultados refuerzan la importancia de profundizar en los factores conductuales como posibles determinantes del riesgo de infección.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

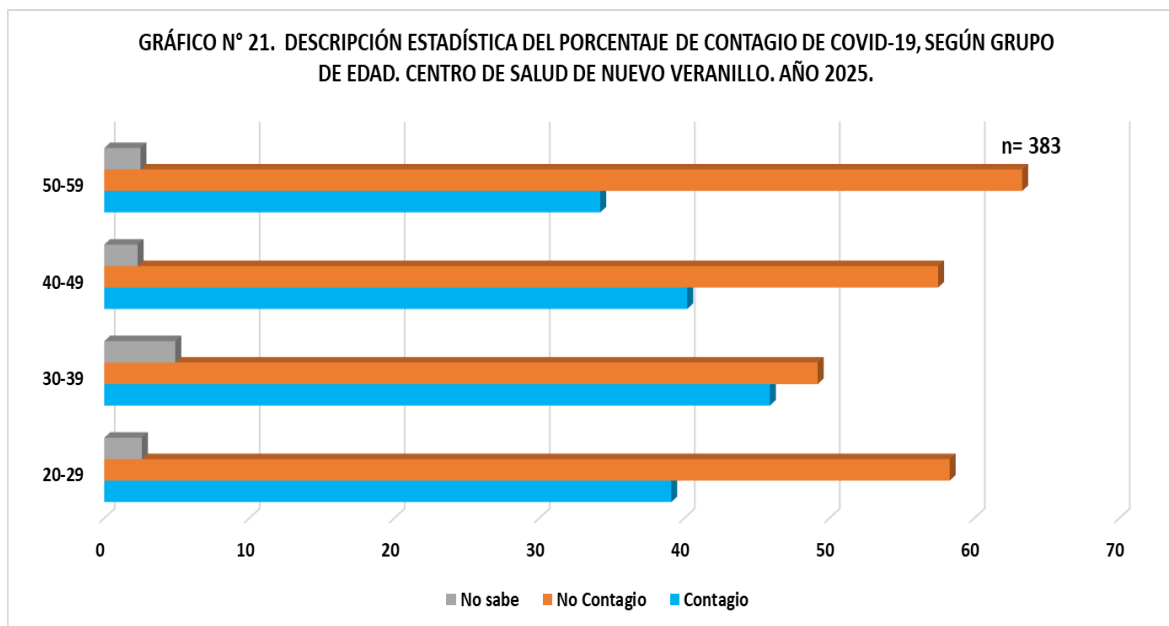


Cuadro N° 14. Descripción estadística del contagio de COVID-19, según grupo de edad en adultos de 20 a 59 años, Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Contagio							
Grupo de edad	No	Sí	No sabe	Total	Porcentaje de Contagio	Porcentaje de No contagio	Porcentaje de No sabe
20-29	67	45	3	115	39.1	58.3	2.6
30-39	30	28	3	61	45.9	49.2	4.9
40-49	50	35	2	87	40.2	57.5	2.3
50-59	76	41	3	120	34.2	63.3	2.5

n= 383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Contagio por grupo de edad y sexo

Según la muestra, la mayoría de los contagios reportados fueron mujeres, por la mayor participación femenina en el estudio.

Del total de infectado que fueron 149, según frecuencias, las mujeres infectadas fueron 119/149 del total de infectados que representó el 79.9 % y los hombres 30/149, que representó el 20.1 % .

Aproximadamente ocho (8) de cada 10 contagios corresponden a mujeres.

Según de edad y sexo, el grupo de 20 - 29 años, presentó el mayor número de contagios, predominando en todos los grupos las mujeres . Los contagios se distribuyen ampliamente entre 20 a 59 años (Cuadro N° 15.).

Cuadro N° 15. Descripción estadística del contagio por COVID-19, según grupo de edad y sexo. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
20-29	8	37	45
30-39	6	22	28
40-49	4	31	35
50-59	12	29	41
Total	30	119	149

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Contagio de COVID-19 y aislamiento

Con respecto a la relación contagio de COVID -19 y el aislamiento, la mayoría de los participantes indicó que siempre se aislaba (286 personas), sin embargo, en el grupo estudiando de los que mencionaron aislarse, 122 se contagiaron y puede deberse a que el aislamiento pudo comenzar después del contagio, además de ser un grupo numeroso de la muestra, que respondió a este ítem (Cuadro N° 16.).



Cuadro N° 16. Descripción estadística de las frecuencias del contagio COVID-19, según respuesta de aislamiento. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Aislamiento	No Contagio	No sabe/contagio	Sí Contagio	Total
A veces	26	1	10	37
Casi siempre	17	1	8	26
Nunca	23	2	9	34
Siempre	157	7	122	286
Total	223	11	149	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 17. Descripción estadística de las frecuencias del contagio COVID-19, según respuesta de salir a entretenerse. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Salir a entretenerse	No Contagio	No sabe/contagio	Sí Contagio	Total
A veces	16	0	10	26
Casi Siempre	4	0	5	9
No sabe/ indiferente	0	0	3	3
Nunca	175	11	107	293
Siempre	28	0	24	52
Total	223	11	149	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Contagio de COVID-19 y salir a entretenerse

De acuerdo a la relación entre contagio y salir a entretenerse, la mayoría de los participantes (293 personas) reportó no salir a entretenerse, en este grupo también se concentraron 107 contagios.

En proporción, siempre (24/52) y casi siempre (5/9), presentan la mayor proporción según datos (Cuadro N° 17.).

La exposición social de salir a entretenerse, puede influir en el contagio, pero en el estudio no se determinó asociación estadística por ser un estudio descriptivo.

Familiares Contagiados

El 53.0 % (203) de los 383 participantes del estudio, informaron que tenían familiar contagiado de la COVID-19, 46.7 % (179) no tenían familiar contagiado y el 0.2 % (1) indicó no saber, si se contagió de la COVID-19 algún familiar (Mapa N° 6.).

El total de familiares contagiados reportados por los participantes, fueron 358, y según sexo, la frecuencia fue de 211 mujeres que representó el 58.9 %, mientras los hombres fueron 147(Cuadro N° 18.), representando el 41.1 %, siendo más mujeres (mayor proporción), que hombres contagiados.

Con respecto a la edad, el promedio de edad fue de 37.6 años, la mediana de 36 años, la edad mínima 1 año y la máxima 99 años, indicando que los contagios en los familiares ocurrieron en un rango amplio de edades, los hallazgos manifiestan la susceptibilidad poblacional durante la pandemia.

Los hombres contagiados presentaron una edad promedio de 38.5 años ligeramente mayor que las mujeres, cuya media fue de 37 años (Cuadro N° 18.).

El grupo central de los familiares contagiados, se ubica entre los 35 y 38 años de edad.



Cuadro N° 18. Descripción estadística según sexo y edad máxima y mínima de los familiares infectados reportados, por los participantes. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Sexo	n	Media	Mediana	Desv. Estándar	Edad mínima	Edad máxima
Hombres	147	38.5	38	18.3	2	99
Mujeres	211	37	35	17.5	1	86

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Reinfección de COVID-19

La reinfección en la población estudiada fue baja, el 8.6 % (33) de 383 participantes, se reinfectaron de la COVID -19, de acuerdo al reporte indicado, donde el 89.3 % (342) no se infectaron y el 2.1 % (8) indicó no saber, referente al total de la muestra (Cuadro N° 17.), (Cuadro N° 20.).

Con respecto al total de infectados que fueron 149, el 72.5% (108/149) no se reinfectó, el 22.1 % (33) si se reinfectaron y el 5.4 % (8) indicó no saber, del total de 149 infectados.

La media de edad fue 39.4 años para los que se reinfectaron de la COVID -19 y se visualiza que la reinfección, se dio en personas adultas de mediana edad.

La edad promedio fue de 40 años y hubo moderada variabilidad en la edad de reinfección. De los que se reinfectaron según sexo, el 10.0 % (3/33) fueron hombres y el 25.2 % (30/119) mujeres, donde más mujeres que hombres manifestaron haberse reinfectado, ya que fue el grupo con mayor participación (Cuadro N° 20.).

El porcentaje de reinfección (por proporción del grupo total) fue de 3.2 % (3/95) para hombres y 10.4 % (30/288) para mujeres.

El número de reinfectados en los participantes, se observó en ambos extremos de los grupos de edad (Cuadro N° 21.).

El desplazamiento o movilización de los participantes, no constituye un factor determinante en la reinfección, es decir no depende directamente de la movilidad en la



población de estudio, puede deberse a otros factores: como inmunidad previa, vacunación o medidas de bioseguridad o de protección y tiempo entre infecciones, lo que indica que depende de determinantes más complejos y requiere realizar otros estudios a futuro.

Año de reinfección por COVID-19

De acuerdo al reporte de los participantes que se re infectaron por COVID -19, indicaron el año de la reinfección, los cuales se dieron en los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023 (similar al año del primer contagio), siendo el año 2020 el año de la ola pandémica, donde se dio el mayor número de los que reportaron reinfección, un total de nueve (9).

Cuadro N° 19. Descripción estadística de reinfección por COVID - 19 reportado por los participantes. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

	Reinfección	n	Porcentaje
	No	342	89.3
	Sí	33	8.6
	No sabe	8	2.1
	Total	383	100

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 20. Descripción estadística de re infectados de COVID-19, según sexo. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Sexo	No Re infectado	Re infección	No sabe	Total	Porcentaje de Re infección
Hombres	27	3	0	30	10
Mujeres	81	30	8	119	25.2
Total	108	33	8	149	

n¹= 149

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 21. Descripción estadística de re infectados de COVID-19, según grupo de edad. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29	11	33.3
30-39	5	15.2
40-49	6	18.2
50-59	11	33.3
Total	33	100

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Miembro familiar re infectado y fallecido

Según reporte de los participantes, el 14.3 % (55) indicaron que algún miembro de la familia se re infectó, el 84.1 % (322) indicaron que no y 1.6 % (6) indicaron no saber.

En relación a la pregunta, si algún familiar falleció, el 9.9 % (38) de los participantes indicaron que falleció un miembro de la familia, el 1.8 % siete (7) indicaron no saber y el 88.3 % (338) indicaron que no (Mapa N° 7.).



Afección a la salud y secuela post COVID-19

De los participantes que reportaron haber padecido COVID-19, respondieron 137 de 149 infectados, de éstas, 45 personas manifestaron que la enfermedad afectó su salud general y dejó secuelas posteriores. La edad mínima fue 21 años y la máxima 59 años. Según el sexo de los 45 participantes que indicaron tener afectación y secuelas de la COVID -19, cuatro (4) fueron hombres y 41 mujeres y de los que indicaron que no tuvieron secuelas, fueron 92 participantes, donde 23 eran hombres y 69 fueron mujeres (Cuadro N° 22.).

Del total de contagiados (149) ocho (8) indicaron no saber y cuatro (4) no dieron repuesta a este ítem, siendo el total 137 participantes que respondieron a la pregunta de tener o no tener afecciones y secuelas (Cuadro N° 22.).

Referente al total de infectados, los hombres que respondieron a la pregunta, representaron el 14.8 % (4/27) y las mujeres el 37.3 % (41/110), de los que respondieron haber tenido afección y secuelas (Cuadro N° 22.).

Los que respondieron que les afectó la salud la COVID-19 y les dejó secuelas y afecciones, representaron el 30.2 % (45/149), los que no les afectó el 61.7 % (92/149), el 5.4 % (8/149) indicaron no saber, en este ítem hubo cuatro (4) personas sin respuesta que representó el 2.7 % (4/149) (Gráfico N° 22.).

Aproximadamente tres (3) de cada 10 participantes tuvieron COVID-19 y reportaron afectación en su salud general posterior a la infección

La edad promedio de los participantes con afección y secuelas fue de 44 años. ($DE \pm 11.2$), con mayor frecuencia en los grupos de edad de 40 – 59 años y mayor en mujeres por tratarse del grupo con mayor participación y observándose en adultos de mediana edad (Cuadro N° 23.).

Entre las afectaciones que fueron reportadas por los participantes fueron: estado de nerviosismo, depresión, migrañas, insomnio, diabetes, pérdida del gusto, pérdida del olfato, problemas del corazón, pérdida de memoria, cansancio y debilidad, tos, carraspera, taquicardia, hipertensión arterial y problemas respiratorios, siendo las más señaladas por los participantes. Esto es un indicativo de importancia para realizar estudios posteriores de la relación e impacto con inferencia a la salud, post pandemia de COVID-19.



Cuadro N° 22. Descripción estadística de las respuestas sobre afectación y secuelas post COVID-19, según sexo. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Afectación a la salud	Afectación y Secuelas	No secuelas	Total
Hombres	4	23	27
Mujeres	41	69	110
Total	45	92	137

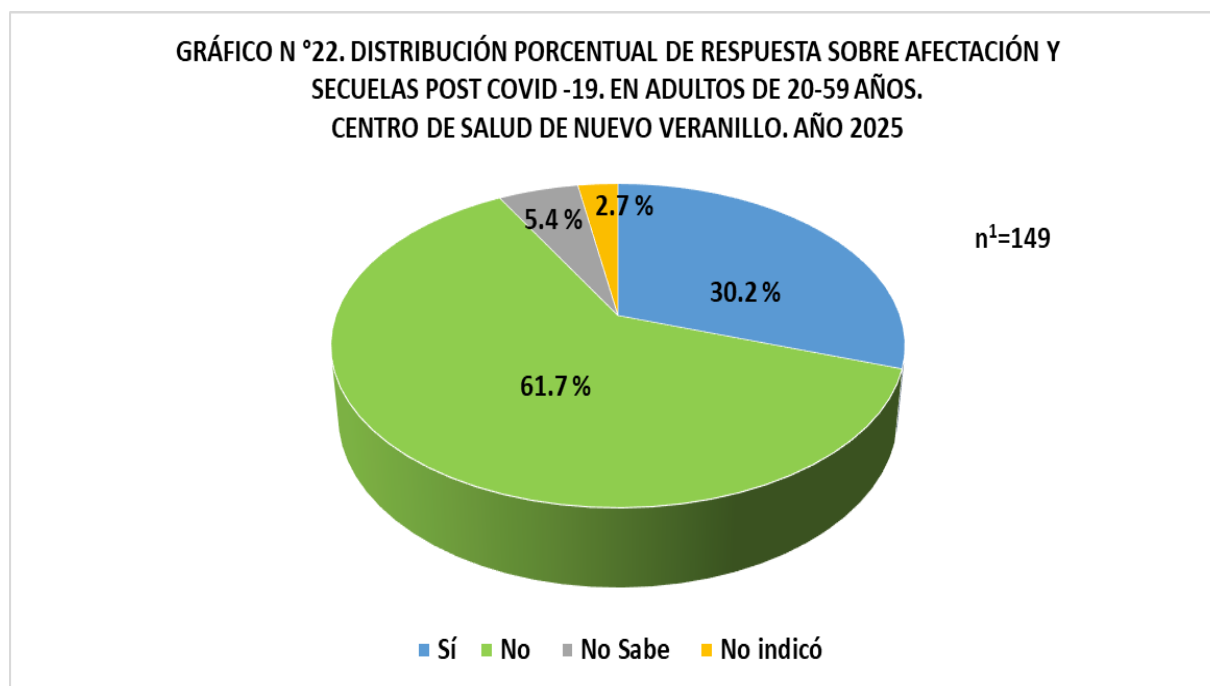
Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 23. Descripción estadística de afectados y con secuelas post COVID 19, según grupo de edad. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Afectación y Secuelas Post COVID -19	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
20-29	7	15.6
30-39	6	13.3
40-49	15	33.3
50-59	17	37.8
Total	45	100

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Año de infección o contagio por COVID – 19

De acuerdo a los datos que fueron reportados por los participantes concerniente al año en que se infectó por COVID -19, solo 112 participantes respondieron a la pregunta, la media de edad de acuerdo al año que se infectó fue de 35 años, donde el 68.8 % (77), se infectaron en el año 2020, lo que coincide con la primera ola de la pandemia y se observó igualmente, un pico del número casos de los que reportaron para el año 2022 con respecto al número de infectados, con un total de 16 personas que representaron el 14.2 % (16) (Cuadro N° 24.), (Gráfico N° 23.).

De los que respondieron los grupos de edad más afectados fueron: 40- 49 años, 20- 29 años y 30-39 años. La mayor transmisión ocurrió en población laboralmente activa (Cuadro N° 25.).



Cuadro N° 24. Descripción estadística de la frecuencia de contagio de COVID -19 según año reportado, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Año	Frecuencia	Porcentaje
2019	4	3.6
2020	77	68.8
2021	11	9.8
2022	16	14.2
2023	4	3.6
Total	112	100

n¹= 112

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 25. Descripción estadística de la distribución de contagio de COVID -19, según la edad durante el año reportado, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

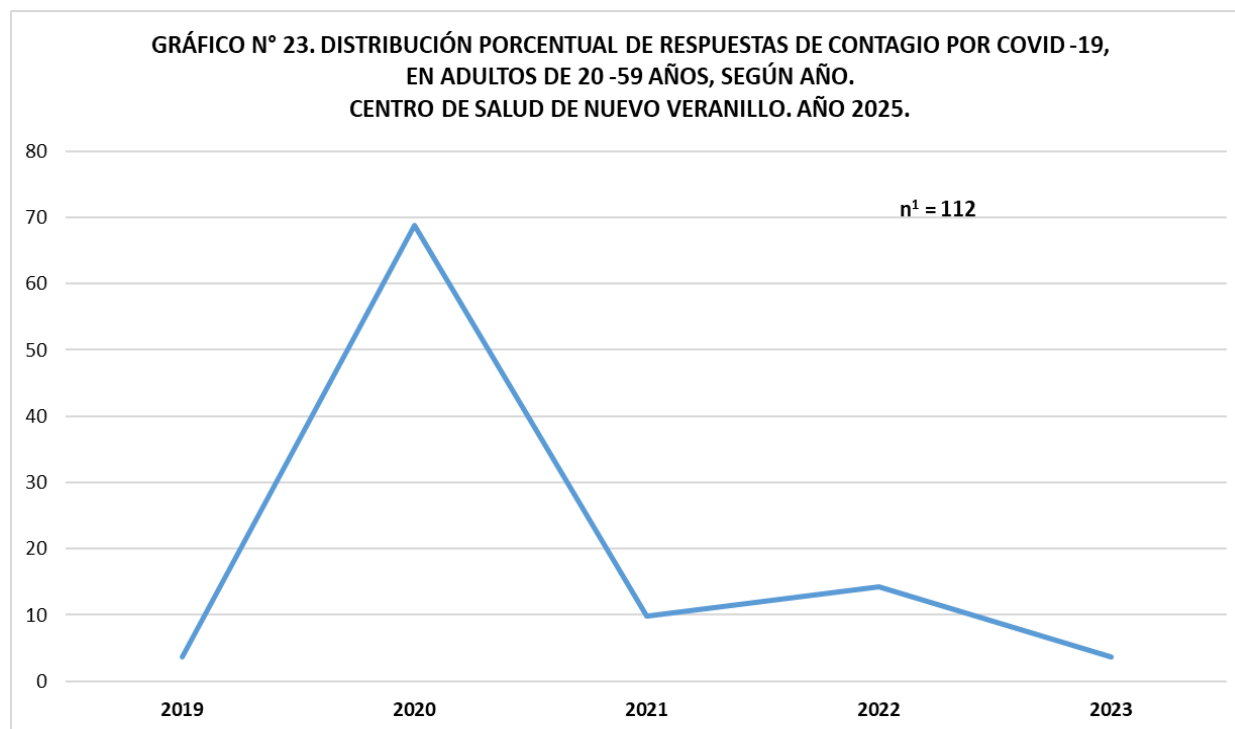
Edad/ Contagio	Frecuencia	Porcentaje
*10-19	20	17.9
20-29	24	21.4
30-39	23	20.5
40-49	27	24.1
50-59	18	16.1
Total	112	100

n¹= 112

*De 15 años en adelante.

