

Percepción acerca de COVID-19 en trabajadores de la salud *versus* otras actividades, Casanare-Colombia, 2020

Perception on COVID-19 in health workers *versus* other activities, Casanare-Colombia, 2020

Oneida Castañeda-Porras¹, Omar Segura^{2,a}, María S. Jiménez³

Resumen

Introducción. En 2020-03-11 la Organización Mundial de la Salud categorizó COVID-19 como pandemia mundial. En Colombia, el departamento de Casanare declaró la emergencia sanitaria en 2020-03-16 y el Presidente de la República declaró emergencia económica, social y ecológica el 2020-03-17; cinco días después se confirmó el primer caso departamental. **Objetivo.** Indagar conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del departamento sobre COVID-19. **Métodos.** Estudio descriptivo transversal de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) más caracterización sociodemográfica en población departamental (435.195 habitantes). Muestreo por municipio y grupo etario decenal mediante Statcalc, Epi-Info® 7.2.2.2. Captación de datos ejecutada con herramienta de Formularios Google vía redes sociales WhatsApp y Facebook. **Análisis descriptivo** con Epi Info™ 7.2.2.2 y Stata® 13. **Resultados.** Fueron diligenciadas en total 1.120 encuestas arrojando los siguientes resultados: *Socio-demografía:* 541 (48,9%) eran residentes en Yopal, 779 (69,6%) mujeres, edad 36±12 años, 919 (82,1%) entre 20-49 años, 582 (50,2%) casados/unión libre, 251 (22,4%) se identificaron como trabajadores de la salud y 869 (77,6%) desempeñaban otras actividades, 565 (50,4%) profesionales, de ellos, 157 (27,8%) con posgrado, 113 (10,1%) se reconocieron como pertenecientes a una etnia. *Conocimientos:* todos escucharon hablar de la enfermedad, 695 (62,1%) personas la describieron como una enfermedad viral/infecciosa; 1.077 (96,2%) que se contagia por estornudos; para 155 (13,8%) es una gripe; 965 (86,2%) identificaron como signo temprano la tos leve y 334 (29,8%) desconocían la ruta de atención. *Actitudes:* 657 (58,6%) salieron por comida o trabajo en las últimas 24 horas; 985 (85,5%) consideraron que la responsabilidad de prevención es de todos. *Prácticas:* 825 (95,0%) manifestaron informarse por medio de la radio/televisión; 1.109 (99,0%) eligieron no salir de casa como la principal medida preventiva, 890 (79,5%) no tuvieron consulta de salud en los últimos 30 días; ante la presencia de síntomas 896 (80,0%) escogieron llamar a línea de atención; 809 (72,2%) se debe estar en aislamiento/cuarentena para prevenir la enfermedad y 796 (71,1%) opinaron que la autoridad debe hacer Inspección/Vigilancia/Control y mantener el aislamiento. **Discusión.** La población mostró sobre COVID-19 conocimiento básico, buena actitud, posición cooperativa y exigencia a la autoridad. Se recomienda mantener/fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) y la información, educación y comunicación a los ciudadanos.

Palabras clave: COVID-19, coronavirus, conocimientos, actitudes y práctica en salud, Colombia.

Abstract

Introduction. On 2020-03-11 World Health Organization classified COVID-19 as a pandemic. In Colombia, department of Casanare declared sanitary emergency on 2020-03-16 and the President of the Republic declared economical, social and ecological emergency on 2020-03-17; five days later the first case at department was confirmed. **Objective.** To survey knowledges, attitudes, and practices (KAP) on department's population. **Methods.** Descriptive cross-sectional on Knowledge-Attitudes-Practices (KAP) plus socio-demographic characterization on population (435.195 dwellers). Sampling by city and decennial age-group using Statcalc, Epi-Info® 7.2.2.2. Data gathering executed with Google Formularies tool through WhatsApp, Facebook social networks. **Descriptive analysis** with Epi Info™ 7.2.2.2 y Stata® 13. **Results.** Survey rendered 1.120 responses, resulting as follows: *Socio-demographic:* 541 (48,9%) living at Yopal, 779 (69,6%) women; age 36 ± 12 yr-old; 919 (82,1%) were 20-49 yr-old, 582 (50,2%) married/consensual union. By activity: 251 (22,4%) health workers, 869 (77,6%) others. Education: 565 (50,4%) professionals, 157 of the latter postgraduates (27,8%); recognized ethnic group 113 (10,1%). *Knowledges:* description as viral/infectious disease 695 (62,1%); contagion through sneezing 1077 (96,2%); it's a cold 155 (13,8%); mild cough 965 (86,2%); attention route unknown 334 (29,8%). *Attitudes:* 657 (58,6%) left home for food, work or chores; prevention is for everyone, 985 (85,5%). *Practices:* 825 (95,0%) informed by TV/radio; main measure not leaving home 1.109 (99,0%); no health consultation in the last 30 days 890 (79,5%); to call attention line if symptoms 896 (80,0%). Prevention by isolation/quarantine 809 (72,2%); authority must do inspection/vigilance/control 796 (71,1%). **Discussion.** On COVID-19, population exhibited basic knowledge, good attitude and cooperative, even demanding position with local, regional Executive. It is recommended to maintain/strengthen Inspection / Vigilance / Control actions and Information / Education / Communication to citizens.

Keyword: COVID-19, coronavirus, health knowledge, attitudes, practice, Colombia.

¹SMC-AS Unidad de Investigaciones; Psicóloga, Epidemióloga de Campo, Magister en Salud Pública, Yopal Casanare, Colombia. ocastaneda@smc-as.com

²Comité Técnico Científico COVID-19, Gobernación de Casanare; Médico, Esp. Epidemiología, Maestro en Ciencia en Epidemiología Clínica, Epidemiólogo de Campo, PhD, Salud Pública; Profesor Asociado, División de Investigaciones, FUCS, Bogotá DC, Colombia. odsegura@fucs.edu.co

³Bacteriología, Esp. Epidemiología y Auditoría en Salud, Yopal Casanare, Colombia

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-8432-7534>

Correspondencia a:

Oneida Castañeda Porras

Dirección Postal: Carrera 16 # 13-60 Yopal Casanare, Cel. (57-310) 862-1769

Email: ocastaneda@smc-as.com

Fecha de recepción: 17 de junio de 2021

Fecha de aprobación: 07 de octubre de 2021

Citar como: Castañeda-Porras O, Segura O, Jiménez MS. Percepción acerca de COVID-19 en trabajadores de la salud *versus* otras actividades, Casanare-Colombia, 2020. Rev. Peru. Investig. Salud. [Internet]; 5(4): 287-296. Recuperado de: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/1118>

