



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL USO DE MASCARILLA Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19, CUENCA-ECUADOR. ABRIL 2020.

Proyecto de investigación
previo a la obtención del título
de Médico.

Autoras:

Pamela Estefanía Rodas González
Ci: 0105724348
pame.rodas@hotmail.com

Paula Berenice Rosas Izquierdo
Ci: 1600504425
rosasizquierdopaula@gmail.com

Director y Asesor:

Dr. Bernardo Vega Crespo. MD, OB/GYN, MSC.
Ci: 0102146917

CUENCA - ECUADOR

03 de Marzo 2021



RESUMEN

Antecedentes: El 29 de febrero del 2020 se presenta el primer caso de SARS-CoV-2 en el Ecuador y en marzo del mismo año la OMS declaró el COVID-19 como pandemia. Dado que actualmente no existe tratamiento ni vacuna disponible en el país contra el nuevo coronavirus, la prevención podría ser la mejor alternativa para combatir este virus.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social durante la pandemia COVID-19, Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo transversal con universo de 1651 participantes, la información se obtuvo de la base de datos del proyecto International Citizen Project Covid 19 (ICPCovid-19), primera ronda. La información se procesó con el programa SPSS V.25 y el análisis se realizó mediante estadística descriptiva con el uso de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (variables cuantitativas).

Resultados: La edad media de los participantes fue de 29,74 años, predominio del género femenino 60,3%, solteros 66,9% y nivel de instrucción superior 58,5%. Más del 91% usaron mascarilla al salir fuera y respetaron el distanciamiento de 1.5 a 2 metros, además un porcentaje mayor al 99% no acudieron a lugares públicos, no utilizaron el transporte público ni realizaron viajes. Se encontró que el género femenino y adultos mayores cumplieron en mayor medida con el uso de mascarilla y distanciamiento social.

Conclusiones: Existe una alta aceptación a las medidas de prevención por parte de la población cuencana.

Palabras clave: COVID-19. Mascarilla. Distanciamiento social. Sanidad pública. Prevención.



ABSTRACT

Background: On February 29, 2020, the first case of SARS-CoV-2 occurred in Ecuador, and in March of the same year, the WHO declared COVID-19 as a pandemic. Currently there is no treatment or vaccine available in the country against the new coronavirus, so the prevention could be the best alternative to combat this virus.

Objective: To identify the factors related to adherence to the use of a mask and social distancing during the COVID-19 pandemic, Cuenca-Ecuador. April 2020.

Methodology: A cross-sectional, descriptive study was carried out with a total of 1651 participants. The information was obtained from the database of the International Citizen Project Covid 19 (ICPCovid-19), first round. The information was processed with the SPSS V.25 program, and the analysis was performed through descriptive statistics with the use of frequencies, percentages, and measures of central tendency (quantitative variables).

Results: The average age of the participants was 29.74 years old. A predominance of 60.3% was female, 66.9% single, and 58.5% higher education level. More than 91% used a mask when going outside and respected the distance of 1.5 to 2 meters. Also, a percentage greater than 99% did not go to public places, did not use public transport, and did not travel. It was found that the female gender and older adults complied with the use of a mask and social distancing.

Conclusions: There is a high acceptance of prevention measures by the population of Cuenca.

Keywords: COVID-19. Mask. Social distancing. Public health care. Prevention.



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	12
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Planteamiento del problema.....	14
1.2 Justificación.....	15
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 COVID-19	17
2.2 Uso de mascarilla	21
2.3 Distanciamiento social	26
CAPITULO III	30
3. OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo general.....	30
3.2 Objetivos específicos	30
CAPITULO IV	31
4. DISEÑO METODOLÓGICO	31
4.1 Tipo de estudio	31
4.2 Área de estudio.....	31
4.3 Universo y muestra	31
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	31
4.5 Variables.....	31
4.5.1 Operalización de variables	32
4.6 Método, técnicas e instrumentos	32
4.7 Procedimientos	32



4.8 Plan de tabulación y análisis.....	33
4.9 Aspectos éticos.....	33
CAPITULO V	34
5. TABLAS Y RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO VI.....	52
6. DISCUSIÓN.....	52
CAPÍTULO VII.....	59
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
7.1 Conclusiones	59
7.2 Recomendaciones	62
CAPÍTULO VIII.....	63
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
CAPÍTULO IX.....	73
9. ANEXOS.....	73
9.1 ANEXO 1. Operalización de variables	73
9.2 ANEXO 2. Consentimiento informado.....	77



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Pamela Estefanía Rodas González, en calidad de autora y titular de los derechos morales patrimoniales del proyecto de investigación “Factores relacionados con la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social durante la pandemia COVID-19, Cuenca-Ecuador. Abril 2020.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ÓRGANICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 03 de Marzo del 2021

Pamela Rodas

Pamela Estefanía Rodas González

CI: 0105724348



Cláusula de Propiedad Intelectual

Pamela Estefanía Rodas González, autora del proyecto de investigación “Factores relacionados con la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social durante la pandemia COVID-19, Cuenca-Ecuador. Abril 2020.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de Marzo del 2021

Pamela Rodas

Pamela Estefanía Rodas González

CI: 0105724348



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Paula Berenice Rosas Izquierdo, en calidad de autora y titular de los derechos morales patrimoniales del proyecto de investigación “Factores relacionados con la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social durante la pandemia COVID-19, Cuenca-Ecuador. Abril 2020.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ÓRGANICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 03 de Marzo del 2021

Paula Berenice Rosas Izquierdo

CI: 1600504425



Cláusula de Propiedad Intelectual

Paula Berenice Rosas Izquierdo, autora del proyecto de investigación “Factores relacionados con la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social durante la pandemia COVID-19, Cuenca-Ecuador. Abril 2020.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de Marzo del 2021

Paula Rosas .

Paula Berenice Rosas Izquierdo

CI: 1600504425



AGRADECIMIENTOS

Gratitud más sincera a nuestra alma máter, la Universidad de Cuenca, en especial a todos los docentes que conforman esta gran institución, quienes nos han enseñado más que medicina, como ser un gran ser humano, forjando con cada enseñanza la vocación del médico.

De manera especial queremos agradecer al Dr. Bernardo Vega, nuestro guía en esta etapa crucial para llegar a la meta anhelada, quien con su paciencia, constancia, conocimientos y experiencia supo conducirnos para la culminación del presente trabajo. Gracias doctor por confiar en nosotras. Además, agradecemos al equipo ICP-COVID por permitirnos utilizar información fundamental para el desarrollo de esta investigación.

Y principalmente queremos agradecer a nuestros padres, familiares y amigos; quienes han estado de manera incondicional siguiendo nuestros pasos, brindándonos apoyo para no decaer en esta travesía.

Gracias a todas las personas que nos han acompañado en este largo viaje.

Atentamente.

Pamela y Paula.



DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo primeramente a Dios y la Virgen Auxiliadora por darme la fuerza y sabiduría para saber enfrentar las adversidades de la vida.