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Se manifiesta que el contagio por COVID - 19, se concentró principalmente en adultos entre 20 a 49 años, destacando el grupo de 40-49 años que representó el 24.1 % (27), se destaca que se observó variabilidad moderada en la edad (Cuadro N° 25.).

Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas preventivas

La relación entre conocimiento y las prácticas preventivas frente a COVID-19, según resultados del estudio, fue moderada y se evidenció una brecha entre el conocimiento adquirido y su aplicación en la vida diaria, aunque la mayoría de los participantes presentaron niveles adecuados de conocimiento, las prácticas no son consistentemente ejecutadas especialmente en conductas como el aislamiento y reducción de la movilidad en toda la población estudiada. El conocimiento no garantiza por si solo la ejecución de conductas preventivas consideradas adecuadas, es decir el conocimiento no garantiza las prácticas preventivas, las personas saben que hacer, pero no siempre lo aplican



completamente.

Los factores como el sexo y la edad, influyen en la adherencia a las medidas preventivas. Se observó mayor cumplimiento de medidas preventivas en mujeres, aunque éstas fueron más numerosas en el estudio y también, fue observado en adultos en la mayor edad considerada de 50 - 59 años y en lo más jóvenes, hubo más variabilidad en las prácticas. La edad puede influir en el comportamiento preventivo.

Entre las prácticas con mayor adherencia fueron: el uso de mascarilla y lavado de manos. Hay un adecuado conocimiento sobre la COVID -19 y con respecto a la práctica, hay una brecha entre ésta y el conocimiento (entre saber y hacer) y con influencia de la edad en el comportamiento preventivo.

Esto sugiere que factores conductuales, sociales y económicos, influyen en la adopción de medidas preventivas, por lo que las estrategias en salud pública requieren enfocarse en la educación, conjuntamente con intervenciones enfocadas al cambio de comportamiento (cambio conductual) y estrategias que faciliten igualmente, la adopción sostenida de prácticas preventivas.

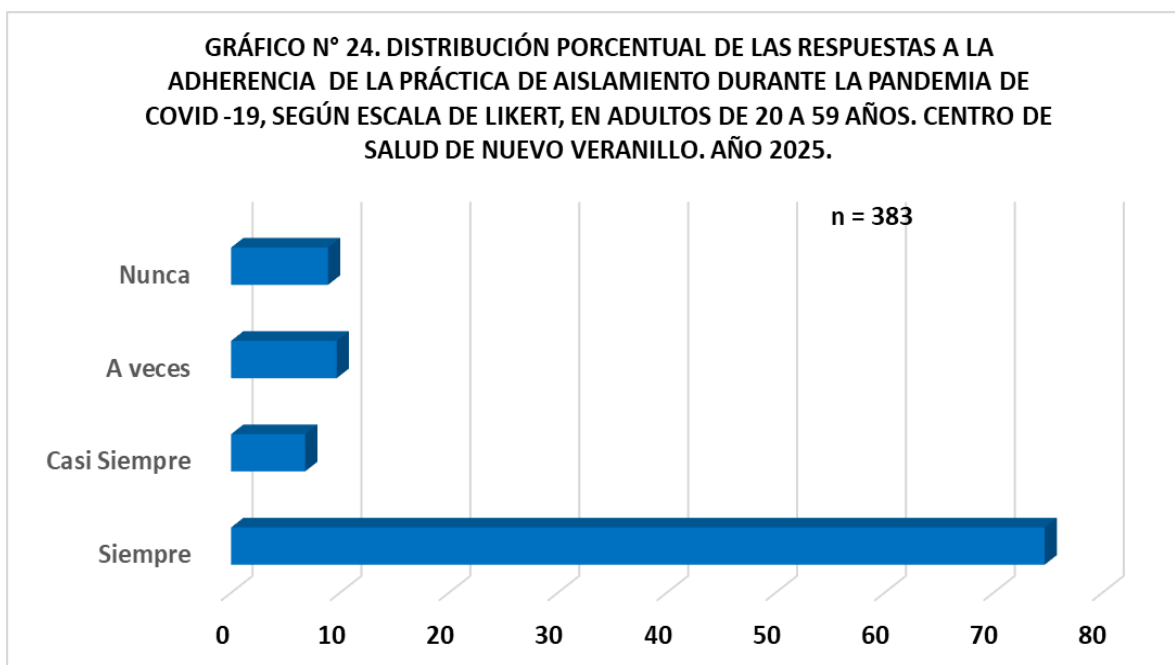
El aislamiento como práctica preventiva

El aislamiento tuvo una alta adherencia en los participantes en el estudio, pero hubo un grupo con bajo cumplimiento. Debido al predominio de mujeres en el estudio, el aislamiento mostró mayor adherencia en este grupo, con influencia de la edad en el comportamiento preventivo (adultos mayores más adherentes).

Con respecto a las categorías, según escala de Likert relacionadas al aislamiento, hubo predominio de la categoría siempre, representado por el 74.7 % (286) (Gráfico N° 24.). El aislamiento estuvo supeditado por el control de restricción sanitaria establecida a nivel de país.

Con respecto a la edad y sexo, fue mayor en adultos de más edad y con predominio de mujeres, por ser el grupo participante más numeroso (Cuadro N° 26.), (Cuadro N° 27.).





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 26. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica de aislamiento durante la pandemia de COVID -19, según grupo edad. Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
20 - 29	95	24.8
30 - 49	168	43.9
50 y más	120	31.3
Total	383	100

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 27. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica de aislamiento durante la pandemia de COVID -19, según sexo, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Sexo	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca	Total
Hombres	62	8	10	15	95
Mujeres	224	18	27	19	268
Total	286	26	37	34	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Adherencia a prácticas preventivas post COVID - 19

La adherencia a las prácticas preventivas post COVID - 19, no es una adherencia sólida, ni sostenida, es adherencia moderada, pero inconsistente, la mayoría de los encuestados reportaron respuestas de siempre o casi siempre en prácticas claves como lavado de manos y uso de mascarillas con proporción importante de a veces y nunca, en varias de las prácticas preventivas estudiadas.



La adherencia es selectiva y moderada, que se caracterizó por cumplimiento adecuado en medias básicas (lavado de manos), inconsistentes en prácticas clave de protección (uso continuo de mascarilla y distanciamiento físico) con persistencia en conducta de riesgo post pandemia COVID-19.

Los siguientes cuadros visualizan la adherencia de la prácticas post COVID -19, respecto al saludo con abrazos y apretón de manos, lavado de manos, uso de mascarilla, considerando los que se infectaron, los que no sabían y los que no se infectaron durante la pandemia de COVID-19 (Cuadro N° 28.), (Cuadro N° 29.), (Cuadro N° 30.).

Cuadro N° 28. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica de saludos con abrazos y apretón de manos post pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Saludo	Contagio			
	No	No sabe	Sí	Total
Siempre	69	6	60	135
Casi siempre	14	1	19	34
Nunca	71	3	28	102
A veces	68	1	40	109
No indicó	1	0	2	3
Total	223	11	149	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Referente a los porcentajes analizados, se observan las adherencias a las prácticas preventivas en los participantes del estudio, del saludo con abrazos y apretón de manos post pandemia COVID-19, de los que informaron sobre el contagio y aquellos no contagiados, las prácticas sociales con saludos emotivos, se mantienen, aunque se presenta alguna reserva de realizarlo y es selectiva (Gráfico N° 25.).



Cuadro N° 29. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica lavado de manos post pandemia de COVID -19, según contagio reportado, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Lavado de manos	Contagio			
	No	No sabe	Sí	Total
Siempre	180	8	120	308
Casi siempre	25	2	14	41
Nunca	4	0	4	8
A veces	14	1	11	26
Total	223	11	149	383

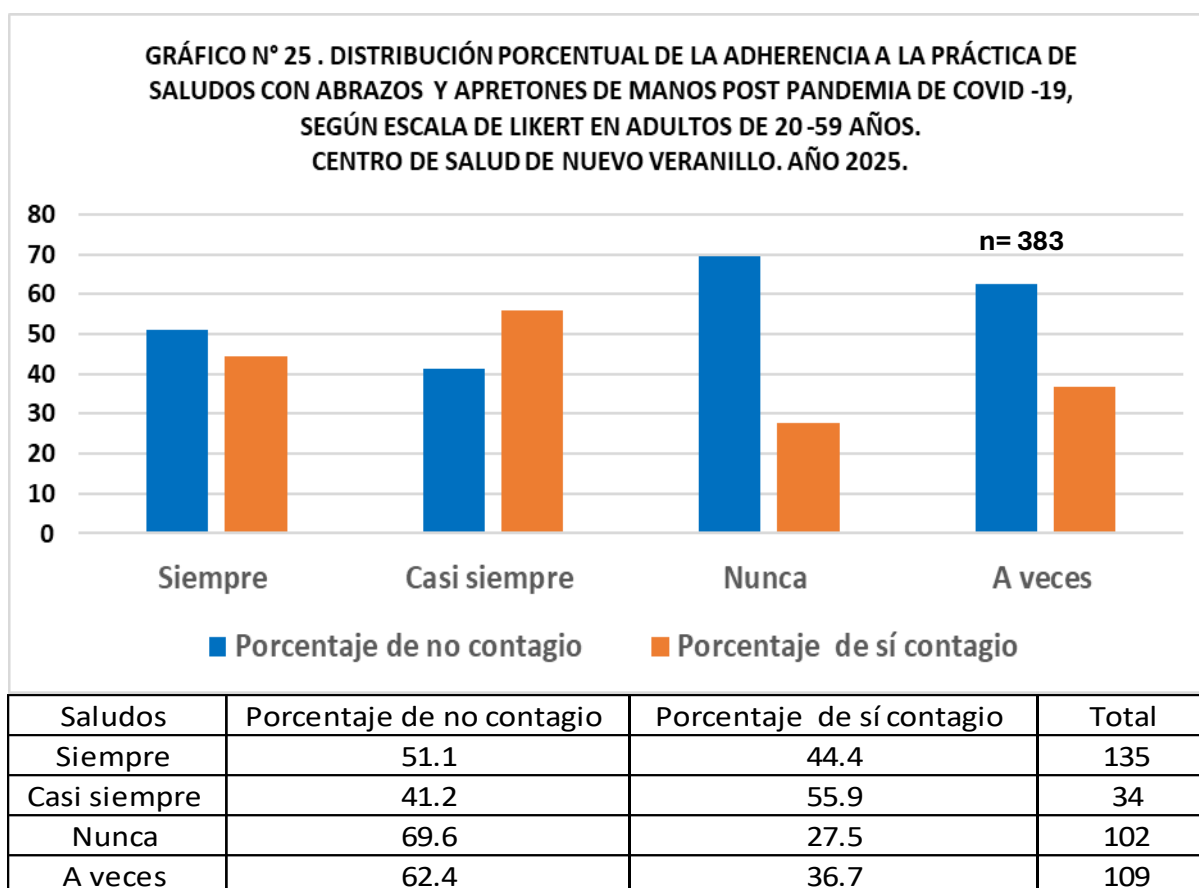
Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 30. Descripción estadística de la distribución de repuesta a la adherencia de la práctica uso de mascarilla post pandemia de COVID -19, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Uso de mascarilla	Contagio			
	No	No sabe	Sí	Total
Siempre	49	2	35	86
Casi siempre	23	0	15	38
Nunca	94	6	62	162
A veces	55	3	36	94
Indiferente	2	0	1	3
Total	223	11	149	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

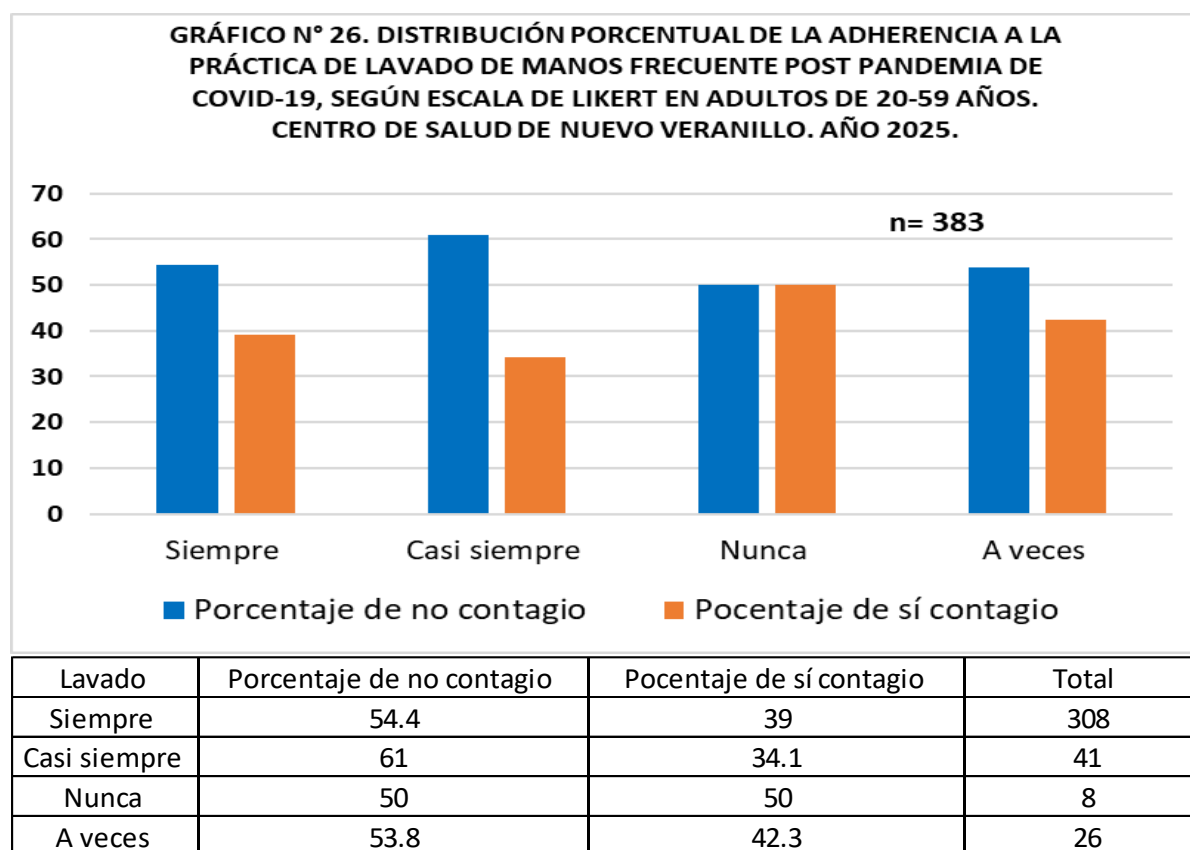




Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Con respecto a la adherencia a la práctica de lavado de manos frecuente, fue unas de las prácticas preventivas con mayor adherencia, tal como se observa la distribución de respuesta (Gráfico N° 26.).

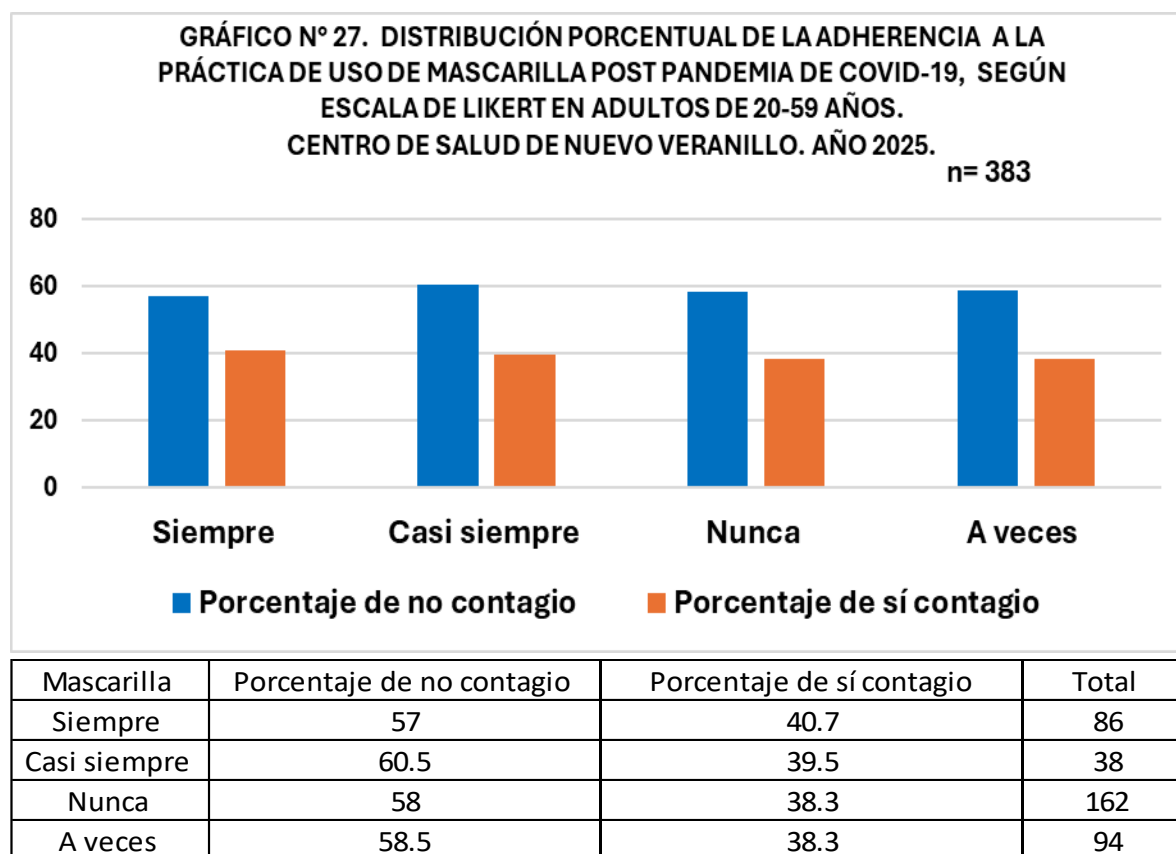




Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

La práctica del uso de mascarilla post COVID-19, refleja que las personas que no se infectaron durante la pandemia, tienen mayor adherencia al uso de la mascarilla, posterior a la pandemia de COVID -19 (siempre o casi siempre) (Gráfico N° 27.).