2616-6097/©2021. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

En diciembre de 2019, las autoridades sanitarias de la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei de la República Popular China, detectaron una agrupación de casos de neumonía de origen desconocido, ligados a la Plaza de Mercado de Mariscos del Sur de China (1). Tras pruebas y aislamientos, encontraron un virus de la gran familia de los coronavirus de tipo 2 -β-coronavirus-causante de un síndrome respiratorio agudo severo, abreviado SARS-CoV-2 (del inglés *severe acute respiratory syndrome coronavirus*) luego denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la enfermedad por coronavirus (*Coronavirus Disease 2019*, COVID-19) (2), responsable de la mayor crisis social y

sanitaria desde la Primera Guerra Mundial (1), dado su veloz avance y su mortalidad, especialmente en adultos mayores, en países como Italia, España y Estados Unidos. En 2020-03-01, se registraban mundialmente 3.000 muertes (3); a 2020-04-28, ya superaban 200 mil (4).

Virológicamente, el SARS-CoV-2 es similar en su estructura en un 79% a previos coronavirus (1, 5) causantes de las epidemias de síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) en 2002 (6) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2012 (7). Los coronavirus, en su mayoría, son patógenos zoonóticos que han sido detectados en mercados donde animales vivos tan diversos como serpientes, aves de corral, pangolines o murciélagos son sacrificados para

consumo humano (1). Clínicamente, los signos y síntomas de la enfermedad pueden ser leves, moderados o severos, como fiebre, tos seca y fatiga; otros síntomas menos frecuentes son ahogo opresivo, disnea, mialgias, cefalea, diarrea, pérdida del gusto o el olfato y erupciones cutáneas (8), con un período de incubación entre 2-7 días, aunque puede llegar hasta los 14 días (5); los adultos representan la población con la tasa de infección más alta; sin embargo, recién nacidos, niños o pacientes de edad avanzada también pueden infectarse por el SARS-CoV-2 (9, 10); hasta 80% de los sujetos infectados pueden ser asintomáticos (8). Epidemiológicamente, es clara la transmisión humano a humano, con un R_0 estimado al momento de 1,4 a 2,5, frente a la influenza estacional (R_0 1,19 a 1,37) o el sarampión (R_0 12 a 18) y un tiempo de incubación de 9 a 18 días (1).

Sanitariamente, la respuesta mundial científica, social y militar ha sido poderosa en extremo, al punto de implementar por primera vez en la historia contemporánea medidas de distanciamiento social, cierre ciudadano (*lockdown*) y medidas individuales de autocuidado como el lavado de manos periódico, el uso de tapabocas en sujetos sintomáticos y el teletrabajo o trabajo desde casa, además de logros como la publicación temprana del genoma completo del patógeno y el desarrollo de pruebas diagnósticas altamente específicas (1), al costo, es preciso señalarlo, de un colosal impacto financiero y económico y de disrupción de la vida cotidiana de las actuales megaciudades.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto Nacional de Salud (INS) expidieron directrices para la detección temprana, control y atención de la COVID-19, y la implementación de planes de contingencia y respuesta (11); en 2020-03-06 se dio a conocer el primer caso de COVID-19 en el país y se adoptaron medidas preventivas sanitarias (12); en 2020-03-11 la OMS categorizó COVID-19 como pandemia mundial. El 2020-03-12 se declaró en el país la emergencia sanitaria por su causa y se adoptaron medidas para hacerle frente (13). El 2020-03-16, mediante el decreto 109 de 2020, la Gobernación del Casanare declaró la emergencia sanitaria en su territorio y adoptó medidas para afrontar la crisis; entre otras, conformó un Comité Técnico Asesor (CTA) integrado por representantes de la academia, del sector salud público y privado y los gremios, con la función principal de hacer recomendaciones sobre las medidas adoptadas (14).

La Presidencia de la República declaró el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional en 2020-03-17 (15); y, en paralelo, dado el conjunto de protocolos de actuación en Salud Pública y de vigilancia epidemiológica (16, 17), el INS expidió un anexo al protocolo para la vigilancia en salud pública intensificada del evento de interés en salud pública Infección Respiratoria Aguda (IRA) asociada a COVID-19 (18) en el marco de la fase de contención y mitigación de la pandemia.

En 2020-03-22 se confirmó el primer caso departamental (19). Ante una situación asombrosamente “fluida”, cambiante día a día, entre sus actividades, el CTA

propuso este estudio con el objetivo de indagar por los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) (20, 21) de la población departamental acerca de la enfermedad, con el propósito de comprobar los vacíos de conocimiento, las necesidades de educación/prevenición y de vigilancia epidemiológica y de laboratorio en el departamento, y así fortalecer las acciones de información, educación y comunicación, orientadas a la comunidad para controlar y prevenir la infección por COVID-19, enfermedad similar a influenza (ESI) u otras infecciones respiratorias agudas graves (IRAG).

Métodos

Se ejecutó un estudio descriptivo de encuesta transversal (22, 23) CAP de la población acerca de la enfermedad por COVID-19 (24). Según Briceño-León (25), al comentar los estudios de percepción, conocimientos o actitudes en contraposición a los de cultura y representación social (CRS), cuando la población sabe muy poco de una situación o no tiene recursos financieros, como está sucediendo por la COVID-19, puede ir mejor un CAP inicial, complementado por uno de CRS de 6-12 meses después o, para el caso, en el siguiente pico de contagio respiratorio.

Lugar de estudio: el departamento de Casanare situado en el oriente de Colombia, en la región de la Orinoquía (44.640 km²; 04°17'25" a 06°20'45" norte; 69°50'22" a 73°04'33" oeste); política y administrativamente está dividido en 19 municipios; y, su economía se basa principalmente en la producción ganadera-agrícola y en la explotación petrolera. Según las proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda -CNPV-2018 del DANE para 2020 su población es de 435.195 habitantes (26).

Se muestreó mediante la subrutina Statcalc del programa estadístico Epi-Info® 7.2.2.2 una muestra a partir de la población departamental de 355.638 habitantes > 10 años (81,7%), con frecuencia esperada de 50%, con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%, resultando una muestra de 384 encuestas por aplicar, valor corregido a 412 encuestas al esperar 10% de pérdidas.

