

## Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre COVID-19 en pobladores del barrio Carlos Núñez, Managua-Nicaragua, 2020

### Knowledge, Attitudes and Practices about COVID-19 in residents of the Carlos Núñez neighborhood, Managua-Nicaragua, 2020

Silma Alejandra Romero García<sup>1</sup>, Fabio Rene Cuadra Taleno<sup>1</sup>, Adilia Castrillo<sup>2</sup>,  
Anagabriela Duarte Dávila<sup>3</sup>, Gerardo Blass Alfaro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudiantes, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.  
silma.romero1999@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9474-2704>,  
fabiocuadrataleno@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7717-686>

<sup>2</sup>Directora Clínica Concepción Palacios, UNAN-Managua, Nicaragua.  
adicastrillo@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8245-1558>

<sup>3</sup>Docente Departamento de Microbiología y Parasitología, UNAN-Managua, Nicaragua.  
anniecaterpillar90@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2065-869>,  
g.blass@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8132-3546>



#### Palabras Clave:

*Actitudes, Conocimientos, COVID-19,  
Prácticas, Prevención.*

#### RESUMEN

La pandemia del COVID-19 es un desafío en el área de salud pública. Con el objetivo de evaluar los conocimientos, las actitudes y prácticas, se realizó un estudio CAP, descriptivo de corte transversal en pobladores del Barrio Carlos Núñez, Managua, agosto-septiembre 2020, utilizando una encuesta estructurada, incluyendo 63 personas. Con respecto al nivel de conocimiento, 60,3% obtuvieron un puntaje bueno, 34,9% regular y 4,8% malo. En relación a las actitudes, el 84,1% posee una actitud adecuada y 15,9% actitud inadecuada. En relación al nivel de prácticas, se encontró que el 28,6% tuvo prácticas buenas, 47,6% regulares y 23,8% malas, sin embargo, se encontraron brechas en el conocimiento sobre la etiología, mecanismo de transmisión y uso de remedios caseros como tratamiento. La escolaridad y el estado civil de casado se asociaron con el nivel de conocimiento con un valor de  $p=0,02$ . En las prácticas inadecuadas sobresalen la automedicación y creencia en mitos sobre remedios caseros para prevenir la enfermedad. El factor asociado a las prácticas fue el puntaje de conocimientos con una asociación estadísticamente significativa con un valor de  $p=0,007$ . El origen de la población en estudio se relacionó con el nivel de actitudes donde el 70% de los sujetos que tienen actitud inadecuada son del casco urbano y el 30% son de zona rural. Las fuentes de información no se asociaron con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas encontrados.

**ABSTRACT**

The COVID-19 pandemic is a challenge in the public health area. With the objective of evaluating knowledge, attitudes and practices, a descriptive cross-sectional KAP study was carried out in residents of Barrio Carlos Núñez, Managua, August-September 2020, using a structured survey, including 63 people. Regarding the level of knowledge, 60,3% obtained a good score, 34,9% fair and 4,8% bad. In relation to attitudes, 84,1% have an adequate attitude and 15,9% have an inappropriate attitude. Regarding the level of practices, it was found that 28,6% had good practices, 47,6% regular and 23,8% bad, however, gaps were found in knowledge about the etiology, transmission mechanism and use of home remedies as a treatment. Level of education and married marital status were associated with the level of knowledge with a value of  $p = 0,02$ . Self-medication and belief in myths regarding home remedies for disease prevention stand out as inappropriate practices. The factor associated with the practices was the knowledge score with a statistically significant association with a value of  $p = 0,007$ . The origin of the population under study was related to the level of attitudes where 70% of the subjects who have an inappropriate attitude are from the urban area and 30% are from the rural area. The sources of information were not associated with the level of knowledge, attitudes and practices found.

**Key words:**

Attitudes, Knowledge, COVID-19, Practices, Prevention.

**INTRODUCCIÓN**

La enfermedad del coronavirus 19 (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por un virus al que se le conoce como síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2). El SARS-CoV-2 es un nuevo virus de esta familia, el cual se identificó en diciembre del 2019 como el agente causal de un brote respiratorio que se originó en la ciudad de Wuhan (China) y fue declarado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2020. Hasta septiembre 13 del 2020 se reportan 28,637, 952 casos a nivel mundial y 917, 417 muertes, siendo América el continente más afectado<sup>1</sup>. En Nicaragua, se reportan un total de 4,494 casos y 137 muertes, hasta la semana del 8 de septiembre<sup>2</sup>.

El escaso conocimiento de la enfermedad entre la comunidad, especialmente los grupos de alto riesgo, guarda relación con la propagación de la infección y el número de muertes. Por tanto, el control exitoso de la morbilidad y mortalidad por COVID-19 requieren cambiar el comportamiento, que está influenciado por el conocimiento y las percepciones de las personas. Es importante comprender a las comunidades e identificar los factores sociales y culturales que inciden en sus conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) frente a la COVID-19, por tal motivo se realizó este estudio CAP en los pobladores del Barrio Carlos Núñez, agosto-septiembre 2020, cuyos resultados se pueden sumar a las evidencias disponibles y así contribuir a los esfuerzos y planes de las autoridades competentes a fin de continuar con la contención efectiva de la COVID-19.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula Epi info para poblaciones finitas, con un intervalo de confianza del 95%, obteniendo un total de 63 personas. Se incluyeron en el estudio las personas que aceptaron voluntariamente, que residen en el Barrio Carlos Núñez y que gozaban de estado mental conservado. Se excluyeron las personas cuyas fichas estuvieron mal llenadas o incompletas, que se encontraban de visita en el Barrio Carlos Núñez o que fuesen menores de edad.

