

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021.

Tesis para optar el título profesional de médico cirujano.

AUTOR

Jorge Rogger Proaño Chuchón

ASESOR

Dr. Jimmy Homero Ango Bedriñana
Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas

AYACUCHO – PERÚ

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Resolución Decanal N° 025-2023-UNSCH-FCSA-D

BACHILLER: JORGE ROGGER PROAÑO CHUCHÓN

En la ciudad de Ayacucho, siendo las once de la mañana de día diecinueve de enero del dos mil veintitrés, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud los docentes miembros del jurado evaluador, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **“NIVEL DE AUTOEFICACIA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DOMICILIARIO DE LA COVID-19 EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AYACUCHO, FEBRERO DEL 2021”** presentado por el Bachiller Jorge Rogger Proaño Chuchón para optar el título profesional de Médico Cirujano. El jurado evaluador está conformado por:

PRESIDENTE : Prof. Emilio Germán Ramírez Roca (delegado por Decana)
MIEMBROS : Prof. Luis Gabriel Castillejo Melgarejo
Prof. Betzabé Quispe Camacho
Prof. Ilianov Fernández Chillce
ASESORES : Prof. Jimmy Homero Ango Bedriñana
Prof. Víctor Alexander Palomino Vargas

Con el quorum de reglamento se dio inicio a la sustentación de tesis, el presidente de la comisión da lectura a los documentos presentados por el recurrente, resolución decanal y algunas indicaciones al sustentante.

Da inicio la exposición el Bachiller Jorge Rogger Proaño Chuchón, y una vez concluida el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, seguidamente se da pase al asesor de la tesis, para que pueda aclarar algunas preguntas, interrogantes, aclaraciones.


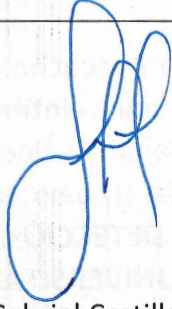
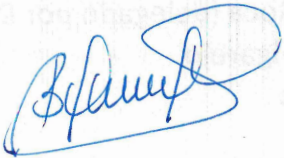
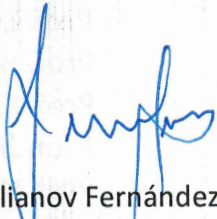
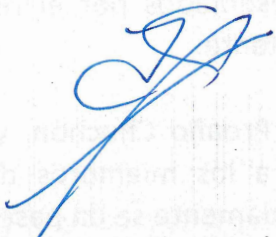
El presidente invita al sustentante abandonar el auditorium para que pueda proceder con la calificación.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: Jorge Rogger Proaño Chuchón

JURADOS	Texto	Exposición	Preguntas	Promedio parcial
Prof. Emilio Germán Ramírez Roca	17	17	17	17
Prof. Luis Gabriel Castillejo Melgarejo	19	19	19	19
Prof. Betzabé Quispe Camacho	16	17	16	16.3
Prof. Ilianov Fernández Chillce	17	17	17	17
PROMEDIO FINAL				17.3

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: APROBAR al Bachiller Jorge Rogger Proaño Chuchón, quien obtuvo la nota final de **DIECISIETE** para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 12:15 de la tarde, se da por concluido el presente acto académico.

 <p>Prof. Emilio Germán Ramírez Roca PRESIDENTE</p>	 <p>Prof. Luis Gabriel Castillejo Melgarejo MIEMBRO</p>
 <p>Prof. Betzabé Quispe Camacho MIEMBRO</p>	 <p>Prof. Ilianov Fernández Chilce MIEMBRO</p>
 <p>Prof. Jimmy H. Ango Bedriñana ASESOR</p>	

AGRADECIMIENTO:

Agradezco al Dr. José Manuel Hernández Padilla, docente de la Universidad de Almería, quien me hizo llegar el instrumento original base de esta investigación, a mis asesores: Dr. Jimmy Homero Ango Bedriñana, Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas, quienes me dieron su apoyo para la realización de este trabajo, a la profesora Silvia Carhuayo Lujan por su apoyo en la parte estadística, a los estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, quienes dispusieron un momento de su tiempo para brindarme la información requerida.

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a mi familia, motor y fuente de mi inspiración.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención, detección, y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio prospectivo, transversal, descriptivo en 372 individuos, 217 varones y 155 mujeres de 20 a 40 años, todos estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, se les envió un formulario a través del correo institucional, el cual contenía la escala de autoeficacia COVID-19-SES. Se usaron las recomendaciones del artículo original para el análisis de resultados el cual se hizo en el programa informático Excel-2016. **Resultados:** Se encontró que la autoeficacia total fue de 63.2 ± 19.95 ($M \pm DE$), 38% de los estudiantes presentó una autoeficacia alta. La autoeficacia para la prevención fue de: 64.9 ± 19 , reconocimiento de síntomas: 58.8 ± 83.1 y manejo domiciliario: 63.9 ± 24.2 ; así mismo, se calcularon las medias y desviación estándar para los ítems del instrumento. Las mujeres tuvieron una autoeficacia de 64.79 ± 19.03 , el 41% presentó alta autoeficacia, los varones tuvieron una autoeficacia de 62.06 ± 20.55 , el 35% presentó alta autoeficacia. La facultad de Ingeniería Química y Metalurgia presentó una autoeficacia de 73.35 ± 16.02 , el 46% tuvo alta autoeficacia. **Conclusiones:** El mayor porcentaje de estudiantes presenta una autoeficacia alta, las mujeres obtuvieron autoeficacia más alta con respecto de los varones, así como los estudiantes de la facultad de Ingeniería Química y Metalurgia con respecto a otras facultades.

Palabras clave: Autoeficacia, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of self-efficacy in the prevention, detection, and home management of COVID-19 in university students from Ayacucho, February 2021. **Materials and methods:** A prospective, cross-sectional, descriptive study was carried out in 372 individuals, 217 men and 155 women between the ages of 20 and 40, all students at the National University of San Cristobal de Huamanga, were sent a form through institutional mail, which contained the COVID-19-SES self-efficacy scale. The recommendations of the original article were used for the analysis of results, which was done in the Excel-2016 computer program. **Results:** It was found that the total self-efficacy was 63.2 ± 19.95 ($M \pm SD$), 38% of the students presented high self-efficacy. Self-efficacy for prevention was: 64.9 ± 19 , recognition of symptoms: 58.8 ± 83.1 and home management: 63.9 ± 24.2 ; likewise, the means and standard deviation were calculated for the items of the instrument. Women had a self-efficacy of 64.79 ± 19.03 , 41% had high self-efficacy, men had a self-efficacy of 62.06 ± 20.55 , 35% had high self-efficacy. The Faculty of Chemical Engineering and Metallurgy presented a self-efficacy of 73.35 ± 16.02 , 46% had high self-efficacy. **Conclusions:** The highest percentage of students has a high self-efficacy, women obtained higher self-efficacy with respect to men, as well as students from the Faculty of Chemical Engineering and Metallurgy with respect to other faculties.

Keywords: Self-efficacy, COVID-19.

INTRODUCCION

Desde su aparición, a fines del 2019, la COVID-19 causada por el SARS-COV-2 está generando un gran daño en la salud pública y en poco tiempo la producción científica a nivel mundial se ha incrementado de manera exponencial, Ayacucho no puede ser la excepción y debe contribuir a generar nuevos conocimientos referidos a este tema a través de los alumnos de las distintas facultades de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Motivado por esta coyuntura decidí realizar este proyecto en aras del desarrollo investigativo en la región proponiendo un nivel descriptivo que contribuya al diagnóstico situacional a través del conocimiento del nivel de autoeficacia, la cual puede aplicarse a distintos ámbitos del quehacer humano. Tras una minuciosa revisión de la literatura concluí que empalmar la autoeficacia, junto a sus dimensiones, al ámbito de la salud es una alternativa para conocer mejor la realidad conductual de las personas frente a la amenaza de la COVID-19. Es por ello que el título del proyecto investigativo lleva por nombre: “Autoeficacia en la prevención, detección y manejo de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de san Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021”.

El proyecto está constituido por cuatro capítulos:

Capítulo I: Se plantea el problema, así como la formulación del problema general y específicos, siguiendo con la descripción de los objetivos generales y específicos para luego concluir con la justificación e importancia de la investigación.

Capítulo II: Marco teórico: se inicia con la descripción de los antecedentes acerca de los estudios de autoeficacia en temas de salud y conocimiento de COVID_19 que son las más recientes en la literatura mundial, se prosigue con las bases teóricas iniciando con la descripción de la autoeficacia, las teorías que la sustentan, sus fuentes, los mecanismos en la determinación personal de la acción, la autoeficacia y la salud y la medición de la autoeficacia. Se hace una presentación teórica actualizada sobre COVID-19 de libros y guías del 2020 iniciando con la definición de virus, coronavirus, COVID-19, transmisión, etiopatogenia, características clínicas, diagnóstico y tratamiento; para luego concluir con la prevención que incluye el reconocimiento y el manejo domiciliario de la COVID-19.

En acápite final se realiza la definición de conceptos operacionales.

Capítulo III: Se describe la hipótesis general y específicas, se enumeran las variables operacionaliza cada una de ellas.

Capítulo IV: Metodología de estudio. En este acápite se aborda y describe la forma como se llevará a cabo el estudio. Se inicia con la explicación del tipo y diseño de la investigación sustentando cada una de ellas, luego se plantea el método, se define la población y la muestra, se plantea la técnica a emplear y se hace una descripción

detallada del instrumento a usar, empleo y análisis, así como su proceso de validación. Se prosigue con la explicación del procedimiento y la técnica de procesamiento y análisis de datos.

CAPITULO V: Resultados y discusión. Se presentan los resultados de la investigación en cuadros con su respectiva descripción y posterior interpretación, así mismo en la sección de discusión se relacionan los resultados con la teoría predecesora respetando el orden de los resultados.

CAPITULO VI: Conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCION.....	6
INDICE.....	8
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. Planteamiento del problema: general y específicos.....	9
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Objetivos generales y específicos.....	12
1.4. Justificación e Importancia de la investigación.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes de la investigación.....	14
2.2. Bases teóricas.....	19
2.2.1 Autoeficacia.....	19
2.2.2. COVID-19.....	24
2.3. Definición de conceptos operacionales.....	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	33
3.1 Hipótesis.....	33
3.2. Variables.....	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE ESTUDIO.....	34
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	34
4.2. Método de investigación.....	34
4.3 Población y muestra.....	34
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
4.5 Recolección de datos.....	38
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	39
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
5.1 Resultados.....	40
5.2 Discusión.....	53
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS.....	58
ANEXOS.....	63

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Los coronavirus forman parte de un grupo de virus que causan enfermedad en los seres Humanos, los más importantes hasta el año 2019 fueron el SARS-CoV y el MERS-CoV que aparecieron en China a inicios del ciclo XXI y en Arabia en el 2012 respectivamente(1),(2),(3). El COVID-19 es una enfermedad causada por el nuevo coronavirus de tipo 2(SARS-CoV-2) que provoca el síndrome respiratorio agudo severo(4) que es altamente contagioso(5).

La COVID-19 fue declarada pandemia el 11 de marzo del 2020 por la OMS (6) y al 12 de abril del 2022 se han registrado a nivel mundial cerca de 500,9 millones de casos (7),(8) (9) causando al menos 6 millones de muertes(7) cifras mucho mayores causadas por los otros coronavirus.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 15 de setiembre del 2020 América presentó 14.903.891 casos confirmados y 513 246 muertes, lo cual representa el 51% de casos confirmados y 55% de muertes a nivel mundial, seguida por Asia Sudoriental con el 19% de casos y 10% de muertes (5 565 977 de casos y 94 871 muertes), mientras que Europa contaba con 17% de casos y 25% de las muertes (4.873.346 casos confirmados y 226.363 muertes) (9). Al 23 de diciembre del 2021, se notificaron 99 653 422 casos y 2 384 638 muertes en 56 países de América. Para la semana epidemiológica 50 del 2021, 36.4% de los casos y 44.6% de las muertes a nivel mundial correspondía a América(10).

En el Perú el primer caso reportado de COVID-19 fue en marzo del 2020 y a partir de entonces se ha iniciado un incremento gradual de la curva epidemiológica a nivel nacional y a nivel regional, unas regiones antes que otras, con un impacto heterogéneo. Para el 09 de abril del 2022 la cifra de contagios a nivel nacional ascendía a 3 551 540 y 212 486 fallecidos con una tasa de letalidad de 5.98%. En la región de Ayacucho donde el primer caso se presentó el 30 de marzo del 2020, la cantidad de contagios para el 09 de abril del 2022 fue de 48 133 y 2 321 fallecidos con un tasa de letalidad de 3.28% (11).

En base a las recomendaciones dadas por la OMS, el gobierno peruano insta a la población en general a adoptar comportamientos que ayuden a protegerlos del contagio para lo cual sugiere acciones que disminuyan la transmisión comunitaria y salvaguarden la salud de los más vulnerables; por ejemplo, el uso de mascarilla se asocia con una menor probabilidad de infección (odds ratio [OR] 0,3), el distanciamiento social (OR 0.5) (12), lavado de manos (OR 0.33)(13), etc. Y aminoran el contagio y avance de la enfermedad(14). Además es probable que hayan futuras oleadas de la pandemia de COVID-19(15),(6).

Conocer la enfermedad y su impacto en la población lleva a los individuos a generar conductas protectoras para prevenir el contagio, por lo que es preciso el estudio de dichas conductas protectoras para evaluar el impacto que tienen las recomendaciones de los entes de salud sobre la población(16).

Sheran, P et al. (2016) mencionan que las intervenciones en salud para promover cambios en la autoeficacia son efectivas(17). Williams L et al. (2015) señala que de acuerdo con la teoría de la motivación de protección(TMP), la autoeficacia es un predictor significativo para generar una conducta de salud(18). Bandura A (2001) en su Teoría Social Cognitiva muestra a la autoeficacia como una capacidad que uno mismo percibe para realizar un comportamiento objetivo(19). De tal manera el estudio de la autoeficacia daría a conocer el impacto que ejercen las normas sanitarias sobre la población y como estas generan conductas de protección frente a determinadas situaciones, lo cual daría una información valiosa a los entes administradores de salud para la toma de decisiones o modificación de estas en el actual contexto de la pandemia por COVID-19. Según lo anteriormente expuesto, la autoeficacia es la herramienta adecuada para este fin; además, no existe información que explique tales medidas a nivel regional.

La actual situación ha obligado a realizar actividades de modo virtual tanto laborales como académicas, en este contexto una población accesible para iniciar este tipo de estudios es la población universitaria donde todos manejan un correo institucional para fines académicos. Por lo que se deriva la necesidad de abordar el presente estudio: NIVEL DE AUTOEFICACIA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DOMICILIARIO DE LA COVID-19 EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA, FEBRERO DEL 2021.

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la detección de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en el manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, según sexo, febrero del 2021?

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, según facultad, febrero del 2021?

1.3. Objetivos generales y específicos

Objetivo general

Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021.

Objetivos específicos

Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021.

Determinar el nivel de autoeficacia en la detección de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021.

Determinar el nivel de autoeficacia en el manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga febrero del 2021.

Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según sexo, febrero del 2021.

Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según facultad, febrero del 2021.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

Desde la llegada de la COVID-19 a nuestro país, se han instaurado medidas que impiden el incremento de contagios y frenen el avance de esta pandemia, tales medidas fueron acogidas por la población de manera indistinta, se veían sectores que acataban lo dispuesto por el gobierno central y otros no, es por ello que el incremento de casos en las ciudades del Perú no siguió un patrón homogéneo, pues algunas tuvieron un incremento y decesos mayor en el segundo y tercer mes de llegado el virus al Perú, en cambio, otras ciudades como Ayacucho tuvieron un incremento paulatino de casos.

