



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E
INVESTIGACIÓN
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE EL COVID-19 EN
PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS DE LA UMF NO. 9 DE ACAPULCO.**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA

DR. LUIS VAZQUEZ GAYTAN

DIRECTOR DE TESIS

DRA. CINTHYA JENNIFER RAYÓN CASTAÑEDA

NUMERO DE REGISTRO: R-2021-1101-013

ACAPULCO DE JUAREZ, GUERRERO, ENERO DEL 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE EL COVID-19 EN
PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS DE LA UMF NO. 9 DE ACAPULCO.**

DIRECTOR DE TESIS

DRA. CINTHYA JENNIFER RAYÓN CASTAÑEDA

TESISTA:

DR. LUIS VAZQUEZ GAYTAN



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1101**,
U MED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS **17 CI 12 001 131**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 12 CEI 001 2018022**

FECHA **Martes, 23 de marzo de 2021**

M.C. CINTHYA JENNIFER RAYON CASTAÑEDA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE EL COVID-19 EN PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS DE LA UMF No. 9 DE ACAPULCO**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1101-013

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ANGEL GOMEZ CARBAJAL

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE EL COVID-19 EN
PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS DE LA UMF NO.9 DE ACAPULCO

No. Registro R-2021-1101-013


Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional




Dr. Rogelio Ramírez Ríos

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación




Dra. Criseida Torres Vargas

Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud




Dra. Teresa Ocampo Rentería

Profesora Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANTE EL COVID-19 EN
PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS DE LA UMF NO. 9 DE ACAPULCO**

**TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

VÁZQUEZ GAYTÁN LUIS

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA

JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DEDICATORIAS:

PRIMERAMENTE, A MI DIOS PADRE ETERNO Y A SAN MIGUEL ARCANGEL:

A quien me ha otorgado la fuerza y decisión de continuar en este camino a pesar de las adversidades y obstáculos que la vida me ha puesto, te agradezco padre mío que me hayas dado la oportunidad de aprender para continuar ayudando al prójimo, que hayas puesto tu mirada en este humilde siervo para cumplir tus designios en esta vida. Gracias por todas las oportunidades que me has regalado espero poder cumplir con la misión que me has encomendado. A mi arcángel san Miguel que siempre me dio el valor y la destreza para continuar luchando y ayudarme a vencer mis miedos y lograr una misión más en esta vida.

A MI ESPOSA BRENDA EDITH:

Gracias por tu amor infinito, tu paciencia en esta travesía, por esperarme siempre con una sonrisa y darme siempre alientos para continuar adelante, por estar ahí en mis momentos de tristezas y de cansancio, por soportar mis largas horas de ausencia, te amo más que a mi vida. Mil gracias.

A MIS HIJOS LUIS ANGEL, JESUS GAEL Y MIA GUADALUPE:

Gracias hijos por su paciencia y amor infinito, por darme siempre una sonrisa, un abrazo o un beso cuando llegaba y que siempre me motivaron a continuar adelante con mis sueños que ahora son de ustedes, su angelical presencia, este logro es de ustedes y para ustedes. Mi amor es infinito por ustedes.

A MIS PADRES Y HERMANO:

Gracias por creer siempre en mí, por darme aliento en mis momentos difíciles y por enseñarme el buen camino en el que debemos realizar nuestro mayor esfuerzo, por enseñarme la vida siempre estando a mi lado sin soltarme de la mano, siempre han estado a mi lado en mis momentos de tristeza y alegrías. Gracias por formar el ser que soy con valores y principios.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

Gracias a todos mis amigos por siempre darme el aliento de continuar en esta noble especialidad, gracias por los momentos de alegría los cuales han estado cargados de risas y buen humor. A mi amigo Rafael Ozuna por darme siempre el apoyo y guiarme en esta noble especialidad con palabras de aliento, gracias mi hermano.

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES:

Por el apoyo incondicional y por enseñarme que el esfuerzo realizado siempre nos ayudara a lograr nuestras metas y sueños. Este es un logro gracias a ustedes.

A MI ESPOSA E HIJOS:

Gracias por ser el motor y la inspiración en mi vida, este logro no es solo mío es de ustedes también, perdonen mis largas ausencia y mis ratos de mal humor que siempre se han encargado de enmendar con su sonrisa y apoyo incondicional.

A MI ASESORA LA DRA. CINTHYA JENNIFER:

Gracias por su ayuda, paciencia y guía en la realización y desarrollo de esta tesis, eternamente agradecido.

A MIS PROFESORAS DRA. IRASEMA Y DRA. TERESA:

Gracias por su apoyo, paciencia y por su apoyo en esta travesía siempre brindando su apoyo en nuestras tareas y trabajos encomendados.

INDICE

	Página
1.- Resumen -----	9
2.- Marco teórico -----	10
3.-Justificación -----	19
4.-Planteamiento del problema-----	19
5.-Objetivo general-----	20
5.1-objetivos específicos-----	20
6.- Hipótesis-----	21
7.-Material y Métodos-----	21
8.-Aspectos éticos-----	27
9.-Recursos, Financiamiento y Factibilidad-----	29
10.- Resultados-----	31
11.-Discusion-----	39
12.-Conclusion-----	42
13.-Recomendaciones-----	42
14.-Referencias bibliográficas -----	43
15.-Anexo 1 -----	47
16.-Anexo 2 -----	50

1.-Resumen

Introducción: Se han tomado una gran cantidad de medidas para el control rápido y eficaz de la epidemia de coronavirus (COVID-19) en todos los niveles, sin obtener resultados favorables, el apego de las personas a tomar de forma adecuada las medidas preventivas necesarias y de forma correcta se ve afectada por sus conocimientos hacia COVID -19.

Objetivo: Conocer el nivel de conocimientos y prácticas preventivas ante el contagio de COVID-19 en pacientes de 20 a 70 años de la UMF No. 9 de Acapulco.

Material y métodos: se realizó un estudio transversal sobre el nivel de conocimientos y prácticas preventivas ante covid-19 en la población de 20 a 70 años de la UMF No. 9 de Acapulco Guerrero. Las variables de estudio son: escolaridad, edad, sexo, ocupación, comorbilidades, caso sospechoso de COVID-19, caso confirmado de COVID-19, nivel de conocimiento y medidas de prevención. Se utilizó un cuestionario que consta de 4 secciones: la primera de datos generales, la segunda sección es de conocimientos, la tercera sección de aplicación de prácticas preventivas y la cuarta sección es para conocer el porcentaje de entrevistados conocidos como casos sospechosos y casos confirmados, este cuestionario fue adaptado de un cuestionario de Bao Ling y colaboradores, en estudio realizado en china y de Hamed Hézima en Sudán sobre conocimientos y prácticas preventivas sobre COVID-19, con un coeficiente alfa de Cron Bach de 0.71. Para análisis estadístico, se realizaron frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión. En cuanto a las consideraciones éticas, el presente trabajo de acuerdo a la Ley General de Salud en su artículo 17, la considera como una investigación de riesgo mínimo, se solicitó consentimiento informado a todos los pacientes participantes.

Resultados: se encontró un nivel de conocimiento de 77.4 %, 45 % del sexo femenino, 18.6 % tenían educación preparatoria; 78.4 % usaron mascarillas y 63.9 % visito lugares concurridos. **Conclusión:** Se observó un nivel de conocimiento bajo en relación al nivel esperado de la población que se estudió, sin embargo, se identificó que el mayor nivel de conocimientos es en grupos con más acceso a la información difundida a través de redes sociales e internet.

Palabras clave: prácticas, conocimientos, COVID-19.

2.- Marco teórico.

El SARS-COV2 es un virus ARN, de cadena positiva, monocateneria, de forma esférica que en su superficie proyecta espículas proteicas, que en microscopia electrónica semejan a la corona solar. taxonómicamente se clasifican como pertenecientes a la orden Nidoviridae familia Coronaviridae, subfamilia y grupo Orthocoronaviridae ^{1,2}, según el serotipo y genotipo se identifican 4 tipos: alfa, beta, gamma y delta (Alphacoronavirus, Beta coronavirus, Gamma coronavirus y Delta coronavirus) siendo el último coronavirus identificado como tipo beta, cabe señalar que este grupo es el de más alto riesgo debido a su patogenicidad y ser causante de SARS Y MERS. ^{3,4}

El origen del virus causante de COVID -19 es motivo de constantes debates en redes sociales⁶, sin embargo, la comunidad científica trabaja intensamente para ofrecer datos solidos que expliquen el surgimiento de esta pandemia en humanos.^{6,7}

Hasta el momento es incierto el hospedero de origen, se conoce que comparte material genético con el virus del SARS y del MERS en un 60 % y en un 90 % del coronavirus aislado en los murciélagos.⁷