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimiento y reinfección

La prevalencia de la reinfección según las respuestas de los participantes fue baja, 8.6 % (33/383), la reinfección, puede estar determinada por el conocimiento y las prácticas preventivas.

El conocimiento modifica el comportamiento como un factor protector indirecto con influencia en el uso de mascarilla, aislamiento oportuno, higiene y reducción de la exposición, y es independiente de la edad y sexo.

La población de acuerdo a los resultados está bastante informada sobre COVID-19, la educación en salud desempeña un papel fundamental como estrategia preventiva indirecta.

Lo que invita a realizar una investigación posterior para el análisis de asociación inferencial estadística entre conocimiento y reinfección.



Contagio y movilización

En el estudio 223 personas que representaron el 58.2 % de los participantes, no se contagiaron de COVID -19, 149 personas que representaron el 38.9 % se contagiaron y 11 personas que contestaron no saber, representaron el 2.9 % del total de 383 encuestados, según datos ya reportados en este informe.

Casi cuatro (4) de 10 personas se contagiaron, que indica una prevalencia alta.

La muestra fue muy feminizada, lo que indica un sesgo de composición, y se debe a que la mayor participación fue de mujeres 75.2 % (288), que son las que acudieron mayormente al servicio de salud. El total de hombres participantes fueron 95 (24.8 %).

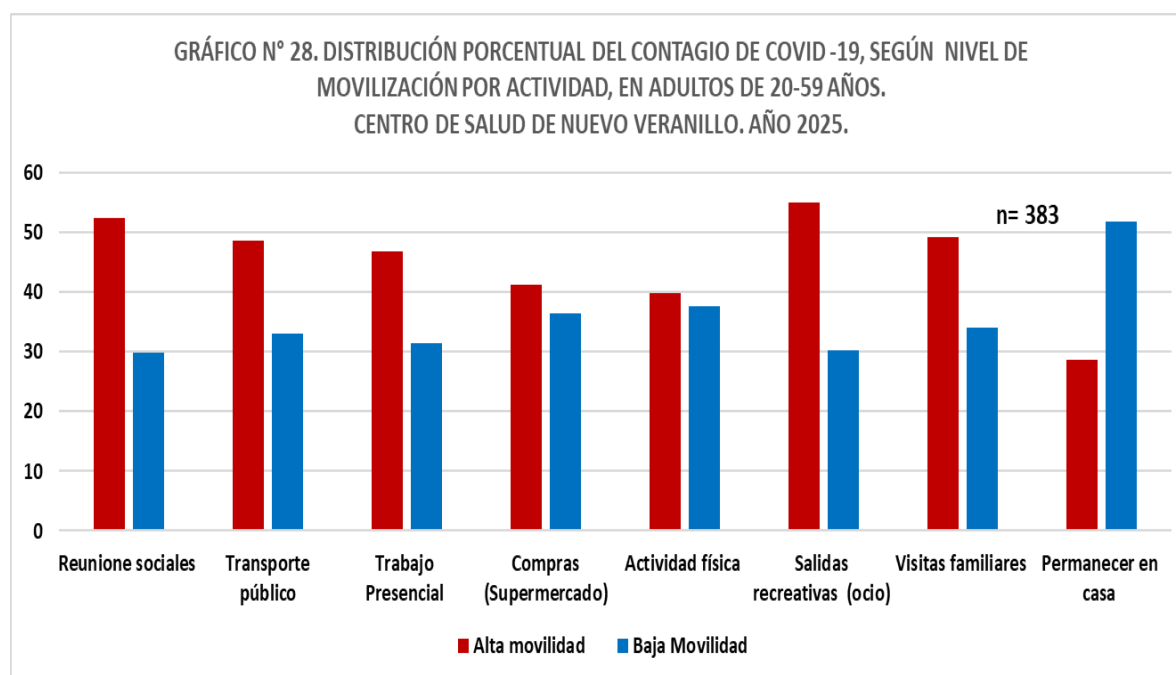
Según el reporte del contagio el 31.6 % fueron hombres y el 41.3 % fueron mujeres, un porcentaje más alto por la mayor participación femenina, resultados ya explicados.

Hubo una alta proporción de contagio, lo que indica una exposición importante en la población de estudio.

El contagio de COVID-19 en los participantes presentó patrones de movilidad y comportamiento social, donde las actividades recreativas, reuniones sociales y trabajo presencial, fueron las respuestas del grupo contagiado de COVID-19, que representaron los mayores porcentajes de contagio, lo que evidencia que la exposición social es un factor clave en la transmisión del COVID-19.

La alta movilidad de los participantes contagiados, según la respuesta de siempre y casi siempre en el tipo de la movilización realizada, proyectó un mayor porcentaje de contagio, en comparación con la baja movilidad de nunca o a veces, particularmente en actividades recreativas y sociales (Gráfico N° 28.).





Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Reinfección y movilización

La reinfección fue baja en el grupo estudiado, el hecho de presentarse en el estudio, indicó circulación viral.

Los que se reinfectaron, reportaron movilidad social de salidas los fines de semana, eventos sociales, religiosos, asistir a restaurantes y viajes, en menor proporción, aunque estas mismas actividades, fueron frecuentes en los no reinfectados.

Los resultados indicaron que la reinfección, se puede dar por múltiples factores y no depende únicamente de la movilidad social o conductual, lo que puede deberse a otros factores tales como: al estado inmunológico, no toda la movilidad implica alto riesgo, medidas de protección aún presentes y carga viral en el entorno (exposición específica).

En el grupo reinfectados, se observó de acuerdo a la movilización, que ésta estuvo relacionada con interacción social y la necesidad económica, como el trabajo informal y búsqueda de empleo o de movilidad general en algunos de los participantes, esto sugiere que los determinantes sociales juegan un papel clave en el riesgo de infección o de reinfección.



La exposición fue elevada y generalizada en toda la población estudiada (reinfectados y no reinfectados).

La movilización por sí sola no explica la reinfección, puede estar relacionada con otros factores no evaluados, por ejemplo: intensidad de exposición, características individuales, comportamentales, lo que sugiere realizar estudios posteriores para la inferencia causal.

Cuadro N° 31. Descripción estadística de la comparación de la proporción de actividades de movilización, según estado de reinfección por COVID - 19, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Actividad	Reinfectados (%)	No reinfectados (%)	Diferencia
Restaurantes	84.8	87.1	Similar
Fines de semana	69.7	69.3	Igual
Salir más	57.6	68.1	Menor en reinfectados
Medias de confinamiento	69.7	77.2	Similar
Salir a divertirse	75.8	79.8	Similar
Salidas de casa	39.4	43.3	Similar
Actos religiosos	87.9	83.6	Similar
Protestas	90.9	97.4	Similar
Eventos Sociales	78.8	94.2	Diferencia
Trabajo informal	48.5	65.5	Diferencia
Búsqueda de trabajo	57.6	72.8	Diferencia
Viajes dentro del país	75.8	76	Igual
Viajes fuera del país	75.8	81	Aproxima a similar

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Contagio e impacto psicoemocional

Con respecto al contagio y el impacto psicoemocional en la población contagiada que fueron 149/383 y que respondieron siempre afectado, representó el 42.9 % (64) y los que respondieron nunca afectados, fueron el 28.9 % (43) (Cuadro N° 32.).

En los no contagiados que fueron 223/383, los que respondieron siempre afectados, representó el 31.4 % (70) y los que respondieron nunca afectados, el 35.9 % (80).



Los participantes que se contagiaron, presentaron mayor afectación emocional, sin embargo, el contexto pandémico de COVID -19 afectó a todos.

Referente a si lograron tomar iniciativas de apoyo a la familia, el 75.8 % (169) de los no contagiados lo realizó siempre, al igual 72.5 % (108) de los contagiados (Cuadro N° 32.).

La funcionalidad diaria de seguir actuando, se mantuvo en ambos grupos, independientemente del contagio, se manifestó perfiles que sugieren adaptación resiliente en la población estudiada.

El contagio aumenta la carga emocional, fueron más personas las que reportaron sentirse mal siempre, pero el impacto psicoemocional fue generalizado, lo que sugiere realizar un estudio analítico con mayor poder estadístico, para identificar la relación inferencial.

Cuadro N° 32. Descripción estadística de las frecuencias de estado de ánimo, sentimientos e iniciativa por categoría, según contagio por COVID -19 e impacto psicoemocional, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Variable	Categoría	Contagiados n (%)	No contagiados n (%)
Estado de ánimo	Siempre afectado	64 (42.9%)	70 (31.4%)
	No siempre afectado	85 (57.1%)	153 (68.6%)
Sentimientos	Siempre	87 (58.4%)	136 (60.9%)
	No siempre	62 (41.6%)	87 (39.1%)
Iniciativa	Siempre	108 (72.5%)	169 (75.8%)
	No siempre	41 (27.5%)	54 (24.2%)

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Reinfección e impacto psicoemocional

En la población estudiada, la proporción de reinfección por COVID -19 fue baja, el 8.6 % (33) , mientras que el 91.4 % (350) no presentó reinfección, sin embargo, se observó una mayor frecuencia de alto impacto psicoemocional en los individuos reinfectados en comparación con aquellos que no presentaron reinfección.



Se creó un puntaje promedio para el impacto psicoemocional para las 25 variables psicoemocionales evaluadas relacionadas con síntomas emocionales, conductuales, fisiológicos y sociales (ansiedad, miedo, tristeza, insomnio entre otras), según escala de Likert. Se tomó el puntaje a partir de los promedios, de acuerdo a la escala de Likert y criterios ponderados de 1 a 5, nunca 1 y siempre 5, valores altos indican mayor afectación psicoemocional y se categorizó los puntajes promedios en alto (≥ 3) y bajo impacto (≤ 3), considerando las variables y sus dimensiones utilizadas para la construcción del puntaje del impacto psicoemocional (Cuadro N° 33.).

De acuerdo al puntaje de impacto psicoemocional, se manifiesta una mayor afectación emocional en los re infectados, el impacto no es leve, tomando en consideración el número de re infectados (33), el 51.5 % (17/33) presentaron alto impacto, en contraste con los no re infectados (250), que representaron el 71.4 %, donde predomina el bajo impacto y el alto impacto en este grupo representó el 28.6 % (100/ 350) (Cuadro N° 34.).

Según las medidas de los promedios del puntaje del impacto psicoemocional para los no re infectados, la media fue de 2.8, la mediana de 2.7 y la desviación estándar de 0.9 y para lo re infectados, la media fue de 3.4, la mediana de 3.5 y la desviación estándar de 1.0 (Cuadro N° 35.).

A manera exploratoria y como ejemplo, se hizo un análisis bivariado (chi cuadrado de Pearson), por las variables categóricas e inferencial de Odds Ratio (OR) razón de productos cruzados 2 x 2, para ver la asociación de las variables de reinfección e impacto psicoemocional desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, ya que es un estudio descriptivo transversal y no puede realizarse inferencias. El análisis bivariado exploratorio, evidenció una asociación estadística significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 6.44$ $p = 0.011$) y Odds de 2.66, que indica en este ejemplo, que las personas re infectadas tienen 2.66 veces más probabilidad de presentar alto impacto psicoemocional comparado con los no re infectados (Tabla N°1.).

En este ejemplo exploratorio, los re infectados mostraron mayores odds de presentar algún impacto psicoemocional, lo que invita realizar posteriormente un estudio de causalidad.

Los hallazgos sugieren un patrón epidemiológico a una asociación entre reinfección y mayor impacto psicoemocional y que puede incrementar la ansiedad, miedo de enfermarse nuevamente y estrés en la población de estudio, por lo que se recomienda integrar la salud mental en el seguimiento de pacientes post COVID-19.



Cuadro N° 33. Descripción de Variables y dimensiones del impacto psicoemocional.

Variables	Dimensión
Estado de ánimo	Afectiva
Sentimientos emocionales	Afectiva
Iniciativa / motivación	Conductual
Miedo	Emocional
Tristeza	Emocional
Estado depresivo	Emocional
Dificultad para relajarse	Ansiedad
Reacciones emocionales	Ansiedad
Nerviosismo	Ansiedad
Temor	Ansiedad
Sensación de calma	Regulación emocional
Miedo intenso	Ansiedad
Incomodidad emocional	Ansiedad
Sudoración en manos	Fisiológica
Miedo a morir	Ansiedad
Nerviosismo recurrente	Ansiedad
Dificultad para dormir	Sueño
Palpitaciones	Fisiológica
Estrés percibido	Estrés
Aislamiento por ansiedad	Social
Limitación por ansiedad	Conductual
Sensación de soledad	Social
Alteración del sueño	Sueño
Disminución de actividades recreativas	Conductual
Percepción ante nueva pandemia	Cognitiva

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 34. Distribución del puntaje de impacto psicoemocional, según reinfección por COVID -19, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Reinfección	Bajo impacto (≤ 3)	Alto impacto (> 3)	Total
No	250 (71.4%)	100 (28.6%)	350
Sí	16 (48.5%)	17 (51.5%)	33
Total	266 (69.5%)	117 (30.5%)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 35. Descripción estadística de impacto psicoemocional, según reinfección por COVID -19, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Reinfección	Media	Mediana	Desviación estándar
No impacto	2.8	2.7	0.9
Sí impacto	3.4	3.5	1
Total	2.9	2.8	0.95

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Tabla N° 1. Cálculo de Odds Ratio de reinfección e impacto psicoemocional exploratorio (ejemplo).

	Alto Impacto	Bajo Impacto
Reinfectados	a 17	c 16
No Reinfectados	b 100	d 250

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c} \quad OR = \frac{17 \times 250}{16 \times 100} \quad OR = \frac{4250}{1600}$$

$$OR = 2.66$$

OR = (IC 95%) 2.66 (1.29-5.48) p valor = 0.011 (análisis bivariado de chi cuadrado de Pearson)

Análisis exploratorio de ejemplo (Tabla N°1): Asociación estadística significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 6.44$ p= 0.011) y Odds de 2.66, que indica que las personas reinfectadas tienen 2.66 veces más probabilidad de presentar alto impacto psicoemocional comparado con los no reinfectados, según la descripción epidemiológica en este ejemplo exploratorio.



Conocimientos, prácticas preventivas y contagio

En la población estudiada, el nivel de conocimiento sobre COVID-19, fue alto y con baja variabilidad, la media fue de 4.33 y desviación estándar de 0.41, es decir el conocimiento fue homogéneo entre los participantes, sin embargo, el conocimiento por sí solo no es un factor protector directo del contagio, ni lo reduce, la actitud y la exposición tienen mayor peso e influyen otros factores tales como exposición ambiental, conductas y condiciones sociales (hacinamiento, percepción del riesgo, fatiga pandémica trabajo presencial, transporte público, contacto familiar), tampoco se traduce en prácticas efectivas y conductas que indiquen un menor contagio. En los cuadros (Cuadro N° 36.), (Cuadro N° 37.), se describen las variables de conocimiento, prácticas y contagio, su categorización y frecuencias. El contagio no depende de lo que las personas saben, sino lo que creen, como actúan y a que están expuestas.

El diseño transversal del estudio no permite establecer causalidad, sin embargo, los hallazgos evidencian que hay brecha entre el conocimiento y la conducta preventiva frente al COVID-19. Las prácticas preventivas fueron moderadas con mayor variabilidad entre los participantes con efecto limitado, la media fue de 3.46 y la desviación estándar fue 0.71, las prácticas preventivas no dependen del conocimiento para su adopción efectiva, requiere análisis que incluya factores sociales, percepción de riesgo, condiciones laborales y ambientales entre otros.

Cuadro N° 36. Descripción estadística de frecuencias de conocimiento y prácticas preventivas, según nivel y contagio por COVID - 19, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Nivel de conocimiento	No contagio n (%)	Sí contagio n (%)	Total
Bajo	115 (62.8)	68 (37.2)	183
Alto	108 (57.1)	81 (42.9)	189
Prácticas preventivas	No contagio n (%)	Sí contagio n (%)	Total
Malas prácticas	107 (59.1)	74 (40.9)	181
Buenas Prácticas	116 (60.7)	75 (39.3)	191

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Cuadro N° 37. Descripción estadística de frecuencias de conocimiento, prácticas preventivas y contagio de COVID - 19, según categorización, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Variable	Categorización	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Conocimiento	Bajo	183	49.6
	Alto	189	50.4
Prácticas preventivas	Alta (Buenas/prácticas)	181	48.7
	Baja (Malas/prácticas)	191	51.3
Contagio	(Malas/prácticas)	223	59.9
	Sí	149	40.1

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimiento, actitud y práctica (análisis integral)

Se describen los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas con los promedios globales, según escala Likert, mediana y desviación estándar de las variables conocimiento, actitud y práctica, donde para el conocimiento la media fue de 4.33 DE 0.41 (conocimiento alto), las prácticas (moderadas) 3.46 DE 0.71 y la actitud (alta, favorable) 3.90 DE 0.65 (Cuadro N° 38.) .

Los valores descriptivos sugieren, que los hallazgos evidencian posible brecha del conocimiento y la implementación de conductas preventivas, como hallazgo, ya enunciado en párrafos anteriores.

Se destaca que hay intención, a través de la actitud, información, a través del conocimiento, pero hay fallas en la ejecución a través de las prácticas.



