



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD
LEÓN**

TEMA: “PERCEPCIÓN DE RIESGO, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE COVID-19 EN POBLACIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD LEÓN Y LA UESMA, DURANTE 2021”

**MODALIDAD DE TITULACIÓN:
TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN FISIOETRAPIA**

**P R E S E N T A:
LAURA NOEMÍ BARROSO VÁZQUEZ**

TUTOR: DR. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

**ASESORA: DRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA
VILCHIS**

LEÓN GUANAJUATO. 2023.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi alma máter, la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, por permitirme el ingreso a esta prestigiosa universidad, por convertirse en mi hogar y por brindarme las herramientas y conocimientos necesarios para convertirme en una profesionista.

A la Clínica de Fisioterapia de la ENES León, por darme la oportunidad de iniciar mis prácticas profesionales y así poder aplicar los conocimientos adquiridos.

Al Programa de Becas de Manutención (antes PRONABES), por brindarme el apoyo económico y solventar mis gastos durante mi formación.

Al programa de Movilidad Estudiantil, por haber hecho realidad uno de mis sueños más grades y haber creado momentos únicos y experiencias inolvidables.

Al ex director y mi tutor de Tesis el Dr. Javier de la Fuente Hernández, por creer en el proyecto de la Universidad, por su compromiso y apoyo hacia los alumnos. También quiero agradecer por su tiempo, sus consejos y apoyo en esta investigación.

A mi asesora la Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis, por estar en la mejor disposición de apoyarme en este proyecto, por su paciencia, por su tiempo, su orientación y sus observaciones.

A la Dra. Fátima del Carmen Aguilar Díaz, por todo su apoyo para que esta investigación fuera posible, por su tiempo, por sus enseñanzas para realizar un trabajo de calidad, gracias por sus orientaciones y consejos.

A todo el Departamento de Salud Pública, especialmente a la Dra. María de los Ángeles Ramírez Trujillo, por su colaboración y apoyo en este proyecto.

DEDICATORIAS

A Dios, por bendecirme, acompañarme y guiarme en todo momento.

A mi mamá, por ser mi pedestal, mi apoyo incondicional, mi mayor ejemplo. Por soñar conmigo y acompañarme en cada logro y en cada momento difícil. Gracias por siempre creer en mí, por darme seguridad y enseñarme a no rendirme nunca. Trabajaste toda una vida para darnos lo mejor que pudiste y te lo agradezco con el corazón. Mis logros también son tuyos.

También es dedicada especialmente y con mucho cariño a mi papá, que desde el cielo me mandó fuerzas para continuar y terminar este trabajo. Gracias por todo el esfuerzo y sacrificio que hiciste para que yo lograra terminar una carrera. Anhelaba que llegara este día y que tú también estuvieras presente para celebrar este logro que también fue posible gracias a lo que hiciste por mi toda la vida.

A mi hermana Elsa, por ser un pilar tan importante en nuestra familia y un gran ejemplo de ser humano. Gracias por apoyarme en todo momento y por todo lo que has hecho por nosotros. Con tu ejemplo me has enseñado a ser responsable, dedicada, trabajadora, honesta y honrada. Sin ti, yo no hubiera logrado esto.

A mis hermanos Ángel y Braulio, por su apoyo, su confianza, por sus consejos y por creer en mí. Gracias por estar ahí siempre que los necesité, por no dejarme sola y consolarme en los momentos más duros y tristes de mi vida.

A mi sobrinita Vicky, por siempre estar a mi lado y por ser mi alegría de todos los días.

A mi novio Gamaliel, por todo su cariño, por motivarme a terminar este trabajo, por ser mi refugio y por creer en mí. Gracias por ser un apoyo constante en mi vida y siempre impulsarme para todo lo que quiero lograr.

A mis amigas y amigos: Gabriela Duarte, Alejandra Moreno, Liliana Yarel, Mariana Contreras, Alejandra Rodríguez, Sara Rangel, Yunnuen Hernández y Alejandra Rizo, gracias por su bonita amistad, por escucharme, por su apoyo incondicional y por convertirse en mi segunda familia. Gaby, gracias por darme seguridad, por hacer que confíe más en mí y por recordarme que soy capaz de lograr todo lo que quiero. A Paquito García, por ser un gran amigo durante 9 años, gracias por tantos momentos y tantas risas. A Pablo Vega, por su apoyo incondicional, por sus consejos y ayudarme siempre que lo necesité.

A mis profesores de Fisioterapia, especialmente a la Dra. Aline Viveiro, al Dr. Jesús Barrera, a la Mtra. Adriana Echevarría, a la Mtra. Ileana Aguilar y a la Mtra. Cristina Carrillo, por toda su enseñanza, orientación, consejos, apoyo y experiencia que me brindaron.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	9
Aparición y diseminación de la COVID-19.....	9
Coronavirus.....	9
Origen de la COVID-19.....	10
Síntomas de la COVID-19.....	10
Epidemiología.....	10
Percepción de riesgo ante la COVID-19	13
ANTECEDENTES	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
Pregunta de investigación	21
JUSTIFICACIÓN	22
HIPÓTESIS.....	23
OBJETIVOS.....	24
General.....	24
Específicos.....	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
Tipo de estudio	25
Universo de estudio	25
Selección y tamaño de la muestra.....	25
Criterios de selección.....	25
Variables de estudio.....	25
Recolección de la información y descripción de la conformación del cuestionario	29
Análisis de la información.....	32
Consideraciones éticas.....	32
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN.....	72
LIMITACIONES Y FORTALEZAS	80
CONCLUSIONES	81
ANEXOS	82

ANEXO 1. Cuestionario COVID-19	82
REFERENCIAS.....	89

RESUMEN

Introducción: La aparición del SARS-CoV-2, que provoca la enfermedad de la COVID-19 con su acelerada transmisión y su número de muertes, hizo que la Organización Mundial de la Salud el 30 de enero del 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional y el 11 de marzo del mismo año fue reconocida como pandemia. La COVID-19 continúa circulando en el mundo por lo que sigue siendo necesaria la investigación que genere conocimiento para desarrollar medidas que ayuden a disminuir su impacto en nuestro entorno académico. **Objetivo:** Identificar la percepción de riesgo, conocimientos y prácticas preventivas ante la enfermedad COVID-19 en población de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León y la UESMA, durante 2021. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal en el cual se elaboró un cuestionario en google forms que fue dirigido a la población de la ENES y la UESMA del 1 al 16 de diciembre 2021 a través de las redes sociales oficiales de la ENES. El cuestionario incluyó un apartado para recolectar datos sociodemográficos y preguntas relacionadas con las practicas preventivas, los conocimientos y la percepción de riesgo ante COVID-19. El cuestionario fue sometido a validez de contenido. **Resultados:** Participaron 442 personas, la edad promedio de los participantes fue de 28 ± 11 años, el 61.8% fueron mujeres, cerca del 70% eran estudiantes, casi el 70% eran católicos/cristianos y el 46.4% tenía un nivel máximo de estudios de licenciatura. Referente a las prácticas preventivas evaluadas, la mayoría de la población estudiada las realiza para disminuir el riesgo de contraer COVID-19. En el análisis bivariado, se encontró que evitar tocar cara, quedarse en casa, consumir dieta balanceada, evitar aglomeraciones, usar antibióticos, usar remedios homeopáticos, rezar o meditar, desinfectar objetos, cambiar de zapatos y el uso de ClO_2 tuvieron diferencias estadísticamente significativas con algunas variables sociodemográficas. Con respecto a los conocimientos ante COVID-19, casi la mitad de los participantes afirmaron que 14 días es el tiempo en el que pueden aparecer los síntomas desde que se produce el contagio, además, casi la totalidad reconoce que no siempre el coronavirus provoca síntomas en las personas. En el análisis bivariado, se encontró relación significativa con la edad, nivel educativo y otras variables sociodemográficas. Por otro lado, la mayoría de los participantes sentía mayor riesgo de contagiarse en las clínicas de la ENES y en el transporte público, y se encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo, la edad, el nivel educativo y el papel que se ejerce dentro de la ENES y la UESMA. **Conclusión:** Los resultados revelan que la población estudiada cuenta con prácticas preventivas adecuadas, resultados aceptables en cuanto al conocimiento y una adecuada percepción de riesgo frente a la COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La aparición del SARS-CoV-2, que provoca la enfermedad de la COVID-19 con su acelerada transmisión y su número de muertes, hizo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero del 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional y el 11 de marzo del mismo año fue reconocida como pandemia. Esta enfermedad apareció a finales de noviembre y principios de diciembre del 2019, en la ciudad de Wuhan de la provincia de Hubei, China cuando se reportó a un grupo de personas con un brote de neumonía vírica de causa desconocida, vinculada a trabajadores del mercado mayorista de mariscos del sur de China de Wuhan ^{1,2}. La OMS lo denominó como SARS-CoV-2, dado que se realizó un estudio en China ³ en el cual se obtuvieron secuencias genómicas completas de cinco pacientes en una etapa temprana del brote y estas eran muy parecidas con las del SARS-CoV, ya que compartían una identidad de secuencia del 79,6% ⁴.

Según el informe de situación de la OMS ⁵, para el 13 de mayo de 2020, se habían notificado un total de 4.170.424 casos confirmados de COVID-19 con 287.399 muertes en más de 210 países afectados en todo el mundo.

Se cree que el origen del SARS-CoV-2 es zoonótico, debido a la similitud en un 96% a nivel de genoma completo de coronavirus de una especie de murciélago salvaje, quienes al parecer fueron los reservorios naturales para la formación del nuevo coronavirus ^{6, 7, 8}.

La COVID-19, provoca síntomas similares a los de la gripe y en un cuadro grave se puede presentar disnea (dificultad respiratoria) y temperatura alta por encima de los 38° C ⁹. Dado que su transmisión es de manera directa a través de gotículas respiratorias, es importante verificar el comportamiento de las personas, pues a pesar de la información recibida diariamente acerca de los efectos letales de la enfermedad COVID-19, varias no acataban las medidas preventivas recomendadas ¹⁰. Se debe considerar que la percepción de riesgo es un elemento clave que promueve una mayor participación pública en las medidas preventivas de las enfermedades, y es importante para la estimación del grado de conciencia de la comunidad sobre la gravedad de los acontecimientos epidemiológicos y el grado de voluntad para cooperar en la implementación de las medidas preventivas de salud a nivel local y global ¹¹.

El propósito de este trabajo fue Identificar la percepción de riesgo, conocimientos y prácticas preventivas ante la enfermedad COVID-19 en población de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León y la UESMA durante 2021.

MARCO TEÓRICO

Aparición y diseminación de la COVID-19

A finales de noviembre y principios de diciembre del 2019, en la ciudad de Wuhan de la provincia de Hubei, China se reportó a un grupo de personas con un brote de neumonía vírica de causa desconocida, vinculada principalmente a trabajadores del mercado mayorista de mariscos del sur de China de Wuhan ^{1, 2}. Al principio este virus fue denominado como virus de Wuhan, posteriormente fue renombrado como 2019-nCoV (2019 novel coronavirus) y se determinó que era un agente de la familia del coronavirus relacionado estrechamente con el SARS-CoV (síndrome respiratorio agudo severo) ya que en un estudio de Peng Zhou³ realizado en China se obtuvieron secuencias genómicas completas de cinco pacientes en una etapa temprana del brote. Las secuencias son muy parecidas y comparten una identidad de secuencia del 79,6% con el SARS-CoV, por lo que OMS lo denominó SARS-CoV-2 ⁴.

Este virus se expandió rápidamente, el número de casos aumentó en el resto de Hubei y se propago a otros países. La rápida expansión de la enfermedad hizo que la OMS, el 30 de enero del 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional y el 11 de marzo del mismo año fue reconocida como una pandemia ¹.

Según el informe de situación de la OMS 114 ⁵, para el 13 de mayo de 2020, se habían notificado un total de 4.170.424 casos confirmados de COVID-19 con 287.399 muertes en más de 210 países afectados en todo el mundo.

Coronavirus

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden provocar enfermedades en animales y en humanos. Son virus de ARN de cadena positiva envueltos que pertenecen a la familia Coronaviridae y se pueden agrupar en cuatro géneros: Alfacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Hasta la fecha hay seis especies conocidas de coronavirus que causan enfermedades en humanos. Cuatro de estos (229E, OC43, NL63 y HKU1) provocan infecciones respiratorias con síntomas comunes de gripe en personas inmunodeprimidas y otras dos especies que pertenecen al género de los Betacoronavirus, causan enfermedades más graves con altas tasas de mortalidad como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) responsable de la pandemia en 2002-2003 que se produjo en Foshan, un pueblo del sur de China y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) responsable de la pandemia en 2012 en Arabia Saudita ⁶.

Origen de la COVID-19

Se ha discutido mucho el origen probable del SARS-CoV-2, y se cree que es zoonótico. Muchos de los primeros casos de COVID-19 estaban asociados al mercado de animales de Wuhan, pues los pacientes estuvieron expuestos en el mercado de mariscos a varios animales salvajes que actúan como reservorios, como aves de corral, serpientes, murciélagos y otros animales de granja, por tal motivo es probable que una fuente animal estuviera involucrada ⁷. Debido a que el SARS-CoV-2 es muy similar a un coronavirus de una especie de murciélago salvaje es posible que estos animales hayan sido los reservorios naturales para la formación de este nuevo coronavirus. Además, se realizaron varios estudios, y muestran que el SARS-CoV-2 es un 96% idéntico a nivel de genoma completo a un coronavirus de murciélago. Sin embargo, para que el virus del murciélago se transmitiera a un humano se requiere de un huésped intermedio, pues los murciélagos no serían los transmisores directos porque no comparten hábitat cercano con los humanos. Sin embargo, se encontró que a partir de estudios de secuenciación genómica una alta probabilidad de que el hospedero intermedio para COVID-19 correspondiera a los pangolines de Malasia, pues estos tenían coronavirus similares al SARS-CoV-2 y habían sido contrabandeados ilegalmente a China ⁸.

Síntomas de la COVID-19

Los síntomas que provoca son similares a los de la gripe. Los más habituales son: fiebre, tos seca y cansancio. Otros síntomas que pueden afectar a algunos pacientes son: pérdida del gusto o el olfato, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares o articulares, diferentes tipos de erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea, escalofríos o vértigo. En un cuadro grave de COVID-19, se incluyen los siguientes síntomas: disnea (dificultad respiratoria), pérdida de apetito, confusión, dolor u opresión persistente en el pecho y temperatura alta por encima de los 38° C ⁹.

Epidemiología

La Universidad John Hopkins ha proporcionado actualizaciones diarias sobre la epidemiología básica del brote de COVID-19. Hasta el 14 de diciembre de 2021 a las 10:22 am se reportan 271,020,449 casos de COVID-19 a nivel mundial y 5,317,058 muertes debidas a esta causa ^{12, 13} (Tabla 1).

Tabla 1. Datos epidemiológicos básicos del brote de COVID-19

	Total de casos COVID-19	Total de muertes por COVID-19	Tasa de incidencia de casos por 100.000 personas
China	112,430	4,849	8
Brasil	22,177,059	616,457	10,433
Estados Unidos	50,142,292	798,942	15,219
Nueva Zelanda	13,069	47	271
Reino Unido	10,935,788	146,935	16,109
Francia	8,374,944	121,659	12,835
Corea del Sur	528,652	4,387	1,031
Australia	232,767	2,113	914
México	3,918,987	296,721	3,067
A nivel mundial	271,020,449	5,317,058	

Fuente: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

A continuación, se muestra una tabla con datos de los Informes Epidemiológicos de la situación de COVID-19, según la Secretaría de Salud de México desde febrero 2020 al 25 de octubre de 2021^{14, 15} (Tabla 2).

Tabla 2. Datos de los Informes Epidemiológicos de la situación de COVID-19 en México

Fecha	Casos confirmados a COVID-19	Estados de la República Mexicana con mayor número de casos	Defunciones
febrero a 28 de abril 2020	16,752	Ciudad de México, Estado de México y Baja California.	1,569
18 de mayo 2020	51,633	Ciudad de México, Estado de México, Baja California, Tabasco, Veracruz, Sinaloa, Puebla, Quintana Roo, Yucatán y Morelos	5,332
20 de julio 2020	349,396	Ciudad de México, Estado de México, Tabasco, Veracruz, Puebla, Guanajuato, Sonora, Nuevo León, Baja California, Sinaloa, Tamaulipas y Jalisco	39,485
21 de septiembre 2020	700,580	Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Veracruz, Tabasco, Puebla, Tamaulipas, Coahuila, Jalisco, Sonora, San Luis Potosí, Michoacán, Baja California, Sinaloa, Guerrero, Yucatán, Oaxaca, Hidalgo y Quintana Roo.	73,697

16 de noviembre 2020	1,009,396	Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Sonora, Veracruz, Coahuila, Puebla, Jalisco, y Tabasco	98,861
18 de enero 2021	1,649,502	Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Jalisco, Sonora, Coahuila, Puebla, Tabasco y Veracruz	141,248
15 de marzo 2021	2, 167,729	Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Jalisco, Puebla, Sonora, Coahuila, Querétaro y Tabasco	194,944
17 de mayo 2021	2, 382,745	Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Jalisco, Puebla, Sonora, Querétaro, Coahuila, y Tabasco	220,489
19 de julio 2021	2, 664,444	Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Jalisco, Puebla, Sonora, Tabasco, Veracruz y Querétaro	236,469
27 de septiembre 2021	3,635,807	Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, Puebla, Veracruz, Sonora y San Luis Potosí	275,676
25 de octubre 2021	3,748,448	Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, Puebla, Veracruz, Sonora y San Luis Potosí	286,496

Fuente: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-epidemiologicos-de-la-situacion-de-covid19-en-mexico-2020> <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-epidemiologicos-de-la-situacion-de-covid19-en-mexico-2021>

Percepción de riesgo ante la COVID-19

Marshall¹⁰ conceptualiza el riesgo como, “la combinación entre la probabilidad o frecuencia de aparición de un determinado suceso y la magnitud de las consecuencias”.

Desde un enfoque psicológico, el riesgo puede entenderse desde dos planos diferentes: el real y el subjetivo, y puede valorarse desde una vertiente individual o colectiva. En el plano subjetivo según Pastor¹⁶, la percepción de riesgo es un proceso cognitivo que se forma a partir de la información que cada persona tiene y de la influencia de otras personas y medios, organizándose en juicio o valor. También se define como la interpretación que se construye a partir de una evaluación subjetiva, de la probabilidad de ser víctimas de un determinado evento y la magnitud de sus consecuencias. Por lo tanto, el riesgo se configura a partir de la información y las experiencias que una persona va almacenando, y es por esto, que la percepción de riesgo aumenta considerablemente con la edad ¹⁷.

Se cree que el primer paso para percibir un riesgo, es que se identifique la situación determinada como amenazante, y el factor que determina la percepción es la información que se tiene de la situación ¹⁸.

En un informe de la OMS ¹⁹, se menciona que los riesgos para la salud son percibidos de manera distinta por los diferentes grupos que integran la sociedad, por ejemplo: los profesionales, los científicos, los políticos, público en general, etc., ya que, al mantener distintos estilos de vida, perciben, evalúan y reaccionan ante los riesgos de manera distinta. Además, el género, la visión del mundo, las experiencias, los estereotipos, las creencia y actitudes son factores importantes que influyen en la percepción de riesgo.

Con relación a la COVID-19, la mezcla de estos factores hace que las personas estimen o juzguen la realidad de manera diferente, y como resultado se puede tener una percepción de riesgo alta en la que las personas siguen las indicaciones de las prácticas adecuadas para evitar el contagio o una percepción de riesgo baja en la que infravaloran el riesgo de la COVID-19 y cuando esto ocurre no se asumen a las medidas de la cuarentena, no siguen los protocolos de bioseguridad y tampoco se valoran como importantes los daños potenciales de la enfermedad. Según Cordobés ²⁰, una percepción de riesgo inadecuada se debe a: presión social, comodidad, la ausencia de perspectiva del riesgo y la imitación.

Por último, la percepción de riesgo que las personas pueden tener en cuanto a una pandemia, son elementos clave que ayudan a una mayor participación pública en las

medidas preventivas de las enfermedades, y es importante para la estimación del grado de conciencia de la comunidad sobre la gravedad de los acontecimientos epidemiológicos y el grado de voluntad para cooperar en la implementación de las medidas preventivas de salud a nivel local y global ¹¹.

ANTECEDENTES

Relación de la percepción de riesgo con variables demográficas

En la literatura se encuentran diversos reportes de trabajos que han evaluado los conocimientos, prácticas y percepción de riesgo relacionado a la COVID-19. Uno de ellos es el reportado por Yani Ding y colaboradores ²¹, quienes aplicaron encuestas a estudiantes universitarios a través de internet (entre el 4 y el 7 de febrero de 2020), y reportan que ellos tienen una percepción de alto riesgo de COVID-19. Casi la totalidad de los estudiantes cree que incluso una persona con buena salud pudiera infectarse por COVID-19, el 80.4% dijeron que se les recordó que tuvieran cuidado con el COVID-19 y al 85.1% les preocuparía que su familia se infectara con el COVID-19. Se encontró que el género, la especialidad, la ubicación de la escuela y el nivel de conocimiento están altamente correlacionados con la percepción del riesgo.

En marzo del 2020, en Italia, E. Commodari y colaboradores ¹¹ observaron que solo el 5 % de los encuestados creía probable contraer una enfermedad causada por el SARS-CoV-2. Los participantes consideraron la probabilidad de contraer una enfermedad relacionada con un nuevo virus más alta que la posibilidad de contraer las enfermedades infecciosas mencionadas en el cuestionario a excepción del resfriado común. Aunque la percepción de riesgo fue baja, las personas encuestadas consideran más perjudicial tener una enfermedad desconocida que una patología provocada por enfermedades infecciosas ya conocidas (la gripe A/H1N1). También, se observó que ser mujer, ser mayor y estar casada se asocia con un mayor riesgo percibido de contraer una enfermedad causada por un virus nuevo, mientras que ser hombre, más joven y soltero se asocia con un menor riesgo percibido.

De igual manera en México, se ha reportado ²² que la percepción promedio del riesgo de contagio por COVID-19 entre adultos jóvenes y mayores de 30 años es similar. En ambos grupos etarios existe la creencia de que es muy probable o algo probable contagiarse. Se observó que el nivel de escolaridad del jefe del hogar juega un papel importante: si tiene estudios universitarios la percepción de riesgo de contagio entre las personas que conforman el hogar es más alta tanto para los jóvenes como para los mayores de 30 años.

Relación con variables de conocimientos

En 2021, en México, Medina Fernández y colaboradores ²³, realizaron un estudio en estudiantes y recién graduados de enfermería de universidades públicas y privadas. El estudio buscó correlacionar miedo, estrés, conocimiento sobre COVID-19, a través de escalas en línea (entre mayo y junio de 2020): la Escala Miedo al COVID-19; la Subescala de conocimiento de la escala Conocimientos, actitudes y prácticas hacia COVID-19, y la Escala de Estrés COVID. En los resultados se encontró relación de la variable edad con miedo, peligro de contaminación, estrés traumático, conocimiento y consecuencias socioeconómicas menores ($p < 0.05$). También se observó relación del miedo con el estrés con respecto a COVID-19, peligro de contaminación, consecuencias socioeconómicas, xenofobia, estrés traumático y control compulsivo. El estrés y el conocimiento explican la presencia de miedo con respecto al COVID-19 en el 50.3%, y el miedo y el conocimiento explican el estrés con respecto al COVID-19 en el 50.4%.

