



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”**

ESCUELA DE MEDICINA

**Conocimiento, actitudes y prácticas hacia el COVID-19 en sectores
rurales de la provincia del Guayas en el año 2022**

TÍTULO ACADÉMICO:

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA EL TÍTULO MÉDICO**

AUTOR:

Santiago Andrés Ruiz Ron

TUTOR:

Alvarado Villa Geovanny Efraín

Samborondon, septiembre 2022

Samborondón, 14 de septiembre del 2021

Doctor:

JUAN CARLOS ZEVALLOS
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UEES

Estimado Dr. Zevallos:

En calidad de tutor del alumno SANTIAGO ANDRES RUIZ RON egresado de la carrera de Medicina, informo a usted que he realizado las tutorías de la tesis sobre el tema "Conocimiento, actitudes y prácticas hacia el Covid-19 en sectores rurales de la provincia del Guayas en el año 2022".

Certifico que el trabajo ha sido revisado de acuerdo con los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud "Enrique Ortega Moreira", de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

Informó a usted que he cumplido con las 19 horas establecidas en calidad de tutor asignado, para lo cual he firmado el documento de control de asesoría de tesis, detallando lo realizado con el estudiante Ruiz. El trabajo fue realizado durante el periodo de enero a septiembre del 2022, en diferentes localidades rurales de la provincia del Guayas.

Atentamente.



Firmado digitalmente por
876211-0789-43d1-
1879-0e1ea855c18
Nombre de reconocimiento (DN):
CN=876211-0789-43d1-
1879-0e1ea855c18
Fecha: 2022.09.14 17:56:52
-05'00'

Geovanny Alvarado Villa
CI: 0916762487
Docente - tutor
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Especialidades Espíritu Santo

Dedicatoria

A mi familia y mis mejores amigos (un grupo pequeño que casi podría contar con una mano) por ser el pilar y apoyo que he tenido durante toda mi vida, y sin los que nada de esto fuera posible y sin los cuales no estaría donde estoy.

A mis padres Humberto y Jenny por ponerme a mí y a mi formación sobre todas las cosas apoyándome siempre con amor y apoyo incondicional. También a mis tíos Fernando, Cristina, Mónica y Juan Carlos que han sido un gran apoyo para mi familia especialmente para mí y mi mamá, al apoyar a que yo llegue a este punto de mi carrera.

A mis hermanos Melissa y Gonzalo que siempre han querido lo mejor para mí y me han apoyado de cualquier manera que les fuese posible.

A mi tía Yola que siempre ha sido muy buena, cariñosa y amable conmigo, y a su esposo, mi tío Paulin que falleció durante este año. Él siempre fue una persona muy bondadosa, ejemplo para que yo me convierta en la persona humanitaria que soy hoy en día.

A todos mis primos que quiero mucho y que admiro porque son buenas y exitosas personas.

Y, finalmente a mis sobrinos Jorge y Santiago, niños llenos de amor hacia los cuales siempre he tratado de ser el mejor ejemplo a seguir que he podido.

Reconocimientos

A mi universidad, la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, por acogerme como estudiante de medicina, donde pasé muchos buenos años de mi vida y donde conocí a muchas personas que me compartieron de sus conocimientos y experiencias de vida.

Al Dr. Bolívar Zurita que siempre nos incentivó para que estudiemos más y seamos buenos profesionales al cual le debo gran parte de mi motivación para estudiar y ser un buen alumno.

Al Dr. Carlos Farhat que me impartió la cátedra de fisiología y siempre tuvo la paciencia y se tomó el tiempo para que entendamos bien el funcionamiento del cuerpo humano.

A la Dra. Fanny Solórzano, mi consejera que siempre brindo su apoyo en cualquier situación que lo necesite y que me aconsejo y preparo excelentes clases y simulaciones para que pongamos en práctica nuestros conocimientos.

A todo el resto de docentes que pusieron su granito de arena en nuestra formación como profesionales cuya lista fuera muy larga para incluir en esta página de reconocimientos.

Índice general

Introducción.	9
CAPÍTULO 1.	11
1.1 Antecedentes.	11
1.3 Justificación.	13
1.4 Objetivo general.	13
1.5 Objetivos específicos.	13
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.	15
2.1 Virología	15
2.2 Transmisibilidad	15
2.3 Prevención	17
2.4 Variantes de preocupación	18
2.5 Características clínicas	19
2.6 COVID19 asintomático	20
2.7 COVID-19 sintomático	21
2.8 Comorbilidades	21
2.9 Severidad	22
2.10 Síntomas a largo plazo	23
CAPÍTULO 3: METODOLOGIA.	26
3.1 Diseño de investigación.	26
3.1.1 Tipo de investigación	26
3.1.2 Lugar de investigación.	26
3.2. Población y muestra.	33
3.2.1 Población.	33
3.2.3 Criterios de inclusión.	33
3.2.4 Criterios de exclusión.	34
3.3. Métodos e instrumentos.	34
3.3.1. Diseño de la encuesta	34
3.3.2. Procedimiento.	36

	36
3.3.3. Herramientas	36
3.4. Aspectos éticos y legales.	36
Capítulo 4: Análisis y discusión de resultados	37
4.1 análisis de los resultados	37
4.2 Discusión de resultados	64
Capítulo 5: Conclusiones Y recomendaciones	68
5.1 Conclusiones	68
5.2 Recomendaciones	70
Anexo. 1 Cuestionario de recolección de datos	78
Anexo. 2 Cronograma de actividades	83
Anexo.3 Safe Assign	86

Índice de tablas

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población.....	36
Tabla 2. Frecuencias de respuestas a preguntas de conocimiento.....	39
Tabla 3. Frecuencias de respuestas a preguntas de actitudes.....	42
Tabla 4. Frecuencia de respuestas a preguntas de prácticas.....	44
Tabla 5. Medidas de tendencia central de los puntajes de conocimiento actitudes y prácticas.....	45
Tabla 6. Resultados de correlación de Pearson entre conocimientos, actitudes y prácticas.....	46
Tabla 7. Prueba U de Mann-Whitney de conocimientos para el sexo.....	47
Tabla 8. Prueba U de Mann-Whitney de conocimientos para actitudes.....	47
Tabla 9. Prueba U de Mann-Whitney de prácticas según el género.....	47
Tabla 10. Prueba Kruskal-Wallis de conocimiento según el estado civil...	49
Tabla 11. Prueba Kruskal-Wallis de actitudes según el estado civil.....	49
Tabla 12. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según el estado civil...	50
Tabla 13. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimiento según últimos estudios finalizados.....	51

Tabla 14. Prueba U de Kruskal-Wallis de actitudes según últimos estudios finalizados.....	52
Tabla 15. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según últimos estudios finalizados.....	52
Tabla 16. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimiento según profesión...	53
Tabla 17. Prueba U de Kruskal-Wallis de actitudes según profesión.....	54
Tabla 18. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según profesión.....	55
Tabla 19. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimientos según edad.....	57
Tabla 20. Prueba U de Kruskal-Wallis de actitudes según edad.....	57
Tabla 21. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según edad.....	58
Tabla 22. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimientos según red social utilizada.	59

Índice de gráficos

Gráfico 1. Gráfico de cajas que muestra de prácticas según el sexo.....	48
Gráfico 2. Gráfico de cajas que muestra el nivel de prácticas según la profesión.....	56
Gráfico 3. Gráfico de cajas que muestra el nivel de actitudes según edad.....	58
Gráfico 4. Gráfico de cajas que muestra el nivel de actitudes según la red social utilizada.....	60

RESUMEN

Desde el inicio de la pandemia, múltiples estudios han sido realizados para describir los CAP hacia el covid-19, incluyendo dos en Ecuador. No obstante, la mayoría de estos estudios tienen como método la realización de encuestas en línea, de manera que las comunidades rurales con menor acceso a dispositivos electrónicos se pueden ver infrarrepresentadas. Los estudios acerca de CAP en la zona rural de Ecuador son escasos o inexistentes, por lo tanto, el objetivo de este estudio fue el de describir los CAP en los habitantes de estas comunidades. El presente estudio se realizó mediante la realización de encuestas de manera presencial en distintas comunidades rurales de la provincia del Guayas, Ecuador. La herramienta que se utilizó fue un cuestionario de CAP modificado con preguntas de conocimientos actuales y simplificado de un cuestionario utilizado previamente en un estudio realizado por Bates en la población general de Ecuador. El presente cuestionario fue revisado por expertos de manera que sea utilizado en el presente estudio. Los hallazgos estadísticamente significativos fueron: Los conocimientos presentaron una correlación moderada con las prácticas, los participantes de sexo masculino tenían menores puntajes de prácticas (menor uso de mascarilla, menor lavado de manos), los participantes que trabajan en el área de la salud tuvieron un puntaje más elevado de prácticas que los otros grupos, las personas jóvenes (grupo etario 18-29) tuvieron puntajes de actitudes positivas hacia el COVID-19 significativamente mayores que los grupos etarios mayores.

Introducción

Los coronavirus (CoV) son una extensa familia de virus que pueden causar distintas afecciones, desde un resfriado común hasta enfermedades más graves (1). En diciembre del año 2019 en Wuhan, ciudad de china, surgió un nuevo coronavirus que el 11 de febrero de 2020 fue denominado como COVID-19 por la OMS (término usado tanto para el virus como para la enfermedad) (2). Desde su aparición, se ha propagado rápidamente alrededor del mundo, de tal manera que el 11 de marzo del 2020, fue declarada pandemia por la OMS (2).

Según la OMS, hasta el miércoles 23 de marzo del 2022, 472,816,657 casos confirmados de COVID-19 en el mundo fueron reportados, así como 6,099,380 millones de muertes atribuidas a esta enfermedad (3). En lo que respecta al Ecuador, a la misma fecha se reportaron 854,252 casos confirmados y 35,410 mil muertes causadas por el COVID-19(4). No obstante, la pandemia todavía continúa con un elevado número de casos, que para el mes de marzo del 2022 supera el millón de casos diarios (3).

Dado la gran propagación del SARS-Cov-2 a nivel mundial, hubo una reacción política sin precedentes por parte de la mayoría de los países, esta se caracterizó por la instauración de intervenciones no farmacológicas entre las que se incluyen: confinamientos masivos, políticas que restringen el movimiento interno, cierre de escuelas y negocios, y prohibición de viajes internacionales. También en virtualmente todos los países se han instaurado medidas de prevención (distanciamiento social, uso de equipos de protección personal, desinfección y vacunación) (5).

Las medidas de prevención son las que más dependen del cumplimiento por parte de las personas de manera individual. La adherencia a estas

medidas se ha visto relacionada con los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las personas hacia el COVID-19 (6). De manera que se realizando múltiples estudios alrededor del mundo con el objetivo de medir y describir los CAP hacia el SARS-CoV-19 y el COVID-19.

Dentro de estos estudios evaluando los CAP, se pueden encontrar estudios que han sido realizados en Ecuador (7-8). No obstante, y como se menciona en los estudios citados, hay que poner más atención en las comunidades rurales o con menor nivel de educación que se pueden ver infrarrepresentadas por su menor alcance a los recursos electrónicos necesarios para su alcance y participación.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir los CAP en personas de zonas rurales mediante encuestas hacia el COVID-19 realizadas de manera presencial. Para así, poder evaluar la necesidad de más estudios sobre las comunidades rurales e intervenciones educativas hacia el COVID-19.

CAPÍTULO 1.

1.1 Antecedentes.

Para reducir la probabilidad de transmisión del COVID-19 se requiere la adherencia a la correcta aplicación de medidas de prevención. Esta adherencia se ha correlacionado en gran medida a los CAP hacia el COVID-19 (6). Para aumentar dicha adherencia se requiere modificar los patrones de conducta humana, lo que es un desafío difícil. Esta es la razón por la que existe un gran interés, como ya se vio desde el inicio de la pandemia, en la investigación de los CAP hacia el COVID-19, mismas que están siendo realizadas extensamente en muchos países alrededor del mundo.

Al realizar la búsqueda bibliográfica el estudio más antiguo que se encontró se remonta al inicio de la pandemia. Este fue realizado por Liang Zhong B, Luo W y publicado el 15 de marzo del 2020. El estudio se basó en la investigación de los conocimientos, actitudes y prácticas por parte de los residentes de la provincia de Hubei realizado mediante un cuestionario online (6). En este estudio temprano en la pandemia, ya se relacionó de manera significativa a puntajes altos en conocimientos con la utilización de prácticas preventivas y menor probabilidades de actitudes negativas hacia el COVID-19. En este primer estudio ya se advirtió que se debía tener cautela al generalizar sus resultados a poblaciones de bajo estados socioeconómicos.