Existen 4 proteínas estructurales esenciales para que el virus se replique, se ensamble e infecte al huésped: la proteína s (espiga) es la encargada de la unión a las células del huésped, tiene proyecciones extracelulares que le dan al virus la apariencia de una corona de picos.⁽⁵⁾ proteína m se conforma por tres dominios transmembrana que le da la forma circular a la partícula viral y se une hacia el interior a la nucleocápside.⁶ Proteína e (envoltura) permite el ensamblaje y la liberación extracelular del virus.⁷ La proteína n (nucleocápside) conformada por 2 dominios que se unen al ARN, se unen a la proteína nsp3 para empaquetar el genoma del virus además es antagonista del IFN (interferón).^{8,9}

Casi dos terceras partes del ARN genómico del virus se utiliza como plantilla o molde para la traducción directa de una poliproteína 1^a/1ab (PP. 1^a/1 ab) que se encarga de la codificación de proteínas no estructurales (16 conocidas) que son fundamentales para la formación del complejo de replicación-transcripción del ARN del virión; la tercera parte se utiliza para la codificación de proteínas estructurales: S, M, N, E y otras proteínas según el coronavirus.^{9,10}

El virus SARS-COV2 penetra en la célula del huésped a través de la adherencia de las proteínas S a los receptores celulares del ACE2, este receptor se expresa principalmente en células epiteliales del pulmón, intestino, riñón, corazón y vasos sanguíneos.⁵ Hay 2 formas de ECA2 una transmembrana y otra soluble, la primera es una proteína transmembrana con un dominio extracelular que sirve de receptor a la proteína S.⁶

La sobreexpresión de ACE2 transmembrana y soluble hacen más susceptibles a la infección de coronavirus, porque la unión del SARS-COV2 a la ACE2 atenúa la actividad residual (inflamatoria, vasodilatadora y antioxidante) y permite la sobreexpresión de ACE1 y angiotensina 2 con expresión de acciones pro inflamatorias, vasoconstrictoras y oxidantes mecanismos por lo que se explica parte de la lesión pulmonar observada en los pacientes.^{5,8}

El SARS-COV2 es el séptimo coronavirus conocido con la capacidad de infectar a humanos y se ha sugerido que este virus pudo haber salido accidentalmente de un laboratorio de Wuhan, China; esta aseveración carece de sustento científico, pero tiene confundida a la opinión pública.⁹

Andersen et al, presenta argumentos científicos sólidos que pueden explicar esta cadena de eventos biológico responsables del brote. La primera observación de estudios estructurales y bioquímicos es que el SARS-COV2 se ha adaptado a la proteína humana ACE2 que funciona como receptor para unirse a células humanas, se ha encontrado que la proteína del virus responsable de esta unión tiene un dominio de 6 aminoácidos que es el responsable del reconocimiento de ACE con alta afinidad, también se ha encontrado que este dominio presenta esta alta afinidad para ACE en hurones, gatos y otras especies.¹⁰

Estas observaciones son evidencias fuertes que el SARS-COV2 no es producto de una manipulación de laboratorio si no que tiene origen en otras especies. biológicamente es más probable que la adaptación al humano de un virus que naturalmente infecta animales haya sido el resultado de múltiples eventos genéticos que a través de la selección natural, primero en el huésped animal de origen, lo prepararon para colonizar células humanas y posteriormente procesos de selección en el humano optimizaron esta capacidad de infección y transmisión.⁶

El virus se transmite a través del contacto con gotas de una persona infectada (también se encuentra en la sangre, saliva, orina y las heces) aunque se han hecho observaciones de la posibilidad de transmisión vía aérea esta no se ha confirmado, pero debe tenerse consideración especial cuando se generan aerosoles y la conjuntiva está expuesta ya que el riesgo de transmisión es mayor. 5-7

Se conoce que comparte material genético con el virus del SARS y del MERS en un 60 % y en un 90 % del coronavirus aislado en los murciélagos.²² por lo cual nos basamos es esta investigación en estudios de estas enfermedades compatibles con esta. 9-10.

Epidemiología.

Mundial: a nivel mundial la organización mundial de la salud (OMS) se han registrado hasta el 07 de Julio las siguientes cifras:

11,500,302 casos confirmados con pruebas de PCR TP, se han registrado 535,759 defunciones confirmadas en 215 países en todo el mundo situación alarmante; ha representado una tasa de letalidad global es del 4,70 % hasta esta fecha.

Se registró la mayor concentración de casos confirmados fue en los siguientes países: Estados Unidos: 1 525,186 casos, Rusia 317,554 casos, Brasil: 291,579 casos, Reino Unido: 248,297 casos, España: 232,555 casos e Italia 227,364 casos.

Las defunciones se concentran en su mayoría en los siguientes países: EEUU. Con 91,527, Reino Unido con 35,704, Italia con 32,330, Francia con 28,681, España con 27,888 y Brasil: 18,859 defunciones, se ha observado que el 45 % de las muertes reportadas a nivel mundial se concentran en su mayor parte en 3 países: Estados Unidos, Reino Unido e Italia.

La evaluación de riesgo de la OMS para COVID-19 a nivel mundial se considera muy alta, observándose mayor transmisión comunitaria en al menos 40 países. 19

Nacional: de acuerdo con la plataforma SISVER, SINAVE, DGE, SSA: se han registrado en México hasta el día 07 de Julio del 2020, las siguientes cifras: un Total, de casos positivos: 268,008 casos, con una cifra de casos negativos 32,826 casos, Casos sospechosos no confirmados 77,703 casos, con un registro de defunciones de

32,014 casos. Dentro de la pandemia en México tenemos una gran cantidad de casos recuperados con un total de 163,646 casos.

Tenemos un total de casos activos de 26,557 casos hasta esta fecha del 7- julio del 2020, se ha registrado una tasa de incidencia de casos activos del 20.78 %, entre los sexos tenemos un registro menor de afectación en mujeres de un 45.73 % casos confirmados en comparación con los hombres con un 54.27 % de casos confirmados.

El manejo del paciente a nivel hospitalario fue de un 29.89 % y con manejo ambulatorio represento un 70.11% del total de los casos confirmados. El rango de edad más afectado de: 30-54 años, con un pico de 35-49 años.

Las comorbilidades principales relacionadas con la incidencia de casos de COVID-19 fueron: la hipertensión arterial con un 19.99 % de relación, la obesidad con un 19.35 %, la diabetes mellitus con 16.30 % y el tabaquismo con un 7.59 %. ²⁰

Estatal (Guerrero): A nivel estatal de acuerdo con las plataformas de SISVER, SINAVE, DGE Y SSA el estado de guerrero ha presentado hasta el 7 de julio del 2020, una cantidad estimada de casos positivos correspondiente a 6,488 casos, con casos negativos de 3,975 casos, con casos sospechosos de 2,567 casos, se han registrado defunciones: 1,007 y un total de 701 casos activos, representado con una tasa de incidencia del 19.16%.

Los grupos de edad y sexo más afectado se encontraron en 4 grupos, que han presentado el mayor número de casos distribuidos en ambos sexos: por grupo de edad se encontraron más afectados los siguientes grupos de edad: 30-34 años donde se reportaron 345 casos en hombres y 324 casos en mujeres, en el grupo de 35-39 años se reportaron 401 casos en hombres y 327 casos en mujeres, en el grupo de 40-44 años se encontraron 403 casos en hombres y 294 casos en mujeres y en el último grupo de 45-49 años se encontraron 364 casos en hombres y 270 casos en mujeres.

Se encontró que de acuerdo a su manejo dentro de los 4 grupos con mayor número de casos se distribuyeron con mayor proporción en los siguientes grupos: de 30 a 34 años se atendieron 69 casos a nivel hospitalario y 600 casos de forma ambulatoria, en el grupo de 35 a 39 años se atendieron 106 casos a nivel hospitalario y 622 casos de forma ambulatoria, en el grupo de 40 a 44 años se atendieron 137 casos a nivel hospitalario y 560 casos de forma ambulatoria y en el grupo de 45 a 49 años se

atendieron a nivel hospitalario 165 casos y de forma ambulatoria se atendieron 469 casos. Estos fueron los grupos de edad más afectados y con mayor número de casos registrados.

Municipal: En el municipio de Acapulco se tienen registrado 573,762 casos registrados, los cuales se distribuyeron en su mayor parte en los siguientes grupos de edad y sexo: en el grupo de 30 a 34 años se registraron 221 hombres y 214 mujeres, en el grupo de 35 a 39 años se registraron 240 hombres y 208 mujeres, en el grupo de 40 a 44 años se registraron 234 hombres y 188 mujeres y en el grupo de 45 a 49 años se registraron 236 hombres y 160 mujeres.

De acuerdo al registro se observó una mayor incidencia de casos en el grupo de hombres de este municipio de edad que oscila entre los 30 a 49 años. 20

Antecedentes científicos.