En Etiopía (2020) ²⁴, se encontró un alto nivel de percepción de riesgo con respecto al COVID-19 entre los camareros que trabajaban en hoteles, pensiones, restaurantes y cafeterías. La información se obtuvo por medio de entrevistas estructuradas cara a cara (entre el 1 y el 15 de junio de 2020). Una porción significativa de los participantes conocía la manera de propagación. Poco más de la mitad de los participantes coinciden que la enfermedad por COVID-19 causa más muertes que otras enfermedades respiratorias. Poco más de la mitad tenían percepciones de alto riesgo con respecto a COVID-19. La edad de los participantes, el comportamiento preventivo y el conocimiento del COVID-19 se asociaron con la percepción del riesgo con respecto al COVID-19.

En 2020, en Egipto, Enayat M. Soltan y colaboradores ²⁵, desarrollaron un estudio en estudiantes de medicina de pregrado con el objetivo de evaluar el conocimiento, la percepción de riesgo y los comportamientos preventivos relacionados con la pandemia de COVID-19. La información se obtuvo por medio de un cuestionario en línea (entre el 19 y el 26 de junio de 2020). Observaron que conocimiento relacionado con COVID-19, la puntuación fue alta, de 80.9%. La mayoría de los estudiantes siente que la infección por coronavirus es una enfermedad potencialmente mortal, así como también percibieron a una persona infectada con COVID-19 como una seria amenaza para la sociedad. Más de la mitad percibieron riesgo de infección por Covid-19 durante las rotaciones de sala. La mayoría de los estudiantes practican conductas preventivas hacia COVID-19. También tienen porcentajes más altos en cuanto a conocimientos

relacionados y práctica de conductas preventivas. Los estudiantes que recibieron educación sobre COVID-19 y aquellos con mayor percepción de riesgo tenían actitudes preventivas significativamente más altas. Las mujeres tienen porcentajes más altos en cuanto a conocimientos relacionados y práctica de conductas preventivas.

En febrero del 2020, en Irán, Mohammad Hossein Taghrir y colaboradores ²⁶, aplicaron un cuestionario en estudiantes de medicina, y observaron que el promedio de respuestas correctas sobre el conocimiento relacionado con COVID-19 fue 86.96% y el 79,6% de los participantes tenía un nivel alto. En el apartado de conductas preventivas el promedio de respuestas correctas fue del 94,47%. Reportaron una percepción de riesgo moderada y observaron que a medida que aumentan los comportamientos preventivos, la percepción del riesgo disminuye.

Relación con variables sociales

En otro estudio realizado en marzo 2020 en Argentina ²⁷, en el que se recabaron datos a través de un cuestionario online de la OMS, adaptado a este país, observaron que la percepción de riesgo frente al COVID-19 fue moderada. Aun así, la relación de personas que indicó puntuaciones altas fue mucho mayor en la percepción de severidad en caso de contagio, comparado con la percepción de probabilidad de contagio. La percepción de probabilidad de contagio fue menor a mayor percepción de lejanía geográfica del virus y a mayor frecuencia de búsqueda de información. La percepción de gravedad en caso de contagio se asoció positivamente con la frecuencia de búsqueda de información. En cambio, se asoció inversamente con la percepción de lejanía del virus y la autoeficacia, ya que a mayor autoeficacia menor percepción de gravedad, pero no a la percepción de contagio.

En México Graciela Teruel y colaboradores en abril del 2020 ²⁸, encontraron que casi la mitad de la población cree muy probable o probable que se infecte de COVID-19. Sin embargo, un 15.4% considera nada probable el contagiarse. Poco más de la mitad cree que si alguien se infecta puede ser muy peligroso y casi la mitad de los encuestados tiene una preocupación muy alta de que su salud se vea afectada por el COVID-19. El 8% de los hogares reporta que alguien ha tenido alguno de los síntomas típicos del COVID-19: tos, fiebre, dolor de cabeza o dificultad para respirar. Poco más de la mitad de la población reporta estar cumpliendo con las medidas de distanciamiento social y resguardarse en su domicilio. Dentro de las causas para no cumplir con las medidas de sana distancia, las más mencionadas se refieren a la necesidad de salir a trabajar o de salir a buscar trabajo.

Por su parte, a través de una encuesta virtual dirigida a población general (adultos) de Arabia Saudita, Egipto y Jordania ²⁹ (entre el 16 y el 30 de abril de 2020), encontraron que la percepción de la gravedad del COVID-19, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad y el grado de ansiedad fue significativamente mayor entre los participantes de Arabia Saudita que entre los participantes de Egipto y Jordania. La muestra de población de Egipto obtuvo puntuaciones más bajas en eficacia y autoeficacia para hacer frente al COVID-19, también obtuvo un puntaje significativamente más bajo en creencias respecto a tener una higiene de manos frecuente, el distanciamiento social y la cuarentena ayuda a prevenir el COVID-19. Los principales motivos informados por los participantes que los incitaron a implementar medidas preventivas contra el COVID-19 fue un sentimiento de responsabilidad hacia su propia salud, la prevención de la transmisión a otras personas y la sensación de que el COVID-19 puede ser grave.

Otro estudio, también realizado en adultos de Arabia Saudita, pero en el 2021 ³⁰, mediante entrevistas cualitativas telefónicas (entre el 3 de mayo y el 5 de junio de 2020), reportó que la percepción del riesgo está influenciada por muchos factores individuales, comunitarios y culturales. Estas percepciones desencadenan o provocan conductas precautorias, con tendencia a negar riesgos o a reaccionar exageradamente con las reacciones precautorias con COVID-19. Se observó que un riesgo importante para las personas es la información falsa y poco confiable sobre COVID-19 que se difunde en noticias falsa de internet o en comunicaciones digitales como los grupos de WhatsApp. A pesar de que se brinda información sobre COVID-19 en fuentes oficiales como en los informes diarios del Ministerio de Salud, las personas desconfían de esa información y prefieren buscar en otros sitios de internet. También, las personas se unen a grupos de WhatsApp sobre tratamientos alternativos para COVID-19, y aunque brindan información poco confiable, ellos se sienten más seguros y refieren que esa información de los grupos de WhatsApp es mejor que la de las fuentes oficiales. Algunos participantes expresaron más preocupación por el riesgo económico, como la pérdida de empresas, que por el COVID-19 como amenaza para la salud. En cuanto a los profesionales de la salud, los participantes dijeron no acudirían a los hospitales si se enfermaban por el temor a ser contagiados por el personal de salud. Los profesionales de la salud y sus familias han sido estigmatizados y acusados de ser las principales fuentes de infección por COVID-19. Las mujeres tienen más probabilidad de respetar el distanciamiento social y el comportamiento precautorio debido al comportamiento cultural de las diferencias de género y el uso del hiyab y mascarilla por parte de las mujeres.

En agosto del 2020, en Colombia, Rosero Bolaños y colaboradores ³¹, realizaron un estudio en adolescentes con el objetivo de determinar los niveles de la percepción de riesgo frente a la COVID-19 a través del cuestionario “Percepción del Riesgo Frente al Covid-19” integrados por tres factores: susceptibilidad de enfermarse, gravedad percibida en caso de enfermarse y percepción frente a conductas protectoras. Observaron que la mayoría de los participantes presentan una percepción de riesgo alta y media frente a la enfermedad COVID-19, especialmente si un familiar contrae la enfermedad o si el familiar muere. También, se identificó baja percepción de riesgo para los componentes que se relacionan con la probabilidad de contagiarse en situaciones de alta transmisión viral y por esta razón no toman de manera apropiada las medidas de autocuidado y aislamiento social.

Psicológicas

En el estudio de Lugo González y colaboradores (2020) en México ³², fueron incluidos 1560 adolescentes y adultos con el objetivo de evaluar y comparar la percepción de la enfermedad y la práctica de conductas de prevención y exposición con base en la gravedad y riesgo atribuido al COVID-19, a través de un cuestionario en línea (entre el 22 de marzo y el 4 de abril de 2020). En los resultados se encontró que evaluar el COVID-19 como una enfermedad grave y percibirse en riesgo de contraerla tiene efectos moderados y leves, respectivamente, sobre la percepción de las consecuencias de la enfermedad, el impacto emocional, el control personal y la práctica de conductas de prevención y exposición.

En 2020, en Cuba, Torralbas Oslé y colaboradores ³³, realizaron un estudio fenomenológico en 500 jóvenes con el objetivo de analizar elementos de la identidad nacional y su relación con la adecuada percepción de riesgo durante el periodo de aislamiento sanitario por la COVID-19, a través de sesiones de orientación psicológica grupal mediante Psicogrupos WhatsApp (entre el 26 de marzo y el 26 de junio de 2020). Las sesiones trataron sobre: control de emociones tales como ansiedad, miedo; percepción de riesgo; creatividad en tiempos de COVID-19; cuidado y autocuidado; manejo adecuado de redes sociales; estructuración y reestructuración de proyectos de vida; convivencia familiar, entre otros muchos. Observaron una percepción de riesgo adecuada en la mayoría de los casos, ya que en la narración de las sesiones hay una adecuada evaluación de las consecuencias del riesgo. Los participantes comparten testimonios que reflejan la capacidad de resiliencia para sacarle provecho a la paralización de los proyectos personales. Les provoca desagrado las normas que se

establecen como parte de las medidas sanitarias. El distanciamiento físico con familiares es lo que más cuesta manejar y los impulsa a no cumplir en algunos casos. Los jóvenes perciben un mayor peligro a contraer COVID-19 si asisten a espacios públicos a que si asisten a espacios privados con familiares. Tienen una percepción de riesgo baja a contraer COVID-19 al creer que por vivir en un país con temperaturas elevadas y por su sistema sanitario, la pandemia no iba a afectar tanto. Los jóvenes creen que pueden enfermar, pero que los resultados no serían fatales para ellos como lo sería con los adultos mayores.

Otro estudio dirigido en 2021, por Monge-Rodríguez y colaboradores, en Perú y China ³⁴, a través de encuestas virtuales (entre el 8 de julio y el 31 de agosto de 2020), cuyos objetivos fueron evaluar qué factores psicológicos tienen el mejor poder explicativo sobre la percepción del riesgo en la muestra total y analizar qué factores psicológicos explican mejor la percepción de riesgo. Se encontró que los niveles de percepción de riesgo son moderados, pero más altos en Perú. También se encontró que, para ambos países, la presencia de ansiedad, mayor percepción de amenaza de riesgo para COVID-19 y la autoconfianza fueron predictores significativos para la percepción de riesgo; en cambio, la confianza en la información del gobierno fue significativa para Perú y no para China.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia por la COVID-19 inició el 11 de marzo de 2020 pero actualmente continúa circulando en el mundo y de acuerdo con los datos de epidemiología básica que proporciona La Universidad John Hopkins, al 14 de diciembre de 2021 a las 10:22 am, a nivel mundial se han reportado 271,020,449 casos confirmados y 5,317,058 defunciones debido a la COVID-19, por lo que se demuestra que seguimos con problemas importantes ^{10, 11}.

La investigación alrededor de COVID-19 tuvo un aumento exponencial en los últimos dos años. Sin embargo, en su mayoría esta se enfoca en reportes epidemiológicos de laboratorio, evidencias clínicas y tratamiento, estrategias preventivas, dinámica de transmisión, manejo de los pacientes, origen, agente causal, entre otras y son pocos los trabajos relacionados con la percepción del riesgo ²².

Ha sido reportado que a pesar de la información recibida diariamente acerca de los efectos letales de la enfermedad COVID-19, varias personas muestran una falta de disciplina durante su comportamiento social, al no acatar las medidas preventivas recomendadas ¹⁰.

La OMS ²⁰, considera que los factores sociales, psicológicos, políticos, el género y la visión del mundo, las experiencias y las creencias intervienen en la percepción del riesgo, y la mezcla de estos factores hace que las personas evalúen o juzguen la realidad de manera diferente. Por esa razón las personas infravaloran el riesgo de la enfermedad COVID-19 y lo que sucede es que no se siguen los protocolos de bioseguridad, ni se asumen otras medidas como la cuarentena.

De tal manera que actualmente en México se cuenta con escasos estudios que evalúen la percepción de riesgo y que además sean dirigidos especialmente a población universitaria.

Pregunta de investigación

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de riesgo, los conocimientos y las prácticas preventivas ante la enfermedad COVID-19 en población de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León y la UESMA, durante 2021?

JUSTIFICACIÓN

La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto importante en diversos niveles de desempeño del ser humano. Por lo que es necesario continuar con la búsqueda de estrategias para su control. La identificación de factores como los conocimientos, prácticas y percepción del riesgo que tiene la población de contagio ante COVID-19 servirá como base para planificar campañas e implementar estrategias útiles de prevención y control para que las personas se adhieran a comportamientos adecuados ante esta y otras enfermedades, evitando la baja participación social en las medidas preventivas y logrando un mejor control y manejo de los factores de riesgo.

HIPÓTESIS

H1: La población universitaria cuenta con conocimientos y prácticas preventivas adecuadas ante COVID-19 y se percibe en alto riesgo de contagio.

H0: La población universitaria cuenta con conocimientos y prácticas preventivas inadecuadas ante COVID-19 y se percibe en bajo riesgo de contagio.

OBJETIVOS

General

- Identificar la percepción de riesgo, conocimientos y prácticas preventivas ante la enfermedad COVID-19 en población de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León y la UESMA durante 2021.

Específicos

- Determinar los conocimientos y las prácticas preventivas de la población de la ENES León y la UESMA ante la enfermedad COVID-19.
- Identificar la asociación de variables sociodemográficas con los conocimientos, prácticas y la percepción de riesgo ante la enfermedad COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Transversal

Universo de estudio

Población estudiantil, académica y administrativa de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León y la UESMA.

Selección y tamaño de la muestra

Se estableció un muestreo no probabilístico, por conveniencia, dirigido a la totalidad de la población.

Criterios de selección

Inclusión

- Formar parte de la comunidad de la ENES León o UESMA.

Exclusión:

- Denegar la participación.

Eliminación:

- Cuestionarios incompletos o respuestas incompletas.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALAS DE RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Edad reportada por el participante a la pregunta ¿Cuántos años tiene?	Número de años	Cuantitativa discreta
Sexo	Respuesta ante la pregunta ¿Cuál es su sexo?	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
Religión	Religión reportada por el participante a la pregunta ¿Cuál es la	Católica Cristiana	Cualitativa nominal

	religión que usted profesa?	Creyente sin religión Otro Sin religión/ Indiferente/ Ateo	
Nivel de educación	Respuesta reportada por el participante a la pregunta ¿Cuál es su mayor nivel educativo alcanzado?	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado	Cualitativa Ordinal
Estado socioeconómico	Respuesta reportada por el participante a la pregunta ¿Cuál es su ingreso familiar mensual total aproximado?	Menor a \$5,000 Mayor a \$5,000 y menor a \$10,000 Mayor a \$10,000 y menor a \$20,000 Mayor a \$20,000	Cualitativa ordinal
Atención médica	Respuesta reportada por el participante al enunciado: Tipo de atención en salud que recibe	Servicios de salud públicos Servicios de salud privados Ambos	Cualitativa nominal
Papel dentro de la ENES, León o UESMA	Respuesta ante la pregunta ¿Cuál es el papel que ejerce	Estudiante Profesor Administrativo	Cualitativa nominal

	dentro de la ENES, León o UESMA?		
Área de desempeño	Es la pertenencia a alguna disciplina académica dentro de la ENES, León	Salud Otro	Cualitativa nominal
Enfermedad COVID-19	Respuesta ante la pregunta ¿Estas o has estado enfermo de COVID-19?	Sí No No sé	Cualitativa nominal
Información sobre SARS-CoV-2	Respuesta del participante ante la pregunta ¿De dónde obtiene información sobre el SARS-CoV-2?	Páginas oficiales de Internet Facebook, Twitter, Instagram, Tik Tok y otras redes sociales Artículos científicos Noticias	Cualitativa nominal
Confianza en la información reportada por la OMS	Respuesta reportada ante la pregunta ¿Confía en la información que la Organización Mundial de la Salud (OMS) otorga respecto a la COVID-19 y las vacunas?	Si No	Cualitativa nominal

<p>Prácticas preventivas ante COVID-19</p>	<p>Se evaluará a través de las preguntas basadas en el apartado prácticas de prevención frente al coronavirus, del cuestionario online de la OMS adaptado a Argentina.</p> <p>Primera pregunta del apartado Prácticas preventivas ante COVID-19 del Cuestionario COVID-19 que se conformó. Anexo 1.</p>	<p>Las opciones de respuesta se encuentran descritas en el Anexo 1.</p>	<p>Todas tienen una respuesta cualitativa nominal</p>
<p>Conocimientos sobre COVID-19</p>	<p>Se evaluará a través de las preguntas basadas en el apartado Elementos de conocimiento del cuestionario ECOM y de las preguntas basadas en el apartado Coronavirus del cuestionario online de la OMS adaptado en Argentina.</p> <p>En este proyecto, las preguntas corresponden a la 1, 4, 5 y 6 del apartado de</p>	<p>Las opciones de respuesta se encuentran descritas en el Anexo 1.</p>	<p>Las preguntas número 1 y 4 son de carácter cualitativa Ordinal Las preguntas número 5 y 6 son de carácter cualitativa nominal</p>

	Conocimientos ante COVID-19 del Cuestionario COVID-19 que se conformó. Anexo 1.		
Percepción de riesgo ante COVID-19	Se evaluará a través de las preguntas basadas en el apartado percepción de riesgo del cuestionario "Percepciones y Conductas ante el Nuevo Coronavirus COVID-19". Las preguntas son el número 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 9 del apartado Percepción de riesgo ante COVID-19, del cuestionario COVID-19 que se conformó. Anexo 1.	Las opciones de respuesta se encuentran descritas en el Anexo 1.	La pregunta número 1 y 7 es de carácter cualitativa ordinal Las preguntas número 2, 3, 4, 6 y 9 son de carácter cualitativa nominal

Recolección de la información y descripción de la conformación del cuestionario

1. Selección de los instrumentos

Para la elaboración del presente cuestionario se comenzó con una revisión de la literatura de varios estudios que utilizaron escalas y cuestionarios que midieran la percepción de riesgo ante COVID-19. Algunos de los cuestionarios consultados no cumplieron con ciertos requisitos para la elaboración del nuestro. Por tal motivo fueron descartados y al final se optó por tres cuestionarios. Fig. 1.

2. Selección de los reactivos

De los instrumentos elegidos, se seleccionaron algunas preguntas para revisarlas, adaptarlas y que fueran evaluadas por expertos. Las preguntas incluidas fueron: preguntas del apartado percepción de riesgo del COVID-19 del cuestionario “Percepciones y Conductas ante el Nuevo Coronavirus COVID-19”³⁴, preguntas del “Cuestionario estándar sobre percepción del riesgo de un brote de enfermedades infecciosas” (ECOM) que fue diseñado por el Servicio Municipal de Salud Pública de Rotterdam-Rijnmond, junto con el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente de los Países Bajos²⁹ y del cuestionario elaborado por la Oficina Regional Europea de la OMS adaptado a Argentina²⁷. Fig.1.

3. Evaluación de expertos

El nuevo cuestionario fue revisado por el Departamento de Salud Pública de la ENES León y posteriormente fue sometido a validez de contenido, lo que implica que cada uno de los expertos recibió las preguntas con un formato en el que se evaluaba si estas eran: A) esenciales, B) útiles, pero no esenciales y c) no esenciales. Durante esta fase participaron cuatro expertos y a través de la prueba de Lawshe modificado se obtuvo un valor de 0.8625. Fig. 1.

4. Conformación del cuestionario

Se conformó un cuestionario estructurado, en la aplicación de Google forms, que incluyó preguntas relacionadas con los conocimientos, prácticas preventivas y percepción de riesgo ante COVID-19. Además, incluyó un apartado para la recolección de datos sociodemográficos.

Este cuestionario consta de cinco secciones:

1. En la primera sección, se incluye una introducción, que informa a los participantes sobre el objetivo del estudio y proporciona instrucciones para completarlo, así como el consentimiento informado.
2. La segunda sección está diseñada para recolectar datos sociodemográficos del participante, que incluyó edad, sexo, la religión que profesan, nivel educativo, lugar de procedencia, el número de personas que viven con el participante, ingreso familiar mensual aproximado, el tipo de atención en salud que recibe, el papel dentro de la ENES León o UESMA, entre otras.

3. La tercera sección es sobre las prácticas preventivas ante COVID-19 y está compuesta por 16 ítems referente a medidas para prevenir contagiarse de COVID-19. Las opciones de respuesta son: lo hice en algún momento, lo sigo haciendo o nunca lo hice.
4. La cuarta sección evalúa los conocimientos sobre COVID-19, a través de 6 preguntas.
5. La quinta sección, es sobre la percepción de riesgo ante COVID-19, y se evaluó mediante 9 preguntas. Fig. 1

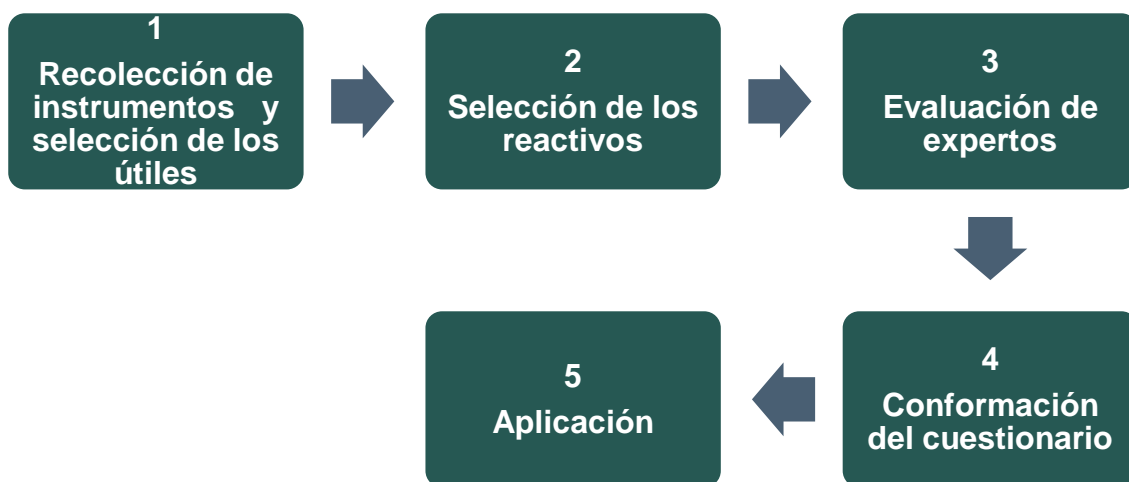
5. Aplicación

El tiempo para responder las preguntas del cuestionario fue de aproximadamente 10 minutos. La versión final del cuestionario se encuentra en el Anexo 1 y también puede encontrarse en el siguiente link: <https://forms.gle/32Sx9QeJGcJd9P3z6>

La obtención de datos se realizó del 1 al 16 diciembre 2021, a través de la difusión y distribución del cuestionario en redes sociales oficiales de la ENES León.