Un factor que explica el incremento de contagios por la COVID-19 viene dado por el no cumplimiento de las medidas preventivas aconsejadas por los funcionarios sanitarios; por tal motivo, si se desea implementar un cambio que brinde resultados alentadores se debe trabajar en las poblaciones capacitándolas en temas relacionados a COVID-19, pero no con el objetivo final de incrementar sus conocimientos respecto al tema en mención, sino, de incrementar y mejorar la respuesta conductual de las personas en las medidas de prevención básicas para disminuir los contagios.

Para iniciar un plan de cambio conductual es preciso establecer el diagnóstico situacional de la población con respecto a las conductas que generan prevención, para ello no solo basta saber el nivel de conocimiento sino evaluar la predisposición de

alguien para poder generar conductas preventivas, a esto según la teoría motivacional de la conducta se denomina AUTOEFICACIA. Por otro lado a finales de mes de agosto del 2020 la Organización Panamericana de la Salud(OPS) alertó que la COVID-19 tiene una incidencia desproporcionada en jóvenes, y que la mayoría de contagiados están entre los 20 y 40 años(20), por ello es necesario investigar las conductas preventivas frente a la COVID-19. Un grupo representativo en estas edades son los universitarios. Además, el estudio es **factible** debido a que la población en estudio es accesible para poder realizar la medición, el instrumento es de fácil entendimiento y rápido para llenar, al ser un estudio transversal la variable será medida en un solo momento por lo que no se necesita hacer un seguimiento a las unidades muestrales, los recursos a emplear no representan un gasto sustancial. Es **interesante** porque la coyuntura actual anima al investigador a responder interrogantes que ayuden en la toma de decisiones frente a la COVID-19. Es **novedoso** por que a nivel Nacional no existe un estudio de estas características.

Y el instrumento a emplear es psicométricamente robusto, lo que permite una evaluación válida y confiable. Es **ético** porque prevalece el criterio de respeto a la dignidad de la persona, se protegen sus derechos y se garantiza su bienestar, las preguntas realizadas en la encuesta no van en contra de las buenas costumbres y el recojo de datos esta precedido por una explicación breve del estudio y un consentimiento informado. Es **relevante** porque los resultados de la investigación brindarán una estadística inédita en la ciudad de Ayacucho que ayudara en la comprensión del problema. Servirá como sustento para la toma de decisiones en el implemento de acciones preventivas de autocuidado contra la COVID-19 por las autoridades sanitarias de la región. Las acciones futuras que se deriven de la comprensión de los resultados de esta investigación ayudaran a contribuir en la solución de un problema sanitario que a su vez repercutirá en una mejoría en la calidad de vida. El uso de un instrumento nuevo abre un camino investigativo y sienta un antecedente para la realización de futuras investigaciones de mayor complejidad en temas relacionados. Finalmente, se conocerá cual es el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID – 19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Hong I, Cho O-H. (Corea del Sur)(21) En su estudio: “Estrés y autoeficacia de la COVID-19 entre adultos mayores que viven en la comunidad”. **Objetivo:** Comprender la relación entre el estrés y la autoeficacia. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio descriptivo en una población de 136 individuos adultos mayores elegidos por muestreo no probabilístico, bola de nieve, se estableció que no tuvieran deterioro cognitivo, alteración psiquiátrica ; se aplicó un cuestionario para determinar el estrés y autoeficacia respectivamente, esta última fue evaluada con el COVID-19-SES.**Resultados:** Se encontró una autoeficacia total de $77.66 \pm 17.42 (M \pm DE)$, así como para la prevención (70.45 ± 20.42), reconocimiento de los síntomas (80.26 ± 19.25), y manejo en el domicilio (81.30 ± 9.59). También se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión de cada uno de los ítems del instrumento. La puntuación para el stress fue $1.63 \pm 0.69 (M \pm DE)$. **Conclusiones:** El estrés de la COVID-19 se correlacionó positivamente con la autoeficacia específicamente con la prevención y manejo domiciliario; por tanto, el estrés por COVID-19 puede mejorar la autoeficacia.

Mahboubeh D, Siyamak S. (Irán 2021)(22) En su estudio: “Autoeficacia sobre la enfermedad del COVID-19”. **Objetivo:** Desarrollar la escala de autoeficacia de la COVID-19(COVID-19-SES) e investigar el impacto de la autoeficacia en el COVID-19. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 66 estudiantes de medicina a quienes se les aplicó el COVID-19SES desarrollado por Ho et al (2005). **Resultados:** 33.3% fueron varones y 66.7% mujeres; 24 estudiantes (36.3%) presentaron baja autoeficacia; 42(63.6%) presentaron alta autoeficacia. **Conclusiones:** Este estudio brinda evidencia de la utilidad del COVID-19SES para evaluar la autoeficacia en población iraní, 36.3% tuvo una autoeficacia baja, los hallazgos proporcionaron evidencia para programas de promoción de la autoeficacia e implementación de programas de conductas preventivas en salud.

Punyoo J, Jongaramraung J, Daramas T, Buadong D, Singhasai L, Tunksakool J, et al. (Tailandia 2021)(23) En el estudio: “Factores relacionados a la autoeficacia percibida para la prevención de la COVID-19 en personal de enfermería pediátrica”. **Objetivo:** evaluar los factores relacionados con la autoeficacia percibida para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio transversal en una población de 227 miembros del departamento de enfermería del hospital Ramathibodi a quienes se les pidió llenar un formulario demográfico, cuestionario de conocimiento y la escala de evaluación de la autoeficacia percibida para la prevención de la COVID-19, los datos obtenidos se evaluaron con la estadística descriptiva. **Resultados:** autoeficacia percibida para la prevención fue de 55 ± 9.23

(rango 36-75). **Conclusiones:** EL estudio mostró que los licenciados en enfermería tienen un nivel de conocimiento alto y autoeficacia percibida para la prevención de la COVID-19.

Tadese M, Mihretie A. (Etiopía 2021)(24) En el estudio: “Actitud, preparación y autoeficacia percibida, en el control de la pandemia de COVID-19 y factores asociados entre los estudiantes durante la reapertura”. **Objetivo:** Evaluar la actitud, la preparación y la autoeficacia para prevenir y controlar la COVID-19. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio transversal en 682 estudiantes de la Universidad de Debre Berhan(DBU), en los cuales se aplicó un cuestionario estructurado adaptada a la población de estudio, el quinto ítem del instrumento evaluaba la autoeficacia percibida para controlar y prevenir la COVID-19. **Resultados:** El nivel de autoeficacia alta encontrado en los estudiantes fue de 50.4%. Alrededor de las tres cuartas partes (73,3 %) de los estudiantes creían que podían protegerse contra la COVID-19, 56,6 % confiaba en que pueden seguir fielmente las medidas de prevención. **Conclusiones:** El nivel de autoeficacia, actitud y preparación hacia la COVID-19 en los estudiantes fue bajo, además se debe hacer hincapié en los estudiantes varones, solteros, no relacionados a ciencias de la salud con el objeto de incrementar la preparación y autoeficacia.

Mo PK-H, Song B, Di J, Wang Q, Wang L. (China 2020)(25) En su estudio: “Amenaza percibida, emociones negativas y autoeficacia en relación con la salud mental y el comportamiento de protección personal entre 4.087 mujeres embarazadas chinas durante el período COVID-19: Resultados de una encuesta en línea”. **Objetivo:** evaluar el nivel de amenaza percibida (susceptibilidad, gravedad, impacto), emociones negativas (miedo, preocupación) y autoeficacia de COVID-19, y examinó su asociación con salud (depresión y ansiedad) y comportamiento de protección personal (uso de mascarilla) entre las mujeres embarazadas en China. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio transversal, en una población de 4087 mujeres embarazadas a través de una encuesta en línea en marzo del 2020. **Resultados:** El 23,8% informó que siempre usaba mascarilla al salir. Entre el 32,1% y el 36,4% de los participantes percibieron que ellos mismos o sus familiares eran susceptibles a la infección por COVID-19, entre el 54,7% y el 55,7% mostró autoeficacia para protegerse a sí mismos o a sus familiares de contraer COVID-19. **Conclusiones:** la autoeficacia era un factor protector para la depresión y la ansiedad probable.

Yıldırım M, Güler A. (Turquía 2020)(26) En su estudio: “Severidad, autoeficacia, conocimiento, conductas preventivas y salud mental de COVID-19 en Turquía” **Objetivo:** evaluar si los niveles de gravedad, autoeficacia, conocimiento y comportamientos preventivos de la enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19) predecían la salud mental. **Materiales y métodos:** se hizo un estudio transversal con

3190 adultos turcos quienes completaron un cuestionario en línea. **Resultados:** La mayoría de los participantes (55,11–64,42%) tenían un conocimiento inadecuado sobre COVID-19 y estaban muy comprometidos con los comportamientos preventivos. La autoeficacia se correlacionó de manera positiva y significativa con el conocimiento, las conductas preventivas y la salud mental. **Conclusiones:** autoeficacia y comportamientos preventivos relacionados con COVID-19 están asociados con la salud mental más allá de los efectos de las variables demográficas y de salud.

Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Barati M, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. (Irán 2020)(27) En su estudio: “Factores asociados con conductas preventivas de COVID-19 entre el personal hospitalario en Irán en 2020: una aplicación de la Teoría de la Motivación de Protección” **Objetivo:** predecir los comportamientos preventivos de los trabajadores de la salud (TS) hacia COVID-19 basado en la Teoría de la Motivación de Protección (PMT). **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio transversal y analítico en 761 trabajadores de salud(TS) en Hamadan, Irán, utilizando un muestreo aleatorio de múltiples etapas. Se les aplicó un cuestionario que constaba de dos secciones: características sociodemográficas y constructos PTM. **Resultados:** Según el PMT, la evaluación de amenazas y afrontamiento fueron predictores de la motivación de protección para realizar conductas preventivas de COVID-19 ($P < 0,001$). La intención también fue predictiva de las conductas preventivas de COVID-19 ($P < 0,001$). **Conclusiones:** Se recomienda considerar la autoeficacia del personal y su conocimiento sobre la efectividad de las conductas protectoras al diseñar programas de capacitación del personal.

Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. (China 2020)(28) En su estudio: “Los efectos del apoyo social en la calidad del sueño del personal médico que trata a pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en enero y febrero de 2020 en China”. **Objetivo:** utilizar el modelado de ecuaciones estructurales (SEM) para encontrar los efectos del apoyo social en la calidad y función del sueño, ansiedad, estrés y autoeficacia. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio observacional y transversal en 180 miembros del personal médico que trataron personas con infección por COVID-19 de distintas provincias de Wuhan-China, Los niveles de autoeficacia, ansiedad, estrés, calidad del sueño y apoyo social se midieron utilizando la Escala de ansiedad de autoevaluación (SAS), la el cuestionario Stanford Acute Stress Reaction (SASR), Escala de autoeficacia general (GSES), el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) y la escala de tasa de apoyo social (SSRS). El análisis de correlación de Pearson y SEM identificaron las interacciones entre estos factores. **Resultados:** La autoeficacia se asoció significativamente con Los niveles de apoyo social para el personal médico, Los niveles de ansiedad se correlacionaron significativamente con los niveles de estrés,

lo que afectó negativamente tanto a la autoeficacia como a la calidad del sueño.

Conclusiones: La autoeficacia depende del apoyo social y la calidad de sueño.

Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A, Naz S, Ahmed Z, et al. (Pakistán 2020)(29) En su estudio “Conocimiento, actitud, práctica y barreras percibidas entre los trabajadores de la salud (TS) con respecto a COVID-19: una encuesta transversal de Pakistán”. **Objetivo:** determinar la actitud, el conocimiento y práctica de los TS en Pakistán sobre la COVID-19. **Materiales y métodos:** estudio de corte transversal, multicéntrico. Población: TS (médicos, farmacéuticos y enfermeras) de Punjab. Tamaño muestral: 414 encuestados calculado por Raosoft con una tasa de respuesta del 50%, un intervalo de confianza de 95%, $Z=1.96$, y error de 5%, Procedimiento: Se diseñó y validó un cuestionario bajo directrices de la OMS sobre enfermedades respiratorias emergentes además de COVID-19. **Resultados:** Los TS tienen buen conocimiento (93,2%, $N = 386$), presentan una actitud positiva [Media 8,43 (DE 1,78)] además de buenas prácticas (88,7%, $N = 367$) sobre COVID-19. También se registró que, según el análisis de regresión, es más probable que los farmacéuticos demuestren practicas mejores. **Conclusiones:** Los TS ostentan buenos conocimientos, pero hay aspectos sobre conocimiento y práctica en los que se debe prestar atención.

Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. (Irán 2020)(30) En su estudio: “COVID-19 y estudiantes de medicina iraníes; Una encuesta sobre sus conocimientos relacionados, conductas preventivas y percepción de riesgo”. **Objetivo:** Evaluar las conductas preventivas, conocimientos, y percepciones de riesgo de COVID-19. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, de una población de 5000 estudiantes que cursan asignaturas clínicas se calculó un tamaño de muestra con Raosoft de 350 estudiantes, con una distribución de respuesta de 50%, nivel de confianza de 95%, margen de error del 5%, se les aplicó un cuestionario en línea. **Resultados:** la edad media de los estudiantes de fue de 23, 67 años, el 79.6% de encuestados tenía un alto nivel de conocimientos, 94.2% tenía un buen desempeño en prácticas preventivas, la percepción de riesgo era moderada. **Conclusiones:** Hubo un alto nivel de conocimiento y conductas preventivas, además de una moderada percepción de riesgo de los estudiantes.

Zhong B-L, Luo W, Li H-M, Zhang Q-Q, Liu X-G, Li W-T, et al. (China 2020)(31) En su estudio: “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19 entre los residentes chinos durante el rápido período de aumento del brote de COVID-19: una rápida encuesta transversal en línea” **Objetivo:** investigar los conocimientos, prácticas y actitudes hacia la COVID-19. **Materiales y método:** Estudio transversal en una población de residentes de Hubei, China, que en total fueron 6910 a los cuales se les planteó un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y practicas hacia COVID-19.

Resultados: La media de conocimientos sobre la COVID-19 fue de 10,8 (DE=1,6, rango=0-12) una tasa general correcta del 90 por ciento, el análisis de regresión logística se asoció con una menor probabilidad de desarrollar actitudes no positivas y prácticas de prevención hacia COVID-19 (OR: 0,75-0,90, P <0,001) **Conclusiones:** La mayoría de los residentes chinos con un estatus socioeconómico relativamente alto, especialmente las mujeres, tienen conocimientos de COVID-19, actitudes positivas hacia ella y prácticas adecuadas de COVID-19.

Bhagavathula AS, Aldhaleei WA, Rahmani J, Mahabadi MA, Bandari DK. (Emiratos Árabes Unidos 2020)(32) En su estudio: "Conocimientos y percepciones sobre el nuevo coronavirus (COVID-19): una encuesta a los trabajadores de la salud" **Objetivo:** determinar el conocimiento y percepciones de los TS acerca del COVID-19". **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio transversal sobre el COVID-19 en de marzo del 2020 con 529 participantes, se construyó una encuesta con 23 ítems distribuyendola al azar a los trabajadores a través de las redes sociales; se necesitó de 5 minutos para completarlo. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado con la finalidad de investigar el grado de asociación entre las variables con un nivel de significancia de p <0.05. **Resultados:** 453 TS hicieron la encuesta, el 61% de los trabajadores tenía poco conocimiento sobre su transmisión, y 63% poco conocimiento sobre el inicio de los síntomas además de mostrar una percepción positiva sobre prevención y control de COVID-19. **Conclusiones:** es necesario mejorar los conocimientos y las percepciones de los TS. Es necesario realizar intervenciones educativas.

Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. (China 2020)(33) En su estudio: "Conocimiento, actitud y práctica con respecto a COVID-19 entre los trabajadores de la salud en Henan, China" **Objetivo:** Analizar el conocimiento, prácticas y actitudes de los trabajadores de la salud sobre la COVID-19. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal en febrero del 2020 con 1357 trabajadores de la salud de 10 hospitales de Henan, China, a quienes se les aplicó una encuesta electrónica. **Resultados:** 85% de los trabajadores tenían conocimientos suficientes de COVID-19, 89.7% siguió buenas prácticas respecto a la COVID-19. **Conclusiones:** el nivel de conocimiento, la categoría laboral, experiencia influyeron en las actitudes y prácticas de los trabajadores sanitarios. Es necesario adoptar medidas para cuidar a los profesionales de primera línea.

Geldsetzer P. (Estados Unidos 2020)(34) En su estudio: "Conocimiento y percepciones de COVID-19 entre el público en general en los Estados Unidos y el Reino Unido: una encuesta transversal en línea". **Objetivo:** Evaluar las percepciones y el conocimiento sobre COVID-19 en una muestra por conveniencia del habitantes de Reino Unido y Estados Unidos. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio trasversal en 2986 y 2988

adultos residentes en Estados Unidos y Reino Unido, respectivamente, a quienes se le encuestó en línea, El cuestionario tuvo 22 preguntas sobre el conocimiento y las percepciones de COVID-19. **Resultados:** 79.8% (78.3%–81.2%) y 84.6% (83.3%–85.9%) Adultos residentes en Estados Unidos y Reino Unido respectivamente reconocen los síntomas comunes de COVID-19, solo el 37.8% (36.1%–39.6%) y 29.7% (28.1%–31.4%) por cada país reconocen que el uso de mascarilla es importante y protege contra el COVID-19, 74.8% (73.2%–76.4%) y 81.2% (79.8%–82.6%) residentes en Estados Unidos y Reino Unido respectivamente reconocen que las gotas de saliva que llegan a la boca o narices de personas que están cerca cuando una persona infectada estornuda o tose son maneras de contagio. **Conclusiones:** el público en general en el Reino Unido y Estados Unidos parece tener importantes conceptos erróneos sobre COVID-19.

Lau LL, Hung N, Go DJ, Ferma J, Choi M, Dodd W, et al. (Filipinas 2020)(35) En su estudio: “Conocimiento, actitudes y prácticas de COVID-19 entre hogares de bajos ingresos en Filipinas: un estudio transversal”. **Objetivos:** determinar cómo percibían el COVID-19 los hogares que se encuentran en extrema pobreza en Filipinas. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio transversal en 2428 de donde 2224 dieron su consentimiento para realizar la encuesta directa, las preguntas se basaron en instrumentos de encuesta CAP de estudios previos de la pandemia H1N1 2009 en China. **Resultados:** El 89,5% de los encuestados identificaron a los estornudos y la tos como una ruta de transmisión, el 82,2% de los encuestados identificó como una medida preventiva contra el virus al lavado de manos, pero la evitación de multitudes y el distanciamiento social solo se identificaron en el 40,6% y 32,4% respectivamente, el lavado de manos fue la práctica preventiva más común en respuesta al COVID-19, adoptado por 89. 9% de los encuestados. **Conclusiones:** la salud específica necesita de educación como estrategia de respuesta al COVID-19 en entornos de bajos ingresos, y es importante que las estrategias sean contextualmente relevantes.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Autoeficacia

A diario el hombre se enfrenta a situaciones que le llevan a tomar decisiones las cuales se derivan de un procesamiento interno el cual está sujeto a las creencias, conocimientos, experiencias anteriores, capacidades, etc.

Es la creencia que uno tiene sobre sí mismo para poder lograr una conducta objetivo, se ha estudiado profundamente la autoeficacia y sus características, además de los factores que intervienen en su completa expresión.

La autoeficacia está presente en todo momento modelando las acciones humanas, en la determinación de acciones, influenciando el camino que siguen las acciones de las personas al realizar determinadas actividades.

El desarrollo de la autoeficacia tiene un sustento en las siguientes teorías:

Teoría cognitiva social

Según la cual se sostiene que el medio ambiente es un determinante en el aprendizaje del ser humano y que este en base a la observación adopta conocimientos que pone en marcha de acuerdo a su conveniencia, la convivencia se convierte en un factor importante en este proceso y la observación de otros individuos(aprendizaje vicario) para aprender es fundamental(36).

Teoría del autoconcepto

Saber cómo es uno mismo, tener idea de ello, de la imagen que proyecta se conoce como autoconcepto, el cual es producto de la interacción de varios elementos los cuales se modelan el autoconcepto a lo largo de la vida. Según la teoría cognitiva el autoconcepto es parte del núcleo de la personalidad y sostiene que su origen se encuentra en la interacción social(37).

Teoría de la atribución

Esta teoría describe como la gente trata de explicar el comportamiento ellos y de los demás, los cuales son causados internamente o externamente; por ejemplo, el logro académico de un alumno es resultado de causas internas, pero si fuera favorecido por alguien sería resultado de causas externas. El conocimiento de ello ayuda a planificar las acciones propias(38).

Teoría de la motivación protectora

El miedo que se genera a las personas tras mostrarles las graves consecuencias que se derivan de no practicar determinadas conductas asociadas a la salud es un factor determinante que motiva a las personas a protegerse de algún daño, tal afirmación fue propuesta por Rogers (1983) y Harris y Midieron(1975), de tal manera que esta motivación serviría para prevenir la enfermedad y promovería la práctica de comportamientos relacionados al cuidado de la salud(39).

2.2.1.1. Fuentes de la autoeficacia

Según Bandura la autoeficacia se forma a partir de cuatro fuentes:

Experiencias de dominio

Refiere que la autoeficacia se forma en base a nuestras experiencias siendo una poderosa fuente de información, y es a partir de ellas que la autoeficacia se fortalece o disminuye(40).

Nivel de activación

Se debe interpretar la activación de acuerdo a como se enfrente la situación, por ejemplo al estar preocupado o ansioso la autoeficacia disminuye, en cambio, al estar psicológicamente preparado, emocionado, la autoeficacia aumenta (40).

Experiencias vicarias

Los logros son modelados por una segunda persona, pues el identificarse y aprender de alguien impacta en la autoeficacia, cuando la ejecución de la actividad por el modelo es buena el individuo mejora su eficacia, contrariamente a ello si el desempeño del modelo no es adecuado la eficacia del individuo disminuye (40).

Persuasión social

Los comentarios emitidos positivos emitidos por terceras personas refuerzan positivamente la autoeficacia, es una fuente importante ya que haría que el individuo perseverare, intente estrategias que le lleven a conseguir sus objetivos. La persuasión social podría ayudar a superar las dudas personales, además depende de la credibilidad, el dominio y la confianza de la persona que persuade (40).

2.2.1.2. Mecanismo de la autoeficacia en la determinación personal de la acción

Bandura señala que la autopercepción de la autoeficacia actúa en todas las esferas de la conducta durante la vida, siendo quien condiciona las acciones del ser humano pero las cuales están reguladas por un conjunto de determinantes conductuales, patrones de pensamiento y reacciones emocionales, esta regulación se da en base a cuatro procesos que actúan de manera conjunta y no aislada(19).

- Procesos cognitivos
- Procesos motivacionales
- Procesos afectivos
- Procesos de selección

Procesos cognitivos

Constantemente el hombre se encuentra tomado decisiones sobre las acciones que deba realizar para poder cumplir sus objetivos, y constantemente realiza auto estimaciones acerca de su capacidad para realizarlas, por lo que anulara aquellas conductas y acciones que crea no poder realizar y llevará a cabo aquellas que si crea poder realizar. Esto demuestra que cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida más retador es el objetivo trazado y habrá mayor convicción y firmeza para realizarla; además, para poder predecir los eventos que se deriven de realizar determinadas conductas se requiere de un procesamiento cognitivo efectivo lo que le lleva a generar hipótesis de factores predictivos, para comprobar sus juicios propuestos (41).

Procesos motivacionales

La motivación desde la perspectiva de la autoeficacia hace referencia a la activación y persistencia de la conducta para alcanzar un objetivo, además de influenciar para el logro de los objetivos, creerse eficaz para poder realizar una tarea alimenta positivamente la motivación, y esta a su vez genera un incremento en la autoeficacia(41).

Procesos afectivos

El creer que un individuo es capaz o no de realizar algo incrementa el nivel de estrés y depresión de acuerdo a su autoeficacia percibida según a que tan difícil o amenazadora sea una situación, consecuentemente también afecta su nivel de motivación(42).

Procesos de selección

La autoeficacia ejerce una gran influencia en las elecciones de los individuos, tiene una marcada importancia en las decisiones para la elección de actividades y situaciones ambientales por ejemplo algunas personas evitan seleccionar actividades que superan su capacidad. Un individuo con autoeficacia alta tendrá mayor posibilidad en la toma de decisiones, en este sentido alguien que confié en sus capacidades intelectuales podrá elegir una carrera universitaria entre varias(34).

2.2.1.3. Autoeficacia y salud

Bandura señala que la Salud y la enfermedad vienen a ser producto de una interacción entre lo psicosocial y lo biológico y según su teoría de autoeficacia en 1986, indica que las expectativas sobre la autoeficacia ejercen influencia en el estado de salud de las personas; además, es posible que los procesos cognitivos y motivacionales modulen el accionar de los comportamientos elegidos así como la persistencia de estos en el tiempo(44).

La adopción de medidas para minimizar los riesgos o precauciones para con la salud es un proceso de autorregulación que tiene dos componentes: uno que motiva la intención de cambio denominado motivación y otro la acción que le sigue de mantenimiento. La intensión de conducta que el individuo adopte en pro de la salud está conformada por tres esferas:

1. Las precepciones de riesgo formadas por las percepciones de vulnerabilidad y la gravedad de una dolencia o suceso adverso que muchas veces el individuo tiende a subestimar.
2. La expectativa de resultado viene a ser el conocimiento de un resultado posible producido por un determinado comportamiento
3. La autoeficacia percibida (39).

Ejemplificando cómo funcionan las tres esferas se podría decir que si una persona está convencida de que el abandono de tabaco puede traer una mejora en su salud y neutralizar los riesgos de tener cáncer de garganta lo cual representa una expectativa de resultado del individuo, pero si cree que no tiene la capacidad de poder realizar las acciones que le conduzcan a tal fin, entonces estamos frente a su expectativa de eficacia o autoeficacia(39).

La determinada aplicación de la autoeficacia devendría en efectos biológicos importantes, dentro de ellos el estrés que produce disfuncionalidades físicas por un mal manejo de este. La teoría social cognitiva de Bandura señala al estrés en términos de baja eficacia percibida, de tal manera que si un individuo maneja sus estresores no se perturbará. También señala que se puede fortalecer la eficacia de las personas(45).

La autoeficacia es capaz de potenciar las conductas de salud, ya que aquellos individuos que ostentan la capacidad de regular su accionar podrán lograr cambios de hábitos nocivos para su salud, todo ello regulado por procesos de motivación y conducta, esta última observable. Los cambios basados en metas e incentivos están influenciados socialmente(45).

2.2.1.4. Medición de la autoeficacia

Psicometría

Área fundamental de la psicología encargada de la medición del comportamiento humano, donde se evalúan constructos no observables directamente(46).

La medida obtenida mediante la administración de test pretende ser objetiva, esta objetividad en base a la sustitución de los juicios personales abordados por criterios subjetivos de normas conocidas permite obtener puntuaciones de los individuos, así como sus interpretaciones. En la medida que los datos obtenidos sean representativos permitirán obtener puntuaciones que sirvan para la realización de inferencias(47).

Escala de autoeficacia

La medida de la autoeficacia se debe realizar presentando tareas en distintos grados de dificultad o impedimento para un rendimiento con éxito, tales evaluaciones informan de los niveles de dificultad que las personas son capaces de superar, si los obstáculos son menores o no existen los niveles de autoeficacia serán altos (48).

Los ítems que conformen la escala deben ser de fácil entendimiento, deben evitarse:

Ítems mal redactados o ambiguos

Vocabulario que no es el cotidiano

Multifuncionalidad de los ítems en donde los individuos presentan diferentes niveles de percepción de su capacidad.

La metodología estandarizada para medir la autoeficacia incorpora ítems con variados niveles de exigencia de tareas y las personas tienen que estimar la fortaleza con respecto a las creencias en la habilidad que tienen para realizar determinadas actividades. Se realiza el registro de la fortaleza de su autoeficacia mediante una escala de 100 puntos segmentada en intervalos de 10 puntos que inicia desde cero (No puedo hacerlo), va ascendiendo hasta un grado intermedio de seguridad (relativamente de poder hacerlo), llegando a una seguridad completa (seguro de poder hacerlo), se esquematiza de la siguiente manera:

	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	No			Relativamente			Seguro			
	puedo			seguro de			de			
	hacerlo			poder hacerlo			poder			
							hacerlo			

En lo posible evitar escalas que usan pocas alternativas puesto que tienen poca sensibilidad y confiabilidad, esto debido a que los individuos muchas veces evitan las alternativas extremas. Incluir pocas alternativas lleva a una pérdida sustancial de información diferencial ya que puede suceder que haya mucha diferencia entre dos personas que se ubican en una misma categoría. En una escala sensible las respuestas pueden distribuirse en todo el rango de alternativas existentes. Por otro lado la escala no presenta valores negativos por que el valor mínimo de cero representa la completa incapacidad, el cual no presenta niveles más bajos y no tendrían sentido (48).

2.2.2. COVID-19

2.2.2.1. Virus

Los virus son microorganismos infecciosos, minúsculos con un tamaño de 20 a 300 nm. de diámetro, tienen solo un tipo de materia genética (ADN O ARN). El genoma está envuelto por una envoltura proteica y por otra lipídica, se replican solo en el interior de una célula pues son inertes en el medio extracelular (49).

2.2.2.2. Coronavirus

Los coronavirus comprenden una larga familia de virus que infectan al ser humano como también a animales, son de tipo ARN con envoltura, de 120 a 160 nm de diámetro, presentan proyecciones de superficie a manera de pétalos a manera de flecos que asemejan una corona solar. En la mayoría de seres humanos producen enfermedad respiratoria aguda leve (resfriados) (49) (50).

Existen 9 tipos de coronavirus:

229E (alfa coronavirus)

NL63 (alfa coronavirus)

OC43 (beta coronavirus)

HKU1 (beta coronavirus)

MERS-CoV (el beta coronavirus que causa el síndrome respiratorio de oriente medio o MERS)

SARS-CoV (el beta coronavirus que causa el síndrome respiratorio agudo severo o SARS)

SARS-CoV-2 (el nuevo coronavirus que causa la enfermedad por coronavirus 2019 o COVID-19) (50).

2.2.2.3 Definición de covid-19

Trastorno infeccioso de carácter agudo, principalmente de vías respiratorias, originado por el coronavirus SARS-Cov-2, identificado primero en Wuhan, China, en diciembre del 2019. Esta enfermedad tiene generalmente un curso asintomático, pero en una minoría necesita hospitalización causando incluso la muerte, sobre todo en personas inmunodeprimidas, portadores de dolencias crónicas o ancianos (51)(3).