Ante la inminente propagación y emergencia de un nuevo virus que está afectando a la población mundial, nacional y local; con la poca información científica generada es necesario revisar la información en conocimientos y comportamiento de los derechohabientes de la UMF n°9 ante la pandemia, así como de la población afectada y del desarrollo de modelos que permitan una adecuada información de la enfermedad, así como de medidas preventivas para evitar la propagación de la enfermedad.¹⁰

En un estudio realizado por Bao - Líang Zhong et al en China, una encuesta en línea para medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas en residentes chinos durante el periodo de rápido aumento del brote de COVID -19, con los siguientes resultados con 6919 participantes ,con una edad promedio de 33 años, el 65.7% eran mujeres ,63.5% tenían una licenciatura o superior,55.1 % eran residentes de Hubei, 55,5% eran casados, obtuvieron una tasa de conocimiento promedio de 90%, los puntajes de conocimientos diferían significativamente entre géneros, grupos de edad, estado civil, niveles educativos, ocupación; en actitudes el 97.1% tenía la confianza que china puede ganar la batalla contra el COVID-19,el 90.8 % creía que el COVID19 seria controlado con éxito, se observó que las personas con menor nivel de conocimientos presentaron menor nivel de confianza de ganar, el 96.4% no habían visitado ningún lugar

concurrido, 98% usaban mascarilla al salir, solo un 3.6% había visitado lugares concurrido y el 2% no había usado mascarilla al salir. Cabe mencionar que los puntajes más altos de conocimientos de COVID-19 se asocian con una menor probabilidad de actitudes negativas y prácticas potencialmente peligrosas hacia la epidemia. ¹¹

En un estudio realizado por Ahmed Hézima et al en Sudan: estudio transversal descriptivo sobre conocimientos, actitudes y prácticas de residentes sudaneses hacia covid-19. Utilizo un cuestionario manual y en línea de 23 ítems aplicado a 812 participantes, de ambos sexos, de 18 años en adelante, obtuvieron los siguientes resultados: el 54.2% eran mujeres ,el 45.8% hombres, el 51.1% de una edad de 18-25 años, 5.7% no tenía educación formal; el 78.2% contestó correctamente las preguntas de conocimiento; el 93.7% concluyó que es una amenaza para la salud pública, con una tasa de desacuerdo y neutral de 3.1 y 3.4 % respectivamente; el 96.7% estuvo de acuerdo con aislar a pacientes sospechosos y restringir el contacto social; las mujeres d 18 a 25 años y con un puntaje más alto de conocimiento tuvieron una actitud positiva hacia el bloqueo de países con mayor brotes de covid-19; en cuanto a medidas de prevención el 34.1 % usaban mascarilla, el 65.9% no usaban mascarilla; 57.9% no saludaban de mano; el 65.4% no habían visitados lugares concurridos y el 86% refería el lavado de manos. Se notó una significativa diferencia en la tasa de conocimientos correcta en los encuestados en línea fue del 81.2% y en la encuesta manual tenían 71.5% de tasa correcta.¹²

Chén Y et al en Anhui, China, realizaron una encuesta anónima en una red con un cuestionario electrónico que incluía información básica de los sujetos, el conocimiento, las actitudes y la práctica de los residentes sobre COVID-19, se aplicó en 4,016 personas de un rango de edad de 7 a 80 años con los siguientes resultados: 35.6% eran hombres, las principales fuentes de información epidémica en un 97.8% fueron las plataformas de WeChat y QQ ; obtuvieron una tasa de conciencia de los síntomas de la tos de un 99.5% y fiebre de un 96%, la transmisión por gotitas de 99.5%, transmisión de aerosol del 81.1% y transmisión de contacto del 92.3%. Con un menor conocimiento de síntomas de dolor muscular o fatiga (62.7%), el 92.6% de los sujetos cree que el brote fue aterrador, en puntajes de comportamiento psicológico los resultados mostraron que las mujeres

(9.38), trabajadores urbanos (9.37) y los medico (10.79) tenían una salud mental más pobre que el hombre (8.45), el rural (8.71) y los trabajadores no medico (8.85). El 71.9% de los residentes estaba satisfecho con las medidas locales de control de la epidemia. Los residentes tomaron varias medidas para prevenir y controlar la epidemia con acciones como no reunirse ni salir, usar mascarillas al salir, no ir a lugares concurridos y cerrados, con 97.4% y 91.5%. ¹³

Gómez- Tejada J et al en Cuba realizaron un estudio cuasi experimental antes y después sin grupo de control, sobre el nivel de conocimiento acerca de COVID-19 en la población perteneciente al consultorio 5, con una muestra representativa de 415 pacientes, con un rango de edad de 12 a 74 años, se realizó en 3 etapas: diagnóstico, intervención y evaluación, con los siguientes resultados: al inicio del estudio los conocimientos sobre los síntomas generales eran inadecuados en el 76.6%, después de la intervención el 96.4% presentó conocimientos adecuado. En conocimiento de síntomas clínico antes del estudio presentaron un conocimiento de 28.2% después de la intervención presentaron un 98.6% de conocimiento. Las medidas de prevención al inicio eran solo del 6.98% tenían conocimientos al finalizar la intervención se obtuvieron un 100% de conocimientos de medidas de prevención, como principal fuente de información predominaron la pesquisa con un 34.5% y el consultorio con 26%. ¹⁴

Clements JM en Estados Unidos realizó un estudio transversal con una encuesta sobre conocimientos y comportamientos en relación a COVID-19 en residentes de Estados Unidos durante los primeros días de la pandemia, se aplicó en usuarios de la plataforma Amazon Mechanical Turk, con una representación en la muestra de hombres en un 58.2%, blancos en 75.8%, nacidos entre 1977 y 1995 (69.3%), se aplicó a 1070 personas estadounidenses; el 91.68% reconoció los síntomas del covid-19; el 91.10% reconoció que no existe una cura específica pero el tratamiento temprano sintomático y de apoyo ayuda más a los pacientes; el 85.6 % reconoció que los ancianos y que tienen enfermedades crónicas tienen más probabilidades de ser casos positivos; el 88.8% identificó la transmisión a través de las gotitas respiratorias de una persona infectada; 94.10% indicó que deben evitar lugares concurridos y evitar el transporte público; 92.5% de los participantes indicó que el aislamiento y tratamiento de las personas infectadas de COVID-19 son formas efectivas de reducir la propagación del virus. ¹⁵

Azlan AA et al en Malasia, realizaron un estudio transversal sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población hacia COVID-19, utilizando una encuesta CAP, aplicándose a 4850 participantes vía redes sociales respondiendo una encuesta vía Survey Monkey, con un rango de edad de 18-73 años, el 57.9% eran mujeres, 41.1% eran residentes del centro de malasia, 44.8% eran empleados del sector público. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 80.5% de las preguntas fueron contestadas correctamente, 77.2% obtuvieron un nivel aceptable, 98.9% de los participantes sabían que debían aislarse por un periodo de 14 días tras el contacto con una persona infectada; 43.4% sabía que el virus se transmitía a través del aire; se encontraron niveles más alto de conocimientos en la población femenil, en mayores de 50 años, residentes de malasia central y con mayor ingreso salarial; en actitudes el 83.1% estuvo de acuerdo en que el virus seria controlado exitosamente; 89.9% de los participantes estuvieron de acuerdo que en que el gobierno de malasia manejaba la crisis de manera adecuada, estos resultados estuvieron relacionados con el grupo etario, región de residencia y ocupación. En prácticas preventivas el 83.4% evitaba lugares concurridos, el 16.6% no los evitaba, se observó que las personas más jóvenes y con ingreso salarial menor solían evitar lugares concurridos; el 51.2% usaban mascarilla al salir de casa, en mayor frecuencia eran hombres, entre 18 a 49 años, estudiantes y con ingreso salarial menor: el 87.8% practicaban adecuada higiene de manos, era más probable en mujeres, que viven en la región central de malasia, de una edad de 18 a 29 años y estudiantes.¹⁶

Kebéde Y et al., en Etiopia realizaron un estudio transversal en 247 visitantes de un centro hospitalario universitario en etiopia, de conocimientos, percepciones y prácticas preventivas hacia COVID-19, con una edad media de 30.5 años, el 21.1% de los participantes no sabían leer ni escribir, el 62.3% estaban casados, 59.9% eran musulmanes y el 31.2% eran agricultores, 76.5% eran masculinos ,se utilizó una encuesta de 14 ítems que cubrían temas como síntomas, condiciones de riesgo, pronóstico, modos de transmisión- seguridad y precauciones, se obtuvieron los siguientes resultados: 83% conocían los principales síntomas como fiebre, fatiga, tos seca y mialgias, el 37.7% mencionaron otros síntomas como congestión nasal y estornudos lo que distingue el COVID-19 del resfriado, el 95.1% sabían que el virus se propaga a través de

gotitas respiratorias de personas infectadas; el 31.2% de los encuestados informaron que es posible la transmisión asintomática; en prácticas de prevención el 95.5% reconoció lavarse las manos correctamente con agua y jabón, el 92.7% no tocarse los ojos, nariz y la boca con las manos sin lavar y el 90.3% evitar lugares concurridos, eran métodos conocidos para prevenir la transmisión del COVID-19; el análisis multidimensional indicó que el 41.7% y el 41.3% de los visitantes tenía un conocimiento moderado y alto respectivamente; el 3.2% de los visitantes informaron haber estado expuestos a sesiones educativas organizadas sobre COVID-19, el 83.8% consideró el covid-19 era una enfermedad estigmatizada y el 68.8% percibió la autoeficacia para controlar la enfermedad. Sin embargo, se observó existían enormes brechas entre la magnitud del conocimiento de los métodos preventivos y las prácticas, pues se informó que solo el 77.3% de los visitantes se había lavado de manos con frecuencia con agua y jabón, aunque el conocimiento llegaba a 95.5%, de la misma forma los que habían informado que no habían ido a lugares concurridos fueron el 33.2% aunque el conocimiento de evitar lugares concurridos fue del 90.3%.¹⁷