Las fases que conformaron la elaboración y aplicación del cuestionario, se encuentran descritas en la figura 1.

Figura 1. Proceso de recolección de la información.



Fuente: Directa

Análisis de la información

Los datos recolectados fueron analizados en el paquete estadístico SPSS v22. Para analizar los datos sociodemográficos, se obtuvieron medidas de tendencia central como promedios, desviación estándar o frecuencias y porcentajes, dependiendo de la naturaleza de la variable ya sea cualitativa o cuantitativa.

Para identificar la asociación ente los datos sociodemográficos y las prácticas preventivas, los conocimientos y la percepción de riesgo ante la enfermedad COVID-19, se realizó un análisis bivariado utilizando la prueba Chi².

Análisis descriptivos dependiendo de la naturaleza de la variable ya sea cuantitativa o cualitativa.

Consideraciones éticas

Los participantes de la investigación fueron informados acerca del objetivo del estudio, así como de su participación totalmente voluntaria. Así mismo, se les informó que no se solicitarían datos de identificación personal, que nadie tendría acceso a la información proporcionada excepto el equipo de trabajo, que esos datos serán publicados de manera conjunta, nunca un dato individualizado y que toda la información obtenida solo sería empleada con fines científicos. Posteriormente, les fue solicitado el consentimiento informado para poder participar. Anexo 1.

RESULTADOS

Un total de 452 personas ingresaron al enlace del cuestionario y 442 (97.7%) aceptaron el consentimiento informado y contestaron completamente el cuestionario.

Datos sociodemográficos

La edad promedio de los participantes fue de 28 ± 11 años, y el 61.8% fueron del sexo femenino. Cerca del 70% eran estudiantes. Casi el 70% eran católicos/cristianos; el 46.4% tenía un nivel máximo de estudios de licenciatura; más del 60% de los participantes provienen del estado de Guanajuato, poco más del 30% percibía un ingreso entre \$5,000 - \$10,000. El 26.2% tuvo COVID-19 antes de diciembre 2021, y más del 90% reporta que tenía confianza en la información provista por la OMS (Tabla 3).

Tabla 3. Datos sociodemográficos, prevalencia de COVID-19 y confianza reportada en la información reportada por la OMS

		n	%
Sexo	Femenino	273	61.8
	Masculino	169	38.2
	Total	442	100
Edad	≤ 29	295	66.7
	30-39	64	14.5
	40-49	53	12.0
	≥50	30	6.8
	Total	442	100
Religión	Católica	291	65.8
	Cristiana	13	2.9
	Creyente sin religión	38	8.6
	Otro	17	3.8
	Sin religión/ Indiferente/ Ateo	83	18.8
	Total	442	100
Nivel de educación	Preparatoria	117	26.5
	Licenciatura	205	46.4
	Posgrado	120	27.1
	Total	442	100
Estado socioeconómico	Menor a \$5,000	46	10.4
	Mayor a \$5,000 y menor a \$10,000	140	31.7
	Mayor a \$10,000 y menor a \$20,000	135	30.5
	Más de \$20,000	121	27.4
	Total	442	100

Atención médica	Servicios de salud públicos	173	39.1
	Servicios de salud privados	63	14.3
	Ambos	206	46.6
	Total	442	100
Papel dentro de la ENES León o la UESMA	Estudiante	308	69.7
	Profesor	119	26.9
	Administrativo	15	3.4
	Total	442	100
Área de desempeño	Salud	273	61.8
	Otro	169	38.2
	Total	442	100
Enfermedad COVID-19	Si	116	26.2
	No	274	62
	No sé	52	11.8
	Total	442	100
Información SARS-CoV-2	Páginas oficiales de internet	409	92.5
	Facebook, Twitter, Instagram, Tik Tok y otras redes sociales	273	61.8
	Artículos científicos	339	76.7
	Noticias	408	92.3
	Total	442	100
Confianza en la información reportada por la OMS	Si	413	93.4
	No	29	6.6
	Total	442	100

Fuente: Directa

Prácticas preventivas ante COVID-19

La mayor parte de las prácticas preventivas evaluadas fueron realizadas por los participantes. Sin embargo, el uso de antibióticos, el uso de remedios homeopáticos, así como rezar o meditar, fueron prácticas que más del 50% de los participantes nunca las realizaron (Tabla 4).

Tabla 4. Prácticas preventivas ante COVID-19

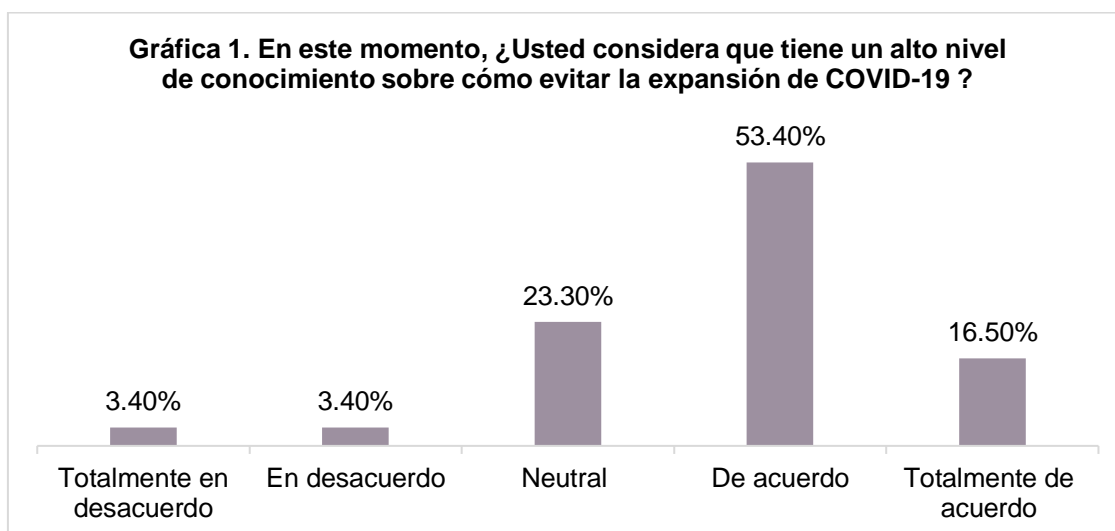
	Lo hice y/o lo sigo haciendo	Nunca lo hice	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Lavarse las manos y/o usar gel antibacterial	441 (99.8)	1 (0.2)	442 (100)
Evitar tocarse los ojos, nariz y boca con las manos sucias	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)

Quedarse en casa si tiene resfriado u otra enfermedad	438 (99.1)	4 (0.9)	442 (100)
Taparse la boca con el codo cuando tose	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
Consumir una dieta balanceada y/o hacer ejercicio regularmente	407 (92.1)	35 (7.9)	442 (100)
Evitar contacto cercano con alguien que está infectado por el virus o en riesgo	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
Usar cubrebocas	440 (99.5)	2 (0.5)	442 (100)
Evitar lugares con aglomeraciones de personas	439 (99.3)	3 (0.7)	442 (100)
Usar antibióticos	169 (38.2)	273 (61.8)	442 (100)
Usar remedios homeopáticos o naturales	153 (34.6)	289 (65.4)	442 (100)
Usar guantes	215 (48.6)	227 (51.4)	442 (100)
Rezar o meditar	212 (48)	230 (52)	442 (100)
Ventilar los ambientes de su casa o lugar de trabajo	430 (97.3)	12 (2.7)	442 (100)
Desinfectar los objetos que se compran o que se usan con frecuencia	414 (93.7)	28 (6.3)	442 (100)
Cambiar de zapatos y ducharse cuando regresa de la calle	344 (77.8)	98 (22.2)	442 (100)
Usar dióxido de cloro (ClO ₂)	107 (24.2)	335 (75.8)	442 (100)

Fuente: Directa

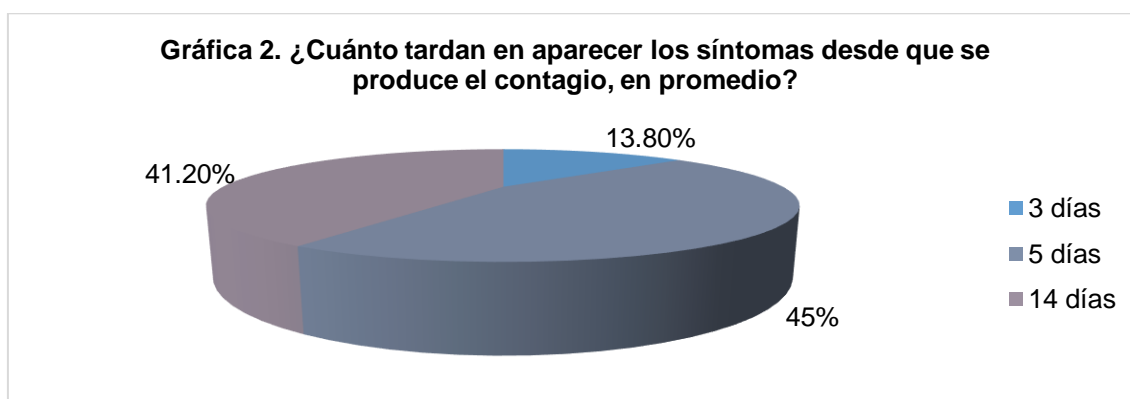
Conocimientos ante COVID-19

En cuanto a conocimientos relacionados a la COVID-19 se observó que casi el 70% de los participantes estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo en que tenían un alto nivel de conocimiento sobre cómo evitar la expansión de COVID-19 (Gráfica 1).



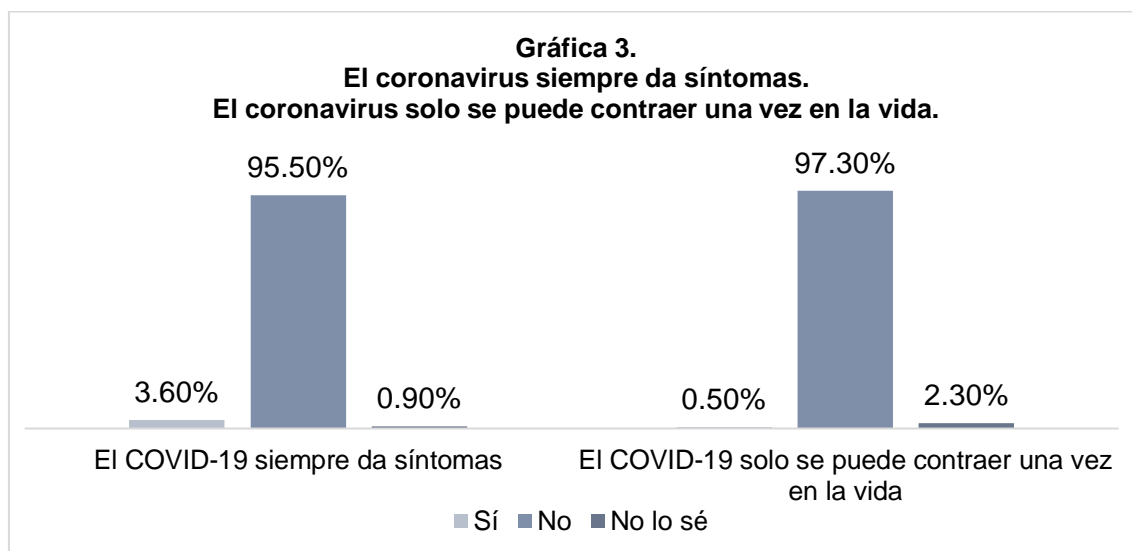
Fuente: Directa

De igual manera casi la mitad sabían cuánto tardan, en promedio, en aparecer los síntomas de COVID-19 desde que se produce el contagio (Gráfica 2).



Fuente: Directa

Además, casi la totalidad reconoce que no siempre el coronavirus provoca síntomas en las personas y que esta enfermedad no solo se puede contraer una vez en la vida (Gráfica 3).



Fuente: Directa

Percepción de riesgo ante COVID-19

Más del 30% de los participantes estaban de acuerdo en que probablemente se enfermarían de COVID-19 y que, en la actualidad, podían prevenir fácilmente contagiarse de COVID-19. Además, casi el 60% estaba totalmente de acuerdo en que podían contraer la enfermedad durante los próximos meses si no tomaban ninguna medida preventiva (Tabla 5).

Tabla 5. Percepción de riesgo

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones ?	Probablemente me enfermaré de COVID-19	46 (10.4)	55 (12.4)	120 (27.1)	150 (33.9)	71 (16.1)	442 (100)
	Puedo contraer la enfermedad de COVID-19 durante los	27 (6.1)	9 (2)	22 (5)	130 (29.4)	254 (57.5)	442 (100)

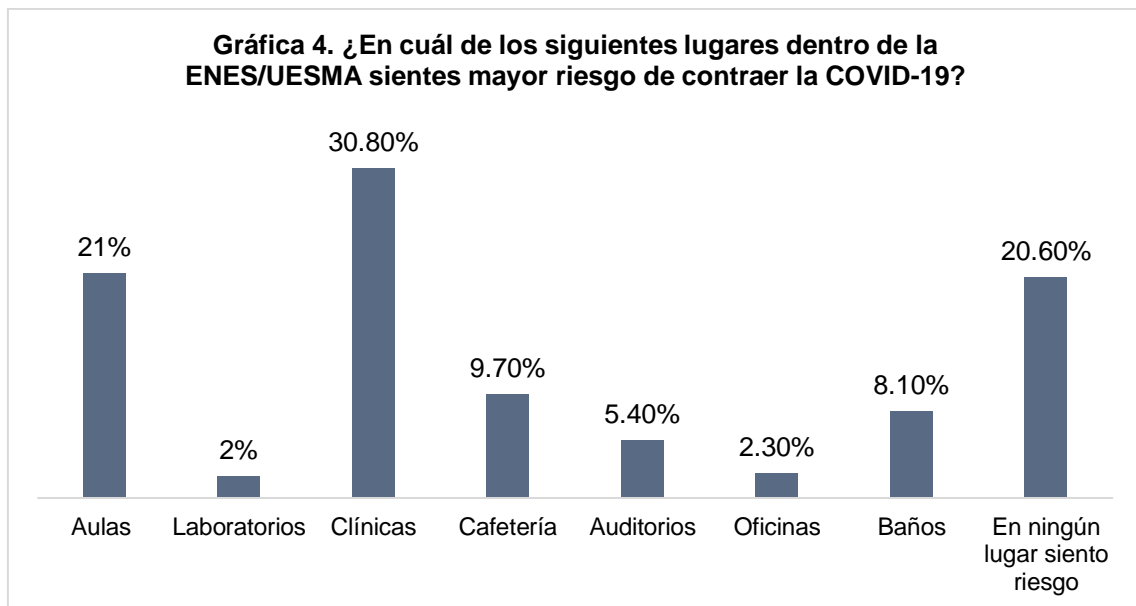
próximos
meses si no
tomo ninguna
medida
preventiva

En la
actualidad,
puedo prevenir
fácilmente
contagiarme de
COVID-19

23 (5.2)	38 (8.6)	106 (24)	160 (36.2)	115 (26)	442 (100)
----------	----------	----------	-------------------	----------	-----------

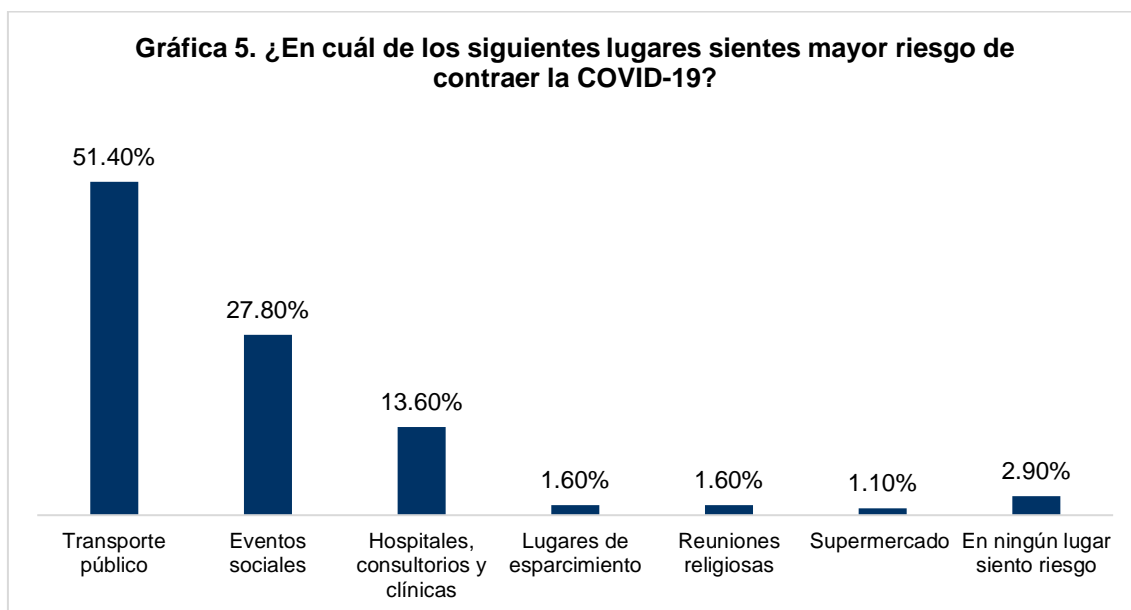
Fuente: Directa

Con respecto a los lugares donde los participantes sentían mayor riesgo de contraer la COVID-19 dentro de la ENES León y la UESMA, el 30.8% sentía mayor riesgo de contagiarse en las clínicas (Gráfica 4).



Fuente: Directa

En cuanto a los lugares donde los participantes sentían mayor riesgo de contraer la COVID-19 fuera de la ENES León, poco más de la mitad sentía mayor riesgo de contagiarse en el transporte público (Gráfica 5).



Fuente: Directa

El 72.4% de los participantes afirmaron que existieron casos de COVID-19 con sus familiares o personas cercanas. Más del 80% consideró que su percepción de riesgo era diferente en el momento que respondieron el cuestionario comparada con la que tenían al inicio del 2021, ya que en el momento que respondieron el cuestionario reportaron sentirse en menor riesgo de contraer COVID-19. Por último, se observó que más del 60% se sienten optimistas en cuanto al desenlace de la pandemia (Tabla 6).

Tabla 6. Percepción de riesgo ante COVID-19

	Sí n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Total n (%)
¿Han existido casos de COVID-19 con tus familiares o personas cercanas?	320 (72.4)	110 (24.9)	12 (2.7)	442 (100)
	Sí n (%)	No n (%)	Total n (%)	
¿Considera que su percepción de riesgo es diferente ahora comparada con la	374 (84.6)	68 (15.4)	442 (100)	

que tenía al inicio de este año?			
	Mayor riesgo	Menor riesgo	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Actualmente usted se siente en...	58 (13.1)	384 (86.9)	442 (100)
	Sí	No	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
¿Se siente optimista en cuanto al desenlace de la pandemia por la COVID-19?	289 (65.4)	153 (34.6)	442 (100)

Fuente: Directa

Análisis bivariado

Se evaluó la asociación entre diversas prácticas preventivas y características sociodemográficas registradas. Se observó que no hubo diferencias en la mayoría prácticas preventivas conforme sexo, edad, nivel educativo, papel desempeñado en la ENES. Excepto, en cuanto a la práctica “evitar tocarse la cara” en la cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas conforme sexo ($p = 0.022$) (Tabla 7).

Tabla 7. Prácticas preventivas ante COVID-19 (lavado de manos y evitar tocar cara) conforme características sociodemográficas

		Lavado de manos			Evitar tocar cara		
		Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	273 (100)	0 (0.0)	273 (100)	272 (99.6)	1 (0.4)	273 (100)
	Masculino	168 (99.4)	1 (0.6)	169 (100)	164 (97)	5 (3)	169 (100)
	Total	441 (99.8)	1 (0.02)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.203			0.022		
Edad	≤ 29	194 (99.7)	1 (0.3)	295 (100)	290 (98.3)	5 (1.7)	295 (100)

	30-39	64 (100)	0 (0.0)	64 (100)	64 (100)	0 (0.0)	64 (100)
	40-49	53 (100)	0 (0.0)	53 (100)	52 (98.1)	1 (1.9)	53 (100)
	≥50	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)
	Total	441 (99.8)	1 (0.2)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.919			0.647		
Nivel educativo	Preparatoria	116 (99.1)	1 (0.9)	117 (100)	114 (97.4)	3 (2.6)	117 (100)
	Licenciatura	205 (100)	0 (0.0)	205 (100)	203 (99)	2 (1)	205 (100)
	Posgrado	120 (100)	0 (0.0)	120 (100)	119 (99.2)	1 (0.8)	120 (100)
	Total	441 (99.8)	1 (0.2)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.249			0.419		
Atención médica	Servicios de salud públicos	172 (99.4)	1 (0.6)	173 (100)	170 (98.3)	3 (1.7)	173 (100)
	Servicios de salud privados	63 (100)	0 (0.0)	63 (100)	62 (98.4)	1 (1.6)	63 (100)
	Ambos	206 (100)	0 (0.0)	206 (100)	204 (99)	2 (1)	206 (100)
	Total	441 (99.8)	1 (0.2)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.459			0.803		
Papel dentro de la ENES	Estudiante	307 (99.7)	1 (0.3)	308 (100)	303 (98.4)	5 (1.6)	308 (100)
	Profesor	119 (100)	0 (0.0)	119 (100)	118 (99.2)	1 (0.8)	119 (100)
	Administrativo	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	441 (99.8)	1 (0.2)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.804			0.738		
Enfermedad COVID-19	Sí	115 (99.1)	1 (0.9)	116 (100)	115 (99.1)	1 (0.9)	116 (100)
	No	274 (100)	0 (0.0)	274 (100)	269 (98.2)	5 (1.8)	274 (100)
	No se	52 (100)	0 (0.0)	52 (100)	52 (100)	0 (0.0)	52 (100)

Total	441 (99.8)	1 (0.2)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
p	0.245			0.503		

Fuente: Directa

Asimismo, en cuanto a quedarse en casa cuando tenía algún resfriado, se observó diferencias significativas con respecto al papel que ejercen dentro de la ENES León, ya que los profesores fueron los que más realizaron esta práctica, ($p = 0.036$) (Tabla 8).