Las categorías contempladas y sus variables estudiadas fueron: a) *Caracterización sociodemográfica*: municipio de residencia, sexo, edad, pertenencia étnica, nivel educativo, estado civil y actividad económica, educativa o quehaceres desempeñados; b) *Conocimientos*: nombre de la enfermedad, descripción de la condición, forma de contagio, susceptibles, síntomas tempranos, medidas de prevención, sabe qué podría tener la enfermedad y ruta de atención; c) *Actitudes*: salir en las últimas 24 horas, transporte utilizado, viajes en los últimos 30 días, responsabilidad de la prevención, y d) *Prácticas*: cómo obtiene información, visita de trabajador de salud, consulta para el cuidado de la salud en los últimos 30 días, qué hacer para prevenir la enfermedad, qué debe hacer la autoridad y qué hacer en caso de presentar síntomas.

Técnicas e instrumentos de recolección de información: para la recolección de los datos, como fuente primaria de información se elaboró una encuesta con la herramienta de Formularios de Google de acceso libre, conformada por 38 preguntas, de las cuales, 23 de selección de una única opción, 9 de selección múltiple y 6 abiertas, con acceso restringido a menores de 10 años y una única opción de respuesta, todas las preguntas con la condición de diligenciamiento obligatorio. La encuesta fue promocionada y distribuida a través de las redes sociales WhatsApp y Facebook durante 4 días a partir del 2020-03-28 a las 22:45 horas hasta el 2020-04-01 a las 20:00 horas, con un total de 1.120 encuestas recolectadas.

Se depuró la base de datos como sigue: corrección de ortografía y tipeo de palabras en todas las preguntas abiertas y se recodificaron las preguntas abiertas, con base en la frecuencia de las palabras utilizadas: descripción de la enfermedad, qué hacer y deber de la autoridad.

El análisis de datos se hizo con Epi Info™ 7.2.2.2 y STATA® 13 mediante estadística descriptiva.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó bajo las pautas y recomendaciones internacionales y la normativa nacional vigente para asuntos éticos (27). Para la aplicación de la encuesta virtual se restringió el acceso a menores de 10 años a través de un filtro en la variable edad, que no permitía continuar si el valor registrado era inferior a 10.

Del mismo modo, este estudio se rigió al amparo de la Ley 1581 de 2012 respecto a la protección de datos personales, (artículo 6º, Tratamiento de datos sensibles), es decir, no se registraron datos personales ni correo electrónico.

Resultados

Se obtuvieron 1.120 encuestas diligenciadas, casi 3 veces lo proyectado; el 69,6% (779/1.120) del sexo femenino, con una edad promedio de 36 ± 12 , mediana 36, moda 42, valor mínimo 11 y máximo 87 años; distribuidas según el estado civil, 479 (42,8%) soltero, 562 (50,2%) casado/unión libre, 58 (5,2%) separado/divorciado y 21 (1,9%) viudo; de acuerdo con el nivel educativo, 39 (3,5%) primaria, 201 (17,9%) secundaria, 313 (27,9%) técnico, 408 (36,4%) profesional, 157 (14,0%) posgrado y 2 (0,2%) ninguno; el 10,1% (113/1.120) se reconoció como perteneciente a una etnia, de ellos, 44 (38,9%) afrocolombiano, 43 (38,1%) raizal, 19 (16,8%) indígena, 4 (3,5%) ROM-Gitano y 3 (2,7%) palenquero; por grupo de edad, 48 (4,3%) de 10 a 19 años, 288 (25,7%) de 20 a 29 años, 354 (31,6%) de 30 a 39 años, 277 (24,7%) 40 a 49 años, 113 (10,1%) de 50 a 59 años y 40 (3,6%) de 60 y más años (tabla 1); y, según la ocupación, el 22,4% (251/1.112) trabajadores de la salud (figura 1).

Conocimientos

Al indagar si conocían o habían oído hablar de la COVID-19, 1.117 (99,7%) expresaron sí conocerla; por la forma de contagio, 1.077 (96,2%) estornudos, 19 (1,7%) tos, 15

(1,3%) apretón de manos, 6 (0,5%) tocar objetos contaminados y uno (0,1%) abrazos, besos y no sabe respectivamente (tabla 2).

Respecto a las afirmaciones cómo considerar si COVID-19 es una gripa más, 965 (86,2%) no/no sabe; solo da a los viajeros al exterior, 1.107 (98,8%) no/no sabe; acerca de si los jóvenes y niños mueren por coronavirus, 964 (86,1%) sí; sabe cuántos casos hay en Colombia, 1.036 (92,5%) sí; reconocieron como síntomas tempranos, 965 (86,2%) tos leve, 143 (12,8%) dificultad para respirar, 5 (12,8%) fiebre, uno (0,1%) dolor de espalda y 6 (0,5%) no sabe; podía tener la enfermedad y no saberlo: 875 (78,1%) sí; conoce la ruta de atención: 786 (70,2%) sí (tabla 2). En la figura 2 se presenta la descripción de la enfermedad.

Actitudes

El 39,6% (443/1.120) manifestaron no haber salido en las últimas 24 horas, entre el 60,4% (667/1.129) que declararon haber salido en las últimas 24 horas lo hicieron a: 489 (72,2%) comprar comida, 168 (24,8%) trabajar, 5 (24,8%) hacer una vuelta, 4 (0,6%) pasear el perro y al médico respectivamente, 3 (0,4%) la finca y 2 (0,3%) la farmacia y el parque respectivamente; el transporte utilizado en la salida: 245 (21,9%) a pie, 228 (20,4%) moto, 172 (15,4%) carro particular, 31 (2,8%) bicicleta, 21 (1,9%) transporte público/taxi y 3 (0,3%) vehículo institucional/ambulancia. Acerca de un viaje en los últimos 30 días, 169 (15,1%) viajaron fuera del departamento y 9 (0,8%) viajaron fuera del país; 958 (85,5%) consideraron que la responsabilidad de prevenir la enfermedad es de todos, 159 (14,2%) de cada uno, (2/0,2%) de la autoridad y uno (0,1%) de los vecinos (tabla 2).

Prácticas

Al averiguar la forma de obtención de información sobre la enfermedad, el orden de selección fue: (695; 62,1%) radio, (364; 32,5%) televisión, (14; 1,3%) otras, (13; 1,2%) trabajo, (10; 0,9%) colegio/universidad, (8; 0,7%) gobierno, (5; 0,4%), amigos y Facebook respectivamente, (4; 0,4%) periódico y (1; 0,1%) Instagram o WhatsApp.