2.2.2.4. Variantes

Del mismo modo que otros virus el SARS-Cov-2 tiende a evolucionar con el pasar del tiempo, estas mutaciones usualmente presentan poco impacto en la función viral, algunas variantes han atraído la atención debido a su acelerada propagación e implicancia clínica, a estas se les denomina variantes de preocupación (Alfa, Beta, Gama, Delta, Omicron)(52).

2.2.2.5. Transmisión

El principal modo de transmisión por medio de gotitas de saliva y fómites. Cuando un individuo infectado estornuda, tose o habla el virus se libera en las secreciones respiratorias. Si estas gotitas entran en contacto directo con las membranas mucosas pueden infectar a otros. La infección también suele darse al tocar una superficie contaminada y luego tocarse los ojos, nariz o boca. Por lo general, las gotas no se desplazan más de seis pies (aproximadamente dos metros) y no se quedan flotando en el aire (3)(51).

La mayor fuente de transmisión son los pacientes infectados; así mismo, la persona infectada que no presenta síntomas también puede tornarse en una fuente de contaminación (53).

2.2.2.6. Etiopatogenia

El causante de la enfermedad es el virus SARS-CoV-2 perteneciente al género Betacoronavirus, subfamilia Orthocoronavirinae, familia coronaviridae, orden nidovirales, cuyo material genético es de ARN el cual presenta polaridad positiva y 30 mil pares de bases protegido por una envoltura de forma esférica de donde emergen tres estructuras proteicas: S, E, M, La S permite que el virus se introduzca dentro de las células humanas, la E es para el ensamblaje viral, y la M interactúa con la nucleocápside. Cuando el virus ingresa al cuerpo por los mecanismos ya mencionados se unen a los receptores de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE 2) que están en los pulmones y otras partes del cuerpo, la adhesión de la proteína S con el receptor favorece el ingreso del virus a la célula en donde se adosa a los ribosomas e inicia la traducción y síntesis de los componentes del virus, luego se ensamblan y salen de la célula destruyéndola y produciendo su muerte. Posteriormente el cuerpo desarrolla una respuesta inflamatoria denominada tormenta de citoquinas, mecanismo principal para el desarrollo del síndrome de dificultad respiratoria agudo, causa más importante de muerte por COVID-19, esta respuesta desregulada del cuerpo es por la liberación de abundantes cantidades de citocinas pro inflamatorias por las células del sistema inmune y provoca gran daño tisular (51).

2.2.2.7. Características clínicas

La enfermedad cursa con periodo de incubación poco, se presume que ocurre entre 2 y 14 días después de la exposición, la mayor parte de los casos ocurren dentro de los 5 días posteriores a la exposición.

La mayor cantidad de infecciones se autolimitan. COVID-19 tiende a generar enfermedad más grave en ancianos o en pacientes con problemas médicos subyacentes. Según un informe del centro de control y prevención de enfermedades de China que incluyó aproximadamente 44.500 confirmados, se informó una enfermedad leve en el 81% de los pacientes, enfermedad grave (hipoxemia, > 50% de afección pulmonar evidenciada en imágenes en 24 a 48 horas) en 14%, enfermedad crítica (insuficiencia respiratoria, shock, síndrome de disfunción multiorgánica) reportado en 5%. La tasa de letalidad fue de entre 2,3 y 5% (3).

Edad afectada

- En su mayoría de mediana edad (mayores de 30 años) y ancianos.
- En los niños la infección sintomática parece ser poco común, y cuando se da, generalmente es leve(3).

Presentación clínica

La enfermedad inicia gradualmente días después de la infección, en orden de frecuencia los síntomas más comunes son:

- Fiebre (88%)
- Tos seca (68%)
- Cansancio (38%)
- Producción de esputo (33%)
- Falta de aliento (19%)
- Dolor muscular o articular (15%)
- Dolor de garganta: (14%)
- Cefalea (14%)
- Escalofrío (12%)
- Náusea o vómito (5%)
- Congestionamiento nasal (5%)
- Alteraciones del gusto y del olfato (anosmia, hiposmia, ageusia o disgeusia): (5%) (51).

En base a la gravedad de la presentación de los síntomas se puede realizar la siguiente clasificación clínica:

Caso leve. La sintomatología clínica es leve y las imágenes no evidencian manifestaciones de neumonía.

Caso moderado. Presencia de fiebre y sintomatología respiratoria, etc. Y las imágenes evidencian manifestaciones de neumonía.

Caso severo. Adultos que tengan cualquiera de los criterios siguientes: frecuencia respiratoria ≥ 30 / min; saturación de oxígeno $\leq 93\%$ en reposo; presión arterial parcial de oxígeno (PaO₂) / oxígeno concentración (FiO₂) ≤ 300 mmhg. Pacientes con $> 50\%$ de incremento de las lesiones entre uno a dos días en la imagenología pulmonar deben considerarse y tratarse como casos graves.

Caso crítico. Al menos uno de los criterios siguientes: insuficiencia respiratoria que amerite ventilación mecánica; shock; falla orgánica que necesite tratamiento y monitoreo en la UCI (54)

2.2.2.8. Diagnóstico

Se establece mediante la secuenciación de ARN viral, específicamente con la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa en tiempo real (RT-PCR) por técnicas convencionales o a través de pruebas rápidas. La muestra es del tracto respiratorio superior o inferior (51).

En los escenarios de transmisión comunitaria, la clínica determina el diagnóstico del individuo y sus antecedentes epidemiológicos, y las pruebas de laboratorio permiten confirmar o descartar los casos(55).

El ministerio de salud del Perú, de acuerdo a la severidad de los casos, establece una clasificación:

Caso leve. Individuo que presenta infección aguda respiratoria con al menos dos signos y síntomas: Malestar general, tos, fiebre, dolor de garganta, congestión nasal.

Caso Moderado. Individuo que presenta infección aguda respiratoria con al menos uno de los criterios: Frecuencia respiratoria >22 respiraciones por minuto, dificultad respiratoria o disnea, saturación de oxígeno < de 95%, nivel de conciencia alterado(desorientación, confusión), shock o hipotensión, signos clínicos y/o radiográficos sugestivos de neumonía, recuento de linfocitos < de 1000 células/ul.

Caso severo. Individuo con infección aguda respiratoria que presenta 2 o más criterios: PaCO₂ < 32mmhg o frecuencia respiratoria > de 22 respiraciones por minuto, nivel de conciencia alterado, PAM < 65 mmhg o presión sistólica < de 100 mmHg , PaFi < 300 (55).

2.2.2.9. Tratamiento

La mayoría de individuos que se infectan con el SARS-CoV-2 se pueden recuperar sin la necesidad de algún tratamiento, hasta la fecha no existe un tratamiento efectivo contra esta enfermedad por lo que cuando los casos son leves se brindan medidas generales de tratamiento: uso de analgésicos como el paracetamol, descanso, tomar suficiente líquido y el aislamiento. Cuando los casos son de mayor gravedad requieren manejo médico especializado en un establecimiento de salud. Actualmente la vacuna se encuentra en investigación. (51) (55) (3).

2.2.2.10. Prevención

La organización mundial de la salud (OMS) brinda recomendación para el público en general para la prevención, a continuación, se enumeran las medidas más importantes:

- 1.lavarse las manos con regularidad con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol, debido a que esta práctica elimina los virus de la superficie de las manos.
- 2.Mantener una distancia de al menos 1 metro entre personas, debido a que, si uno de ellos estaría infectado, el virus se elimina por las gotas que se emiten por la boca o nariz al momento de hablar y puede contagiar al otro.

3. Evitar asistir a lugares concurridos pues al estar en ellos es más difícil mantener el distanciamiento mínimo de 1 metro y se incrementa la posibilidad de estar en contacto con alguien que tenga COVID-19.

4. El uso de mascarilla es necesario en escenarios de transmisión comunitaria y cuando no se pueda mantener el distanciamiento, las mascarillas son clave para detener la propagación.

5. Evitar el contacto de las manos con la boca, nariz y ojos, debido a que las manos entran en contacto con otras superficies y pueden ser medio de transporte de los virus.

6. Practicar la higiene respiratoria, es decir, al momento de estornudar cubrirse la nariz y boca con el codo o pañuelo y después desecharlo y lavarse las manos con agua y jabón.

7. Quedarse en casa y cumplir el aislamiento si es que se presentan síntomas leves tales como: dolor de cabeza, tos, fiebre, hasta que esté recuperado. Pedir a alguien para que le alcance los suministros, si se requiere salir de casa usar mascarilla para no contagiar a otras personas.

8. Si hay presencia de tos, fiebre, dificultad para respirar, buscar atención médica, pero antes llamar por teléfono y seguir con las recomendaciones de la autoridad sanitaria local, ya que ellos tienen información de cómo está la situación en el área, esto también ayudará a dirigir al enfermo a un centro de salud adecuado para su atención y ayudará a no propagar la enfermedad.

9. Mantenerse informado con datos recientes de fuentes confiables como la OMS y organizaciones locales y nacionales(56).

Es posible realizar el manejo de casos leves y moderados sin factores de riesgo en el domicilio aislando a los pacientes, o cuando la atención en hospitales no está disponible o no es segura (por ejemplo, en casos donde la capacidad es insuficiente para satisfacer los requerimientos de servicios de atención médica). La decisión de aislar y cuidar a una persona enferma en el hogar depende de los siguientes factores: 1) examen clínico del paciente COVID-19, 2) evaluación del entorno domiciliario y 3) capacidad para monitorear la evolución clínica de una persona con COVID-19 en casa(57).

Las recomendaciones para el manejo domiciliario de los pacientes con COVID-19 según la OMS son las siguientes:

1. Limitar el desplazamiento de las personas con COVID-19 por espacios compartidos (cocina, baño), o garantizar que estos ambientes estén adecuadamente ventilados.

2. Evitar entrar en contacto con el paciente, si tal situación no fuera posible, mantener el distanciamiento de al menos 1 metro, por ejemplo, dormir en camas separadas.

- 3.Limitar la cantidad de cuidadores de una persona, en lo posible una sola y que cuente con buena salud y no tenga factores de riesgo.
- 4.Evitar el ingreso de visitantes al hogar hasta que el paciente no presente síntomas de COVID-19, esté recuperado y ya no esté en aislamiento.
- 5.Aplicar la higiene de manos en los 5 momentos que la OMS recomienda, antes de ingerir alimentos, después de ir al baño, y siempre que se advierta alguna suciedad en las manos, también se puede hacer uso de un gel hidroalcohólico. Cuando haya suciedad notoria lavarse con agua y jabón.
- 6.Proporcionar una mascarilla medica al paciente la cual debe cambiarse a diario o si se moja o mancha con secreciones, debe respetarse la higiene respiratoria, cubrirse con el codo o un pañuelo al toser o estornudar, luego desechar el pañuelo y lavarse las manos.
- 7.Todo material usado para cubrirse al estornudar o toser debe ser desechado o lavado con agua y jabón o detergente.
- 8.Los cuidadores de pacientes con COVID-19 deben portar mascarilla médica que cubra adecuadamente la nariz y boca, no debe manipularse cuando se esté usando, si se moja con secreciones o se mancha deberá ser retirada y desechada. La técnica para retirarla debe ser adecuada, no tocar la parte anterior.
- 9.Evitar el contacto con los fluidos del paciente, como las respiratorias, orales, además de heces. Para manipular fluidos del paciente se deberán colocar guantes los cuales deben ser desechados luego de su uso, y el lavado de manos debe ser antes y después del procedimiento.
- 10.Para la manipulación de toallas, sábanas, limpieza de superficies, etc. Se deben usar ropa de protección y guantes de limpieza domésticos o desechables, según el contexto.
- 11.Se deben limpiar una vez al día las superficies de uso diario (estantes, mesas de noche, partes de la cama) superficies del baño u otros en contacto con el paciente al menos una vez al día, luego de una limpieza inicial con agua y jabón o detergente se procede a limpiar con un desinfectante domestico tipo hipoclorito de sodio 0.1%(1000 ppm)
12. Las sábanas, platos, toallas deben ser de uso exclusivo del paciente y no deben compartirse, no es necesario desecharlos puesto que se pueden lavar con agua y jabón luego del uso.
13. Las sábanas, platos, toallas deben lavarse a mano con agua y jabón. Si el lavado es con máquina estas deben lavarse a temperatura de 60°- 90°C con detergente, finalmente se debe dejar secar.

14.Los guantes de nitrilo o látex deben desecharse luego del uso, los guantes de casa deben lavarse con jabón y agua y desinfectarse con hipoclorito de sodio 0.1%. Antes y luego del uso de guantes realizar el lavado de manos.

15.Los desechos que se generan durante la atención de un paciente con COVID-19 deben colocarse en bolsas resistentes antes de la recogida por los responsables de los servicios municipales, si no se contase con este servicio, se puede proceder a enterrar los desechos o sino quemarlos, pero esto es lo último que se hace por los efectos nocivos a la salud humana y ambiental.

16.Evitar la exposición a objetos que use el paciente y estén contaminados como, por ejemplo: cepillos, utensilios de cocina, cigarrillos, ropa de cama, toalla, esponjas (57) En la ciudad de Ayacucho se ha puesto a disposición líneas telefónicas para que las personas que presenten síntomas asociados a COVID-19 puedan llamar y recibir una orientación respecto a su padecimiento. La línea telefónica disponible es el 928359313 y 925546343 o los números del Servicio de Asistencia Municipal de Emergencias(SAMU) que son el 106, 066 527020, 066 634411(58).

2.3. Definición de conceptos operacionales

Autoeficacia: Creencias de los individuos sobre sus capacidades para el logro de determinados resultados, será medida como prevención, detección y manejo (48).

Prevención: Preparación y disposición que se realiza anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo (59), será medida en una escala de autoeficacia de cero a cien.

Detección: descubrir la existencia de algo (59) , será medida en una escala de Likert de cero a cien.

Manejo: Dirigir a alguien o algo a un objetivo o una situación (59), será medida en una escala de Likert de cero a cien.

COVID-19: Trastorno infeccioso de carácter agudo, principalmente respiratorio, causado por el coronavirus SARS-Cov-2 (51).

Sexo: Condición de organicidad que diferencia a la mujer del varón. Será medida como varón y mujer.

Facultad: Divisiones académicas de la universidad en las que se organizan los estudios para una determinada carrera. Se clasificará por cada facultad.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

El nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.

3.1.2 Hipótesis específicas

El nivel de autoeficacia en la prevención de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.

El nivel de autoeficacia en la detección de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.

El nivel de autoeficacia en el manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.

El nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según sexo, febrero del 2021 es alto.

El nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según facultad, febrero del 2021 es alto.

3.2. Variables

Variable principal:

Autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19

Dimensiones:

D1: Prevención de la COVID-19

D2: Detección de la COVID-19

D3: Manejo domiciliario de la COVID-19

Variables secundarias:

Sexo

Facultad

Operacionalización de Variables (ANEXO 1)

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE ESTUDIO

4.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa debido a que: *“El enfoque cuantitativo se vale de la recolección de datos para probar hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de establecer patrones de comportamiento”*. (60). Por otro lado *“El medio principal para este tipo de investigación es la medición y el cálculo”* (61), en esta investigación mediante el uso de una escala se pretenderá medir el nivel de autoeficacia

Diseño de la investigación:

De acuerdo al periodo de registro de la información, es un estudio prospectivo porque *“En los estudios prospectivos se registra la información según va ocurriendo los fenómenos”*(62). En este estudio la recogida de datos será luego de planificar el estudio. De acuerdo al periodo y secuencia del estudio, es un estudio transversal: *“Un estudio es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo. En este caso el tiempo no es importante en relación a como se dan los fenómenos”*(62).