Tabla 8. Prácticas preventivas ante COVID-19 (quedarse en casa y estornudo de etiqueta) conforme características sociodemográficas

		Quedarse en casa			Estornudo de etiqueta		
		Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	272 (99.6)	1 (0.4)	273 (100)	270 (98.9)	3 (1.1)	273 (100)
	Masculino	166 (98.2)	3 (1.8)	169 (100)	166 (98.2)	3 (1.8)	169 (100)
	Total	438 (99.1)	4 (0.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.129			0.550		
Edad	≤ 29	292 (99)	3 (1)	295 (100)	293 (99.3)	2 (0.7)	295 (100)
	30-39	63 (98.4)	1 (1.6)	64 (100)	62 (96.9)	2 (3.1)	64 (100)
	40-49	53 (100)	0 (0.0)	53 (100)	52 (98.1)	1 (1.9)	53 (100)
	≥50	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	29 (96.7)	1 (3.3)	30 (100)
	Total	438 (99.1)	4 (0.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.775			0.321		
Nivel educativo	Preparatoria	116 (99.1)	1 (0.9)	117 (100)	114 (97.4)	3 (2.6)	117 (100)
	Licenciatura	203 (99)	2 (1)	205 (100)	205 (100)	0 (0.0)	205 (100)
	Posgrado	119 (99.2)	1 (0.8)	120 (100)	117 (97.5)	3 (2.5)	120 (100)
	Total	438 (99.1)	4 (0.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.989			0.072		

Atención médica	Servicios de salud públicos	171 (98.8)	2 (1.2)	173 (100)	171 (98.8)	2 (1.2)	173 (100)
	Servicios de salud privados	62 (98.4)	1 (1.6)	63 (100)	62 (98.4)	1 (1.6)	63 (100)
	Ambos	205 (99.5)	1 (0.5)	206 (100)	203 (98.5)	3 (1.5)	206 (100)
	Total	438 (99.1)	4 (0.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.653			0.955		
Papel dentro de la ENES	Estudiante	305 (99)	3 (1)	308 (100)	305 (99)	3 (1)	308 (100)
	Profesor	119 (100)	0 (0.0)	119 (100)	116 (97.5)	3 (2.5)	119 (100)
	Administrativo	14 (93.3)	1 (6.7)	15 (100)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	438 (99.1)	4 (0.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.036			0.417		
Enfermedad COVID-19	Sí	114 (98.3)	2 (1.7)	116 (100)	113 (97.4)	3 (2.6)	116 (100)
	No	273 (99.6)	1 (0.4)	274 (100)	271 (98.9)	3 (1.1)	274 (100)
	No se	51 (98.1)	1 (1.9)	52 (100)	52 (100)	0 (0.0)	52 (100)
	Total	438 (99.1)	4 (0.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.307			0.339		

Fuente: Directa

En cuanto al tipo de atención en salud que recibían los participantes, los que recibían atención médica tanto pública como privada, con mayor porcentaje consumían una dieta balanceada y/o hacían ejercicio ($p = 0.008$) (Tabla 9).

Tabla 9. Prácticas preventivas ante COVID-19 (consumir dieta balanceada y evitar contacto cercano con personas infectadas) conforme características sociodemográficas

	Consumir dieta balanceada y/o hacer ejercicio			Evitar contacto cercano con personas infectadas		
	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)

Sexo	Femenino	253 (92.7)	20 (7.3)	273 (100)	269 (98.5)	4 (1.5)	273 (100)
	Masculino	154 (91.1)	15 (8.9)	169 (100)	167 (98.8)	2 (1.2)	169 (100)
	Total	407 (92.1)	35 (7.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p		0.558			0.804	
Edad	≤ 29	271 (91.9)	24 (8.1)	295 (100)	290 (98.3)	5 (1.7)	295 (100)
	30-39	57 (89.1)	7 (10.9)	64 (100)	64 (100)	0 (0.0)	64 (100)
	40-49	50 (94.3)	3 (5.7)	53 (100)	53 (100)	0 (0.0)	53 (100)
	≥ 50	29 (96.7)	1 (3.3)	30 (100)	29 (96.7)	1 (3.3)	30 (100)
	Total	407 (92.1)	35 (7.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p		0.561			0.434	
Nivel educativo	Preparatoria	107 (91.5)	10 (8.5)	117 (100)	115 (98.3)	2 (1.7)	117 (100)
	Licenciatura	188 (91.7)	17 (8.3)	205 (100)	202 (98.5)	3 (1.5)	205 (100)
	Posgrado	112 (93.3)	8 (6.7)	120 (100)	119 (99.2)	1 (0.8)	120 (100)
	Total	407 (92.1)	35 (7.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
p		0.835			0.830		
Atención médica	Servicios de salud públicos	160 (92.5)	13 (7.5)	173 (100)	170 (98.3)	3 (1.7)	173 (100)
	Servicios de salud privados	52 (82.5)	11 (17.5)	63 (100)	63 (100)	0 (0.0)	63 (100)
	Ambos	195 (94.7)	11 (5.3)	206 (100)	203 (98.5)	3 (1.5)	206 (100)
	Total	407 (92.1)	35 (7.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
p		0.008			0.587		
Papel dentro de la ENES	Estudiante	282 (91.6)	26 (8.4)	308 (100)	303 (98.4)	5 (1.6)	308 (100)
	Profesor	110 (92.4)	9 (7.6)	119 (100)	118 (99.2)	1 (0.8)	119 (100)
	Administrativo	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	407 (92.1)	35 (7.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)

	p	0.490			0.738		
Enfermedad COVID-19	Sí	111 (95.7)	5 (4.3)	116 (100)	114 (98.3)	2 (1.7)	116 (100)
	No	250 (91.2)	24 (8.8)	274 (100)	272 (99.3)	2 (0.7)	274 (100)
	No se	46 (88.5)	6 (11.5)	52 (100)	50 (96.2)	2 (1.4)	52 (100)
	Total	407 (92.1)	35 (7.9)	442 (100)	436 (98.6)	6 (1.4)	442 (100)
	p	0.195			0.189		

Fuente: Directa

En la tabla 10 podemos observar que, con respecto al sexo, las mujeres fueron quienes evitaron más las aglomeraciones ($p= 0.027$).

Tabla 10. Prácticas preventivas ante COVID-19 (usar cubrebocas y evitar aglomeraciones) conforme características sociodemográficas

		Usar cubrebocas			Evitar aglomeraciones		
		Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	272 (99.6)	1 (0.4)	273 (100)	273 (100)	0 (0.0)	273 (100)
	Masculino	168 (99.4)	1 (0.6)	169 (100)	166 (98.2)	3 (1.8)	169 (100)
	Total	440 (99.5)	2 (0.5)	442 (100)	439 (99.3)	3 (0.7)	442 (100)
	p	0.731			0.027		
Edad	≤ 29	293 (99.3)	2 (0.7)	295 (100)	294 (99.7)	1 (0.3)	295 (100)
	30-39	64 (100)	0 (0.0)	64 (100)	63 (98.4)	1 (1.6)	64 (100)
	40-49	53 (100)	0 (0.0)	53 (100)	52 (98.1)	1 (1.9)	53 (100)
	≥50	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)
	Total	440 (99.5)	2 (0.5)	442 (100)	439 (99.3)	3 (0.7)	442 (100)
	p	0.801			0.458		
Nivel educativo	Preparatoria	115 (98.3)	2 (1.7)	117 (100)	115 (98.3)	2 (1.7)	117 (100)
	Licenciatura	205 (100)	0 (0.0)	205 (100)	205 (100)	0 (0.0)	205 (100)
	Posgrado	120 (100)	0 (0.0)	120 (100)	119 (99.2)	1 (0.8)	120 (100)

	Total	440 (99.5)	2 (0.5)	442 (100)	439 (99.3)	3 (0.7)	442 (100)
	p		0.061			0.193	
Atención médica	Servicios de salud públicos	172 (99.4)	1 (0.6)	173 (100)	171 (98.8)	2 (1.2)	173 (100)
	Servicios de salud privados	63 (100)	0 (0.0)	63 (100)	63 (100)	0 (0.0)	63 (100)
	Ambos	205 (99.5)	1 (0.5)	206 (100)	205 (99.5)	1 (0.5)	206 (100)
	Total	440 (99.5)	2 (0.5)	442 (100)	439 (99.3)	3 (0.7)	442 (100)
	p		0.839			0.569	
Papel dentro de la ENES	Estudiante	306 (99.4)	2 (0.6)	308 (100)	306 (99.4)	2 (0.6)	308 (100)
	Profesor	119 (100)	0 (0.0)	119 (100)	118 (99.2)	1 (0.8)	119 (100)
	Administrativo	15 (100)	0 (100)	15 (100)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	440 (99.5)	2 (0.5)	442 (100)	439 (99.3)	3 (0.7)	442 (100)
	p		0.646			0.927	
Enfermedad COVID-19	Sí	115 (99.1)	1 (0.9)	116 (100)	115 (99.1)	1 (0.9)	116 (100)
	No	273 (99.6)	1 (0.4)	274 (100)	273 (99.6)	1 (0.4)	274 (100)
	No se	52 (100)	0 (0.0)	52 (100)	51 (98.1)	1 (1.9)	52 (100)
	Total	440 (99.5)	2 (0.5)	442 (100)	439 (99.3)	3 (0.7)	442 (100)
	p		0.699			0.438	

Fuente: Directa

La edad, el nivel educativo, el tipo de atención en salud que recibían y el papel que ejercen dentro de la ENES León, tuvieron relación significativa ($p < 0.05$) con el uso de antibióticos para prevenir la COVID-19, ya que casi la mitad de los participantes de ≤ 29 años de edad, con nivel educativo de preparatoria, los que recibían atención de salud pública y los estudiantes, usaron los antibióticos para evitar contraer la COVID-19. En cuanto al uso de remedios homeopáticos, casi la mitad de las mujeres fueron quienes los utilizaron ($p = 0.001$), y aquellos participantes que se enfermaron de COVID-19, fueron los que reportan menor porcentaje en utilizar remedios homeopáticos ($p = 0.019$) (Tabla 11).

Tabla 11. Prácticas preventivas ante COVID-19 (usar antibióticos y usar remedios homeopáticos) conforme características sociodemográficas

		Usar antibióticos			Usar remedios homeopáticos		
		Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	114 (41.8)	159 (58.2)	273 (100)	110 (40.3)	163 (59.7)	273 (100)
	Masculino	55 (32.5)	114 (67.5)	169 (100)	43 (25.4)	126 (74.6)	169 (100)
	Total	169 (38.2)	273 (61.8)	442 (100)	153 (34.6)	289 (65.4)	442 (100)
	p		0.053			0.001	
Edad	≤ 29	131 (44.4)	164 (55.6)	295 (100)	109 (36.9)	186 (63.1)	295 (100)
	30-39	15 (23.4)	49 (76.6)	64 (100)	16 (25)	48 (75)	64 (100)
	40-49	15 (28.3)	38 (71.7)	53 (100)	16 (30.2)	37 (69.8)	53 (100)
	≥ 50	8 (26.7)	22 (73.3)	30 (100)	12 (40)	18 (60)	30 (100)
	Total	169 (38.2)	273 (61.8)	442 (100)	153 (34.6)	289 (65.4)	442 (100)
	p		0.002			0.244	
Nivel educativo	Preparatoria	55 (47)	62 (53)	117 (100)	48 (41)	69 (59)	117 (100)
	Licenciatura	87 (42.4)	118 (57.6)	205 (100)	73 (35.6)	132 (64.4)	205 (100)
	Posgrado	27 (22.5)	93 (77.5)	120 (100)	32 (26.7)	88 (73.3)	120 (100)
	Total	169 (38.2)	273 (61.8)	442 (100)	153 (34.6)	289 (65.4)	442 (100)
	p		< 0.001			0.062	
Atención médica	Servicios de salud públicos	78 (45.1)	95 (54.9)	173 (100)	66 (38.2)	107 (61.8)	173 (100)
	Servicios de salud privados	24 (38.1)	39 (61.9)	63 (100)	23 (36.5)	40 (63.5)	63 (100)
	Ambos	67 (32.5)	139 (67.5)	206 (100)	64 (31.1)	142 (68.9)	206 (100)
	Total	169 (38.2)	273 (61.8)	442 (100)	153 (34.6)	289 (65.4)	442 (100)
	p		0.043			0.333	

Papel dentro de la ENES	Estudiante	132 (42.9)	176 (57.1)	308 (100)	114 (37)	194 (63)	308 (100)
	Profesor	32 (26.9)	87 (73.1)	119 (100)	33 (27.7)	86 (72.3)	119 (100)
	Administrativo	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100)	6 (40)	9 (60)	15 (100)
	Total	169 (38.2)	273 (61.7)	442 (100)	153 (34.6)	289 (65.4)	442 (100)
	p	0.009			0.177		
Enfermedad COVID-19	Sí	45 (38.8)	71 (61.2)	116 (100)	36 (31)	80 (69)	116 (100)
	No	105 (38.3)	169 (61.7)	274 (100)	90 (32.8)	184 (67.2)	274 (100)
	No se	19 (36.5)	33 (63.5)	52 (100)	27 (51.9)	25 (48.1)	52 (100)
	Total	169 (38.2)	273 (61.8)	442 (100)	153 (34.6)	289 (65.4)	442 (100)
	p	0.961			0.019		

Fuente: Directa

Las mujeres fueron quienes rezaron o meditaron más para prevenir contagiarse de COVID-19 ($p < 0.001$). En cuanto al uso de guantes, no hubo diferencias significativas asociadas con las características sociodemográficas (Tabla 12).

Tabla 12. Prácticas preventivas ante COVID-19 (uso de guantes y rezar o meditar) conforme características sociodemográficas

		Uso de guantes			Rezar o meditar		
		Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	134 (49.1)	139 (50.9)	273 (100)	152 (55.7)	121 (44.3)	273 (100)
	Masculino	81 (47.9)	88 (52.2)	169 (100)	60 (35.5)	109 (64.5)	169 (100)
	Total	215 (48.6)	227 (51.4)	442 (100)	212 (48)	230 (52)	442 (100)
	p	0.813			< 0.001		
Edad	≤ 29	154 (52.2)	141 (47.8)	295 (100)	143 (48.5)	152 (51.5)	295 (100)
	30-39	25 (39.1)	39 (60.9)	64 (100)	35 (54.7)	29 (45.3)	64 (100)
	40-49	21 (39.6)	32 (60.4)	53 (100)	19 (35.8)	34 (64.2)	53 (100)
	≥ 50	15 (50)	15 (50)	30 (100)	15 (50)	15 (50)	30 (100)

	Total	215 (48.6)	227 (51.4)	442 (100)	212 (48)	230 (52)	442 (100)
	p	0.133			0.225		
Nivel educativo	Preparatoria	63 (53.8)	(46.2)	117 (100)	55 (47)	62 (53)	117 (100)
	Licenciatura	103 (50.2)	(49.8)	205 (100)	107 (52.2)	98 (47.8)	205 (100)
	Posgrado	49 (40.8)	(59.2)	120 (100)	50 (41.7)	70 (58.3)	120 (100)
	Total	215 (48.6)	227 (51.4)	442 (100)	212 (48)	230 (52)	442 (100)
	p	0.110			0.181		
Atención médica	Servicios de salud públicos	90 (52)	83 (48)	173 (100)	94 (54.3)	79 (45.7)	173 (100)
	Servicios de salud privados	30 (47.6)	33 (52.4)	63 (100)	31 (49.2)	32 (50.8)	63 (100)
	Ambos	95 (46.1)	111 (53.9)	206 (100)	87 (42.2)	119 (57.8)	206 (100)
	Total	215 (48.6)	227 (51.4)	442 (100)	212 (48)	230 (52)	442 (100)
	p	0.511			0.062		
Papel dentro de la ENES	Estudiante	160 (51.9)	148 (48.1)	308 (100)	154 (50)	154 (50)	308 (100)
	Profesor	51 (42.9)	68 (57.1)	119 (100)	51 (42.9)	68 (57.1)	119 (100)
	Administrativo	4 (26.7)	11 (73.3)	15 (100)	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100)
	Total	215 (48.6)	227 (51.4)	442 (100)	212 (48)	230 (52)	442 (100)
	p	0.054			0.414		
Enfermedad COVID-19	Sí	49 (42.2)	67 (57.8)	116 (100)	55 (47.4)	61 (52.6)	116 (100)
	No	139 (50.7)	135 (49.3)	274 (100)	129 (47.1)	145 (52.9)	274 (100)
	No se	27 (51.9)	25 (48.1)	52 (100)	28 (53.8)	24 (46.2)	52 (100)
	Total	215 (48.6)	227 (51.4)	442 (100)	212 (48)	230 (52)	442 (100)
	p	0.272			0.663		

Fuente: Directa

Se observó que, en la práctica de ventilar espacios, no hubo diferencias significativas asociadas a las características sociodemográficas. Sin embargo, el nivel educativo ($p = 0.046$) tuvo relación significativa con desinfectar los objetos para prevenir la COVID-19, ya que los participantes con licenciatura y posgrado fueron quienes realizaron más esta práctica (Tabla 13).

Tabla 13. Prácticas preventivas ante COVID-19 (ventilar espacios y desinfectar objetos) conforme características sociodemográficas

		Ventilar espacios			Desinfectar objetos		
		Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	268 (98.2)	5 (1.8)	273 (100)	257 (94.1)	16 (5.9)	273 (100)
	Masculino	162 (95.9)	7 (4.1)	169 (100)	157 (92.9)	12 (7.1)	169 (100)
	Total	430 (97.3)	12 (2.7)	442 (100)	414 (93.7)	28 (6.3)	442 (100)
	p		0.146		0.603		
Edad	≤ 29	286 (96.9)	9 (3.1)	295 (100)	227 (93.9)	18 (6.1)	295 (100)
	30-39	61 (95.3)	3 (4.7)	64 (100)	58 (90.6)	6 (9.4)	64 (100)
	40-49	53 (100)	0 (0.0)	53 (100)	50 (94.3)	3 (5.7)	53 (100)
	≥50	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	29 (96.7)	1 (3.3)	30 (100)
	Total	430 (97.3)	12 (2.7)	442 (100)	414 (93.7)	28 (6.3)	442 (100)
	p		0.336		0.678		
Nivel educativo	Preparatoria	112 (95.7)	5 (4.3)	117 (100)	104 (88.9)	13 (11.1)	117 (100)
	Licenciatura	198 (96.6)	7 (3.4)	205 (100)	196 (95.6)	9 (4.4)	205 (100)
	Posgrado	120 (100)	0 (0.0)	120 (100)	114 (95)	6 (5)	120 (100)
	Total	430 (97.3)	12 (2.7)	442 (100)	414 (93.7)	28 (6.3)	442 (100)
	p		0.090		0.046		
Atención médica	Servicios de salud públicos	168 (97.1)	5 (2.9)	173 (100)	159 (91.9)	14 (8.1)	173 (100)
	Servicios de salud privados	60 (95.2)	3 (4.8)	63 (100)	58 (92.1)	5 (7.9)	63 (100)

	Ambos	202 (98.1)	4 (1.9)	206 (100)	197 (95.6)	9 (4.4)	206 (100)
	Total	430 (97.3)	12 (2.7)	442 (100)	414 (93.7)	28 (6.3)	442 (100)
	p	0.476			0.284		
Papel dentro de la ENES	Estudiante	298 (96.8)	10 (3.2)	308 (100)	288 (93.5)	20 (6.5)	308 (100)
	Profesor	117 (98.3)	2 (1.7)	119 (100)	111 (93.3)	8 (6.7)	119 (100)
	Administrativo	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	430 (97.3)	12 (2.7)	442 (100)	414 (93.7)	28 (6.3)	442 (100)
	p	0.541			0.589		
Enfermedad COVID-19	Sí	112 (96.6)	4 (3.4)	116 (100)	111 (95.7)	5 (4.3)	116 (100)
	No	269 (98.2)	5 (1.8)	274 (100)	258 (94.2)	16 (5.8)	274 (100)
	No se	49 (94.2)	3 (5.8)	52 (100)	45 (86.5)	7 (13.5)	52 (100)
	Total	430 (97.3)	12 (2.7)	442 (100)	414 (93.7)	28 (6.3)	442 (100)
	p	0.235			0.068		

Fuente: Directa

En cuanto a cambiarse de zapatos y ducharse cuando regresan de la calle, los estudiantes fueron quienes realizaron con mayor porcentaje esta práctica ($p = 0.005$). La edad ($p = 0.009$), el nivel educativo ($p = 0.003$), el tipo de atención en salud que recibían los participantes ($p < 0.001$) y el papel que ejercen dentro de la ENES ($p = 0.002$) tuvieron relación significativa con el uso de dióxido de cloro (ClO_2), debido a que los participantes con una edad de ≤ 29 años, con un nivel educativo de preparatoria, los que recibían atención de salud pública y los estudiantes fueron los que realizaron más esta práctica (Tabla 14).

Tabla 14. Prácticas preventivas ante COVID-19 (cambiar de zapatos y usar ClO_2) conforme características sociodemográficas

		Cambiar de zapatos			Usar ClO_2		
		Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total	Lo hice y/o sigo haciéndolo	Nunca lo hice	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	220 (80.6)	53 (19.4)	273 (100)	63 (23.1)	210 (76.9)	273 (100)
	Masculino	124 (73.4)	45 (26.6)	169 (100)	44 (26)	125 (74)	169 (100)

	Total	344 (77.8)	98 (22.2)	442 (100)	107 (24.2)	335 (75.8)	442 (100)
	p		0.076			0.480	
Edad	≤ 29	238 (80.7)	57 (19.3)	295 (100)	84 (28.5)	211 (71.5)	295 (100)
	30-39	50 (78.1)	14 (21.9)	64 (100)	7 (10.9)	57 (89.1)	64 (100)
	40-49	37 (69.8)	16 (30.2)	53 (100)	8 (15.1)	45 (84.9)	53 (100)
	≥50	19 (63.3)	11 (36.7)	30 (100)	8 (26.7)	22 (73.3)	30 (100)
	Total	344 (77.8)	98 (22.2)	442 (100)	107 (24.2)	335 (75.8)	442 (100)
	p		0.071			0.009	
Nivel educativo	Preparatoria	91 (77.8)	26 (22.2)	117 (100)	39 (33.3)	78 (66.7)	117 (100)
	Licenciatura	166 (81)	39 (19)	205 (100)	51 (24.9)	154 (75.1)	205 (100)
	Posgrado	87 (72.5)	33 (27.5)	120 (100)	17 (14.2)	103 (85.8)	120 (100)
	Total	344 (77.8)	98 (22.2)	442 (100)	107 (24.2)	335 (75.8)	442 (100)
	p		0.207			0.003	
Atención médica	Servicios de salud públicos	140 (80.9)	33 (19.1)	173 (100)	59 (34.1)	114 (65.9)	173 (100)
	Servicios de salud privados	44 (69.8)	19 (30.2)	63 (100)	8 (12.7)	55 (87.3)	63 (100)
	Ambos	160 (77.7)	46 (22.3)	206 (100)	40 (19.4)	166 (80.6)	206 (100)
	Total	344 (77.8)	98 (22.2)	442 (100)	107 (24.2)	335 (75.8)	442 (100)
	p		0.193			< 0.001	
Papel dentro de la ENES	Estudiante	251 (81.5)	57 (18.5)	308 (100)	89 (28.9)	219 (71.1)	308 (100)
	Profesor	85 (71.4)	34 (28.6)	119 (100)	15 (12.6)	104 (87.4)	119 (100)
	Administrativo	8 (53.3)	7 (46.7)	15 (100)	3 (20)	12 (80)	15 (100)
	Total	344 (77.8)	98 (22.2)	442 (100)	107 (24.2)	335 (75.8)	442 (100)
	p		0.005			0.002	
Enfermedad COVID-19	Sí	93 (80.2)	23 (19.8)	116 (100)	22 (19)	94 (81)	116 (100)
	No	213 (77.7)	61 (22.3)	274 (100)	73 (26.6)	201 (73.4)	274 (100)
	No se	38 (73.1)	14 (26.9)	52 (100)	12 (23.1)	40 (76.9)	52 (100)

Total	344 (77.8)	98 (22.2)	442 (100)	107 (24.2)	335 (75.8)	442 (100)
p	0.591			0.265		

Fuente: Directa

Conocimientos ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

En cuanto a la consideración de si tienen un alto nivel de conocimientos sobre cómo evitar la expansión de COVID-19, no hubo diferencias significativas asociadas con las características sociodemográficas (Tabla 15).