Cabieses B en Chile, realizó un estudio que tuvo como objeto conocer el conocimiento de poblaciones migrantes internacionales residentes en Chile sobre covid-19, se hizo una encuesta On line en 2 idiomas: español y creole, difundida por medio de redes de organizaciones migrantes, se aplica en una muestra de 1690 participantes, con una edad promedio de 38.17 años y el 67% pertenece al sexo femenino, el 74% tenía un nivel educativo universitario, 24% nivel secundario y 2% nivel primario. El 96.7% de los participantes identifica el coronavirus como causante del COVID-19, el 84.5% reconoce que la transmisión es por vía aérea, un 9.7% señala que no se sabe aún y un 1.1% señala que es por la sangre; en transmisión por contacto con superficies que tengan el virus fue 96.57% de forma correcta; 92.01% contestó que se puede transmitir por gotitas de saliva a menos de 2 metros de distancia, 99.17% contestó de forma correcta que la enfermedad puede ser más grave en mayores de 60 años y en personas con enfermedades crónicas. El 1.3% de los encuestados on line indicó haber tenido fiebre > 38.5°C y dificultad respiratoria en los últimos 30 días. En realización efectiva de la recomendación de cuarentena el 22% de los encuestados respondió que no hace ningún tipo de cuarentena; sobre la calidad de información global sobre COVID-

19: el 63.85% la valora como buena, el 23.79% como muy mala, el 10.71% como muy buena y el 1.66% como mala. El 75% ha recibido suficiente información de autoridades y profesionales de la salud; el 30% menciona que no es comprensible la información recibida por el ministerio de salud. ¹⁸

3.- Justificación

La sociedad mexicana como prácticamente todo el mundo, sufrió un impacto inesperado en su estado de salud, cuando surge a finales de diciembre del 2019 el nuevo brote de infección por coronavirus 19 en China.

Por lo cual este estudio pretende conocer e identificar el nivel de conocimiento generales y de medidas preventivas, para una mayor concientización y aplicación correcta de las medidas de prevención por la población, contribuyendo al control eficaz de la pandemia evitando la diseminación generalizada y disminuyendo la incidencia de casos nuevos de la población derechohabiente de la UMF No. 9 de Acapulco

Ya que la enfermedad es emergente y ante el aumento de casos nuevos de COVID-19 a nivel mundial, nacional y principalmente en nuestra población derechohabiente de la UMF No. 9, es necesario conocer el nivel de conocimientos y de prácticas preventivas ante el covid-19, para poder enfatizar y reforzar estrategias de difusión a nuestra población derechohabiente, con la finalidad de disminuir la propagación de nuevos casos y probables recaídas, ya que desconocemos las secuelas que puedan presentarse a mediano y a largo plazo, debido que hasta el momento se desconoce si hay inmunidad por tiempo indefinido o solo inmunidad temporal.

4.- Planteamiento del problema

Epidemiológicamente hasta el día 07 de julio del 2020 se tenían los siguientes registros a nivel mundial, nacional, estatal y municipal sobre COVID-19:

A nivel mundial se registraron 11,500,302 casos confirmados y 535,759 defunciones confirmadas entre 215 países.

A nivel nacional se registraron 268,008 casos confirmados, 77,703 casos sospechosos (sin prueba confirmatoria) y 32,014 defunciones confirmadas por covid-19.

A nivel estatal se registraron 6,488 casos confirmados, 2,567 casos sospechosos y 1,007 defunciones confirmadas por COVID-19.

A nivel municipal se registraron hasta el 7 de julio del 2020: 573, 762 casos positivos, los cuales se distribuyeron en su mayor parte en los siguientes grupos de edad de 30 a 49 años predominando en los hombres en etapa productiva

Debido a que la enfermedad por COVID-19 por ser una enfermedad nueva emergente se cuentan aún con pocos estudios de conocimientos y de medidas preventivas adoptadas por la población general, donde se han encontrado discrepancias entre el nivel de conocimiento y de prácticas preventivas en comparación con la aplicación del conocimiento y de la aplicación correcta de las prácticas y medidas de prevención, lo que ha generado que aumenten los contagios y el número de casos en nuestra población.

Es importante coadyuvar a disminuir la incidencia de casos en nuestra población derechohabiente ya que no conocemos las complicaciones o secuelas que a mediano y a largo plazo que pueda producirnos en nuestra población.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento y prácticas preventivas ante el contagio de COVID-19 en pacientes de 20 a 70 años de la UMF No. 9 de Acapulco?

5.- Objetivo general

Conocer el nivel de conocimientos y prácticas preventivas ante el contagio de COVID-19 en pacientes de 20 a 70 años de la UMF No. 9 de Acapulco.

Objetivos específicos.

-Conocer el nivel de conocimiento según grado de escolaridad, edad, sexo y ocupación.

- Conocer las prácticas preventivas utilizadas por la población ante el contagio por COVID-19.
- Determinar las comorbilidades frecuentes que presenta la población estudiada.
- Conocer si los pacientes solicitaron atención médica por caso sospechoso por COVID-19.
- Determinar proporción de pacientes a los que se les realizó prueba confirmatoria para COVID-19.
- Determinar el porcentaje de pacientes confirmados de COVID-19.

6.-Hipótesis

Se tiene un nivel de conocimientos de COVID -19 en un 80 % y de aplicación de prácticas preventivas ante COVID-19 de un 40% en pacientes de 20-70 años pacientes de la UMF No. 9 de Acapulco.

7.- Material y Métodos

Tipo de estudio: estudio transversal, descriptivo y prospectivo, se realizarán frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión.

Tiempo de duración del estudio: febrero 2020 – septiembre de 2021.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No 9, Acapulco, Guerrero.

Universo de estudio: Pacientes de 20-70 años de edad de la UMF No. 9 en Acapulco.

Tipo de muestreo. Se realizará un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, donde se realizará la selección al azar de los pacientes derechohabientes de la UMF No. 9, asignándoseles un número aleatorio a cada paciente.

Tamaño de la muestra: La muestra que se obtuvo fue de 382 pacientes con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error de 9.79 %, de una población total de 84,262 derechohabientes de una edad de 20 a 70 años de la UMF No. 9 de Acapulco.

El cálculo de la muestra se realizó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde: N: es el tamaño de la población de 20 a 70 años que es de: 84,262 derechohabientes.

Z: es el nivel de confianza que depende de N, del 95 % de acuerdo a las tablas es de 1.96.

P: equivale a la probabilidad de que ocurra el evento es del 50 %

Q: equivale a la probabilidad de que no ocurra el evento, es del 50 %.

d: es el error máximo de estimación aceptado es del 5 %.

El cálculo de las pérdidas se realizó utilizando la fórmula para el cálculo de la muestra sumándole el 10 % al tamaño de la muestra que fue de 382 pacientes derechohabientes con el siguiente resultado:

382 (tamaño de la muestra) + 38.2 (10 % de la muestra) = 420 pacientes

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Edad de 20-70 años.
- Ambos sexos.
- Derechohabiente de la UMF No 9 de Acapulco.
- Pacientes que acudan a la consulta externa de medicina familiar.

Criterios de exclusión.

- Discapacidad mental, neurológica o visual que impidan contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación. Cuestionarios incompletos.

Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Nivel de conocimientos ante COVID-19	Cualitativa nominal	Es la acción y efecto de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia	se evaluará con 12 preguntas elaboradas sobre la etiología, síntomas principales de la enfermedad, forma de transmisión, comorbilidades susceptibles y medidas de prevención. Cada pregunta correcta se le asignó 1 punto y a una respuesta incorrecta /desconocida se le asignó 0 puntos.	8 a 12 puntos: buen nivel de conocimientos. 4 a 7 puntos: nivel intermedio de conocimientos Menor o igual a 3 puntos: bajo nivel de conocimientos
Prácticas preventivas ante COVID-19	Cualitativa nominal	Conjunto de medidas aplicadas para la protección de la salud de un individuo, comunidad o población ante COVID-19	Se evaluara con 2 preguntas, y evitar contacto directo entre personas.	Cada respuesta correcta se le asignó un punto y a cada respuesta incorrecta se le agrego 0 puntos.
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo que ha vivido una persona o ser vivo, desde su nacimiento	Años de vida referidos por el paciente	Promedio de edad de los pacientes
Sexo	Cualitativa nominal	Es un conjunto de características biológica, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombres y mujeres.	Lo contestado por el paciente de acuerdo a sus características fenotípicas que lo caracterizan como hombre o mujer	Porcentaje de pacientes según sexo