Cuadro N° 38. Descripción estadística de conocimientos, actitudes, prácticas y nivel. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Variable	Media	DE	Mediana	Nivel
Conocimiento	4.33	0.41	4.41	Alto
Prácticas Preventivas	3.46	0.71	3.55	Moderado
Actitud	3.9	0.65	3.95	Alto

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 39. Distribución de conocimiento, actitud y prácticas, según nivel. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Variable	Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media
Conocimiento	Alto	293	76.5	4.2
	Bajo	90	23.5	
Actitud	Alta	178	46.5	3.8
	Baja	205	53.5	
Prácticas Preventivas	Alta (Buenas/prácticas)	159	41.5	3.6
	Baja (Malas/prácticas)	224	58.5	
Total		383	100	

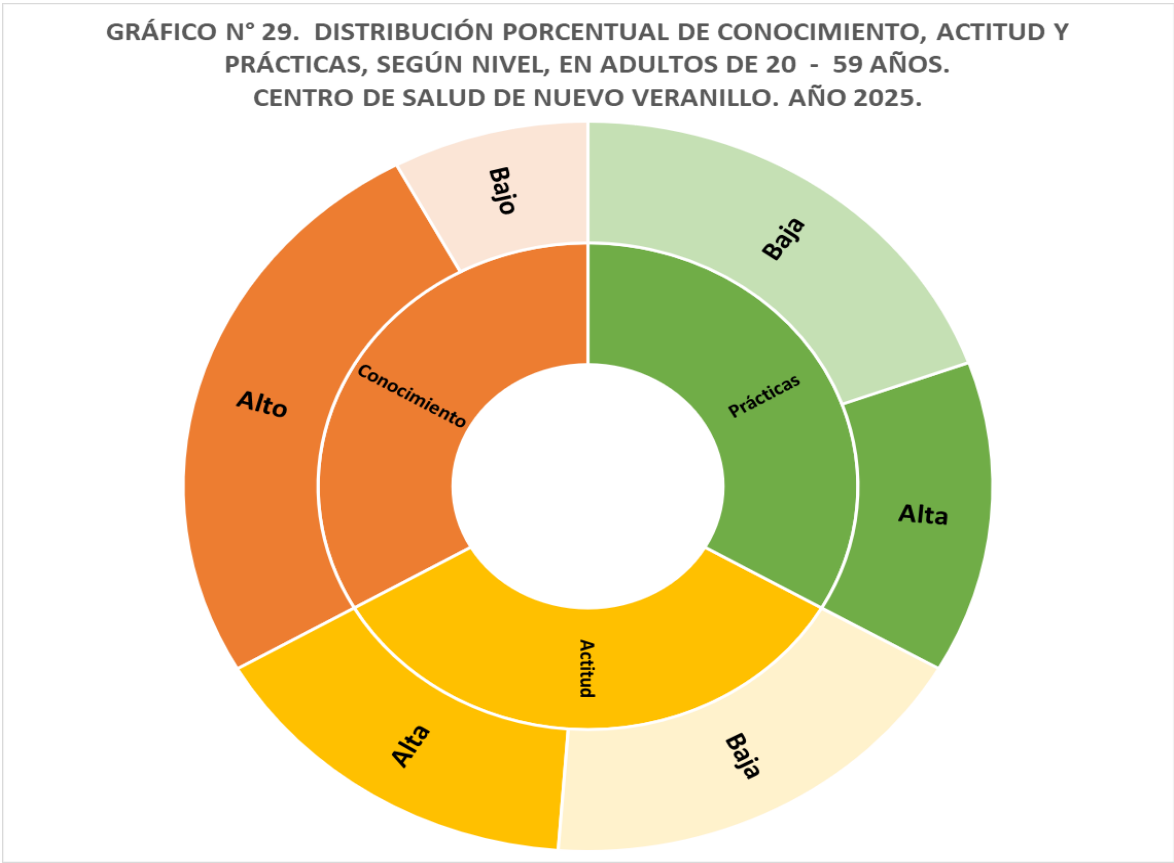
≤ 4 nivel Bajo (simplificado)

> 4 nivel Alto (simplificado)

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Según los hallazgos globales, predomina un alto nivel de conocimiento en la población estudiada, que representó el 76.5 % (293), sin embargo, más de la mitad, presentó actitud baja que representó el 53.5 % (205) y con predominio de prácticas inadecuadas post pandemia, que representó el 58.5 % (224) de los participantes, donde el 38.5 % (149) reportó contagio por COVID - 19 (Cuadro N° 39.), (Gráfico N° 28.).





Variable	Nivel	Porcentaje (%)
Conocimiento	Alto	76.5
	Bajo	23.5
Actitud	Alta (Positiva)	46.5
	Baja (Negativa)	53.5
Prácticas	Alta (Buenas/prácticas)	41.5
	Baja (Malas /prácticas)	58.5

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Comportamiento: Conocimiento, actitud, prácticas y contagio

En cuanto al nivel de conocimiento, el contagio fue ligeramente mayor en el grupo con nivel alto (40.3 %), frente al bajo (34.4 %) (brecha).
El contagio por COVID – 19, fue más frecuente en participantes con actitud baja (42.9%),



en comparación con aquellos con actitud alta (34.3 %).

No se observaron diferencias relevantes en la distribución del contagio, según el nivel de prácticas preventivas (prácticas muy similares) (Cuadro N° 40.).

Cuadro N° 40. Descripción estadística del contagio de COVID - 19, según, conocimientos, actitudes y prácticas, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Conocimiento/ Contagio	Sí contagio	No contagio	No sabe	Total
Alto	118 (40.3 %)	165 (56.3 %)	10 (3.4 %)	293
Bajo	31 (34.4 %)	58 (64.4 %)	1 (1.1 %)	90
Total	149 (38.9 %)	223 (58.2 %)	11 (2.9 %)	383
Actitud / Contagio	Sí contagio	No contagio	No sabe	Total
Alta (Positiva)	61 (34.3 %)	112 (62.9 %)	5 (2.8 %)	178
Baja (Negativa)	88 (42.9 %)	111 (54.1 %)	6 (2.9 %)	205
Total	149 (38.9 %)	223 (58.2 %)	11 (2.9 %)	383
Prácticas / Contagio	Sí contagio	No contagio	No sabe	Total
Altas (Buenas/prácticas)	63 (39.6 %)	97 (57.9 %)	4 (2.5 %)	159
Bajas (Malas /prácticas)	86 (38.4 %)	131 (58.5 %)	7 (3.1 %)	224
Total	149 (38.9 %)	223 (58.2 %)	11 (2.9 %)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Comportamiento: Conocimiento, actitud, prácticas y reinfección

La reinfección fue más frecuente en participantes con nivel de actitud baja (negativa) (16.6 %) en comparación con aquellos con nivel de actitud alta (positiva) (10.1 %).

Se observó una mayor proporción de reinfección en individuos con prácticas preventivas bajas (14.7 %) frente a aquellos con prácticas adecuadas o buenas prácticas (11.9 %).

Tendencia a mayor reinfección en el nivel de actitudes y prácticas bajas. En cuanto al conocimiento, la reinfección fue ligeramente mayor en el grupo con alto nivel (14.3 %) en comparación con el nivel bajo (11.1 %) (Cuadro N° 41.).



Cuadro N° 41. Descripción estadística de la reinfección de COVID - 19, según conocimientos, actitudes y prácticas, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Conocimiento/ Reinfección	Sí reinfección	No reinfección	Total
Alto	42 (14.3 %)	251 (85.7 %)	293
Bajo	10 (11.1 %)	80 (88.9 %)	90
Total	52 (13.6 %)	331 (86.4 %)	383
Actitud / Contagio	Sí reinfección	No reinfección	Total
Alta (Positiva)	18 (10.1 %)	160 (89.9 %)	178
Baja (Negativa)	34 (16.6 %)	171 (83.4 %)	205
Total	52 (13.6 %)	331 (86.4 %)	383
Prácticas / Contagio	Sí reinfección	No reinfección	Total
Alta (Buenas/prácticas)	19 (11.9 %)	140 (88.1 %)	159
Baja (Malas/prácticas)	33 (14.7 %)	191 (85.3 %)	224
	52 (13.6 %)	331 (86.4 %)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimiento, actitudes, prácticas, contagio y variables socio demográficas de ocupación y educación.

Contagio de COVID -19 y escolaridad

Existe una distribución heterogénea de contagio, según nivel educativo, sin evidencia de una relación directa de mayor escolaridad y menor infección, (no se realiza análisis de inferencia, por ser un estudio descriptivo), además el contagio puede asociarse a otros factores conductuales y ocupacionales.

De acuerdo a las respuestas de los participantes, los datos indicaron que los niveles educativos mayormente reportados, fueron los de educación media, pre media y universitaria, quienes fueron los que reportaron mayor número de casos por ser los grupos más numerosos representados, esto no implica mayor riesgo, porque son los grupos más grandes en la muestra.



La mayor frecuencia absoluta de contagios, se observó en individuos con el nivel educativo medio 37.1 % (66), seguido de pre media 44.3 % (35) y universitario 42.0 % (34) (Cuadro N° 42.).

Sin embargo, al analizar proporciones, no se evidencia una tendencia clara que indique que un mayor nivel educativo, se asocie con menor riesgo de infección. Por lo que el contagio no depende del nivel educativo (relación), probablemente por otros factores exposición laboral y social, movilidad social y prácticas preventivas.

Cuadro N° 42. Descripción estadística del contagio de COVID - 19, según escolaridad, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Escolaridad	Contagio			
	No n (%)	Sí n (%)	No sabe n (%)	Total
Primaria	20 (62.5 %)	11(34.4 %)	1 (3.1 %)	32
Pre media	41 (51.9 %)	35 (44.3 %)	3 (3.8 %)	79
Media	106 (59.6 %)	66 (37.1 %)	6 (3.4 %)	178
Universitaria	46 (56.8 %)	34 (42.0 %)	1 (1.2 %)	81
Post grado	5 (71.4 %)	2 (28.6 %)	0 (0.0 %)	7
Ninguno	5 (83.3 %)	1 (16.7 %)	0 (0.0 %)	6
Total	218 (56.9 %)	148 (38.6 %)	11 (2.9 %)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Conocimiento sobre COVID -19 y escolaridad

Predomina el conocimiento alto en todos los niveles educativos o de escolaridad, se observa una tendencia de mayor escolaridad mayor conocimiento sobre COVID -19. Los participantes tenían mayor proporción de conocimiento, pero no es de relación inferencial (Cuadro N° 43). Los resultados indican buena información a la población.



Cuadro N° 43. Descripción estadística del conocimiento sobre COVID - 19, según escolaridad, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Escolaridad	Conocimiento			Total
	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	
Ninguno	0 (0.0 %)	1 (25.0 %)	3 (75.0 %)	4
Primaria	1 (3.1 %)	7 (21.9 %)	24 (75.0 %)	32
Pre media	0 (0.0 %)	10 (12.7 %)	69 (87.3 %)	79
Media	0 (0.0%)	18 (10.1 %)	160 (89.9 %)	178
Universitaria	0 (0.0 %)	7 (8.6 %)	74 (91.4 %)	81
Postgrado	0 (0.0 %)	1(14.3 %)	6 (85.7)%	7
Maestría	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	2 (100.0 %)	2
Total	1 (0.3 %)	44 (11.5 %)	338 (88.2 %)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Contagio de COVID -19 y ocupación

De acuerdo a los datos, las amas de casa 41.3 % (57), presentaron mayor número de contagios de COVID -19, probablemente por exposición familiar, seguido por los administrativos 31.0 % (18) y los de trabajo informal 28.3 % (13) probable relación con exposición laboral y movilización. El contagio está más relacionado con el tipo de trabajo, contacto interpersonal y condiciones laborales, lo que, si se destaca, es que la ocupación muestra una tendencia epidemiológica con respecto a la exposición social y laboral, que requiere de un estudio posterior para inferencias (Cuadro N° 44.).

Contagio de COVID – 19 y actitud a las prácticas preventivas

Se observó que el 40.7 % (72) de los participantes con actitud negativa a las prácticas preventivas, reportaron haberse contagiado de COVID -19, en comparación con el 37.4 % (77) de aquellos con actitud positiva. Los participantes que presentaron una mayor proporción de no contagio 60.7 % (125), manifestaron una actitud positiva en sus respuestas. Los casos que no pudieron indicar su estado de contagio, representaron el 2.9 % de la muestra (11) (Cuadro N° 45.).



Cuadro N° 44. Descripción estadística del contagio por COVID - 19, según ocupación, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Ocupación	Contagio			Total
	No n (%)	Sí n (%)	No saben n (%)	
Ama de casa	76 (55.1 %)	57 (41.3 %)	5 (3.6 %)	138
Administrativo	40 (69.0 %)	18 (31.0 %)	0 (0.0 %)	58
Trabajo Informal	33 (71.7 %)	13 (28.3 %)	0 (0.0 %)	46
Técnico	5 (33.3 %)	10 (66.7 %)	0 (0.0 %)	15
Salud	10 (58.8 %)	6 (35.3 %)	1 (5.9 %)	17
Constructor	7 (53.8 %)	6 (46.2 %)	0 (0.0 %)	13
Otros	26 /46.4 %)	25 (44.6 %)	5 ((.9 %)	56
Ninguno	26 (65.0 %)	14 (35.0 %)	0 (0.0 %)	40
Total	223 (58.2 %)	149 (38.9 %)	11 (2.9 %)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Cuadro N° 45. Descripción estadística del contagio por COVID - 19, según actitud a las prácticas de prevención, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Actitud	Contagio			Total
	No n (%)	Sí n (%)	No sabe n (%)	
Positiva	125 (60.7 %)	77 (37.4 %)	4 (1.9 %)	206
Negativa	98 (54.4%)	72 (40.7 %)	7 (4.0 %)	177
Total	223 (58. 2%)	149 (38.9 %)	11 (2.9 %)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

En la población estudiada, se observa una baja adherencia a las practicas preventivas post COVID -19 inadecuadas, con variación según ocupación. Las adecuadas (siempre, a veces y casi siempre) e inadecuadas (nunca).

Se observa una variabilidad en las prácticas, según la ocupación, lo que sugiere una posible asociación entre la actividad laboral y la adherencia a las medidas preventivas,



esto requiere de un estudio posterior para identificar inferencias.

Hay un predominio de prácticas inadecuadas 54.6 % (209) en la población entrevistada.

Los grupos con mejor comportamiento y adherencia a las prácticas preventivas, fueron los de salud representado por el 52.9 % (9), pero ligeramente y los que indicaron no tener ocupación fue representado por el 52.4 % (22).

Los trabajadores de sector informal, construcción y técnicos, presentaron mayores proporciones de conductas inadecuadas referente a la adherencia de prácticas preventivas post COVID -19. Los resultados evidencian que, aunque haya pasado el periodo pandémico de COVID -19, se requiere proseguir fortaleciendo las campañas educativas y de promoción de la salud, con enfoques adaptados al contexto laboral y social (Cuadro N° 46.).

Cuadro N° 46. Descripción estadística de las prácticas preventivas adheridas post COVID - 19, según ocupación, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Ocupación	Prácticas Preventivas Adheridas		
	Adecuadas	Inadecuadas	Total
Administrativo	27 (45.8 %)	32 (54.2 %)	59
Ama de casa	63 (45.7 %)	73 (52.9 %)	138
Constructor	5 (38.5 %)	8 (61.5 %)	13
Educador	0 (0.0 %)	1 (100 %)	1
Salud	9 (52.9 %)	8 (47.1 %)	17
Trabajo Informal	16 (34.8 %)	30 (65.2 %)	46
Técnico	6 (40.0 %)	9 (60.0 %)	15
Otro	24 (46.2 %)	28 (53.8 %)	52
Ninguno	22 (52.4 %)	20 (47.6 %)	42
Total	172 (44.9 %)	209 (54.6 %)	383

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Conocimiento, actitudes, prácticas, reinfección y variables sociodemográficas

De acuerdo a los datos suministrados por los participantes, en relación a reinfección y conocimientos fueron clasificados como altos (bueno) y bajos (regular y malo) re clasificado con respecto a la escala de Likert evaluada, para poder analizar como dato cuantitativo. Se tomaron en consideración para el análisis a los 149 contagiados de los 383 participantes, según la muestra.

Se observó que la proporción de reinfección fue mayor en los participantes con conocimiento bajo sobre la COVID -19, representado por el 66.7 % (22/149), en los no reinfectados, también predomina el bajo conocimiento. El conocimiento no un determinante para que haya reinfección, no es exclusivo, hay otros factores que pueden actuar para que haya reinfección, el conocimiento por sí solo no produce cambios conductuales (Cuadro N° 47.).

Cuadro N° 47. Descripción estadística de reinfectados por COVID - 19, según conocimiento, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Conocimiento	Reinfección		
	Reinfectados n (%)	No reinfectados n (%)	Total
Alto	11 (33.3 %)	54 (46.6 %)	65
Bajo	22 (66.7 %)	62 (53.4%)	84
Total	33 (100 %)	116 (100 %)	149

n¹=149

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Con respecto a la reinfección de los participantes del estudio por COVID -19 y la actitud hacia las practicas preventivas, evidenció que predominan las actitudes negativas hacia las prácticas preventivas ante la COVID-19 en el grupo de reinfectados en el 60.6 % (20/149), los no reinfectados evidenciaron mejor actitud (positivas) hacia las prácticas preventivas ante la COVID -19 (Cuadro N° 48.).



Se manifiesta una relación moderada, donde la actitud influye, pero menos que las prácticas. Se sugiere realizar un estudio inferencial a futuro.

Cuadro N° 48. Descripción estadística de re infectados por COVID - 19, según actitud hacia las prácticas de prevención, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Actitudes	Reinfección		
	Reinfectados n (%)	No reinfectados n (%)	Total
Positivas	13 (39.4 %)	68 (58.6 %)	81
Negativas	20 (60.6 %)	48 (41.4 %)	68
Total	33 (100 %)	116 (100 %)	149

n¹=149

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

En relación a la reinfección, según las prácticas las preventivas realizadas por los participantes en el estudio, indicó que el 72.7 % (24/149), tienen prácticas preventivas inadecuadas post COVID -19, mientras que en los no reinfectados, predominan las prácticas preventivas adecuadas. Esto hace sugerir, realizar un estudio inferencial sobre la relación de las prácticas preventivas y la reinfección, ya que los datos descritos indican que las prácticas son el factor más claramente asociado a reinfección (Cuadro N° 49.).



Cuadro N° 49. Descripción estadística de reinfectados por COVID - 19, según prácticas de prevención, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Prácticas Preventivas	Reinfección		
	Reinfectados n (%)	No reinfectados n (%)	Total
Adecuadas	9 (27.3 %)	70 (60.3 %)	79
Inadecuadas	24 (72.7 %)	46 (39.7%)	70
Total	33 (100 %)	116 (100 %)	149

n¹=149

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

La reinfección según los datos analizados con relación a la escolaridad, indicó que la reinfección se relacionó con la baja escolaridad. Las mayores proporciones, se concentraron en los niveles de primaria 12 (36.4 %) y media 11 (33.3 %), mientras que los niveles universitarios (9.1 %) y de post grado 1 (3.0 %) presentaron las menores frecuencias, así como sin escolaridad, este grupo fue reducido y con probable menor exposición social y laboral (Cuadro N° 50.).