Tabla 15. Conocimientos ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

		En este momento, ¿Usted considera que tiene un alto nivel de conocimiento sobre cómo evitar la expansión de COVID-19?					
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	6 (2.2)	9 (3.3)	73 (26.7)	144 (52.7)	41 (15)	273 (100)
	Masculino	9 (5.3)	6 (3.6)	30 (17.8)	92 (54.4)	32 (18.9)	169 (100)
	Total	15 (3.4)	15 (3.4)	103 (23.3)	236 (53.4)	73 (16.5)	442 (100)
	p	0.104					
Edad	≤ 29	11 (3.7)	9 (3.1)	75 (25.4)	153 (51.9)	47 (15.9)	295 (100)
	30-39	2 (3.1)	3 (4.7)	13 (20.3)	36 (56.3)	10 (15.6)	64 (100)
	40-49	1 (1.9)	1 (1.9)	11 (20.8)	27 (50.9)	13 (24.5)	53 (100)
	≥ 50	1 (3.3)	2 (6.7)	4 (13.3)	20 (66.7)	3 (10)	30 (100)
	Total	15 (3.4)	15 (3.4)	103 (23.3)	236 (53.4)	73 (16.5)	442 (100)
	p	0.734					
Nivel educativo	Preparatoria	3 (2.6)	5 (4.3)	31 (26.5)	55 (47)	23 (19.7)	117 (100)
	Licenciatura	9 (4.4)	6 (2.9)	51 (24.9)	112 (54.6)	27 (13.2)	205 (100)
	Posgrado	3 (2.5)	4 (3.3)	21 (17.5)	69 (57.5)	23 (19.2)	120 (100)

	Total	15 (3.4)	15 (3.4)	103 (23.3)	236 (53.4)	73 (16.5)	442 (100)
	p	0.442					
Atención médica	Servicios de salud públicos	10 (5.8)	6 (3.5)	45 (26)	86 (49.7)	26 (15)	173 (100)
	Servicios de salud privados	2 (3.2)	2 (3.2)	12 (19)	34 (54)	13 (20.6)	63 (100)
	Ambos	3 (1.5)	7 (3.4)	46 (22.3)	116 (56.3)	34 (16.5)	206 (100)
	Total	15 (3.4)	15 (3.4)	103 (23.3)	236 (53.4)	73 (16.5)	442 (100)
	p	0.436					
Papel dentro de la ENES	Estudiante	12 (3.9)	11 (3.6)	78 (25.3)	161 (52.3)	46 (14.9)	308 (100)
	Profesor	3 (2.5)	4 (3.4)	22 (18.5)	67 (56.3)	23 (19.3)	119 (100)
	Administrativo	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (20)	8 (53.3)	4 (26.7)	15 (100)
	Total	15 (3.4)	15 (3.4)	103 (23.3)	236 (53.4)	73 (16.5)	442 (100)
	p	0.695					
Enfermedad COVID-19	Sí	3 (2.6)	4 (3.4)	32 (27.6)	52 (44.8)	25 (21.6)	116 (100)
	No	7 (2.6)	8 (2.9)	60 (21.9)	160 (58.4)	39 (14.2)	274 (100)
	No se	5 (9.6)	3 (5.8)	11 (21.2)	24 (46.2)	9 (17.3)	52 (100)
	Total	15 (3.4)	15 (3.4)	103 (23.3)	236 (53.4)	73 (16.5)	442 (100)
	p	0.058					

Fuente: Directa

La edad ($p = 0.020$), el nivel educativo ($p = 0.005$) y la enfermedad por COVID-19 ($p = 0.010$) se asociaron significativamente a conocer cuánto tardan en aparecer los síntomas desde que se produce el contagio, en promedio. El 45.4% de los participantes de ≤ 29 años de edad afirmaron que 14 días es el tiempo en que pueden aparecer los síntomas desde que se produce el contagio y casi el 60% de los que tenían entre 40-49 años afirmaron que en 5 días. La mayoría de los participantes con nivel educativo de licenciatura y posgrado afirmaron que en 5 días y los de preparatoria en 14. Los participantes que si se enfermaron de COVID-19, reportaron que en 5 días y los que no se enfermaron reportaron que en 14 días.

Por otro lado, el nivel educativo ($p = 0.035$) y el tipo de atención médica que recibían ($p = 0.007$) se asociaron a identificar que el coronavirus no siempre da síntomas (Tabla 16).

Tabla 16. Conocimientos ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

		¿Cuánto tardan en aparecer los síntomas desde que se produce el contagio, en promedio?				El coronavirus siempre da síntomas			
		3 días	5 días	14 días	Total	Sí	No	No sé	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	35 (12.8)	130 (47.6)	108 (39.6)	273 (100)	8 (2.9)	263 (96.3)	2 (0.7)	273 (100)
	Masculino	26 (15.4)	69 (40.8)	74 (43.8)	169 (100)	8 (4.7)	159 (94.1)	2 (1.2)	169 (100)
	Total	61 (13.8)	199 (45)	182 (41.2)	442 (100)	16 (3.6)	422 (95.5)	4 (0.9)	442 (100)
	p	0.364				0.541			
Edad	≤ 29	40 (13.6)	121 (41)	134 (45.4)	295 (100)	14 (4.7)	277 (93.9)	4 (1.4)	295 (100)
	30-39	9 (14.1)	31 (48.4)	24 (37.5)	64 (100)	1 (1.6)	63 (98.4)	0 (0.0)	64 (100)
	40-49	11 (20.8)	31 (58.5)	11 (20.8)	53 (100)	1 (1.9)	52 (98.1)	0 (0.0)	53 (100)
	≥50	1 (3.3)	16 (53.3)	13 (43.3)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)	0 (0.0)	30 (100)
	Total	61 (13.8)	199 (45)	182 (41.2)	442 (100)	16 (3.6)	422 (95.5)	4 (0.9)	442 (100)
p	0.020				0.477				
Nivel educativo	Preparatoria	12 (10.3)	43 (36.8)	62 (53)	117 (100)	9 (7.7)	107 (91.5)	1 (0.9)	117 (100)
	Licenciatura	33 (16.1)	88 (42.9)	84 (41)	205 (100)	6 (2.9)	196 (95.6)	3 (1.5)	205 (100)
	Posgrado	16 (13.3)	68 (56.7)	36 (30)	120 (100)	1 (0.8)	119 (99.2)	0 (0.0)	120 (100)
	Total	61 (13.8)	199 (45)	182 (41.2)	442 (100)	16 (3.6)	422 (95.5)	4 (0.9)	442 (100)
p	0.005				0.035				
Atención médica	Servicios de salud públicos	23 (13.3)	72 (41.6)	78 (45.1)	173 (100)	12 (6.9)	158 (91.3)	3 (1.7)	173 (100)

	Servicios de salud privados	8 (12.7)	31 (49.2)	24 (38.1)	63 (100)	3 (4.8)	60 (95.2)	0 (0.0)	63 (100)
	Ambos	30 (14.6)	96 (46.6)	80 (38.8)	206 (100)	1 (0.5)	204 (99)	1 (0.5)	206 (100)
	Total	61 (13.8)	199 (45)	182 (41.2)	442 (100)	16 (3.6)	422 (95.5)	4 (0.9)	442 (100)
	p	0.728				0.007			
Papel dentro de la ENES	Estudiante	42 (13.6)	128 (41.6)	138 (44.8)	308 (100)	15 (4.9)	289 (93.8)	4 (1.3)	308 (100)
	Profesor	16 (13.4)	62 (52.1)	41 (34.5)	119 (100)	1 (0.8)	118 (99.2)	0 (0.0)	119 (100)
	Administrativo	3 (20)	9 (60)	3 (20)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	61 (13.8)	199 (45)	182 (41.2)	442 (100)	16 (3.6)	422 (95.5)	4 (0.9)	442 (100)
	p	0.123				0.169			
Enfermedad COVID-19	Sí	20 (17.2)	64 (55.2)	32 (27.6)	116 (100)	6 (5.2)	109 (94)	1 (0.9)	116 (100)
	No	37 (13.5)	111 (40.5)	126 (46)	274 (100)	9 (3.3)	263 (96)	2 (0.7)	274 (100)
	No se	4 (7.7)	24 (46.2)	24 (46.2)	52 (100)	1 (1.9)	50 (96.2)	1 (1.9)	52 (100)
	Total	61 (13.8)	199 (45)	182 (41.2)	442 (100)	16 (3.6)	422 (95.5)	4 (0.9)	442 (100)
	p	0.010				0.736			

Fuente: Directa

En cuanto al conocimiento sobre si el coronavirus solo se puede contraer una vez en la vida, no hubo diferencias significativas asociadas con las características sociodemográficas (Tabla 17).

Tabla 17. Conocimientos ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

		El coronavirus solo se puede contraer una vez en la vida			
		Sí	No	No sé	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	1 (0.4)	268 (98.2)	4 (1.5)	273 (100)

	Masculino	1 (0.6)	162 (95.9)	6 (3.6)	169 (100)
	Total	2 (0.5)	430 (97.3)	10 (2.3)	442 (100)
	p	0.336			
Edad	≤ 29	2 (0.7)	286 (96.9)	7 (2.4)	295 (100)
	30-39	0 (0.0)	64 (100)	0 (0.0)	64 (100)
	40-49	0 (0.0)	52 (98.1)	1 (1.9)	53 (100)
	≥50	0 (0.0)	28 (93.3)	2 (6.7)	30 (100)
	Total	2 (0.5)	430 (97.3)	10 (2.3)	442 (100)
	p	0.522			
Nivel educativo	Preparatoria	0 (0.0)	113 (96.6)	4 (3.4)	117 (100)
	Licenciatura	2 (1)	200 (97.6)	3 (1.5)	205 (100)
	Posgrado	0 (0.0)	117 (97.5)	3 (2.5)	120 (100)
	Total	2 (0.5)	430 (97.3)	10 (2.3)	442 (100)
	p	0.460			
Atención médica	Servicios de salud públicos	2 (1.2)	167 (96.5)	4 (2.3)	173 (100)
	Servicios de salud privados	0 (0.0)	63 (100)	0 (0.0)	63 (100)
	Ambos	0 (0.0)	200 (97.1)	6 (2.9)	206 (100)
	Total	2 (0.5)	430 (97.3)	10 (2.3)	442 (100)
	p	0.289			
Papel dentro de la ENES	Estudiante	2 (0.6)	300 (97.4)	6 (1.9)	308 (100)
	Profesor	0 (0.0)	115 (96.6)	4 (3.4)	119 (100)
	Administrativo	0 (0.0)	15 (100)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	2 (0.5)	430 (97.3)	10 (2.3)	442 (100)
	p	0.736			
Enfermedad COVID-19	Sí	0 (0.0)	116 (100)	0 (0.0)	116 (100)
	No	2 (0.7)	264 (96.4)	8 (2.9)	274 (100)
	No se	0 (0.0)	50 (96.2)	2 (3.8)	52 (100)

Total	2 (0.5)	430 (97.3)	10 (2.3)	442 (100)
p	0.280			

Fuente: Directa

Análisis bivariado de percepción de riesgo ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

Respecto a la asociación entre la percepción y variables sociodemográficas no se observaron diferencias, excepto en cuanto a la percepción de que probablemente se van a enfermar. Aquellos participantes que no habían padecido COVID-19, reporta estar más de acuerdo con esta frase ($p < 0.001$) (Tabla 18).

Tabla 18. Percepción de riesgo ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

		Probablemente me enfermaré de COVID-19					Total
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	30 (11)	36 (13.2)	77 (28.2)	84 (30.8)	46 (16.8)	273 (100)
	Masculino	16 (9.5)	19 (11.2)	43 (25.4)	66 (39.1)	25 (14.8)	169 (100)
	Total	46 (10.4)	55 (12.4)	120 (27.1)	150 (33.9)	71 (16.1)	442 (100)
p		0.520					
Edad	≤ 29	30 (10.2)	37 (12.5)	75 (25.4)	101 (34.2)	52 (17.6)	295 (100)
	30-39	3 (4.7)	9 (14.1)	19 (29.7)	21 (32.8)	12 (18.8)	64 (100)
	40-49	8 (15.1)	5 (9.4)	16 (30.2)	18 (34)	6 (11.3)	53 (100)
	≥ 50	5 (16.7)	4 (13.3)	10 (33.3)	10 (33.3)	1 (3.3)	30 (100)
	Total	46 (10.4)	55 (12.4)	120 (27.1)	150 (33.9)	71 (16.1)	442 (100)
p		0.578					
Nivel educativo	Preparatoria	14 (12)	14 (12)	32 (27.4)	43 (36.8)	14 (12)	117 (100)

	Licenciatura	21 (10.2)	27 (13.2)	53 (25.9)	64 (31.2)	40 (19.5)	205 (100)
	Posgrado	11 (9.2)	14 (11.7)	35 (29.2)	43 (35.8)	17 (14.2)	120 (100)
	Total	46 (10.4)	55 (12.4)	120 (27.1)	150 (33.9)	71 (16.1)	442 (100)
	p	0.780					
Atención médica	Servicios de salud públicos	21 (12.1)	25 (14.5)	50 (28.9)	59 (34.1)	18 (10.4)	173 (100)
	Servicios de salud privados	10 (15.9)	7 (11.1)	18 (28.6)	16 (25.4)	12 (19)	63 (100)
	Ambos	15 (7.3)	23 (11.2)	52 (25.2)	75 (36.4)	41 (19.9)	206 (100)
	Total	46 (10.4)	55 (12.4)	120 (27.1)	150 (33.9)	71 (16.1)	442 (100)
	p	0.109					
Papel dentro de la ENES	Estudiante	33 (10.7)	39 (12.7)	83 (26.9)	100 (32.5)	53 (17.2)	308 (100)
	Profesor	10 (8.4)	16 (13.4)	31 (26.1)	47 (39.5)	15 (12.6)	119 (100)
	Administrativo	3 (20)	0 (0.0)	6 (40)	3 (20)	3 (20)	15 (100)
	Total	46 (10.4)	55 (12.4)	120 (27.1)	150 (33.9)	71 (16.1)	442 (100)
	p	0.416					
Enfermedad COVID-19	Sí	4 (3.4)	8 (6.9)	28 (24.1)	45 (38.8)	31 (26.7)	116 (100)
	No	39 (14.2)	41 (15)	78 (28.5)	82 (29.9)	34 (12.4)	274 (100)
	No se	3 (5.8)	6 (11.5)	14 (26.9)	23 (44.2)	6 (11.5)	52 (100)
	Total	46 (10.4)	55 (12.4)	120 (27.1)	150 (33.9)	71 (16.1)	442 (100)
	p	< 0.001					

Fuente: Directa

En cuanto a qué tan de acuerdo o en desacuerdo estaban los participantes de que podían contraer la enfermedad de COVID-19 durante los próximos meses si no tomaban ninguna medida preventiva, no se identificaron diferencias significativas conforme las características sociodemográficas (Tabla 19).

Tabla 19. Percepción de riesgo sobre contraer la enfermedad de COVID-19 conforme características sociodemográficas

		Puedo contraer la enfermedad de COVID-19 durante los próximos meses si no tomo ninguna medida preventiva					
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	17 (6.2)	8 (2.9)	12 (4.4)	76 (27.8)	160 (58.6)	273 (100)
	Masculino	10 (5.9)	1 (0.6)	10 (5.9)	54 (32)	94 (55.6)	169 (100)
	Total	27 (6.1)	9 (2)	22 (5)	130 (29.4)	254 (57.5)	442 (100)
	p	0.397					
Edad	≤ 29	19 (6.4)	6 (2)	12 (4.1)	82 (27.8)	176 (59.7)	295 (100)
	30-39	4 (6.3)	3 (4.7)	5 (7.8)	17 (26.6)	35 (54.7)	64 (100)
	40-49	2 (3.8)	0 (0.0)	3 (5.7)	18 (34)	30 (56.6)	53 (100)
	≥50	2 (6.7)	0 (0.0)	2 (6.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	30 (100)
	Total	27 (6.1)	9 (2)	22 (5)	130 (29.4)	254 (57.5)	442 (100)
	p	0.584					
Nivel educativo	Preparatoria	7 (6)	2 (1.7)	5 (4.3)	39 (33.3)	64 (54.7)	117 (100)
	Licenciatura	15 (7.3)	4 (2)	11 (5.4)	48 (23.4)	127 (62)	205 (100)
	Posgrado	5 (4.2)	3 (2.5)	6 (5)	43 (35.8)	63 (52.5)	120 (100)
	Total	27 (6.1)	9 (2)	22 (5)	130 (29.4)	254 (57.5)	442 (100)
p	0.454						

Atención médica	Servicios de salud públicos	16 (9.2)	3 (1.7)	9 (5.2)	60 (34.7)	85 (49.1)	173 (100)
	Servicios de salud privados	4 (6.3)	0 (0.0)	1 (1.6)	17 (27)	41 (65.1)	63 (100)
	Ambos	7 (3.4)	6 (2.9)	12 (5.8)	53 (25.7)	128 (62.1)	206 (100)
	Total	27 (6.1)	9 (2)	22 (5)	130 (29.4)	254 (57.5)	442 (100)
p		0.052					
Papel dentro de la ENES	Estudiante	22 (7.1)	6 (1.9)	15 (4.9)	87 (28.2)	178 (57.8)	308 (100)
	Profesor	4 (3.4)	3 (2.5)	6 (5)	38 (31.9)	68 (57.1)	119 (100)
	Administrativo	1 (6.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	5 (33.3)	8 (53.3)	15 (100)
	Total	27 (6.1)	9 (2)	22 (5)	130 (29.4)	254 (57.5)	442 (100)
p		0.928					
Enfermedad COVID-19	Sí	4 (3.4)	2 (1.7)	4 (3.4)	39 (33.6)	67 (57.8)	116 (100)
	No	18 (6.6)	4 (1.5)	14 (5.1)	75 (27.4)	163 (59.5)	274 (100)
	No se	5 (9.6)	3 (5.8)	4 (7.7)	16 (30.8)	24 (46.2)	52 (100)
	Total	27 (6.1)	9 (2)	22 (5)	130 (29.4)	254 (57.5)	442 (100)
p		0.242					

Fuente: Directa

Referente a qué tan de acuerdo o en desacuerdo estaban los participantes de que, en la actualidad, podían prevenir fácilmente contagiarse de COVID-19, tampoco hubo diferencias significativas asociadas con las características sociodemográficas (Tabla 20).

Tabla 20. Percepción de riesgo ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

En la actualidad, puedo prevenir fácilmente contagiarme de COVID-19

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
--------------------------	---------------	---------	------------	-----------------------	-------

		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	14 (5.1)	26 (9.5)	69 (25.3)	98 (35.9)	66 (24.2)	273 (100)
	Masculino	9 (5.3)	12 (7.1)	37 (21.9)	62 (36.7)	49 (29)	169 (100)
	Total	23 (5.2)	38 (8.6)	106 (24)	160 (36.2)	115 (26)	442 (100)
	p	0.705					
Edad	≤ 29	13 (4.4)	22 (7.5)	70 (23.7)	113 (38.3)	77 (26.1)	295 (100)
	30-39	7 (10.9)	4 (6.3)	14 (21.9)	18 (28.1)	21 (32.8)	64 (100)
	40-49	2 (3.8)	9 (17)	14 (26.4)	15 (28.3)	13 (24.5)	53 (100)
	≥50	1 (3.3)	3 (10)	8 (26.7)	14 (46.7)	4 (13.3)	30 (100)
	Total	23 (5.2)	38 (8.6)	106 (24)	160 (36.2)	115 (26)	442 (100)
	p	0.158					
Nivel educativo	Preparatoria	8 (6.8)	9 (7.7)	24 (20.5)	44 (37.6)	32 (27.4)	117 (100)
	Licenciatura	10 (4.9)	14 (6.8)	52 (25.4)	79 (38.5)	50 (24.4)	205 (100)
	Posgrado	5 (4.2)	15(12.5)	30 (25)	37 (30.8)	33 (27.5)	120 (100)
	Total	23 (5.2)	38 (8.6)	106 (24)	160 (36.2)	115 (26)	442 (100)
p	0.603						
Atención médica	Servicios de salud públicos	12 (6.9)	20 (11.6)	40 (23.1)	62 (35.8)	39 (22.5)	173 (100)
	Servicios de salud privados	4 (6.3)	5 (7.9)	12 (19)	24 (38.1)	18 (28.6)	63 (100)
	Ambos	7 (83.4)	13 (6.3)	54 (26.2)	74 (35.9)	58 (28.2)	206 (100)
	Total	23 (5.2)	38 (8.6)	106 (24)	160 (36.2)	115 (26)	442 (100)
p	0.432						
Papel dentro de la ENES	Estudiante	19 (6.2)	23 (7.5)	71 (23.1)	113 (36.7)	82 (26.6)	308 (100)

Enfermedad COVID-19	Profesor	3 (2.5)	15 (12.6)	31 (26.1)	41 (34.5)	29 (24.4)	119 (100)
	Administrativo	1 (6.7)	0 (0.0)	4 (26.7)	6 (40)	4 (26.7)	15 (100)
	Total	23 (5.2)	38 (8.6)	106 (24)	160 (36.2)	115 (26)	442 (100)
	p	0.542					
	Sí	4 (3.4)	12 (10.3)	30 (25.9)	41 (35.3)	29 (25)	116 (100)
	No	16 (5.8)	22 (8)	62 (22.6)	96 (35)	78 (28.5)	274 (100)
	No se	3 (5.8)	4 (7.7)	14 (26.9)	23 (44.2)	8 (15.4)	52 (100)
	Total	23 (5.2)	38 (8.6)	106 (24)	160 (36.2)	115 (26)	442 (100)
	p	0.641					

Fuente: Directa

Por otro lado, el sexo, la edad, el nivel educativo y el papel que ejercen dentro de la ENES León se vincularon a sentir mayor riesgo de contraer la COVID-19 en diferentes lugares de la Universidad. Las mujeres y los hombres, sentían mayor riesgo de contraer la COVID-19 en las clínicas de la ENES León y los participantes de ≤ 29 años y ≥ 50 sentían mayor riesgo en las clínicas mientras que los que tenían entre 30-49 años en las aulas. La mayoría de los participantes que tenían nivel educativo de preparatoria reportan no sentir riesgo en ningún lugar, los de licenciatura en las clínicas y los de posgrado en las aulas. Los estudiantes reportan sentir mayor riesgo en las clínicas, los profesores en las aulas y mayoría del personal administrativo reporta no sentir riesgo en ningún lugar (Tabla 21).