Se utilizó una encuesta estructurada como instrumento de recolección de información, donde se contemplaban los siguientes acápites basados en los objetivos de la investigación:

a) Datos generales: variables socio demográficas, características clínicas, fuentes de información, b) Valoración del conocimiento, c) Valoración de las actitudes, d) Valoración de las prácticas. Este instrumento fue previamente validado. Para proceder al llenado del instrumento se realizaron visitas casa a casa, previo consentimiento informado de cada participante.

La puntuación se realizó de la siguiente manera: a) Valoración del conocimiento: 20 proposiciones, 5 puntos cada una; b) Valoración de las actitudes: 15 proposiciones, 6.6 puntos cada una; c) Valoración de las prácticas: 20 proposiciones, 5 puntos cada una. Una vez puntuadas se ubicaron en categorías: a) conocimientos y prácticas: bueno (80 a 100 puntos), regular (60 a 79 puntos) y malo (<60 puntos); b) actitudes: adecuadas ( $\geq 60$  puntos) e inadecuadas (<60 puntos). Los datos fueron ingresados a una base de datos en el programa estadístico SPSS 22.0.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes, y para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central. Para identificar factores asociados a las categorías antes mencionadas se realizó la prueba de Chi Cuadrado considerando un valor de  $p$  menor de 0,05 como significativo para asociación estadística.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El sexo que predominó fue el femenino (36) seguido del masculino (27), esto probablemente guarde relación con el hecho de que en nuestro país usualmente quienes quedan a cargo de la casa son mujeres mientras los hombres desempeñan su jornada laboral. Predominó la edad comprendida entre  $> 20$  y  $< 61$  años (50 sujetos), esto sustenta que la mayor parte de las encuestas fueron respondidas por personas mayores de edad, lo cual le da mayor confiabilidad a los datos obtenidos por las capacidades técnicas y de conocimiento que han adquirido. En relación al nivel académico se determinó en el estudio que el 27% eran universitarios, el 25,4% secundaria incompleta, 20,6% secundaria incompleta, 9,5% primaria completa, 7,9% sabe leer y escribir, 4,8% primaria incompleta, 3,2% analfabeta y 1,6% técnico superior, lo que permitió que en el estudio se disminuyeran los sesgos de información al momento de llenar las encuestas al recibir respuestas concretas referente al tema, Con respecto al estado civil se encontró igual porcentaje, 38% para solteros y casados, cuyo dato se compara con el estudio realizado en Etiopía donde se estableció que no estar casado se asoció significativamente con una mala practica<sup>3</sup>, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en este estudio. El 100% son de área urbana, lo cual respalda el buen acceso a la información debido a la disponibilidad de internet, cable, TV, etc. ya que se ha demostrado que la mayor parte de nuestra población tiene acceso a estos medios.

La fuente de información predominante fue Facebook con 33,3% (21), seguido de noticias y programas de TV (figura 1). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la fuente de información y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas. Esto habla a favor del alcance que podría tener la difusión de la información por estos medios, sin embargo, se conoce que también en redes sociales circula mucha información falsa y teorías de conspiración del COVID-19, que infunde miedo, paranoia y la estigmatización y provoca un fuerte impacto psicológico negativo en la población, creando histeria y ansiedad.<sup>6</sup>

En relación al conocimiento sobre transmisión y grupos de riesgo, se destaca que el 85,5% respondió que los ancianos, personas con enfermedades crónicas e inmunosuprimidos tienen más probabilidades de sufrir complicaciones por COVID-19, esto se compara con el estudio CAP de Martínez, Larrea, Romero & Cicoella (2020)<sup>4</sup> realizado en las comunidades indígenas de Yucatán y Chiapas, México, donde identificaron a las personas mayores de 60 años, como un grupo en riesgo de sufrir complicaciones por el COVID-19, esta aseveración también ha sido reportado por la OPS y el CDC; 98,4% respondió que tocar un objeto o una superficie contaminada y luego tocarse la boca, la nariz o los ojos con las manos sin lavar, resultarían en la infección, diversas fuentes recomiendan el lavado de manos tan frecuente como sea posible para disminuir el riesgo de infección; 93,7% afirmó que el virus se propaga a través de gotitas respiratorias de personas infectadas al estornudar o toser, lo que se ha demostrado como uno de los principales medios de transmisión; 92,1% afirmó que tocar o estrechar la mano de una persona infectada pone en riesgo de infectarnos, lo que concuerda con las directrices de prevención orientadas por la OMS (figura 2).

Con respecto al conocimiento sobre manifestaciones clínicas, el 93,7% (59) reconoció que los principales síntomas son fiebre, tos, dificultad para respirar y fatiga, lo cual se fundamenta con lo referido por el CDC donde establece que las personas con COVID-19 pueden sufrir de fiebre o escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar o fatiga; el 87,3 % (55) afirmó que los síntomas aparecen después de 2 a 14 días de infectarse, esta aseveración es correcta ya que todos los estudios han establecido este período de tiempo como el necesario para que los síntomas puedan aparecer (figura 3).