A mis padres, Marcelo y Patricia, quienes desde muy pequeña me enseñaron a luchar por mis sueños y no rendirme jamás, por ser ese pilar fundamental en mi vida, porque cuando el paisaje era gris y el camino rocoso ustedes estuvieron ahí para alentarme a seguir adelante, todo lo que soy es gracias a ustedes.

A mis hermanos Raúl y Marcelo, por apoyarme para cumplir mis metas y a mis sobrinos por motivarme cada día a ser un ejemplo para ellos.

A mi abuelita Mariana, que a pesar de no estar físicamente, es un ser de luz en mi vida, por enseñarme a ser una mujer luchadora. A toda mi familia que de una u otra forma estuvieron siempre brindándome apoyo.

A Carlos, una persona especial en vida, por haber sido mi apoyo incondicional y gran ejemplo de perseverancia.

A todos mis amigos, que hicieron que este camino sea más llevadero, de cada uno de ellos me llevo una gran enseñanza, especialmente a Vero que siempre me ha brindado su apoyo.

Para finalizar, pero no menos importante, a Paula mi compañera de tesis y amiga, con quien me es grato poder compartir un mismo sueño, por acompañarme en esta travesía, desde el inicio hasta el final, por ser ese apoyo en los momentos que más necesitaba.

Pamela Estefanía Rodas González.



DEDICATORIA

Dedico de manera especial a Dios y la Virgen por ser los que me enseñaron el camino en cada paso que he ido dando, por no abandonarme a pesar de lo duro que ha sido el camino y lo ingrata que he podido llegar a ser. A mis padres por ese amor incondicional y haber estado desde el inicio siendo los que me empujaron y acompañaron en esta travesía que aún tiene mucho camino por delante, especialmente se lo dedico a mi hermana Sofía que ha sido mi compañera, mi alma gemela y mi apoyo incondicional, que estuvo hasta cuándo ni yo sabía que la necesitaba. A mi abuelita Ana que ya no se encuentra físicamente conmigo quien fue mi guía, gracias a ella soy quien soy que conjuntamente con mi madre me inspiran día a día a ser una mejor mujer y sobre todo una mejor persona.

A Pamela mi compañera y amiga desde el inicio de la carrera, con la que hemos pasado momentos muy duros así como risas y buenos ratos tanto dentro y fuera de la universidad y a todas las personas que me han acompañado a lo largo del camino como mis compañeros y docentes que se volvieron familia, a mis amigas y mi enamorado que fueron mi compañía y sobre todo supieron darme la mano para nunca rendirme.

Paula Berenice Rosas Izquierdo.



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El SARS COV 2 popularmente conocido como “coronavirus” en diciembre 31 del 2019 la República Popular de China comunica a la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, una metrópoli de 11 millones de habitantes en la provincia de Hubei, en la cual las autoridades locales inicialmente refirieron un origen desconocido del virus, posteriormente se relacionó con un mercado de animales vivos y marisco de esa ciudad. Posterior a la comunicación, una semana después, el 7 de enero confirmaron que se trataba de un nuevo tipo de coronavirus denominándolo SARS-CoV-2: este virus incluye cuadros respiratorios que varían en intensidad, desde un resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. El día 10 de Enero la OMS generó un comunicado orientando a todos los países la capacidad de brote de este virus, como controlar a las personas enfermas, los análisis para su detección y tratamiento en base a experiencias, para generar protocolos con el fin de controlar el brote y que no sea tan catastrófico, sin poder predecir su desenlace. El comité de emergencia de la OMS, declaró este virus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) (1)(2).

El COVID-19 a lo largo de este tiempo, en su mayoría ha tenido manifestaciones leves al igual que asintomáticos, dicho virus cobra importancia ante su alta capacidad de transmisión generando una emergencia sanitaria, siendo de vital importancia tomar medidas para prevenir esta enfermedad. A nivel mundial se han venido tomando distintas acciones algunas con gran éxito como otras muy poco alentadoras para la población, saturando las unidades sanitarias tanto públicas como privadas (1).

El Ministerio de Salud Pública en coordinación con la OMS, realiza un seguimiento a la enfermedad desde que se emitió la alerta mundial. El 29 de febrero del 2020 se confirmó el primer caso de este virus en el Ecuador. Se



activó el COE Nacional (Comité de Operaciones de Emergencia) para la coordinación de la emergencia, siendo esta entidad el agente competente para tomar las decisiones y dar las directrices de acción ante el virus a nivel nacional. El 11 de marzo del 2020 la OMS declaró el COVID-19 pandemia global, por lo que mediante Acuerdo Ministerial N° 00126-2020 emitido por la Ministra de Salud, se declara el Estado de Emergencia Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador. Una de las medidas que se tomaron en el Ecuador es la cuarentena, que se extiende desde el 12 de marzo del 2020 con la suspensión de clases a nivel nacional así como de eventos masivos y la realización de cuarentena a pasajeros internacionales para evitar la entrada del virus (3).

Para hacer frente a esta pandemia, algunas entidades como la Organización mundial de la salud, Organización panamericana de la salud y el mismo gobierno local, han propuesto una serie de normas de bioseguridad para disminuir la propagación del COVID-19, entre ellas encontramos el uso de mascarilla, distanciamiento social, lavado de manos, evitar tocarse los ojos, nariz y boca, acudir de manera oportuna a los servicios médicos en caso de tener sintomatología, obtener información a través de canales oficiales, entre otras (4)(5)(6). Resaltando como indicaciones de la OMS el uso de mascarilla y distanciamiento social, como medidas útiles para mitigar la diseminación del virus, los hallazgos mostraron una reducción del riesgo del 82% con una distancia física de 1 metro, tanto en el ámbito de la atención de la salud como en la comunidad, la posibilidad de transmisión del virus con una distancia <1 metro es de 12.8%, mientras que a mayor distancia es de 2.6%, haciendo énfasis en que por cada metro adicional de distanciamiento físico el efecto protector incrementa 2.02 veces de forma significativa. Del mismo modo, las mascarillas y los respiradores, redujeron el riesgo de infección en un 85%, con mayor efectividad en entornos de atención médica que en la comunidad, esta diferencia se atribuye al uso predominante de respiradores N95 en entornos de atención médica. En un subanálisis, los respiradores tuvieron una eficacia del 96%, en comparación con otras mascarillas, que tuvieron una eficacia del 67%.



Esta evidencia es importante para respaldar las pautas de distanciamiento físico de la comunidad y uso de mascarilla, mostrando que la reducción del riesgo es factible mediante estas medidas de prevención, siempre y cuando las personas tengan adherencia a las mismas, siendo el tema que nos convoca en este estudio (7)(8).

1.1 Planteamiento del problema

La enfermedad SARS-COV-2 actualmente es un problema de salud a nivel mundial, ya catalogándose como pandemia, hasta la fecha 03 de agosto se han reportado a nivel mundial más de 16 millones de casos confirmados con 645 mil muertes y casi 87 mil contagios en Ecuador con 5.767 muertes. Por lo que en ausencia de tratamientos efectivos o vacunas, la OMS ha recomendado la implementación de intervenciones para frenar la rápida propagación de COVID-19, minimizando el contacto entre personas infectadas y no infectadas, mediante el distanciamiento, uso de equipos de protección personal y otras medidas higiénicas (9).