Tabla 21. Percepción de riesgo ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

		¿En cuál de los siguientes lugares dentro de la ENES/UESMA sientes mayor riesgo de contraer la COVID-19?								
		Aulas	Laboratorios	Clínicas	Cafetería	Auditorios	Oficinas	Baños	En ningún lugar siento riesgo	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	52 (19)	2 (0.7)	87 (31.9)	35 (12.8)	13 (4.8)	4 (1.5)	27 (9.9)	53 (19.4)	273 (100)

	Masculino	41 (24.3)	7 (4.1)	49 (29)	8 (4.7)	11 (6.5)	6 (3.6)	9 (5.3)	38 (22.5)	169 (100)
	Total	93 (21)	9 (2)	136 (30.8)	43 (9.7)	24 (5.4)	10 (2.3)	36 (8.1)	91 (20.6)	442 (100)
	p	0.005								
Edad	≤ 29	44 (14.9)	1 (0.3)	103 (34.9)	35 (11.9)	11 (3.7)	1 (0.3)	28 (9.5)	72 (24.4)	295 (100)
	30-39	21 (32.8)	2 (3.1)	18 (28.1)	6 (9.4)	3 (4.7)	2 (3.1)	3 (4.7)	9 (14.1)	64 (100)
	40-49	22 (41.5)	5 (9.4)	8 (15.1)	2 (3.8)	4 (7.5)	5 (9.4)	3 (5.7)	4 (7.5)	53 (100)
	≥50	6 (20)	1 (3.3)	7 (23.3)	0 (0.0)	6 (20)	2 (6.7)	2 (6.7)	6 (20)	30 (100)
	Total	93 (21)	9 (2)	136 (30.8)	43 (9.7)	24 (5.4)	10 (2.3)	36 (8.1)	91 (20.6)	442 (100)
	p	< 0.001								
Nivel educativo	Preparatoria	19 (16.2)	1 (0.9)	36 (30.8)	16 (13.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (6.8)	37 (31.6)	117 (100)
	Licenciatura	37 (18)	1 (0.5)	74 (36.1)	19 (9.3)	11 (5.4)	2 (1)	21 (10.2)	40 (19.5)	205 (100)
	Posgrado	37 (30.8)	7 (5.8)	26 (21.7)	8 (6.7)	13 (10.8)	8 (6.7)	7 (5.8)	14 (11.7)	120 (100)
	Total	93 (21)	9 (2)	136 (30.8)	43 (9.7)	24 (5.4)	10 (2.3)	36 (8.1)	91 (20.6)	442 (100)
	p	< 0.001								
Atención médica	Servicios de salud públicos	34 (19.7)	6 (3.5)	46 (26.6)	18 (10.4)	8 (4.6)	3 (1.7)	15 (8.7)	43 (24.9)	173 (100)
	Servicios de salud privados	11 (17.5)	0 (0.0)	26 (41.3)	7 (11.1)	2 (3.2)	0 (0.0)	4 (6.3)	13 (20.3)	63 (100)
	Ambos	48 (23.3)	3 (1.5)	64 (31.1)	18 (8.7)	14 (6.8)	7 (3.4)	17 (8.3)	35 (17)	206 (100)
	Total	93 (21)	9 (2)	136 (30.8)	43 (9.7)	24 (5.4)	10 (2.3)	36 (8.1)	91 (20.6)	442 (100)
	p	0.344								
Papel dentro de la ENES	Estudiante	49 (15.9)	3 (1)	105 (34.1)	36 (11.7)	12 (3.9)	3 (1)	28 (9.1)	72 (23.4)	308 (100)
	Profesor	43 (36.1)	6 (5)	27 (22.7)	7 (5.9)	10 (8.4)	6 (5)	6 (5)	14 (11.8)	

									119 (100)	
	Administrativo	1 (6.7)	0 (0.0)	4 (26.7)	0 (0.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	5 (33.3)	15 (100)
	Total	93 (21)	9 (2)	136 (30.8)	43 (9.7)	24 (5.4)	10 (2.3)	36 (8.1)	91 (20.6)	442 (100)
	p	< 0.001								
	Sí	19 (16.4)	1 (0.9)	40 (34.5)	10 (8.6)	5 (4.3)	2 (1.7)	11 (9.5)	28 (24.1)	116 (100)
	No	64 (23.4)	5 (1.8)	80 (29.2)	31 (11.3)	16 (5.8)	7 (2.6)	21 (7.7)	50 (18.2)	274 (100)
Enfermedad COVID-19	No se	10 (19.2)	3 (5.8)	16 (30.8)	2 (3.8)	3 (5.8)	1 (1.9)	4 (7.7)	13 (25)	52 (100)
	Total	93 (21)	9 (2)	136 (30.8)	43 (9.7)	24 (5.4)	10 (2.3)	36 (8.1)	91 (20.6)	442 (100)
	p	0.547								

Fuente: Directa

El nivel de percepción de riesgo de contraer COVID-19 en los diferentes lugares fuera de la ENES León, está relacionado con la edad ($p = 0.016$), el nivel educativo ($p = 0.002$), el papel que ejercen dentro de la ENES ($p < 0.001$) y si habían estado enfermos o no de COVID-19 ($p = 0.043$). Con respecto a la edad, la mayoría de los participantes que tenían entre ≤ 29 - 49 años de edad sentían mayor riesgo de contagiarse en el transporte público y los de ≥ 50 años, en los eventos sociales. En relación con el nivel educativo, los de preparatoria y licenciatura sienten mayor riesgo en el transporte público y los de posgrado en los eventos sociales. Los estudiantes sienten más riesgo en el transporte público, los profesores en los eventos sociales y el personal administrativo en hospitales, consultorios y clínicas. Tanto los participantes que se enfermaron de COVID-19 como los que no, sentían mayor riesgo en el transporte público (Tabla 22).

Tabla 22. Percepción de riesgo ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

¿En cuál de los siguientes lugares sientes mayor riesgo de contraer la COVID-19?

Transporte público	Eventos sociales	Hospitales, consultorios y clínicas	Lugares de esparcimiento	Reuniones religiosas	Supermercado	En ningún lugar siento riesgo	Total
--------------------	------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------	--------------	-------------------------------	-------

		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Femenino	141(51.6)	76 (27.8)	38 (13.9)	5 (1.8)	3 (1.1)	2 (0.7)	8 (2.9)	273 (100)
	Masculino	86 (50.9)	47 (27.8)	22 (13)	2 (1.2)	4 (2.4)	3 (1.8)	5 (3)	169 (100)
	Total	227 (51.4)	123 (27.8)	60 (13.6)	7 (1.6)	7 (1.6)	5 (1.1)	13 (2.9)	442 (100)
	p	0.878							
Edad	≤ 29	169 (57.3)	71 (24.1)	35 (11.9)	2 (0.7)	5 (1.7)	4 (1.4)	9 (3.1)	295 (100)
	30-39	24 (37.5)	19 (29.7)	15 (23.4)	1 (1.6)	1 (1.6)	1 (1.6)	3 (4.7)	64 (100)
	40-49	25 (47.2)	21 (39.6)	4 (7.5)	3 (5.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	53 (100)
	≥50	9 (30)	12 (40)	6 (20)	1 (3.3)	1(3.3)	0 (0.0)	1 (3.3)	30 (100)
	Total	227 (51.4)	123 (27.8)	60 (13.6)	7 (1.6)	7 (1.6)	5 (1.1)	13 (2.9)	442 (100)
	p	0.016							
Nivel educativo	Preparatoria	69 (59)	22 (18.8)	12 (10.3)	1 (0.9)	2 (1.7)	3 (2.6)	8 (6.8)	117 (100)
	Licenciatura	113 (55.1)	55 (26.8)	29 (14.1)	2 (1)	3 (1.5)	1 (0.5)	2 (1)	205 (100)
	Posgrado	45 (37.5)	46 (38.3)	19 (15.8)	4 (3.3)	2 (1.7)	1 (0.8)	3 (2.5)	120 (100)
	Total	227 (51.4)	123 (27.8)	60 (13.6)	7 (1.6)	7 (1.6)	5 (1.1)	13 (2.9)	442 (100)
	p	0.002							
Atención médica	Servicios de salud públicos	100 (57.8)	36 (20.8)	24 (13.9)	2 (1.2)	2 (1.2)	3 (1.7)	6 (3.5)	173 (100)
	Servicios de salud privados	32 (50.8)	22 (34.9)	5 (7.9)	1 (1.6)	1 (1.6)	1 (1.6)	1 (1.6)	63 (100)
	Ambos	95 (46.1)	65 (31.6)	31 (15)	4 (1.9)	4 (1.9)	1 (0.5)	6 (2.9)	206 (100)
	Total	227 (51.4)	123 (27.8)	60 (13.6)	7 (1.6)	7 (1.6)	5 (1.1)	13 (2.9)	442 (100)
	p	0.424							

Papel dentro de la ENES	Estudiante	178 (57.8)	72 (23.4)	37 (12)	2 (0.6)	5 (1.6)	4 (1.3)	10 (3.2)	308 (100)
	Profesor	47 (39.5)	48 (40.3)	16 (13.4)	3 (2.5)	2 (1.7)	0 (0.0)	3 (2.5)	119 (100)
	Administrativo	2 (13.3)	3 (20)	7 (46.7)	2 (13.3)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	15 (100)
	Total	227 (51.4)	123 (27.8)	60 (13.6)	7 (1.6)	7 (1.6)	5 (1.1)	13 (2.9)	442 (100)
p		< 0.001							
Enfermedad COVID-19	Sí	61 (52.6)	34 (29.3)	9 (7.8)	4 (3.4)	0 (0.0)	2 (1.7)	6 (5.2)	116 (100)
	No	136 (49.6)	81 (29.6)	40 (14.6)	3 (1.1)	7 (2.6)	2 (0.7)	5 (1.8)	274 (100)
	No se	30 (57.7)	8 (15.4)	11 (21.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.9)	2 (3.8)	52 (100)
	Total	227 (51.4)	123 (27.8)	60 (13.6)	7 (1.6)	7 (1.6)	5 (1.1)	13 (2.9)	442 (100)
p		0.043							

Fuente: Directa

El nivel de percepción de riesgo de contraer COVID-19 con respecto a si habían existido casos de COVID-19 en familiares o personas cercanas de los participantes, está relacionado con el nivel educativo ($p = 0.034$) y si habían estado enfermos o no de COVID-19 ($p < 0.001$). La mayoría afirmó que si existieron casos de COVID-19 con sus familiares. En lo que respecta a, si los participantes consideraban que su percepción de riesgo era diferente en el momento de contestar el cuestionario comparada con la que tenían al inicio del 2021, la mayoría afirmó que, si lo era, sin embargo, no hubo diferencias significativas asociadas con las características sociodemográficas (Tabla 23).

Tabla 23. Percepción de riesgo ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

¿Han existido casos de COVID-19 con tus familiares o personas cercanas?				¿Considera que su percepción de riesgo es diferente ahora comparada con la que tenía al inicio de este año?		
Sí	No	No sé	Total	Sí	No	Total
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)

	Femenino	205 (75.1)	61 (22.3)	7 (2.6)	273 (100)	229 (83.9)	44 (16.1)	273 (100)
Sexo	Masculino	115 (68)	49 (29)	5 (3)	169 (100)	145 (85.8)	24 (14.2)	169 (100)
	Total	320 (72.4)	110 (24.9)	12 (2.7)	442 (100)	374 (84.6)	68 (15.4)	442 (100)
	p	0.268			0.587			
	≤ 29	219 (74.2)	68 (23.1)	8 (2.7)	295 (100)	252 (85.4)	43 (14.6)	295 (100)
	30-39	49 (76.6)	14 (21.9)	1 (1.6)	64 (100)	52 (81.3)	12 (18.8)	64 (100)
Edad	40-49	34 (64.2)	16 (30.2)	3 (5.7)	53 (100)	42 (79.2)	11 (20.8)	53 (100)
	≥50	18 (60)	12 (40)	0 (0.0)	30 (100)	28 (93.3)	2 (6.7)	30 (100)
	Total	320 (72.4)	110 (24.9)	12 (2.7)	442 (100)	374 (84.6)	68 (15.4)	442 (100)
	p	0.222			0.304			
	Preparatoria	78 (66.7)	34 (29.1)	5 (4.3)	117 (100)	96 (82.1)	21 (17.9)	117 (100)
	Licenciatura	163 (79.5)	39 (19)	3 (1.5)	205 (100)	181 (88.3)	24 (11.7)	205 (100)
Nivel educativo	Posgrado	79 (65.8)	37 (30.8)	4 (3.3)	120 (100)	97 (80.8)	23 (19.2)	120 (100)
	Total	320 (72.4)	110 (24.9)	12 (2.7)	442 (100)	374 (84.6)	68 (15.4)	442 (100)
	p	0.034			0.133			
	Servicios de salud públicos	123 (71.1)	46 (26.6)	4 (2.3)	173 (100)	150 (86.7)	23 (13.3)	173 (100)
	Servicios de salud privados	42 (66.7)	19 (30.2)	2 (3.2)	63 (100)	50 (79.4)	13 (20.6)	63 (100)
Atención médica	Ambos	155 (75.2)	45 (21.8)	6 (2.9)	206 (100)	174 (84.5)	32 (15.5)	206 (100)
	Total	320 (72.4)	110 (24.9)	12 (2.7)	442 (100)	374 (84.6)	68 (15.4)	442 (100)
	p	0.661			0.383			
Papel dentro de la ENES	Estudiante	227 (73.7)	73 (23.7)	8 (2.6)	308 (100)	260 (84.4)	48 (15.6)	308 (100)

	Profesor	80 (67.2)	35 (29.4)	4 (3.4)	119 (100)	100 (84)	19 (16)	119 (100)
	Administrativo	13 (86.7)	2 (13.3)	0 (0.0)	15 (100)	14 (93.3)	1 (6.7)	15 (100)
	Total	320 (72.4)	110 (24.9)	12 (2.7)	442 (100)	374 (84.6)	68 (15.4)	442 (100)
	p	0.478				0.633		
Enfermedad COVID-19	Sí	109 (94)	7 (6)	0 (0.0)	116 (100)	99 (85.3)	17 (14.7)	116 (100)
	No	173 (63.1)	94 (34.3)	7 (2.6)	274 (100)	230 (83.9)	44 (16.1)	274 (100)
	No se	38 (73.1)	9 (17.3)	5 (9.6)	52 (100)	45 (86.5)	7 (13.5)	52 (100)
	Total	320 (72.4)	110 (24.9)	12 (2.7)	442 (100)	374 (84.6)	68 (15.4)	442 (100)
	p	< 0.001				0.865		

Fuente: Directa

Aunque la mayoría de los participantes en el momento de contestar el cuestionario afirmó que se sentía en menor riesgo de contraer COVID-19, no hubo diferencias significativas asociadas con las características sociodemográficas. El nivel educativo ($p = 0.014$) está relacionado con respecto a si se sentían optimistas en cuanto al desenlace de la pandemia por la COVID-19. Los participantes con nivel educativo de preparatoria fueron quienes más optimistas se sentían con el desenlace de la pandemia (Tabla 24).

Tabla 24. Percepción de riesgo ante COVID-19 conforme características sociodemográficas

		Actualmente usted se siente en...			¿Se siente optimista en cuanto al desenlace de la pandemia por la COVID-19?		
		Mayor riesgo n (%)	Menor riesgo n (%)	Total n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Total n (%)
Sexo	Femenino	42 (15.4)	231 (84.6)	273 (100)	172 (63.1)	101 (37)	273 (100)
	Masculino	16 (9.5)	153 (90.5)	169 (100)	117 (69.2)	52 (30.8)	169 (100)
	Total	58 (13.1)	384 (86.9)	442 (100)	289 (65.4)	153 (34.6)	442 (100)
	p	0.073			0.334		

Edad	≤ 29	38 (12.9)	257 (87.1)	295 (100)	193 (65.4)	102 (34.6)	295 (100)
	30-39	8 (12.5)	56 (87.5)	64 (100)	42 (65.6)	22 (34.4)	64 (100)
	40-49	10 (18.9)	43 (81.1)	53 (100)	33 (62.3)	20 (37.7)	53 (100)
	≥50	2 (6.7)	28 (93.3)	30 (100)	21 (70)	9 (30)	30 (100)
	Total	58 (13.1)	384 (86.9)	442 (100)	289 (65.4)	153 (34.6)	442 (100)
	P		0.446			0.640	
Nivel educativo	Preparatoria	17 (14.5)	100 (85.5)	117 (100)	81 (69.2)	36 (30.8)	117 (100)
	Licenciatura	28 (13.7)	177 (86.3)	205 (100)	130 (63.4)	75 (36.6)	205 (100)
	Posgrado	13 (10.8)	107 (89.2)	120 (100)	78 (65)	42 (35)	120 (100)
	Total	58 (13.1)	384 (86.9)	442 (100)	289 (65.4)	153 (34.6)	442 (100)
	P		0.668			0.014	
Atención médica	Servicios de salud públicos	25 (14.5)	148 (85.5)	173 (100)	106 (61.3)	67 (38.7)	173 (100)
	Servicios de salud privados	5 (7.9)	58 (92.1)	63 (100)	47 (74.6)	16 (25.4)	63 (100)
	Ambos	28 (13.6)	178 (86.4)	206 (100)	136 (66)	70 (34)	206 (100)
	Total	58 (13.1)	384 (86.9)	442 (100)	289 (65.4)	153 (34.6)	442 (100)
	P		0.408			0.250	
Papel dentro de la ENES	Estudiante	40 (13)	268 (87)	308 (100)	202 (65.5)	106 (34.4)	308 (100)
	Profesor	18 (15.1)	101 (84.9)	119 (100)	76 (63.8)	43 (36)	119 (100)
	Administrativo	0 (0.0)	15 (100)	15 (100)	11 (73.3)	4 (26.7)	15 (100)
	Total	58 (13.1)	384 (86.9)	442 (100)	289 (65.4)	153 (34.6)	442 (100)
	P		0.261			0.680	
Enfermedad COVID-19	Sí	22 (19)	94 (81)	116 (100)	69 (59.5)	47 (40.5)	116 (100)
	No	31 (11.3)	243 (88.7)	274 (100)	190 (69.4)	84 (30.7)	274 (100)
	No se	5 (9.6)	47 (90.4)	52 (100)	30 (57.7)	22 (42.3)	52 (100)

Total	58 (13.1)	384 (86.9)	442 (100)	289 (65.4)	153 (34.6)	442 (100)
p		0.090			0.231	

Fuente: Directa

DISCUSIÓN

La enfermedad provocada por el SARS-CoV-2, es altamente contagiosa, tanto que en poco tiempo se convirtió en una amenaza para la salud a nivel mundial. Lo que impulsó la investigación de diversas estrategias para evitar la diseminación de ésta, siendo importante en ello los conocimientos, las prácticas y la percepción de riesgo de la población. Este estudio aborda esos aspectos en la comunidad de la ENES León, siendo hasta el momento, el primer estudio en identificar las prácticas preventivas, los conocimientos y la percepción de riesgo ante la COVID-19 en la ENES León y la UESMA, por lo que representa un punto de partida para futuras comparaciones con otros estudios en México.

Prácticas preventivas

Los resultados del presente estudio demuestran que la gran mayoría de los participantes realizaban las prácticas preventivas para evitar contraer la COVID-19. Un factor que pudo favorecer a estos hallazgos fue la cantidad de información difundida, tanto a nivel nacional como internacional, al momento de realizar la encuesta.

- **Sexo y Enfermedad COVID-19**

Una de las prácticas preventivas evaluadas fue “Evitar tocarse los ojos, nariz y boca con las manos sucias” y se identificó que la gran mayoría de nuestros participantes realizaron esta práctica, lo cual es similar a lo observado en otros países como República Dominicana ³⁵, Indonesia ³⁶ y Brasil ³⁷. En México, esta práctica fue de las primeras recomendaciones emitidas por la Secretaría de Salud el 23 de marzo del 2020³⁸. En cuanto a la asociación entre esta práctica y datos sociodemográficos, pudimos observar, que las mujeres seguían más esta práctica. A diferencia de lo reportado en República Dominicana ³⁵ no hubo una relación significativa con esta práctica y el sexo además en este último también reporta que personas con más de 65 años de edad y con nivel educativo de universidad realizaron más frecuentemente esta práctica.

Evitar lugares con aglomeraciones de personas fue una de las prácticas preventivas que igualmente se evaluaron y se encontró que la gran mayoría de los participantes realizaron esta práctica preventiva similar a lo ocurrido en Bangladesh y China ^{39, 40}. Sin embargo, en un estudio realizado por Cortés et al. en México ⁴¹, solamente poco más de la mitad evitó los lugares con aglomeraciones de personas. La diferencia de

porcentajes en realizar esta práctica preventiva pudiera deberse a que la población de estudio de Cortés et al. en México, eran residentes en colonias populares de bajos ingresos de la Ciudad de México con un grado muy alto de marginación. La disponibilidad de recursos para solventar las consecuencias de la crisis sanitaria es desigual, no todas las familias pueden llevar a cabo estrictas prácticas de prevención y aislamiento social por períodos largos. De acuerdo con un análisis que Gómez Franco en 2020, realizado a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), solo entre un 20% y un 23% de la población ocupada de México realiza actividades que pueden ser realizadas desde el hogar ⁴². Sin embargo, esta práctica también fue emitida el 7 de diciembre de 2020, cuando la Secretaria de Salud de México llama a la población a quedarse en casa para evitar los contagios de COVID-19 y el subsecretario Hugo López-Gatell Ramírez hizo énfasis en las medidas de protección: sana distancia, evitar lugares cerrados y concurridos ⁴³. Se observó que evitar lugares con aglomeraciones de personas lo realizaban más las mujeres. Similar a lo reportado por autores como Kundu et al. ³⁹ y Liang Zhong et al. ⁴⁰. Además, en China ⁴⁰ se observó que las personas de 30 a 49 años y quienes tienen estudios de posgrado y se dedicaban al trabajo mental evitaron acudir a lugares aglomerados. Mientras que en Bangladesh ³⁹ fueron aquellos entre 21 a 25 años de edad, solteros y profesionales de la salud.

Con respecto a rezar o meditar, poco menos de la mitad de nuestros participantes lo realizó y esta práctica se observó más en las mujeres. Si bien, hasta el momento, este tema no se ha profundizado y hay escasa información con respecto a esta práctica, ya que no se encontraron artículos científicos donde se reporten datos sobre la cantidad de personas que recurren a rezar como una medida preventiva para protegerse contra la COVID-19. Datos cercanos a esta medición serían los reportados por López et al. que observó en mujeres mexicanas, mencionando que menos del 30% comenzaron a meditar debido a la pandemia por la COVID-19 ⁴⁴. Aunque, como ya mencionamos, en otros estudios no se encontraron datos sobre la cantidad de personas que recurren a rezar como una medida preventiva, existen noticias en las que se reporta o informa que algunos presidentes de varios países hicieron un llamado a su población en el que pedían orar para protegerse de la COVID-19. Uno de esos países fue Brasil, en el que una alcaldía brasileña manda a ayunar y a orar por 21 días para protegerse de esta enfermedad ⁴⁵. De igual manera, en otra noticia en el mes de julio de 2020, se informa que el presidente de Malawi, Lázaro Chakwera pidió a los ciudadanos que se unan a él en oración y ayuno para pedir la ayuda de Dios con el fin de derrotar al coronavirus ⁴⁶. Lo mismo sucedió en Tanzania y otros lugares de Colombia, de Venezuela, de Perú y Guatemala ^{47, 48}. En cuanto a México, el presidente Andrés Manuel López Obrador, en

su conferencia matutina el 18 de marzo de 2020, mostró a la prensa amuletos religiosos cuando se le preguntó cómo se protegía y menciona que son “sus guardaespaldas”⁴⁹. Con respecto a la meditación, en los artículos revisados se menciona que las personas recurren a esta actividad durante la pandemia ya que han presentado ansiedad, irritabilidad, desesperación, depresión, aburrimiento, insomnio, falta de concentración, miedo, angustia, sensación de pérdida de libertad, entre otras, y la meditación las ayuda controlar o contrarrestar los efectos negativos sobre la salud mental, causados por estos padecimientos. Sin embargo, no se menciona que recurran a esta actividad como medida preventiva para evitar el contagio^{44, 50}.