Escolaridad	Cualitativa ordinal	Es el máximo grado de estudio que una persona ha cursado o concluido.	Se evaluara a través de la referencia del grado de estudio por el paciente	-sin estudios -sabe leer y escribir -primaria completa -primaria incompleta -secundaria completa -secundaria incompleta -preparatoria completa -preparatoria incompleta -carrera técnica completa -carrera técnica incompleta -licenciatura completa -licenciatura incompleta -posgrado completo -posgrado incompleto
Ocupación	Cualitativa nominal	Es la actividad, trabajo o empleo que una persona desempeña	Se evaluara a través de la referencia laboral mencionada por el paciente	-al hogar -estudiante -empleado -comerciante -desempleado -otro
Comorbilidades	Cualitativa nominal	Describe dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.	Se evaluara a través de una pregunta abierta donde el paciente mencione sus enfermedades crónicas subyacentes	-hipertensión arterial -diabetes mellitus 2 -obesidad -enfermedad cardiovascular -sobrepeso -asma -insuficiencia renal crónica -enfermedad pulmonar obstructiva crónica -otras

Paciente sospechoso de COVID-19	Cualitativa nominal	De acuerdo a las definiciones operacionales de COVID-19 de inicio de la pandemia.	Se evaluará a través de la referencia del paciente mencione haya presentado síntomas de caso sospechoso.	Porcentaje de pacientes que se hayan considerado como caso sospechoso
Solicitud de atención médica por sospecha de COVID-19	Cualitativa nominal	Atención médica en cualquier instalación de salud ante síntomas sospechosos de COVID-19	Se evaluara a lo que el paciente refiera si solicitó atención médica por síntomas de COVID-19	1. Si 2. No
Realización prueba confirmatoria COVID-19	Cualitativa nominal	Persona a la que se realiza prueba confirmatoria COVID-19 por PCR mediante exudado faríngeo y nasofaríngeo	Se evaluara a lo que el paciente refiera al solicitar atención médica le fue realizado exudado oro faríngeo y nasofaríngeo por síntomas de COVID-19	1. Si 2. No
Paciente confirmado de COVID-19	Cualitativa nominal	Persona que cumple con la definición de caso sospechoso y que cuente con diagnostico confirmado a través de una prueba oro faríngea y nasofaríngea realizada en el IMSS o en otra institución de salud.	A través de la referencia emitida por el paciente cumpliendo con las características de la definición de caso confirmado y que fue notificado por la institución que tomo la muestra.	Porcentaje de pacientes confirmados COVID

Plan de recolección de datos:

Técnica de recolección de datos.

Cuestionario auto aplicado por el derechohabiente, solo en caso necesario ya sea por cuestiones particulares de impedimento físico para la escritura se podrá ayudar al paciente a escribir sus respuestas que señale, sin ningún tipo de presión.

Se acudiría a la consulta externa de medicina familiar de la unidad de medicina familiar No 9, iniciando por el consultorio 1 del turno matutino, con los pacientes que se encuentren en sala de espera de la consulta externa, se les aplicará el instrumento de recolección de datos con previa explicación del contenido - objetivo del estudio y obtención del consentimiento informado, aplicando el programa con los números aleatorios dependiendo del número el paciente en qué termine su número de afiliación

a ese se le aplicará la encuesta, así se continuará con el consultorio 2, y sucesivamente hasta terminar con todos los consultorios de ambos turnos.

Instrumento de recolección de datos.

Se utilizará un cuestionario que consta de 4 secciones: la primera de datos generales que incluye edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y comorbilidades presentes como diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, la segunda sección consta de 12 preguntas de conocimiento general del COVID-19 que incluye: 4 sobre presentaciones clínicas, 3 sobre vías de transmisión, 5 sobre prevención y control; la tercera sección es de aplicación de medidas preventivas y su correcta aplicación, la cuarta sección se agregó para conocer el porcentaje de entrevistados conocidos como casos sospechosos y casos confirmados de la presente investigación.

El cuestionario aplicado en la presente investigación se tomó del estudio realizado por Bao Ling y col. en su estudio realizado en China, el cual presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.71.

Logística.

Para iniciar la realización de esta investigación, con previo registro del SIRELCIS, del comité ético de investigación y autorización del protocolo por el CLIS, el tesista acudirá a la dirección de la unidad de medicina familiar no 9 a presentar con el director de la unidad los objetivos de la presente investigación, solicitando su autorización para iniciar el trabajo de campo con el abordaje directo de los derechohabientes previa explicación del objetivo de dicha investigación, contando con su autorización y de la firma del consentimiento informado de aceptación de participación en este protocolo de estudio, posteriormente se le entregará el instrumento previamente revisado, adaptado y autorizado, contando con un tiempo de 15 a 20 minutos para contestarlo.

Plan de análisis.

Los datos obtenidos se capturarán en una hoja de Excel y posteriormente serán analizados en el programa de SPSS Versión 23, se estudiarán frecuencias simples, medidas de tendencia central y desviación estándar.

8.- Aspectos éticos

Esta investigación se ajusta a la declaración de HELSINKI de la asociación médica mundial en la: recomendación para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas, adoptada por la 18 asamblea médica mundial, HELSINKI, Finlandia, en junio de 1964 y enmendada en la 29 asamblea mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, en la 35 asamblea médica mundial, Venecia, Italia, 1983 y la 41 asamblea médica mundial, Hong Kong de 1989.²⁶

La presente investigación se realizará apegada al reglamento de la ley general de salud de los estados unidos mexicanos, en base al título PRIMERO CAPITULO ÚNICO:

Artículo tercero donde se menciona: la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan a:

- I) Conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II) Conocimientos de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III) A la prevención y control de los problemas de salud.
- IV) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del medio ambiente en la salud.

TITULO SEGUNDO DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION DE SALUD EN LOS SERES HUMANOS, CAPITULO UNO:

- ARTICULO 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

- ARTICULO 14: La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

FRACCION IV: Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.

FRACCION V: Contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o de su representante legal.

FRACCION VI: Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

FRACCION VII: Contara con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y bioseguridad.

FRACCION VIII: Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso de la secretaria de salud de conformidad en base a los artículos 31,62,69,71,73 y 88 de este reglamento.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. ²⁷

9.- Recursos, Financiamiento y Factibilidad:

Recursos humanos:

- residente de primer año de medicina familiar de la UMF no 9. (tesista)
- investigador principal.

Recursos tecnológicos:

- computadora (laptop)
- impresora
- USB y disco duro externo Adata 1 Tb
- teléfono celular
- conexión a internet
- paquetería del programa SPSS versión 23

Recursos materiales:

- INSUMOS:

- ARTICULOS	- COSTO
hojas blancas paquete 500 hojas	\$ 300 PESOS
lapiceros	\$ 40 PESOS
tinta para impresora	\$ 800 PESOS
otros (internet, telefonía)	\$ 500 PESOS

Financiamiento:

Los recursos económicos y gastos que se generen durante la investigación quedaran a cargo del tesista.

10.- Resultados

Se estudiaron un total de 420 participantes, los cuales completaron el cuestionario de la encuesta, el 100 % de los participantes elegidos acepto participar en el estudio sin haberse realizado ninguna exclusión.

De los 420 pacientes, la edad media fue de 45 años, el rango de edad es de 20 -70 años, con una media de 42.84, una moda de 41, una mediana de 42, (DE: 14.26), se observó mayor frecuencia en el grupo de edad de 41 a 50 años con un 25.20 % (106/420). Del total de los encuestados se observó que el 56.7% (238/420) pertenecen al sexo femenino (Gráfico 1); el 62.6% (263/420) son casados el 23.8% (100/420) tienen educación preparatoria completa, el 54.30 % (228/420) son empleados (Tabla 1) y el 25.50 % (107/420) no refirieron enfermedad crónica degenerativa al momento de la entrevista. (Tabla 2).

Grafica 1



Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio de conocimientos y medidas preventivas ante el Covid-19 en pacientes de 20 a 70 años de la UMF N° 9 de Acapulco.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de Edad		
20-30 años	106	25.0 %
31-40 años	81	19.3 %
41-50 años	106	25.2 %
51-60 años	62	14.8 %
61- 70 años	65	15.6 %
Estado civil		
Casado	263	62.6 %
Soltero	72	17.1 %
Viudo	46	11%
Divorciado	39	9.3 %
Grado de educación		
Preparatoria completa	100	23.8 %
Carrera técnica completa	58	13.8 %
Primaria completa	49	11.7 %
Secundaria completa	48	11.4 %
Licenciatura completa	44	10.5 %
Licenciatura incompleta	44	10.5 %
Preparatorio incompleta	39	9.3 %
Carrera técnica incompleta	21	5%
Primaria incompleta	10	2.40%
Sabe leer y escribir	7	1.70%
Ocupación		
Empleado	228	54.3 %
Ama de casa	74	17.6 %
Comerciante	48	11.4 %
Estudiante	30	7.1 %
Desempleado	30	7.1 %
Otros	10	2.4 %

Tabla 2. Enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes en los pacientes entrevistados.