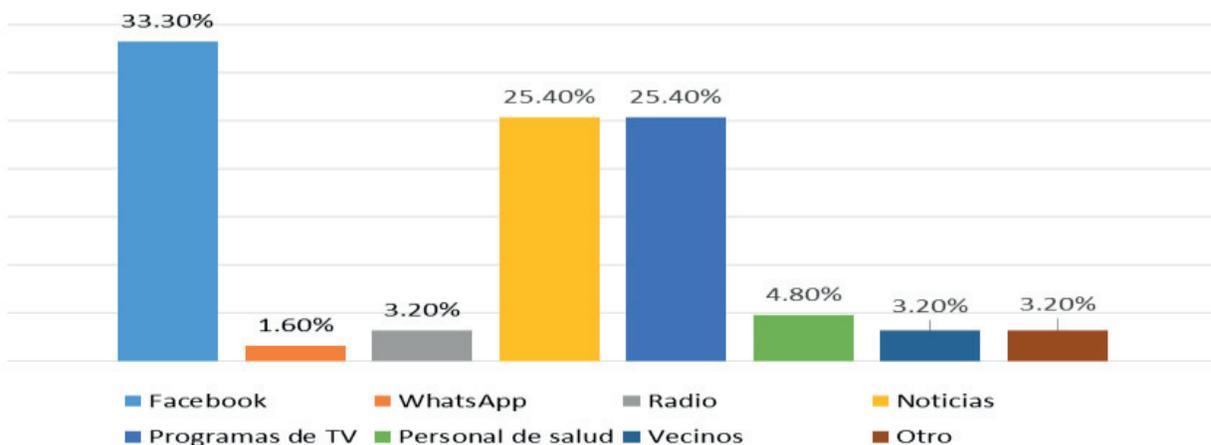


Figura 1. Medios de información que difunden noticias sobre COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

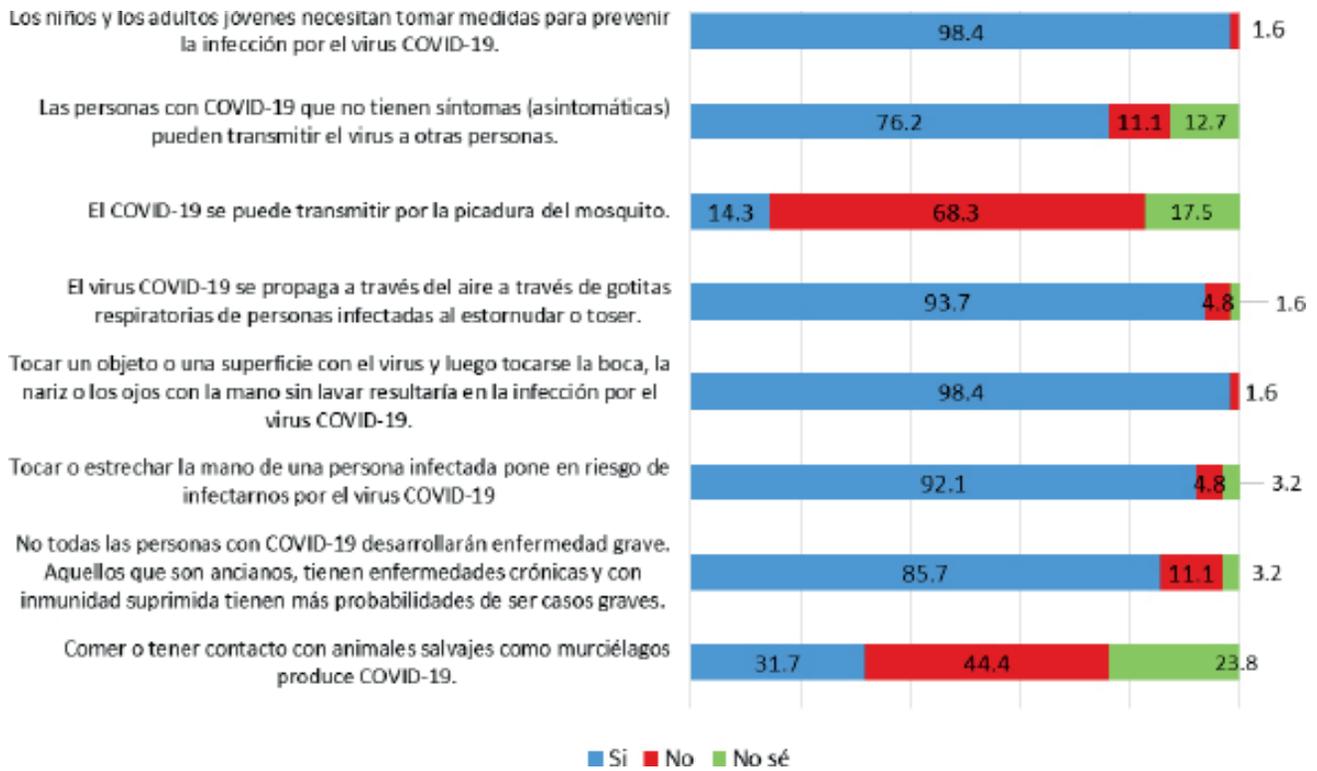


Figura 2. Valoración del conocimiento sobre transmisión y grupos de riesgo del COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020