De acuerdo al análisis y alcance de los resultados, es un estudio descriptivo: *“Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población“*; además: *“Su propósito es describir la realidad objeto de estudio, un aspecto de ella, sus partes, sus clases, sus categorías o las relaciones que se pueden establecer entre varios objetos, con el fin de esclarecer una verdad, corroborar un enunciado o comprobar una hipótesis”*.(61)

4.2. Método de investigación

El tipo de método usado en la presente investigación es el deductivo: *“El método deductivo, planteado en forma clara por descartes, parte de principios generales y sobre ellos se estructura, mediante un razonamiento, un cuerpo doctrinal”* (63)

4.3 Población y muestra

Unidad de Estudio

Estudiante de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Población

La población para el presente estudio estuvo conformada por 12030 estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Tamaño de Muestra

El tamaño de muestra fue de 372 estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, determinada a través de un nivel de confianza de 95%, y con un porcentaje de error muestral de 5%, mediante la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{[e^2 (N)] + [Z^2 pq]}$$

$$n = \frac{NZ^2 pq}{[e^2 (N)] + [Z^2 pq]}$$

$$n = 372$$

n	:	Tamaño de muestra
z	:	Nivel de confianza del 95%(1.96)
p	:	Proporción de éxito del 50%(0.5)
q	:	1 – p
e	:	Error muestral del 5%
N	:	Población (12030)

Criterios de inclusión

Alumnos de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, de ambos sexos con edades entre 20 y 40 años.

Que tengan correo institucional.

Que acepten participar voluntariamente.

Que no cursen estudios en la Facultad de ciencias de la Salud.

Criterios exclusión

Alumnos de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga menores de 20 años y mayores de 40 años.

Que no tengan correo institucional.

Quienes no deseen participar en el estudio.

Que cursen estudios en la Facultad de ciencias de la Salud.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: La técnica que se empleó es la encuesta para indagar sobre la autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19.

Instrumento: Se utilizó el cuestionario COVID-19-SES, instrumento psicométricamente robusto que tiene como objetivo medir el nivel de autoeficacia, en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19, consta de tres partes (ANEXO 1)

COVID-19-SES

El 28 de junio del 2020 el Instituto de Publicación Digital Multidisciplinario (MDPI) ubicado en Suiza publica en su página web un artículo de la Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública denominado: “Diseño y análisis psicométrico de la escala de autoeficacia de prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19” realizado por José Hernández-Padilla y colaboradores en su mayoría de la Universidad de Almería en España.

El estudio de corte transversal tuvo como objetivo desarrollar y probar psicométricamente la escala de prevención, detección y manejo del hogar de la COVID-19 (COVID-SES-19). En una población de seiscientos setenta y ocho personas se recopilaron datos entre marzo y mayo del 2020, se estudió la validez de COVID-19-SES (contenido, criterio y constructo), confiabilidad (consistencia interna y fiabilidad test- re test) y legibilidad. La confiabilidad de COVID-SES-19 fue alta (alfa de cronbach=0.906; coeficiente de correlación interclase=0.74).

El COVID-19-SES mostró buena validez de contenido (índice de validez de contenido de la escala = 0,92) y buena validez de criterio cuando se compararon los resultados de los participantes en el COVID-19-SES con su autoeficacia general ($r = 0,38$; $p < 0,001$). El análisis de validez de constructo reveló que la estructura de tres factores del COVID-19-SES explicaba el 52,12% de la varianza encontrada y era congruente con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para prevenir el contagio y la propagación del COVID-19. El análisis de legibilidad mostró que el COVID-19-SES es fácil de leer y comprender para los laicos. El autor concluye diciendo que el COVID-19-SES es un instrumento psicométricamente robusto que permite una evaluación válida y confiable de la autoeficacia de las personas para prevenir, detectar síntomas y controlar el COVID-19 en el hogar (64)

El COVID-SES-19 está estructurado en tres segmentos cada uno con sus ítems respectivos:

I. A la hora de prevenir síntomas de COVID-19 estoy seguro de que SIEMPRE puedo...

1. Lavarme frecuentemente las manos con agua y jabón o con desinfectante de manos en cualquier lugar.
2. Toser cubriéndome la nariz y la boca con un pañuelo o con el codo flexionado con independencia de la situación.
3. Evitar tocarme los ojos, la nariz y la boca en todo momento.
4. Mantener, como mínimo, un metro de distancia con todas las personas que me rodean en cualquier contexto.
5. Evitar reuniones numerosas, aunque mi trabajo o mi vida personal dependa de ello.

6. No salir a la calle salvo necesidad extrema (por ejemplo: ir al médico, ir a la farmacia por algo urgente o ir a comprar productos de primera necesidad).

II. A la hora detectar síntomas de COVID-19 estoy seguro de que SIEMPRE puedo...

7. Identificar si tengo síntomas de COVID-19.
8. Decidir qué síntomas requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que acuda al médico según el protocolo recomendado por las autoridades sanitarias.
9. Decidir qué situaciones de riesgo requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que siga con mi vida normal según las recomendaciones de las autoridades sanitarias.
10. Llamar al número de teléfono correcto que han habilitado las autoridades sanitarias de mi región para emergencias relacionadas con el COVID-19.

III. A la hora de manejar el contagio o la sospecha de contagio en algún miembro de mi hogar, estoy seguro de que SIEMPRE puedo...

11. Aislar a la persona con síntomas en una habitación de uso exclusivo y con una ventana a la calle, por muy duro que sea.
12. Garantizar que los desechos de la persona con síntomas van a un tacho de basura con tapa automática y a una bolsa de cierre hermético, que no se comparte con otros miembros del hogar.
13. Reservar, si es posible, un cuarto de baño para uso exclusivo de la persona con síntomas.
14. Mantener la puerta de la habitación de la persona con síntomas cerrada todo el tiempo.
15. Limitar la circulación de la persona con síntomas por el hogar, aunque a veces sea difícil.
16. Mantener una distancia mínima de 2 metros con la persona con síntomas en todo momento.
17. Garantizar que la persona con síntomas usa mascarilla cada vez que sale de la habitación, sin excepción.
18. Realizar una limpieza diaria exhaustiva siguiendo las recomendaciones de los expertos en lo relativo al material, productos desinfectantes, temperatura del agua y superficies de especial importancia.
19. Eliminar los desechos de la persona con síntomas siguiendo las recomendaciones de seguridad de los expertos.

El sistema de puntuación del COVID-SES-19 se determina calculando la puntuación media de cada participante y su desviación estándar (DE) clasificándolos de la siguiente manera:

Muy baja autoeficacia = puntuaciones > 2 DE debajo de la media,

Baja autoeficacia = puntuaciones entre 1–2 DE por debajo de la media,

Autoeficacia moderada = puntuaciones \leq 1 DE por debajo de la media,

Alta autoeficacia = puntuaciones \leq 1 DE por encima de la media y

Autoeficacia muy alta = puntuaciones > 1 DE por encima de la media (64)

ADECUACIONES REALIZADAS:

Pregunta 6

Se modificó “ir a la farmacia a por algo urgente” por “ir a la farmacia por algo urgente”

Justificación: innecesario el uso de la letra a para la compresión del enunciado.

Pregunta 12

Se modificó “cubo de basura” por “tacho de basura”

Justificación: En nuestro medio, a diferencia de España, el recipiente donde se almacena la basura se conoce como tacho de basura.

Pregunta 17

Se modificó “Garantizar que la persona con síntomas usa mascarilla y guantes cada vez que sale de la habitación, sin excepción” por “Garantizar que la persona con síntomas usa mascarilla cada vez que sale de la habitación, sin excepción”.

Justificación: Se quitó la recomendación del uso de guantes en personas con síntomas cada vez que salen de la habitación ya que actualmente dentro de las recomendaciones de la OMS no especifican el uso de guantes para salir de la habitación.

4.5 Recolección de datos

El proyecto de investigación fue aprobado para su ejecución mediante RESOLUCIÓN DECANAL Nro. 090-2022-FCSA-UNSCH/D (ANEXO 3), por lo que la recolección de datos se realizó en el periodo de enero a marzo del 2022, se contó con la asesoría de 2 docentes de la UNSCH (ANEXO 4).

Se dispuso de la población de estudio a través de la página web de la UNSCH (www.unsch.edu.pe) de donde se obtuvieron los correos institucionales de los alumnos, los cuales son de acceso libre en la web; se envió el cuestionario COVID-19-SES (ANEXO 2) a los participantes a través del correo institucional, el cual fue presentado a través de la plataforma de formularios de Google registrada con la dirección del correo electrónico del investigador (jorge.proano.29@unsch.edu.pe), el instrumento estuvo precedido por el consentimiento informado respectivo (ANEXO 5).

Los participantes pudieron acceder a la encuesta a través de cualquier dispositivo electrónico (Smartphone, Tablet, laptop, etc.) con acceso a internet. La encuesta no tuvo límite de tiempo para su realización, una vez culminada, las respuestas se almacenaron en el drive de Google del investigador el cual es una extensión de la cuenta del correo electrónico. El periodo de recolección de datos virtual estuvo activo desde el 30/01/22 hasta el 29/03/22 tiempo en que se alcanzó el numero muestral requerido, una vez finalizado el proceso se extrajeron los resultados de la hoja de cálculo ubicada en la sección de respuestas y fueron llevados al programa informático para su procesamiento previo control de calidad de los datos

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron transferidos al programa informático Excel versión 2016.

Se empleó la escala recomendada por el COVID-19-SES para la clasificación de la puntuación final de cada participante.

Basados en la estadística descriptiva se elaboraron tablas de doble entrada (tablas de contingencia) según los objetivos propuestos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados:

TABLA 1A Distribución de la muestra según sexo.

Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
217	58.4	155	41.6	372	100

La muestra estuvo constituida por 372 estudiantes de los cuales 217(58.4%) fueron hombres y 155(41.6%), mujeres.

TABLA 1B Distribución de la muestra según facultad.

FACULTAD									
	Fac. Cs. AGRARIAS	Fac. Cs. BIOLÓGICAS	Fac. Cs. DE LA EDUCACIÓN	Fac. Cs. ECONOM. ADMIN. Y CONTABLES	Fac. Cs. SOCIALES	Fac. DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS	Fac. ING. QUÍMICA Y METALURGIA	Fac. MINAS GEOLOGÍA Y CIVIL	TOTAL
N°	53	35	27	61	51	25	28	92	372
Porcentaje	14%	9%	7%	16%	14%	7%	8%	25%	100%

De acuerdo a facultades, 53(14%) son de Ciencias Agrarias, 35(9%) de Ciencias Biológicas, 27(7%) de Ciencias de la educación, 61(16%) de Ciencias económicas administrativas y contables, 51(14%) Ciencias sociales, 25(7%) de Derecho y ciencias políticas, 28(8%) de Ingeniería química y metalurgia, 92(25%) de Minas geología y civil.

TABLA 2A Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, enero - marzo del 2022.

Nivel de autoeficacia	M±DE	M±DE
Prevención		
Lavado de manos regular y minuciosamente con agua y jabón o limpieza con un desinfectante para manos a base de alcohol donde quiera que se vaya.	72.44±23.36	64.9±19
Cubrir la boca y nariz con un pañuelo desechable o codo doblado cada vez que se tose o estornuda.	83.12±22.36	
No tocar los ojos, nariz o boca bajo ninguna circunstancia.	62.39±25.7	
Mantener al menos un metro de distancia entre uno y los demás en todo momento.	58.22±26.8	
Evitar estar en contacto con grandes grupos de personas, incluso si la vida profesional y social está en juego.	60.21±27.28	
Salir cuando esté permitido y siguiendo las instrucciones del gobierno.	52.86±30.29	
Detección		
Identificar si se tienen síntomas de COVID-19 rápidamente después de que aparezcan.	64.35±27.22	58.8±28.83
Decidir cuándo los síntomas requieren que se llame al número de teléfono de emergencia de COVID-19 o que se busque a ver a un médico, siguiendo las recomendaciones de las autoridades de salud.	57.82±28.91	
Decidir cuándo la situación requiere llamar al número de teléfono de emergencia COVID-19 o que se continúe con la vida normal, de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades de salud	60.19±27.38	
Llamar al número de teléfono correcto que las autoridades de salud de la región han habilitado para emergencias de COVID-19.	53.2±31.81	
Manejo domiciliario		
Aislar a las personas con síntomas en una habitación bien ventilada para uso exclusivo, sin importar cuán difícil sea esto.	63.68±28.09	63.9±24.2
Asegurarse de que los desechos de la persona con síntomas vayan a un contenedor de basura con cierre automático y una bolsa sellada, que no se comparte con otros miembros del hogar.	65.2±30.1	
Reservar, si es posible, un baño para uso exclusivo de la persona con síntomas.	58.42±31.7	
Mantener la puerta de la habitación de la persona con síntomas cerrada en todo momento.	59.31±30.71	
Limitar el movimiento de la persona con síntomas en la casa, incluso si a veces es difícil.	60.47±29.2	
Mantener una distancia mínima de 1 metro de la persona con síntomas en todo momento.	63.49±29.09	
Asegurarse de que la persona con síntomas use una máscara y guantes cada vez que salga de la habitación, sin excepción.	68.05±29.86	
Realizar una limpieza diaria exhaustiva siguiendo las recomendaciones de los expertos con respecto al material, los productos desinfectantes, la temperatura del agua y las superficies importantes.	66.95±28	
Eliminar los desechos de la persona con síntomas siguiendo las recomendaciones de seguridad de los expertos.	69.87±28.66	

De acuerdo a la media y desviación estándar de los ítems en prevención se tiene que la puntuación más alta obtenida fue la de poder cubrirse la boca y nariz cuando se tose (83.12 ± 22.36) evidenciando que los estudiantes se encuentran más seguros de hacerlo que de cumplir las restricciones del gobierno como salir cuando esté permitido (52.86 ± 30.29). Las puntuaciones para reconocer los síntomas estuvieron en un rango menor, la seguridad de identificar síntomas tuvo 64.35 ± 27.22 , puntuación que indica más indecisión que seguridad, en tanto que el llamar a un número de teléfono para COVID-19 arrojó relativa seguridad de poder hacerlo. En el manejo domiciliario el asegurarse que una persona con síntomas use máscara cada vez que salga de la habitación obtuvo 68.05 ± 29.86 , menor seguridad se evidenció para reservar un baño exclusivo para alguien con síntomas (58.42 ± 31.7)

TABLA 2B nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, enero - marzo del 2022.

AUTOEFICACIA	Total	
	Nº	%
Muy baja autoeficacia (<23)	13	3%
Baja autoeficacia (23-42)	48	13%
Autoeficacia moderada (43-63)	115	31%
Alta autoeficacia(64-83)	140	38%
Autoeficacia muy alta (>83)	56	15%
Total	372	100%

M=63.20218, DE=19.95535

De acuerdo al COVID-SES-19, 13(3%) presenta muy baja autoeficacia; 48(13%), baja; 115(31%), moderada;140(38%), alta; 45(15%), muy alta.

INTERPRETACIÓN:

La media de autoeficacias total fue de 63.2 con una desviación estándar (DE) de 19.9, por lo que según los resultados porcentuales el 69% de la muestra está comprendida a no más de una DE, lo cual es estadísticamente aceptable, así como 97% está a no más de 2 DE.