Desde entonces los estudios acerca de los CAP acerca del COVID-19 han aumentado de manera significativa y se han realizado en distintos tipos de

poblaciones. En una revisión sistemática realizada por Siddiquea B, Shetty A, et al, se incluyeron 84 estudios realizados en 45 países entre todos los continentes con un total de 215,731 participantes en los que se evaluaban los CAP mediante encuestas online (9). En esta revisión se incluyeron estudios realizados en comunidades con cifras altas de pobreza. No obstante, por el método mediante el cual se adquirió la información para la mayoría de los estudios incluidos (encuestas en línea) las personas de comunidades rurales y desamparadas podrían no haber sido alcanzadas, por lo que se menciona la necesidad de estudios adicionales que incluyan a estas poblaciones.

1.2 Planteamiento del problema.

Las comunidades rurales o con menor nivel de educación se han visto infrarrepresentadas, debido a su menor accesibilidad a recursos electrónicos utilizados para los estudios de sus CAP. En los estudios en los que se han evaluado los CAP en Ecuador (7,8) se menciona la falta de evaluación de conocimientos hacia el COVID-19 y la necesidad de mayor atención para el estudio de dichas comunidades.

En una revisión sistemática realizada por S. Saadatjoo, M. Miri, et al. acerca de los CAP hacia el COVID-19 en la que se incluyeron 48 estudios se observó que la mayoría de los estudios identificados tienen como metodología el uso exclusivo de encuestas electrónicas, esto muestra porque la extensión de este problema y la falta de estudios hacia comunidades en pobreza extrema que podrían verse en necesidad de un refuerzo en sus conocimientos hacia la prevención del contagio y la exposición por COVID-19 (10).

1.3 Justificación.

Según datos estimados por el Banco Mundial, al año 2020 (último año con datos reportados por parte del Banco mundial acerca de población rural). Ecuador contaba con aproximadamente un 35% de su población viviendo en áreas rurales, lo que aproximadamente se estimaría un total de 6 millones de personas (11). Debido a que los estudios realizados para determinar los CAP hacia el COVID-19 han mostrado una predominancia de participantes habitando en zonas urbanas y el elevado número de ecuatorianos viviendo en zonas rurales, existe la necesidad de conocer el estado de los CAP de estas personas acerca del COVID-19.

Estos datos servirán al sistema nacional de salud para poder entender mejor la situación de CAP acerca del COVID-19 en el ámbito rural, y por ende identificar la necesidad de futuros estudios investigando los CAP de la población rural, y refuerzos los conocimientos hacia el COVID-19 en las personas viviendo en el ámbito rural. Este proyecto se encuentra en la línea de investigación 1 (salud) del centro de investigaciones UEES, en la línea de salud pública.

1.4 Objetivo general.

Describir los conocimientos actitudes y prácticas hacia COVID-19 en sectores rurales de la provincia del Guayas en el año 2022

1.5 Objetivos específicos.

Determinar los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas hacia el COVID-19

Evaluar la existencia de relación entre los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas

Evaluar la existencia de diferencias significativas entre los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas hacia el COVID-19 y las variables demográficas de los participantes

1.6 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de las comunidades rurales de la provincia del guayas acerca del COVID-19

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.

2.1 Virología

Los coronavirus son virus de hebra simple de ARN, estudios filogenéticos y secuenciación de genoma completo indicó que el coronavirus que causa el COVID-19 es un beta coronavirus, en el mismo subgénero que el virus del síndrome respiratorio agudo severo. El receptor del huésped para la entrada del virus SARS-CoV 2 es el mismo que para el SARS-CoV 1, el de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) (12). El SARS-CoV 2 se une al receptor ACE2 mediante el dominio de unión al receptor en su proteína spike.

No obstante, estos estudios hablan sobre la cepa original del COVID-19, desde su emergencia numerosas variantes virales han sido identificadas. La mayoría de sus variaciones genéticas no implican cambios en sus características fenotípicas (presentación de la enfermedad) (13). A pesar de esto se han identificado ciertas variantes que se han denominado variantes de preocupación que poseen sustituciones en áreas claves de su estructura, como es la proteína spike previamente mencionada, evidenciando de características virales alteradas (14).

2.2 Transmisibilidad

Las vías de transmisión del COVID-19 incluyen la respiratoria, el contacto directo, la transmisión por fómites, la transmisión vertical y posiblemente la vía fecal-respiratoria. No obstante, entre estas vías la dominante es la

respiratoria, los contagios por estas otras vías son inusuales y poco probables (15)

En un estudio de modelado realizado por Xi He, et al se estimó que la cepa original de SARS-CoV-2 descubierta en Wuhan al inicio de la pandemia se contagia eficientemente con un número reproductivo básico (R_0) de 2.2 a 2.5 determinado en un estudio realizado en Wuhan (16). Además, también se estimó que la infectividad del SARS-CoV 2 tiene su pico dos días antes del inicio de los síntomas, esto lo diferencia del SARS cuya infectividad aumenta 7 - 10 días después del inicio de los síntomas. Por lo tanto, se debe educar a la población de que la transmisión puede ocurrir aun en ausencia de síntomas, ya que la efectividad de las medidas de control instauradas después del inicio de los síntomas (aislamiento, rastreo de contactos, aumento de higiene y uso de mascarillas) se ven reducidas en el SARS-CoV 2, dado que su infectividad inicia y alcanza su pico antes de la presentación de la sintomatología.

Después, en diciembre del año 2020 se designaron como variantes de preocupación a las variantes Alfa y Beta. Estas mostraron un 50% mayor de transmisibilidad, menos respuesta a terapias con anticuerpos monoclonales y potencialmente mayor severidad en el caso de la variante alfa en comparación con la variante original de SARS-CoV 2 (17).

Posteriormente en mayo 11 del 2021 la variante Delta fue designada también una variante de preocupación, esta tiene aún mayor transmisibilidad con un número reproductivo básico (R_0) de 7 (mucho mayor que la cepa original), de igual manera presentó mayor severidad al compararla con las variantes de preocupación descubiertas previamente (18).

La última variante detectada es variante denominada Omicron esta es la variante del COVID-19 con mayor transmisibilidad y una de las enfermedades más transmisibles conocidas en el mundo (19). Después de su identificación los casos de enfermedad por esta variante aumentaron exponencialmente dentro de días (20). Esto ha hecho que la temida variante Delta sea desplazada y, por su menor agresividad, haya menos casos de pacientes con COVID-19 necesitando hospitalización.

La efectividad de las medidas de control depende de varios parámetros epidemiológicos, incluyendo el intervalo serial (duración entre inicio de síntomas de casos sucesivos en una cadena de transmisión), y el periodo de incubación (tiempo entre la infección y el inicio de los síntomas).

2.3 Prevención

En sitios donde existe transmisión comunitaria de manera extendida, se requiere la instauración de estrategias preventivas para reducir las posibles exposiciones. El uso de mascarillas y estar al día con la vacunación contra el COVID-19 puede ayudar a prevenir la enfermedad severa y reduce la afectación potencial al sistema de salud (21).

En ocasiones se puede elegir una mascarilla o un respirador que ofrezca mayor protección, como cuando una persona se encuentra con otra que tiene riesgo alto de enfermedad severa o cuando la misma persona es la que tiene el riesgo alto.

En un estudio realizado por Leung N, Chu D, et al. Se encontraron hallazgos que indicaron que el uso de mascarillas quirúrgicas puede eficazmente reducir la detección de coronavirus, así como copias virales en gotas respiratorias grandes y en aerosoles (21). Esto tiene

implicaciones importantes para el control del COVID-19, ya que dichos hallazgos demuestran que las mascarillas quirúrgicas podrían ser utilizadas por la gente enferma para reducir la transmisión subsiguiente.

Para la protección adecuada es importante el uso correcto de la mascarilla. Esta debe ser de un tamaño y encaje con la cara apropiada, una vez colocada se debe evitar tocarla, evitar succión o saliva excesiva en la mascarilla. Las mascarillas descartables deben ser descartadas después de un solo uso, al descartarlas se debe desatar las cuerdas detrás de la cabeza o estirar las orejeras, y doblar las esquinas exteriores juntas. (22)

Las vacunas hacia el COVID-19, con un costo de \$2.15 a \$29.75 por dosis, son herramientas costo efectivas para controlar la enfermedad. No obstante, la aparición de variantes del virus podría afectar el impacto global de las campañas masivas de vacunación. Al momento existen más de 100 vacunas desarrolladas, y entre estas 26 se han evaluado en estudios en fase III (parte del desarrollo de la vacuna que la compara con otra contraparte al ya haber sido evaluada su seguridad) (23).

Las vacunas mencionadas fueron evaluadas por estudios observacionales en los que se observó que eran seguras y herramientas altamente efectivas para prevenir la enfermedad severa, hospitalización y muerte contra las variantes de preocupación. (23)

2.4 Variantes de preocupación

El COVID-19 es causado por el virus SARS-CoV-2, como otros virus el SARS-CoV-2 evoluciona en el tiempo. La mayoría de las mutaciones en el genoma de este, no tienen impacto en la función viral; no obstante, ciertas

variantes identificadas se han llamado variantes de preocupación, ya que estas han atraído atención por debido a su surgimiento rápido dentro de poblaciones, así como su evidencia de transmisión o implicaciones clínicas (24).

Con la finalidad de denominar las variantes del COVID-19 y así contribuir a los debates públicos sobre las mismas, se convocó un grupo de expertos en nomenclatura biológica y microbiana para que denotaran las variantes de manera que se pronuncien fácilmente y no generen estigmas. Este grupo recomendó el uso de denominaciones basadas en las letras del alfabeto griego: Alfa, Beta, Gamma, etc. (24).

Actualmente hay cinco variantes del SARS-Cov-2 consideradas variantes de preocupación, estas son: la variante alfa, beta, Gamma, Delta y Omicron (24). Estas variantes mencionadas han sido designadas como variantes de preocupación desde el 18 de diciembre del año 2020 que designaron las variantes Alfa y Beta hasta el 26 de noviembre del año 2021 fecha en la que se designó la variante Omicron.

Basado en información preliminar la variante omicron tiene aparente aumento de replicación sobre la Delta, menor reducción en neutralización por ciertas terapias por anticuerpos monoclonales, reducción significativa en neutralización por suero en individuos con infección previa o vacunado con dosis primarias. No obstante, también ha mostrado menor riesgo de enfermedad severa.

2.5 Características clínicas

El espectro clínico del COVID-19 va desde ninguna manifestación clínica, es decir una infección asintomática hasta la infección crítica.

2.6 COVID19 asintomático

La fracción de infecciones asintomáticas es la proporción de individuos infectados que nunca desarrollan, perciben ni reportan síntomas. Esto hay que diferenciarlo del término pre-sintomático ya que este último término debe usarse para describir a las personas que no tienen síntomas cuando reciben un resultado positivo de una prueba para diagnosticar COVID-19 pero que eventualmente desarrollan síntomas.

En lo que respecta al periodo de incubación (periodo desde que una persona se infecta hasta que desarrolla síntomas) basándose en los conocimientos de la historia natural del COVID-19 se estima que puede durar hasta 14 días (de aquí el requerimiento de cuarentena por 14 días para individuos expuestos al virus) (25). No obstante, en ciertos estudios se menciona la posibilidad de aparición de síntomas de hasta 24 días después de la infección (15). Es importante dilucidar claramente el periodo de incubación, ya que las personas infectadas pueden transmitir el virus aun si no tienen síntomas.

Los estudios que mejor representan la cantidad de pacientes con infecciones asintomáticas por SARS-CoV 2 son los que se basan en la prueba PCR y que recolectan datos de síntomas de manera longitudinal después de la prueba, ya que así se puede diferenciar a los pacientes pre sintomáticos de los asintomáticos de manera apropiada. Basándose en 19 estudios la media de pacientes que tuvieron un resultado PCR positivo y que permanecieron asintomáticos fue de 42,5% (26). Por lo tanto, muchas infecciones por COVID-19 pueden pasar de manera desapercibida pero la población debe entender que aun sin síntomas puede contagiar el virus a otras personas, por eso la importancia de la cuarentena al tener una posible exposición.

2.7 COVID-19 sintomático

La mayoría de casos no son severos y se estima, según un reporte del centro de control y prevención de enfermedades de China basado en 44,500 infecciones confirmadas, que los casos se agrupan de la siguiente manera: 81% enfermedad leve, 14% enfermedad severa, 5% enfermedad crítica y una tasa de mortalidad de 2.3% entre los casos críticos (27).