Basándonos en la literatura, que al ser una nueva patología, es cambiante, pero se ha podido encontrar que el uso de mascarilla y el distanciamiento social, son medidas efectivas para reducir la propagación del virus, con la finalidad de poder ir aplanando la curva de la enfermedad. Especialmente en nuestra ciudad, hemos visto como el número de contagios ha ido creciendo de una manera exponencial, abarrotando hospitales y saturando las unidades de cuidados intensivos, por lo que podríamos plantearnos que la población no está cumpliendo con dichas medidas de prevención (10)(11).

La pregunta de investigación planteada fue: ¿Cuáles son los factores relacionados con la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social durante la pandemia COVID-19, Cuenca-Ecuador, Abril 2020?



1.2 Justificación

En Ecuador desde la emergencia sanitaria, a pesar de que el COE Nacional tomó medidas para evitar la propagación del virus, como son las recomendadas por la OMS, uso de mascarillas, lavado de manos y distanciamiento social, la transmisibilidad de la COVID-19 solo fue creciendo exponencialmente trayendo consigo aumento de casos y a su vez saturación para el sistema sanitario del país, además del aumento de fallecimientos debido a este virus y por otras causas, que por congestión de los hospitales no pudieron ser atendidas; por lo que se tiene la necesidad de realizar una investigación acerca de las medidas que se han puesto en práctica para prevenir la propagación del virus y si se han cumplido de manera adecuada o cuales son las medidas que no se acataron, poniendo énfasis en el uso de mascarilla y en el distanciamiento social, para obtener información veraz sobre este argumento, además de ser un tema prioritario en las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública, en el área de sistema nacional de salud, línea de atención primaria en salud y sublínea de promoción y prevención de una enfermedad (3)(4).

La adherencia a las medidas de prevención para el coronavirus, como lo son el uso de mascarilla y el distanciamiento social, son variables que pueden traer gran impacto al curso de la enfermedad, como se ha visto en un estudio realizado en Hong Kong, donde se analizaron datos sobre casos de COVID-19 confirmados y de vigilancia de influenza ambulatoria en todas las edades, encontrando que la transmisión de la influenza disminuyó significativamente después de la implementación de medidas no farmacéuticas, con una reducción del 44% en la transmisibilidad en la comunidad. En las dos encuestas, la primera realizada entre el 20-23 de enero y la segunda entre el 11-14 de febrero, se estimó que el 74,5% y el 97,5% de la población adulta general usaban mascarilla facial al salir de sus casas, y el 61,3% y el 90,2% evitaban ir a lugares con aglomeración de personas, respectivamente. Este estudio demuestra que las medidas de contención, como el distanciamiento



social y los cambios en el comportamiento de la población evitaron la propagación de COVID-19 y una reducción sustancial en la transmisión de la influenza a principios de febrero de 2020 (12).

Los resultados serán socializados en la facultad y en las instancias gubernamentales correspondientes, dando a conocer la importancia del uso de mascarilla y el distanciamiento social, en la disminución de la propagación del COVID-19 y posteriormente poder concientizar a la población, de que cumpliendo con estas medidas de prevención se puede disminuir la tasa de contagios para no saturar al sistema sanitario. Esperamos que este estudio sea de gran ayuda, ya que es un desafío mantener la adherencia a estas medidas y que los comportamientos de la población sean los adecuados para que la infección no continúe extendiéndose a nivel mundial.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 COVID-19

A finales del año 2019 en diciembre se reportan casos de una enfermedad que se caracterizó por tos seca, fiebre, malestar general además de síntomas digestivos ocasionales, en un mercado mayorista de mariscos y de animales vivos en Wuhan, Hubei, China, informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, incluyendo siete casos graves (13). El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae que posteriormente ha sido denominado SARS-CoV2 (14). La rápida expansión de la enfermedad hizo que la Organización Mundial de la Salud, el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias y la reconociera como una pandemia el 11 de marzo. Hasta la fecha 03 de agosto se han reportado casi 87 mil casos de COVID-19 en Ecuador con 5.767 muertes, pero estas cifras han ido en aumento, teniendo más de 215 mil contagios y 14 mil defunciones hasta el 4 de enero del 2021 (15)(16)(17)(18). Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que pueden transmitirse de los animales a los humanos (19). La vía de transmisión entre humanos se considera a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones, seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos (14)(19).



Aunque, actualmente se ha demostrado que la transmisión del virus SARS-CoV-2 por aerosoles (tamaños entre 0,001 y 100 μm) debe considerarse una vía de transmisión, ya que los aerosoles generados por personas con infección activa contienen virus viable, con capacidad de generar infección, sobre todo cuando existe proximidad al caso índice durante tiempo prolongado y en espacios cerrados y mal ventilados (20). El periodo de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11,5 días tras la exposición. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica (14). Hay algunas evidencias de que es posible la propagación a partir de portadores asintomáticos, aunque se cree que la transmisión es mayor cuando las personas son sintomáticas. Según la Organización Mundial de la Salud, las personas asintomáticas presentan muchas menos probabilidades de transmitir el virus que las que desarrollan síntomas (21). La fisiopatología del COVID-19 no se comprende plenamente; sin embargo, se plantea un desequilibrio del sistema renina-angiotensina-aldosterona, podría estar en relación con la inhibición de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) por parte del virus (22)(21). Además, activa el sistema inmune innato generando una respuesta excesiva que podría estar relacionada con una mayor lesión pulmonar y peor evolución clínica. La activación excesiva del sistema inmune innato que causa tormentas de citoquinas ocasiona daño del sistema microvascular y activa el sistema de coagulación e inhibición de la fibrinólisis. La coagulación intravascular diseminada (CID) conduce a trastornos generalizados de la microcirculación que contribuyen a la situación de fallo multiorgánico, favoreciendo el estado de hipercoagulabilidad que se observa en los casos de COVID-19 (14). En la experiencia del brote de China, 80% de los casos confirmados tuvieron sintomatología leve a moderada, 13,8% tuvieron un curso clínico grave con síntomas como disnea, taquipnea $\geq 30/\text{min}$, saturación $\text{O}_2 \leq 93\%$, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$, y/o infiltrados pulmonares de $\geq 50\%$ de los campos radiológicos en 24-48% y 6,1% presentaron un curso crítico presentando insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o fallo multiorgánico (14). Dentro del