Referente a usar remedios homeopáticos o naturales, encontramos en nuestro estudio que más de la mitad no utilizaron estos remedios, sin embargo, en un estudio en Santo Domingo Ecuador, se encontró que la mayoría utilizaba medicinas naturales para fortalecer su sistema de defensa durante la pandemia. Esta diferencia de resultados puede deberse a que Ecuador tiene una larga historia de pluralismo médico que incluye el uso extensivo de remedios naturales, y en 2008 este país adoptó una nueva constitución que reconoce legalmente la medicina indígena⁵¹. De igual manera en otro estudio en Tungurahua Ecuador se observa que un alto porcentaje recurrió a esta medicina alternativa para la prevención de la COVID-19⁵². Podemos manifestar que la mayoría de la población ha empleado la medicina natural como una de las formas más factibles y accesibles en tiempo de pandemia para la prevención de la COVID-19, ya que se menciona en el estudio que fue consecuencia de la crisis sanitaria a inicios de la pandemia y la mayor parte de la población optaron buscar por sus propios medios recursos o tratamientos que puedan contribuir en la prevención⁵². El uso de estos remedios se observó más en las mujeres, y aquellos participantes que se enfermaron de COVID-19, fueron los que reportan menor porcentaje en utilizar remedios homeopáticos.

- **Nivel educativo**

Con respecto al nivel educativo, se observó que “Desinfectar los objetos que compran o que se usan con frecuencia”, la gran mayoría de nuestros participantes realizó esta práctica en algún momento. Esto es similar a lo observado en Ecuador⁵³, en Brasil³⁷ y en Trujillo Perú⁵⁴. Esto pudo deberse a que, desde marzo de 2020, la Secretaria de Salud de México, dio la recomendación de llevar a cabo esta práctica³⁸. Sin embargo, la OMS señala que la COVID-19 no podía extenderse fácilmente por las superficies⁵⁵. En nuestra población se observó que las personas con nivel educativo de licenciatura realizaban más esta práctica.

- **Papel dentro de la ENES**

En cuanto al papel que se ejerce dentro de la ENES y la práctica preventiva de “Quedarse en casa cuando se tiene resfriado u otra enfermedad”, casi la totalidad de los participantes cumplió con esta práctica, al igual que lo observado en una población de Indonesia ⁵⁶. Esto pudiera deberse a que, al igual que la Secretaría de Salud de México ³⁸, la OMS ⁵⁷ también incluyó dentro de sus recomendaciones para evitar contagiarse de la COVID-19, quedarse en casa. Es de destacar que, en nuestra población de estudio, esta práctica la realizaban más los profesores comparados con lo que reportan los alumnos o administrativos.

De igual manera, la mayoría de los participantes reportan cambiar de zapatos y ducharse cuando regresa de la calle, en específico los estudiantes. Esto al igual a lo observado en Perú en población general y en estudiantes de ciencias de la salud en Tacna Perú ^{54, 58}. Esta práctica preventiva fue promocionada por la Secretaría de Salud de México en el Protocolo al entrar en casa ⁵⁹. Sin embargo, ahora se sabe que no existe la probabilidad de que la COVID-19 se propague por medio de los zapatos y que el contagio por superficies y objetos no representa un riesgo, por lo que esta recomendación se ha descartado ^{55, 60}.

- **Edad, Nivel educativo, Tipo de atención médica en salud y Papel que se ejerce dentro de la ENES**

En cuanto al uso de antibióticos, casi el 40% de los participantes de nuestro estudio, lo utilizó en algún momento como medida preventiva. En Ecuador fue observada esta práctica, pero en un menor porcentaje ⁵³ y en estudiantes de ciencias de la salud en Perú, se encontró que más de la mitad se habían automedicado con algún fármaco y cerca del 10% eran antibióticos causando efectos secundarios ⁶¹. El porcentaje del uso de antibióticos en nuestro estudio es preocupante porque no corresponden al comportamiento preventivo deseado. Esto podría deberse al miedo que en un inicio provocó la COVID-19 a la población al ser una enfermedad desconocida, llevándolos a realizar prácticas no sugeridas por instancias oficiales como la OMS, ya que menciona que los antibióticos no son eficaces contra los virus, solo contra las infecciones bacterianas y no se deben usar como medio de prevención o tratamiento de la COVID-19, siendo contraproducente ya que, también puede impulsar el desarrollo de bacterias resistentes a futuros tratamientos y, con ello, el número de muertes provocadas por este problema ⁶². Se observó una diferencia significativa entre el uso de antibióticos siendo aquellos menores de 29 años de edad, con nivel educativo de preparatoria, que recibían atención de salud pública y los estudiantes quienes reportan el mayor uso.

Otra de las practicas evaluadas fue el uso de dióxido de cloro (ClO₂). El mayor porcentaje de los participantes de nuestro estudio nunca usaron el ClO₂ para prevención de COVID-19. Estos resultados son similares a lo observado en Perú ⁶³, así como también por Soriano Moreno en el mismo país ⁶⁴. Aunque la mayoría de los participantes no usaron el ClO₂ para prevenir la COVID-19, un porcentaje no tan bajo (30%) lo utilizó y esto es preocupante. En cuanto a las características sociodemográficas asociadas al uso de este producto, se observó que los participantes de ≤ 29 años, con un nivel educativo de preparatoria, que recibían atención de salud pública y los estudiantes fueron los que utilizaron más el ClO₂. El uso de esta sustancia fue promovido durante la pandemia como una alternativa para la prevención. Sin embargo, no existe evidencia sobre su eficacia, pero si sobre su toxicidad. Añadido a ello, no cuenta con aprobación sanitaria para la prevención o tratamiento de ninguna enfermedad por lo que, organismos reguladores de la Salud en el mundo como la OMS y la FDA, así como la COFEPRIS a nivel nacional, emitieron alertas sobre el consumo de dióxido de cloro y los efectos que pueden tener a la salud ^{65, 66, 67}. El consumo de esta sustancia puede tener consecuencias fatales debido a que las personas que lo utilizan para la prevención pueden descuidar la adherencia a medidas preventivas verdaderamente eficaces. De igual manera, en un estudio del año 2020 realizado por Burela A. en Perú ⁶⁸, menciona que a la fecha no existe evidencia científica que respalde el uso del dióxido de cloro ni de los derivados del cloro para prevenir o tratar la COVID-19 y que la comunidad científica y médica ha manifestado su preocupación por los daños que puede causar su consumo en las personas.

Conocimientos

En este rubro, una de las primeras evaluaciones fue dirigida a conocer si consideraban tener un alto nivel de conocimiento sobre cómo evitar la expansión de COVID-19 y se encontró que casi tres cuartas partes de los participantes de nuestro estudio reporta tener un alto conocimiento sobre esta enfermedad, datos similares a lo que se observa en el estudio en Ecuador ⁵³. Esto pudiera deberse a la gran cantidad de información difundida por distintos medios de comunicación en el momento de que aplicamos nuestra encuesta.

En cuanto a si el coronavirus solo se puede contraer una vez en la vida, la gran mayoría respondió que no. Sin embargo, en un estudio realizado en Arabia Saudita ⁶⁹, se observó que alrededor de un tercio de los encuestados afirmó que la COVID-19 puede infectar a una persona más de una vez. Esto puede deberse a que la fecha en la que se aplicó el cuestionario en Arabia Saudita ⁶⁹ fue a inicios del mes de abril de 2020 y no había suficiente información acerca de la capacidad que tiene el virus de reinfectar a las personas. Poco después se publicaron informes de eventos de reinfecciones con SARS-CoV-2 en Hong Kong ⁷⁰, en los Países Bajos y en Bélgica ⁷¹, en Ecuador ⁷² y en el estado de Nevada, Estados Unidos ⁷³. En cuanto a México, se realizó un estudio por Jiménez-Saab et al. ⁷⁴ entre el mes de junio a octubre de 2020 para difundir casos probables de reinfección de COVID-19 en personal médico y se encontró que después de un promedio de 65.8 días asintomáticos los 24 casos reportados volvieron a manifestar síntomas sugerentes de SARS-CoV-2 con prueba de PCR positiva.

- **Edad, Nivel educativo y Enfermedad COVID-19**

Con respecto a la pregunta de ¿Cuánto tardan en aparecer los síntomas desde que se produce el contagio, en promedio?, casi la mitad de los participantes reportaron que, en 5 días. Sin embargo, en otros estudios realizados en México ⁷⁵ y en Nigeria en estudiantes de odontología ⁷⁶, se observó que la mayoría de los encuestados contestaron que el lapso de tiempo es de 1 a 14 días. Esto pudiera deberse a que la OMS ⁷⁷, el CDC ⁷⁸ y la Secretaría de Salud de México ⁷⁹, mencionan que el tiempo que tardan en aparecer los síntomas varían de 1 a 14 días. En cuanto a las características sociodemográficas asociadas a esta pregunta, se observó que el 45.4% de los participantes de ≤ 29 años de edad afirmaron que 14 días es el tiempo en que pueden aparecer los síntomas desde que se produce el contagio y casi el 60% de los que tenían entre 40-49 años afirmaron que en 5 días. La mayoría de los participantes con nivel educativo de licenciatura y posgrado afirmaron que en 5 días y los de preparatoria en 14. También, la mayoría de los que estuvieron enfermos de COVID-19 antes del 2021 afirmaron que en 5 días y los que no se habían enfermado afirmaron que en 14.

- **Nivel educativo y Tipo de atención médica en salud**

Otra pregunta que evaluamos en el cuestionario fue sobre si el coronavirus siempre da síntomas y casi la totalidad de nuestros participantes reconoce que no siempre el coronavirus provoca síntomas en las personas, así como se observa en los resultados de un estudio en Canadá ⁸⁰, en el cual la mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo en que las personas pueden estar infectadas con COVID-19 y no mostrar ningún síntoma. De igual manera, se observa que, en un estudio realizado

en Nigeria en estudiantes de odontología, casi la totalidad afirmó que las personas asintomáticas pueden estar infectadas y propagar el virus ⁷⁶. En cuanto a la relación de esta pregunta con los datos sociodemográficos, se observó que los participantes con posgrado y que recibían atención médica tanto pública como privada, respondieron con mayor porcentaje que la COVID-19 no siempre da síntomas.

Percepción de riesgo

- **Enfermedad COVID-19**

Con respecto a la percepción, se indagó si pensaban que probablemente se enfermarían de COVID-19, encontrando que la mitad de los participantes afirmaron que sí. Dato similar a lo observado en el estudio de República Dominicana ³⁵ y en Argentina ⁸¹, en los cuales se reportó percepción de riesgo moderada de contraer la COVID-19. En dichos estudios, la percepción de riesgo pudiera deberse a que se realizaron durante la primera semana que iniciaba la medida de aislamiento social preventivo (marzo y abril de 2020 respectivamente) y en ese momento el número de casos de contagio y muertes por COVID-19 era escaso, además esta moderada percepción de riesgo pudo deberse a la lejanía geográfica entre estos países y los asiáticos. Ahora bien, con respecto a los resultados de nuestro estudio, este nivel de percepción de contagiarse pudo deberse a que en el momento que se aplicó el cuestionario (finales de 2021) la mayoría de la población mexicana ya estaba vacunada con las 2 dosis. Respecto a las variables asociadas a la percepción de riesgo estuvo el haber estado enfermo de COVID-19.

- **Sexo, Edad, Nivel educativo y Papel que ejerce dentro de la ENES**

Otra pregunta evaluada fue sobre en cuál de los siguientes lugares dentro de la ENES/UESMA sientes mayor riesgo de contraer la COVID-19, y observamos que la mayoría sentía miedo de contraer COVID-19 en las clínicas y donde menos miedo sentían fue en los laboratorios. La razón por la cual los participantes reportaron sentir mayor miedo de contraer la COVID-19 en las clínicas pudiera deberse a la cantidad de pacientes que se presentan para recibir sus respectivos tratamientos, además de que los profesionales de la salud han sido afectados de forma significativa en todo el mundo. Se observó que las mujeres, los participantes de ≤ 29 años y ≥ 50 , los que tenían un nivel educativo de licenciatura y los estudiantes, sentían mayor riesgo de contraer la COVID-19 en las clínicas de la universidad y los participantes que tenían entre 30-49 años, los que tenían un nivel educativo de posgrado y los profesores sentían

mayor riesgo en las aulas. Por último, el personal administrativo reporta no sentir riesgo en ningún lugar dentro de la ENES.

- **Edad, Nivel educativo, Papel que ejerce dentro de la ENES y Enfermedad COVID-19**

Con respecto al lugar en el que los participantes sienten mayor riesgo de contraer la COVID-19, encontramos que, poco más de la mitad sentía mayor riesgo de contagiarse en el transporte público. Estos hallazgos pudieran deberse a que la mayoría de nuestros participantes son estudiantes y tienden a usar más el transporte público, en el cual no hay ningún control sobre el uso de cubrebocas de los pasajeros, la cantidad de personas que pueden abordar ni el distanciamiento físico que debe haber. Fue notorio que un porcentaje muy bajo reporta sentir el mayor riesgo en el supermercado, reuniones religiosas y lugares de esparcimiento. Cabe mencionar que casi el 3% de nuestros participantes, reporta no sentir riesgo de contagiarse en ningún lugar. En un estudio realizado en Arabia Saudita ⁸², se observa que la mayoría siente más riesgo en eventos sociales y el menor porcentaje reporta sentir mayor miedo en las mezquitas. Esto puede deberse a factores culturales que afectan la forma en que las personas perciben el riesgo de contagiarse en distintos lugares. Se observó que los participantes que tenían entre ≤ 29 - 49 años de edad, con nivel educativo de preparatoria y licenciatura, así como los estudiantes sentían mayor riesgo de contagiarse en el transporte público. Los de ≥ 50 años de edad, con nivel educativo de posgrado y los profesores sentían más riesgo en los eventos sociales y el personal administrativo en hospitales, consultorios y clínicas. Tanto los participantes que se enfermaron de COVID-19 como los que no, sentían mayor riesgo en el transporte público.

- **Nivel educativo**

Con respecto a si los participantes se sienten optimistas en cuanto al desenlace de la pandemia por la COVID-19, más de la mitad de los participantes dijeron que sí. Sin embargo, en otros estudios se observan porcentajes más altos donde la mayoría confiaba que podrían ganar la batalla contra el COVID-19 ^{35, 40, 83, 84}. Es probable que las actitudes negativas de la población de la ENES León y la UESMA sean consecuencia del miedo y la ansiedad generada por la pandemia que ha generado esta enfermedad, y que la actitud optimista de los otros países ^{35, 51, 105, 106} podría estar relacionada con las medidas estrictas de control de COVID-19. Por otro lado, es importante mencionar que se encontró que los participantes con nivel de preparatoria fueron quienes más optimistas se sentían con el desenlace de la pandemia, a diferencia de lo observado en China ⁵¹, donde se observó más en participantes con nivel educativo de secundaria.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Podemos resaltar que una de las fortalezas de nuestra investigación es que contiene elementos de carácter religioso donde pudimos obtener porcentajes de cuantas personas realizaron esta práctica, ya que, en otros artículos científicos consultados, no incluyen información con respecto a recurrir a prácticas preventivas como rezar o meditar para evitar contagiarse de la COVID-19. También es importante mencionar que los resultados que obtuvimos muestran la relación que hay entre cada variable con cada práctica preventiva, con cada pregunta de conocimientos y con cada pregunta de percepción de riesgo ante COVID-19, así como también su respectivo valor de significancia, en cambio, en la mayoría de los artículos consultados no muestran los resultados tan específicos, ya que no muestran la relación que hay entre cada variable con cada pregunta.

Una de las limitaciones de este estudio fue que se trata de un estudio transversal y los resultados dependen del tiempo. A medida que la situación de la COVID-19 está cambiando rápidamente, la percepción de riesgo, las prácticas preventivas y los conocimientos de los participantes también están cambiando, por lo tanto, los resultados que presentamos en este trabajo, representan la situación durante el período de la encuesta, por esta razón es importante realizar estudios longitudinales con respecto a este tema.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que los resultados de este estudio mostraron que la población estudiada cuenta con prácticas preventivas adecuadas, ya que casi la totalidad de nuestros participantes reportaron llevarlas a cabo para prevenir el contagio de la enfermedad COVID-19 de acuerdo a lo reportado por la literatura. Sin embargo, es importante mencionar que cierto porcentaje de los participantes recurrieron a algunas prácticas como el uso de antibióticos y el ClO₂ y estos no son recomendados por la OMS ni tampoco por la Secretaría de Salud de México, debido a los daños que pueden ocasionar a la salud. El uso de los antibióticos y del ClO₂ se vieron afectados por la edad, el nivel educativo, el papel que ejercen dentro de la ENES y por el tipo de atención médica que recibían.

Con respecto a los conocimientos evaluados, se encontraron resultados aceptables. Alrededor de la mitad de los participantes afirmaron tener un alto conocimiento sobre cómo evitar la expansión de la COVID-19 y conocían los síntomas y el tiempo en el que tardan en aparecer los síntomas de esta enfermedad.

Se tiene una percepción de riesgo frente a la COVID-19 en la población adecuada. Los participantes son conscientes de que pueden contraer la COVID-19 si no toman ninguna medida preventiva. También la mayoría afirma que en la actualidad pueden evitar contagiarse. Sin embargo, se observó que su percepción de riesgo cambió de enero de 2021 a diciembre del mismo año, en el cual ellos reportan sentirse en menor riesgo de contraer la enfermedad. Es importante mencionar que a pesar de que su percepción de riesgo era más baja en el momento de responder el cuestionario, la mayoría llevó a cabo las prácticas preventivas y más de la mitad afirmó sentirse optimistas en cuanto al desenlace de la pandemia.

Los datos sociodemográficos estuvieron asociados a las prácticas preventivas, al conocimiento y a la percepción de riesgo ante la COVID-19.

Por último, es importante resaltar que la información sobre la COVID-19, debe seguir actualizándose y difundirse para que las personas tomen más conciencia, se sigan cuidando y no bajen la guardia, ya que los contagios siguen a pesar de los esquemas completos de vacunación que tienen las personas.

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario COVID-19.



CPPCOVID-19 ENES León/UESMA

¡Bienvenido/a/e a nuestra encuesta sobre COVID-19!

Estamos ante un fenómeno epidemiológico sin precedentes, la COVID-19 continúa circulando en el mundo por lo que sigue siendo necesaria la investigación que genere conocimiento para desarrollar medidas que ayuden a disminuir su impacto en nuestro entorno académico. Por ello, el Departamento de Salud Pública de la ENES, León tiene interés en evaluar los conocimientos, la percepción de riesgo y prácticas preventivas realizadas por nuestra comunidad. Tu participación es esencial para alcanzar este objetivo.

La información que nos brindes es fundamental para conocer el panorama actualizado de la situación, la toma de decisiones y el desarrollo de alternativas útiles de prevención para lograr un mejor control de la pandemia. Este cuestionario va dirigido a toda la comunidad de la ENES León y de la UESMA.

El tiempo para responder estas preguntas es de aproximadamente 10-12 minutos. Es importante mencionar que no te serán solicitados datos de identificación personal, que TODAS LAS RESPUESTAS SON VALIOSAS sin importar las posturas, que todas las opiniones son respetadas y que la información obtenida solo será empleada con fines científicos. Te recordamos que tu participación es totalmente voluntaria.

¡Muchas gracias por tu valiosa colaboración!

Correo *

Correo válido

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO *

- He leído y entendido el texto anterior. Acepto participar en la encuesta.
- No deseo participar en la encuesta.

Datos personales

1. ¿Cuántos años tiene? (solo números)

2. ¿Cuál es su sexo?

Femenino /___/

Masculino /___/

3. ¿Cuál es la religión que usted profesa?

Católica /___/

Cristiana /___/

Creyente sin religión /___/

Otro /___/

Sin religión / Indiferente / Ateo /___/

4. ¿Cuál es su mayor nivel educativo alcanzado?

Primaria /___/

Secundaria /___/

Preparatoria /___/

Licenciatura /___/

Posgrado /___/

5. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

Extranjero /___/

Aguascalientes /___/

Baja California /___/

Baja California Sur /___/

Campeche /___/

Chiapas /___/

Chihuahua /___/

Ciudad de México /___/

Estado de México /___/

Coahuila /___/

Colima /___/

Durango /___/

Guanajuato /___/

Guerrero /___/

Hidalgo /___/

Jalisco /___/

Michoacán /___/

Morelos /___/

Nayarit /___/

Nuevo León /___/

Oaxaca /___/

Puebla /___/

Querétaro /___/

Quintana Roo /___/

San Luis Potosí /___/

Sinaloa /___/

Sonora /___/

Tabasco /___/

Tamaulipas /___/

Tlaxcala /___/

Veracruz /___/

Yucatán /___/

Zacatecas /___/

6. ¿Cuántas personas viven con usted? (solo número)

7. ¿Cuál es su ingreso mensual total aproximado (pesos mexicanos)?

Menor a \$5,000 /___/

Mayor a \$5,000 y menor a \$10,000 /___/

Mayor de 10,000 y menor a \$20,000 /___/

Más de \$20,000 /___/

8. ¿Cuál es su orientación política?

Derecha /___/

Centro-derecha /___/

Centro /___/

Centro-izquierda /___/

Izquierda /___/

Ninguna /___/

9. Tipo de atención en salud que recibe

Servicios de salud públicos /___/

Servicios de salud privados /___/

Ambos /___/

10. ¿Cuál es el rol que ejerce dentro de la ENES, León o UESMA?

Estudiante /___/

Profesor /___/

Administrativo /___/

11. Área

Salud /___/

Otro /___/

12. ¿Está o ha estado enfermo de COVID-19?

Si /___/

No /___/

No sé /___/

13. ¿De dónde obtiene información de SARS-CoV-2?

	Sí	No
Páginas oficiales de internet	/___/	/___/
Facebook, Twitter, Instagram, Tik Tok, y otras redes sociales	/___/	/___/
Artículos científicos	/___/	/___/
Noticias	/___/	/___/

14. ¿Confía en la información que la Organización mundial de la salud (OMS) otorga respecto a la COVID-19 y las vacunas?

