

Conocimientos sobre la infección por COVID-19 y factores asociados en una muestra de la población cubana

Knowledge about COVID-19 infection and associated factors in a Cuban population sample

Ibraín Enrique Corrales-Reyes^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2146-9014>

Elizabeth Yudith Llibre-Mendoza² <https://orcid.org/0000-0003-2993-9719>

Ania García-Aguilera³ <https://orcid.org/0000-0002-3842-949X>

Rosalva Santonja-Gómez² <https://orcid.org/0000-0002-3261-5128>

Christian R. Mejía⁴ <https://orcid.org/0000-0002-5940-7281>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”, Servicio de Cirugía Maxilofacial. Bayamo, Granma, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Facultad de Ciencias Médicas de Bayamo. Bayamo. Granma, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital “Mártires de Jiguaní”, Departamento de Atención Primaria de Salud. Jiguaní, Granma, Cuba.

⁴Universidad Norbert Wiener, Centro de Investigación en Medicina Traslacional. Lima, Perú.

*Autor para la correspondencia: iecorralesr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La COVID-19 se considera como riesgo biológico por su gran contagiosidad. En la medida en que las personas posean conocimientos sobre la enfermedad podrán estar más protegidos.

Objetivo: Caracterizar el nivel de conocimientos sobre aspectos generales de la infección por COVID-19 e identificar algunos factores asociados en una población cubana.

Métodos: Estudio transversal analítico realizado en pobladores pertenecientes al Policlínico “Edor de los Reyes Martínez Áreas”, del municipio Jiguaní, provincia Granma. La muestra estuvo constituida por 326 sujetos. Se usó una escala validada y se consideró como adecuado conocimiento a la puntuación ubicada dentro del tercil superior global. Se calcularon las frecuencias y porcentajes y se usaron modelos lineales generalizados para establecer asociaciones estadísticas.

Resultados: En los 326 participantes, el promedio de edad fue de 52,47 años y el 63,50 % era del sexo femenino. La pregunta mejor respondida fue acerca de la conducta a seguir ante síntomas de un resfrío y sospechas de infección por SARS-CoV-2 (98 % de acierto). En el análisis multivariado, tuvieron un adecuado nivel de conocimientos los de menor edad (RPC: 0,995; IC 95 %: 0,994-0,995; $p < 0,001$), los que tenían estudios universitarios (RPC: 1,230; IC 95 %: 1,141-1,327; $p < 0,001$), los trabajadores estatales (RPC: 1,100; IC 95 %: 1,054-1,148; $p < 0,001$), así como los que se habían informado por televisión (RPC: 1,331; IC 95 %: 1,233-1,436; $p < 0,001$).

Conclusiones: La mayoría de la población posee un adecuado nivel de conocimientos, el cual se asocia a tener menor edad, poseer estudios universitarios, trabajar para el estado y haberse informado por televisión.

Palabras clave: coronavirus; COVID-19; SARS-CoV-2; conocimientos; Cuba.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 is considered a biological risk due to its high contagiousness. In the measure in that people possess knowledge on the illness they will be able to be more protected.

Objective: To characterize the level of knowledge about general aspects of COVID-19 infection and to identify some factors associated in a Cuban population.

Methods: Cross-sectional and analytic study performed with people belonging to “Edor de los Reyes Martínez Áreas” polyclinic, Jiguaní municipality, Granma province. The sample was constituted by 326 people. A validated scale was used and it was considered as appropriate knowledge the punctuation located in the higher global tertile. Frequencies and percentages are described, and generalized linear models were used to establish statistical associations.

Results: In the 326 participants, mean age was 52.47 years and 63.50% were female. The better responded question was the related with the behavior in case of symptoms of a cold and suspicions for SARS-CoV-2 infection (98% success). In the multivariate analysis, had an appropriate level of knowledge those of smaller age (cPR: 0.995; CI 95%: 0.994-0.995; $p < 0.001$), the university graduates (cPR: 1.230; CI 95%: 1.141-1.327; $p < 0.001$), the state workers (cPR: 1.100; CI 95%:

1.054-1.148; $p < 0.001$), as well as, those that had been informed by television (cPR: 1.331; CI 95%: 1.233-1.436; $p < 0.001$).

Conclusions: The majority of the people had an adequate level of knowledge and it is associated to had less age, university studies, being state worker and have been informed through television.