Enfermedades crónico degenerativas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	107	25.5 %
Diabetes mellitus	75	17.9 %
Sobrepeso	72	17.1 %
Hipertensión arterial	66	15.7 %
Obesidad	32	7.6 %
Enfermedad cardiovascular	28	6.7 %
Asma	18	4.3 %
Insuficiencia Renal crónica	10	2.4 %
Otras enfermedades	9	2.1 %
EPOC	3	0.7 %

Nivel de conocimientos sobre Covid-19 de los pacientes de 20 a 70 años de la UMF N°9 de Acapulco.

En este estudio se observó que el 77.4% (325) de los participantes presento un buen nivel de conocimientos sobre Covid-19. (Tabla 3). En el grupo de 20 a 30 años con un 20.5 % (86/325, se encontró un buen nivel de conocimientos sobre Covid-19, el sexo femenino mostro un 45 % (187/325), los casados reportaron un 47.9% (201/325), los pacientes con preparatoria completa mostraron un 18.6%(78/325) y ser empleados mostraron un buen nivel con un 42.9% (180/325). (Tabla 4).

Tabla 3. Nivel de conocimientos de los participantes sobre Covid-19.

Nivel de conocimiento	Porcentaje	Frecuencia
Buen nivel	77.4 %	325
Nivel intermedio	21.2 %	89
Nivel bajo	1.4 %	6
Total	100 %	420

Tabla 4. Características de los participantes con buen nivel de Conocimientos sobre Covid - 19.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de edad		
20 -30 años	86	20.5 %
31-40 años	65	15.4 %
41-50 años	82	19.5%
51- 60 años	45	10.7 %
61-70 años	47	11.3 %
Sexo		
Femenino	187	45.0 %
Masculino	138	32.9 %
Estado civil		
Casado	201	47.9 %
Soltero	58	13.8 %
Divorciado	35	8%
Viudo	31	7.4 %
Grado de educación		
Preparatoria completa	78	18.6 %
Carrera técnica completa	46	11.0 %
Licenciatura completa	41	9.8 %
Primaria completa	38	9.0 %
Secundaria completa	36	8.6 %
Licenciatura incompleta	33	7.9 %
Preparatoria incompleta	29	6.9 %
Carrera técnica incompleta	14	3%
Primaria incompleta	5	1.2 %
Sabe leer y escribir	5	1.2 %
Ocupación		
Empleado	180	42.9 %
Ama de casa	57	13.6 %
Comerciante	31	7.4 %
Estudiante	26	6.2 %
Desempleado	22	5.2 %
Otros	9	2.1 %

Nivel de conocimientos en prevención de Covid – 19 de acuerdo a las prácticas usadas por los participantes.

En cuanto a niveles de prevención de la población estudiada, se observó un nivel de prevención adecuado de un 48.3 % (203) de la muestra estudiada, con un nivel intermedio de 45.7 % (192) y un 6 % (25) con un nivel nulo de conocimientos.

Tabla 5.

Tabla 5. Niveles de prevención contra Covid 19.

Nivel de prevención	Porcentaje	Frecuencia
Buen nivel	48.3%	203
Nivel intermedio	45.7 %	192
Nulo nivel	6 %	25
Total	100	420

Se observó un nivel de conocimiento de prevención adecuado contra Covid-19 en la edad de 20-30 años con un 12.6 % (52/203), en el sexo femenino con 26.9 % (113/203), los casados con un 31.9 % (134/203), con preparatoria completa obtuvieron un 11 % (46/203) y los empleados obtuvieron un 27.1 % (114/203). Tabla 6.

Tabla 6. Características sociodemográficas de los pacientes con buen nivel de conocimientos en prevención en contra del Covid-19

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de edad		
20 -30 años	52	12.6 %
31-40 años	39	9.3 %
41-50 años	51	12.3 %
51- 60 años	29	6.4 %
61-70 años	32	7.6 %
Sexo		
Femenino	113	26.9 %
Masculino	90	21.4 %
Estado civil		
Casado	134	31.9 %
Soltero	32	7.6 %
Viudo	21	5 %
Divorciado	16	3.8 %
Grado de educación		
Preparatoria completa	46	11.0 %
Carrera técnica completa	29	6.9 %
Licenciatura completa	25	6.0 %
Secundaria completa	24	5.7 %
Licenciatura incompleta	23	5.5 %
Primaria completa	21	5.0 %
Preparatoria incompleta	19	4.5 %
Carrera técnica incompleta	11	3 %
Sabe leer y escribir	3	0.7 %
Primaria incompleta	2	0.5 %
Ocupación		
Empleado	114	27.1 %
Ama de casa	33	7.9 %
Comerciante	23	5.5 %
Estudiante	17	4.0 %
Desempleado	12	2.9 %
Otros	4	1.0 %

Los participantes indicaron que había visitado algún lugar lleno de gente en un 66.2 % (278) y usaron mascarillas al salir de casa en los últimos días en un 77.4 % (298). Tabla 7.

Tabla 7. Medidas de prevención utilizadas por los participantes

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Visito lugares llenos de gente		
Si	278	66.2 %
No	142	33.8 %
Usa mascarillas al salir de casa		
Si	325	77.4 %
No	95	22.6 %

De los 420 pacientes entrevistados el 43.1 % (181) refirió presentar síntomas sospechosos de Covid-19. Tabla 8

Tabla 8. Síntomas sospechosos de Covid 19 referidos | los participantes. N: 420 pacientes.

Síntomas sospechosos	Frecuencia	Porcentaje
si	181	43.10%
no	239	56.90%

También el análisis arrojó que de los 181 pacientes con síntomas sospechosos solo un 63.53 % (115) solicitó atención médica. Tabla 9.

Tabla 9. Solicito atención medica n:181 pacientes.

Solicito atención medica	Frecuencia	Porcentaje
si	115	63.53 %
no	66	36.46 %

En el análisis de este estudio se observó que de los 115 pacientes que solicitaron atención médica solo se realizó la prueba el 45.2 % (52) todos resultando positivos.
Tabla 10.

Tabla 10. Resultado de pruebas diagnósticas. N:115 pacientes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
positivo	52	45.2 %
negativo	63	54.8 %

DISCUSION:

Se realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos y de prácticas preventivas sobre Covid-19 en pacientes de 20 a 70 años de edad en la unidad de medicina familiar no. 9.

Nuestro estudio nos proporcionó un buen nivel de conocimientos en más de la mitad de los casos, este resultado coincide con los estudios realizados por Azlan ⁽¹⁶⁾ en Malasia y con Ahmed ⁽¹²⁾ en Sudan los cuales encontraron un nivel de conocimientos de 77.2 % y 78.2 % respectivamente en su población de estudio. A diferencia de los resultados encontrados por Bao – Ling ⁽¹¹⁾ en China y Clements ⁽¹⁵⁾ en estados unidos los cuales encontraron un mayor nivel de conocimientos encontrando un 90 % y 80 % respectivamente, tampoco coincidieron los resultados de nuestro estudio con los encontrados por Kebéde ⁽¹⁷⁾ en Etiopia el cual encontró un nivel de conocimientos muy bajo de 41.3 % en relación con nuestros resultados obtenidos.

En nuestro estudio se observó un mayor nivel de conocimientos en el sexo femenino lo cual coincide con los resultados encontrados con Azlan⁽¹⁶⁾ Malasia, Ahmed⁽¹²⁾ Sudan, Chén Y ⁽¹³⁾ Anhui y Bao –Ling ⁽¹¹⁾ encontrando una gran diferencia en comparación con los hombres, nuestro estudio no coincidió con los resultados encontrados por Kebéde ⁽¹⁷⁾ Etiopia que encontró mayor nivel de conocimientos en los hombres; está diferencia de resultado podría explicarse que el sexo femenino tuvo mayor acceso a la información otorgada.

En cuanto a la edad, se encontró un mayor nivel de conocimientos en la edad de 20 a 30 años lo cual coincide con los resultados encontrados en Sudan ⁽¹²⁾, Etiopia ⁽¹⁷⁾ y Clements ⁽¹⁵⁾ los cuales encontraron mayor nivel de conocimientos de la segunda hasta la tercera década de la vida; nuestro estudio no coincide con los resultados que obtuvieron Azlan ⁽¹⁶⁾, Bao Ling ⁽¹¹⁾ que encontraron mayor nivel de conocimientos en edades comprendidas entre los 30 y 49 años.

Nuestro estudio observo mayor nivel de conocimientos en pacientes con preparatoria completa, coincidiendo con Clements ⁽¹⁵⁾ que también encontró a nivel bachillerato mayor conocimientos, nuestro estudio no coincide con los resultados encontrados por Ahmed ⁽¹²⁾ que encontró mayor conocimiento en pacientes sin educación formal,

Kebéde ⁽¹⁷⁾ encontró mayor nivel de conocimientos en pacientes con secundaria, por otro lado Bao –Ling ⁽¹¹⁾ reportó mayor nivel de conocimientos en pacientes con licenciatura; Cabieses ⁽¹⁸⁾ observó mayor conocimiento en aquellos con nivel universitario, esta diferencia entre los estudios realizados podría explicarse por el tamaño de muestra de nuestro estudio.