La mayoría de estudiantes presentan una alta autoeficacia (38%), y moderada (31%) esto probablemente por ser jóvenes que tienen acceso a la educación, pero sin embargo hay quienes, aun estando en condiciones semejantes, ostentan autoeficacias muy bajas y bajas. Y un grupo reducido presento una puntuación mayor de 83, corresponde al 15% lo cual indica que están seguros de poder ejecutar las acciones correspondientes a las dimensiones del COVID-19-SES.

TABLA 3 Autoeficacia en la prevención de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, enero - marzo del 2022.

Autoeficacia en la prevención	Total	
	Nº	%
Muy baja autoeficacia (<27)	16	4%
Baja autoeficacia (27-45)	33	9%
Autoeficacia moderada (46-65)	131	35%
Alta autoeficacia(66-84)	133	36%
Autoeficacia muy alta (>84)	59	16%
Total	372	100%

$M=64.9, DE=19$

En el primer componente del COVID-19-SES encontramos 16(4%) estudiantes con muy baja autoeficacia en cuanto a la prevención; 33(9%), baja; 131(35%), moderada; 133(36%) alta; 59(16%), muy alta.

INTERPRETACIÓN:

La primera dimensión del COVID-19-SES mostró que el mayor porcentaje de estudiantes presenta una autoeficacia alta (36%), quienes a la hora de prevenir síntomas tienen una alta seguridad de poder hacerlo, seguidos por quienes se encuentran relativamente seguros de poder prevenir síntomas (35%). Solo 4% de participantes no pueden hacerlo.

TABLA 4 Autoeficacia en la detección de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, enero - marzo del 2022.

Autoeficacia en la detección	Total	
	Nº	%
Muy baja autoeficacia (<10)	8	2%
Baja autoeficacia (10-34)	48	13%
Autoeficacia moderada (35-59)	127	34%
Alta autoeficacia(60-83)	121	33%
Autoeficacia muy alta (>83)	68	18%
Total	372	100%

M=58.8, DE=28.83

La segunda dimensión mostro que 8(2%) tienen muy baja autoeficacia; 48(13%) baja; 127(34%) moderada;121(33%) alta; 68(18%), muy alta.

INTERPRETACIÓN:

La segunda dimensión del COVID-19-SES muestra 18% de los participantes con una alta seguridad para detectar síntomas, mientras que solo 2% no pueden detectar síntomas.

TABLA 5 Autoeficacia en el manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, enero - marzo del 2022.

Autoeficacia en el manejo	Total	
	Nº	%
Muy baja autoeficacia (<14)	14	4%
Baja autoeficacia (14-38)	48	13%
Autoeficacia moderada (39-64)	119	32%
Alta autoeficacia (65-89)	121	32%
Autoeficacia muy alta (>89)	70	19%
Total	372	100%

M=63.9, DE=24.2

El manejo domiciliario de la COVID-19 muestra que 14(4%) presentó una muy baja autoeficacia; 48(13%), baja; 119(32%), moderada; 121(32%) alta; 70(19%) muy alta.

INTERPRETACIÓN:

El 19% mostro seguridad de poder realizar un manejo domiciliario de contagio o la sospecha de contagio de la COVID- 19, lo que demuestra alta autoeficacia; por otro lado, un 4% no podría hacerlo.

TABLA 6A Autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según sexo, enero - marzo del 2022.

	M	DE
mujeres	64.7945671	19.039501
Varones	62.0647587	20.5524333

M=63.2, DE=19.9

La puntuación promedio de autoeficacia en mujeres fue 64.79 ± 19.03 y en Varones 62.06 ± 20.55

TABLA 6B Autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según sexo, enero - marzo del 2022.

AUTOEFICACIA	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy baja autoeficacia (<23)	9	4%	4	2%	13	3%
Baja autoeficacia (23-42)	30	14%	18	11%	48	13%
Autoeficacia moderada (43-63)	70	33%	45	29%	115	31%
Alta autoeficacia(64-83)	76	35%	64	41%	140	38%
Autoeficacia muy alta (>83)	30	14%	26	17%	56	15%
Total	217	100%	155	100%	372	100

M=63.2, DE=19.9

En el grupo de los hombres 9(4%) presentaron muy baja autoeficacia; 30(14%), baja; 70(33%), moderada; 76(35%); 30(14%), muy alta. En el grupo de las mujeres 4(2%), muy baja, 18(11%), baja; 45(29%), moderada; 64(41%), alta; 26(17%), muy alta.

INTERPRETACIÓN:

Las mujeres presentan una autoeficacia alta (41%) y muy alta (17%) para prevenir, reconocer y manejar domiciliariamente los casos de COVID-19 a diferencia de los hombres que presentaron una autoeficacia alta (35%) y muy alta (14%). Así mismo los menores valores de autoeficacia muy baja y baja fueron para las mujeres con 2% y 11% respectivamente, en comparación de los hombres con 4% y 14%. Por lo que podríamos colegir que porcentualmente las mujeres mostraron cierta mayor ventaja en la autoeficacia.

TABLA 7A Autoeficacia según facultad en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según facultad, enero - marzo del 2022.

FACULTADES	AUTOEFICACIA	
	M	DE
Fac. Cs. AGRARIAS	58.3952334	19.5376224
Fac. Cs. BIOLÓGICAS	70.0240602	17.9183706
Fac. Cs. DE LA EDUCACIÓN	69.9902534	23.8313559
Fac. Cs. ECONOM. ADMIN. Y CONTABLES	60.8188093	19.0532823
Fac. Cs. SOCIALES	63.0928793	19.7161452
Fac. DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS	55.0968421	18.2256407
Fac. ING. QUÍMICA Y METALURGIA	73.3533835	16.0294618
Fac. MINAS GEOLOGÍA Y CIVIL	62.1378719	20.1646745

La facultad de Ingeniería química y metalurgia obtuvo el puntaje promedio más alto (73.35) con respecto de las demás, en cambio la facultad de Derecho y Ciencias políticas obtuvo el puntaje más bajo (55.09).

TABLA 7B Autoeficacia según facultad en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según facultad, enero - marzo del 2022.

AUTOEFICACIA	Fac. Cs. AGRARIAS		Fac. Cs. BIOLÓGICAS		Fac. Cs. DE LA EDUCACIÓN		Fac. Cs. ECONOM. ADMIN. Y CONTABLES		Fac. Cs. SOCIALES		Fac. DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS		Fac. ING. QUÍMICA Y METALURGIA		Fac. MINAS GEOLOGÍA Y CIVIL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy baja autoeficacia	2	4%	1	3%	2	7%	1	2%	2	4%	2	8%	0	0%	3	3%	13	3%
Baja autoeficacia	10	19%	3	9%	1	4%	13	21%	5	10%	3	12%	1	4%	12	13%	48	13%
Autoeficacia moderada	20	38%	5	14%	5	19%	15	25%	20	39%	12	48%	5	18%	33	36%	115	31%
Alta autoeficacia	16	30%	18	51%	10	37%	28	46%	16	31%	7	28%	13	46%	32	35%	140	38%
Autoeficacia muy alta	5	9%	8	23%	9	33%	4	6%	8	16%	1	4%	9	32%	12	13%	56	15%
TOTAL	53	100%	35	100%	27	100%	61	100%	51	100%	25	100%	28	100%	92	100%	372	100%

M=63.2, DE=19.9

En la facultad de Ciencias Agrarias existen 2(4%) estudiantes presentan muy baja autoeficacia; 10(19%), baja; 20(38%), moderada; 16(30%), alta; 5(9%), muy alta. En la facultad de Ciencias Biológicas 1(3%), muy baja; 3(9%), baja; 5(14%), 18(51%), alta; 8(23%), muy alta. En la facultad de Ciencias de la educación 2(7%), muy baja; 1(4%), baja; 5(19%), moderada; 10(37%), alta; 9(33%), muy alta. En la facultad de Ciencias Económicas Administrativas y Contables 1(2%), muy baja; 13(21%), baja; 15(25%), moderada; 28(46%), alta; 4(6%), muy alta. En la facultad de Ciencias Sociales 2(4%), muy baja; 5(10%) baja; 20(39%), moderada; 16(31%), alta; 8(16%), muy alta. En la facultad de Derecho y Ciencias Políticas 2(8%), muy baja; 3(12%), baja; 12(48%), moderada; 7(28%), alta; 1(4%) muy alta. En la facultad de Ingeniería química y Metalurgia 0(0%), muy baja; 1(4%), baja; 5(18%), moderada; 13(46%), alta; 9(32%), muy alta. Finalmente, en la facultad de Minas, Geología y Civil 3(3%), muy baja; 12(13%), baja; 33(36%), moderada; 32(35%), alta; 12(13%), muy alta.

INTERPRETACIÓN:

Las facultades que porcentualmente presentan una autoeficacia muy alta son Ciencias de la educación (33%) e ingeniería química y metalurgia (32%), en cambio las que presentan menor puntuación son Derecho y Ciencias Políticas (4%) y ciencias económicas administrativas y contables (6%). En todas las facultades el mayor porcentaje de alumnos presenta autoeficacia moderada y alta, tal es el caso de Ciencias Biológicas en donde más de la mitad de los estudiantes tiene una autoeficacia alta

(51%). Por otro lado, la facultad de ingeniería química y metalurgia no presento estudiantes con autoeficacia muy baja (0%)

5.2 DISCUSION

La COVID-19, es una enfermedad poco conocida por el hombre, desde su aparición a finales del 2019 se han ido realizando estudios de toda índole para entenderla y poder encontrar una cura, gracias a ello, rápidamente y en tiempo record, aparecieron vacunas que lograron disminuir el avance de las nuevas cepas emergentes.

El gran problema al inicio de la pandemia fue la manera de diagnosticar la enfermedad, mientras que en el Perú se usaban pruebas rápidas, en Europa ya se usaban las pruebas moleculares; lo cual, sin duda, establecía una brecha en investigación, porque para poder tener la certeza que un individuo tuviera la enfermedad se necesitaba de ellas; por ello, La necesidad investigativa me llevó a los niveles más básicos de investigación, los trabajos descriptivos para inicios del 2020, respecto a la COVID-19 eran en su mayoría sobre nivel de conocimiento y extranjeros. La publicación del desarrollo del COVID-19-SES fue una alternativa investigativa inédita, pero al no contar con antecedentes previos, con quienes discutir los resultados, y teniendo en cuenta que la autoeficacia se forma en base al conocimiento, resaltamos el estudio de **Bhagavathula**(32), quien investigó el nivel de conocimiento y las percepciones de los TS sobre COVID-19, encontrando que 61% de los trabajadores tenía poco conocimiento sobre su transmisión, así como , 63% ostentaba poco conocimiento acerca del inicio de los síntomas. **Zhang**(33), en su estudio” Conocimiento, actitud y práctica con respecto a COVID-19 entre los trabajadores de salud de Henan, China” encontró que 85% de los trabajadores tenía conocimientos suficientes de COVID-19 y 89.7% siguió buenas prácticas respecto a la COVID-19 concluyendo que el nivel de conocimiento influyó en actitudes y prácticas. Por lo señalado, el nivel de conocimiento estudiado en estos es un factor que genera conductas ´positivas, tales conductas las podemos enmarcar dentro de la teoría de la autoeficacia, estudios que establecen este tipo de relación son los de **Saqlain**(29), **Taghrir**(30), **Geldsetzer**(34), **Lau**(35).

Para mediados del 2020 **Yildirim** (26) en su estudio: “Severidad, autoeficacia, conocimiento, conducta preventivas y salud mental de COVID-19 en Turquía encontró que la autoeficacia se correlacionó de manera positiva con en el nivel de conocimiento. En Corea del Sur se realizó una investigación por **Hong** (21) quien evaluó la relación del estrés con la autoeficacia, siendo probablemente uno de los primeros en poner en práctica la escala de autoeficacia COVID-19-SES, encontró una autoeficacia total de 77.66 ± 17.42 (M \pm DE), resultado mayor al encontrado en este estudio el cual fue de 63.2 ± 19.95 (M \pm DE), la diferencia poblacional juega un papel importante mientras en el estudio de Hong la población está compuesta por mayores de edad, este estudio tiene una población universitaria de un país con costumbres distintas al país asiático que tiene una tasa de alfabetización de 99%, donde el distanciamiento social inicia desde el

saludo el cual es con una reverencia, aun así el estudio de Hong dio un resultado global de la autoeficacia, mas no desglosó la clasificación de acuerdo a los niveles, tal como se hizo en este estudio. **Mahboubeh**(22) en su estudio: “Autoeficacia sobre la enfermedad del COVID-19” aplica una escala de autoeficacia desarrollada por Ho et al (2005), y subdivide a su población en quienes presentaron baja autoeficacia (36.3%) y alta autoeficacia (63.6%), se puede observar que aproximadamente la tercera parte de la población presento una autoeficacia baja, en este estudio, el 3% presentó muy baja autoeficacia y el 13% baja autoeficacia. **Tadese**(24) en su estudio: Actitud, preparación y autoeficacia percibida en el control de la pandemia de COVID-19 y factores asociados entre los estudiantes durante la reapertura”, usó un cuestionario estructurado para la población en estudio, reporto que el 50.4% de los estudiantes universitarios tuvo un autoeficacia alta, en este estudio el 38% tuvo una alta autoeficacia y el 15% una autoeficacia muy alta, en ambos estudios se trató con universitarios arrojando en el acumulado valores porcentuales cercanos.

En el estudio de **Hong** (21), se encontró una autoeficacia para la prevención de 70.45 ± 20.42 (M \pm DE), en este estudio 64.9 ± 19 , puntuaciones cercanas, pero por delante la población asiática. **Punyoo** (23) en su estudio; “Factores relacionados a la autoeficacia percibida para la prevención de la COVID-19 en personal de enfermería pediátrica” reporto que el personal de enfermería presenta un alto nivel de autoeficacia percibida para la prevención 55 ± 9.23 (M \pm DE). Cabe mencionar que en estudios como el de **Taghir**(30), **Bhagavathula**(32), **Lau**(35), el conocimiento se relacionó con conductas preventivas.

La autoeficacia para el reconocimiento de los síntomas según **Hong** (21) fue de 80.26 ± 19.25 (M \pm DE), en este estudio fue de 58.8 ± 83.1 , valor muy por debajo del estudio asiático, dando a conocer que los estudiantes universitarios de Ayacucho frente a los adultos mayores surcoreanos tienen una menor autoeficacia para reconocer síntomas de la COVID-19, ya que los primeros identifican mejor los síntomas, y buscan ayuda cuando la situación así lo requiera de acuerdo a la gravedad del caso. De manera referencial **Geldsetzet**(34) en su estudio “Conocimiento y percepciones de COVID-19 entre el público general en los Estado Unidos y el Reino Unido” mediante una encuesta en línea encontró que el 79.8% y 84.6% de cada país reconoce los síntomas más habituales de COVID-19.

La puntuación más alta en la población de **Hong**(21) se dio en el manejo domiciliario de la COVID-19 con 81.30 ± 9.59 (M \pm DE) en nuestro estudio se encontró 63.9 ± 24.2 , en esta como en las anteriores dimensiones a comparar se observa una población surcoreana con respuestas para autoeficacia menos dispersa porque aun ostentando mayor puntuación tienen una desviación estándar menor, como en este caso: 9.29, en cambio,

la población de universitarios ayacuchanos, tiene una desviación estándar mayor, 24.2, lo cual indica mayor dispersión de sus resultados, siendo la población sur coreana más homogénea para este caso. En todas las preguntas del COVID-SES-19 los surcoreanos obtuvieron puntuaciones mayores.