Keywords: coronavirus; COVID-19; SARS-CoV-2; knowledge; Cuba.

Recibido: 13/05/2021

Aceptado: 13/08/2021

Introducción

Los coronavirus son viejos conocidos de la humanidad, pues tienen implicaciones en una gran variedad de enfermedades que afectan principalmente al sistema respiratorio humano.^(1,2) En diciembre de 2019, apareció en escena el coronavirus SARS-CoV-2,⁽³⁾ aislado inicialmente en pacientes relacionados a las cercanías de un mercado en la ciudad de Wuhan, China.⁽⁴⁾ El virus logró expandirse y la enfermedad que causa rápidamente alcanzó la categoría de pandemia.⁽⁵⁾

La COVID-19 representa un reto sin precedentes para la comunidad médica internacional, dado el acelerado ritmo de contagio y las cifras globales de mortalidad.^(4,6) En enero de 2020 comenzaron las investigaciones para encontrar un tratamiento eficaz, y si bien, actualmente existen algunas vacunas o candidatos vacunales que han empezado a utilizarse, la labor preventiva basada en conocimientos y prácticas de autocuidado de la salud constituye un pilar en la lucha contra la pandemia.⁽⁷⁾

Ante esta situación, los países han desplegado toda una serie de estrategias para fortalecer sus capacidades de enfrentamiento. En el caso de Cuba, se fortaleció su sistema de vigilancia para contener la enfermedad y se dispone de los medios suficientes tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.^(8,9) Además, el estado ha desplegado una amplia campaña de información, utilizando las tecnologías de informática y las comunicaciones (TIC), por lo que se supone que la población tenga un adecuado dominio de los aspectos básicos de la COVID-19.

Estos conocimientos en la población general se han evaluado en diversos países como, por ejemplo, Malasia,⁽¹⁰⁾ Nigeria,^(11,12) India,⁽¹³⁾ Egipto,⁽¹⁴⁾ China,⁽¹⁵⁾ así como en un estudio desarrollado en diez naciones de diferentes continentes;⁽¹⁶⁾

sin embargo, en Cuba la literatura sobre el tema es escasa,^(6,7,17,18) lo cual justifica continuar desarrollando investigaciones para aportar más evidencias. Es por ello que el objetivo fue caracterizar el nivel de conocimientos sobre aspectos generales de la infección por COVID-19 e identificar algunos factores asociados en una población cubana.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. La población (n=1 005) estuvo constituida por las personas cuya atención de salud deriva al consultorio # 14, perteneciente al Policlínico “Edor de los Reyes Martínez Áreas”, del municipio Jiguaní, provincia Granma.

El tamaño muestral se realizó en base a una diferencia probable de un máximo del 8 % entre las variables (47 % *versus* 55 % como mínima diferencia hipotética); esto para obtener como mínimo una potencia del 80 %, un nivel de confianza del 95 % y para una muestra poblacional única. De esta forma, se calculó que se requerían 305 personas y se incorporaron algunas más para poder llegar a ese mínimo tamaño muestral luego de las probables exclusiones. Finalmente, la muestra quedó conformada por 326 sujetos.

El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencional. Se incluyeron a los mayores de edad (≥ 18 años), que desearon participar y que se encontraban con capacidad psíquica para responder las preguntas (sujetos mentalmente aptos). Se excluyeron a los que no se encontraban en sus hogares en los días de aplicación de la escala. Se planteó como criterio de salida la no respuesta de tres o más ítems; sin embargo, esto no ocurrió.

Variables e instrumento de evaluación

La variable dependiente fue el nivel de conocimientos sobre aspectos generales de la infección por COVID-19, evaluado mediante la escala KNOW-P-COVID-19.⁽¹⁹⁾ Las variables independientes fueron: a) la edad (cuantitativa); b) el sexo (biológico); c) el nivel de escolaridad (no escolarizado, primaria, secundaria, técnico medio, preuniversitario y universitario); d) la ocupación (sin vínculo laboral, trabajador estatal, trabajador por cuenta propia, jubilado, estudiante y ama de casa); e) población de riesgo (consideradas como tal a las personas con 60 años o más, así como aquellas con determinadas comorbilidades como diabetes, asma bronquial, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedades renales y oncológicas, depresión inmunológica, etc); y f) la fuente de información

más utilizada para mantenerse actualizado sobre la COVID-19 (prensa, radio, televisión, Internet, ninguna de las anteriores).