Ecuador las cifras siguen un patrón similar en cuanto a la sintomatología de leve a severa, los casos siguen subiendo exponencialmente conllevando a un aumento de ingresos hospitalarios para personas con requerimientos de oxígeno y de la unidad de cuidados intensivos (UCI), observando que el sistema de salud por la falta de adherencia a las medidas tomadas por el gobierno se vaya saturando cada vez más. En cuanto al enfoque diagnóstico, la posibilidad de COVID-19 debe considerarse principalmente en pacientes con fiebre de nueva aparición y / o síntomas del tracto respiratorio y en pacientes con enfermedad grave del tracto respiratorio inferior sin ninguna causa clara, otros síntomas consistentes incluyen mialgias, diarrea y trastornos del olfato o el gusto (23). Se recomienda la realización sanguínea de RT- PCR de SARS CoV-2 para hacer diagnóstico de COVID-19 a personas sintomáticas, si es posible, sin embargo, por la capacidad limitada, en algunos entornos, la prueba de antígeno puede ser la prueba inicial utilizada, pero la sensibilidad de las pruebas de antígeno es menor que la de las RT-PCR; teniendo en cuenta que las pruebas serológicas detectan anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en la sangre, y los que se han validado adecuadamente pueden ayudar a identificar a los pacientes que han tenido previamente COVID-19 (23)(24). Respecto a las pruebas de imagen, se recomienda en los pacientes con sospecha clínica de neumonía por SARS CoV-2 realizar una radiografía portátil de tórax, observando la presencia de opacidades parenquimatosas (vidrio esmerilado / consolidación) de distribución periférica y predominio basal pueden sugerir el diagnóstico de neumonía por COVID-19, en un contexto clínico apropiado (25). Cada país ha tomado sus propios protocolos de acción para el tratamiento del virus en cuestión, en base a todas las recomendaciones que tiene la OMS. No hay tratamientos probados o aprobados para COVID-19 (26). Con respecto a la prevención, en lugares donde la transmisión comunitaria es generalizada, las estrategias preventivas para todas las personas están garantizadas para reducir las posibles exposiciones y contagios: lavarse las manos frecuentemente, adoptar medidas de higiene respiratoria, mantener el distanciamiento social: mantenga al menos 1 metro (3 pies) de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y



tengan fiebre, evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo y quedarse en casa el mayor tiempo posible, al salir a la calle siempre utilizar mascarilla (4). En el mundo, los países han empleado diversas intervenciones no farmacéuticas para reducir la transmisión. Además de las medidas preventivas personales, las estrategias de reducción de la transmisión incluyen: órdenes de distanciamiento social / físico y de quedarse en casa, cierre de escuelas, locales y negocios no esenciales, prohibiciones de reuniones públicas, restricción de viaje con control de salida y / o entrada, identificación de casos y aislamiento (separación de individuos con infección de otros) y rastreo de contactos y cuarentena (separación de individuos que han estado expuestos de otros) (19). Similares medidas se han tomado en Ecuador, haciendo énfasis en el distanciamiento social, uso de mascarilla y lavado de manos (27)(28).

Vale destacar, que con el avance en la tecnología y la investigación, el desarrollo de la vacuna SARS-Cov-2 se ha acelerado a un ritmo sin precedentes, cada paso se ha llevado a cabo durante varios meses, sin embargo, los criterios de seguridad siguen siendo estrictos. A finales del 2020 varias vacunas ya estuvieron disponibles para el uso en diferentes partes del mundo, más de 40 vacunas candidatas estaban en ensayos en humanos y más de 150 en ensayos preclínicos. Como ejemplo, en Estados Unidos las vacunas de ARNm de COVID-19 BNT162b2 (Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19) y ARNm 1273 (Vacuna COVID-19 Moderna) han recibido autorización de uso de emergencia (EUA) para la prevención de COVID-19, dado que los suministros iniciales de vacunas son limitados, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) ha recomendado que se asignen al personal de atención médica y a los residentes de centros de atención a largo plazo, seguidos por adultos de 75 años o más y trabajadores esenciales de primera línea (29). A pesar de considerar a la vacuna un enfoque prometedor para frenar la pandemia, al no existir dosis disponibles para todo el mundo, las medidas de prevención seguirán siendo el pilar fundamental para combatir este virus.



2.2 Uso de mascarilla

El uso de mascarilla forma parte de un conjunto integral de medidas de prevención y control que pueden limitar la propagación de determinadas enfermedades respiratorias causadas por virus, en particular la COVID-19. Sirven también para proteger a las personas sanas (cuando estas las emplean al entrar en contacto con una persona infectada) o para el control de fuentes (si una persona infectada la utiliza para no contagiar a otros) (30). Además de las medidas preventivas personales como el lavado de manos, distanciamiento social, entre otras, se sugiere el uso de mascarillas no médicas cuando estén en espacios públicos donde el distanciamiento social / físico no es factible. Esto es consistente con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. La OMS recomienda el uso de mascarillas como parte de un enfoque integral para reducir la transmisión del SARS-CoV-2 en entornos donde hay una transmisión generalizada y el distanciamiento social es difícil. En tales entornos, la OMS aconseja que la mayoría de las personas en la comunidad usen una mascarilla no médica (por ejemplo, una mascarilla de tela), aunque especifica que las personas que tienen > 60 años o tienen comorbilidades médicas subyacentes deben usar una mascarilla médica, al igual que aquellos que tienen síntomas consistentes con COVID-19. En los Estados Unidos, los CDC también recomiendan que las personas usen una cubierta facial de tela, cuando están en lugares públicos donde es difícil lograr el distanciamiento social, especialmente en áreas con una transmisión comunitaria sustancial. Los CDC especifican que la recomendación de cubrirse la cara no incluye mascarillas médicas, que deben reservarse para los trabajadores de la salud. Idealmente, los revestimientos para la cara de tela se deben hacer con varias capas de tela, mínimo 2. Además, se debe evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca al ponerse o quitarse la mascarilla, practicar la higiene de las manos antes y después de manipular la mascarilla. Se debe enfatizar que la mascarilla o la cubierta de la



cara no disminuyen la importancia de otras medidas preventivas, como el distanciamiento social y la higiene de las manos.

La razón fundamental para que todas las personas (independientemente de los síntomas) usen una máscara o una cubierta facial en la comunidad es principalmente contener las secreciones y prevenir la transmisión de las personas con infección, incluidas las que tienen infección asintomática o pre-sintomática (19).

A contraposición, en un estudio en el que se comparó el uso de mascarillas de tela con las máscaras quirúrgicas en los profesionales de la salud, las tasas de todos los resultados de infección fueron más altas en el brazo de la mascarilla de tela, y la tasa de enfermedades similares a la gripe fue estadísticamente significativa en este grupo. La retención de la humedad, la reutilización de las mascarillas de tela y la mala filtración pueden aumentar el riesgo de infección. La filtración, el ajuste, la eficacia y el rendimiento de las mascarillas de tela son inferiores a los de las mascarillas médicas y los respiradores. La protección puede mejorarse seleccionando el material adecuado, aumentando el número de capas de la mascarilla y utilizando mascarillas con un diseño que proporcione filtración y ajuste (21)(30).