La diferenciación de autoeficacias respecto al sexo no es un objetivo usual en los estudios revisados, en este estudio se realizó un comparativo entre ambos sexos notándose una diferencia parcial, las mujeres obtuvieron 64.79 en promedio, y los varones 62.06. **Tadese**(24) concluye en su estudio que se debe hacer hincapié en los estudiantes varones, solteros y no relacionados a ciencias de la salud para poder mejorar la autoeficacia. En este estudio los valores porcentuales de autoeficacia baja y muy baja fueron mayores para los varones, y las autoeficacias altas y muy altas fueron mayores para las mujeres.

La autoeficacia según facultad tampoco es un criterio de estudio en las investigaciones consultadas, pero en este trabajo lo fue, se encontró que la facultad de Ingeniería Química y metalurgia tuvo el mayor puntaje de autoeficacia (73.35) y a su vez el menor valor de desviación estándar (16.02), lo que indica una menor dispersión de puntuaciones entre sus participantes, seguida de la facultad de Ciencias Biológicas (70.02±17.91).

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de estudiantes presenta una autoeficacia total alta.

El mayor porcentaje de estudiantes presenta una autoeficacia alta en la prevención.

EL mayor porcentaje de estudiantes presenta autoeficacia moderada en la detección.

El mayor porcentaje de estudiantes presenta autoeficacia moderada y alta en el manejo domiciliario.

Las mujeres obtuvieron autoeficacia más alta con respecto de los varones

La facultad de Ingeniería Química y Metalurgia presentó autoeficacia más alta con respecto de otras facultades.

RECOMENDACIONES

Debido a que este estudio pone en práctica un instrumento nuevo que surgió en plena pandemia, y su difusión es limitada, se requieren de estudios similares a este en distintas poblaciones de tal manera que sirva de herramienta en el diagnóstico situacional de una población, y así poder reforzar cada una de las tres esferas que la componen, mediante acciones de salud.

Se debe plantear Su asociación con otras variables en estudios analíticos.

Este trabajo es de utilidad como antecedente en investigaciones futuras por lo que se recomienda su uso.

Los datos obtenidos están puestos a disposición de la Universidad para plantear una mejora en la autoeficacia de los estudiantes a través de programas de promoción y conductas preventivas en salud.

REFERENCIAS

1. Vista de Información preliminar de las características virológicas del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 | Revista Madrileña de Salud Pública [Internet]. [citado 23 de julio de 2020]. Disponible en: <http://remasp.es/article/view-/1890/2855>
2. Coronavirus (CoV) GLOBAL [Internet]. [citado 28 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health>
3. Tinku Joseph, Mohammed Ashkan. International Pulmonologist's Consensus on COVID-19 [Internet]. 1.a ed. India: Chief Editors; 2020 [citado 28 de agosto de 2020]. 43 p. Disponible en: <http://library.lol/main/23015D4934B216FE79-7B18B561267FE4>
4. Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa [Internet]. [citado 28 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novelcoronavirus2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novelcoronavirus2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
5. Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*. 15 de febrero de 2020;395(10223):514-23.
6. Hsu LY, Chia PY, Lim JF. The Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) Pandemic. 2020; 49(3):3.
7. Coronavirus: número acumulado mundial de casos 2020 [Internet]. Statista. [citado 29 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/-numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>
8. Coronavirus Update (Live): 25,022,165 Cases and 843,126 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic - Worldometer [Internet]. [citado 29 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
9. Actualización epidemiológica, Enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Washinton, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 de setiembre del [citado 24 de septiembre de 2020] p. 17. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/73306/download?token=AMtVXDit>
10. EpiUpdate23Dec20212_spa.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55646/EpiUpdate23Dec20212_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
11. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. [citado 16 de abril de 2022]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
12. Payne DC, Smith-Jeffcoat SE, Nowak G, Chukwuma U, Geibe JR, Hawkins RJ, et al. SARS-CoV-2 Infections and Serologic Responses from a Sample of U.S. Navy Service Members — USS Theodore Roosevelt, April 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 12 de junio de 2020;69(23):714-21.
13. Doung-ngern P, Suphanchaimat R, Panjangampatthana A, Janekrongtham C, Ruampoom D, Daochaeng N, et al. Case-Control Study of Use of Personal Protective

Measures and Risk for SARS-CoV 2 Infection, Thailand. *Emerg Infect Dis.* noviembre de 2020;26(11):2607-16.

14. Advice for the public on COVID-19 – World Health Organization [Internet]. [citado 24 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies-/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
15. Di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, Antunes M, Racalbutto V, Veronese N, et al. Coronavirus Diseases (COVID-19) Current Status and Future Perspectives: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. abril de 2020 [citado 29 de agosto de 2020];17(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7215977/>
16. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health.* 1 de mayo de 2020;5(5):e251-2.
17. Sheeran, P., Maki, A, Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A, Avishai-Yitshak, A, Rothman, AJ. El impacto del cambio de actitudes, normas y autoeficacia en las intenciones y el comportamiento relacionados con la salud: un metaanálisis. [Internet]. 2016 [citado 29 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fhea0000387>
18. Williams L, Rasmussen S, Kleczkowski A, Maharaj S, Cairns N. Protection motivation theory and social distancing behaviour in response to a simulated infectious disease epidemic. *Psychology, Health & Medicine.* 3 de octubre de 2015;20(7):832-7.
19. Bandura A. La teoría cognitiva social. *Revisión anual de psicología.* 2001;p1:7.
20. Gallo C. Los jóvenes son “los principales impulsores” del Covid-19 en América Latina [Internet]. *France 24.* 2020 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20200825-jovenes-principales-impulsores-covid19-america-ops>
21. Hong I, Cho O-H. Stress and Self-Management Efficacy of COVID-19 among Community-Dwelling Elderly. *Journal of Digital Convergence.* 28 de abril de 2021;19(4):383-92.
22. Mahboubeh Dadfar, Sanadgol S. Self-Efficacy on the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) [Internet]. *Research Gate.* 2021. Disponible en: https://www-researchgate.net/publication/348507509_Self-Efficacy_on_the_Coronavirus_Disease-2019_COVID-19
23. Punyoo J, Jongaramraung J, Daramas T, Buadong D, Singhasai L, Tunksakool J, et al. Factores Relacionados con la Autoeficacia Percibida para la Prevención de la COVID-19 en Personal de Enfermería Pediátrica. *Ramathibodi Nursing Journal.* 24 de diciembre de 2021;27(3):415-29.
24. Tadese M, Mihretie A. Attitude, preparedness, and perceived self-efficacy in controlling COVID-19 pandemics and associated factors among university students during school reopening. *PLOS ONE.* 2 de septiembre de 2021;16(9):e0255121.
25. Mo PK-H, Song B, Di J, Wang Q, Wang L. Perceived threat, negative emotions and self-efficacy in relation to mental health and personal protective behavior among

- 4,087 Chinese pregnant women during the COVID-19 period: Results from an online survey (Preprint) [Internet]. *Journal of Medical Internet Research*; 2020 sep [citado 7 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://preprints.-jmir.org/preprint/24053>
26. Yıldıırım M, Güler A. COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death Studies*. 16 de julio de 2020;0(0):1-8.
 27. Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Barati M, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the Protection Motivation Theory. *Journal of Hospital Infection*. 1 de julio de 2020;105(3):430-3.
 28. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 5 de marzo de 2020;26:e923549-1-e923549-8.
 29. Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A, Naz S, Ahmed Z, et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *J Hosp Infect*. julio de 2020;105(3):419-23.
 30. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. *Arch Iran Med March*. 1 de abril de 2020;23(4):249-54.
 31. Zhong B-L, Luo W, Li H-M, Zhang Q-Q, Liu X-G, Li W-T, 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 Biol Sci*. 15 de marzo de 2020;16(10):1745-52.
 32. Bhagavathula AS, Aldhaleei WA, Rahmani J, Mahabadi MA, Bandari DK. Novel Coronavirus (COVID-19) Knowledge and Perceptions: A Survey of Healthcare Workers [Internet]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2020 mar [citado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.09.20033381>
 33. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*. 1 de junio de 2020;105(2):183-7.
 34. Geldsetzer P. Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among the General Public in the United States and the United Kingdom: A Cross-sectional Online Survey. *Annals of Internal Medicine*. 20 de marzo de 2020;173(2):157-60.
 35. Lau LL, Hung N, Go DJ, Ferma J, Choi M, Dodd W, et al. Knowledge, attitudes and practices of COVID-19 among income-poor households in the Philippines: A cross-sectional study. *J Glob Health [Internet]*. [citado 27 de agosto de 2020];10(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles-/PMC7294392/>
 36. Torre Puente JC. Una triple alianza para un aprendizaje universitario de calidad. *Univ Pontificia Comillas*; 2007. 266 p.

37. Calixto PS. La Educación Del Autoconcepto: Cuestiones y Propuestas. Estrategias, Técnicas y Actividades para el Autoconocimiento, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Desarrollo de Expectativas, Estilo Atribucional... EDITUM; 1996. 188 p.
38. Hogg MA, Graha MH, Vaughan GM, Morando MH. Psicología social / Social Psychology. Ed. Médica Panamericana; 2010. 804 p.
39. Rubio JML, Anzano SM. Modelos explicativos de la psicología de la salud. :50.
40. Woolfolk A. Psicología educativa [Internet]. 9.a ed. Pearson Education; 2006 [citado 19 de septiembre de 2020]. 669 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=PmAHE32RuOsC&pg=PA369&dq=fuentes+de+la+autoeficacia&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwifKb97fbrAhVIIFkKHQJ3CS0Q6wEwAXoECAEQAQ#v=onepage&q=fuentes%20de%20la%20autoeficacia&f=false>
41. Toro EO. Autoeficacia y deporte. Wanceulen S.L.; 2005. 205 p.
42. Soria MS. Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia. Publicacions de la Universitat Jaume I; 2004. 302 p.
43. Navarro LP. Autoeficacia del profesor universitario: Eficacia percibida y práctica docente. Narcea Ediciones; 2007. 202 p.
44. Oblitas L. Psicología de la Salud/ Health Psychology. Cengage Learning Editores; 2009. 642 p.
45. Bandura A. Self-Efficacy in Changing Societies. Cambridge University Press; 1997. 356 p.
46. Tornimbeni S. Introducción a la psicometría. Grupo Planeta (GBS); 2008. 292 p.
47. Meneses J. Psicometría. 1.a ed. Barcelona: Editorial UOC; 2013. 283 p.
48. Bandura A. Guía Para La Construcción De Escalas De Autoeficacia [Internet]. 2001 [citado 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
49. Carroll K, Hobden J, Miller S, Morse S. Microbiología Médica. 27.a ed. México; 2016. 850 p.
50. Joseph, T, Ashkan M. International Pulmonologist's Consensus on COVID-19 [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://libgen.rs/book/index.php?md5=23015D4934B216FE797B18B561267FE4>
51. Mendoza E. La Biblia del Médico General 2020 [Internet]. 1.a ed. México: Science Hall; 2020 [citado 21 de septiembre de 2020]. 613 p. Disponible en: <https://booksmedicos.org/la-biblia-del-medico-general-2020/>
52. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe/-:2050/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=covid-19>

- 53.Zhang W. Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 [Internet]. 2020 [citado 21 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://libgen.rs/book/index.php?md5-ACC11615DFA6C30B13700944DA7DB8DA>
- 54.Tingbo LIANG. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment [Internet]. 1.a ed. Vol. 1. Zhejiang: Zhejiang University School of Medicine; 2020 [citado 28 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://library.lol/main/876FD>
- 55.rm_193-2020-minsa.pdf [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1052199/rm_193-2020-minsa.pdf
- 56.Advice for the public on COVID-19 – World Health Organization [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- 57.WHO-2019-nCoV-IPC-HomeCare-2020.4-spa.pdf [Internet]. [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333967/WHO-2019-nCoV-IPC-HomeCare-2020.4-spa.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- 58.Hospital Regional de Huamanga. comunicado-2.png (411x522) [Internet]. 2020 [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://hrayacucho.gob.pe/images/banners/comunicado-2.png>
- 59.Real Academia Española [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
- 60.Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
- 61.Niño Rojas VM. Metodología de la investigación. 1.a ed. Bogotá: Ediciones de la U; 156 p.
- 62.Hernández de Canales F, Pineda EB, Alvarado EL, Pan American Health Organization, World Health Organization. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud; 1994.
- 63.Parra ID. Los modernos alquimistas: epistemología corporativa y gestión del conocimiento. Universidad Eafit; 2004. 375 p.
- 64.Hernández-Padilla JM, Granero-Molina J, Ruiz-Fernández MD, Dobarrio-Sanz I, López-Rodríguez MM, Fernández-Medina IM, et al. Design and Psychometric Analysis of the COVID-19 Prevention, Recognition and Home-Management Self-Efficacy Scale. International Journal of Environmental Research and Public Health. enero de 2020;17(13):4653.

ANEXOS

ANEXO 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA	INSTRUMENTO
Autoeficacia	Prevención de COVID-19	Lavarme frecuentemente las manos con agua y jabón o con desinfectante de manos en cualquier lugar.	1	Escala de medición ordinal: 0 No puedo hacerlo 10 20 30 40 50 Relativamente seguro de poder hacerlo 60 70 80 90 100 Seguro de poder hacerlo	COVID-SES-19
		Toser cubriéndome la nariz y la boca con un pañuelo o con el codo flexionado con independencia de la situación.	2		
		Evitar tocarme los ojos, la nariz y la boca en todo momento.	3		
		Mantener, como mínimo, un metro de distancia con todas las personas que me rodean en cualquier contexto.	4		
		Evitar reuniones numerosas aunque mi trabajo o mi vida personal dependa de ello.	5		
		No salir a la calle salvo necesidad extrema (por ejemplo: ir al médico, ir a la farmacia a por algo urgente o ir a comprar productos de primera necesidad).	6		
	Detección de COVID-19	Identificar si tengo síntomas de COVID-19.	7		
		Decidir qué síntomas requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que acuda al médico según el protocolo recomendado por las autoridades sanitarias.	8		
		Decidir qué situaciones de riesgo requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que siga con mi vida normal según las recomendaciones de las autoridades sanitarias.	9		
		Llamar al número de teléfono correcto que han habilitado las autoridades sanitarias de mi región para emergencias relacionadas con el COVID-19.	10		
	Manejo domiciliario de COVID-19	Aislar a la persona con síntomas en una habitación de uso exclusivo y con una ventana a la calle, por muy duro que sea.	11		
		Garantizar que los desechos de la persona con síntomas van a un cubo de basura con tapa automática y a una bolsa de cierre hermético, que no se comparte con otros miembros del hogar.	12		
		Reservar, si es posible, un cuarto de baño para uso exclusivo de la persona con síntomas.	13		
		Mantener la puerta de la habitación de la persona con síntomas cerrada todo el tiempo.	14		
		Limitar la circulación de la persona con síntomas por el hogar aunque a veces sea difícil.	15		
		Mantener una distancia mínima de 2 metros con la persona con síntomas en todo momento.	16		
		Garantizar que la persona con síntomas usa mascarilla y guantes cada vez que sale de la habitación, sin excepción..	17		
		Realizar una limpieza diaria exhaustiva siguiendo las recomendaciones de los expertos en lo relativo al material, productos desinfectantes, temperatura del agua y superficies de especial importancia..	18		
	Eliminar los desechos de la persona con síntomas siguiendo las recomendaciones de seguridad de los expertos.	19			
Sexo	No presenta	De Género	No presenta	Nominal: Masculino Femenino	COVID-SES-19
Facultad	No presenta	Por Facultades	No presenta	Nominal: Fac. Cs. AGRARIAS Fac. Cs. BIOLÓGICAS Fac. Cs. DE LA EDUCACIÓN Fac. Cs. ECONOM. ADMIN. Y CONTABLES Fac. DERECHO Y CIENCIAS Fac. Cs. SOCIALES Fac. MINAS GEOLOGÍA Y CIVIL Fac. ING. QUÍMICA Y METALURGIA Fac. Cs. DE LA SALUD	COVID-SES-19

ANEXO 2 INSTRUMENTO

Autoeficacia en la prevención, detección de síntomas y manejo domiciliario de la COVID-19

Edad:

Sexo:

Facultad:

Recuerde que la COVID-19 es la enfermedad que produce el coronavirus SARS-COV-2.