En un estudio sobre la epidemiología del COVID-19 Jie Li, Daniel W, et al realizaron una revisión sistemática y meta análisis de las características clínicas, factores de riesgo y desenlaces. En este se analizó los datos de 212 estudios en los que se encontró los siguientes datos: tiempo desde inicio de enfermedad hasta hospitalización de 5.5 días, incidencia de síntomas: fiebre 78.8%, malestar 37,9%, diarrea 9.5%, rinorrea 7.5%, dolor abdominal 4,5% y vómitos 4,7% (28).

2.8 Comorbilidades

El brote de la enfermedad por COVID-19 ha generado una carga de salud importante en los pacientes infectados, especialmente en los que tienen comorbilidades subyacentes. En una revisión sistemática y meta análisis realizado por Hann W, Tipih T, et al. Se estudió la correlación entre comorbilidades y su rol en la exacerbación de la enfermedad en pacientes con COVID-19 hacia desenlaces fatales (29).

En este estudio se identificó a la hipertensión, obesidad y diabetes mellitus como las condiciones más prevalentes en pacientes con COVID-19. Además, también se identificó al cáncer, enfermedad renal crónica que junto con la hipertensión y diabetes mellitus ya mencionadas se asociaron independientemente con la mortalidad en pacientes con

COVID-19. La obesidad a pesar de la alta prevalencia no se asoció con mortalidad en los pacientes con COVID-19 (29).

2.9 Severidad

Para definir cómo severa a la enfermedad causada por COVID-19 se puede utilizar una guía realizada por la OMS, así como unos criterios definidos por la sociedad torácica americana (STA). En la guía de la OMS habla sobre la importancia de la identificación temprana para poder dar un tratamiento optimizado y seguro. La OMS define la neumonía por COVID-19 como severa en caso de: taquipnea (>30 RPM), Distrés respiratorio severo, SpO2 <93 % (30).

Por otro lado, los criterios utilizados por la STA son los mismos utilizados para definir cómo severa una neumonía adquirida en la comunidad. Para cumplir dicha clasificación se debe cumplir un criterio mayor o al menos tres criterios menores. Dentro de los criterios mayores se encuentra: shock séptico con necesidad de vasopresores y falla respiratoria necesitando ventilación mecánica, y dentro de los criterios menores se encuentra: frecuencia respiratoria mayor o igual 30 respiraciones por minuto, Pao2/Fio2 menor o igual a 250, infiltrados multilobares, confusión o desorientación, uremia (BUN >20 mg/dl), leucopenia (<4000), trombocitopenia (<100,000), hipotermia (<36) e hipotensión con necesidad de resucitación agresiva con fluidos. (31)

En la revisión sistemática realizada por Jie Li, et al. Se encontró que, según los criterios previamente mencionados, un total de 22.9% (79, 170) de la muestra total presentaron enfermedad severa. Dentro de este grupo, aproximadamente la mitad de los pacientes tuvieron disnea, comparado

solo con un 13% en casos no severos, así como también mayor porcentaje de pacientes con dolor abdominal y mareo (28).

2.10 Síntomas a largo plazo

El COVID-19 puede dejar secuelas y otras complicaciones médicas (como síntomas prolongados) que duran semanas a meses después de la recuperación inicial lo que se ha denominado en inglés como “Long COVID” o “COVID long-haulers”. Esto suele ser bastante común y entre dichos síntomas se puede encontrar: fatiga, disnea, dolor torácico y tos. Adicionalmente, puede haber síntomas psicológicos y cognitivos como ansiedad, depresión, estrés postraumático, mala memoria y mala concentración.

En una revisión sistemática y metaanálisis realizada por López-león S, Wegman-Ostrosky T, et al. Se identificaron los estudios que investigaron los efectos duraderos del COVID-19 en pacientes recuperados. En estos estudios, el tiempo de seguimiento fue de entre 14 y 110 días después de la infección. Los síntomas más comunes fueron: fatiga (58%), cefalea (44%), desorden de atención (27%), pérdida de cabello (25%) y disnea (24%) (32).

Estudios acerca de CAP

En una revisión sistemática realizada por S. Saadatjoo, M. Miri, et al. acerca de los CAP hacia el COVID-19 de la población general, se incluyeron un total de 48 estudios en los que participaron un total de 76,848 participantes. La mayoría de los estudios (87.5%) estudiaron los tres componentes del modelo de CAP. Los resultados del metaanálisis mostraron que el puntaje general hacia los componentes CAP hacia el COVID-19 fueron de 78.9%, 79,8% y 74,1% respectivamente. Dichos

resultados concluyeron que en general el conocimiento de la población general estaba en un buen nivel, la actitud era positiva y las prácticas estaban en un nivel satisfactorio (10).

En lo que respecta a los estudios realizados en Ecuador se encontraron 2 estudios. En el primero, realizado por Bates B, Moncayo A, et al. se estudiaron los CAP mediante una encuesta en línea con una metodología que constaba de bola de nieve y referencia, en este se encontraron resultados de conocimientos moderados a altos (con ciertas excepciones que tuvieron puntajes muy bajos), en lo que consta de las actitudes, las opiniones eran fueron combinadas hacia el COVID-19 iba a ser finalmente controlado y las prácticas mostraron un alto porcentaje de seguimiento de las prácticas estudiadas (7,8).

En lo que respecta al segundo estudio realizado en Ecuador, este se realizó en una comunidad semi-urbana. Las encuestas se realizaron por medio de llamadas telefónicas en una población con diagnóstico previo de hipertensión. Este estudio tuvo como resultado que los pacientes con hipertensión eran en su mayoría conscientes del riesgo que corrían al enfermarse por COVID-19 y sus posibles repercusiones para su salud (8).

En un estudio realizado por Yu Si, Luo H, et al de manera presencial en una pequeña ciudad de bajos recursos en China se observó que los habitantes tenían conocimientos moderados acerca del COVID-19, por otro lado, las actitudes era optimistas y las practica adecuadas (33).

Por lo tanto, como se puede observar en los estudios citados previamente, la mayoría de los estudios acerca de CAP hacia el COVID-19 se realizaron por medio de encuestas en línea (92% de los estudios en el metaanálisis). De los estudios acerca de los CAP hacia e COVID-19 en

Ecuador, el primero fue mediante encuestas en línea y el segundo por medio de llamadas telefónicas, esto que deja un gran vacío en el estudio de comunidades que no tienen acceso a las herramientas necesarias para participar en dichos estudios. Debido a esto la información acerca del COVID-19 en comunidades rurales del Ecuador es escasa o inexistente de modo que es importante la realización de estudios enfocados a comunidades rurales para tener un mejor entendimiento de los niveles de CAP en estas poblaciones y así asistir a los servicios de salud para identificar las comunidades en necesidad de educación acerca del COVID-19.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.

3.1 Diseño de investigación.

3.1.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo observacional, ya que las variables utilizadas no serán manipuladas. Es transversal debido a que únicamente se realizará la medición en el periodo de tiempo establecido. Descriptivo mediante encuestas. Según la recolección de datos se cataloga como un estudio prolectivo, ya que los datos se tomarán de forma directa en base a las encuestas realizadas a los participantes. En lo que respecta al número de grupos estudiados, se clasifica como descriptivo ya que se centra únicamente en un solo grupo. Por el tipo de variables estudiadas se cataloga como cuantitativo, y finalmente debido a la evaluación estadística que se va a realizar, como correlacional.

3.1.2 Lugar de investigación.

La investigación tendrá lugar en distintos sectores rurales de la provincia de Guayas en el año 2022. Incluyendo el recinto Rosa Elvira, otras comunidades de la parroquia Taura, Tarifa y Salitre.

3.1.3 Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensi ón	Indica dor	Medición	Tipo de variabl e	Estadística
-----------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------	----------------------------------	--------------------

Conocimientos del COVID-19	Comprensión de una persona hacia el COVID-19	Comprensión del COVID-19 que una persona que habita en el comunidades rurales evaluada para CAP acerca del COVID-19 tiene	0 a 15	Cuestionario	Cuantitativa discreta	-Prueba de Kurkal wallis -Estadística descriptiva -Prueba de Kolmogorov -Smirnov - Correlación de Pearson
Actitudes hacia el COVID-19	Postura conductual de una persona hacia el COVID-19	Postura conductual que una persona que habita en comunidades rurales	0-7	Cuestionario	Cuantitativa discreta	-Prueba de Kurkal wallis -Estadística descriptiva -Prueba de Kolmogorov -Smirnov -Correlación de Pearson

		evaluada para CAP acerca del COVID-19 tiene				
Prácticas de prevención hacia el COVID-19	Actividad regular de prevención de una persona hacia el COVID-19	Actividad regular de una persona que habita en comunidades rurales evaluada para CAP acerca del COVID-19 realiza	0-2	Cuestionario	Cuantitativa discreta	-Prueba de Kurkal wallis -Estadística descriptiva -Prueba de Kolmogorov -Smirnov -Correlación de Pearson
Edad	Tiempo que una persona ha vivido	Tiempo que una persona que habita en comunid	Número de años	Cuestionario	Cualitativa continua	-Estadística descriptiva -

		ades rurales evaluada para CAP acerca del COVID-19 ha vivido				
Sexo	Características que definen a hombres y mujeres	Características que definen a hombres y mujeres que habitan en comunidades rurales que van a ser evaluados para CAP acerca del	- Masculino - Femenino	Cuestionario	Cualitativa nominal	- Estadística descriptiva - Prueba U de Mann-Whitney

		COVID-19				
Estado civil	Situación de persona en relación a su relación de pareja	Situación de persona que habita en comunidades rurales en relación a su relación de pareja que van a ser evaluados para CAP acerca del COVID-19	- Soltero - Casado - Viudo - Divorciado/separado/a - Unión libre	Cuestionario	Cualitativa nominal	-Estadística descriptiva -Prueba Kruskal-Wallis
Estudios finalizados	Nivel más alto de estudios	Nivel más alto de	-Sin estudios o -	Cuestionario	Cualitativa nominal	-Estadística descriptiva

	finalizado por una persona	estudios finalizado por una persona que comunidades rurales que van a ser evaluados para CAP acerca del COVID-19	primaria sin terminar - Educación pre-escolar - Educación básica general - Bachillerato - Universitario - Postgrado			-Prueba Kruskal-Wallis
Profesión	Trabajo que realiza una persona de forma habitual	Trabajo que realiza una persona que	-Labor manual - Trabajo de oficina	Cuestionario	Cualitativa nominal	-Estadística descriptiva -Prueba Kruskal-Wallis

		habita en comunidades rurales que van a ser evaluados para CAP acerca del COVID-19 de forma habitual	-Ventas o servicios - Educación - Salud - Estudiante - Trabajo doméstico - Sin empleo			
Redes sociales	Estructuras organizadas en internet que conectan a personas	Estructuras organizadas en internet que conectan a personas que una personqu	- Facebook - Instagram - Twitter - Tik tok - Otras	Cuestionario	Cualitativa nominal	-Estadística descriptiva --Prueba Kruskal-Wallis

		e vive en comunidades rurales que va a ser evaluada para CAP acerca del COVID-19 posee	- ningun a			
--	--	--	------------	--	--	--

3.2. Población y muestra.

3.2.1 Población.

La población está constituida por todas las personas mayores de 18 años que vivan en sectores rurales de la provincia guayas en Ecuador, y acepten voluntariamente participar de la encuesta

3.2.2 Muestra.

La muestra va ser una muestra no probabilística a conveniencia formada por personas que habiten en las comunidades rurales previamente mencionadas y acepten voluntariamente participar en el estudio.

3.2.3 Criterios de inclusión.

Tener más de 18 años de edad
Aceptar consentimiento informado

3.2.4 Criterios de exclusión.

Encuestas incompletas

3.3. Métodos e instrumentos.

3.3.1. Diseño de la encuesta

El cuestionario de CAP que será utilizado en el presente estudio se basó en un cuestionario previo, utilizado por Bates y sus colegas en su estudio de CAP realizado en ecuatorianos vía online (7). El cuestionario fue modificado con preguntas de los conocimientos actualizados, para poder estudiar menor las actitudes se aumentó 5 preguntas en este apartado y fue simplificado para su aplicación en las comunidades rurales. El cuestionario fue revisado por expertos en el tema de manera que se use en el presente estudio.,

El cuestionario tiene en total 30 preguntas, 24 acerca de los CAP y 6 de variables demográficas. La primera parte del cuestionario consiste en las preguntas de CAP relacionadas al COVID-19, su prevención y control. En total se realizarán 24 preguntas. 15 para el componente de conocimientos, 7 para el componente de actitudes y 2 para el componente de prácticas

El componente de conocimientos tiene 15 preguntas: 3 discutiendo las características clínicas del COVID-19, 4 relacionadas a sus características de transmisión, 1 sobre su tratamiento, 4 sobre la evolución del virus en el

tiempo y 3 sobre vacunas contra el COVID-19 su prevención y control. Los participantes podían seleccionar “Si” o “No”. Cada respuesta correcta se asignó con un punto de 1, mientras que la respuesta incorrecta se asignó con 0. Cada participante podía recibir un total de 0 a 15 puntos, con puntos más altos indicando un mejor conocimiento del COVID-19.