Fuente: Instrumento de recolección de la información

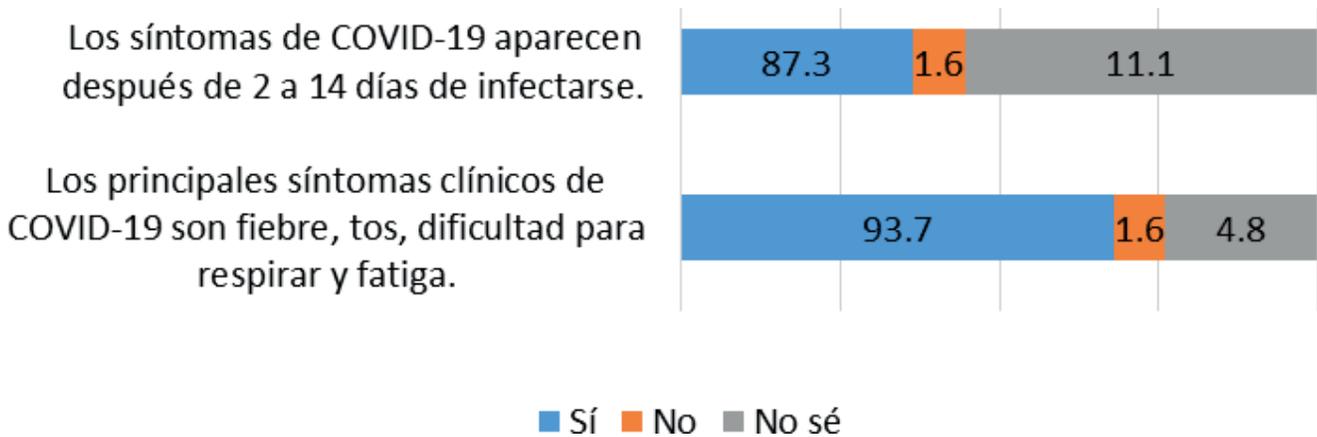


Figura 3. Valoración del conocimiento sobre manifestaciones clínicas, Managua, Nicaragua, 2020

Fuente: instrumento de recolección de la información.

Referente a los resultados de conocimiento acerca de prevención, el 100% respondió que el uso de mascarillas al salir de casa es importante para prevenir la infección al igual que lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón durante al menos 20 segundos, o usar un desinfectante de manos a base de alcohol (60%) el cual es importante para prevenir la infección, el uso de las mascarillas en lugares públicos es una de las principales recomendaciones que hacen los diferentes organismos de salud, como medida de prevención (figura 4).

El 96,8% afirmó que las personas que han tenido contacto con alguien infectado deben aislarse inmediatamente por lo menos por 14 días; el 95,2% afirmó que el aislamiento y el tratamiento de las personas infectadas son formas eficaces de reducir la propagación del virus, lo que guarda relación con las recomendaciones de las organizaciones de salud. La mayoría considera que es necesario que toda aquella persona que haya tenido contacto con alguien infectado debe aislarse por lo menos 14 días, esto considerando el rango del periodo de incubación del virus (figura 4).

En relación al nivel de conocimiento sobre COVID-19, 60,3% (38) obtuvo un buen resultado, 34,9% (22) regular y 4,8% (3) malo. La mayoría maneja una información confiable, segura y es poca la cantidad de personas que poseen una información equivocada y sin ningún sustento.

Estos resultados se atribuyen a que en los tiempos en que vivimos, la información circula de una manera preponderante pero muchas veces no sabemos diferenciar cuál es la información con verdadera validez y cuál no. El 100% consideró que el lavado de manos es muy importante (figura 5).

El 68,3% respondió que es fácil cubrirse la boca o la nariz al toser o estornudar con el codo o con un pañuelo. El 30,3% categorizó como difícil evitar abrazar a los demás, igual porcentaje que el anterior calificó como muy difícil esta misma aseveración, es importante resaltar que más del 50% perciben como difícil o muy difícil evitar abrazar, lo cual es preocupante ya que esta es una de las medidas principales de contención del virus orientado por las organizaciones de la salud (figura 5).