Este cuestionario pregunta por la confianza que tiene en su propia capacidad para prevenir, detectar los síntomas y manejar el contagio de COVID-19. Utilice la escala de puntuaciones que le damos para decirnos cuál es su confianza en su capacidad para hacer las cosas que le planteamos. SEA SINCERO. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Estime el grado de seguridad que posee eligiendo un número de 0 a 100 utilizando para ello la siguiente escala:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
No puedo hacerlo				Relativamente seguro de poder hacerlo			Seguro de poder hacerlo			

I. A la hora de prevenir síntomas de COVID-19 estoy seguro de que SIEMPRE puedo...

Confianza (0-100)

1.	Lavarme frecuentemente las manos con agua y jabón o con desinfectante de manos en cualquier lugar.	
2.	Toser cubriéndome la nariz y la boca con un pañuelo o con el codo flexionado con independencia de la situación.	
3.	Evitar tocarme los ojos, la nariz y la boca en todo momento.	
4.	Mantener, como mínimo, un metro de distancia con todas las personas que me rodean en cualquier contexto.	
5.	Evitar reuniones numerosas, aunque mi trabajo o mi vida personal dependa de ello.	
6.	No salir a la calle salvo necesidad extrema (por ejemplo: ir al médico, ir a la farmacia a por algo urgente o ir a comprar productos de primera necesidad).	

II. A la hora detectar síntomas de COVID-19 estoy seguro de que SIEMPRE puedo...

Confianza (0-100)

7.	Identificar si tengo síntomas de COVID-19.	
8.	Decidir qué síntomas requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que acuda al médico según el protocolo recomendado por las autoridades sanitarias.	
9.	Decidir qué situaciones de riesgo requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que siga con mi vida normal según las recomendaciones de las autoridades sanitarias.	
10.	Llamar al número de teléfono correcto que han habilitado las autoridades sanitarias de mi región para emergencias relacionadas con el COVID-19.	

III. A la hora de manejar el contagio o la sospecha de contagio en algún miembro de mi hogar, estoy seguro de que SIEMPRE puedo...

Confianza (0-100)

11.	Aislar a la persona con síntomas en una habitación de uso exclusivo y con una ventana a la calle, por muy duro que sea.	
12.	Garantizar que los desechos de la persona con síntomas van a un cubo de basura con tapa automática y a una bolsa de cierre hermético, que no se comparte con otros miembros del hogar.	
13.	Reservar, si es posible, un cuarto de baño para uso exclusivo de la persona con síntomas.	
14.	Mantener la puerta de la habitación de la persona con síntomas cerrada todo el tiempo.	
15.	Limitar la circulación de la persona con síntomas por el hogar, aunque a veces sea difícil.	
16.	Mantener una distancia mínima de 2 metros con la persona con síntomas en todo momento.	

17.	Garantizar que la persona con síntomas usa mascarilla y guantes cada vez que sale de la habitación, sin excepción.	
18.	Realizar una limpieza diaria exhaustiva siguiendo las recomendaciones de los expertos en lo relativo al material, productos desinfectantes, temperatura del agua y superficies de especial importancia.	
19.	Eliminar los desechos de la persona con síntomas siguiendo las recomendaciones de seguridad de los expertos.	

ANEXO 3

RESOLUCIÓN DECANAL DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS



RESOLUCIÓN DECANAL N.º 090-2022-FCSA-UNSCH/D

Ayacucho, 24 de enero de 2022

VISTO;

La solicitud de **Jorge Rogger PROAÑO CHUCHÓN**, sobre revisión y aprobación de proyecto de tesis, y;

CONSIDERANDO;

Que, con registro NT N° 213904 de fecha 01 de marzo de 2021, **Jorge Rogger PROAÑO CHUCHÓN**, de la Escuela Profesional de Medicina Humana, solicitan revisión y aprobación del proyecto de tesis titulado "**Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021.**", con el asesoramiento de los profesores Jimmy Homero Ango Bedriñana y Víctor A. Palomino Vargas,

Que, el recurrente cumplen con los requisitos exigidos en el Art. 15 y 21 del Capítulo III del Reglamento de Grados y Títulos del Currículo 2012 Actualizado de la Escuela Profesional de Medicina Humana, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N.º 171-2020- UNSCH-CU, con la presentación de la correspondiente documentación de sustento,

Que, corrido traslado la referida solicitud con Memorando Múltiple N.º 071-2020-FCSA-UNSCH/D de fecha 19 de mayo de 2021, la Comisión Revisora y Dictaminadora, bajo la presidencia del profesor Luis Gabriel Castillejo Melgarejo e integrado por los profesores Batzabé Quispe Camacho, Ilianov Fernández Cchicce, con dictamen N° 018-2021-UNSCH-FCSA-EPMH-CRPT, de fecha 24 de julio de 2021 han dedarado procedente la aprobación y pase a ejecución del referido proyecto de tesis, lo que debe ser aprobado para su ejecución en el plazo de dos años;

La Decana, en mérito a las atribuciones que le confiere el inciso 14 del artículo 289º del Estatuto Reformado de la UNSCH,

RESUELVE;

ARTÍCULO 1º.- APROBAR, el proyecto de tesis "**Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021.**", presentado por **Jorge Rogger PROAÑO CHUCHÓN**, de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTÍCULO 2º.- FORMALIZAR, la nominación de la Comisión Revisora y Dictaminadora de la citada tesis bajo la presidencia del profesor Luis Gabriel Castillejo Melgarejo e integrado por los profesores Batzabé Quispe Camacho, Ilianov Fernández Cchicce.

ARTÍCULO 3º.- DESIGNAR, a los profesores Jimmy Homero Ango Bedriñana y Víctor A. Palomino Vargas, como asesores de la acotada tesis, quien ceñirá su actuación al Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Medicina Humana y al Código de Ética y al Código de Ética de la Función Pública.

ARTÍCULO 4º.- PRECISAR, que el plazo de ejecución del proyecto de tesis a que se contrae el Art. 1º de la presente resolución, será de dos (02) años, contados a partir de la fecha de notificación.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Distribución:

Jurado (3)
Asesores
E.P. Medicina Humana
Interesado
c.c.
Archivo
I.H/haqq



Firmado
digitalmente
por Dra. Iris
Jara de Aronés
Fecha:

2022.01.24
20:09:25 -05'00'

ANEXO 4
CARTAS DE ASESORAMIENTO

Ayacucho, 30. De octubre del 2020.

Dra. Iris Jara Huayta.

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle mi compromiso en el asesoramiento del Proyecto de Tesis titulado: “Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021”, presentado por el alumno Jorge Rogger Proaño Chuchón.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Jimmy Homero Ango Bedriñana

CARTA DE ASESORAMIENTO

Ayacucho, 30. De octubre del 2020.

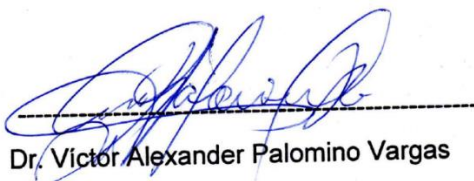
Dra. Iris Jara Huayta.

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle mi compromiso en el asesoramiento del Proyecto de Tesis titulado: "Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021", presentado por el alumno Jorge Rogger Proaño Chuchón.

Sin otro particular, quedo de usted.
Atentamente,



Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas

ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actualmente vivimos un momento crucial en la historia, donde la salud pública está siendo amenazada por el avance de la COVID-19, pandemia que surgió en China a finales del 2019 y que hasta ahora viene causando miles de muertes en todo el mundo, por ello es necesario estudiar la autoeficacia de las personas para adoptar comportamientos preventivos y así evitar su contagio y propagación, para este fin se está desarrollando una investigación cuyo objetivo es **determinar la autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19** para lo cual usted debe llenar la presente encuesta que consta de datos generales y 19 preguntas asociadas al tema. No hay riesgos para usted por que no entrará en contacto con otra persona. No existen beneficios por su participación, pero la información que brinde será de mucha importancia para conocer la realidad problemática y será útil en la toma de decisiones en salud pública. La información que otorgue será totalmente confidencial.

Acepto participar en el estudio descrito anteriormente y dar mi consentimiento para que mis respuestas se utilicen con fines de investigación.

SI

NO

ANEXO 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	METODOLOGIA
<p>Variable 1 Autoeficacia Dimensión 1 Prevención de COVID-19 Indicador 1.1 Lavarme frecuentemente las manos con agua y jabón o con desinfectante de manos en cualquier lugar. Indicador 1.2 Toser cubriéndome la nariz y la boca con un pañuelo o con el codo flexionado con independencia de la situación. Indicador 1.3 Evitar tocarme los ojos, la nariz y la boca en todo momento. Indicador 1.4 Mantener, como mínimo, un metro de distancia con todas las personas que me rodean en cualquier contexto. Indicador 1.5 Evitar reuniones numerosas aunque mi trabajo o mi vida personal dependa de ello. Indicador 1.6 No salir a la calle salvo necesidad extrema (por ejemplo: ir al médico, ir a la farmacia por algo urgente o ir a comprar productos de primera necesidad). Dimensión 2 Detección de COVID-19 Indicador 1.7 Identificar si tengo síntomas de COVID-19. Indicador 1.8 Decidir qué síntomas requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que acuda al médico según el protocolo recomendado por las autoridades sanitarias. Indicador 1.9 Decidir qué situaciones de riesgo requieren que llame al número de emergencias por el COVID-19 o que siga con mi vida normal según las recomendaciones de las autoridades sanitarias. Indicador 1.10 Llamar al número de teléfono correcto que han habilitado las autoridades sanitarias de mi región para emergencias relacionadas con el COVID-19. Dimensión 3 Manejo domiciliario de COVID-19 Indicador 1.11 Aislar a la persona con síntomas en una habitación de uso exclusivo y con una ventana a la calle, por muy duro que sea. Indicador 1.12 Garantizar que los desechos de la persona con síntomas van a un tacho de basura con tapa automática y a una bolsa de cierre hermético, que no se comparte con otros miembros del hogar. Indicador 1.13 Reservar, si es posible, un cuarto de baño para uso exclusivo de la persona con síntomas. Indicador 1.14 Mantener la puerta de la habitación de la persona con síntomas cerrada todo el tiempo. Indicador 1.15 Limitar la circulación de la persona con síntomas por el hogar aunque a veces sea difícil. Indicador 1.16 Mantener una distancia mínima de 2 metros con la persona con síntomas en todo momento. Indicador 1.17 Garantizar que la persona con síntomas usa mascarilla cada vez que sale de la habitación, sin excepción.. Indicador 1.18 Realizar una limpieza diaria exhaustiva siguiendo las recomendaciones de los expertos en lo relativo al material, productos desinfectantes, temperatura del agua y superficies de especial importancia.. Indicador 1.19 Eliminar los desechos de la persona con síntomas siguiendo las recomendaciones de seguridad de los expertos. Variable 2: Sexo Variable 3: Facultad</p>	<p>¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?</p>	<p>Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021.</p>	<p>El nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.</p>	<p>Tipo de investigación: Cuantitativo Nivel de Investigación: Descriptivo. Diseño de investigación Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.</p>
	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	
	<p>¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?</p>	<p>Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021.</p>	<p>El nivel de autoeficacia en la prevención de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.</p>	<p>Población Universo Estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Tamaño de muestra 372 alumnos</p>
	<p>¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la detección de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?</p>	<p>Determinar el nivel de autoeficacia en la detección de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021.</p>	<p>El nivel de autoeficacia en la detección de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.</p>	
	<p>¿Cuál es el nivel de autoeficacia en el manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021?</p>	<p>Determinar el nivel de autoeficacia en el manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021.</p>	<p>El nivel de autoeficacia en el manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, febrero del 2021 es alto.</p>	<p>Selección de Muestra Muestreo no probabilístico por conveniencia</p>
	<p>¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según sexo, febrero del 2021?</p>	<p>Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según sexo, febrero del 2021.</p>	<p>El nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según sexo, febrero del 2021 es alto.</p>	<p>Técnica de recolección Encuesta</p>
	<p>¿Cuál es el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según facultad, febrero del 2021?</p>	<p>Determinar el nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según facultad, febrero del 2021.</p>	<p>El nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga según facultad, febrero del 2021 es alto.</p>	<p>Instrumento de recolección Self-efficacy scale (COVID-19-SES)</p>
				<p>Análisis e interpretación Estadística descriptiva.</p>



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **primera instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; encumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N° 039-2021-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y el RESOLUCIÓN DECANAL N.º 068-2021-UNSCH-FCSA /D, deja constancia que:

- Apellidos y Nombres del tesista : PROAÑO CHUCHÓN JORGE ROGGER
- Escuela Profesional : Medicina Humana.
- Título de la Tesis : "Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021."
- Evaluación de la originalidad : 14 % de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, **es procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 16 de mayo del 2022



Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas

Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; encumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N° 039-2021-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y el RESOLUCIÓN DECANAL N.º 077-2021-UNSCH-FCSA /D, deja constancia que:

- Apellidos y Nombres del tesista : PROAÑO CHUCHÓN JORGE ROGGER
- Escuela Profesional : Medicina Humana
- Título de la Tesis : "Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021."
- Evaluación de la originalidad : 14 % de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, **es procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 07 de diciembre del 2022.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Dr. Luis G. Castillejo Melgarejo
DIRECTOR

Luis Gabriel Castillejo Melgarejo
Director de la Escuela de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud
E-mail: luis.castillejo@unsch.edu.pe
Celular: N° 999000891

Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021.

por Jorge Rogger Proaño Chuchón

Fecha de entrega: 07-dic-2022 12:44p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1974408061

Nombre del archivo: TESIS-UNSCH-JRPCH.pdf (1.85M)

Total de palabras: 19578

Total de caracteres: 104098

Nivel de autoeficacia en la prevención, detección y manejo domiciliario de la COVID-19 en estudiantes universitarios de Ayacucho, febrero del 2021.

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.coursehero.com Fuente de Internet	2%
2	Submitted to UC, Irvine Trabajo del estudiante	1%
3	www.doccity.com Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.who.int Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Atlantic International University Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
11	Sandra Martínez-Pizarro. "Necesidad de apoyo psicológico en profesionales sanitarios ante el COVID-19", <i>Psiquiatría Biológica</i> Fuente de Internet	<1 %
12	www.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad Católica del CIBAO Trabajo del estudiante	<1 %
14	redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	<1 %
16	bibliotecapleyades.net Fuente de Internet	<1 %
17	repository.ucc.edu.co Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	revistabiomedica.org Fuente de Internet	<1 %

20

Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante

<1 %

21

www.revistaevaluar.com.ar

Fuente de Internet

<1 %

22

revistanefrologia.org

Fuente de Internet

<1 %

23

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

24

Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

<1 %

25

Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

<1 %

26

www.semanticscholar.org

Fuente de Internet

<1 %

27

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

28

Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote

Trabajo del estudiante

<1 %

29

repositorio.uap.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

30

repositorio.unsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

31

www.emerald.com

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía Activo