Cuadro N° 50. Descripción estadística de reinfectados por COVID - 19, según escolaridad, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Escolaridad	Reinfección		
	Reinfectados n (%)	No reinfectados n (%)	Total
Primaria	12 (36.4 %)	26 (22.4 %)	38
Pre media	4 (12.1 %)	8 (6.9 %)	12
Media	11 (33.3 %)	50 (43.1 %)	61
Universitaria	3 (9.1 %)	18 (15.5 %)	21
Post grado/ maestría	1 (3.0 %)	8 (6.9 %)	9
Sin escolaridad	2 (6.1 %)	6 (5.2 %)	8
Total	33 (100 %)	116 (100 %)	149

n¹=149

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Los datos suministrados por los participantes del estudio relacionados con la ocupación, evidenció que los trabajadores independientes presentaron mayor frecuencia de reinfección 10 (30.3 %), probablemente por una mayor exposición social y menor control en aplicación de medidas preventivas.

El personal de salud por otro lado con respecto a los reinfectados, presentó menor proporción de reinfección 6 (18.2 %), probablemente debido a una adherencia a protocolos de bioseguridad y prácticas preventivas (Gráfico N°30.).

Los hallazgos indican la importancia de considerar la importancia de la ocupación y el comportamiento como factor clave (Cuadro N° 51.).

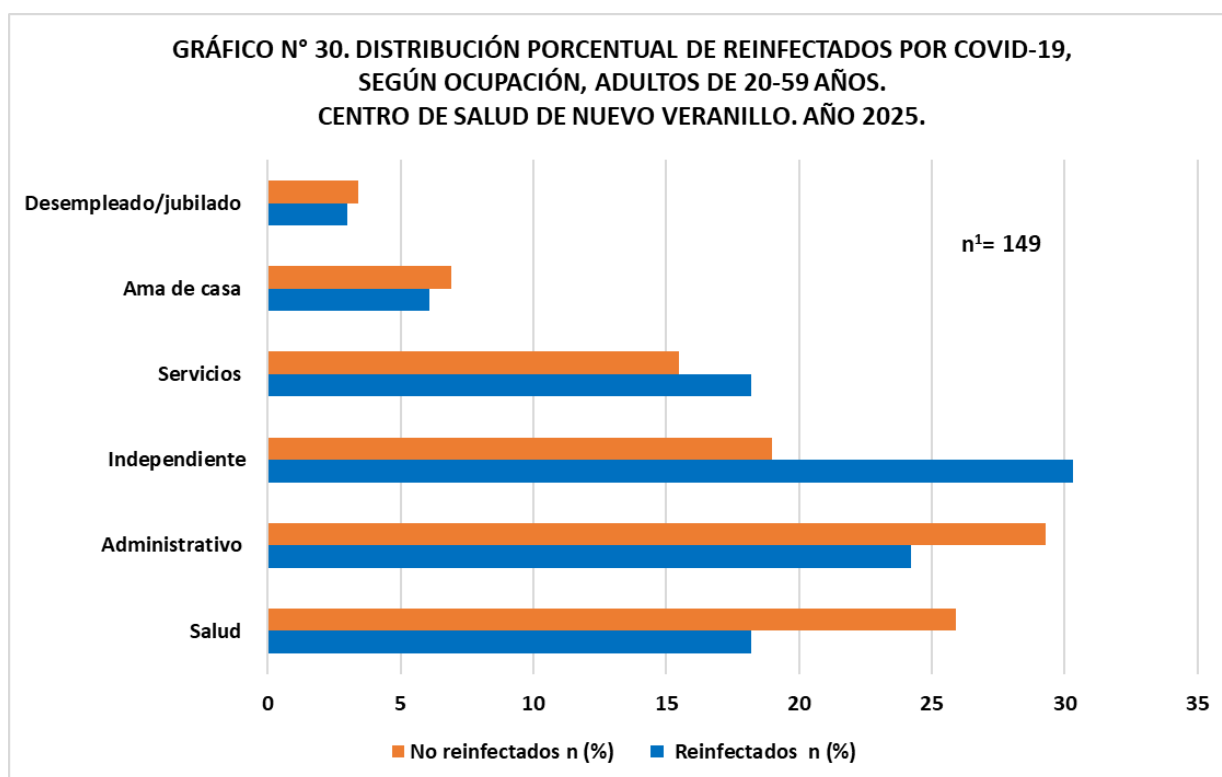


Cuadro N° 51. Descripción estadística de re infectados por COVID - 19, según ocupación, en adultos de 20 a 59 años. Centro de Salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Ocupación	Reinfección		
	Reinfectados n (%)	No reinfectados n (%)	Total
Salud	6 (18.2 %)	30 (25.9 %)	36
Administrativo	8 (24.2 %)	34 (29.3 %)	42
Independiente	10 (30.3 %)	22 (19.0%)	32
Servicios	6 (18.2 %)	18 (15.5 %)	24
Ama de casa	2 (6.1 %)	8 (6.9 %)	10
Desempleado/jubilado	1 (3.0 %)	4 (3.4 %)	5
Total	33 (100 %)	116 (100 %)	149

n¹=149

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

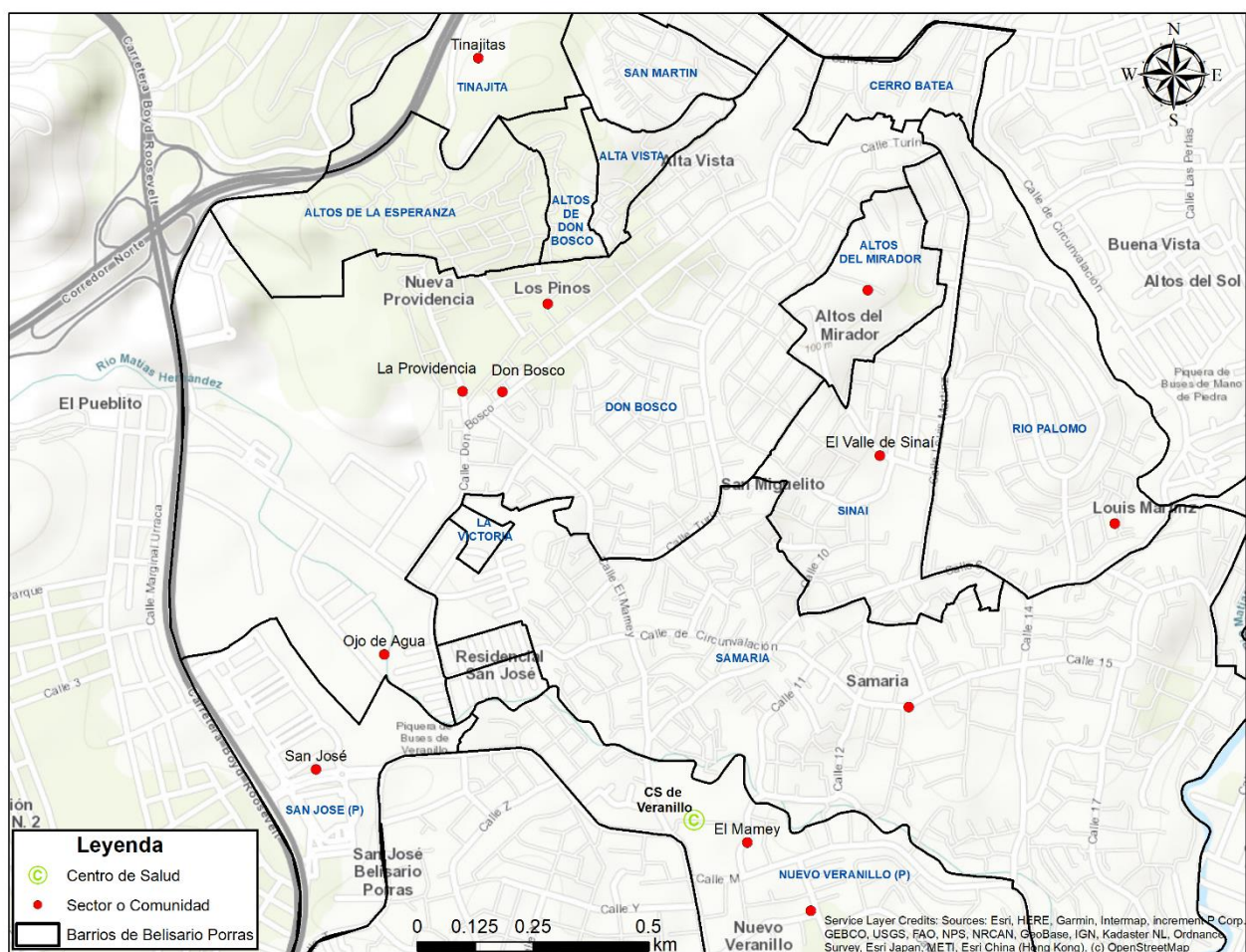


Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.



Mapas descriptivos geo espaciales

Mapa N° 1. Barrios del Corregimiento Belisario Porras de responsabilidad del centro de salud de Nuevo Veranillo, corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, de donde se extrajo la muestra de los participantes del estudio.

Pertenecen al área de responsabilidad 12 barrios o comunidades, los cuales son: Altos del Mirador, Don Bosco, El Mamey, el Valle de Sinaí, San José, Los Pinos, Louis Martinz, Tinajitas, Nueva Providencia, Nuevo Veranillo, Ojo de Agua, Samaria (Mapa N°1.).

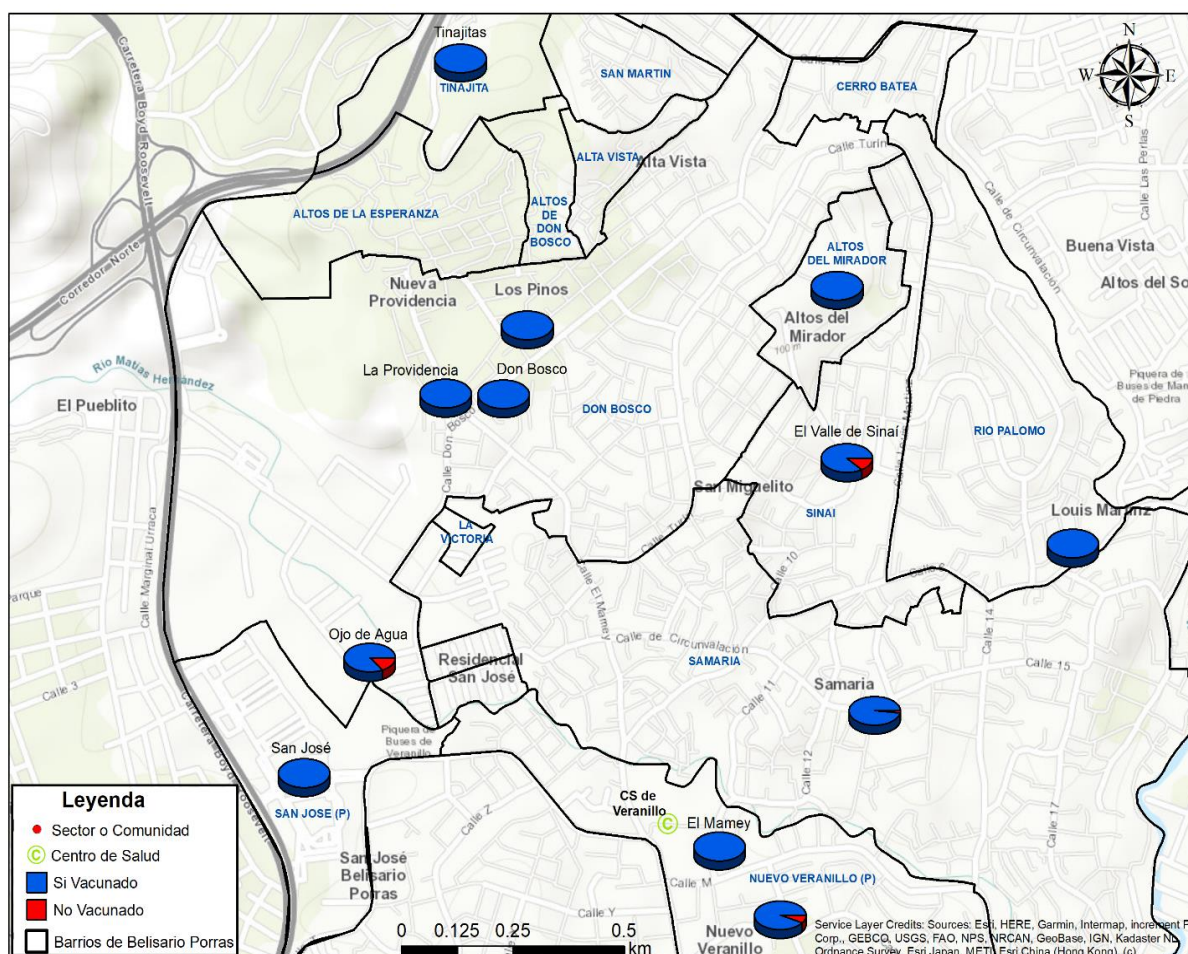


Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, de donde provenían los participantes del estudio que acudían al Centro de Salud de Nuevo Veranillo, el 34.0% (130) provenían de Nuevo Veranillo, el 39.0 % (150) de Samaria, el 3.0 % (10) del Valle de Sinaí, el 11.0 % (42) de Don Bosco, el 2.0 % (9) de El Mamey, el 1.6 % (6) de San José, el 0.5% (2) de Los Pinos, el 5.0% (18) de Tinajitas, el 1.8% (7) de Ojo de Agua, el 1.0% (4) de Louis Martinz, el 0.2% (1) Altos del



Mirador y el 1.0 % (4) Nueva Providencia (Mapa N° 2.).

Mapa N° 3. Comunidades de procedencia de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, vacunados y no vacunados, ante la COVID-19. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, que describe la proveniencia de los participantes del estudio, donde el 96.0 % (369) informaron que se vacunaron ante la COVID -19 y un 4.0 % (14) no se vacunaron, del total de 383 encuestados (Mapa N° 3.).

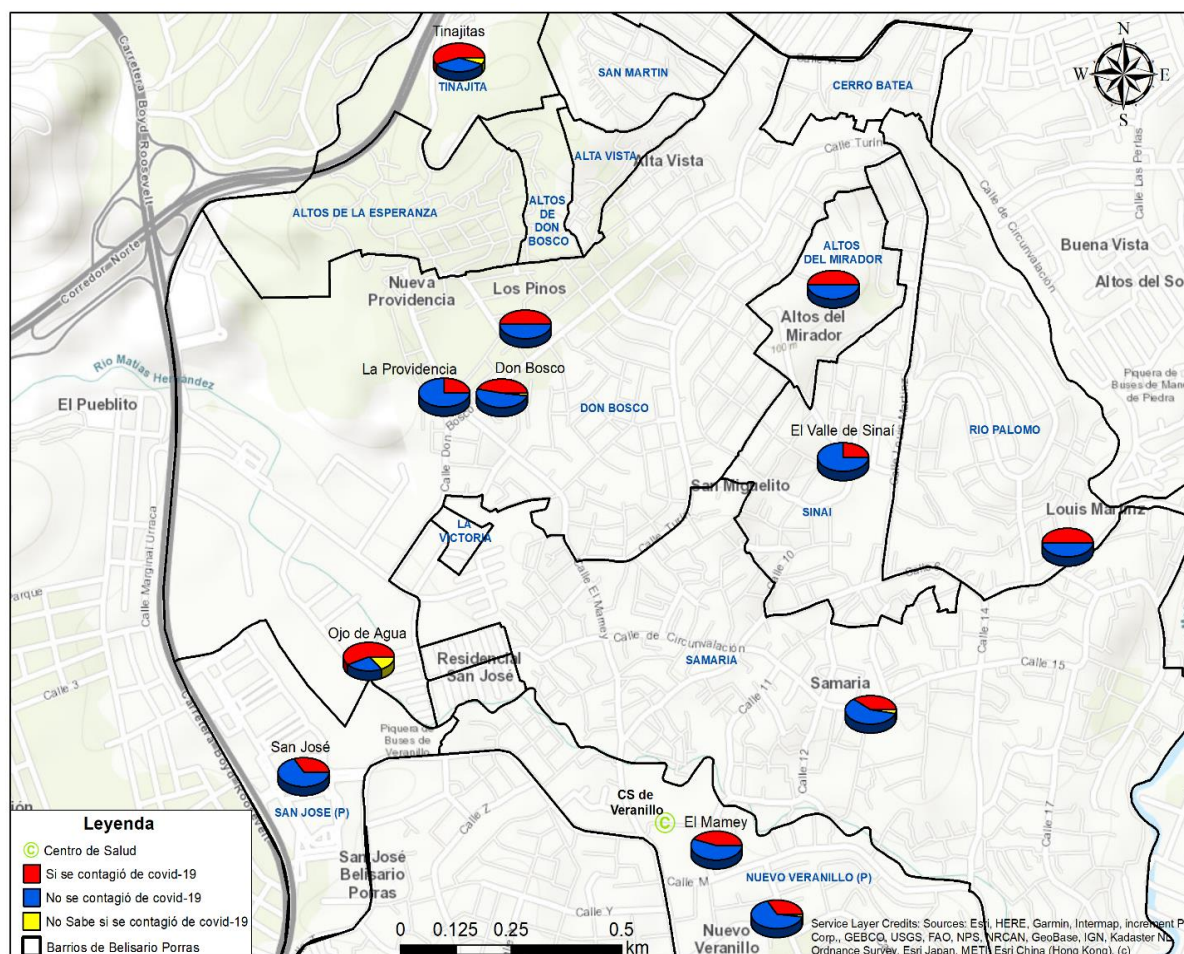


Los lugares procedencia, de los participantes que se vacunaron contra la COVID-19, fueron los siguientes: Altos del Mirador (2), Don Bosco (43), El mamey (9), El valle de Sinaí (7), Louis Martinz (4), La Providencia (4), Nuevo Veranillo (121), Ojo de Agua (6), Samaria (147), San José (6), Tinajitas (18), Los Pinos (2).

La procedencia de los que no se vacunaron contra la COVID-19, fueron las siguientes: Altos del Mirador (0), Don Bosco (0), El mamey (0), El valle de Sinaí (1), Louis Martinz (0), La Providencia (0), Nuevo Veranillo (9), Ojo de Agua (1), Samaria (3), San José (0), Tinajitas (0), Los Pinos (0).