En otro ámbito, los trabajadores de la salud tienen una gran preferencia por la mayor protección percibida posible para prevenir la infección por el virus COVID-19 y, como consecuencia, asignan un gran valor a los posibles beneficios de las mascarillas filtrantes en entornos donde no se practican procedimientos generadores de aerosoles, a pesar de que en algunos estudios se ha demostrado una eficacia equivalente por comparación con las mascarillas médicas y poca certidumbre de las pruebas que indican el mayor riesgo de reducción en otros. Algunos metaanálisis y revisiones sistemáticas han dado a conocer que el uso de mascarillas filtrantes N95 comparado con el de mascarillas médicas no se acompaña de un riesgo bajo estadísticamente significativo de enfermedades respiratorias sintomáticas ni de gripe u otras virosis confirmadas por pruebas de laboratorio. Los datos de poca certidumbre



de una revisión sistemática de estudios de observación relacionados con los betacoronavirus que causan el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), el síndrome respiratorio del Oriente Medio (MERS) y la del COVID-19 revelaron que el uso de protección facial (incluidas mascarillas filtrantes y médicas) da por resultado una gran reducción del riesgo de infección en el personal sanitario; las mascarillas filtrantes N95 o semejantes podrían acompañarse de una disminución del riesgo mayor que las mascarillas médicas o las de 12 a 14 capas de algodón.

Se llama mascarillas médicas a aquella que son usadas para procedimientos y que son planas o llevan pliegues; se fijan a la cabeza mediante cintas que se sostienen de las orejas o rodean la cabeza. Su desempeño se pone a prueba mediante un conjunto normalizado de métodos (ASTM F2100, EN 1468 o su equivalente) con miras a comprobar el equilibrio entre una gran capacidad de filtración, la respirabilidad adecuada y, a veces, la resistencia a la penetración por líquidos corporales. En base a su eficacia de filtración bacteriana (BFE por sus siglas en inglés), se dividen en mascarillas quirúrgicas de Tipo I (BFE \geq 95%) o Tipo II (BFE \geq 98%). Existe un tercer tipo, denominado IIR, para aquellas mascarillas de tipo II que además son resistentes a las salpicaduras de sangre y otros fluidos biológicos del paciente que pudieran estar contaminadas por microorganismos. Estas mascarillas, por tanto, pueden prevenir la transmisión del agente infeccioso desde una persona infectada a otras personas sanas, pero su eficacia a la hora de prevenir el contagio al usuario de la misma parece más limitada, con una menor evidencia científica al respecto (31).

Las mascarillas respiratorias filtrantes (MRF) (también llamadas mascarillas respiratorias o de protección respiratoria) ofrecen un equilibrio entre la filtración y la respirabilidad; sin embargo, en tanto que las mascarillas médicas filtran gotículas de 3 micrómetros de diámetro, las filtrantes tienen que filtrar partículas sólidas de 0,075 micrómetros, lo que es más difícil. Las MRF europeas, de conformidad con la norma EN-149, en la categoría de MRF2, filtran al menos el 94% de las partículas sólidas de NaCl y gotículas de aceite;



por su parte, las MRF estadounidenses N95, de conformidad con la NIOSH 42 CFR Parte 84, filtran al menos el 95% de las partículas de NaCl. Las MRF certificadas tienen que garantizar asimismo una respiración sin obstáculos con resistencias máximas durante la inhalación y la exhalación (30). Las mascarillas auto-filtrantes se consideran quipos de protección individual (EPI), regulados por el Reglamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2016, relativo a los equipos de protección individual y se rigen bajo la normativa europea UNE-EN-149. Se clasifican en base a su rendimiento en:

- FFP1 (filtro de partículas tipo P1): tienen una eficacia de filtración mínima del 78% y un porcentaje de fuga hacia el interior máximo del 22%. Suelen emplearse frente a partículas de material inerte, y no se recomiendan para uso médico.
- FFP2 (filtro de partículas tipo P2): tienen una eficacia de filtración mínima del 92% y un porcentaje de fuga hacia el interior máximo del 8%. Se utilizan frente a aerosoles de baja o moderada toxicidad.
- FFP3 (filtro de partículas tipo P3): tienen una eficacia de filtración mínima del 98% y un porcentaje de fuga hacia el interior máximo del 2%. Se utilizan frente a aerosoles de alta toxicidad.

Las mascarillas auto-filtrantes pueden tener o no una válvula de exhalación para reducir la humedad y el calor dentro de la mascarilla, proporcionando una mayor comodidad al usuario y ofreciendo la sensación de una menor resistencia respiratoria (31). Los respiradores con válvula, nunca deben ser utilizados por pacientes infecciosos por vía aérea, dado que dejan pasar libremente el aire exhalado (32).

Por otro lado, el aumento de demanda de respiradores y otros EPI por la actual pandemia de COVID-19 ha provocado la escasez de estos equipos a nivel internacional. Como medidas para paliar esta situación la OMS, en su informe del 6 de abril sobre recomendaciones de uso de EPI, revisa las técnicas del vapor de peróxido de hidrógeno, el óxido de etileno, la radiación ultravioleta y el



calor húmedo como posibles opciones de reprocesamiento de mascarillas auto-filtrantes, desaconsejando todos los procesos que puedan dañar el material del respirador o producir toxicidad, como técnicas que utilizan alcohol o microondas. El European Centre for Disease Prevention (ECDC), por su parte, se centra en la esterilización mediante vapor y por irradiación gamma, por ser técnicas muy extendidas como sistemas de reprocesamiento que ya han sido evaluadas en distintos estudios. El MS (Ministerio de Sanidad del Gobierno de España), por otro lado, indica que, a priori, estos equipos deben desecharse tras su uso y no reutilizarse, y que, si se hiciera, deberían descontaminarse siguiendo las instrucciones del fabricante. No obstante, estos procedimientos de descontaminación y reutilización de mascarillas solo se contemplarían para momentos de especial desabastecimiento por alta demanda de estos equipos en situaciones de crisis de salud pública, y debe tenerse en cuenta que aún son necesarios más estudios para saber cómo se ven afectados los respiradores tras varios ciclos de reprocesamiento para cada técnica y modelo de mascarilla (32).

Como se puede analizar en nuestro medio, la mascarilla más utilizada y comercializada es la N-95 que tiene la capacidad de filtrar el 95% de las partículas de tamaño inferior a $0,3 \mu\text{m}$, por lo que ofrece una protección ligeramente mayor que una FFP2 pero menor que una FFP3. En situaciones de escasez de equipos de protección individual por pandemia de COVID-19 se debe establecer una priorización y racionalización de uso de cada tipo de mascarilla en función del usuario y de la actividad a realizar. En conclusión, varios resultados indican que las mascarillas quirúrgicas podrían prevenir la transmisión de coronavirus humanos y virus de la influenza de individuos sintomáticos (33). Pero también existen estudios que sostienen que las mascarillas quirúrgicas y de algodón parecen ser ineficaces para prevenir la diseminación del SARS-CoV-2 de la tos de los pacientes con COVID-19 al medio ambiente y la superficie externa de la mascarilla (34).