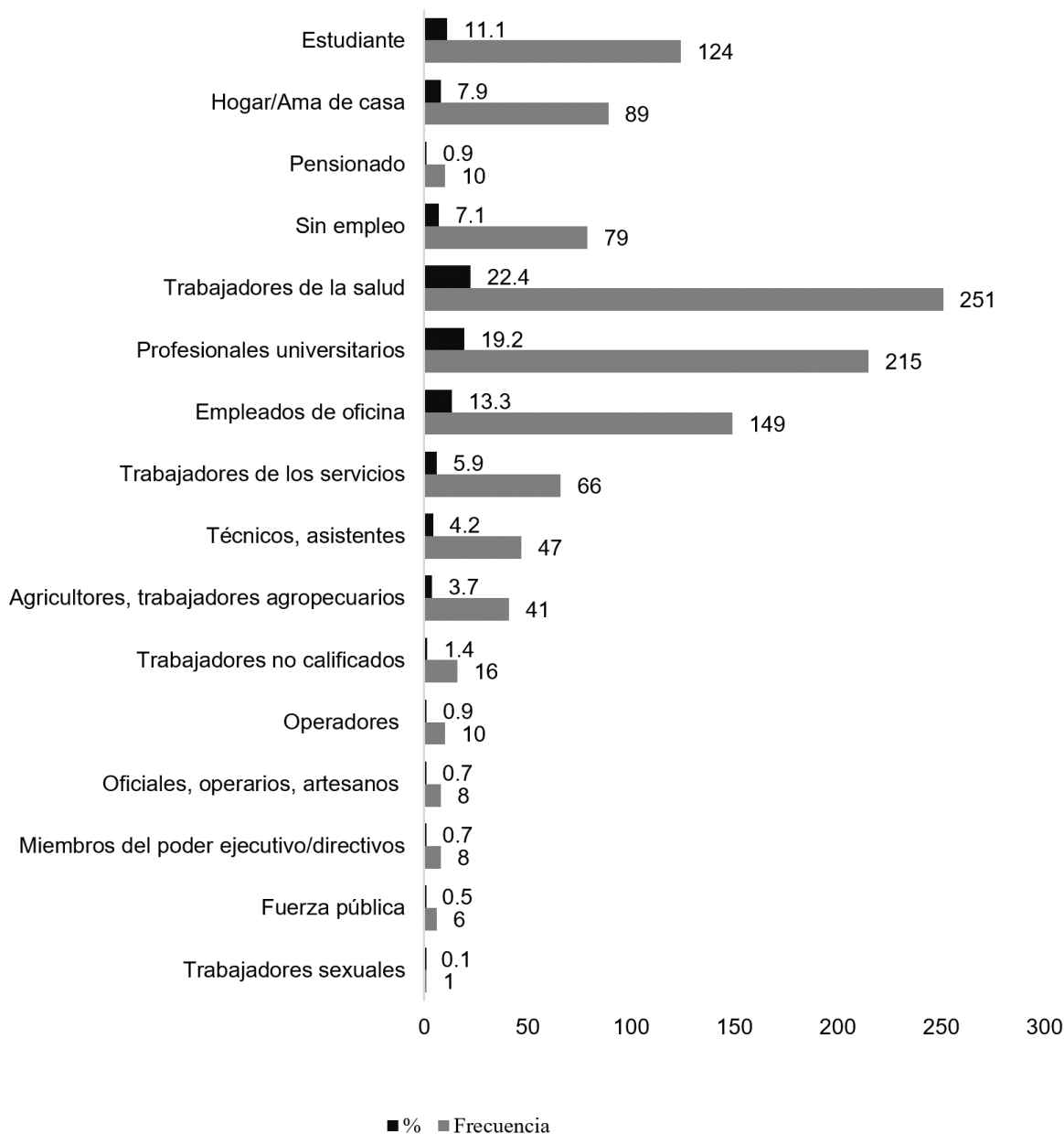
Sobre asistencia en las últimas 24 horas a un evento o lugar con más de 20 personas reunidas: 66 (5,9%) expresó que sí. En cuanto a qué medidas ayudan a prevenir el contagio: 1.109 (99,0%) no salir de casa, 9 (0,8%) lavarse las manos, uno (0,1%) usar tapabocas y no sabe respectivamente; tuvieron la visita de un trabajador de la salud en los últimos 30 días: 932 (83,2%) no; asistieron a una consulta para el cuidado de la salud en los últimos 30 días: 230 (20,5%) sí.

Al preguntar qué hacer en caso de presencia de síntomas de enfermedad respiratoria: 896 (80,0%) comunicarse con la línea de atención, 126 (11,3%) llamar a su entidad prestadora de servicios de salud (EPS), 72 (6,4%) ir al médico por urgencias y 26 (2,3%) no sabe; qué hacer para prevenir la enfermedad: 809 (72,2%) aislamiento o cuarentena, 166 (14,8%) acatamiento de normas, medidas y protocolos, 56 (5,0%) lavado de manos, uso de elementos de protección personal (EPP), 42 (3,8%) autocuidado, 33 (2,9%) colaboración / prevención, 6 (0,5%) educación, 2 (0,2%) oración/rezos, uno (0,1%) asistencia médica/hospitalaria, 2 (0,2%) no hacer nada y 3

Tabla 1. Características sociodemográficas, trabajadores de la salud vs otras actividades, CAP COVID-19, Casanare-Colombia