Posteriormente evalúa las actitudes hacia el COVID-19, este tiene un total de 7 preguntas indagando las actitudes de los habitantes de la comunidad. Se siguieron las mismas 2 preguntas utilizadas en el estudio de Bates, et al (la primera indaga el acuerdo o desacuerdo si el COVID-19 sería finalmente controlado, mientras que la segunda indago en la confianza en la habilidad de Ecuador en ganar la batalla contra el COVID-19). Adicionalmente se añadieron 5 preguntas, la primera indagando en el acuerdo o desacuerdo si el aislamiento y distanciamiento social son formas efectivas de reducir la propagación del COVID-19, la segunda de igual manera en si las vacunas son importantes para la batalla contra el COVID-19, la tercera si el participante cree que la pandemia ya ha acabado, la cuarta acerca de su estado de vacunación y la última sobre el número de dosis aplicadas. Cada participante podía recibir un total de 0 a 7 puntos, con puntos más altos indicando una actitud positiva conocimiento del COVID-19.

Finalmente, las prácticas fueron evaluadas usando dos preguntas. con respecto a los comportamientos. La primera si el participante había utilizado mascarilla al salir de casa y si se había lavado las manos cada vez que llegaba a casa. Cada participante podía recibir un total de 0 a 2 puntos, con puntos más altos indicando mejores prácticas de prevención hacia el COVID-19.

La segunda parte del cuestionario consiste de 6 preguntas acerca de variables sociodemográficas como la edad, sexo, el estado civil, los últimos estudios finalizados, profesión y red social más utilizada

3.3.2. Procedimiento.

Para la investigación actual los encuestadores abordarán al posible candidato, se les informará sobre la investigación y se le solicitará la participación voluntaria en el estudio. En caso de que desee participar se le suministrará el consentimiento informado de manera verbal. Luego de aceptar, el cuestionario será realizado cara a cara mediante ya sea mediante el uso de un dispositivo electrónico o papel. El encuestador leerá la pregunta y receptorá la respuesta del participante.

3.3.3. Herramientas

- Tablet para la recolección de datos
- Encuestas impresas
- Automóvil
- Plumas

3.4. Aspectos éticos y legales.

El presente estudio fue aprobado por el consejo académico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Al ser un estudio observacional de tipo descriptivo basado en encuestas se requerirá el consentimiento voluntario de cada uno de los participantes. De igual manera al ser un estudio observacional no se presentaron conflictos éticos en su elaboración.

Capítulo 4: Análisis y discusión de resultados

4.1 análisis de los resultados

De los 118 participantes que contestaron la encuesta, se excluyeron un total de 7 (5.93%) por cumplir los criterios de exclusión. Un total de 111 sujetos fueron incluidos para ser sometidos al análisis estadístico (94%).

Las características demográficas de la población se exponen en la Tabla 1. Según la distribución del género, los datos recabados fueron en su mayoría de pacientes de género femenino 66.67% (n=74), mientras que el género masculino sólo representó el 33.34% (n=37).

La mayoría de los pacientes mantenía una relación de pareja 55.85% (n=67), la mayoría de pacientes tuvo como últimos estudios finalizados la educación básica general 43.24% (n=48), la mayoría tenía como profesión el trabajo doméstico 43.24% (n=48), y en lo que respecta a la edad se mostró una distribución homogénea entre la clasificación en subgrupos por edades.

Variable	n (111)	Porcentaje
Sexo		
Mujer	74	66.67%
Hombre	37	33.33%
Estado civil		
Soltero/a	41	36.94%

Casado/a	36	32.43%
Viudo/a	2	1.80%
Divorciado/Separado/a	6	5.41%
Unión libre	26	23.42%
Últimos estudios finalizados		
Sin estudios o primaria sin terminar	25	22.52%
Educación pre-escolar	2	1.80%
Educación básica general	48	43.24%
Bachiller	29	26.13%
Grado o Universitario	7	6.31%
Profesión		
Labor manual	29	26.13%
Trabajo de oficina	3	2.70%
Ventas o servicio	8	7.21%
Educación	4	3.60%
Salud	2	1.80%
Estudiante	6	5.41%
Trabajo doméstico	48	43.24%
Sin empleo	11	9.91%

Edad		
18-29	35	31.53%
30-49	36	32.43%
50+	40	36.04%
Redes sociales		
Facebook	31	27.93%
Instagram	2	1.80%
Otra	4	3.60%
varias	35	31.53%
Ninguna	39	35.14%

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población

Los porcentajes de respuestas correctas e incorrectas de las preguntas sobre conocimientos en la tabla 2. La pregunta con mayor porcentaje de respuestas correctas fue: ¿Las personas cercanas a alguien positivo para covid-19 deben aislarse inmediatamente por un periodo de observación de 14 días? (91.80%), lo que muestra un alto conocimiento en una medida de prevención primordial. La pregunta con menor porcentaje de respuestas fue: ¿En qué momento se alcanza el mayor grado de protección dado por las vacunas para el COVID-19 después de su aplicación? (18.02%). Este bajo porcentaje de conocimiento acerca del tiempo necesario para producción de inmunidad por parte de la vacuna es preocupante, ya que de infectarse con el virus previo a dos semanas de haber sido vacunado no brinda protección completa.

Dentro de las preguntas de caracterización clínica los participantes tuvieron porcentajes de respuestas correctas con valores bajos en el caso de: ¿La mayoría de los casos de covid son leves? Y ¿el COVID-19 puede causar síntomas que permanezcan a largo plazo? con puntajes de 51.35% a 57.65% respectivamente. Y altos en la pregunta de ¿Que una persona enferma con COVID-19 presente ahogo al estar en descanso indica que su enfermedad podría ser grave? (88.29%). Esto sugiere bajos porcentajes de conocimientos acerca de la gravedad de la mayoría de casos de covid y de su probabilidad de causar secuelas,

En lo que respecta a las preguntas de características de transmisión las respuestas tuvieron porcentajes de valores correctos desde bajos a altos. Las preguntas con porcentajes de valores bajos fueron: ¿Las personas con COVID-19 transmiten más el virus dos días antes de presentar síntomas? Y ¿Los animales se pueden contagiar de COVID-19? (28.83% y 33.33) Valor moderado: ¿Las personas con COVID-19 pueden transmitir el virus cuando no presentan ningún síntoma? (62.16%) Y valor alto: ¿El COVID-19 se transmite por vía respiratoria? (90.99%). Esto sugiere que las personas tienen conocimientos bajos a moderados acerca de la transmisión asintomática del virus y altos acerca de la vía principal de transmisión.

Las preguntas de la evolución del virus en el tiempo tuvieron porcentajes de respuestas correctas de bajas a moderadas: La pregunta con porcentajes bajos de respuestas acertadas fue: ¿Con el pasar del tiempo el COVID-19 se ha vuelto más transmisible? (38.62%). Las preguntas con porcentajes de respuestas moderadas fueron: ¿A medida que pasa el tiempo COVID-19 puede cambiar? ¿Con el pasar del tiempo el COVID-19 se ha vuelto más leve? Y (72.07% y 71.17% respectivamente). Esto sugiere

que las personas tienen conocimientos moderados acerca de la capacidad de evolución del virus y de evolución hacia una enfermedad con menor mortalidad. No obstante, los conocimientos acerca de su mayor transmisibilidad son bajos.

En lo que respecta a las preguntas de prevención los resultados de las respuestas indican porcentajes bajos a altos. Las preguntas con porcentajes bajos fueron: ¿En qué momento se alcanza el mayor grado de protección dado por las vacunas para el COVID-19 después de su aplicación? (18.02%). Con porcentajes moderados: ¿Morir por COVID-19 es más probable que por algún efecto secundario de la vacuna? Y altos: ¿Todas las personas que entren en contacto deberían estar usando mascarilla para tener el mayor grado de prevención?, ¿Las personas cercanas a alguien positivo para covid-19 deben aislarse inmediatamente por un periodo de observación de 14 días? (90.09% 91.89% respectivamente).

Finalmente, en la pregunta acerca de que si el COVID-19 tiene algún tratamiento para reducir su mortalidad los participantes tuvieron un porcentaje de 60.36%, lo que muestra conocimiento moderado acerca de su posibilidad de tratamiento.

Preguntas conocimientos	Respuestas	n (111)	porcentaje
¿La mayoría de los casos de COVID-19 son leves?	Si	57	51.35%
	No	54	48.65%
¿El COVID-19 se	Si	101	90.99%

transmite por vía respiratoria?	No	10	9.01%
¿Con el pasar del tiempo el COVID-19 se ha vuelto más leve?	Si	79	71.17%
	No	31	28.83%
¿Con el pasar del tiempo el COVID-19 se ha vuelto más transmisible?	Si	49	38.62%
	No	62	61.38%
¿Que una persona enferma con COVID-19 presente ahogo al estar en descanso indica que su enfermedad podría ser grave?	Si	98	88.29%
	No	13	11.71%
¿El COVID-19 puede causar síntomas que permanezcan a largo plazo?	Si	64	57.65%
	No	47	42.43%
¿Las personas con COVID-19 pueden transmitir el virus cuando no presentan ningún síntoma?	Si	69	62.16%
	No	42	37.84%

¿Las personas con COVID-19 transmiten más el virus dos días antes de presentar síntomas?	Si	32	28.83%
	No	79	71.17%
¿Todas las personas que entren en contacto deberían estar usando mascarilla para tener el mayor grado de prevención?	Si	100	90.09%
	No	11	9.91%
¿Los animales se pueden contagiar de COVID-19?	Si	37	33.33%
	No	74	82.14%
¿Actualmente, existe algún tratamiento aprobado para el COVID-19 que reduzca la probabilidad de muerte?	Si	67	60.36%
	No	44	43.56%
¿A medida que pasa el tiempo COVID-19 puede cambiar?	Si	80	72.07%
	No	31	27.93%
¿En qué momento se alcanza el mayor	Una semana después de su primera dosis?	19	17.12%
	Dos semanas después de su	14	12.61%

grado de protección dado por las vacunas para el COVID-19 después de su aplicación?	primera dosis?		
	Dos semanas después de su segunda dosis?	20	18.02%
	No se	58	52.25%
¿Morir por COVID-19 es más probable que por algún efecto secundario de la vacuna?	Si	79	71.17%
	No	32	28.83%
¿Las personas cercanas a alguien positivo para covid-19 deben aislarse inmediatamente por un periodo de observación de 14 días?	Si	102	91.89%
	No	9	8.19%

Tabla 2. Frecuencias de respuestas a preguntas de conocimiento

Los porcentajes de respuestas correctas e incorrectas de las preguntas sobre actitudes se describen en la tabla 2. La pregunta con mayor porcentaje de respuestas correctas fue: ¿Usted está vacunado para el COVID-19? (90.99%), lo que muestra un muy alto porcentaje de vacunación, de igual manera la pregunta: ¿Cuántas dosis tiene aplicadas? mostró que un 94.99% de los vacunados tenía al menos 2 dosis, lo que cumpliría con su esquema básico de vacunación.

Las preguntas restantes acerca de las actitudes relacionadas hacia el COVID-19 tuvieron porcentajes de respuestas correctas por arriba del 70% lo que demuestra niveles elevados de actitudes positivas acerca del COVID-19 su prevención y el estado actual de la pandemia.