En Ecuador el Comité de Operaciones de Emergencia (COE) Nacional dictaminó a partir del lunes 6 de abril del presente año como medida para



retener la propagación del COVID-19 uso obligatorio de mascarillas para circular en espacios públicos, de acuerdo con el organismo, la medida está direccionada para quienes deban salir de casa por necesidad, mas no significa que exista libertad de circulación, permitiendo el uso de las mascarillas tipo respirador N-95 a nivel comunitario (35). Además, a las personas que no cumplan con estas medidas, la sanción por infringir la Ordenanza es del 25% del salario básico unificado (SBU), es decir 100 dólares americanos y si hay reincidencia se impondrá el doble de la multa (200 dólares) (36).

2.3 Distanciamiento social

El lunes 4 de mayo de 2020, después de 48 días de confinamiento y más de 1.500 fallecidos con casi 30.000 contagios, el COE Nacional decidió que el país retome parcialmente sus actividades en una fase que el Gobierno ha denominado como distanciamiento social, siendo así una de las medidas que optaron para seguir frenando el brote del virus, el distanciamiento social según definición de los CDC es el aumentar voluntariamente el espacio físico entre las personas para evitar la propagación de una enfermedad. El distanciamiento social consiste en de manera voluntaria alejarse de lugares repletos de gente y frenar la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas, la medida se toma al encontrarnos en un punto donde es imposible conocer cuáles son las personas que se encuentren positivas al virus y que al no haber sido identificadas ni aisladas, pueden seguir transmitiendo la enfermedad. Por ello, el distanciamiento social implica el cierre de lugares donde hay mayor concentración de personas como escuelas, centros comerciales, sitios para eventos sociales, oficinas, entre otros (37).

El COVID-19 se propaga principalmente entre personas que están en contacto cercano por un período prolongado y ocurre cuando una persona que se encuentra infectada tose, estornuda o habla, y las gotitas de su boca o nariz se expulsan al aire y terminan en la boca o nariz de las personas cercanas, estas partículas pueden inhalarse e ingresar en los pulmones. En varios estudios se



ha podido evidenciar que personas que aún no experimentan los síntomas de la enfermedad o simplemente son asintomáticos son las personas que juegan el papel más importante en esta pandemia ya que son las que mayormente propagan el virus por lo que todas las personas deben ser tomadas como infectadas hasta que se demuestre lo contrario y mantenerse por lo menos a 6 pies de todos los que sea posible.

El COVID-19 se ha demostrado que puede vivir por horas o días sobre una superficie según varios factores como la luz solar, la humedad y el tipo de superficie, o que cualquier persona que toque esta superficie puede llevar el virus. El distanciamiento social ayuda a limitar las oportunidades de entrar en contacto con superficies contaminadas y personas infectadas fuera de la casa. Tanto el gobierno como entes que rigen a nivel mundial como la OMS y los CDC recomiendan quedarse en caso lo mayormente posible y salir estrictamente cuando se requiera ya que esta sería la medida más importante junto con el uso de mascarilla para frenar el virus y aunque no se lo pueda eliminar en su totalidad por el momento, al menos con eso no se va a saturar el sistema sanitario (38).

Se recomienda el distanciamiento social como una acción colectiva importante que las comunidades pueden tomar para ayudar a disminuir la transmisión del virus reduciendo el número de personas que están enfermas a la vez para poder aplanar la curva ya que caso contrario el sistema sanitario se puede abrumar y provocar escasez de recursos. Distanciamiento social significa dejar espacio entre usted y otras personas de 6 pies, o aproximadamente 2 metros, además optar por acciones como trabajar desde casa, no acudir a parques o lugares de encuentro, mantener a nuestros familiares en casa, no viajar en caso de no ser necesario, no utilizar los medios de transporte público, los servicios de viaje compartido y los taxis a menos que no tenga otra opción. Limite las compras a lo esencial, como alimentos y medicamentos (39).

Existen evidencias históricas relacionadas a la pandemia de 1918 descritas en un episodio anterior, y que demostraron un significativo beneficio de las



cuarentenas, actualmente varios estudios demuestran que las medidas de distanciamiento social han impedido millones de contagios. En el primero, publicado electrónicamente en la revista Nature el 8 de mayo, investigadores de la Universidad de Stanford estudian el impacto de 1.717 medidas de aislamiento social locales, regionales y nacionales en China, Corea del Sur, Italia, Irán, Francia y los Estados Unidos con el fin de evaluar el efecto de esas medidas de aislamiento social en la tasa de crecimiento de infecciones por el nuevo coronavirus, en el cual concluyo que en esos seis países, las medidas de distanciamiento social previnieron o retrasaron aproximadamente 62 millones de casos confirmados. Debido a que la mayoría de esos casos primarios, son raramente diagnosticados y aislados, el número real de infecciones totales prevenidas es de aproximadamente 530 millones, además se reveló que se previnieron 285 millones de infecciones totales en China, 49 millones en Italia, 45 millones en Francia y 60 millones Estados Unidos(40).

En otro estudio con investigadores del Colegio Imperial de Londres, se estimó el impacto de las medidas de distanciamiento social en 11 países de Europa, en el cual se concluyó que las medidas de aislamiento social han evitado la muerte de 3,1 millones de personas en esos 11 países, incluyendo medio millón solo en Inglaterra. El estudio encontró también que el número total de infecciones se redujo en 82% en los 11 países estudiados(40).

Además se considera que la mayoría de la población europea pueda ya estar infectada y alcance la llamada protección del grupo o del rebaño que solo 3,2 a 4% de la población ha sido infectada por el nuevo coronavirus y hasta que no se encuentre un medicamento o vacuna efectiva o hasta que no se logre que 60 a 70% de la población mundial se infecte, las medidas de distanciamiento social serán parte importante del control de la pandemia (40).

En Ecuador, las medidas aprobadas por el COE Nacional con respecto al distanciamiento social tenemos las ya emitidas del distanciamiento de 1.5 a 2 metros entre las personas, están prohibidas todo tipo de reuniones sociales y se mantiene el toque de queda de 21:00 a 05:00 de lunes a jueves y de viernes



a domingo regirá de 19:00 a 05:00. Al mismo tiempo ya se están ampliando las medidas como la reapertura de algunas playas, gimnasios y restaurantes, estas medidas estuvieron vigentes hasta finales de agosto (41). Actualmente, las medidas han ido cambiando por las festividades de diciembre, con toque de queda a partir de las 22:00 a 04:00, restringir la circulación vehicular conforme el último dígito de la placa, restricción del número de participantes a reuniones sociales a un máximo de 10 personas, restringir el acceso a playas el 24, 25, 31 de diciembre y 01 de enero de 2021 y establecer como aforo máximo permitido al 50% en centros comerciales y 30% para restaurantes (42). Luego de que la Corte Constitucional del Ecuador (CCE), a finales del año 2020, dejó sin efecto el estado de excepción y toque de queda, por la COVID-19, Cuenca se rige de nuevo por la ordenanza aprobada en septiembre, donde consta que los vehículos particulares podrán circular libremente solo desde las 05:00 hasta las 23:00, pero taxis, carros de carga y buses pueden transitar todo el día; gimnasios, piscinas y otros centros de acondicionamiento físico podrán operar con un aforo de entre el 30 y el 50% y se mantiene la prohibición de espectáculos públicos o eventos de concentración masiva de personas (43)(36).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social durante la pandemia COVID-19 Cuenca-Ecuador, Abril 2020.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar las características socio-demográficas de la población de estudio tales como: edad, estado civil, nivel de instrucción, entre otras.
- Establecer los factores relacionados con el uso de la mascarilla tales como edad, género, nivel de instrucción, residencia, ocupación entre otros y la adherencia al uso de la misma.
- Registrar los factores relacionados al distanciamiento social tales como edad, género, nivel de instrucción, residencia, ocupación entre otros y la correcta práctica del mismo durante la pandemia.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

La investigación consistió en un estudio de tipo descriptivo transversal.