Mapa N° 4. Lugar de procedencia, según comunidad de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, contagiados, no contagiados y con desconocimiento del contagio de la COVID -19. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, de donde provenían los participantes del estudio, donde el 39.0 % (149) se contagiaron de la COVID-19, 58.0 % (223) no se contagiaron y el 3.0 % (11) no sabe si se contagió de la COVID-19 de los 383 entrevistados (Mapa N° 4.).

El lugar procedencia, según la sub muestra de 149 de los participantes que se infectaron



de la COVID-19, fue la siguiente: Altos del Mirador (1), Don Bosco (20), El mamey (4), El valle de Sinaí (2), Louis Martinz (2), La Providencia (1), Nuevo Veranillo (43), Ojo de Agua (4), Samaria (59), San José (2), Tinajitas (10), Los Pinos (1).

La procedencia de los no contagiados, según la submuestra de 223 fueron las siguientes: Altos del Mirador (1), Don Bosco (22), El mamey (5), El valle de Sinaí (6), Louis Martinz (2), La Providencia (3), Nuevo Veranillo (84), Ojo de Agua (2), Samaria (86), San José (4), Tinajitas (7), Los Pinos (1).

La procedencia de los que desconocían si se habían infectado de la COVID -19 fueron: Altos del Mirador (0), Don Bosco (1), El mamey (0), El valle de Sinaí (0), Louis Martinz (0), La Providencia (0), Nuevo Veranillo (3), Ojo de Agua (1), Samaria (5), San José (0), Tinajitas (1), Los Pinos (0).

Las comunidades de donde provenía el mayor número de contagiados de la COVID-19, fueron de las comunidades de Nuevo Veranillo, Samaria y Don Bosco, según reporte de los participantes que acudieron mayormente al Centro de Salud de Nuevo Veranillo en el periodo del estudio.



Legenda

- Centro de Salud
- Familiar si se contagió de covid-19
- Familiar no se contagió de covid-19
- Barrios de Belisario Porras

0 0.125 0.25 0.5 km

Service Layer Credits: Sources: Esri, HERE, Garmin, Intermap, increment P Corp., GEBCO, USGS, FAO, NPS, NRCAN, GeoBase, IGN, Kadaster NL, Ordnance Survey, Esri Japan, METI, Esri China (Hong Kong), (c)

Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, de donde provenían los participantes del estudio, donde el 53.0 % (203) informaron que tenían familiar contagiado de la COVID-19, 46.7 % (179) no tenían familiar contagiado y el 0.2 % (1) no sabe si se contagió de la COVID-19 algún familiar, de los 383



entrevistados (Mapa N° 6.).

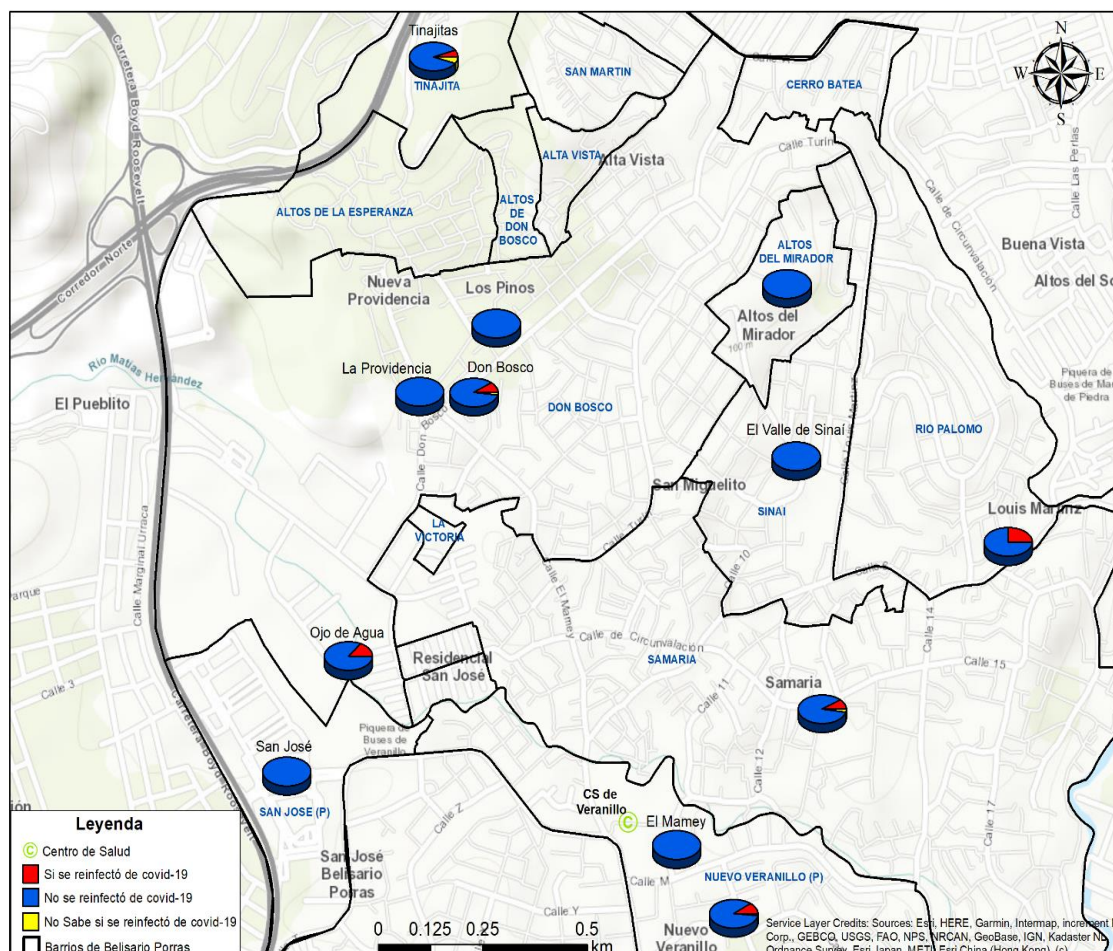
El lugar procedencia, según la sub muestra de 203 de los participantes que informaron familiares infectados de la COVID- 19, fueron las siguientes: Altos del Mirador (1), Don Bosco (26), El mamey (4), El valle de Sinaí (4), Louis Martinz (1), La Providencia (1), Nuevo Veranillo (57), Ojo de Agua (5), Samaria (89), San José (6), Tinajitas (9), Los Pinos (0).

La procedencia de los no contagiados, según la submuestra de 179 participantes, fueron las siguientes: Altos del Mirador (1), Don Bosco (17), El mamey (5), El valle de Sinaí (4), Louis Martinz (3), La Providencia (3), Nuevo Veranillo (73), Ojo de Agua (2), Samaria (60), San José (0), Tinajitas (9), Los Pinos (2).

La procedencia de los que desconocían si se había infectado algún familiar de la COVID - 19, sólo fue reportado por un participante de la comunidad de Samaria (1).



Mapa N° 6. Lugar de procedencia, según comunidad de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, re infectados, no re infectados y con desconocimiento de re infección de la COVID -19. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, de donde provenían los participantes del estudio, donde el 8.6 % (33) se re infectaron de la COVID-19, el 89.3 % (342) no se re infectaron y el 2.1 % (8) no sabe si se re infectaron de la COVID-19 de los 383 entrevistados (Mapa N° 5.).

El lugar procedencia, según la sub muestra de 33 de los participantes que se re infectaron fueron las siguientes: Altos del Mirador (0), Don Bosco (4), El mamey (0), El valle de Sinaí



(0), Louis Martinz (1), La Providencia (0), Nuevo Veranillo (13), Ojo de Agua (1), Samaria (13), San José (0), Tinajitas (1), Los Pinos (0).

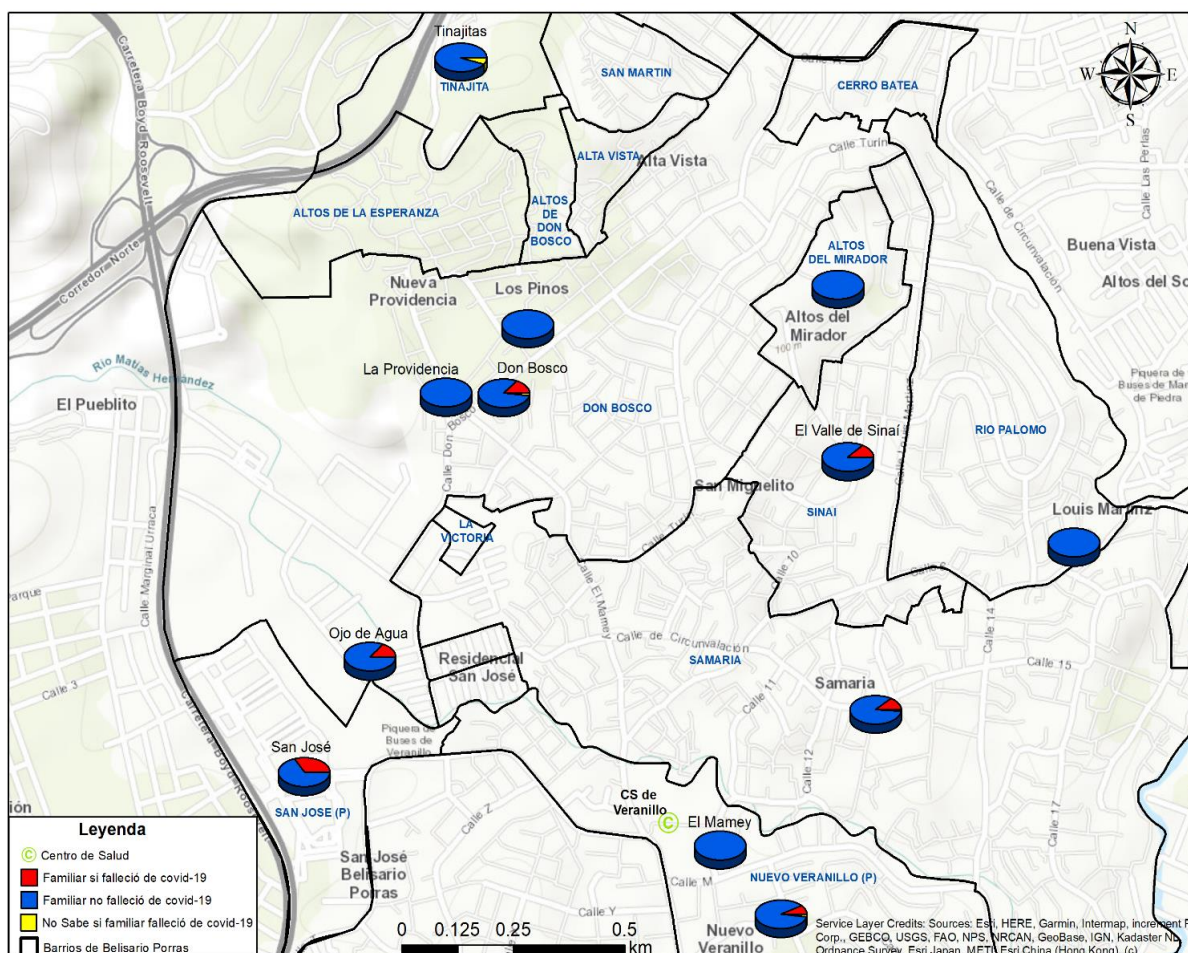
La procedencia de los no res infectados, según la submuestra de 342 fueron las siguientes: Altos del Mirador (2), Don Bosco (38), El mamey (9), El valle de Sinaí (8), Louis Martinz (3), La Providencia (4), Nuevo Veranillo (115), Ojo de Agua (6), Samaria (133), San José (6), Tinajitas (16), Los Pinos (2).

La procedencia de los que desconocían, si se habían re infectado de la COVID -19 fueron: Altos del Mirador (0), Don Bosco (1), El mamey (0), El valle de Sinaí (0), Louis Martinz (0), La Providencia (0), Nuevo Veranillo (2), Ojo de Agua (0), Samaria (4), San José (0), Tinajitas (1), Los Pinos (0).

Se refleja que la comunidad entrevistada, tuvo autocuidado sanitario, reflejado en el menor número de re infectados de la COVID-19.



Mapa N° 7. Lugar de procedencia, según comunidad de residencia de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, con familiar fallecido, no fallecido y desconocimiento del fallecimiento por la COVID -19. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, de donde provenían los participantes del estudio, donde el 9.9 % (38) informaron que tenían familiar fallecido de la COVID-19, el 88.3 % (338) no tenían familiar fallecido y el 1.8 % (7) no sabe si falleció algún familiar por la COVID-19, de los 383 entrevistados (Mapa N° 7.).



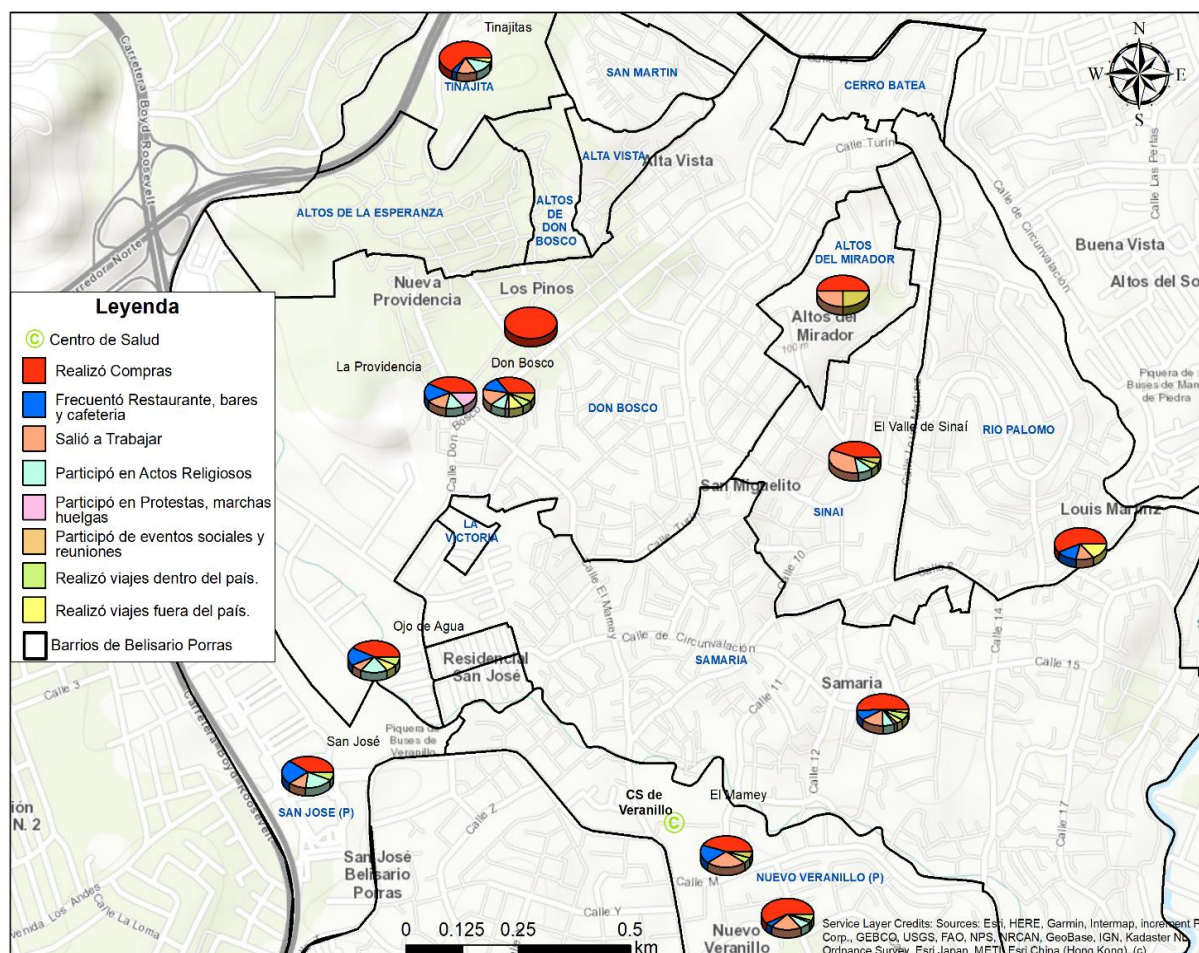
El lugar procedencia, según la sub muestra de 38 de los participantes que informaron tener familiares fallecidos por la COVID- 19, fueron las siguientes: Altos del Mirador (0), Don Bosco (6), El mamey (0), El valle de Sinaí (1), Louis Martinz (0), La Providencia (0), Nuevo Veranillo (10), Ojo de Agua (1), Samaria (18), San José (2), Tinajitas (0), Los Pinos (0).

La procedencia de los participantes con familiar no fallecido, según la submuestra de 338 participantes, fueron las siguientes: Altos del Mirador (2), Don Bosco (36), El mamey (9), El valle de Sinaí (7), Louis Martinz (4), La Providencia (4), Nuevo Veranillo (117), Ojo de Agua (6), Samaria (130), San José (4), Tinajitas (17), Los Pinos (2).

La procedencia de los que desconocían si había fallecido algún familiar de la COVID -19, fueron de las siguientes comunidades: Don Bosco (1), Nuevo Veranillo (3), Samaria (2), San José (4) y Tinajitas (1).



Mapa N° 8. Movilización social de los adultos de 20 a 59 años participantes del estudio, según actividad por lugar de procedencia. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.



Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

Mapa geoespacial que describe la localización de los barrios que comprende el Corregimiento Belisario Porras, corregimiento de responsabilidad del Centro de Salud de Nuevo Veranillo, de donde provenían los participantes del estudio, que informaron el tipo de actividad de movilización social durante la pandemia de la COVID -19, como compras, visitas a restaurantes bares y cafés, trabajo laboral, actividades religiosas, manifestaciones y protestas, reuniones, salidas dentro y fuera del país, las mayores actividades indistintamente del número de los participantes y procedencia que reportaron



movilizaciones sociales según actividad, se dieron en las compras, actos religiosos, trabajo laboral y visitas a restaurantes y cafés (Mapa N° 8.).

De acuerdo a la mayor movilización por actividad reportada y procedencia de los participantes que respondieron, el 50.0 % (116/230) provenían de Samaria, los mismos se trasladaban a realizar compras y 17.0 % (38) a laborar, seguidos de los participantes de Nuevo Veranillo (200), donde el 57.0 % (114) realizaron compras, 23.5 % (47) se desplazaron a laborar, seguidos por los participantes de la comunidad de Don Bosco, donde el 35.0 % (31/89) reportaron actividad de compras, 12.3 % (11/89) visitas a restaurantes bares y cafés, 11.2 % (10/89) actos religiosos, 3.4 % (3/89) actividades de protesta, 11.2 % (10/89) asistieron a reuniones, 6.7 % (6/89) salidas dentro del país. 6.7 % (6/89) salidas fuera del país y el 13.5 % (12/89) realizaron actividad laboral.