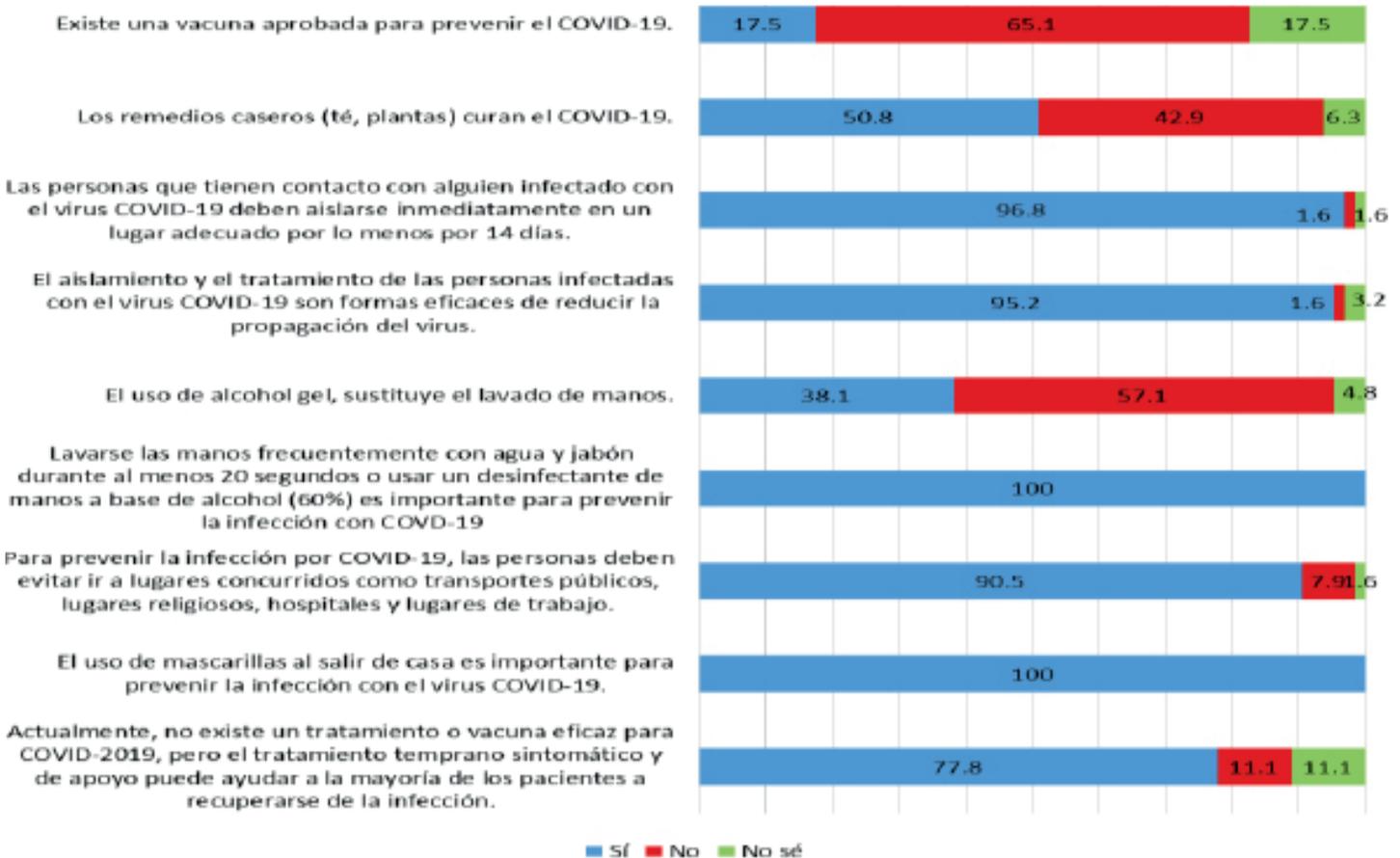


Figura 4. Valoración del conocimiento sobre prevención del COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020. Fuente: instrumento de recolección de la información.

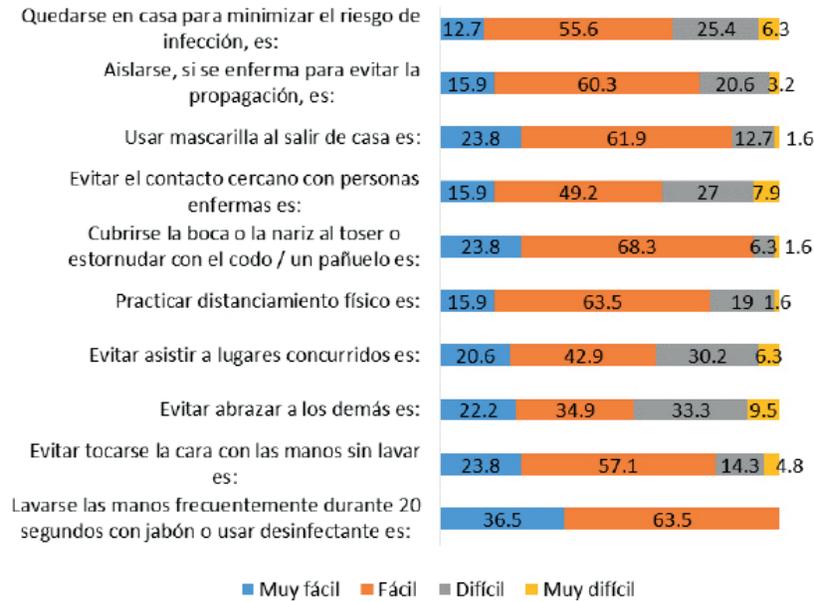


Figura 5. Valoración de las actitudes ante las medidas de prevención del COVID-19 Managua, Nicaragua, 2020. Fuente: instrumento de recolección de la información.

Valorando el nivel de actitudes en la población meta se determinó, el 84,1% (53) poseen actitud adecuada y 15,9% (10) actitud inadecuada. Lo anterior expuesto guarda relación con el buen nivel de conocimiento encontrado en esta población. Cabe recalcar que cuando se hace referencia a actitud, solo se enfoca en lo que la persona haría o piensa hacer ante una situación determinada de acuerdo a cómo percibe su realidad, pero no determina que en la práctica esto se cumpla así, lo que se logra demostrar con los resultados de este estudio, a pesar de encontrar un buen nivel de conocimiento y actitud adecuada, la mayoría puntuaron bajo en las prácticas categorizándolos como nivel malo.

En las prácticas frente a la COVID-19, el 84,1% (53) nunca utiliza guantes desechables, lo cual va alineado a lo orientado por la OMS que estableció que el uso de guantes no es una medida preventiva eficaz; 69,8% (44) siempre limpia y desinfecta zapatos, ropa y compras al entrar a casa, 39,7% (25) siempre se automedica o toma remedios caseros si sufre de síntomas de resfriados. Con el acceso a las redes sociales se ha presentado una ola de desinformación y muchos sujetos se automedican con fármacos que no curan la enfermedad y que más bien ponen en riesgo su vida, lo cual se ha demostrado con los desabastecimientos de medicamentos como la azitromicina, ivermectina y cloroquina en farmacias. El uso de remedios caseros evita que el paciente busque atención por un profesional de la salud de forma temprana y oportuna antes de llegar a complicarse, a pesar de que en este estudio la mayoría refirió que acudiría a una unidad de salud en caso de enfermarse, esto guarda relación con la cultura de nuestro país en donde la medicina tradicional o naturista tiene gran auge; 65,1% (41) siempre practica el distanciamiento físico, lo cual indica que si bien, una buena parte está

acatando esta medida, hay otro porcentaje significativo que no lo practica, representando alto riesgo para la población en general; 88,9% (56) siempre se lava las manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos o usa alcohol al 60% cumpliendo con la información difundida por las organizaciones de salud en los medios de comunicación; 30,2% siempre reutilizan la mascarilla, esto se puede asociar a la falta de recursos económicos en la población lo que ha provocado que utilicen mascarillas de telas reusables. (figura 6).