Preguntas actitudes	Respuestas	n (111)	porcentaje
¿Está de acuerdo que el COVID-19 finalmente se controlara con éxito?	Si	79	71.17%
	No	32	29.33%
¿Confía en que Ecuador pueda ganar la batalla contra el virus COVID-19?	SI	89	80.18%
	No	22	19.82%
¿Usted cree que el aislamiento y el distanciamiento social son formas efectivas de reducir la propagación del COVID-19?	Si	93	83.78%
	No	18	16.22%
¿Cree que las vacunas hacia el COVID-19 son importantes para la	Si	83	74.77%

batalla contra el COVID-19?	No	28	25.23%
¿La pandemia ya acabó?	SI	34	30.63%
	No	77	88.28%
¿Usted está vacunado para el COVID-19?	SI	101	90.99%
	No	10	9.01%
¿Cuántas dosis tiene aplicadas?	1	1	0.99%
	2	74	73.27%
	3	20	19.80%
	4	1	0.99%
	No recuerdo	5	4.95%

Tabla 3. Frecuencias de respuestas a preguntas de actitudes

Los porcentajes de respuestas correctas e incorrectas de las preguntas sobre prácticas se describen en la tabla 3. Ambas preguntas tuvieron un porcentaje alto de respuestas correctas hacia prácticas de prevención hacia el covid con un 70.27% para la pregunta sobre el uso de mascarilla y 84.68% sobre el lavado de manos.

Pregunta de práctica	respuesta	N (111)	porcentaje
¿En la última semana ha usado mascarilla al salir de casa?	Si	78	70.27%
	No	33	29.73%
¿En la última semana se ha lavado las manos al llegar a casa?	Si	94	84.68%
	No	17	15.32%

Tabla 4. Frecuencia de respuestas a preguntas de prácticas

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la distribución de los datos (Tabla.5). Los puntajes de conocimiento, actitudes y prácticas tenían un valor de P menor a 0.05 por lo tanto estas 3 variables no siguen una distribución normal y los métodos estadísticos a utilizar deben ser no paramétricos.

	Media	Desviación estándar	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Valor P
Conocimientos	9	3	9	8	11	0.001
Actitudes	4	2	4	4	5	0.0001
Prácticas	2	1	2	1	2	0.0001

Tabla 5. Medidas de tendencia central de los puntajes de conocimiento actitudes y prácticas.

Para evaluar una posible relación entre conocimientos, actitudes y prácticas se realizó una prueba de correlación de Pearson donde se observó una correlación positiva entre conocimientos y prácticas con un valor de correlación de 0.30, indicando un tamaño de efecto moderado ($p=0.004$). Esto sugiere que a medida que aumenta el conocimiento las prácticas preventivas tienden a incrementar. No encontró otras correlaciones significativas. La tabla 3. presenta los resultados de las correlaciones

Combinación	<i>r</i>	<i>p</i>
Conocimientos-Actitudes	.17	.165
Conocimientos-Prácticas	.30	.004
Actitudes-Prácticas	.09	.359

Tabla 6. Resultados de correlación de Pearson entre conocimientos, actitudes y prácticas.

Se realizaron diversas pruebas estadísticas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, entre los puntajes de CAP y cada variable demográfica según fuere apropiado. A continuación, se describen los resultados mediante tablas, y en caso de ser significativos mediante gráficos.

Se realizó una prueba U de Mann-Whitney para examinar si existían diferencias significativas en el nivel de conocimiento acerca del COVID-19 entre sexos (Tabla 4). El resultado fue no significativo: $U = 1015$, $z = -$

0.69 $p= 0.492$. Es decir que los niveles de conocimiento suelen ser similares entre participantes de sexo femenino y masculino

	media				
Variable	Hombre	Mujer	U	z	p
Conocimiento	49.33	53.78	1,015.00	-0.69	0.492

Tabla 7. Prueba U de Mann-Whitney de conocimientos para el sexo

Se realizó una prueba U de Mann-Whitney para examinar si existían diferencias significativas en el nivel de actitudes entre sexos (tabla 5). El resultado fue no significativo: $U = 1109$, $z = -0.01$ $p= 0.994$. Es decir que los niveles de actitudes suelen ser similares entre participantes de sexo femenino y masculino.

	media				
Variable	Hombre	Mujer	U	z	p
Actitudes	52.47	52.51	1,109.00	-0.01	0.994

Tabla 8. Prueba U de Mann-Whitney de conocimientos para actitudes

Se realizó una prueba U de Mann-Whitney para examinar si existían diferencias significativas en el nivel de prácticas entre sexos (tabla 6). El resultado fue significativo: $U = 833$, $z = -2.50$ $p= 0.013$. Es decir que los niveles de prácticas suelen ser menores en los participantes de sexo masculino que de sexo femenino.

	media				
Variable	Hombre	Mujer	U	z	p
Prácticas	43.27	56.24	833	-2.50	0.013

Tabla 9. Prueba U de Mann-Whitney de prácticas según el sexo

El gráfico 1 es un ejemplo visual donde se puede apreciar lo que se demostró anteriormente en la tabla 9. Es decir que se observa que si existe una diferencia entre los niveles de prácticas hacia el COVID-19 y el sexo.

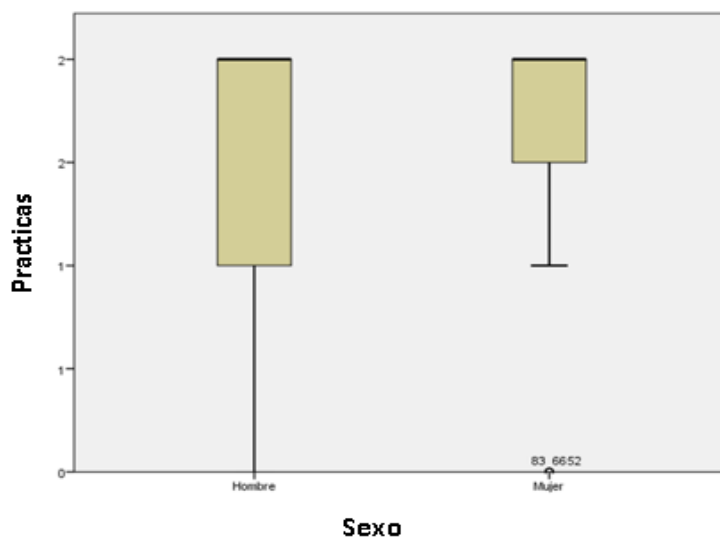


Gráfico 1. Gráfico de cajas que muestra de prácticas según el sexo

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de conocimiento de los participantes según el estado civil. La tabla 10 muestra sus resultados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento según el

estado civil ($\chi^2 = 1.977$, $p = 0.740$). Es decir que los niveles de conocimiento suelen ser similares entre los grupos.

Estado civil	mediana	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Soltero/a	60.87	1,977	4	0.740
Casado/a	52.00			
Viudo/a	57.00			
Divorciado/s eparado/a	61.25			
Union libre	52.58			

Tabla 10. Prueba Kruskal-Wallis de conocimiento según el estado civil.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de actitudes de los participantes según el estado civil. La tabla 8 muestra sus resultados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento según el estado civil ($\chi^2 = 4.305$, $p = 0.366$). Es decir que los puntajes de actitudes suelen ser similares entre los grupos.

Estado civil	media	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Soltero/a	60.87	1,977	4	0.740
Casado/a	52.00			
Vido/a	57.00			

Divorciado/s eparado/a	61.25	
Unión libre	52.58	

Tabla 11. Prueba Kruskal-Wallis de actitudes según el estado civil

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de prácticas de los participantes según el estado civil sus resultados se pueden observar en la tabla 9. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de prácticas según el estado civil ($\chi^2 = 5.233$, $p = 0.264$). Es decir que los puntajes de prácticas suelen ser similares entre los grupos.

Estado civil	media	χ^2	df	p
Soltero/a	53.55	5.233	4	0.264
Casado/a	61.88			
Vido/a	73			
Divorciado/s eparado/a	40.75			
Unión libre	53.94			

Tabla 12. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según el estado civil

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de conocimiento de los participantes según sus últimos estudios finalizados. La tabla 13 muestra sus resultados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento según los últimos estudios finalizados ($\chi^2 = 3.94$, $p = 0.414$). Es decir que los niveles de conocimiento suelen ser similares entre los grupos.

Últimos estudios finalizados	media	χ^2	df	p
Sin estudios o primaria sin terminar	55.72	3.94	4	0.414
Educación pre-escolar	71.25			
Educación básica general	50.44			
Bachiller	64.45			
Grado o universitario	55.79			

Tabla 13. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimiento según últimos estudios finalizados.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de actitudes de los participantes según sus últimos estudios finalizados. La tabla 14 muestra sus resultados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de actitudes según los últimos estudios finalizados ($\chi^2 = 3.94$, $p = 0.414$). Es decir que los niveles de actitudes suelen ser similares entre los grupos.

Últimos estudios finalizados	media	χ^2	df	p
Sin estudios o primaria sin terminar	59.90	6.11	4	191
Educación pre-escolar	94.75			
Educación básica general	58.21			
Bachiller	47.66			
Grado o universitario	50.43			

Tabla 14 Prueba U de Kruskal-Wallis de actitudes según últimos estudios finalizados.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de prácticas de los participantes según sus últimos estudios finalizados. La tabla 11 muestra sus resultados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de prácticas según los últimos estudios finalizados ($\chi^2 = 5.68$ $p = 0.224$). Es decir que los niveles de prácticas suelen ser similares entre los últimos estudios finalizados.

Últimos estudios finalizados	media	χ^2	df	p
Sin estudios o primaria	51.14	5.68	4	0.224

sin terminar		
Educación pre-escolar	73.00	
Educación básica general	58.36	
Bachiller	59.31	
Grado o universitario	38.57	

Tabla 15. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según últimos estudios finalizados

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de conocimiento de los participantes según la profesión. La tabla 16 muestra sus resultados, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento según la profesión ($\chi^2 = 13.008$, $p = 0.072$). Es decir que los niveles de conocimiento suelen ser similares entre los grupos.

Últimos estudios finalizados	media	χ^2	df	p
Labor manual	44.66	5.68	4	0.224
Trabajo de oficina	73.00			
Ventas o servicios	54.00			
Educación	30.50			

Salud	99.50	
Estudiante	70.92	
Trabajo doméstico	59.06	
Sin empleo	62.59	

Tabla 16. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimiento según profesión

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de las actitudes de los participantes según la profesión. La tabla 17 muestra sus resultados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento según la profesión ($\chi^2 = 13.008$, $p = 0.072$). Es decir que los niveles de actitudes suelen ser similares entre los grupos.

Últimos estudios finalizados	media	χ^2	df	p
Labor manual	66.36	13.495	4	0.061
Trabajo de oficina	52.50			
Ventas o servicios	67.06			
Educación	28.50			
Salud	6.25			

Estudiante	55.25	
Trabajo doméstico	52.03	
Sin empleo	58.36	

Tabla 17. Prueba U de Kruskal-Wallis de actitudes según profesión

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de prácticas de los participantes según la profesión, la tabla 18 muestra sus resultados. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de prácticas según la profesión ($\chi^2 = 17.235$, $p = 0.016$), donde los participantes del área de salud obtuvieron un puntaje de prácticas más elevado en relación a los otros grupos.

Profesion	media	χ^2	df	p
Labor manual	42.57	17.235	4	0.016
Trabajo de oficina	35.67			
Ventas o servicios	55.19			
Educación	45.00			
Salud	73.00			
Estudiante	57.17			
Trabajo doméstico	65.36			

Sin empleo	56.95	
------------	-------	--

Tabla 18. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según profesión

El gráfico 2 es un ejemplo visual donde se puede apreciar lo que se demostró anteriormente en la tabla 14. Es decir que se observa si existe una diferencia en las prácticas de los participantes del área de salud en relación a las demás.