Variables	Trabajadores de la salud		Otras ocupaciones	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexo				
Femenino	204	81,3	575	66,2
Masculino	47	18,7	294	33,8
Estado civil				
Soltero	99	39,4	380	43,7
Casado	77	30,7	208	23,9
Unión libre	60	23,9	217	25,0
Separado / divorciado	12	4,8	46	5,3
Viudo	3	1,2	18	2,1
Nivel educativo				
Profesional	93	37,1	315	36,2
Técnico	106	42,2	207	23,8
Secundaria	5	2,0	196	22,6
Posgrado	44	17,5	113	13,0
Primaria	1	0,4	38	4,4
Ninguno	2	0,8	0	0,0
Grupo étnico o raza				
Otros	234	93,2	773	89,0
Afrocolombiano	11	4,4	33	3,8
Raizal	5	2,0	38	4,4
Indígena	1	0,4	18	2,1
ROM - Gitano	0	0,0	4	0,5
Palenquero	0	0,0	3	0,3
Grupo de edad				
10 a 19	3	1,2	45	5,2
20 a 29	48	19,1	240	27,6
30 a 39	99	39,4	255	29,3
40 a 49	77	30,7	200	23,0
50 a 59	20	8,0	93	10,7
60 y más	4	1,6	36	4,1
Municipio				
Yopal	119	47,4	422	48,6
Villanueva	27	10,8	132	15,2
Paz de Ariporo	17	6,8	25	2,9
Tauramena	7	2,8	31	3,6
Sácama	4	1,6	33	3,8
Aguazul	7	2,8	29	3,3
Monterrey	11	4,4	25	2,9
La Salina	0	0,0	31	3,6
Maní	3	1,2	26	3,0
Pore	6	2,4	20	2,3
Támara	6	2,4	19	2,2
San Luis de Palenque	7	2,8	16	1,8
Orocué	6	2,4	12	1,4
Chámeza	8	3,2	9	1,0
Hato Corozal	5	2,0	12	1,4
Sabanalarga	4	1,6	10	1,2
Nunchía	5	2,0	7	0,8
Recetor	6	2,4	5	0,6
Trinidad	3	1,2	5	0,6

Figura 1. Distribución según la actividad económica, educativa o quehaceres desempeñados, CAP COVID-19, desempeñada, Casanare-Colombia



(0,3%) no sabe.

Finalmente, al indagar acerca de qué debe hacer la autoridad: 609 (54,4%) inspección, vigilancia y control (IVC), 187 (16,7%) aislamiento / cuarentena, 118 (10,5%) información, educación y comunicación (IEC), 69 (6,2%) acatamiento de normas, medidas y protocolos, 44 (3,9%) promoción y prevención, 43 (3,8%) dar ayuda gubernamental / estatal, 28 (2,5%) pruebas diagnósticas, 5 (0,4%) promover el autocuidado / uso EPP y 17 (1,5%) no sabe (tabla 2).

Discusión

Tras la revisión de la literatura a la fecha de realización de este estudio, J.M. Clements (28), B.L. Zhong et al (29), B. Honarvar et al (30) o M. Saqlain et al (31) reportaron que las personas tienen conocimiento de la enfermedad,

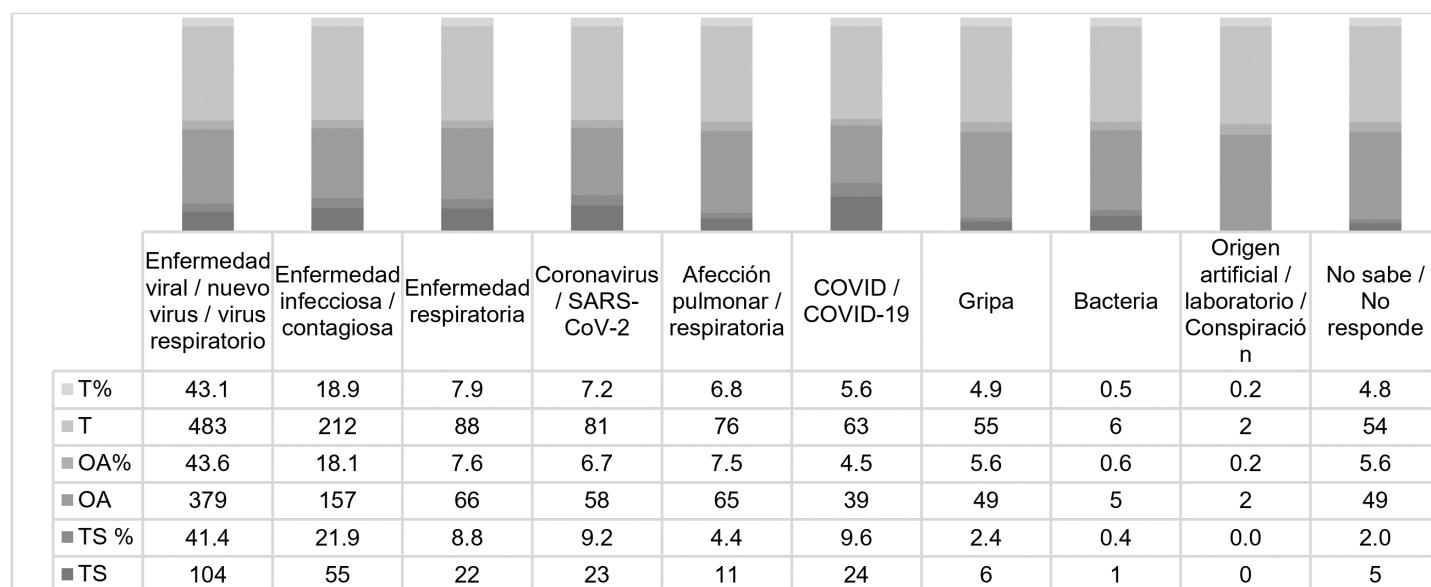
prácticas adecuadas y una actitud positiva hacia el COVID-19, bien fuesen residentes o trabajadores de la salud, pero a su vez, enfatizaron la necesidad de lanzar programas de capacitación bien estructurados para aumentar el conocimiento existente, dirigidos a la comunidad en general y en particular a los trabajadores de salud, con independencia de su profesión o estudios. Teniendo en cuenta el tiempo de encuesta, es importante señalar que en el transcurso de esos días y a la fecha de elaboración de este reporte han sucedido cambios en el abordaje de la pandemia en el país: para 2020-04-13, habían sido descartados 38.989 casos y confirmado 2.776 casos, con 109 muertes (18) y 7 casos ubicados en Casanare (32).