4.2 Área de estudio

El International Citizen Project COVID-19 (ICP-COVID) se trata de un estudio internacional multicéntrico en el cual participan investigadores de Asia, África, América del Sur y Europa, más de 20 países actualmente. El cuestionario para esta encuesta se basa en gran medida en la encuesta de ciencia ciudadana Corona, lanzada por primera vez en Bélgica por la Universidad de Amberes. En nuestro país el estudio se realizó mediante una encuesta digital realizada en la población cuencana, para la base de datos se utilizó la primera ronda de encuestas recolectadas del 4 al 7 de abril, la investigación está siendo llevada a cabo por parte de la Universidad de Cuenca y el equipo fue integrado por: Dr. Bernardo Vega, Dr. David Acurio, Dr. José Ortiz, Dr. Jorge Mejía, Dr. Julio Jaramillo y la Dra. Alejandra Neira (44).

4.3 Universo y muestra

Se utilizó la base de datos digital de la primera ronda de encuestas del proyecto International Citizen Project Covid 19 (ICPCovid), que consta con la respuesta de 1651 participantes, efectuada del 4 al 7 de abril del 2020.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: todas las personas que llenaron el formulario del proyecto ICPCovid.

4.5 Variables

1. Edad
2. Género
3. Residencia
4. Estado civil
5. Nivel de instrucción



6. Con quien vive actualmente
7. Vive con adultos mayores
8. Contacto interpersonal
9. Actividad que realiza
10. Actividad relacionado con el área de la salud
11. Actividad económica actual
12. Días de trabajo presencial durante la emergencia
13. Desplazamiento laboral
14. Presencia de síntomas de enfermedad
15. Distanciamiento social (lugares públicos)
16. Distanciamiento social (transporte público)
17. Distanciamiento social (viajes)
18. Uso de medidas de protección
19. Enfermedades crónicas o debilitantes preexistentes

4.5.1 Operalización de variables

Ver anexo 1

4.6 Método, técnicas e instrumentos

El proyecto ICPCovid utilizó un formulario electrónico, conformada por el consentimiento informado y preguntas referentes a condiciones sociodemográficas y laborales, actividades de prevención, conductas durante la pandemia, comorbilidades y problemas individuales. Con dichas respuestas se procedió al llenado de la base digital. Los formularios se enviaron a través de los correos institucionales de la Universidad de Cuenca, Universidad del Azuay, Universidad Nacional de Educación, Universidad Católica de Cuenca, la Corporación municipal y redes sociales, tanto institucionales como de los investigadores.

4.7 Procedimientos

Autorización: la investigación fue autorizada por la Comisión de proyectos de investigación, Comité de bioética y el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, también se contó con la



aprobación por parte de los colaboradores del proyecto ICP Covid para la utilización de la base de datos.

Capacitación: el director del estudio realizó una capacitación en cuanto a los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos necesarios para el desarrollo del presente estudio. Se realizó una revisión bibliográfica completa sobre el COVID-19 haciendo énfasis en las medidas de prevención.

Supervisión: la supervisión estuvo a cargo del Dr. Bernardo Vega, director y asesor de esta investigación.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Con la base de datos del ICPCovid en Excel se realizó un análisis de los datos mediante el software estadístico SPSS Versión 25. El análisis de las variables demográficas cualitativas se realizó mediante estadística descriptiva con el uso de frecuencias y porcentajes; y de las variables cuantitativas se obtuvo medidas de tendencia central (media y desvío estándar). Los resultados se presentan en tablas simples, gráficos circulares y las relaciones se realizaron en tablas compuestas.

4.9 Aspectos éticos

Proyecto ICPCovid obtuvo la aprobación del comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca con el código de aprobación 2020-092EO-I, además la recolección de datos se realizó con el fin de garantizar el anonimato y con la previa aceptación del consentimiento informado. (Anexo 2)

Confidencialidad: para garantizar la confidencialidad de la información, se realizó codificación de la información obtenida, por lo que no se puede identificar a los participantes en la base de datos. Los datos obtenidos fueron utilizados únicamente con fines académicos para el presente estudio. Vale mencionar, que la base de datos fue tratada exclusivamente por las investigadoras y director de la investigación.

Declaración de conflicto de interés: en calidad de investigadoras del presente estudio, declaramos que no existe ningún conflicto de intereses.



CAPITULO V

5. TABLAS Y RESULTADOS

Una vez que se obtuvieron los datos de la base del ICPCovid estos fueron revisados, corregidos y procesados en los paquetes estadísticos SPSS 25.0 y Microsoft Excel 2013, obteniéndose los siguientes resultados:

Características del grupo de estudio

Los 1651 participantes tuvieron las siguientes características:

Tabla N° 1. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según características sociodemográficas. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Características	Frecuencia (n=1651)	Porcentaje (100%)
Edad*		
<25	950	57,5
26-35	264	16
36-45	181	11
46-55	169	10,2
56-65	77	4,7
>66	10	0,6
Género		
Masculino	646	39,1
Femenino	996	60,3
Otros	9	0,5
Residencia		
Área rural	398	24,1
Área urbana	1107	67,1
Urbano marginal	146	8,8
Estado Civil		
Soltero/a	1104	66,9
Casado/a	401	24,3
Divorciado/a	75	4,5
Viudo/a	6	0,4
Unión libre	65	3,9
Nivel de instrucción		
Primaria	2	0,1
Secundaria	316	19,1
Superior	966	58,5
Postgrado	367	22,2
Con quien vive		



Familia nuclear	1568	95
Familia extendida	13	0,8
Solo	70	4,2
Vive con adultos mayores		
Si	316	19,1
No	1335	80,9
Enfermedades crónicas debilitantes preexistentes		
Si	140	8,5
No hasta donde conozco	1511	91,5

*Media: 29,74 años Desvío Estándar (DS): $\pm 12,25$

Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En la tabla 1, se puede identificar que de las 1651 personas encuestadas el 60,3% son de género femenino, el 39,1% son de género masculino y el 0,5% pertenece a otros géneros; un 57,5% son menores de 25 años, siendo la más joven de 16 años y la mayor de 70 años; la mayoría fueron solteros con un 66,9%; el 58,5% tienen un nivel de instrucción superior y solo un 0,1% educación primaria; el 67,1% viven en el área urbana, la gran mayoría (95%) dentro de una familia nuclear, un 19% vive con adultos mayores y el 91,5% no presenta enfermedades crónicas debilitantes preexistentes hasta donde conocen.