KNOW-P-COVID-19 es un instrumento breve y anónimo diseñado por *Mejia* y otros⁽¹⁹⁾ cuyos ítems recibieron una evaluación favorable de treinta expertos (V de Aiken $> 0,70$ en todos los ítems), lo cual evidencia su validez basada en el contenido. Luego se aplicó a un gran grupo poblacional peruano, y tras los análisis correspondientes, quedó la escala constituida por nueve ítems, divididos en dos factores: “síntomas y conocimiento previos” (cinco ítems) e “indicaciones o acciones postinfección” (cuatro ítems). La medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de muestreo tuvo un adecuado valor de 0,690. Cada ítem presenta cuatro alternativas de respuesta, siendo solo una la correcta.

Si bien la escala original se generó y validó en Perú, luego se realizó una investigación para su revalidación en 12 países de América Latina, en donde se mostró que era entendida en una gran población, o sea, que era invariante transculturalmente. Así, se considera que las preguntas y sus alternativas fueron comprendidas por la población cubana, que no tiene tanta variación con otras poblaciones de centro y Sudamérica.

Procedimientos

La aplicación de la escala se realizó durante el período de cuarentena, como parte de las pesquisas orientadas al interrogatorio que efectuaron miembros del equipo de investigación para identificar sintomatología respiratoria sugerente de la infección por la COVID-19. Se solicitó completar la escala con la mayor veracidad y los encuestadores solo respondieron consultas relacionadas con su tipología, absteniéndose de sesgar los resultados con opiniones o respuestas a los ítems. El tiempo promedio empleado para contestar la escala fue diez minutos.

Aspectos éticos

Previo a la administración de las escalas, se informó a los participantes acerca del estudio y su finalidad y se les pidió su consentimiento informado verbal. Se les explicó la confidencialidad con la que serían tratados sus datos. El proyecto de esta investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”. Se respetaron en todo momento los principios de Helsinki para la investigación en seres humanos, así como se solicitó el permiso a las autoridades respectivas dentro de la institución de salud en la que se enmarca el consultorio donde se ejecutó la investigación; las cuales aceptaron debido a ser de interés de la salud pública y respetar todas las medidas éticas internacionales.

Análisis estadístico

Se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel (versión 2019 para Windows) y se realizó un control de la calidad en dos pasos, primero por los encuestadores y luego por el estadístico. Se realizó una sumatoria de las respuestas obtenidas y según el valor total, se consideró como personas con adecuado nivel de conocimientos a aquellas cuyas respuestas se ubicaban en el tercil superior del total de todos los puntajes (los que estaban en el tercio superior de las notas), siendo comparadas *versus* las que no estuvieron ubicadas en el tercil superior (es decir, la suma del tercil medio más el tercil inferior).

Para la estadística descriptiva, se calcularon las frecuencias y porcentajes de todas las variables. Para la estadística analítica, se usaron los modelos lineales generalizados para la relación de la variable principal (los que tenían puntajes ubicados en el tercio superior del puntaje global) y las otras variables independientes; esto se realizó tanto para la estadística bivariada como para la multivariada. La técnica usada fue el realizar de forma bivariada el cruce de cada variable secundaria *versus* la principal, los que tuvieron un valor asociado en este paso fueron los que pasaron al modelo multivariado, en donde las variables ajustaron a los otros resultados. Se consideró el límite para la significancia estadística a los valores $p \leq 0,05$. Se utilizó el programa estadístico Stata v.11.1 (StataCorp LP, College Station, TX, EE UU).

Resultados

Todas las escalas fueron respondidas completamente, por lo que no hubo salidas del estudio. Participaron 326 personas, cuyo promedio de edad fue $52,47 \pm 17,80$ años. Las edades mínima y máxima fueron 18 y 92 años, respectivamente. La distribución según las variables independientes se muestra en la tabla 1.