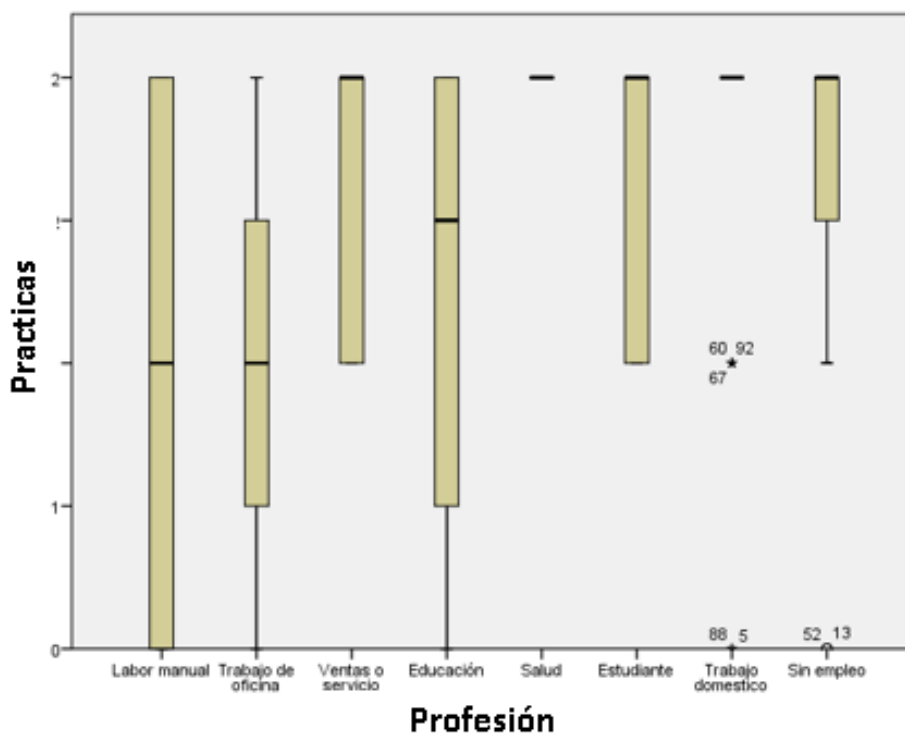


Gráfico 2. Gráfico de cajas que muestra el nivel de prácticas según la profesión.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de conocimiento de los participantes según el grupo etéreo, la tabla 19 muestra sus resultados. No se encontró diferencia

estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento según el grupo etáreo ($\chi^2 = 0.392$, $p = 0.822$). Es decir que los niveles de conocimiento suelen ser similares entre participantes de 18-29 años 30-49 años y más de 50 años.

Grupo etario	media	χ^2	df	p
18-29	58.71	0.32	2	0.822
30-49	54.17			
50+	55.28			

Tabla 19. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimientos según edad.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de actitudes de los participantes según el grupo etáreo, la tabla 20 muestra sus resultados. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de actitudes según el grupo etáreo ($\chi^2 = 6.025$, $p = 0.049$). Es decir que el puntaje de actitudes es significativamente mayor en el grupo de participantes de 18-29 que en los de 30-49 años y más de 50 años.

Grupo etario	media	χ^2	df	p
18-29	63.03	6.025	2	0.049
30-49	45.88			
50+	58.96			

Tabla 20. Prueba U de Kruskal-Wallis de actitudes según edad.

El gráfico 4 es un ejemplo visual donde se puede apreciar lo que se demostró anteriormente en la tabla 20. Es decir que se observa si existe una diferencia en las actitudes de los participantes en el grupo etario de 18-29 años que en los de 30-49 y más de 50 años.

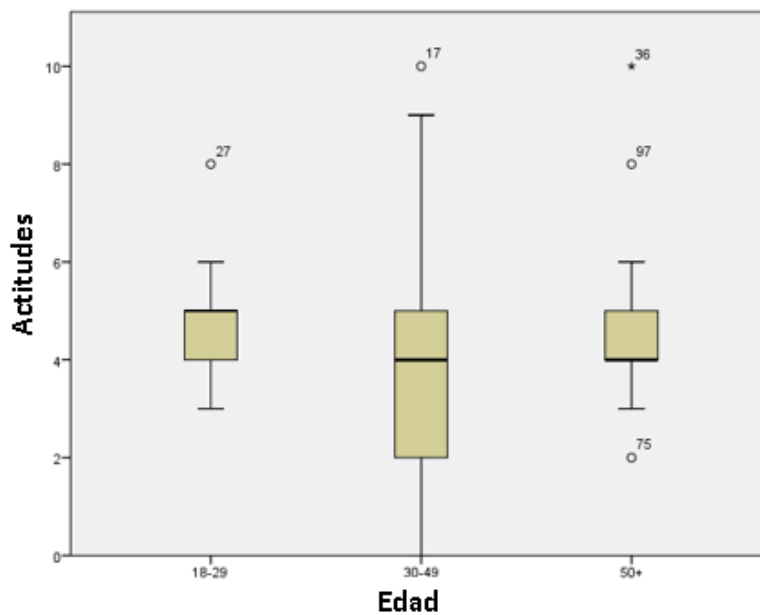


Gráfico 4. Gráfico de cajas que muestra el nivel de actitudes según edad.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de prácticas de los participantes según el grupo etáreo, la tabla 21 muestra sus resultados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de prácticas según el grupo etáreo ($\chi^2 = 2.072$, $p = 0.355$). Es decir que los niveles de prácticas suelen ser similares entre participantes de 18-29 años 30-49 años y más de 50 años.

Grupo etario	media	χ^2	df	p
--------------	-------	----------	----	---

18-29	52.06	2.072	2	0.355
30-49	54.81			
50+	60.53			

Tabla 21. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según edad.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de conocimientos de los participantes según la red social que utilizan, la tabla 22 muestra sus resultados. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimientos según la red social utilizada ($\chi^2 = 3.24$, $p = 0.519$). Es decir que los niveles de conocimientos fueron similares entre los usuarios de distintas redes sociales.

Red social	media	χ^2	df	p
Facebook	57.90	3.24	4	0.519
Instagram	35.00			
Otra	45.50			
Varias	60.87			
Ninguna	50.91			

Tabla 22. Prueba U de Kruskal-Wallis de conocimientos según red social utilizada.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de actitudes de los participantes según la red social utiliza, sus resultados se observan en la tabla 23. Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 9.86$ $p = 0.043$). Indicando que los niveles de actitudes eran mayores en los usuarios de facebook que de otras redes sociales.

Red social	media	χ^2	df	p
Facebook	66.48	9.86	4	0.043
Instagram	41.00			
Otra	28.62			
Varias	47.63			
Ninguna	57.62			

Tabla 23. Prueba U de Kruskal-Wallis de actitudes según red social utilizada.

El gráfico 4 es un ejemplo visual donde se puede apreciar lo que se demostró anteriormente en la tabla 23 Es decir que se observa que existe una diferencia significativa en las actitudes de los participantes en el grupo etario de 18-29 años que en los de 30-49 y más de 50 años.

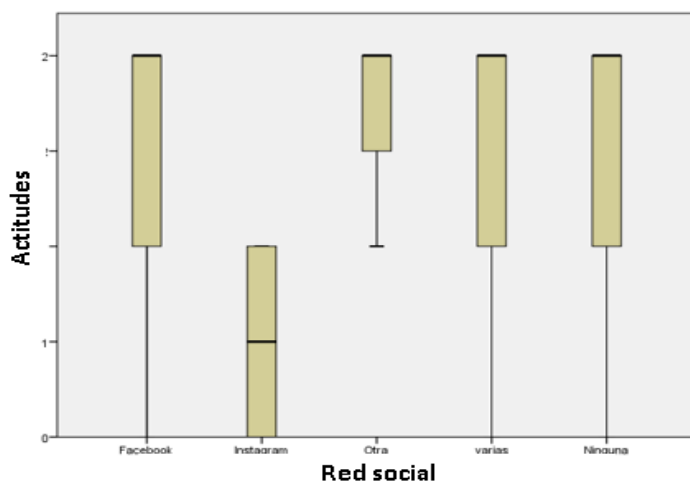


Gráfico 4. Gráfico de cajas que muestra el nivel de actitudes según la red social utilizada.

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias entre el puntaje de prácticas de los participantes según la red social que utilizan. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje de prácticas según la red social utilizada ($\chi^2 = 5.07$, $p = 0.280$). Es decir que los niveles de conocimientos fueron similares entre los usuarios de distintas redes sociales.

Red social	media	χ^2	df	p
Facebook	57.27	5.07	4	0.280
Instagram	16.75			
Otra	60.25			
Varias	57.16			
Ninguna	54.15			

Tabla 24. Prueba U de Kruskal-Wallis de prácticas según red social utilizada

4.2 Discusión de resultados

Este trabajo de investigación se realizó con la premisa de la falta de información acerca de los conocimientos, actitudes y percepciones acerca del COVID-19 en habitantes del ámbito rural de Ecuador. Debido a la dificultad de acceso y la negatividad por parte de los habitantes de las comunidades rurales a participar el estudio la muestra fue pequeña, por lo que se necesitan estudios con mayor número de participantes para poder generalizar los resultados que se discuten a continuación.

El presente estudio demostró una correlación directa, de efecto moderado entre los niveles de conocimiento acerca del COVID-19 y los niveles de prácticas preventivas. Por otra parte, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de conocimiento y de actitudes, ni entre los niveles de actitudes y de prácticas. Dicha correlación se puede explicar de manera que las personas en áreas rurales al adquirir mayor conocimiento acerca del COVID-19 aplican mejor las practicas hacia la prevención de la transmisión.

Al analizar los resultados de los puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas se determinó que estas no siguen una distribución normal, por lo que se usaron métodos estadísticos no paramétricos para su descripción. La mediana en caso de los puntajes de conocimientos fue de 9 (DE 3, rango de 0-15) este resultado fue menor que el obtenido en un estudio realizado por Bates en Ecuador, por lo tanto, se sugiere que existe un menor nivel de conocimiento por parte de los habitantes de la zona rural (6). Al compararlo con estudios realizados en el ámbito rural, el puntaje era similar (9). No obstante, debido a la modificación del cuestionario esta comparación pierde

significancia y hay necesidad de realizar más estudios con cuestionarios que se asemejen más a los originales si se desea comprar los datos de manera más apropiada.

Ciertas preguntas tuvieron valores similares en frecuencia de respuestas correctas al comparar al estudio de Bates (6). Estas fueron: ¿El COVID-19 se transmite por vía respiratoria? que al compararlo con el estudio realizado por bates mostró un porcentaje similar de frecuencia de respuestas correctas (90.99% vs 91.5%), y ¿Las personas cercanas a alguien positivo para covid-19 deben aislarse inmediatamente por un periodo de observación de 14 días? (91.89% vs 98.6%) Esto muestra que las personas del área rural las muestras tienen un buen nivel de conocimientos sobre la vía de transmisión principal de virus, y medidas de prevención al momento del contagio. No obstante, la pregunta sobre transmisión asintomática mostró un valor significativamente menor que su contraparte utilizada por bates (62.16% vs 93%).

En lo que respecta a las preguntas de actitudes la frecuencia de actitudes positivas hacia el COVID-19 fueron significativamente mayores que el estudio de bates (6). En la pregunta cree que el COVID-19 finalmente será controlado con éxito la frecuencia de respuestas positivas fue 71.17% a diferencia del estudio de Bates donde se observó 47.5% esto se puede deber a que al inicio de la pandemia hubo mayor mortalidad por parte del COVID-19, por lo tanto, las actitudes eran más negativas. No obstante, al comparar dichos porcentajes con el estudio realizado por Yu en una población de bajos recursos de China, los porcentajes de respuestas positivas hacia si el COVID-19 finalmente será controlado fueron menores. (71.17% vs 91.6%)(33). Lo que se podría explicar por diferencias culturales entre los habitantes de nacionalidad ecuatoriana y de nacionalidad China.

En la pregunta de si confía en que Ecuador pueda ganar la batalla contra el COVID-19 la diferencia fue de 80.18% a 63.5 (6). Esto probablemente se explique por la misma razón de la mortalidad o por algún factor externo del ámbito rural. Por otra parte, al comparar dichos porcentajes con los obtenidos en un estudio realizado en un pequeño pueblo de China con participantes de niveles bajos de educación los puntajes obtenidos en el presente estudio al compararlo con porcentajes de 99.8% de participantes que confían que China ganara su batalla contra el COVID-19 (33). Esto también se podría explicar por diferencias socioculturales entre los habitantes de Ecuador y de china

En lo que respecta a las prácticas, en la pregunta acerca del uso de la mascarilla, los puntajes fueron significativamente menores que en el estudio de Bates (70.27% vs 93.2%) y que en estudio de Yu (70.27% vs 87.4%), esto puede ser debido a que actualmente las restricciones hacia el uso de mascarilla se han reducido. En el caso de la pregunta sobre lavado de manos, se observó un puntaje ligeramente menor al compararlo con el estudio de Bates (84.68% vs 96.6). Esto demuestra que los niveles de prácticas son menores en la muestra del ámbito rural.

Además de esta correlación entre conocimientos y prácticas, ciertos resultados adicionales también sugieren que ciertos datos demográficos son marcadores de diferencias entre conocimientos, actitudes y prácticas. El presente estudio demostró que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y menores niveles de prácticas hacia el COVID-19. Esto cobra sentido si se analiza el hecho de que por lo general los habitantes de sexo masculino que habitan en zona rurales realizan trabajos de labor manual, de manera suelen utilizar menos la mascarilla al salir de casa.