La encuesta contó con la participación de todos los municipios, casi la mitad residentes en su capital, Yopal, que concentra la mayor proporción de población del departamento (26). Los respondientes fueron típicamente

Tabla 2. CAP frente a la enfermedad, trabajadores de la salud vs otras actividades, encuesta CAP COVID-19, Casanare-Colombia

Variables	T. de salud		Otras actividades	
	F	%	F	%
Conoce o ha oído hablar del coronavirus				
Si	251	100	866	99,7
No	0		3	0,3
Forma de contagio				
Estornudos	239	95,2	838	96,4
Tos	6	2,4	13	1,5
Apretón de manos	3	1,2	12	1,4
Tocar objetos contaminados	2	0,8	4	0,5
Abrazos	1	0,4	0	0
Besos	0	0	1	0,1
No sabe	0	0	1	0,1
El coronavirus es simplemente una gripa más				
Si	38	15,1	117	13,5
No / No sabe	213	84,9	752	86,5
El coronavirus solo da a los que viajan al exterior				
Si	1	0,4	12	1,4
No / No sabe	250	99,6	857	98,6
Los jóvenes y niños mueren por coronavirus				
Si	219	87,3	745	85,7
No / No sabe	32	12,7	124	14,3
Sabe cuántos casos de coronavirus tenemos en Colombia				
Si	237	94,4	799	91,9
No / No sabe	14	5,6	70	8,1
Sabe cuántos casos de coronavirus tenemos en Casanare				
Si	242	96,4	808	93,0
No / No sabe	6	2,4	61	7,0
28-Sabe cuántos muertos ha habido en Colombia				
Si	235	93,6	794	91,4
No	16	6,4	75	8,6
Síntomas tempranos				
Tos leve	226	90	739	85
Dificultad para respirar	23	9,2	120	13,8
Fiebre	1	0,4	0	0,0
Dolor de espalda	1	0,4	4	0,5
No sabe	0	0	6	0,7
Sabe que usted podría tener el coronavirus y no saberlo				
Si	223	88,8	652	75,0
No / No sabe	28	11,2	217	25,0
Conoce la Ruta de atención de síntomas respiratorios - COVID-				
Si	218	86,9	568	65,4
No / No conoce	33	13,1	301	34,6
En las últimas 24 horas salió de su casa				
A comprar comida	88	48,1	401	81,0
A trabajar	2	1,1	75	15,2
A hacer una vuelta	91	49,7	5	1,0
A pasear el perro	1	0,5	3	0,6
Al médico	0	0	4	0,8
A la finca	0	0	3	0,6
A la farmacia	1	0,5	2	0,4
Al parque	0	0	2	0,4
Transporte utilizado en las últimas 24 horas				
A pie	60	23,9	185	21,3
Moto	63	25,1	165	19
Carro particular	49	19,5	123	14,2
Bicicleta	4	1,6	27	3,1
Transporte público / Taxi	4	1,6	17	2
Vehículo institucional	0	0	2	0,2
No salió	71	28,3	349	40,2
22-En los últimos 30 días ha viajado fuera del departamento				
Si	39	15,5	130	15
No	212	84,5	739	85

Variables	T. de salud		Otras actividades	
	F	%	F	%
En los últimos 30 días ha viajado fuera del país				
Si	2	0,8	7	Si
No	249	99,2	862	No
De quién es la responsabilidad de prevenir la enfermedad del				
Todos	214	85,3	744	85,6
Cada uno	37	14,7	122	14
La autoridad	0	0	2	0,2
Los vecinos	0	0	1	0,1
Cómo obtiene información				
Radio	159	63,3	536	61,7
Televisión	75	29,9	289	33,3
Otras	3	1,2	11	1,3
Trabajo	9	3,6	4	0,5
Colegio/Universidad	3	1,2	7	0,8
Gobierno	1	0,4	7	0,8
Amigos	0	0	5	0,6
Facebook	1	0,4	4	0,5
Periódico	0	0,0	4	0,5
Instagram	0	0,0	1	0,1
WhatsApp	0	0,0	1	0,1
21-En la última semana estuvo en un evento o asistió a un lugar				
No	234	93,2	820	94,4
Si	17	6,8	49	5,6
Cuáles ayudan a prevenir contagio				
No salir de casa	250	99,6	859	98,8
Lavar las manos	1	0,4	8	0,9
Usar tapabocas	0	0,0	1	0,1
No sabe	0	0,0	1	0,1
En los últimos 30 días ha sido visitado por un trabajador de				
Si	84	33,5	104	12
No	167	66,5	765	88
En los últimos 30 días ha tenido alguna consulta para el cuidado de la salud				
Si	73	29,1	157	18,1
No	178	70,9	712	81,9
En caso de presentar síntomas de la enfermedad respiratoria debe				
Comunicarme con la Línea de atención	220	87,6	676	77,8
Llamar a mi EPS	22	8,8	104	12
Ir al médico por urgencias	8	3,2	64	7,4
No sabe	1	0,4	25	2,9
Qué puede hacer usted				
Aislamiento / Cuarentena		63,7	649	74,7
Acatamiento de normas / medidas / protocolos	45	17,9	121	13,9
Lavado de manos / EPP	26	10,4	30	3,5
Autocuidado	12	4,8	30	3,5
Colaboración / Prevención	6	2,4	27	3,1
Educación	2	0,8	4	0,5
Oración / Rezos	0	0	2	0,2
Asistencia médica / hospitalaria	0	0,0	1	0,1
No hacer nada	0	0,0	2	0,2
No sabe / No responde	0	0,0	3	0,3
Qué debe hacer la autoridad				
Inspección / Vigilancia / Control	132	52,6	477	54,9
Aislamiento / Cuarentena	42	16,7	145	16,7
Información / Educación / Comunicación	34	13,5	84	9,7
Acatamiento de normas / medidas / protocolos	18	7,2	51	5,9
Promoción y Prevención	13	5,2	31	3,6
Ayuda gubernamental / estatal	6	2,4	37	4,3
Pruebas diagnósticas	4	1,6	24	2,8
Autocuidado / Uso EPP	1	0,4	4	0,5
No sabe / No responde	1	0,4	16	1,8

Figura 2. Descripción de la enfermedad, trabajadores de la salud vs otras actividades, CAP COVID-19, Casanare-Colombia

mujeres, adultos jóvenes, casados o en unión libre, características similares a las reportadas por Zhong et al (29), o trabajadores cualificados o en estudios, quienes no se reconocen dentro de una etnia particular. Una quinta parte de los respondientes fueron trabajadores de la salud, lo que podría atribuirse a que la distribución inicial se hizo a través de contactos de los miembros del CTA, conformado en su mayoría por profesionales del sector salud del departamento de Casanare; detalle a tener en cuenta a la luz de la situación laboral y de posible necesidad de elementos de protección personal (EPP) y de bioseguridad.