Tabla 1 - Distribución de los encuestados según las variables independientes

Variables	n	%	Variables	n	%
Grupos de edades			Ocupación		
18-30	56	17,18	Trabajador estatal	117	35,89
31-40	32	9,82	Ama de casa	86	26,38
41-50	57	17,48	Jubilado	66	20,25
51-60	65	19,94	Sin vínculo laboral	25	7,67
≥ 61	116	35,58	Trabajador por cuenta propia	20	6,13
Sexo			Estudiante	12	3,68
Femenino	207	63,50	Fuentes de información		
Masculino	119	36,50	Televisión	275	84,36
Nivel de escolaridad			Radio	30	9,20
Preuniversitario	105	32,21	Prensa	9	2,76
Universitario	87	26,69	Internet	8	2,45
Secundaria	70	21,47	Ninguna de las anteriores	4	1,23
Primaria	29	8,90	Población de riesgo		
Técnico medio	28	8,59	Sí	186	57,06
No escolarizado	7	2,15	No	140	42,94

Las preguntas respondidas correctamente en mayor medida fueron: la conducta a seguir ante síntomas de un resfrío y sospechas de infección por coronavirus (98,47 % de acierto), seguida por la tasa de mortalidad más alta (98,16 % de acierto) y cuál es el mecanismo de transmisión de la COVID-19 (96,93 % de acierto) (Tabla 2).

Tabla 2 - Porcentaje de respuestas correctas en cada pregunta

Preguntas	Correctas
1. ¿Cómo se transmite o cuál es el mecanismo de transmisión del coronavirus? a) Sexual b) Vías respiratorias c) Placentaria/madre-hijo d) Por animales contagiados	316 (96,93 %)
2. ¿Cuánto es el tiempo de incubación o en qué tiempo se pueden manifestar los síntomas del coronavirus? a) 5 días b) Hasta 10 días c) Hasta 14 días d) Hasta 60 días	253 (77,61 %)
3. ¿Cuáles son los síntomas comunes que puede presentar una persona que tiene la infección por coronavirus? a) Los mismos que una gripe/resfrío b) Cardíacos c) Neurológicos d) Digestivos	304 (93,25 %)
4. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los síntomas más comunes de la infección por coronavirus? a) Diarrea b) Tos c) Fiebre d) Dificultad respiratoria	277 (84,97 %)
5. ¿Cuál es la probabilidad de morir (porcentaje de mortalidad) por coronavirus en la población general? a) Del 50 % b) Menos del 30 % c) Menos del 10 % d) Menos del 5 %	194 (59,51 %)
6. ¿En quiénes es más alta la tasa de mortalidad del coronavirus? a) Mujeres b) Hombres c) Ancianos d) Niños	320 (98,16 %)
7. ¿Qué tratamiento se le debe dar a una persona que tiene infección inicial (no grave) por coronavirus? a) Transfusión de sangre b) Calmar los síntomas respiratorios c) Antibióticos de amplio espectro d) Tratamiento en centros de aislamiento	298 (91,41 %)
8. ¿Cuál es el método diagnóstico que se utiliza para poder confirmar una infección por coronavirus? a) Análisis de sangre b) Ecografía c) Hisopado nasal y/o bucal (PCR) d) Análisis de orina	206 (63,19 %)
9. ¿Qué harías si tienes síntomas de un resfrío y sospechas que estás infectado por coronavirus? a) Iría al hospital/consultorio b) Me quedaría en casa hasta curarme c) Iría a la farmacia d) Seguiría con mi vida cotidiana	321 (98,47 %)

La mayoría de los encuestados tuvo ocho (n= 113; 34,66 %), nueve (n= 88; 26,99 %) o siete (n=67; 20,55 %) respuestas correctas. (Fig.) De manera general, el 61,66 % (n= 207) de la población posee un adecuado nivel de conocimientos.