De igual forma, se encontró de manera estadísticamente significativa que los participantes del área de salud obtuvieron un puntaje de prácticas más elevado que en relación a los otros grupos. Lo cual se podría explicar por las mayores medidas de prevención que se ven relacionadas al conocimiento por parte del personal de salud. No obstante, al evaluar los conocimientos por profesión no hubo diferencias estadísticamente significativas, por lo que se necesitan más estudios para corroborar esta teoría.

Otras relaciones significativamente estadísticas que se encontró fue entre los habitantes de menor edad y las actitudes positivas hacia el COVID-19. Los habitantes del grupo etario entre 18-29 tuvieron puntajes significativamente mayores que los grupos etarios mayores. Esto se podría explicar por factores asociados a mayor porcentaje de actitudes negativas relacionadas a los grupos de mayor edad.

Capítulo 5: Conclusiones Y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Dado que los datos acerca de los CAP en comunidades rurales de nacionalidad ecuatoriana son escasos o inexistentes, este estudio brinda información innovadora acerca del nivel de los CAP en dicha población. El primer objetivo específico de determinar los CAP de la población estudiada se cumplió mediante la tabla # 3 que mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se describe dichos resultados como medianas, ya que al ser medidas no paramétricas es la forma más adecuada de describir la distribución de resultados. Vemos que esto indica que los conocimientos de las comunidades rurales son de niveles bajos a moderados y menores al ser comparados en áreas urbanas (7).

Los puntajes de actitudes resultaron mayores que los encontrados en estudios previos en comunidades urbanas en el país, lo que indica que las personas de áreas rurales tienen una actitud positiva hacia el COVID-19 lo que refuerza su posible participación en la capacitación que se podría brindar a estas comunidades. Las practicas resultaron con porcentajes menores que en otros estudios. Por lo tanto, se concluye que las personas en áreas rurales están en necesidad de refuerzo en sus conocimientos, y junto con valores altos en niveles de actitudes indica que dichas comunidades tienen la predisposición a adoptar posturas positivas y mejorar sus conocimientos y por lo tanto sus prácticas hacia el COVID-19.

El segundo objetivo específico de la investigación que era el de evaluar la existencia de una posible correlación entre el conocimiento, las actitudes y las practicas se cumple mediante la tabla #2, mediante la prueba de correlación de Pearson se observó que existía una correlación moderada

entre los conocimientos y las prácticas en la población encuestada, sin encontrarse otras correlaciones significativas entre las otras variables de CAP. No obstante, esta es posiblemente la correlación más importante que se pudo encontrar, ya que ahora se concluye que aumentando el nivel de conocimientos de dichas poblaciones se aumentaría sus niveles de prácticas preventivas.

El objetivo específico #3 del presente trabajo, que era el de evaluar una posible relación entre los CAP y las variables demográficas se cumplió mediante la realización de pruebas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney según fuera apropiado entre los CAP el tipo de variable demográficas. Los resultados de estas pruebas reflejaron diferencias significativas entre los participantes con profesión en salud y mejores prácticas preventivas hacia el COVID-19, sexo masculino y peores prácticas preventivas, así como las actitudes con puntajes significativamente mayores en el grupo etario de 18 a 29 años. Por lo tanto, se concluye que las personas de grupos etarios menores y de profesión relacionada a la salud deben estar involucradas en la educación hacia conocimientos y prácticas preventivas hacia el COVID-19.

Finalmente, de igual manera se reflejaron diferencias significativas hacia mayores niveles de actitudes hacia el COVID-19 en los usuarios de Facebook a diferencia de otras redes sociales. Esto sugiere que las redes sociales, especialmente Facebook puede ser un medio útil y efectivo para mejorar los CAP hacia el COVID-19 de las personas en áreas rurales.

El objetivo general del estudio que fue el de describir los CAP hacia el COVID-19 se completa mediante todo lo anteriormente resumido, y mediante las frecuencias de respuestas correctas de CAP de cada pregunta de manera individual. En estas se observó que un puntaje de respuestas correctas que tenía disparidad hacia una reducción del nivel al

ser comparado con otros estudios fue el de uso de mascarilla, esta al ser una medida costo efectiva en reducir la probabilidad de infección indica que se requiere intervenciones para poder reforzar el uso de mascarillas en especial en caso de contacto con personas fuera del núcleo familiar o en caso de aglomeraciones.

Si bien el porcentaje encuestados vacunados fue alto, mostrado por el alto porcentaje, por arriba del 90% de personas vacunadas, los puntajes que evaluaban el tiempo desde la aplicación de la vacuna hasta alcanzar la inmunidad fueron los más bajos en el presente estudio. Ante la vacunación actual hasta incluso una quinta dosis de refuerzo aprobada para la sub-variante más actual del omicron (34), se requiere tomar en cuenta esto para que las personas que son vacunadas adquieran el conocimiento que deben mantener las medidas de prevención de manera más rigurosa las dos semanas hasta que se alcanza la inmunidad completa proporcionada por la vacuna.

Se debe también reforzar el conocimiento acerca del aumento de transmisibilidad que tienen las nuevas variantes del COVID-19, así como su posibilidad de tratamiento. Para que las personas puedan aumentar su prevención en casos de contactos en la comunidad y núcleos cercanos y acudan a tratamiento oportuno de haber casos severos.

No obstante, debido al difícil acceso hacia las comunidades rurales la muestra fue pequeña y los resultados no pueden ser generalizables a toda la comunidad rural del país. Esto afianza la necesidad de realizar más estudios de CAP hacia el COVID-19 en comunidades rurales para con una muestra más grande hallar datos que describan mejor los CAP y poder generalizarlos al ámbito rural en general.

5.2 Recomendaciones

La apertura a los miembros de las comunidades rurales es difícil, hubo mucho rechazo a la participación en el estudio por parte de los integrantes de dichas comunidades. Se recomienda acudir a las comunidades con una persona que conozca la comunidad previamente, o contactar al líder de la comunidad para intentar aumentar la apertura.

También se recomienda mantener las preguntas de la encuesta con los términos más claros y adaptados a comunidades rurales posibles, así como no extenderse por períodos de tiempo prolongados.

Referencias

1. OPS. Coronavirus [internet]. OPS. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
2. OMS. *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS* [internet]. OMS. 2020 [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
3. OMS. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard* [internet]. OMS. 2022 [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
4. Worldometers.info. *WORLD / COUNTRIES / ECUADOR* [internet]. Dover, Delaware, U.S.A. 2022; [actualizado el 23 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/ecuador/>
5. Herby J, Jonung L, et al. A LITERATURE REVIEW AND META-ANALYSIS OF THE EFFECTS OF LOCKDOWNS ON COVID-19 MORTALITY. *Studies in Applied Economics* [internet]. 2022 [Citado 24 marzo 2022]. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/ris/jhisae/0200.html>
6. Zhong B, Luo 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. *IVYSPRING* [internet]. 2020 [citado 24 marzo 2022]. Vol. 16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098034/>

7. Bates BR, Moncayo AL, Costales JA, Herrera-Céspedes CA, Grijalva MJ. Knowledge, Attitudes, and Practices Towards COVID-19 Among Ecuadorians During the Outbreak: An Online Cross-Sectional Survey. *J Biol Sci* [internet]. 2020 [citado 25 marzo 2021] 16 (10): 1745-1752. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7483492/>
8. Aumala T, Cardenas M, Vergara D, Vasconez M, Palacios I, Teran E. Risk perception and Knowledge, Attitudes, and Practices Against COVID-19 in a Hypertensive Population From a Semi-Urban City of Ecuador. *Frontiers in Public Health* [internet]. 2021 [citado 23 de marzo de 2022]. 9: 734065. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.734065/full#h12>
9. Siddiquea BN, Shetty A, Bhattacharya O, et al. Global epidemiology of COVID-19 knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* [internet]. 2021;11:e051447. [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e051447>.

Yue S, Zhang J, Cao M, Chen B. Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 Among Urban and Rural Residents in China: A Cross-sectional Study. *J Community He* [internet]. 2020 [citado 25 marzo 2021] 46, 286-291. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-020-00877-x>
10. Saadatjoo S, Miri M, et al. Knowledge, attitudes, and practices of the general population about Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis with policy recommendations. *Public health*. [internet]. 2021 [citado 26 de marzo d 2022]. 194, 185-195. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7988473/>

11. THE WORLD BANK. Rural population (% of total population) - Ecuador | Data [Internet]. Data.worldbank.org. 2022 [Citado 26 marzo 2022]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=E>
12. Meyerowitz E, Richterman A, Gandhi R, Sax P. Transmission of SARS-Cov-2: A Review of Viral, Host and Environmental Factors. *Annals of internal Medicine* [internet]. 2021; 174(1): 69-79. [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-5008?journalCode=aim>
13. Wei Xiang S, Chiew C. Clinical and Virological Features of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Variants of Concern: A Retrospective Cohort Study Comparing B.1.1.7 (Alpha), B.1.351 (Beta), and B.1.617.2 (Delta). *Clinical Infectious Diseases* [internet]. 2021; 75(1): 1128-1136. [citado 24 de marzo de 2022]
14. Harvey WT, Carabelli AM, et al; COVID-19 Genomics UK Consortium. SARS-CoV-2 variants, spike mutations and immune escape. *Nat Rev Microbiol* [internet]. 2021; 19:409–24 [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41579-021-00573-0>
15. Meyerowitz E, Richterman A, Gandhi R, Sax P. Transmission of SARS-Cov-2: A Review of Viral, Host and Environmental Factors. *Annals of internal Medicine* [internet]. 2021; 174(1): 69-79. [citado 24 de marzo de 2022] Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-5008?journalCode=aim>
16. He X, H E, Lau Y, Wu P, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature medicine* [internet]. 2020 [citado 4 abr 2021] Vol 26 (672-675). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

17. Choi JY, Smith DM, et al. SARS-CoV-2 Variants of Concern. *Yonsei Med J*. [internet] 2021 [citado 10 abr 2021] Nov;62(11):961-968. Disponible en: <https://www.eymj.org/DOIx.php?id=10.3349/ymj.2021.62.11.961>
18. Vidal LM, Baldoquín RW, et al. Número Básico de Reproducción (R0). *Revista Cubana de Educación Médica Superior* [internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2021] 34(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem2020/cem204r.pdf>
19. Araf Y, Akter F, et al. Omicron variant of SARS-CoV-2: Genomics, transmissibility, and responses to current COVID-19 vaccines. *J Med Virol* [internet]. 2022 [citado 5 de febrero de 2022] 94,1825–1832. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27588>
20. THE NATION THAILAND. Omicron now 2nd-most contagious disease in World. *nationthailand* [Internet].; 2022 [citado 24 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.nationthailand.com/in-focus/40010798>
21. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med* [internet]. 2020 May;26(5):676-680. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0843-2>
22. Use and care of masks [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. Centers for Disease Control and Prevention; [citado 24 marzo 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/about-face-coverings.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprevent-getting-sick%2Fcloth-face-cover-guidance.html

23. Fiolet T, Kherabi Y, MacDonald C, Ghosn J, Peiffer-Smadja. Comparing COVID-19 vaccines for their characteristics, efficacy and effectiveness against SARS-COV-2 and variants of concern: a narrative review. CMI [internet]. 2022 [citado 24 marzo 2022]. Vol 28, 2 (202-221). Disponible en: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(21\)00604-2/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(21)00604-2/fulltext)
24. OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-COV-2. World Health Organization; [citado 26 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
25. Saxena S, Kumar S, Ansari S, Paweska J, Maurya V, Tripahi A, Abdel-Moneim A. Transmission dynamics and mutational prevalence of the novel Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 Omicron Variant of Concern. Wiley [internet]. 2022. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27611>
26. Oran D, Topol E, et al. Prevalence of Asymptomatic SARS-Cov-2infection. AIM [internet]. 2020 [citado 4 abr 2021]. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-3012>
27. Peralta G, Carozzo T, Sierra M, Figueroa E. Enfermedad por coronavirus (COVID-19): la pandemia según la evidencia actual. INNOVARE [internet]. 2020 [citado 10 oct 2021]. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/INNOVARE/article/view/9657/11050>
28. Li J, Huang DQ, Zou B, Yang H, Hui WZ, Rui F, Yee NTS, Liu C, Nerurkar SN, Kai JCY, Teng MLP, Li X, Zeng H, Borghi JA, Henry L, Cheung R, Nguyen MH. Epidemiology of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, risk factors, and outcomes. J Med Virol

- [internet]. 2021 [citado 20 oct 2021] Mar;93(3):1449-1458. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.26424>
29. Ng W, Tipih T, Makoah NA, Vermeulen JG, Goedhals D, Sempa JB, Burt FJ, Taylor A, Mahalingam S. Comorbidities in SARS-CoV-2 Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. *mBio* [internet]. 2021 [citado 13 Sept 2021] 9;12(1). Disponible en: https://journals.asm.org/doi/full/10.1128/mBio.03647-20?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org
30. OMS. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. OMS [ONTERNET]. 2020 [citado 15 oct 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. ATS. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. *ATS JOURNALS* [internet]. 2019 [citado 15 oct 2021]. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201908-1581ST>
32. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a sistematic review and meta-analysis. *Nature* [internet]. 2021 [citado 20 oct 2021]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-95565-8>
33. Yu SI-YI, Luo Jun-JUN. Knowledge, Attitudes, and Practices toward COVID-19 and Vaccines among Chinese Small-Town Residents: A Cross-sectional Study. *Am J Trop Med Hyg* [internet]. 2022 [citado 2 sept 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35895333/>

34. U.S. Food and Drug Administration. 2022. *Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Authorizes Moderna, Pfizer-BioNTech Bivalent COVID-19 Vaccines for Use as a Booster Dose*. [internet] 2022 [citado 2 sept 2022] Disponible en: <<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-moderna-pfizer-biontech-bivalent-covid-19-vaccines-use>>

Anexos

Anexo. 1 Cuestionario de recolección de datos

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS HACIA EL COVID-19 PARA HABITANTES DE ZONAS RURALES”

Estimado participante

Estamos llevando a cabo un estudio para evaluar los conocimientos de los ecuatorianos en zonas rurales, hacia el Covid-19. Por favor, ayúdenos respondiendo esta breve encuesta. Toda la información proporcionada por usted permanecerá de forma confidencial y anónima. Su participación es totalmente voluntaria y esto no le afectará de ninguna manera.