Se encontró un notable nivel de información sobre COVID-19, modos de contagio, comprensión de la gravedad del asunto, sintomatología general no muy alejada de la que constituye la definición de caso vigente, así como las medidas de prevención del contagio (18). Para los encuestados es claro que el acatamiento de normas, el lavado de manos y el uso de EPP tipo tapabocas, son pautas importantes en su autocuidado, y que éste, por sí solo, puede ser protector pero insuficiente. Un aspecto interesante para considerar, a partir de los encuestados, fue la inasistencia a eventos o concentraciones públicas o haber viajado fuera del departamento o del país en el último mes; al respecto, podría aventurarse la hipótesis de que habrá un bajo nivel de contagios o de mortalidad como resultado de exposición al coronavirus antes de la activación del Aislamiento Preventivo Obligatorio; es esperable que contagios o mortalidad puedan ser, inicialmente, de casos procedentes de departamentos aledaños como Meta, Boyacá, Arauca o los Santanderes.

Existe la conciencia de que cualquier persona puede tener el virus sin saberlo. La muestra encuestada se enteró principalmente a través de medios de radiodifusión, en contraposición con la utilización normal de dispositivos celulares (smartphones) o conexiones a internet a través de múltiples aparatos (computadora, tablet).

Sin embargo, pese a que existe una conciencia de que todos los ciudadanos tienen responsabilidad en la prevención de la enfermedad, coincidente con lo manifestado en otros estudios CAP sobre enfermedades transmisibles (33-36), y de que tienen posibilidades de comunicarse en busca de ayuda a través de líneas de atención, se releva una falta de apoyo por trabajadores o servicios de salud, especialmente en lo tocante a acciones de promoción y prevención frente a COVID-19; es evidente que todavía hay margen para mejorar en términos de líneas de atención al usuario o de información, educación y comunicación a los ciudadanos, de carácter redundante, y que debe seguirse empleando en caso de continuar o prolongarse el aislamiento.

Esta encuesta se ejecutó dentro de la primera semana del comienzo de la declaración de emergencia económica, social y ecológica en el departamento y en el país (14, 15); no obstante, necesidades como conseguir comida o atención médica o circunstancias de índole laboral fuerzan a las personas a romper el aislamiento y a salir de sus casas. De ahí también la utilización de medios de transporte de carácter individual, pedestre o vehicular - moto, carro o taxi, los más comunes. Esto, a pesar de que se percibe claridad en cuanto al aislamiento y, sobre todo, al acatamiento de normas, medidas o protocolos, que involucran otras medidas de carácter colectivo e individual; fue importante notar tanto el reclamo a la autoridad por mayor fortaleza, mayor capacidad y esfuerzo al ejecutar IVC y al realizar IEC, como por la apatía implícita en esperar ayuda gubernamental / estatal.

Una fortaleza implícita de este estudio es demostrar la posibilidad de comunicaciones o de avisos emanados de la gobernación o de las autoridades a través de las redes electrónicas y sociales; se afirma esto porque la presente encuesta fue 100% digital; asunto distinto es la IEC que los pobladores reciben a través de los medios masivos. Otra fortaleza es su objetivo prefijado y definido en la

exploración del conocimiento, las actitudes y prácticas de los ciudadanos frente a COVID-19, a través del cual se evidenció que existe por parte de los encuestados en general un interés y una actitud positiva para recibir información, a enterarse y a estar al tanto de la situación, y desearían ver una mayor acción e intervención del gobierno por ellos elegido. Una tercera fortaleza es la confirmación de la distribución poblacional y por edad, que permite priorizar acciones a la medida de una población económicamente activa, que tiene relativamente poca población adulta mayor, los más afectados por la epidemia en estos momentos (9); esto puede permitir a los tomadores de decisiones en salud ajustar las correspondientes acciones a la medida de la población y de las circunstancias.

No obstante, el estudio también tiene sus limitaciones, derivadas fundamentalmente de la premura en la preparación de este estudio, dado el veloz avance y la gravedad de la contingencia originada por COVID-19, y la necesidad de contar con buenas líneas de comunicación, principalmente a través de comunicación inalámbrica o por red instalada, teniendo en cuenta el propio desarrollo que cada municipio tiene, tanto en su superestructura como en su infraestructura de conectividad (37). Inherentemente, todo estudio CAP es descriptivo por definición, con los sesgos y vulnerabilidades que tal diseño conlleva.

Finalmente, que, una encuesta CAP tiene una natural restricción en su número y alcance de preguntas; a este respecto, P. Wang et al (3) propusieron estas y otras preguntas en medio de un panel de expertos: 1) ¿Qué deberían saber los proveedores de servicios de salud acerca de las pruebas disponibles para detectar SARS CoV-2? ¿Qué se sabe de su desempeño? ¿Pueden detectar el virus en períodos de incubación o recuperación?; 2) ¿Cómo deben ser manejados los falsos negativos?; 3) ¿Quién debe ofrecer estas pruebas y dónde deben hacerse?; 4) ¿Qué medidas de seguridad necesitan los proveedores de servicios de salud? Similares preguntas pueden hacerse, u otras más, desde la perspectiva de la población a nivel local.

Esta experiencia inédita en la región también puede servir al gobierno local y departamental para reforzar aspectos como la operación local del sistema de vigilancia epidemiológica, la complementación de ésta con la vigilancia por laboratorio de salud pública, la capacidad para manejar y remitir o retornar muestras tomadas a los pobladores, la cohesión de servicios de atención y de complejidad diversas y de sus profesionales, la velocidad de abastecimiento y remplazo de EPP, la propagación teórica y observada de COVID-19 en el departamento, o las consideraciones sobre el manejo de los pacientes recuperados en favor de la detección de síntomas o signos tempranos de recaída o de progresión hacia daños crónicos. Son muchas las tareas a ejecutar, muy poco el tiempo disponible para ello.

En conclusión, este estudio CAP demuestra el conocimiento que la población casanareña tiene acerca de COVID-19 y de las medidas higiénicas y sanitarias para enfrentar la enfermedad, en ausencia de una vacuna o

medicamento efectivos contra el virus causante; y, en general, pone de relieve una buena actitud y una posición cooperativa e incluso racionalmente exigente para con el gobierno local y departamental en medio de una emergencia sin precedentes en la Nación. Queda por ver, sin embargo, el asunto crítico de la reactivación económica y social derivada de una parada forzosa de este estilo, que puede ser más demandante en la medida en que haya extensiones del aislamiento o compromiso de diversos sectores en un modelo económico que, a cifras del primer trimestre de 2020, manejaba casi 13% de desempleo y 56% de empleo informal o subempleo (38).

Fuente de financiamiento

Este estudio se realizó con recursos propios.

Contribución de los autores

Oneida Castañeda y Omar Segura propusieron la idea, desarrollaron el proyecto y el protocolo. Suleida Jiménez realizó revisión del protocolo y labores de comunicación y contacto. Los tres participaron en análisis de datos, redacción del informe y del manuscrito final.