El 47,6% tiene prácticas regulares, 28,6 % buenas y 23,8% malas. Resulta preocupante este dato ya que evidencia que existen buenos esfuerzos por parte del Ministerio de Salud para mantener informada a la población, sobre las medidas preventivas ante la pandemia, pero hace falta conciencia en cada ciudadano para llevar ese conocimiento a la práctica.

En los factores asociados al nivel de conocimientos sobre COVID-19, únicamente el estado civil y nivel de escolaridad tuvieron asociación estadística significativa, considerando que el valor de *p* fue menor de 0,05 para ambas variables. En relación al estado civil, los que obtuvieron un mal conocimiento fueron los solteros con un 66,7% (2), el nivel regular predominó las personas en unión estable con un 45,5% (10), en el nivel bueno predominaron las personas casadas con un 50% (19). Con respecto al nivel de escolaridad, el mal nivel de conocimiento predominó en personas analfabetas, que saben leer y escribir, con primaria incompleta, todos con 33,3% (1) cada nivel, en el nivel regular, el 27,3% (6) tienen secundaria completa, 18,2% (4) universitarios y primaria incompleta, en el nivel bueno, el 34,2% (13) son universitarios, 31,6% (12) secundaria incompleta y 18,4% (7) secundaria completa (tabla1).

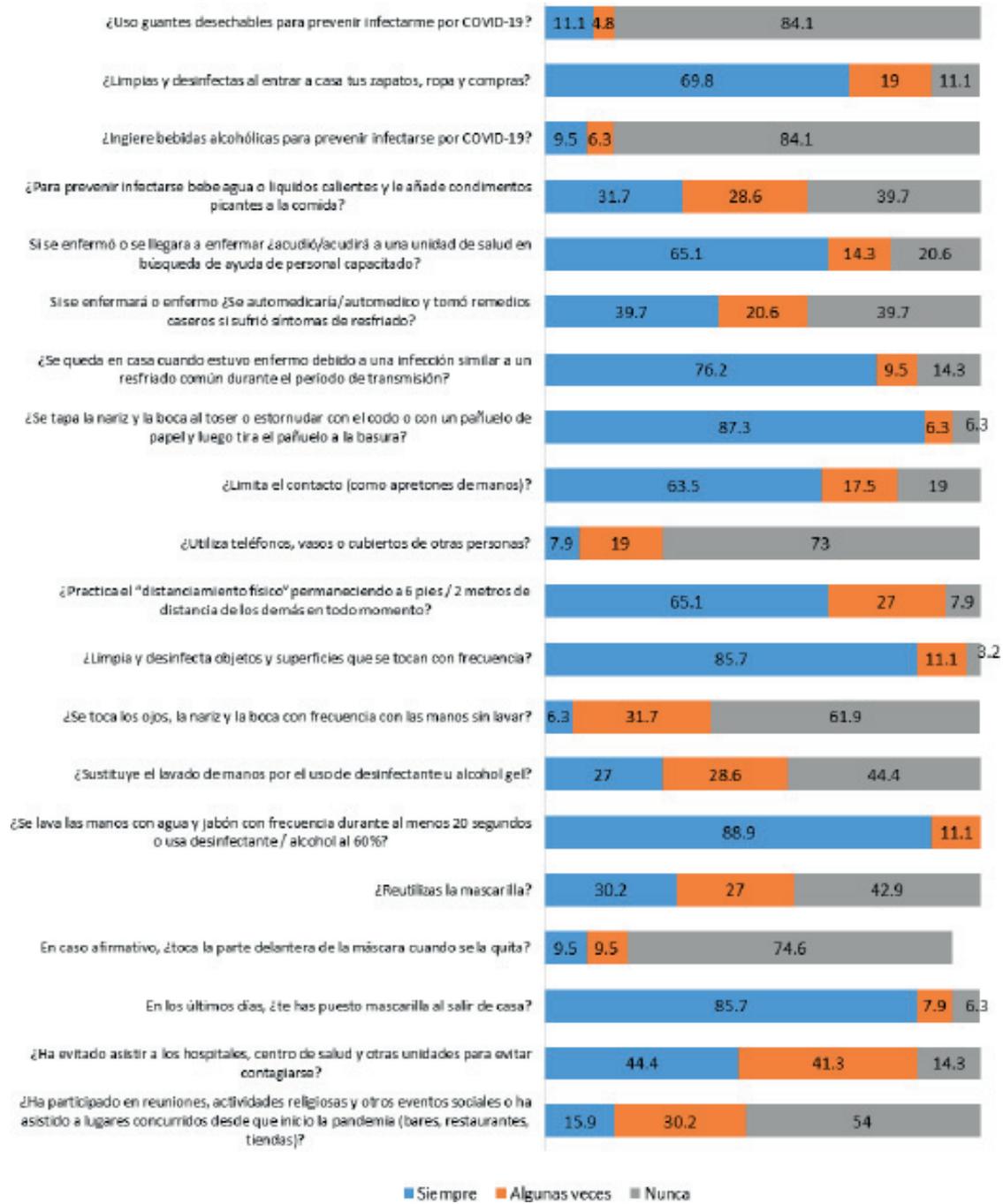


Figura 6. Valoración de las prácticas frente a COVID-19 Managua, Nicaragua, 2020.  
Fuente: instrumento de recolección de la información.