Usted tiene la opción de retirarse en cualquier momento por cualquier motivo sin que esto le perjudique.

Este cuestionario requiere de su atención por unos 10 minutos, procure estar en un ambiente tranquilo y sin interrupciones durante ese tiempo.

Usted debe saber que:

- 1) Su participación en este estudio es totalmente voluntaria.
- 2) La participación o no participación no supondrá para usted ningún beneficio ni perjuicio.
- 3) Todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán la Legislación de Protección de Datos de Ecuador.
- 4) La información obtenida únicamente se utilizará para los fines específicos del estudio.
- 5) Una vez que comience a contestar el cuestionario, es libre de abandonar el estudio en cualquier momento, no suponiendo ningún tipo de consecuencias para usted.

Si tiene alguna duda puede contactarse con Santiago Ruiz al correo saruizr@uees.edu.ec o al director del estudio el Lic. Geovanny Alvarado Villa al correo galvarado@uees.edu.ec.

Con base en lo expuesto su declaración: Conocedor de mis derechos a la salud, estoy de acuerdo en participar de este cuestionario. La información que aporte será de uso confidencial, por lo que no se revelará a otras personas, por lo tanto, no afectará mi situación laboral y/o personal y será utilizada solo con fines de investigación.

Acepto participar en este estudio

1. ¿La mayoría de los casos de COVID-19 son casos leves?

SI
NO

2. ¿El Covid-19 se transmite por vía respiratoria?

SI

NO

3. Con el pasar el tiempo el COVID-19 se ha vuelto más leve

SI
NO

4. Con el pasar del tiempo el COVID-19 se ha vuelto más transmisible

SI
NO

5. ¿Qué una persona enferma con COVID-19 presente ahogo al estar en descanso indica que su enfermedad podría ser grave y necesita atención médica?

SI
NO

6. ¿El COVID-19 puede causar síntomas que permanezcan a largo plazo?

SI
NO

7. ¿Las personas con COVID-19 pueden transmitir el virus cuando no presentan ningún síntoma?

SI
NO

8. ¿Las personas con COVID-19 transmiten más el virus dos días antes de presentar síntomas?

SI
NO

9. ¿Todas las personas que entren en contacto deberían estar usando mascarilla para tener el mayor grado de prevención

SI
NO

10. ¿Los animales se pueden contagiar de COVID19

SI
NO

11. ¿Actualmente, existe algún tratamiento aprobado para el COVID-19 que reduzca la probabilidad de muerte?

SI
NO

12. ¿A medida que pasa el tiempo el COVID-19 puede cambiar?

SI
NO

13. ¿En qué momento se alcanza el mayor grado de protección dado por las vacunas para el COVID-19 después de su aplicación?

SI
NO

14. ¿Morir por COVID-19 es más probable que por algún efecto secundario de alguna vacuna?

SI
NO

15. ¿Las personas cercanas a alguien positivo para COVID-19 deben aislarse inmediatamente por un período de observación de 14 días?

SI
NO

16. ¿Está de acuerdo en que COVID-19 finalmente se controlará con éxito?

SI
NO

17. ¿Confía en que Ecuador pueda ganar la batalla contra el virus COVID-19?

SI
NO

18. ¿Usted cree que el aislamiento y el distanciamiento social son formas efectivas de reducir la propagación del COVID-19?

SI
NO

19. ¿Cree que las vacunas hacia el COVID-19 son importantes para la batalla contra el COVID-19?

SI
NO

20. ¿La pandemia ya acabó?

SI
NO

21. ¿Usted está vacunado para el COVID-19?

SI
NO

22. Cuantas dosis se aplicó de la vacuna

Ninguna
1
2
3
4

23. En la última semana, ¿ha usado una mascarilla?

SI
NO

24. En la última semana, ¿se ha lavado las manos cada vez que llega a casa?

SI
NO

25. ¿Qué edad tiene?

26. ¿Cuál es su sexo?

Masculino

Femenino

27. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/Separado/a

Unión libre

28. ¿Cuáles son sus últimos estudios finalizados?

Sin estudios o primaria sin terminar

Educación pre-escolar

Educación básica general

Bachiller

Grado o Universitario

Postgrado

29. ¿A qué se dedica?

Labor manual

Trabajo de oficina

Ventas o servicio

Educación

Salud

Estudiante

Trabajo doméstico

Sin empleo

30. ¿Cuál es la red social de las enlistadas que más usa?

- Facebook
- Instagram
- Twitter
- Tik Tok
- Otras
- Varias
- Ninguna

Anexo. 2 Cronograma de actividades

Actividad	Meses											
	Jun 2021	Jul 2021	Ene 2022	Feb 2022	Mar 2022	Abr 2022	May 2022	Jun 2022	Jul 2022	Ago 2022	Sept 2022	Oct 2022
Ficha técnica - elaboración	x											
Ficha técnica - entrega	x											
Ficha técnica - aprobación por consejo		x										
Anteproyecto - elaboración			x	x								
Anteproyecto - sustentación					x							
anteproyecto - aprobación						x						

Datos - recolección							x	x				
Datos - procesamiento									x			
Tesis- borrador final										x		
Tesis - entrega final											x	
Sustentación de tesis												x

Anexo. 3 Informe de SafeAssign

3/10/22, 10:10

Originality Report

Blackboard
 Informe de originalidad de SafeAssign
 ROOT

GEOVANNY EFRAIN ALVARADO VILLA

Puntuación total: Riesgo bajo 12 %

UUID de entrega: ea27996e-c23e-823-0625-2af09b1094

Número total de informes	Coincidencia máxima	Coincidencia promedio	Enviado el	Conteo de palabras promedio
1	12 % Tesis Santiago Andres Ruiz Ron FINAL c-	12 %	03/10/22 09:52 GMT-5	15.192 Más alto: Tesis Santiago Andres Ruiz Ro-

Documento adjunto 1 12 %

Conteo de palabras: 15.192
 Tesis Santiago Andres Ruiz Ron FINAL corrigida (1).docx

Internet (9)

5 %

- | | | |
|-----------|--|-----------------|
| op | wikipedia | neurpsicolatina |
| wikipedia | ucm | fce |
| wikipedia | scie nc | docplayer |

Base de datos global (12)

5 %

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Documento del estudiante | Documento del estudiante | Documento del estudiante |
| Documento del estudiante | Documento del estudiante | Documento del estudiante |
| Documento del estudiante | Documento del estudiante | Documento del estudiante |
| Documento del estudiante | Documento del estudiante | Documento del estudiante |

Archivo de documentos institucionales (6)

2 %

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Documento del estudiante | Documento del estudiante | Documento del estudiante |
| Documento del estudiante | Documento del estudiante | Documento del estudiante |

Publicaciones y diarios académicos (2)

0%

19 Documento de ProQuest

25 Documento de ProQuest

Fuentes principales (3)

5 up

9 Documento del estudiante

12 wikipedia

Fuentes excluidas (0)

1 UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
2 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD "DR. ENRIQUE ORTEGA MOREIRA"
3 ESCUELA DE MEDICINA
Conocimiento, actitudes y prácticas hacia el COVID-19 en sectores rurales de la provincia del Guayas en el año 2022
TÍTULO ACADÉMICO: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PARA EL TÍTULO MÉDICO
AUTOR: Santiago Andrés Ruiz Ron

https://uees.blackboard.com/webapps/mdb-sa-BB6102c0bd668e7/originalityReport/ultra?course_id=_9386_1&paperId=5893446976&print=true 1/33

3/10/22, 10:10

Originality Report

TUTOR: Alvarado Villa Geovanny Efrain

2 Samborondon, septiembre 2022

Dedicatoria

A mi familia y mis mejores amigos (un grupo pequeño que casi podría contar con una mano) por ser el pilar y apoyo que he tenido durante toda mi vida, y sin los que nada de esto fuera posible y sin los cuales no estaría donde estoy.

A mis padres Humberto y Jenny por ponerme a mí y a mi formación sobre todas las cosas apoyándome siempre con amor y apoyo incondicional. También a mis tíos Fernando, Cristina, Mónica y Juan Carlos que han sido un gran apoyo para mi familia especialmente para mí y mi mamá, al apoyar a que yo llegue a este punto de mi carrera.

A mis hermanos Melissa y Gonzalo que siempre han querido lo mejor para mí y me han apoyado de cualquier manera que les fuese posible.

A mi tía Yola que siempre ha sido muy buena, cariñosa y amable conmigo, y a su esposo, mi tío Paulín que falleció durante este año. Él siempre fue una persona muy bondadosa, ejemplo para que yo me convierta en la persona humanitaria que soy hoy en día.

A todos mis primos que quiero mucho y que admiro porque son buenas y exitosas personas.

Y, finalmente a mis sobrinos Jorge y Santiago, niños llenos de amor hacia los cuales siempre he tratado de ser el mejor ejemplo a seguir que he podido.

Reconocimientos

A mi universidad, la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, por acogerme como estudiante de medicina, donde pasé muchos buenos años de mi vida y donde conocí a muchas personas que me compartieron de sus conocimientos y experiencias de vida.

Al Dr. Bolívar Zurita que siempre nos incentivó para que estudiemos más y seamos buenos profesionales al cual le debo gran parte de mi motivación para estudiar y ser un buen alumno.

Al Dr. Carlos Farhat que me impartió la cátedra de fisiología y siempre tuvo la paciencia y se tomó el tiempo para que entendamos bien el funcionamiento del cuerpo humano.

A la Dra. Fanny Solórzano, mi consejera que siempre brindo su apoyo en cualquier situación que lo necesite y que me aconseja y preparo excelentes clases y simulaciones para que pongamos en práctica nuestros conocimientos.

A todo el resto de docentes que pusieron su granito de arena en nuestra formación como profesionales cuya lista fuera muy larga para incluir en esta página de reconocimientos.

Índice general

Introducción. 9

CAPÍTULO 1. 11

1.1 Antecedentes. 11

4 1.3 Justificación. 13

de reconocimientos.

Índice general

Introducción. 9

CAPÍTULO 1. 11

1.1 Antecedentes. 11

④ 1.3 Justificación. 13

⑤ 1.4 Objetivo general. 13

⑤ 1.5 Objetivos específicos. 13

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO. 15

2.1 Virología 15

2.2 Transmisibilidad 15

2.3 Prevención 17

2.4 Variantes de preocupación 18

2.5 Características clínicas 19

2.6 COVID-19 asintomático 20

2.7 COVID-19 sintomático 21

2.8 Comorbilidades 21

2.9 Severidad 22

2.10 Síntomas a largo plazo 23

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA. 26

3.1 Diseño de investigación. 26

3.1.1 Tipo de investigación 26

④ 3.1.2 Lugar de investigación. 26

3.2 ⑥ Población y muestra. 33