A pesar de existir medidas de confinamiento y control, la población se movilizó a actividades de responsabilidad, necesidad y sociales.





HALLAZGOS

X. Hallazgos

Características sociodemográficas

- Predominio de participantes de sexo femenino.
- Mayor proporción de adultos de mediana edad.
- Predominio de población no indígena.
- Mayoría de los participantes de nacionalidad panameña.
- Procedencia urbana del corregimiento de Belisario Porras.
- Nivel educativo predominante: secundaria.
- Alta proporción de trabajadoras del hogar.
- Ingresos mayoritariamente por debajo del salario mínimo.

Conocimiento sobre la COVID-19

- La mayoría reconoce que la COVID-19 es causada por un virus.
- Alto reconocimiento de los principales síntomas.
- Identificación de la tos como síntoma frecuente.
- Reconocimiento de la transmisión por contacto cercano.
- Identificación de espacios cerrados como factor de riesgo.
- Reconocimiento del transporte público como área de riesgo.
- Presencia de desconocimiento sobre el riesgo en espacios ventilados.
- Confusión entre aislamiento y cuarentena en un grupo de participantes.
- Presencia de desconocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad.

Percepción de riesgo

- La mayoría de los participantes percibe la COVID-19 como una enfermedad peligrosa.
- Predomina la percepción de mayor gravedad en comparación con la gripe.
- Reconocimiento de similitud de síntomas con la gripe.
- Existencia de respuestas divididas en un grupo minoritario.
- Presencia de duda o desacuerdo respecto a la vacunación.



Prácticas preventivas

- Alta frecuencia de lavado de manos.
- Uso variable de mascarilla.
- Baja utilización constante de mascarilla fuera del hogar post pandemia.
- Persistencia de saludos con contacto físico post pandemia.
- Exposición a espacios concurridos en parte de la población post pandemia.
- Variabilidad en prácticas complementarias de higiene.

Actitudes hacia la atención

- Disposición a acudir a servicios de salud.
- Realización de pruebas diagnósticas en parte de la población.
- Presencia de automedicación en algunos participantes.
- Cumplimiento variable de medidas de confinamiento.

Aspectos psicoemocionales

- Presencia de ansiedad, estrés y tristeza.
- Reporte de síntomas depresivos en un grupo.
- Manifestación de miedo o pánico en algunos participantes.
- Alteraciones del estado de ánimo.
- Presencia de dificultades para dormir en un subgrupo.
- Existencia de participantes sin afectación emocional significativa.

Contagio y reinfección

- Contagios reportados principalmente en adultos de mediana edad.
- Mayor número de casos en mujeres (mayor participación de mujeres).
- Asociación con actividades laborales y sociales.
- Reinfección en una proporción menor de participantes.



- Coincidencia con periodos de ola pandémica.

Comportamiento y exposición

- Movilización durante la pandemia por actividades laborales y sociales.
- Participación en actividades recreativas.
- Exposición social en infectados y no infectados.
- Continuidad de actividades diarias durante la pandemia.

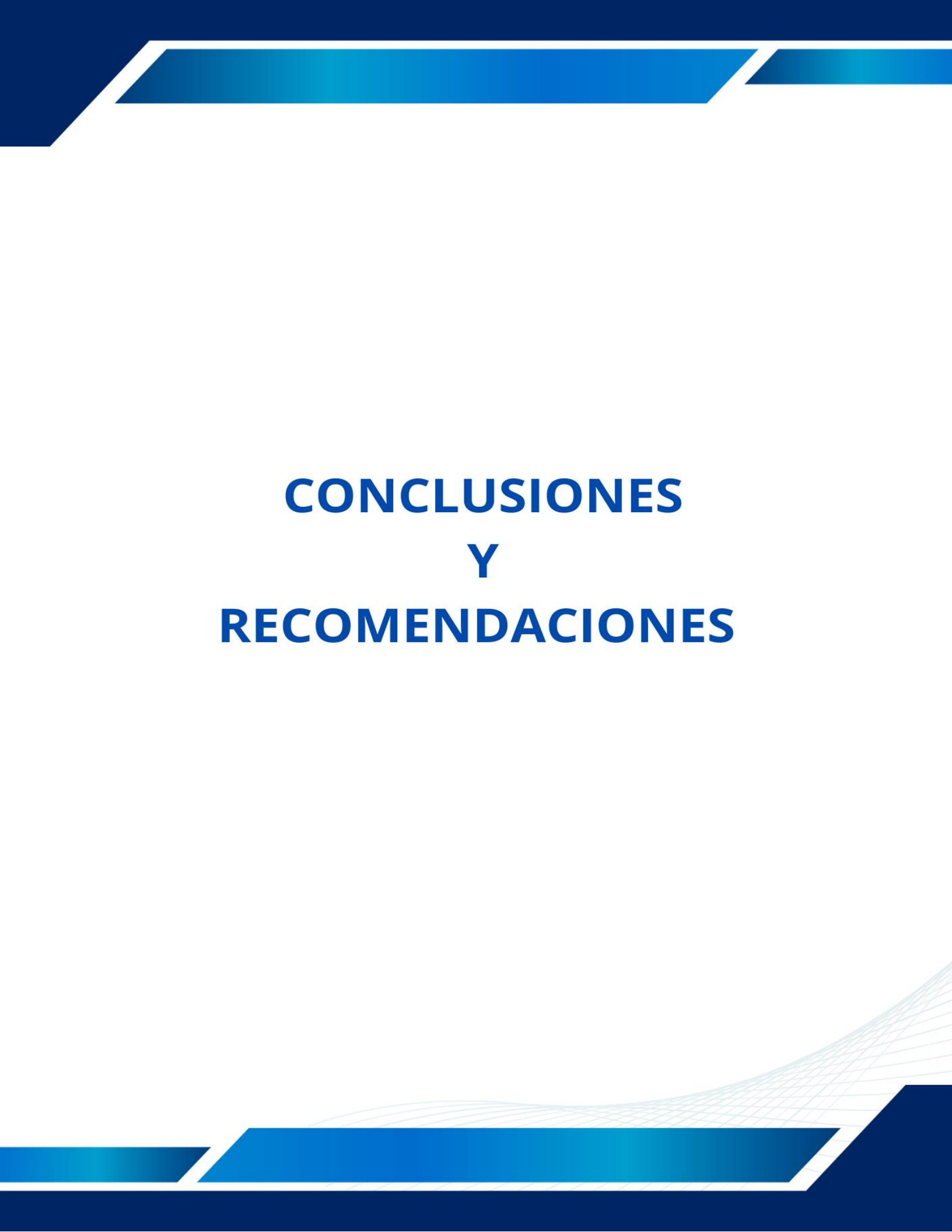
Adherencia post pandemia

- Disminución en el uso de mascarilla post pandemia.
- Mantenimiento del lavado de manos.
- Variabilidad en la adopción de medidas preventivas.
- Relajación del distanciamiento físico.

Hallazgos generales

- Variabilidad en conocimientos, actitudes y prácticas.
- Distribución heterogénea de respuestas en la población.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

XI. Conclusiones

1. Características sociodemográficas de la población

La población estudiada estuvo constituida mayoritariamente por mujeres adultas de mediana edad, no indígenas, de nacionalidad panameña y residentes en áreas urbanas del Corregimiento de Belisario Porras.

Predominó el nivel educativo de educación media (secundaria), con alta proporción de trabajadores del hogar y personas con ingresos por debajo del salario mínimo, evidenciando condiciones socioeconómicas vulnerables.

2. Nivel de conocimiento sobre la COVID -19

Se evidenció un alto nivel de conocimiento general sobre la COVID-19, incluyendo su origen viral, síntomas principales, medios de transmisión y medidas preventivas básicas. No obstante, persisten brechas específicas en la diferenciación entre aislamiento y cuarentena, en la comprensión del riesgo en distintos entornos (espacios cerrados versus ventilados) en el conocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad, lo que indica una comprensión no homogénea en la población de estudio.

3. Conocimiento (percepción de riesgo y creencias)

La mayoría de los participantes percibe la COVID -19 como una enfermedad peligrosa y reconoce su alta transmisibilidad. Sin embargo, se identificaron percepciones heterogéneas respecto a la vacunación, así como creencias erróneas sobre la inexistencia de tratamiento y diferencias en la percepción y reconocimiento de la gravedad del COVID- 19 en comparación con la gripe, lo que refleja una comprensión del riesgo sanitario.



4. Actitudes y prácticas preventivas

Se evidenció una brecha entre el conocimiento y la práctica. Aunque se manifestó una alta adherencia a medidas básicas de lavado de manos, se observó una menor adherencia sostenida al uso de mascarilla y al distanciamiento físico, post pandemia de COVID-19, debido al estatus actual de sentimiento de seguridad y disminución de la percepción del riesgo. Persisten conductas de riesgo, lo que indica que las prácticas preventivas son moderadas, selectivas e inconsistentes, especialmente en el periodo post pandemia, influenciadas por la percepción de menor riesgo.

5. Impacto psicoemocional de la pandemia

La pandemia generó un impacto emocional significativo y diferenciado en la población de estudio, evidenciado por la presencia de ansiedad, estrés, tristeza, síntomas depresivos en un grupo importante.

A su vez, se identificó un grupo resiliente con adecuada regulación emocional, aunque persistieron subgrupos vulnerables, con persistencia de afectación psicoemocional asociada a la experiencia pandémica.

6. Contagio y reinfección

El contagio se presentó principalmente en la población de estudio en la edad laboral activa, asociado a la movilidad social, actividades laborales e interacción interpersonal.

La reinfección fue baja, pero presente, y mostró una tendencia de relación con prácticas preventivas inadecuadas, actitudes negativas hacia la prevención y factores sociales y ocupacionales. No se estableció causalidad debido al diseño descriptivo, pero se identifican patrones epidemiológicos relevantes.



7. Determinantes de comportamiento preventivo

El estudio evidencia que el conocimiento por sí solo no garantiza la adopción de conductas preventivas adecuadas. Factores como la edad, la ocupación, las condiciones económicas y el contexto social, influyen significativamente en el comportamiento, evidenciado una brecha entre el conocimiento y su aplicación en la vida diaria (brecha entre el saber y hacer) .

8. Adherencia a las medidas preventivas post pandemia

La adherencia a las medidas preventivas en el periodo post pandemia es moderada y no sostenida en el grupo de estudio, más fuerte en prácticas simples y básicas como el lavado de manos y débil (limitada) en medidas claves como el uso continuo de la mascarilla y distanciamiento físico. Se observó una normalización del riesgo y relajación conductual influenciadas por la percepción de menor riesgo actual.

9. Desigualdades y vulnerabilidad

Se evidenciaron desigualdades en la capacidad de afrontamiento emocional, en la adopción de medidas preventivas en el riesgo de contagio, según ocupación y condiciones sociales.

Este aspecto resalta la importancia de abordar la salud desde un enfoque social holístico y no solo informativo.

10. Consideraciones metodológicas

El diseño transversal del estudio permitió describir el comportamiento de la población; sin embargo, no permitió establecer relaciones causales.

Los hallazgos identifican tendencias y patrones que requieren estudios analíticos futuros.



11. Conclusión general

La población estudiada presentó un alto nivel de conocimiento sobre la COVID -19 y una adecuada percepción de su gravedad; sin embargo, este conocimiento no se tradujo de manera consistente en las prácticas preventivas sostenidas, la conducta está influenciada por factores sociales, económicos y conductuales, lo que genera una brecha significativa entre el conocimiento y la acción, así como una adherencia preventiva moderada e inconsistente en el periodo post pandemia.



XII. Recomendaciones

1. Fortalecer las estrategias de educación en salud, enfocadas no solo en la transmisión de conocimientos, sino en el cambio de comportamiento sostenible en la población.
2. Desarrollar campañas dirigidas a reducir la brecha entre conocimiento y práctica, utilizando enfoques conductuales y comunicación efectiva adaptada al contexto local.
3. Reforzar la promoción del uso adecuado y sostenido de medidas preventivas, especialmente el uso de mascarilla en situaciones de riesgo y el distanciamiento físico.
4. Implementar intervenciones comunitarias focalizadas en grupos con menor adherencia a prácticas preventivas, considerando factores sociales, económicos y culturales.
5. Fortalecer la confianza en la vacunación mediante estrategias de información clara, basada en evidencia y dirigida a grupos con resistencia o dudas.
6. Integrar el componente de salud mental en las estrategias de respuesta ante emergencias sanitarias, priorizando la identificación y atención de grupos vulnerables.
7. Promover intervenciones específicas en entornos laborales, especialmente en sectores con alta exposición social, para reducir el riesgo de contagio y reinfección.
8. Desarrollar programas de seguimiento post pandemia para evaluar la sostenibilidad de las prácticas preventivas en la población.
9. Fomentar la investigación analítica futura que permita establecer asociaciones y factores determinantes del contagio y la reinfección.
10. Articular acciones interinstitucionales que aborden los determinantes sociales de la salud que influyen en la adopción de medidas preventivas.



XIII. Referencias Bibliográficas

1. OPS. Covid-19 en Panamá: información y recursos. Disponible en: <https://panama.campusvirtualsp.org/covid-19/>
2. OMS. Número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 26 de julio de 2023. Disponible: <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>
3. MINSA. Política Nacional de Salud 2016-2025. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf
4. Plan Estratégico Nacional para el Desarrollo de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación (PENCYT) 2019-2024. Disponible en: https://www.senacyt.gob.pa/wp-content/uploads/2021/06/PENCYT_2019-2024.pdf
5. Koury J.M. y Hirschhau M. Reseña histórica del COVID-19 ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? Acta odontológica.2020. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/#>
6. Lu, H., Stratton, C.W., Tang. YV. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan China: the mystery and the miracle. J. Med. Virol. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>
7. Velavan, T.P. and Meyer, C.G. The COVID-19 epidemic. Trop Med Int Health. 2020. Disponible en: URL doi:10.1111/tmi.13383.
8. Cui, J., Li, F., & Shi, Z.-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nature Reviews Microbiology.2020. Disponible en: doi:10.1038/s41579-018-0118-9
9. Zhong, N. S. et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. Lancet. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14585636/>
10. Marty, A. M., & Jones, M. K. The novel Coronavirus (SARS-CoV-2) is a one health issue. One Health. 2020. Disponible en: URL doi: 10.1016/j.onehlt.2020.100123



11. Guan, Y. et al. Isolation and characterization of viruses related to the SARS coronavirus from animals in southern China. This paper is the first demonstration of SARS-CoV transmission from animals. 2003. Disponible en URL: <https://science.sciencemag.org/content/302/5643/276.full>
12. Alagaili, A. N. et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in dromedary camels in Saudi Arabia. 2014. Disponible en: URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3940034/>
13. Li, W. et al. Bats are natural reservoirs of SARS-like coronaviruses. Science. 2005. Disponible en: URL <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16195424/>
14. Zhou, P., Yang, X.-L., Wang, X.-G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Shi, Z.-L. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin.2020. Disponible en: doi:10.1038/s41586-020-2012-7
15. Qian, Z. et al. Innate immune response of human alveolar type II cells infected with severe acute respiratory syndrome-coronavirus.2013. Am. J. Respir. Cell. Mol. Biol. 48, 742–748. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23418343/>
16. Graham, C., De La Cruz, Ch., Cao, B., S. Pasnick, S. Jamil, S. Novel wuhan (2019-nCoV) coronavirus, Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2020. Disponible en: URL <https://doi.org/10.1164/rccm.2014P7>.
17. Wu, Y., Guo, Ch., Tang, L. et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. Published. 2020. Disponible en: URL [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30083-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2)
18. Rothan H., Byrareddy S. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of Autoimmunity. 2020. Disponible en: URL <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
19. Carrillo, A. Comportamiento social: definición y teorías explicativas. Concepto. 2018. Disponible en: <https://concepto.de/comportamiento/>
20. Psicología. Comportamiento social. Disponible en:



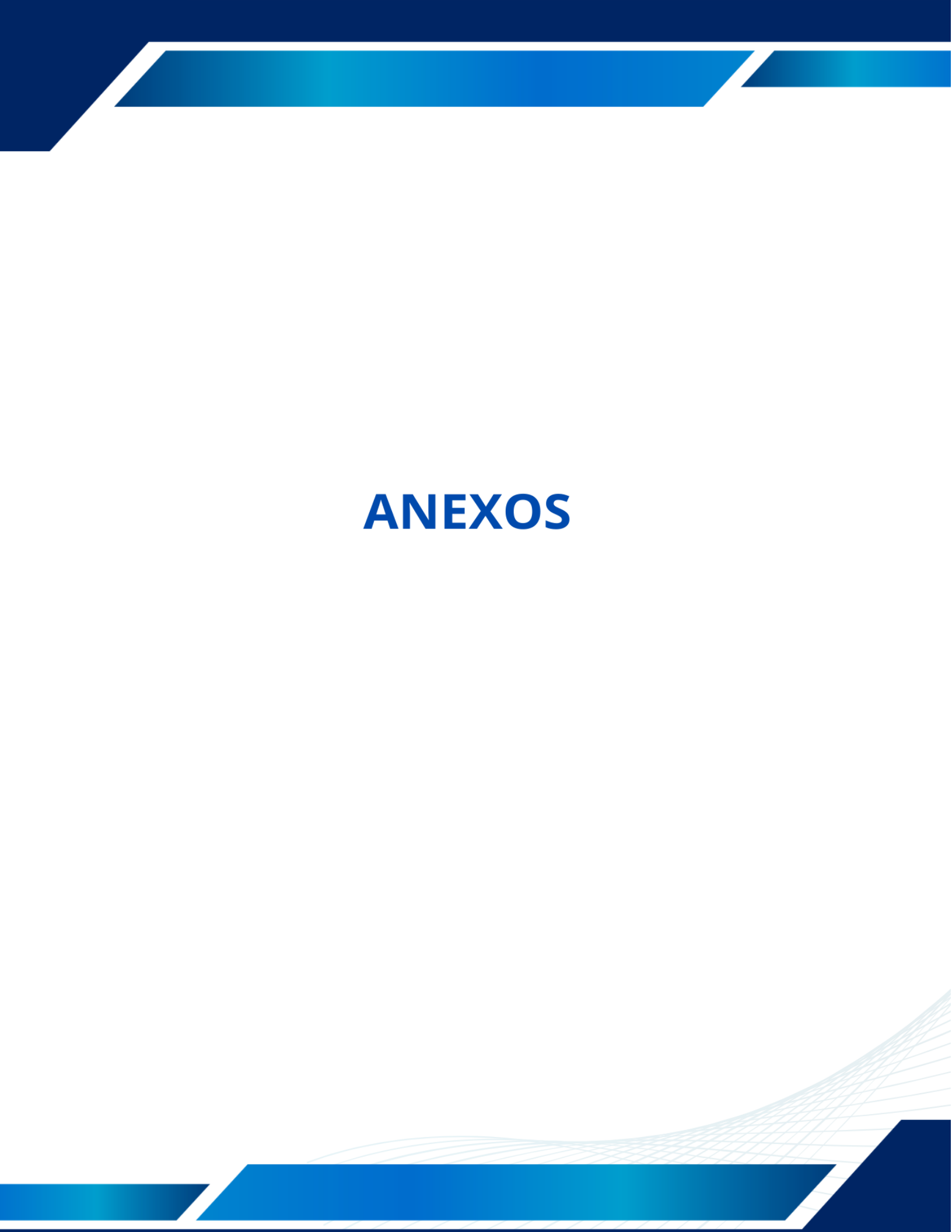
<https://habilidades.top/comportamiento-social/>