En relación al estado civil, los casados presentan un mayor conocimiento, lo cual probablemente guarde relación con la preocupación que tienen las personas casadas al pensar que la enfermedad también puede afectar a su familia y, por ende, la necesidad que tienen de mantenerse informados. UNICEF-Nicaragua realizó una encuesta CAP sobre el COVID-19 en jóvenes y adolescente entre las edades de 18-24, en el cual determinó 54,27% tienen buen conocimiento sobre la enfermedad y mostraron más conciencia sobre que la enfermedad puede afectarles en cualquier momento.<sup>7</sup>

En relación a las actitudes versus variables socio demográficas y fuentes de información no se encontró asociación estadística significativa ya que en todos estos cruces el valor de  $p$  fue mayor de 0,05 a excepción de la variable “procedencia” donde se encontró un valor  $p$  de 0,038. En relación a este cruce se encontró que el 92,5% de zona urbana versus apenas el 7,5% de zona rural tienen actitudes adecuadas, lo cual está relacionado con factores que ya se han mencionado anteriormente en este estudio donde se ha determinado que el nivel de conocimiento es mejor en personas de zona urbana que personas de zona rural, lo que supone que en zonas urbanas hay mayor facilidad de acceso a la información. La actitud solo demuestra lo que la persona haría en un caso hipotético planteado y esto va relacionado con cuánta información la persona domina de ese campo (tabla 2).

En relación a los factores asociados al nivel de prácticas, ninguno de los cruces resultó estadísticamente significativo ya que el valor de  $p$  fue mayor a 0,05 en todos los casos. Esto reafirma que el nivel de prácticas correctas frente a la COVID-19 no tiene que ver con la edad, el sexo o el resto de variables socio demográficas estudiadas, sino más bien con crear conciencia a nivel personal y garantizar la implementación de las medidas de prevención con el sentido de responsabilidad tanto a nivel individual como colectivo. Llama la atención que, el nivel de escolaridad como factor asociado al nivel de prácticas fue el que estuvo más cerca de ser estadísticamente significativo (Valor de  $p=0,118$ ) sin embargo, a pesar de que no hay suficiente fuerza como para determinar significancia estadística, podemos resaltar que a mayor nivel de escolaridad, mayor nivel de prácticas buenas se pueden esperar. Lo anterior se sustenta en los resultados encontrados, donde se evidencia que los niveles de escolaridad con mayor puntaje en la categoría de buenas prácticas fueron los universitarios y los de secundaria completa (tabla 3).

Con respecto al puntaje de conocimiento versus puntaje de prácticas frente al COVID-19 se obtuvieron los siguientes resultados: 68,8% (33) personas obtuvieron un puntaje  $\geq 80$  en ambas categorías, 31,2% (15) obtuvieron un puntaje  $\geq 80$  en prácticas y  $< 80$  en conocimientos, 66,6% (10) obtuvieron  $< 80$  en ambas categorías y 33,4% (5) obtuvieron un puntaje  $\geq 80$  en conocimientos y  $< 80$  en prácticas. Al realizar la prueba de Chi cuadrado, se encontró asociación estadística significativa ya que el valor de  $p$  es de 0,007 (tabla 4).

Al relacionar los niveles de conocimientos con las prácticas no se evidenció asociación estadística significativa, ya que el valor de  $p$  fue de 0,105. Sin embargo, es de suma importancia resaltar que, al relacionar el puntaje de conocimientos versus el puntaje de prácticas, se encontró

asociación estadísticamente significativa (valor de  $p=0,007$ ). Sin embargo, en esta valoración se excluye la categoría de regular dado que los cortes tomados solo fueron de  $< 80$  o  $\geq 80$ . Esto habla a favor que cuando se construye un conocimiento categorizado como malo o bueno y no como regular, si permite prever un buen o un mal nivel de prácticas, se habla de un conocimiento sin ambigüedades para lo cual es necesario garantizar difusión de información concreta y basada en artículos científicos que logren convencer a la población acerca de la importancia de la prevención. Los hallazgos indican que el conocimiento influyó directamente en las prácticas. Es importante aumentar el conocimiento entre las comunidades a través de la educación para la salud, porque el COVID-19 ha sido declarado pandemia. Como tal, el mayor conocimiento influirá en la actitud y la práctica frente al COVID-19.

Al relacionar las actitudes con el nivel de prácticas, en los pobladores con malas prácticas el 80% (12) tienen actitudes adecuadas y el 20% (3) actitudes inadecuadas. En el grupo de prácticas regulares, el 80% (24) tienen actitudes adecuadas y el 20% (6) actitudes inadecuadas. En los sujetos con buenas prácticas el 94,4% (17) tiene actitudes adecuadas y el 5,6% (1) actitudes inadecuadas. Al realizar la prueba de Chi cuadrado, no se encontró asociación estadística significativa ya que el valor de  $p$  fue de 0,366 (tabla 5).

Con respecto a las actitudes versus las prácticas no se encontró asociación estadísticamente significativa. Cabe recalcar que en los grupos con prácticas malas, regulares o buenas predominaban las actitudes adecuadas, esto quiere decir que los sujetos perciben el peligro de la enfermedad y consideran que las medidas de prevención a seguir no son difíciles. Con estos resultados se logra observar que el conocimiento es el que más influye en practicar o no las medidas de prevención contra la enfermedad ya que las personas encuestadas que resultaron con una brecha en el conocimiento (nivel de conocimiento malo o regular) no están preparadas para afrontar la pandemia.

## CONCLUSIONES

Las diferentes fuentes de información consultadas por los sujetos encuestados no se asociaron con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas encontrados. El nivel de conocimiento sobre COVID-19 fue en su mayoría bueno. Sin embargo, se encontraron brechas en el conocimiento sobre la etiología de la enfermedad, mecanismo de transmisión y uso de remedios caseros como tratamiento del COVID-19. Como factores asociados al nivel de conocimiento se identificaron el estado civil y el nivel de escolaridad. Las actitudes de las personas ante la COVID-19 fueron en su mayoría adecuadas; la variable procedencia se identificó como factor asociado a las actitudes. Las prácticas identificadas fueron en mayor porcentaje regulares. Dentro de las prácticas inadecuadas destacan: la auto medicación, ingesta de remedios caseros, líquidos calientes y comidas picantes como medidas de prevención; como factor asociado a las prácticas se encontró el puntaje de conocimientos.