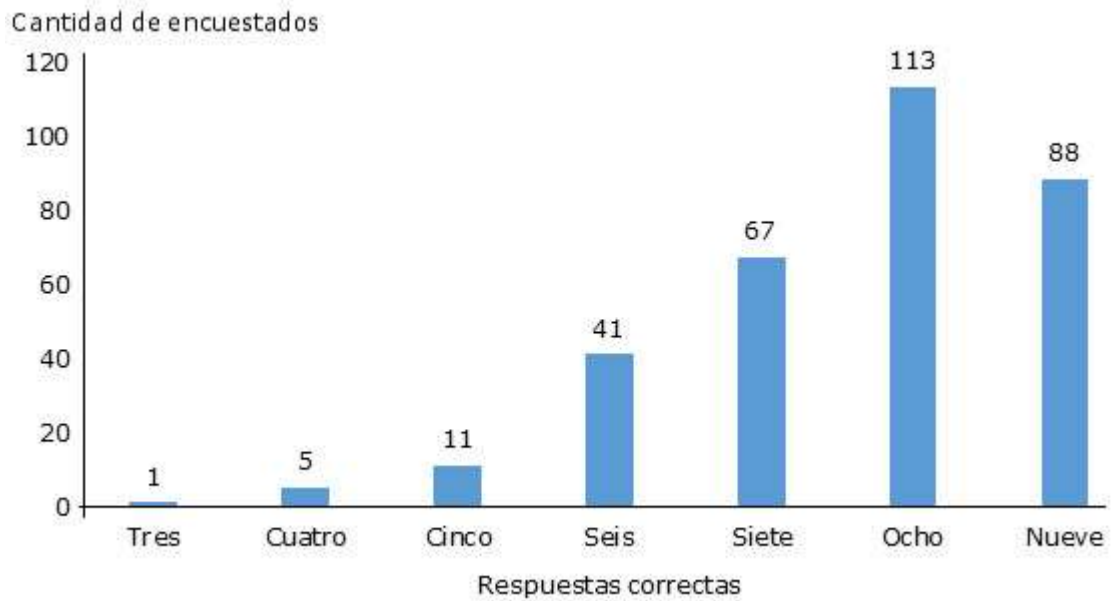


Fig. - Frecuencia de respuestas correctas.

Al analizar el modelo bivariado, se encontró que tenían un adecuado nivel de conocimientos los de menor edad (RPc: 0,993; IC 95 %: 0,988-0,997; $p= 0,005$), los que tenían estudios universitarios (RPc: 1,374; IC 95 %: 1,170-1,613; $p< 0,001$), los trabajadores estatales (RPc: 1,309; IC 95 %: 1,110-1,544; $p= 0,001$), y los que se habían informado por televisión (RPc: 1,368; IC 95 %: 1,009-1,855; $p= 0,044$) (Tabla 3).

Tabla 3 - Modelo bivariado de los factores asociados al adecuado nivel de conocimientos

Variables	Adecuado conocimiento n (%)		Valor <i>p</i>	RPc (IC 95%)
	No	Sí		
Edad (años)*	59 (46-71)	52 (35-65)	0,005	0,993 (0,988-0,997)
Sexo				
Femenino	82 (39,6 %)	125 (60,4 %)	Ref.	Ref.
Masculino	43 (36,1 %)	76 (63,9 %)	0,530	1,057 (0,888-1,260)
Estudios				
Otros estudios	88 (39,8 %)	133 (60,2 %)	Ref.	Ref.
Preuniversitarios	37 (35,2 %)	68 (64,8 %)	0,418	1,076 (0,901-1,285)
Estudios				
Otros estudios	105 (43,9 %)	134 (56,1 %)	Ref.	Ref.
Universitarios	20 (23,0 %)	67 (77,0 %)	< 0,001	1,374 (1,170-1,613)
Trabajador estatal				
No	93 (44,5 %)	116 (55,5 %)	Ref.	Ref.
Sí	32 (27,4 %)	85 (72,6 %)	0,001	1,309 (1,110-1,544)
Jubilado				
No	94 (36,2 %)	166 (63,8 %)	Ref.	Ref.
Sí	31 (47,0 %)	35 (53,0 %)	0,138	0,831 (0,650-1,061)
Ama de casa				
No	87 (36,3 %)	153 (63,7 %)	Ref.	Ref.
Sí	38 (44,2 %)	48 (55,8 %)	0,217	0,876 (0,709-1,081)
Se informó por				
Otros medios	27 (52,9 %)	24 (47,1 %)	Ref.	Ref.
Televisión	98 (35,6 %)	177 (64,4%)	0,044	1,368 (1,009-1,855)
Persona de riesgo				
Sí	50 (35,7 %)	90 (64,3 %)	0,394	0,928 (0,782-1,102)
No	75 (40,3 %)	111 (59,7 %)		

*La variable edad se muestra de forma cuantitativa (los valores que se muestran son la mediana y los rangos intercuartílicos). Las razones de prevalencia crudas (RPc), los intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) y los valores *p* se calcularon con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log y ajustado para varianzas robustas.