21. Intra Med. La ciencia social y del comportamiento en la respuesta a la pandemia COVID-19. Disponible en:
<https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoid=96047>
22. ABS. Encuestas CAP, conocimiento, actitud y práctica, Proyecto global. 2020. Disponible en:
<https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/ECU/Sistematizaci%C3%B3n%20Encuestas%20CAP-Ecuador.pdf>
23. Gumucio, S. et al. Recogida de datos métodos cuantitativos. Ejemplo de encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas). 2011. Disponible en:
file:///C:/Users/Lourdes/Downloads/MdM_Guia+Encuesta+CAP_2011.pdf
24. Ramírez, A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a11v70n3.pdf>
25. Qué es el conocimiento [Internet]. Disponible en:
<https://www.studocu.com/gt/document/universidad-del-istmo-guatemala/adaptacion-integracion-inclusion-y-adequacion-de-programas-centros-y-profesores/que-es-el-conocimiento-pdf>
26. Rodríguez, A. Psicología Social. México. 1991.
27. Briñol, P., Falces, C. y Becerra, A. Psicología Social, Tercera Edición. Capítulo 17, p.458. 2007.
28. Fernández, R., Pinazo, D. Actitud y comportamiento social. 2014. Disponible en:
https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/106155/TFG_2014_FERNANDEZ%20GARCIA.pdf?sequence=1
29. Sevillano, V. Olivos, P. Comportamiento social y ambiente: influencia de las normas sociales en la conducta Ambiental. 2019. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/778/77864998004/html/>



30. Rosas, Y., Valdés S., Vanessa V. Conocimientos, aptitudes y prácticas (CAP) que poseen los residentes de las comunidades del Distrito de Kankintú sobre el Síndrome de Kindler para elaborar una guía informática de docencia a la comunidad. 2019. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/228/2281247007/2281247007.pdf>
31. Navicelli, V. Definición de práctica. Características y su clasificación. 2022. Disponible en: <https://definicion.com/practica/>
32. MINSA. Análisis de situación de salud. Región de Salud de San Miguelito. 2016.
33. MINSA. Análisis de Situación de Salud de COVID, Región de Salud de San Miguelito.





ANEXOS

XIV. Anexos

Anexo N°1. Proyecto: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID -19 en adultos de 20 -59 años en el Centro de salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Encuesta General CAP

INSTRUCTIVO:

Las preguntas que se realizan, se refieren a actitudes, conocimientos y prácticas del comportamiento social y su relación con la COVID 19.

En las preguntas de escogencia, identifique según su respuesta y escoja las más relacionadas con su comportamiento, marque con una X.

Llene los espacios indicados con letra imprenta legible, preferiblemente imprenta.

Marque con una X la respuesta que considere correcta o se relacione con su persona.

Si para el año 2019 el entrevistado era menor de edad, saltar las preguntas indicadas con un recuadro marcado ☐, pregunta de salto * y pasar a la siguiente pregunta.

Las preguntas que disponen las siguientes respuestas, tendrán valoración numérica. Marque una X en su respuesta:

TDA (Totalmente de Acuerdo), (valor 5 puntos) DA (De acuerdo) (Valor 4 puntos) No sabe / indiferente (Valor 3 puntos) ED (En Desacuerdo), (valor 2 puntos) TDE (Totalmente en Desacuerdo) (valor 1 punto)

Siempre (Valor 5 puntos) Casi Siempre (valor 4 puntos) No sabe/indiferente (valor 3 puntos) A veces (Valor 2 puntos) Nunca (Valor 1 punto)

Pandemia: es enfermedad que se extiende a otros países.

Epidemia: es una enfermedad que se propaga por un país durante algún tiempo.

Comunidades Del Corregimiento Belisario Porras: las comunidades corresponden a Altos del Mirador, Don Bosco, El Mamey, el Valle de Sinaí, San José, Los Pinos, Louis Martinz, Tinajitas, Nueva Providencia, Nuevo Veranillo, Ojo de Agua, Samaria y Puerta del Sol

Comunidad Urbana: población densa o conglomerado de personas (mayor de 2,500 personas) que viven en una ciudad que dispone de todos los recursos de transporte, comunicación, economía, tecnología, salud, comercios abiertos 24 horas y servicios cívicos, educación, negocios, interacción social, tratamiento de aguas y de basuras, entre otros.

Comunidad Peri urbana: población o conglomerado de personas que viven alrededor o periferia de una comunidad urbana.

Comunidad Urbana marginal: población o conglomerado de personas que habitan en un espacio geográfico, con problemas sociales, limitados recursos de transporte, cívicos, servicios básicos de salud y saneamiento.

Comunidad Sub urbana: población que habita un barrio o sector a las afueras de la ciudad con densidad menor de población que una comunidad urbana y dispone de todos los recursos.

Comunidad Rural: población que habita en áreas territoriales con menos densidad de población (menor a 2,500 personas) y recursos tecnológicos, cívicos, de bienestar social y modernización, con casas discontinuas o espaciadas en campos con presencia de espacios forestales (árboles, vegetación).



PROYECTO

Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID -19 en adultos de 20 -59 años en el Centro de salud de Nuevo Veranillo. Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Año 2025.

Encuesta General CAP

Código de encuesta

Código encuestador

I. Datos generales		Fecha de la aplicación de la Encuesta		Día	Mes	Año
1. Edad						
2. Sexo		H M				
3. Etnia		Indígena No indígena				
4. Estado civil		Soltero Casado Unido Divorciado Viudo				
5. Nacionalidad		Panameño Extrajero País de nacimiento: _____				
6. Procedencia/comunidad donde vive		_____				
7. Tipo de comunidad		Urbana	Peri Urbana	Urbana marginal	Sub Urbana	Rural
8. Distrito		_____				
9. Corregimiento		_____				
10. Educación alcanzada (máximo nivel aprobado)		Primaria Pre media Media Ninguno Universitaria Post Grado No sabe				
11. Ocupación		Administrativo Técnico Salud Educador Constructor Trabajo Informal Ama de casa/ doméstica Ninguno Otro				



12. Ingreso económico	Menos de 100	☐	901-1200	☐	
	101-300	☐	1201 y más	☐	
	301-500	☐	No tiene ingreso	☐	
	501-700	☐	No sabe	☐	
	701-900	☐	Subsidio	☐	
13. Se vacunó contra la COVID -19.	SI	☐	NO	☐	
II. Conocimientos	TDA	DA	No sabe/indiferente	ED	TDE
14. La COVID -19 es una enfermedad nueva.					
15. La COVID -19 es un virus.					
16. La COVID -19 es de fácil contagio de una persona a otra.					
17. La COVID -19 puede transmitirse al toser.					
18. La COVID -19 puede contagiarse por superficies al tocar.					
19. La COVID -19 se contagia por abrazos y apretones de mano.					
20. La COVID -19 puede contagiarse en lugares cerrados.					
21. La COVID -19 puede contagiarse en grupos de personas reunidas en espacios cerrados.					
22. La COVID -19 puede contagiarse en grupos de personas reunidas en espacios ventilados.					
23. La COVID -19 puede contagiarse en transportes públicos.					
24. La COVID -19 es considerada peligrosa.					
25. Según su edad se considera en un grupo de población en riesgo de contagiarse.					
26. La COVID -19 es más peligrosa que la gripe.					
27. La COVID 19 tiene síntomas (malestares) similares a la gripe.					
28. El aislamiento es mantenerse lejos de grupos de personas.					
29. La cuarentena se refiere a mantenerse en					
30.					
31. un lugar aislado por un tiempo.					

Conocimientos	TDA	DA	No sabe/indiferente	ED	TDE
32. Considera diferentes aislamiento y cuarentena.					
33. Existe vacuna efectiva contra la COVID -19. (pregunta de					



refuerzo).					
34. Existe un tratamiento para la COVID -19.					
35. Los antibióticos son eficaces (buenos) para prevenir o tratar la COVID -19.					
36. Las barreras de protección gel, alcohol y mascarilla son efectivas.					
37. Reconoce la importancia de vacunarse.					
38. Considera actualmente activo circulando en el ambiente el virus de la COVID- 19.					
39. ¿La pérdida del gusto es un síntoma de la COVID-19?					
40. ¿La pérdida del olfato es un síntoma de la COVID -19?					
41. ¿La falta de aire es un síntoma de la COVID-19?					
42. ¿El dolor de cabeza es un síntoma de la COVID-19?					
43. ¿El goteo nasal es un síntoma de la COVID- 19?					
44. ¿La fiebre es un síntoma de la COVID- 19?					

Prácticas	Siempre	Casi siempre	No sabe/indiferente	A veces	Nunca
45. Actualmente, saluda con abrazo y apretón de manos.					
46. Se lava las manos frecuentemente.					
47. Utiliza el ángulo interno del brazo (codo) para cubrirse al estornudar o toser.					
48. Actualmente, evita lugares de concurrencia masiva de personas.					
49. Actualmente, usa mascarilla para protección en lugares públicos y cerrados (hospitales, centros de salud u otros).					
50. Actualmente, mantiene distanciamiento físico ante personas (2 metros).					



51. Mantiene la mascarilla cubriendo boca, nariz y barbilla.					
52. Mantiene consigo y lo usa, el gel o alcohol para las manos.					
53. Si dispone de teléfono celular lo limpia frecuentemente.					
54. Al llegar a su hogar deja los calzados afuera de la casa.					
55. Utiliza mascarilla a todo momento cuando sale fuera de la casa.					
Actitud	Siempre	Casi siempre	No sabe/indiferente	A veces	Nunca
56. Si padece de síntomas respiratorios (resfríos) investiga o consulta para automedicarse.					
57. Si presenta síntomas de la COVID -19 realiza auto reporte (lo comunica) e hisopado.					
58. Si padece de la enfermedad COVID -19, acude a la atención de salud.					
59. Estará dispuesto a recibir la vacuna o vacunarse en todas sus dosis en cada periodo y llamado establecido por salud.					
60. Con la pandemia se mantuvo aislado (a) en su hogar.					
61. Hizo compras para su hogar periódicas y constantes durante la pandemia de la COVID -19.					

Actitud	Siempre	Casi siempre	No sabe/indiferente	A veces	Nunca
62. Si padece de enfermedades respiratorias toma medicamentos comerciales de libre uso.					
63. Si se contagia de la COVID -19 usted se automedica.					
64. Tiene confianza en la inmunización (vacunación) contra la COVID -19.					
65. ¿Si se diera una futura pandemia de COVID, trabajaría presencialmente?					



66. ¿Si se diera una futura pandemia de COVID, preferiría trabajar a distancia en casa?					
67. Mantuvo actividad física durante la pandemia (ejercicios y deporte).					
68. Frecuentó restaurantes, bares y cafeterías durante la pandemia.					
69. Se mantuvo en casa fines de semana durante la pandemia.					
70. Durante la pandemia de la COVID – 19 a usted le produjo salir más.					
71. Aplicó y cumplió la medida de confinamiento (aislarse) durante la pandemia.					
72. Trató con calma las emociones durante la pandemia.					
73. Durante La pandemia de la COVID - 19, le motivó a salir a divertirse y entretenerse fuera de casa y frecuentemente.					
(Pregunta de salto*) ☐					
74. Su trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia.					
75. Se movilizó para participar en actos religiosos masivos durante la pandemia.					
76. Se movilizó para participar en manifestaciones de protestas, marchas, huelgas durante la pandemia.					
77. Se movilizó para participar en eventos sociales y reuniones durante la pandemia.					
(Pregunta de salto*) ☐					
78. El trabajo informal motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia.					
(Pregunta de salto*) ☐					
79. La búsqueda de trabajo motivó salidas fuera de casa frecuentemente, durante la pandemia.					
(Pregunta de salto*) ☐					
80. Durante la pandemia realizó salidas y viajes dentro del país.					
(Pregunta de salto*) ☐					
81. Durante la pandemia realizó salidas y viajes fuera del país.					



Impacto psicoemocional	Siempre	Casi siempre	No sabe/indiferente	A veces	Nunca
82. Hubo cambios de ánimo durante la pandemia COVID-19.					
83. Le fue posible tener ánimo y sentimientos positivos durante la pandemia.					
84. Logro tomar iniciativas de apoyo a la familia durante la pandemia.					
85. Sintió miedo o pánico durante la pandemia.					
86. Tuvo estado de ánimo de tristeza durante la pandemia.					
87. Estuvo deprimido durante la pandemia de la COVID -19.					
88. Tuvo dificultad para relajarse y calmarse durante la pandemia.					
89. Tuvo reacciones exageradas de cuidado personal y familiar durante la pandemia.					
90. Tuvo nerviosismo por la pandemia de la COVID -19.					
91. Tuvo preocupación por temor a la COVID -19.					
92. Mantuvo calma ante y durante y posterior al estado crítico de la pandemia de la COVID-19.					
93. Siente mucho miedo a la COVID -19.					
94. Le causa incomodidad al pensar en la COVID-19.					
95. Le da sudor en las manos al pensar en la COVID -19.					
96. Siente miedo de morir por la COVID -19.					
97. Siente nerviosismo o ansiedad ante nuevas noticias y nuevas informaciones sobre la COVID – 19.					
98. Tiene o le ha dado dificultad para dormir por preocupación de padecer la COVID-19.					
99. Ha tenido o tiene sensación de palpitación ante el pensamiento de Contraer la COVID-19.					



Impacto psico emocional	Siempre	Casi siempre	No sabe/indiferente	A veces	Nunca
100.La pandemia de COVID -19 le produjo mucho estrés.					
101.El aislamiento durante la pandemia le produjo ansiedad.					
102. Limitarse en actividades durante la pandemia, le produjo ansiedad.					
101. Durante la pandemia tuvo sentimiento de soledad.					
102. Durante la pandemia tuvo dificultad para el mantenimiento del sueño.					
103. Durante la pandemia de la COVID -19 le produjo salir constantemente para entretenerse y divertirse.					
104. Si sucediese una nueva pandemia y se suma perder el empleo y la disminución de los ingresos durante ese evento, podría usted controlar sus emociones. (Ejemplo: impotencia, miedo, ansiedad, tensión, estrés).					



Impacto a la salud	SI	NO	No sabe
105. Usted se contagió de la COVID -19.			
106. Miembros de su hogar (familia) padecieron de la COVID -19.			
107. Se re infectó (varios contagios) de la COVID -19.			
108. Miembros de su hogar (familia), se re infectaron de la COVID -19.			
109. Algún miembro de su familia en su hogar falleció por la COVID -19.			
Contestar las preguntas 110 y 111, si contestó sí a las preguntas 105 o 106)			
110. Si padeció de la COVID -19, le afectó su salud general y tiene secuelas en su estado de salud.			
111. Algún miembro de su familia en su hogar, padeció de la COVID -19, le afectó su salud general y tiene secuelas en su estado de salud.			



Responder las preguntas 112, 113 y 114, si contestó si a las preguntas, 105, 106, 107,108 y 109.

112. ¿Si se infectó de la COVID -19 a qué edad? _____ 112. a. En qué año? _____

113. ¿Si se reinfectó de la COVID-19 a qué edad? _____ 113.a. ¿En qué año? _____

114. ¿Cuántos miembros de la familia de su hogar, se contagiaron de Covid-19? _____ Ninguno ☐ (pregunta de refuerzo).

Observación: no responder esta pregunta si indicó no o no sabe en la pregunta 106 y ninguno en la pregunta 114.

115. Indique la edad y sexo del familiar de su hogar que se contagió de la COVID-19, marque con una X el sexo (H= hombre) (M=mujer).

Edad	Sexo	
	H	M

116. Si usted se vacunó contra la COVID -19, ¿Cuántas dosis de vacuna recibió?
 _____ No recibí vacuna ☐



Anexo N° 2. Cronograma

Actividades	Meses 2025											
	ene	feb	mar	abr	may	Jun	jul	agost	sept	oct	nov	dic
Etapla I: Planificación y gestión, Organización, Dirección y Ejecución												
Presentación del proyecto												
Presentación del proyecto a los actores claves.												
Compra de Insumos y materiales.												
Reuniones y talleres de capacitación.												
Aplicación de la encuesta validada												
Etapla II Análisis, publicación y divulgación												
Elaboración de base de datos y captura de datos												
Análisis de los datos												
Diseño de mapas georeferenciados												
Elaboración de informe Final												
Difusión de resultados y preliminar de artículo científico.												



Anexo N° 3. Foto Documentación



Foto N ° 1.



Foto N° 2



Foto N° 3



Foto N° 4



Foto N° 5



Foto N° 6



Foto N° 7



Foto N° 8



Foto N° 9

Trabajo de campo realizado en el centro de salud de Nuevo Veranillo, Corregimiento Belisario Porras, Distrito de San Miguelito, durante la aplicación del cuestionario, año 2025.

Se observan los encuestadores entre investigadores y colaboradores aplicando el instrumento de encuesta (Anexo N° 3.).

Investigadores y Colaboradores

Betsy Cáceres Co – investigador	Foto N° 1
Haydeé Flores Castro Co – investigador	Foto N° 2
Cristine Alaín Colaborador	Foto N° 3
Sheila Arosemena Co- investigador	Foto N °4
Francisca Mendoza Colaborador	Foto N° 5
Lourdes López Investigador principal	Foto N° 6
Alba Mendoza Co- investigador	Foto N° 7
Alberto Cumblera Co – investigador	Foto N° 8
Aralis Cruz Colaborador	Foto N° 9

Fuente: Conocimientos, actitudes y prácticas en el comportamiento social e infección de la COVID-19 en adultos de 20 a 59 años en el Centro de Salud de Nuevo Veranillo. Año 2025.

ISBN: 978-9962-28-114-6