Sí /___/

No /___/

Prácticas preventivas ante COVID-19

1. En este momento, ¿Cuáles de las siguientes medidas ha realizado o realiza para prevenir contagiarse de COVID-19?

	Lo hice en algún momento	Lo sigo haciendo	Nunca lo hice
Lavarse las manos y/o usar gel antibacterial	/___/	/___/	/___/

Evitar tocarse los ojos, nariz y boca con las manos sucias	/___/	/___/	/___/
Quedarse en casa si tiene resfriado u otra enfermedad	/___/	/___/	/___/
Taparse la boca con el codo cuando tose	/___/	/___/	/___/
Consumir una dieta balanceada y/o hacer ejercicio regularmente	/___/	/___/	/___/
Evitar contacto cercano con alguien que está infectado por el virus o en riesgo	/___/	/___/	/___/
Usar cubrebocas	/___/	/___/	/___/
Evitar lugares con aglomeraciones de personas	/___/	/___/	/___/
Usar antibióticos	/___/	/___/	/___/
Usar remedios homeopáticos o naturales	/___/	/___/	/___/
Usar guantes	/___/	/___/	/___/
Rezar o meditar	/___/	/___/	/___/
Ventilar los ambientes de su casa o lugar de trabajo	/___/	/___/	/___/
Desinfectar los objetos que compran o que se usan con frecuencia	/___/	/___/	/___/
Cambiar de zapatos y ducharse cuando regresa de la calle	/___/	/___/	/___/
Usar dióxido de cloro (ClO ₂)	/___/	/___/	/___/

Conocimientos sobre COVID_19

1. En este momento, ¿Usted considera que tiene un alto nivel de conocimiento sobre cómo evitar la expansión de COVID-19?

Totalmente en desacuerdo /___/

En desacuerdo /___/

Neutral /___/

De acuerdo /___/

Totalmente de acuerdo /___/

2. ¿Cuáles de los siguientes síntomas tienen relación con la enfermedad COVID-19?

	Sí	No
Fiebre/escalofríos	/___/	/___/
Tos	/___/	/___/
Dolor de garganta	/___/	/___/
Congestión nasal	/___/	/___/
Dolores musculares	/___/	/___/
Fatiga	/___/	/___/
Vómito y diarrea	/___/	/___/
Dificultad para respirar	/___/	/___/
Perdida del olfato y/o gusto	/___/	/___/
Dolor de cabeza	/___/	/___/

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la transmisión del coronavirus?

- Se transmite por gotas al toser, estornudar o hablar, por contacto con superficies contaminadas /___/
- Se transmite vía fecal-oral /___/
- Solo se contagia cuando hay síntomas /___/
- No lo sé /___/

4. ¿Cuánto tardan en aparecer los síntomas desde que se produce el contagio, en promedio?

- 3 /___/
- 5 /___/
- 14 /___/

5. El coronavirus siempre da síntomas

- Si /___/
- No /___/
- No lo sé /___/

6. El coronavirus solo se puede contraer una vez en la vida

- Si /___/
- No /___/
- No lo sé /___/

Percepción de riesgo ante COVID-19

1. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones?

Totalmente en
desacuerdo

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

Totalmente de
acuerdo

- I. Probablemente me enfermaré de COVID-19
- II. Puedo contraer la enfermedad de COVID-19 durante los próximos meses si no tomo ninguna medida preventiva
- III. En la actualidad, puedo prevenir fácilmente contagiarme de COVID-19

2. ¿En cuál de los siguientes lugares dentro de la ENES/UESMA sientes mayor riesgo de contraer la COVID-19?

- Aulas
- Laboratorios
- Clínicas
- Cafetería
- Auditorios
- Oficinas
- Baños
- En ningún lugar siento riesgo

3. ¿En cuál de los siguientes lugares sientes mayor riesgo de contraer la COVID-19?

- Transporte público
- Eventos sociales
- Hospitales, consultorios y clínicas
- Lugares de esparcimiento
- Reuniones religiosas
- Supermercado
- En ningún lugar siento riesgo

4. ¿Han existido casos de COVID-19 con tus familiares o personas cercanas?

- Sí
- No
- No lo sé

5. ¿Estos casos requirieron hospitalización y/o intubación?

- Sí
- No

6. ¿Considera que su percepción de riesgo es diferente ahora comparada con la que tenía al inicio de este año?

- Sí
- No

7. Actualmente usted se siente en...

Mayor riesgo /___/

Menor riesgo /___/

8. Con respecto a lo anterior, ¿a qué lo atribuye?

Estoy vacunado /___/

Falleció un familiar cercano o ser querido por COVID-19 /___/

Me enfermé de COVID-19 a pesar de estar vacunado /___/

Me enfermé de COVID-19 sin saberlo y sin presentar síntomas /___/

No creía en la COVID-19 /___/

9. ¿Se siente optimista en cuanto al desenlace de la pandemia por la COVID-19?

Sí /___/

No /___/

REFERENCIAS

1. Pérez-Abreu MR, Gómez-Tejeda JJ, Dieguez-Guach RA. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev habanera cienc méd. 2020 Abr 11;19(2):1–15.
2. Farfán-Cano GG. Perspectiva acerca de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Rev Cient Inspilip. 2020 May 04;4:1-25.
3. Peng Z, Xing LY, Xian GW, Ben H, Lei Z, Wei Z, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020 Feb 3;579:270-273.
4. Cortés ME. Coronavirus como amenaza a la salud pública. Rev Med Chil. 2020 Ene; 148(1):124–126.
5. Organización mundial de la salud. Panel de control de coronavirus (COVID-19) de la OMS [Internet]. OMS; 2020 [citado 15 sep 2021]. Disponible en: https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjw5lj2BRBdEiwA0Frc9T_Aqdps8l451uvP5ut_JvHZwFwM-65LegPzc_U0uYe2Cs58PZyb2CRoC_FIQAvD_BwE
6. Ena J, Wenzel RP. Un nuevo coronavirus emerge. Rev Clin Esp. 2020 Mar; 220(2): 115-116.
7. Mayta ML. Una aproximación al nuevo coronavirus SARS-CoV2: aspectos generales e hipótesis sobre su origen. RIUS. 2020;2:1–5.
8. Zhang YZ, Holmes EC. A Genomic Perspective on the Origin and Emergence of SARS-CoV-2. Cell. 2020 Apr 16;181(2):223–227.
9. Organización Mundial de la Salud. Información básica del sobre la COVID-19. [Internet]. OMS; 2021 [citado 28 sep 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus>
10. Miranda-Lara VR. Percepción de riesgo ante covid-19. Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud. 2021 May 3;9(2):13-14.
11. Commodari E, La Rosa VL, Coniglio MA. Health risk perceptions in the era of the new coronavirus : are the Italian people ready for a novel virus ? A cross-sectional study on perceived personal and comparative susceptibility for infectious diseases. Public Health. 2020 Oct;187:8–14.

12. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus Disease 2019-COVID-19. *Clin Microbiol Rev.* 2020 Jun 24;33(4):1–48.
13. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* 2020 May;20(5):533–534.
14. Secretaría de Salud. Informes Epidemiológicos de la situación de COVID19 en México 2020 [Internet]. Gobierno de México; 2021 [citado 29 sep 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-epidemiologicos-de-la-situacion-de-covid19-en-mexico-2020>
15. Secretaría de Salud. Informes Epidemiológicos de la situación de COVID19 en México 2020 [Internet]. Gobierno de México; 2021 [citado 30 sep 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-epidemiologicos-de-la-situacion-de-covid19-en-mexico-2021>
16. García del Castillo JA. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las Adicciones. *Salud y drogas.* 2012;12(2):133–151.
17. Martínez-Calvo S. Uso y abuso del término percepción de riesgo. *Rev Cub Salud Pública.* 2017;43(3):412–418.
18. Herrán-Gamarra FJ. Riesgo y percepción. Una mirada crítica [Internet]. *Prevención integral;* 2014 [citado 3 oct 2021]. Disponible en: <https://www.prevencionintegral.com/comunidad/blog/psicoprevencioncom/2014/04/13/riesgo-percepcion-mirada-critica>
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana [Internet]. OMS; 2002 [citado 4 oct 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67455>
20. Puerta-Cortés DX. Percepción de riesgo frente al COVID-19: nuevos retos. *Psicol Caribe.* 2020;37(3):7-10.
21. Ding Y, Du X, Li Q, Zhang M, Zhang Q, Tan X, et al. Risk perception of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and its related factors among college students in China during quarantine. *PLOS One.* 2020 Aug 13;15(8):1–13.

22. Pederzini-Villarreal C, Rivero-Fuentes ME. Percepción de riesgo ante la pandemia en los adultos jóvenes de México. *Coyunt demogr.* 2021 Ene;(19):55–61
23. Medina-Fernández IA, Carreño-Moreno S, Caparro-Díaz L, Gallegos-Torres RM, Medina Fernández JA, Herández-Martínez EK. Fear, Stress, and Knowledge regarding COVID-19 in Nursing Students and Recent Graduates in Mexico. *Invest Educ Enferm.* 2021 Feb;39(1):1–12.
24. Asefa A, Qanche Q, Hailemariam S, Dhuguma T, Nigussie T. Risk perception towards covid-19 and its associated factors among waiters in selected towns of Southwest Ethiopia. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020 Nov 13;13:2601–2610.
25. Soltan EM, El-Zoghby SM, Salama HM. Knowledge, Risk Perception, and Preventive Behaviors Related to COVID-19 Pandemic Among Undergraduate Medical Students in Egypt. *SN Compr Clin Med.* 2020 Nov 20;2:2568–2575.
26. 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.* 2020 Apr 1;23(4):249–254.
27. Saletti-Cuesta L, Tumas N, Berra S. Percepción de riesgo ante el coronavirus en la primera fase de la pandemia en Argentina. *Hacia Promoc Salud.* 2020;26(1):163–178.
28. Truel G, Pérez V, Gaitán P. La IBERO presenta la encuesta de Seguimiento de los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares en la Ciudad de México. *Universidad Iberoamericana.* 2020; 1–10.
29. Shahin MA, Hussien RM. Risk perception regarding the COVID-19 outbreak among the general population: a comparative Middle East survey. *Middle East Curr Psychiatry.* 2020 Dec 22;27(71):1–19.
30. Alqahtani MMJ, Arnout BA, Fadhel FH, Sufyan NS. Risk perceptions of COVID-19 and its impact on precautionary behavior : A qualitative study. *Patient Educ Couns.* 2021 Feb 10;104:1860–1867.
31. Rosero-Bolaños AD, Carvajal-Guachavez JL, Bolaños Benavides EF. Percepción de riesgo frente al Covid-19 en adolescentes escolarizados colombianos. *Rev Boletín Redipe.* 2021 Mar 1;10(3):376–392.

32. Lugo-González IV, Fernández-Vega M, Reynoso-Erazo L, Becerra Gálvez AL, Pérez Bautista YY. COVID-19 perception and preventive behaviors: A descriptive, comparative study by severity and perceived risk. *Salud Ment.* 2020 Dec;43(6):285–292.
33. Torralbas-Oslé JE, Díaz-Bravo OC, Gesto-Mallo F, Batista-Serdain P, García-Cabezas A, Caballero-Reyes CM, et al. Identidad nacional y percepción de riesgo ante la covid-19 en jóvenes cubanos. *Rev Cuba Psicol.* 2020;2(2):27–40.
34. Monge-Rodríguez FS, Jiang H, Zhang L, Alvarado-Yepez A, Cardona-Rivero A, Huaman-Chulluncuy E, et al. Psychological factors affecting risk perception of covid-19: Evidence from peru and china. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jun 17;18(12):1–16.
35. López-Fañás RF, Capellán-Vásquez ED, Martínez-Rodríguez NL. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la COVID-19 en adultos de la República Dominicana. *Rev Cuba Salud Publica.* 2021;47(2):1–34.
36. Sulistyawati S, Rokhmayanti R, Aji B, Wijayanti SPM, Hastuti SKW, Sukesu TW, et al. Knowledge, attitudes, practices and information needs during the covid-19 Pandemic in Indonesia. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021 Jan 14; 14:163–75.
37. Faria de Moura Viella E, Mendoza-López RV, Sayuri-Sato AP, Morato de Oliveira F, Alves-Waldman E, Van den Bergh R, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health.* 2021 Jan 18; 21(152):1-10.
38. Secretaría de Salud. Recomendaciones para la población (COVID-19) [Internet]. Gobierno de México; 2020 [citado 10 ago 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/covid19-recomendaciones-para-la-poblacion>
39. Kundu S, Al Banna MH, Sayeed A, Begum MR, Brazendale K, Hasan M, et al. Knowledge, attitudes, and preventive practices toward the COVID-19 pandemic: an online survey among Bangladeshi residents. *J Public Health.* 2021 Aug 14:1-15.

40. Zhong B, Luo W, Li H, Zhang Q, Liu X, Li W, 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*. 2020 Mar 15;16(10):1745-1752.
41. Urbina G, Mora M. Prácticas y paradojas frente al COVID-19 en sectores populares de la Ciudad de México. *Notas de Población*. 2021 Jul; 112: 63-92.
42. Gómez-Franco L. ¿Quién puede trabajar desde casa? Evidencia desde México. *CEEY*. 2020 Abr:1-17.
43. Secretaria de Salud. Secretaría de Salud llama a la población a quedarse en casa para evitar contagios de COVID-19 [Internet]. Gobierno de México ; 2020 [citado 15 ago 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/241-secretaria-de-salud-llama-a-la-poblacion-a-quedarse-en-casa-para-evitar-contagios-de-covid-19>
44. Santiestebean-López NA, Cerón-Carrillo TG, Morales-Paredes YR. La meditación como estrategia para combatir los efectos negativos en la salud mental de las mujeres mexicanas ante la pandemia de COVID-19. *Graffylia*. 2020;4(8):135–144.
45. Goyzueta V. Una alcaldía brasileña manda a ayunar y orar por 21 días para protegerse del coronavirus [Internet]. *ABC Internacional*; 2020 [citado 18 ago 2022]; Disponible en: https://www.abc.es/internacional/abci-alcaldia-brasilena-manda-ayunar-y-orar-21-dias-para-protegerse-coronavirus-202005200210_noticia.htm
46. Mata L. El presidente pide a los ciudadanos que se unan a él en oración y ayuno para pedir la ayuda de Dios con el fin de derrotar al coronavirus [Internet]. *Lilongwe: Agencia Fides*; 2020 [citado 18 ago 2022]. Disponible en: http://www.fides.org/es/news/68369-AFRICA_MALAWI_El_presidente_pide_a_los_ciudadanos_que_se_unan_a_el_en_oracion_y_ayuno_para_pedir_la_ayuda_de_Dios_con_el_fin_de_derrotar_al_coronavirus
47. Garcia C. Colombia y otros países rezan para protegerse de coronavirus [Internet]. Bogotá: *Associated Press*; 2020 [citado 18 ago 2022]. Disponible en: <https://www.sandiegouniontribune.com/en-espanol/noticias/story/2020-03-19/colombia-y-otros-paises-rezan-para-protegerse-de-coronavirus>

48. Moraga P. Tanzania y su particular pandemia de teorías conspiratorias [Internet]. Kampala: El país; 2022 [citado 18 Ago 2022]; Disponible en: <https://elpais.com/planeta-futuro/2022-01-18/tanzania-y-su-particular-pandemia-de-teorias-conspiratorias.html>
49. González J. Algunos mexicanos acuden a rezar para pedir protección contra el Covid-19 [Internet]. México: AFP; 2020 [citado 18 ago 2022]. Disponible en: <https://businessinsider.mx/mexicanos-rezan-para-protegerse-del-coronavirus/>
50. García de la Ossa EM, Ramos-Monsivais CL. Bienestar Psicológico y estrategias de enfrentamiento en estudiantes de educación superior en tiempos de pandemia. Rev Dilemas Contemporáneos. 2022;1-19.
51. Hutchins F. Natural Medicine and COVID 19 in Ecuador. Práctica Familiar. 2020 Nov;5(3):1-5.
52. Ganán-Barrionuevo AM, Benavides-Rovalino ER. Creencias y mitos sobre los tratamientos alternativos para prevenir la covid-19. Pol Con. 2021 Dic; 6(12):600-619.
53. Escalante-Figueroa MA. Práctica del lavado de manos y su impacto ante la pandemia covid-19 en los habitantes del barrio 23 de mayo, salinas, 2021 [Tesis]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2021.
54. Yupari-Azabache IL, Díaz-Ortega J, Rodríguez-Díaz A, Peralta-Iparraguirre A. Factores asociados a las actitudes y prácticas preventivas frente a la pandemia del COVID-19. Rev MVZ Córdoba. 2020;25(3):1-10.
55. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la limpieza y desinfección de superficies del entorno inmediato en el contexto de la COVID-19 fuera del ámbito sanitario [Internet]. OMS; 2022 [citado 20 sep 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/q-a-considerations-for-the-cleaning-and-disinfection-of-environmental-surfaces-in-the-context-of-covid-19-in-non-health-care-settings>
56. Pascawati NA, Tunggul-Satoto TB. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19. Int J Public Health Sci. 2020 Dec;9(4):292-302.

57. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público [Internet]. OMS; 2020 [citado 21 sep 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
58. Salas-Hallasi SA. Medidas preventivas y conocimiento de la COVID-19 en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Investig Innov.* 2021;1(1):5-9.
59. Secretaria de Salud. Protocolo al entrar en casa. Acciones frente al COVID19 [Internet]. Gobierno de México; 2022 [citado 23 sep 2022]. Disponible en: https://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/noticias/Protocolos_Salud_COVID-19.pdf
60. Organización Mundial de la Salud. Consejos para la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. OMS; 2020 [citado 24 sep 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>
61. Miñan-Tapia A, Conde-Escobar A, Calderón-Arce D, Cáceres-Olazo D, Peña-Rios A, Donoso-Romero RC. Factores asociados a la automedicación con fármacos relacionados a COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud de una ciudad peruana. *SciELO Preprints.* 2020:1-22
62. Organización Mundial de la Salud. La OMS advierte que el abuso de los antibióticos durante la pandemia de COVID-19 incrementará la resistencia. OMS; 2020 [citado 30 sep 2022]; Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/noticias/la-oms-advierde-que-el-abuso-de-los-antibioticos-durante-la-pandemia-de-covid-19>
63. Flores-Solano GV, Tito-Sulca CZ. Nivel de conocimiento y automedicación por COVID-19 en consumidores del mercado “Sagrado corazón de Jesús [Tesis]. Perú: Universidad Interamericana; 2020.
64. Soriano-Moreno DR, Fernandez-Guzmán D, Ccami-Bernal F, Rojas-Milano C, Nieto-Gutierrez W. Factors associated with the consumption of chlorine dioxide to prevent and treat COVID-19 in the Peruvian population: a cross-sectional study. *BMC Public Health.*2021;21(2109):1-10.

65. The Food and Drug Administration. Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Warns Seller Marketing Dangerous Chlorine Dioxide Products that Claim to Treat or Prevent COVID-19 [Internet]. FDA; 2020 [cited 2022 oct 10]. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-warns-seller-marketing-dangerous-chlorine-dioxide-products-claim>
66. Organización Panamericana de la Salud. La OPS no recomienda tomar productos que contengan dióxido de cloro, clorito de sodio, hipoclorito de sodio o derivados. 2020 [Internet]. OPS; 2020 [citado 11 oct 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52484>
67. Secretaria de Salud. Comunicado a la población. La COFEPRIS informa sobre el riesgo que representa el uso de la sustancia denominada Dióxido de Cloro o Solución Mineral Milagrosa (SMM) [Internet]. Gobierno de México; 2020 [citado 15 oct 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/comunicado-a-la-poblacion-248797?idiom=es>
68. Burela A, Hernández-Vásquez A, Comandé D, Peralta V, Fiestas F. Dióxido de cloro y derivados del cloro para prevenir o tratar la covid-19: revisión sistemática. Rev perú med exp salud publica. 2020; 37(4):605-610.
69. Alahdal H, Basingab F, Alotaibi R. An analytical study on the awareness, attitude and practice during the COVID-19 pandemic in Riyadh, Saudi Arabia. J Infect Public Health. 2020 Oct; 13(10):1446-1452.
70. To KK, Hung IF, Ip JD, Chu AW, Chan WM, Tam AR, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Re-infection by a Phylogenetically Distinct Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Strain Confirmed by Whole Genome Sequencing. Clin Infect Dis. 2021 Nov 2; 73(9): 2946–295.
71. Van-Elslande J, Vermeersch P, Vandervoort K, Wawina-Bokalanga T, Vanmechelen B, Wollants E, et al. Symptomatic Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Reinfection by a Phylogenetically Distinct Strain. Clin Infect Dis. 2021 Jul 15; 73(2):354-356.

72. Prado-Vivar B, Becerra-Wong M, Márquez S, Gutiérrez B, Rojas-Silva P, Grunauer M, et al. COVID-19 re-infection by a phylogenetically distinct SARS-CoV-2 variant, first 2 confirmed event in South America. SSRN. 2020 Sep 3. 1-11.
73. Tillett RL, Sevinsky JR, Hartley PD, Kerwin H, Ceawford N, Gorzalski A, et al. Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study. *Lancet Infect Dis*. 2021 Jan; 21(1):52-58
74. Jiménez-Saab NG, Uribe-Padilla G, Sánchez-Hernández G, Lira-Rivera L, Cabrera-Rayó A, López-Islas I, et al. ¿Reinfección por SARS-CoV-2 del personal de salud en México? *Med Int Méx*. 2021 Ene 10; 37(2): 212-220.
75. García de Isla AP, Castañeda-Bermúdez MG, Acosta-Robles A, Salinas-Noyola A, Cázares de León F. Conocimientos, percepciones y actitudes de estudiantes y pasantes de odontología mexicanos con relación al COVID-19: Estudio descriptivo. *Rev ADM*. 2021 May 18;78(3):128-134.
76. Umezudike KA, Isiekwe IG, Fadeju AD, Akinboboye BO, Aladenika ET. Nigerian undergraduate dental students' knowledge, perception, and attitude to COVID-19 and infection control practices. *J Dent Educ*. 2021 Feb; 85(2):187-196.
77. Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19. ¿Cuánto tiempo tardan en aparecer los síntomas? [Internet]. OMS; 2021 [citado 21 oct 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
78. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Síntomas del COVID-19 [Internet]. CDC; 2022 [citado 24 oct 2022]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
79. Secretaría de Salud. COVID-19 Preguntas frecuentes. ¿Cuánto tiempo transcurre entre la infección y la aparición de los síntomas? [Internet]. Gobierno de México; 2020 [citado 24 oct 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/covid-19-preguntas-frecuentes?state=published>

80. Parsons-Leigh J, Fiest K, Brundin-Mather R, Plotnikoff K, Soo A, Sypes EE, et al. A national cross-sectional survey of public perceptions of the COVID-19 pandemic: Self-reported beliefs, knowledge, and behaviors. *PLoS One*. 2020 Oct 23;15(10):1-18.
81. Saletti-Cuesta L, Tumas N, Berra S. Percepción de riesgo ante el coronavirus en la primera fase de la pandemia en Argentina. *Hacia Promoc Salud*. 2020;26(1):163–178.
82. Alqahtani MMJ, Arnout BA, Fadhel FH, Sufyan NSS. Risk perceptions of COVID-19 and its impact on precautionary behavior : A qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2021 Aug;104(8):1860–1867.
83. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *PLoS One*. 2020 May 21;15(5):1-15.
84. Hussain A, Garima T, Singh BM, Ram R, Tripti RP. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Nepalese Residents: A quick online cross-sectional survey. *Asian J Med Sci*. 2020; 11(3):6–11