Se demostró un mayor nivel de conocimientos en pacientes que refirieron ser casados, lo cual coincidió con los estudios realizados por Bao – Ling ⁽¹¹⁾ y Kebéde ⁽¹⁷⁾, esta variable no demostró ser una condición que disminuyera el nivel de conocimientos entre la población de estudio.

En ocupación nuestro estudio mostro mayor nivel de conocimientos en empleados lo cual coincide con los estudios realizado en Malasia ⁽¹⁶⁾ y en Chile ⁽¹⁸⁾ donde también se encontró mayor nivel de conocimiento en este sector ocupacional; nuestro estudio no coincide con el estudio de Etiopia ⁽¹⁷⁾ que encontró mayor nivel de conocimientos en agricultores; esta diferencia podría inferir que hubo mayor difusión de información en pacientes que están con una vida laboral activa y con acceso a medios de información masiva que favoreció probablemente a la obtención mayor de conocimientos.

En cuanto al nivel de conocimientos y medidas preventivas ante el Covid 19 nuestro estudio obtuvo un buen nivel de conocimiento aceptable lo cual coincide con el estudio realizado por Arbieta ⁽³¹⁾ en Yauyos Lima que obtuvo un nivel de conocimiento de 43.28 %, lo cual nos indica que hace falta mayor difusión de medidas preventivas en población susceptible de enfermar de gravedad, existen pocos estudios que reportan el nivel de conocimiento en cuanto a medidas de prevención por lo cual será necesario realizar otras investigaciones que nos permita medir la efectividad de la difusión de conocimientos en medidas preventivas.

En este estudio se encontró que el uso de mascarillas faciales o cubrebocas fue aceptable con un 77.4 % lo cual solo coincidió con el resultado obtenido en Venezuela por Chacón ⁽³⁰⁾ que fue de 79.5 %, nuestro estudio no coincidió con los estudios realizados en Malasia ⁽¹⁶⁾, Sudan ⁽¹²⁾, Kebéde ⁽¹⁷⁾ y Clements ⁽¹⁵⁾ los cuales encontraron un menor uso de cubre bocas.

Nuestro estudio observo que nuestra población evito visitar lugares concurridos o llenos de personas en un gran porcentaje lo cual coincidió con lo observado en los estudios de Ahmed ⁽¹²⁾ que encontró un porcentaje similar a nuestro estudio. Nuestro estudio no coincidió con los resultados obtenidos por Azlan ⁽¹⁶⁾, Gómez Tejada ⁽¹⁴⁾ y Bao – Ling ⁽¹¹⁾ que observaron que con mayor frecuencia evitaron acudir a lugares concurridos; nuestro estudio tampoco coincidió con los resultados obtenidos por Kebéde ⁽¹⁷⁾ Y Clements ⁽¹⁵⁾ que observaron que su población no evitaba prácticamente salir a lugares concurridos lo cual es un factor determinante para la propagación del Covid- 19.

Los diversos estudios realizados en otros países han indicado altos y bajos niveles de conocimiento y practicas preventivas de COVID-19 entre la población, Las diferencias en los sistemas de medición, puntuación y cantidad de población estudiada no permiten realizar comparaciones precisas de los niveles de conocimiento entre estos estudios por lo cual no es propiamente confiable la comparación entre ellos.

CONCLUSION:

Se observó un nivel de conocimiento bajo en relación al nivel esperado de la población que se estudió, sin embargo, se identificó que el mayor nivel de conocimientos es en grupos con más acceso a la información difundida a través de redes sociales e internet, lo que puede condicionar que la población con menor nivel educativo, adultos mayores y desempleados utilizaran un menor empleo de medidas preventivas lo cual los hace que sean más susceptibles a enfermar por Covid-19.

RECOMENDACIONES:

Mayor enfoque de la información por el personal médico y de enfermería en grupos de riesgo principalmente adultos mayores de 50 años con bajo nivel educativo, con enfermedades crónicas degenerativas mal controladas y en desempleados.

Implementación de talleres de concientización y educación continua de nuestros pacientes impartida por el personal de salud como parte de las acciones primordiales del primer nivel de salud, así como difusión continua de medidas preventivas a través de capsulas informativas para evitar mayor número de contagios, así como de futuras mutaciones del Covid-19 o de otra enfermedad emergente.

Educación médica continua con enfoque pedagógico para difusión continúa durante nuestra consulta diaria con apoyo de todas las áreas relacionadas afines dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Referencias bibliográficas:

- 1) Charles -Niño C, Garza-Rodríguez Ma. L., Ramos-Jiménez J. et al. Virología molecular en México: implementación del diagnóstico molecular del Sars-coronavirus. Rev. Mex Patol Clin. 2006. 53 (3):146-150
Disponible en: WWW.Medigraphics.com >pdfs>patol.
- 2) Eiros JM, Ortiz de Lejarazu R. Tenorio A.; Diagnostico microbiológico de las infecciones virales respiratorias. Enferm. Infecc. Microbiol Clín. 2009.;27(3):168-177.
Disponible en:
www.elsevier.es>es.revista-esfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica.
- 3) Alonso Saratoga E, Pérez Esquerdo MR. Conocimientos básicos sobre enfermedades víricas emergentes: apuntes para atención primaria (parte 2) FMC.2018;25(2):72-81. Disponible: www.ncbi.nlm.nih.gov>pmc>article>pmc7144500.
- 4) Torres-López J. ¿CUÁL ES EL ORIGEN DEL SARS-CoV2? Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. COVID-19 2020;58(Suppl:1):1-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92771>
- 5) De Jesús Sánchez-Zúñiga M; Carrillo-Esper. R. Coronavirus-2019. Consideraciones Generales. Rev. Mex de Anestesió. 2020 43 (2):9-17
Disponible en : www.medigraphic.com>pdfs>rma>cma-2020
- 6) Adhikari SP, Meng. S, Wu Yu-Ju, et al. Epidemiology, causes, clínica manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (covid-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infectious Disease of Poverty. (2020) 9:29 receiver :11-february-2020 accepted:5-march-2020. Published online: 17-march-2020. Disponible en: www.idpjournal.biomedcentral.com >articles.

- 7) Ramos C. Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. Rev. Salud Pública de México 2020;62(2):225-227 Disponible en: [www.saludpublica.mx>index.php>spm>article>view](http://www.saludpublica.mx/index.php>spm>article>view).
- 8) Alpuche-Aranda CM. Infecciones emergentes, el gran reto de la salud global: Covid -19. Rev. Salud pública de México.2020 62 (2) :123-124 Disponible: [www.saludpublica.mx>index.php>spm>article>download](http://www.saludpublica.mx/index.php>spm>article>download)
- 9) Miranda n. MG. COVID-19 POR SARS-CoV-2 información para personal de salud. Unam Puis año 2020. Disponible en :www.puis.unam.mx>covid-19porsars2parapersonaldesalud.25feb.
- 10) Arranz Izquierdo J.; Molero JM. COVID-19 SARS -CoV-2. GdT-senFYC. Enfermedades Infecciosas. Actualización 2020 revisado en marzo 2020. Disponible:www.semfyec.es>wp-content>uploads>2020/03>covid-19.semfyec.
- 11) Bao Liang Z, Luo W, Hai -Mei L, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID 19, among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID 19 outbreak: a quick online Cross - sectional survey. (internet). 2020; 16 (10): 1745-1752. Disponible en: www.Pubmed.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc7098034/pdf/15bsv16p1745.pdf.
- 12) Hézima A, Aljafari A, et al. Knowledge, attitudes, and practices of sudaneses resident towards covid-19. Alneelain University, Khartoum, Sudan. East Mediterr Health j. 2020; 26 (6): 645-651. Disponible : www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32621498.
- 13) Chén Y, Jin YL, Zhu YL, et al Investigación en la red sobre conocimientos, actitud y practica sobre covid-19 de los residentes en la provincia de Anhui. 2020; 54 (4): 367-373 disponible en: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32268643
- 14) Gómez –Tejeda JJ, Diéguez -Guach RA; et al. Evaluación del nivel de conocimientos sobre covid-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio. Rev.16 abril 2020 ,2020, 59(277) e925. Disponible en : www.rev16deabril.sld.cu/index/16-04/article/view/925.
- 15) Clements J.M. Knowledge and Behaviors Toward COVID-19 Among US

Residents During the Early Days of the Pandemic: Cross-Sectional Online Questionnaire. JMIR Public Heal and surveill. 2020; 6 (2): e19161

Disponible: www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32369759.

16) Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, et al. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLoS One. 2020; 15 (5): e0233668.

Disponible en :www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc7241824.

17) Kebéde Y, Yitayih Y, Birhanu Z, et al. Knowledge, perceptions and preventive practices towards covid-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, southwest Ethiopia. PLoS ONE. 2020;15(5): e0233744.

Disponible en:

www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc7241810.