Tabla 1. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020.

Variable	Categoría	Nivel de Conocimiento						Estadísticos
		Malo		Regular		Bueno		
		Fc	%	Fc	%	Fc	%	
Estado civil	Soltero	2	66,7	7	31,8	15	39,5	Chi cuadrado = 15.047 Valor de $p$ = 0,020
	Unión estable	0	0	10	45,5	3	7,9	
	Casado	1	33,3	4	18,2	19	50	
	Viudo	0	0	1	4,5	1	2,6	
Nivel de escolaridad	Analfabeta	1	33,3	0	0	1	2,6	Chi cuadrado = 28.062 Valor de $p$ = 0,014
	Sabe leer y escribir	1	33,3	3	13,6	1	2,6	
	Primaria incompleta	1	33,3	1	4,5	1	2,6	
	Primaria completa	0	0	4	18,2	2	5,3	
	Secundaria incompleta	0	0	4	18,2	12	31,6	
	Secundaria completa	0	0	6	27,3	7	18,4	
	Técnico superior	0	0	0	0	1	2,6	
	Universitario	0	0	4	18,2	13	34,2	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Tabla 2. Factores asociados a las actitudes frente a COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020.

Variable	Categoría	Nivel de Actitudes				Estadísticos
		Inadecuadas		Adecuadas		
		Fc	%	Fc	%	
Procedencia	Rural	3	30	4	7,5	Chi cuadrado= 4,294 Valor de $p$ = 0,038
	Urbano	7	70	49	92,5	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Tabla 3. Factores asociados al nivel de prácticas frente a COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020.

Variable	Categoría	Nivel de Prácticas						Estadísticos
		Malas		Regulares		Buenas		
		Fc	%	Fc	%	Fc	%	
Nivel de escolaridad	Analfabeta	0	0	2	6,7	0	0	Chi cuadrado= 20,408 Valor de $p$ = 0,118
	Sabe leer y escribir	3	20	0	0	2	11,1	
	Primaria incompleta	2	13,3	1	3,3	0	0	
	Primaria completa	1	6,7	3	10	2	11,1	
	Secundaria incompleta	4	26,7	11	36,7	1	5,6	
	Secundaria completa	2	13,3	5	16,7	6	33,3	
	Técnico superior	0	0	0	0	1	5,6	
	Universitario	3	20	8	26,7	6	33,3	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**Tabla 4. Puntaje de conocimiento versus prácticas frente a COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020.**

Nivel de conocimiento	Nivel de prácticas				Estadísticos
	<80		≥80		
	Fc	%	Fc	%	
<80	10	66,6	15	31,2	Chi cuadrado= 5,989 Valor de $p= 0,007$
≥80	5	33,4	33	68,8	
<b>Total</b>	15	100	48	100	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

**Tabla 5. Actitudes versus prácticas frente a COVID-19, Managua, Nicaragua, 2020.**

Actitudes	Nivel de Prácticas						Estadísticos
	Malas		Regulares		Buenas		
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	
Inadecuadas	3	20	6	20	1	5,6	Chi cuadrado= 2,009 Valor de $p= 0,366$
Adecuadas	12	80	24	80	17	94,4	
<b>Total</b>	15	100	30	100	18	100	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

## AGRADECIMIENTOS

A nuestros tutores Dra. Adilia Castrillo, Dra. Anagabriela Duarte y Dr. Gerardo Blass, que nos guiaron en el procedimiento metodológico y científico para la elaboración de este trabajo investigativo. Al Dr. Elías Jiménez, responsable del Puesto de Salud Yolanda Mayorga (La Soya) y a los miembros del CLS por su acompañamiento en el proceso de recolección de información.

## REFERENCIAS

1. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. WHO. [Online]. 2020; [citado el 28 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Minsa.gob.ni, Ministerio de Salud [Sede Web]. Ministerio de Salud: Minsa.gob.ni; 2020; [mayo 2021, 10 de septiembre 2020] Disponible en <http://www.minsa.gob.ni/index.php/110-noticias-2020/5590-8sep>
3. Akalu, Y., Ayelign, B. & Derbew, M. Knowledge, Attitude and Practice Towards COVID-19 Among Chronic Disease Patients at Addis Zemen Hospital, Northwest Ethiopia. Infection and Drug Resistance [Online]. 2020; [citado el 28 de septiembre 2020] (13) [11p] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7322118/#S0007title>
4. Martínez, I., Larrea, S., Romero, F. & Cicolella, L. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la pandemia del COVID-19 en comunidades indígenas de Yucatán y Chiapas, México. Population Council [online]. 2020; [citado septiembre 2020] Disponible en: [https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2176&context=departments\\_sbsr-pgy](https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2176&context=departments_sbsr-pgy)
5. Reuben, R., Danladi, M., Saleh, D. & Ejemi, P. Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. Journal of Community Health [online]. 2020; [citado septiembre 2020] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-020-00881-1>
6. Barcelos TN, Muniz LN, Dantas DM, Cotrim Junior DF, Cavalcante JR, Faerstein E. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e65. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>
7. UNICEF-Nicaragua, Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a COVID-19. [internet] [consultado septiembre 2020]. Disponible en <https://www.unicef.org/nicaragua/media/3386/file/COVID19-Resultados%20Encuesta%20CAP%20adolescentes%20y%20J%C3%B3venes.pdf>