En el análisis multivariado, se encontró que tenían un adecuado nivel de conocimientos los de menor edad (RPc: 0,995; IC 95 %: 0,994-0,995; $p < 0,001$), los que tenían estudios universitarios (RPc: 1,230; IC 95 %: 1,141-1,327; $p < 0,001$), los trabajadores estatales (RPc: 1,100; IC 95 %: 1,054-1,148; $p < 0,001$), así como los que se habían informado por televisión (RPc: 1,331; IC 95 %: 1,233-1,436; $p < 0,001$) (Tabla 4)

Tabla 4 - Modelo multivariado de los factores asociados al adecuado nivel de conocimientos

Variables	Razón de prevalencia	IC 95%	Valor p
Edad (años)*	0,995	0,994 - 0,995	< 0,001
Estudios universitarios	1,230	1,141 - 1,327	< 0,001
Trabajador estatal	1,100	1,054 - 1,148	< 0,001
Se informó por televisión	1,331	1,233 - 1,436	< 0,001

*La variable edad se tomó de forma cuantitativa. Las razones de prevalencia ajustadas (RPa), los intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) y los valores p se calcularon con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log. y ajustado para varianzas robustas y el riesgo de complicación por la COVID-19.

Discusión

Evaluar los conocimientos que tiene la población general acerca de la infección por COVID-19 e identificar algunos factores asociados al adecuado nivel de conocimientos resulta importante desde diferentes aristas. Primero, porque puede orientar sobre la efectividad de las estrategias de divulgación de información; segundo, porque una población preparada se encuentra en mejores condiciones para enfrentar cualquier enfermedad; y, tercero, porque se puede trabajar sobre la base de esos factores identificados, para promover campañas de salud.

Resulta positivo encontrar que seis de cada diez personas poseen un adecuado nivel de conocimientos, lo cual es inferior a lo informado en Malasia,⁽¹⁰⁾ Nigeria⁽¹¹⁾ y Egipto,⁽¹⁴⁾ así como en un estudio nacional reciente;⁽¹⁸⁾ sin embargo, es superior a otros estudios cubanos.^(6,7,17) Esto último puede estar condicionado por, entre otros factores, el momento en que se desarrollaron las investigaciones, pues esos informes nacionales tuvieron lugar en los meses iniciales, tras la detección de los primeros casos en el país, en que las investigaciones a escala global eran incipientes y se daban los primeros pasos para esclarecer muchos aspectos de la enfermedad y, por tanto, había menos información sobre ella.

Dos de las preguntas con mayores porcentajes de respuestas correctas fueron la relacionada con la conducta a seguir ante síntomas de un resfrío y sospechas de infección por el coronavirus, así como el mecanismo de transmisión de la enfermedad. Lo primero es importante, pues contribuye al adecuado actuar ante esta situación, que a su vez se traduce en una menor posibilidad de contagio a familiares y amigos. Lo segundo es importante también, pues a partir de estos conocimientos se pueden tomar las medidas necesarias para evitar el contagio.

Se encontró que tenían un adecuado nivel de conocimientos los encuestados de menor edad, lo cual es similar a las investigaciones desarrolladas en Egipto⁽¹⁴⁾ y

China.⁽¹⁵⁾ Esto pudo deberse a diferentes situaciones como, por ejemplo, el hecho de que generalmente los jóvenes son los que más emplean las TICs y, por tanto, tienen mayor acceso a la información sobre la enfermedad. También hay que considerar que no son iguales los coeficientes individuales y niveles de conocimientos de los jóvenes, en comparación con la población de mayor edad, por lo que la rapidez y el grado de asimilación de la información son mayores en el primer grupo poblacional.⁽²⁰⁾ Esto puede servir para que se intensifiquen las políticas de difusión de la información entre los que tienen más edad, que a su vez son los que tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones ante esta enfermedad.

Los acreedores de estudios universitarios, así como los trabajadores estatales, tenían mejor nivel de conocimiento en comparación con el resto de la población participante. Esto es hasta cierto punto esperado y coincide con informes internacionales previos.^(14,15) Lo primero puede deberse a que las personas con niveles educativos superiores tienen a su vez mayor percepción de riesgo en la mayoría de los casos,⁽¹⁸⁾ por lo que buscan más información para mantenerse actualizados en comparación con el resto de la población.^(14,15) Lo segundo pudo guardar relación con el hecho de que a nivel nacional en los centros laborales se fomentó la capacitación de cada trabajador.⁽²¹⁾ Se han encontrado informes de que existen diferencias entre los grupos laborales como, por ejemplo, la afectación del estrés postraumático, por lo que también se debe tener en cuenta estas características para poder enfocar las estrategias de difusión de información y las posteriores intervenciones.⁽²²⁾