18) Báltica Cabieses. Encuesta sobre covid-19 a poblaciones migrantes internacionales en Chile. Estudio original desarrollado por el Programa de Estudios Sociales en Salud (Proessa). Inst. de Cienc. e Innov. en Medic. ICIM, Fac. de Medic. Clínica Alemana, Univ. del Desarrollo. mayo 2020. Disponible en:

www.colegiomdico.cl/wp-content/uploads/2020/os/reporte-descriptivo6-encuesta-migrantes-covid-19-v3-final/pdf.

19) Actualización epidemiológica: enfermedad por coronavirus(covid-10): revisado el 07-07-2020. Disponible en :

www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemioloigca-enfermedad-por-coronavirus-covid-07-07-2020.

20) COVID-19, MEXICO, Datos epidemiológicos

Disponible: Coronavirus.gob.mx (revisados el 07-07-2020).

21) Hernández - Sampieri R, Fernández -collado C. y Bautista-Lucio P.

Metodología de la investigación: definición conceptual o definitiva ,2014,6° edición pp. 119-125). México: McGraw-Hill.

Disponible en: www.metabase.uaem.mx>bistream>handle.

- 22) Hernández - Sampieri R, Fernández -collado C. y Bautista-Lucio P. Metodología de la investigación: definición conceptual o definitiva ,2014,6° edición pp. 119-125). México: McGraw-Hill. Disponible en: www.tesis_investigacion_cientifica.blogspot.com/2018/03/definicion.
- 23) Baena, P. G. M. E. (2017). Metodología de la investigación (internet) (3a. ed.). 2018-07-30 15:51:39. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com>
- 24) Gas llanes. Variables de la investigación ,septiembre 22,2019 www.urp.edu.pe/pdf/clase_variablesdeinvestigacion.
- 25) Ochoa Sangrador C. Molina Arias M. Estadísticas. tipos de variables y escalas de medidas. Rev. Evid Ped ,2018; 14:29 disponible en: www.evidenciasenpediatria.es/articulo/estadisticas-tipos-de-variables-escala_de-medidas.
- 26) Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/.
- 27) REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en : www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html.
- 28) Instituto Mexicano del Seguro Social, septiembre, 2020. Algoritmos interinos de COVID-19. Disponible : www.educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/Algoritmos_interinos_COVID19_CTEC.pdf
- 29) Beltrán Marcelo A. et al. conocimientos, actitudes y prácticas sobre covid-19 en Argentina. estudio transversal. Medicina (Buenos Aires) 2021; 81:496-507.
- 30) Chacón FR, Doval JM, Rodríguez VI, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 among patients at Hospital Universitario de Caracas triage tent: Across-sectional study. Biomédica. 2021; 41:48-61. Disponible: <https://doi.org/10.7705/biomedica.5808>.
- 31) Arbieta a. Conocimientos, actitudes y practicas preventivas del Covid-19 en padres de familia de Yauyos-lima. CASUS.2022;6 (1): 1-12.



ANEXO 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9**

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y PRACTIVAS ANTE EL COVID-19 EN PACIENTES
DE 20 A 70 AÑOS DE LA UMF N°9 DE ACAPULCO

Folio _____

INDICACIONES: Este es un cuestionario anónimo, de favor responda y marque con una X la respuesta que usted considere conveniente.

Sección I

1. Edad: _____
2. Sexo: _____ Hombre _____ mujer
3. Estado Civil: _____ soltero(a) _____ casado(a) _____ divorciado(a):
_____ viudo(a) _____
4. Educación:
_____ Sin estudios _____ secundaria completa _____ licenciatura completa
_____ sabe leer y escribir _____ preparatoria completa _____ licenciatura incompleta
_____ primaria completa _____ preparatoria incompleta _____ postgrado completo
_____ primaria incompleta _____ carrera técnica completa _____ postgrado incompleto
_____ carrera técnica incompleta
5. Ocupación:
_____ ama de casa _____ estudiante _____ empleado
_____ comerciante _____ desempleado _____ otro ¿Cuál? _____
6. ¿Padece usted alguna de estas enfermedades? Puede señalar más de una
 Hipertensión arterial: Diabetes mellitus 2 Obesidad
 Enfermedad cardiovascular Sobrepeso Asma
 Insuficiencia renal crónica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
otras enfermedades? _____

Sección II

7. ¿Los principales síntomas clínicos de COVID-19 son fiebre, dolor de cabeza, tos seca y dificultad para respirar?
____ Cierto ____ falso ____ no se
8. A diferencia del resfriado común, la nariz tapada, la secreción nasal y los estornudos son menos comunes en personas infectadas con el virus COVID-19.
____ Cierto ____ falso ____ no se
9. Actualmente no existe una cura efectiva para COVID-19, pero el tratamiento sintomático y de apoyo temprano puede ayudar a la mayoría de los pacientes a recuperarse de la infección.
____ Cierto ____ falso ____ no se
10. No todas las personas con COVID-19 desarrollarán casos graves. Solo aquellos que son ancianos, tienen enfermedades crónicas y son obesos tienen más probabilidades de ser casos graves.
____ Cierto ____ falso ____ no se
11. Comer o contactar animales salvajes provocaría la infección por el virus COVID-19.
____ Cierto ____ falso ____ no se
12. Las personas con COVID-19 no pueden infectar el virus a otros cuando no hay fiebre.
____ Cierto ____ falso ____ no se
13. El virus COVID-19 se propaga a través de gotitas respiratorias de individuos infectados.
____ Cierto ____ falso ____ no se
14. Los residentes comunes pueden usar máscaras médicas generales para prevenir la infección por el virus COVID-19.
____ Cierto ____ falso ____ no se
15. No es necesario que los niños y adultos jóvenes tomen medidas para prevenir la infección por el virus COVID-19.
____ Cierto ____ falso ____ no se
16. Para evitar la infección por COVID-19, las personas deben evitar ir a lugares con mucha gente como estaciones de tren y evitar el transporte público.
____ Cierto ____ falso ____ no se
17. El aislamiento y el tratamiento de personas infectadas con el virus COVID-19 son formas efectivas de reducir la propagación del virus.
____ Cierto ____ falso ____ no se
18. Las personas que tienen contacto con alguien infectado con el virus COVID-19 deben aislarse inmediatamente en un lugar adecuado. En general, el período de observación es de 14 días.
____ Cierto ____ falso ____ no se

Sección III

19. En los últimos días, ¿has ido a algún lugar lleno de gente?

_____Sí

_____No

20. En los últimos días, ¿te has puesto una máscara al salir de casa?

_____Sí

_____No

Sección IV

21. ¿Usted ha presentado alguno de los siguientes síntomas sospechosos de COVID-19, (en algún momento desde el inicio de la pandemia) tal como fiebre ≥ 38 C, tos seca, dificultad para respirar, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolor muscular, dolor en articulaciones, dolor en el pecho, escalofríos, escurrimiento nasal, enrojecimiento de los ojos, ¿no percibe olores o no percibe el sabor de los alimentos?

1)si, pase a la pregunta 22

2) no (fin de la encuesta)

22. ¿Solicitó atención médica al haber presentado estos síntomas sospechosos de COVID-19?

1)si

2) no

23. ¿Al solicitar atención médica se le realizó una prueba oro faríngea y nasofaríngea dentro del IMSS o alguna otra institución de salud como Secretaría de Salud, ISSSTE?

1)si

2) no

24. ¿Cuál fue el resultado de la prueba COVID-19 que le realizaron?

1) positivo

2) negativo

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Conocimientos y practicas preventivas ante COVID-19 en pacientes de 20 a 70 años de la UMF No. 9 de Acapulco.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y Fecha:	UMF N°9 ACAPULCO, Enero – marzo 2021
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el nivel de conocimiento y practicas preventivas ante el contagio de COVID-19 , para una mayor concientización y aplicación correcta de las medidas de prevención por la población, contribuyendo al control eficaz de la pandemia evitando la diseminación generalizada y disminuyendo la incidencia de casos nuevos de la población derechohabiente de la UMF n°9 de Acapulco de Juárez, Gro.
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario de 24 preguntas distribuidas en 4 secciones.
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo invertido por el paciente para contestar la encuesta que se le aplicara.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se identificará su nivel de conocimiento que tiene la población en general y con ello se genere mayor difusión de conocimientos coadyuvando a disminuir la incidencia de casos nuevos y disminuir sus secuelas y la mortalidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar el estudio se le darán a conocer los resultados y las recomendaciones donde se deben fortalecer o realizar las modificaciones en la aplicación de medidas preventivas eficaces coadyuvando en la disminución de la incidencia de casos de covid-19.
Participación o retiro:	En el momento que así lo desee
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrán los resultados en forma confidencial y solo será usados para fines del estudio
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Fortalecimiento en los conocimientos y aplicación de las medidas preventivas necesarias coadyuvando al control y erradicación de la epidemia de Covid 19.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. CINTHYA JENNIFER RAYON CASTAÑEDA , Médico Especialista en Epidemiología UMF N° 9 Matrícula: 99167275 Correo electrónico: cinthya03_84@hotmail.com
Colaboradores:	DR. LUIS VAZQUEZ GAYTAN matrícula 99129968 correo electrónico: luis_gaytan25 @hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación
y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013