Conflicto de Interés

Ninguno.

Referencias

1. Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine*. 2020;20(2):124-27. <http://doi.org/10.7861/clinmed.2019-coron>
2. Gobierno de Colombia. Preguntas frecuentes. Generalidades COVID-19 2020 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://coronaviruscolumbia.gov.co/Covid19/preguntas-frecuentes.html>
3. Wang P, Anderson N, Pan Y, Poon L, Charlton C, Zelyas N, et al. The SARS-CoV-2 Outbreak: Diagnosis, Infection Prevention, and Public Perception. *Clin Chem*. 2020. <http://doi.org/10.1093/clinchem/hvaa080>
4. World Health Organization. Situation Report. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). 2020;99:1-12. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200428-sitrep-99-covid-19.pdf?sfvrsn=119fc381_2
5. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: El virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & laboratorio*. 2021;24(3):183-205. <http://doi.org/10.36384/01232576.268>
6. Martínez EC, Terán BB, Rojas MEH, Zúñiga CV. Síndrome agudo respiratorio severo (SARS). *Medicina Crítica*. 2003;17(2):56-79. [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2003/ti032d.pdf>
7. CellyTrujillo AI, Villamil Jiménez LC. Estudio retrospectivo del nuevo coronavirus MERS-COV 2012-2013. *Revista Lasallista de investigación*.

- 2014;11(2):71-7. <http://doi.org/10.22507/rli.v11n2a8>
8. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) Nuevo coronavirus. 2020 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=CjwKCAjwwYP2BRBGEiwAkoBpAozUL7bvholijndrhWvV9jCMgzm5muATDIqqvy2LZO MR_-fAIYa1xoCJ5IQA vD_BwE.
 9. Lai CC, Liu YH, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Yen MY, et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2): Facts and myths. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2020. <http://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.02.012>
 10. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Annals of internal medicine*. 2020. <http://doi.org/10.7326/M20-0504>
 11. Ministerio de Salud y Protección Social., Instituto Nacional de Salud. Directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-nCoV) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo. Circular externa 005 de 2020 (febrero 11).
 12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID-19 y se dictan otras disposiciones. Resolución 380 de 2020 (marzo 10).
 13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. Resolución 385 de 2020 (marzo 12).
 14. Gobernación de Casanare. Decreto por medio del cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus en el departamento de Casanare. Decreto 109 de 2020 (marzo 16).
 15. Presidencia de la República de Colombia. Decreto por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. Decreto 417 de 2020 (marzo 17).
 16. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: Infección Respiratoria Aguda. Códigos 345, 348, 591, 995. Bogotá, D.C.: INS; 2017. 17 p.
 17. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición. Código 591. Bogotá, D.C.: INS; 2017. 13 p.
 18. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de Infección Respiratoria Aguda (IRA). Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). Versión 10. Bogotá, D.C.: INS; 2020.
 19. Instituto Nacional de Salud. Coronavirus (COVID - 2019) en Colombia. [citado 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
 20. Cleland J. A critique of KAP studies and some suggestions for their improvement. *Studies in Family Planning*. 1973;4(2):42-7. <http://doi.org/>
 21. Gumucio S, Merica M, Luhmann N, Fauvel G, Zompi S, Ronsse A, et al. Recogida de datos, métodos cuantitativos. Ejemplo de encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) 2011. 77 p.
 22. Hernández Ávila M, Lazzano Ponce E, Oropeza Abundéz C. *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios*: SPM Editores; 2014. 400 p.
 23. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. *Salud publica de Mexico*. 2000;42(5):447-55 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6263>
 24. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la detección y manejo de casos por los prestadores de servicios de salud, frente a la introducción del SARS-CoV-2 (COVID-19) a Colombia. Bogotá: Minsalud; 2020. 15 p.
 25. Briceño-León R. Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(1):33-45. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100004>
 26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población. Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV-2018 2021 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.
 27. República de Colombia., Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993 (octubre 4).
 28. Clements JM. Knowledge and Behaviors Toward COVID-19 Among US Residents During the Early Days of the Pandemic: Cross-Sectional Online Questionnaire. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2020;6(2):e19161. <http://doi.org/10.2196/1916>
 29. 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. *International Journal of Biological Sciences*. 2020;16(10):1745. <http://doi.org/10.7150/ijbs.45221>
 30. Honarvar B, Lankarani KB, Kharmandar A, Shaygani F, Zahedroozgar M, Haghighi MRR, et al. Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and field-based study from Iran. *International journal of public health*. 2020:1-9. <http://doi.org/10.1007/s00038-020-01406-2>
 31. Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A, Naz S, Ahmed Z, et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare professionals regarding COVID-19: A Cross-sectional survey from Pakistan. *Journal of Hospital Infection* 2020;105(3):419-

23. <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.007>
32. Instituto Nacional de Salud. Módulo de datos COVID - 2019 en Colombia 2020 [citado 13 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/modulos-covid-19.aspx>.
33. Criollo Fonseca IZ, Bernal Barón AY, Castañeda Porras O. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue, tras aplicación de estrategias de movilización social. Yopal-Casanare, Colombia, 2012. Investigaciones Andina. 2014;16(29):1001-15. <https://doi.org/10.33132/01248146.43>
34. Castañeda-Porras O, Dueñas LPZ. Conocimientos, actitudes y prácticas para el control de enfermedades transmitidas por vectores en zona rural dispersa, San Luis de Palenque, Casanare-Colombia, 2017. Rev Méd Risaralda. 2018;24(2):108-14. <https://doi.org/10.22517/25395203.17611>
35. Castañeda-Porras O, Segura O, Garzón-Lara EC, Manosalva-Sánchez C. Conocimientos, actitudes y prácticas frente al control del vector *Aedes aegypti*, Villanueva-Casanare, Colombia, 2016. Rev Méd Risaralda. 2017;23(1):13-21. <https://doi.org/10.22517/25395203.14511>
36. Castañeda O, Segura O, Ramírez AN. Conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias en un brote de Dengue en un municipio de Colombia, 2010. Revista de salud publica. 2011;13(3):514-27.
37. Departamento Nacional de Planeación -DNP. Colombia productiva y sostenible: un propósito de todos. Bogotá, D.C.: DNP; 2018. 684 p.
38. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Principales indicadores del mercado laboral. Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). 2020;Marzo 2020:1-28.