El empleo de la televisión se asoció a un adecuado nivel de conocimientos. Esto coincide con lo informado en Nigeria⁽¹¹⁾ donde el 27,5 % de los participantes declaró este medio como la principal fuente de información sobre la pandemia, mientras que en un estudio egipcio las redes sociales ocuparon el primer lugar (66,9 %).⁽¹⁴⁾ Sin embargo, esto también debe ser vigilado, pues existen informes diversos en los que se muestra que a veces la difusión de una forma inadecuada podría generar miedo, malestar y otros problemas, sobre todo por ser aun una enfermedad relativamente novel.^(23,24)

Es necesario divulgar la información más actualizada que se va teniendo sobre la pandemia para controlarla y fomentar el autocuidado. Por ejemplo, en la investigación de Pell y otros⁽¹⁸⁾ el 72,5 % de las personas encuestadas conocieron por primera vez acerca de la COVID-19 a través de los medios de comunicación masiva. Lo anterior^(7,14,15,18) evidencia la importancia de la utilización de las TICs en Cuba, fundamentada en la estrategia de comunicación del Ministerio de Salud Pública, como parte de la gestión gubernamental concebida en el plan para la prevención y control del coronavirus.⁽²¹⁾

Es menester señalar que el muestreo utilizado constituye una limitación de diseño, que impide generalizar los resultados a la población del consultorio.

Conclusiones

La mayoría de la población encuestada posee un adecuado nivel de conocimientos, el cual se asocia a diferentes factores socioeducativos, como lo son el tener menor edad, poseer estudios universitarios, trabajar para el estado y haberse informado por televisión.

Aporte científico

El presente estudio permitió identificar algunos factores asociados al adecuado nivel de conocimientos, lo cual puede utilizarse por los decisores en políticas de salud para generar estrategias. Pudiendo tomarse los resultados encontrados como una línea de base o estudio preliminar, que puede servir como referencia para cuando se deseen hacer análisis situacionales mayores o estudios de intervención.

Referencias bibliográficas

1. Aquino-Canchari CR, Quispe-Arrieta RC, Huaman-Castillon KM. COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];19(Supl.):e3341. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3341>
2. Pérez-Abreu MR, Gómez-Tejeda JJ, Diéguez-Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];19(2):e3254. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n2/1729-519X-rhcm-19-02-e3254.pdf>
3. Montano-Luna JA, Tamarit-Díaz T, Rodríguez-Hernández O, Zelada-Pérez MM, Rodríguez-Zelada DC. La pesquisa activa. Primer eslabón del enfrentamiento a la COVID-19 en el Policlínico Docente “Antonio Maceo”. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];19(Supl.):e3413. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19s1/1729-519X-rhcm-19-s1-e3413.pdf>
4. Serra-Valdés MA. COVID-19. De la patogenia a la elevada mortalidad en el adulto mayor y con comorbilidades. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];19(3):e3379. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3379>
5. Cobas-Planchez L, Mezquia-de-Pedro N, Armenteros-Terán SS. Características clínicas de pacientes con sospecha de COVID-19 ingresados en el hospital “Frank

- País García”, La Habana. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];45(4):e2339. Disponible en: http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2339/pdf_696
6. Rodríguez-Martínez M, Soler-Otero JA, Luis-Hernández EA, González-Sábado RI, Martínez-Cárdenas A. Conocimientos sobre la COVID 19 en pacientes del CMF No. 12 y acciones preventivas del trío de pesquisa. Multimed [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];24(4):792-807. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1986/2001>
7. Gómez-Tejeda JJ, Diéguez-Guach RA, Pérez-Abreu MR, Tamayo Velázquez O, Iparraguirre-Tamayo AE. Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio. 16 de Abril [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];59(277):e925. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/925
8. Ferrer-Castro JE, Sánchez-Hernández E, Poulout-Mendoza A, Río-Caballero G, Figueredo-Sánchez D. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes confirmados con la COVID-19 en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];24(3):473. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v24n3/1029-3019-san-24-03-473.pdf>
9. Galbán-García E, Más-Bermejo P. COVID-19 in Cuba: Assessing the National Response. MEDICC Rev [Internet]. 2020;22(4):29-34. DOI: <https://doi.org/10.37757/MR2020.V22.N4.5>
10. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLoS ONE [Internet]. 2020;15(5):e0233668. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0233668>
11. Reuben RC, Danladi MMA, Akwai D, Ene P. Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. J Community Health [Internet]. 2021;46:457-70. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s10900-020-00881-1>
12. Olapegba PO, Ayandele O, Kolawole SO, Oguntayo R, Gandi JC, Dangiwa AL, et al. A preliminary assessment of novel coronavirus (COVID-19) knowledge and perceptions in Nigeria. BMJ [Internet]. 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1101/2020.04.11.20061408>
13. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. Asian J Psychiatry [Internet]. 2020;51:102083. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
14. Abdelhafiz AS, Mohammed Z, Ibrahim ME, Ziady H, Alorab M, Ayyad M, et al. Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus

disease (COVID-19). J Community Health [Internet]. 2020;45(5):881-90. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s10900-020-00827-7>

15. Zhong BL, Luo W, Li HM, Qian-Qian Z, Xiao-Ge L, Wen-Tian L, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. Int J Biological Sci [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];16(10):1745-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098034/>

16. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, Van der Bles AM, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. J Risk Res [Internet]. 2020;23(7-8):994-1006. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>

17. Muñoz-Callol JL, Ibert-Muñoz C, Jiménez-Martínez D, Chacón-Ávila JR, Torres-Herrera SM. Conocimientos sobre la COVID-19 en embarazadas de un hogar materno. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];45(6). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2356>

18. Pell SM, Valdés D, Gil AL, Amador FJ, Cairo KS, Paneque AA, et al. Percepción de riesgo durante el confinamiento por COVID-19 en una muestra cubana: resultados preliminares. An Acad Cienc Cuba [Internet]. 2021 [acceso: 04/05/2021];11(1). Disponible en: <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/912/1019>

19. Mejia CR, Rodríguez-Alarcón JF, Carbajal M, Sifuentes-Rosales J, Campos-Urbina AM, Charri JC, et al. Validación de una escala breve para la medición del nivel de conocimientos básicos acerca del Coronavirus, Perú (KNOW-PCOVID-19). KAMERA [Internet]. 2020;48(1):e48106042020. DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3827988>

20. Salazar VB, Salazar BV, Bandera SE. Consideraciones sobre el artículo "Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio". 16 de Abril [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];59(278):e1011. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1011

21. Díaz-Canel Bermúdez M, Núñez Jover J. Gestión gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19. An Acad Cienc Cuba [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];10(2). Disponible en: <https://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/881>

22. Mejia CR, Reyes-Tejada AL, Gonzales-Huaman KS, Leon-Nina EC, Murga-Cabrera AX, Carrasco-Altamirano JA, et al. Riesgo de estrés post traumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú. Rev Asoc

Esp Espec Med Trab. 2020 [acceso: 04/05/2021];29(4):365-273. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v29n4/1132-6255-medtra-29-04-265.pdf>

23. Mejia CR, Rodriguez-Alarcon JF, Garay-Rios L, Enriquez-Anco MdG, Moreno A, Huaytán-Rojas K, et al. Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. Rev Cubana Inv Bioméd [Internet]. 2020 [acceso: 04/05/2021];39(2):e698. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v39n2/1561-3011-ibi-39-02-e698.pdf>

24. Alvarez-Risco A, Mejia CR, Delgado-Zegarra J, Del-Aguila-Arcenales S, Arce-Esquivel AA, Valladares-Garrido MJ, et al. The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. Am J Trop Med Hyg [Internet]. 2020;103(2):583-86. DOI: <https://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.20-0536>

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Elizabeth Yudith Llibre-Mendoza

Análisis formal: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Christian R. Mejia.

Investigación: Elizabeth Yudith Llibre-Mendoza, Ania García-Aguilera, Rosalva Santonja-Gómez.

Metodología: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Christian R. Mejia.

Administración del proyecto: Ibraín Enrique Corrales-Reyes.

Recursos: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Elizabeth Yudith Llibre-Mendoza, Ania García-Aguilera, Rosalva Santonja-Gómez, Christian R. Mejia.

Supervisión: Ibraín Enrique Corrales-Reyes.

Validación-Verificación: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Christian R. Mejia.

Visualización: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Christian R. Mejia.

Redacción-borrador original: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Elizabeth Yudith Llibre-Mendoza, Christian R. Mejia.

Redacción-revisión y edición: Ibraín Enrique Corrales-Reyes, Elizabeth Yudith Llibre-Mendoza, Ania García-Aguilera, Rosalva Santonja-Gómez, Christian R. Mejía.