Tabla N° 2. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según actividad laboral. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Características	Frecuencia (n=1651)	Porcentaje (100%)
Actividad que realiza		
Estudiante	971	58,8
Desempleado	32	1,9
Trabajo autónomo	105	6,4
Trabajo para una persona o institución	525	31,8
Quehaceres domésticos	18	1,1
Actividad económica actual		
Ninguna o estudiante	1004	60,8
Trabajo desde casa	463	28
Trabajo en espacios abiertos y servicios (mercados, tiendas, negocio cerca de la carretera, etc)	49	3
Trabajo en un espacio cerrado solo (oficina, etc)	43	2,6
Trabajo en un espacio cerrado con varias personas (oficina, etc)	92	5,6
Actividad relacionada con el área de salud		
Si	481	29,1
No	1170	70,9
Días de trabajo presencial		
No he salido de casa	1447	87,6
1-5	179	10,8
>5	25	1,5
Desplazamiento laboral ¿Qué medio de transporte utiliza para desplazarse a su trabajo?		
En transporte público, con múltiples personas (bus, taxi, tren)	37	2,2
Vehículo de alquilado por usted o por un miembro de la familia (taxi, etc)	14	0,8
Transporte propio (vehículo, motocicleta, bicicleta)	80	4,8
Caminando al trabajo	46	2,8
Otro	131	7,9
No he salido de casa	1343	81,3

Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas



En la tabla 2, se puede identificar que según la actividad que realizan las personas encuestadas el 58,8% son estudiantes, el 31,8% trabajan para una persona o institución, el 6,4% tienen un trabajo autónomo, el 1,1% se dedican a los quehaceres domésticos y el 1,9% son desempleados. De los participantes, la gran mayoría son estudiantes por lo que el 60,8% no tienen una actividad económica. El 29,1% tienen una actividad relacionada con el área de la salud; durante este periodo de pandemia el 87,6% no ha salido de casa para realizar un trabajo presencial, el 10,8% han salido entre 1 a 5 días y solo el 1,5% más de 5 días; de las personas que han salido a laborar el 4,8% se ha movilizó en transporte propio, el 2,8% caminando y el 2,2% en transporte público.



Tabla N° 3. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según medidas de bioseguridad. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Características	Frecuencia (n=1651)	Porcentaje (100%)
Yo uso mascarilla cuando salgo fuera		
Si	1511	91,5
No	140	8,5
Yo sigo las reglas de distanciamiento de 1.5 – 2 m		
Si	1508	91,3
No	143	8,7
Distanciamiento social (lugares públicos) ¿Usted ha acudido a restaurantes, bares, discotecas, servicios religiosos durante los últimos 7 días?		
Si	2	0,1
No	1649	99,9
Distanciamiento social (transporte público) ¿Usted se ha encontrado en un vehículo o bus con más de 10 personas en los últimos 7 días?		
Si	6	0,4
No	1645	99,6
Distanciamiento social (viajes) ¿Usted ha realizado un viaje en los últimos 7 días?		
No he viajado	1645	99,6
Sí, he viajado a otras provincia	5	0,3
Sí, he viajado fuera del país	1	0,1
Presencia de síntomas de enfermedad		
Si	381	23,1
No	1270	76,9
Contacto interpersonal ¿Cuándo fue la última vez que tuvo contacto físico con personas fuera del núcleo familiar?		
Hoy	78	4,7
Hace 2 días	74	4,5
Los últimos 3 a 5 días	73	4,4
Hace más de una semana	628	38
No he tenido contacto con personas fuera de mi hogar	798	48,3

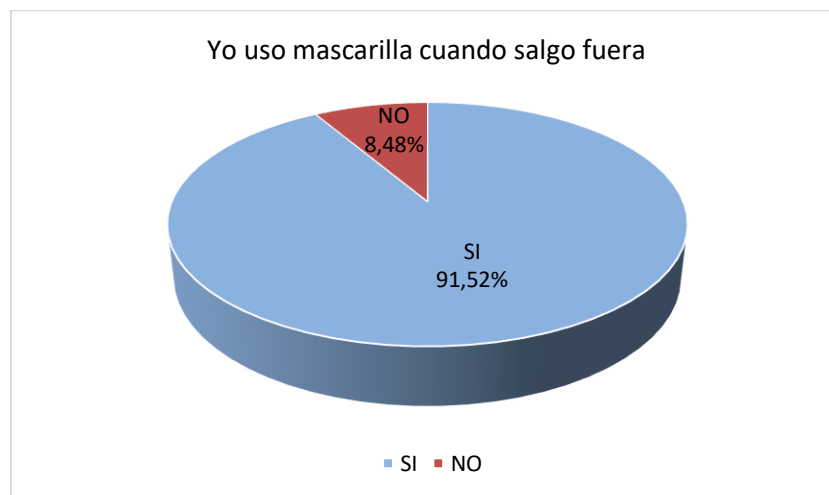
Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En la tabla 3, se puede identificar que más del 90% de los participantes han seguido las normas de bioseguridad, uso de mascarilla y distanciamiento de 1.5 a 2 m., el 48,3% no han tenido contacto con personas fuera del hogar y el 76,9% no han presentado síntomas de la enfermedad. Además, vale recalcar

que más del 99% de las personas no han salido a lugares públicos, no han utilizado el transporte público ni han viajado, ya sea fuera o dentro del país.

Gráfico N° 1. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según el uso de mascarilla. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.



Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En base a la gráfica del total de población estudiada correspondiente a 1651 personas encuestadas, el 91,52% indicaron que si utilizan mascarilla al salir de sus hogares y el resto de la población que corresponde a 140 personas con un porcentaje de 8,48% indicaron que no utilizan la mascarilla.



Tabla N° 4. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según características sociodemográficas y uso de mascarilla. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Variables	Uso de mascarilla					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
<25	866	91,2	84	8,8	950	100
26-35	238	90,2	26	9,8	264	100
36-45	174	96,1	7	3,9	181	100
46-55	149	88,2	20	11,8	169	100
56-65	74	96,1	3	3,9	77	100
>66	10	100	0	0	10	100
Género						
Masculino	580	89,8	66	10,2	646	100
Femenino	924	92,8	72	7,2	996	100
Otros	7	77,8	2	22,2	9	100
Residencia						
Área rural	339	85,2	59	14,8	398	100
Área urbana	1048	94,7	59	5,3	1107	100
Urbano marginal	124	84,9	22	15,1	146	100
Estado Civil						
Soltero/a	1001	90,7	103	9,3	1104	100
Casado/a	374	93,3	27	6,7	401	100
Divorciado/a	71	94,7	4	5,3	75	100
Viudo/a	6	100	0	0	6	100
Unión libre	59	90,8	6	9,2	65	100
Nivel de instrucción						
Primaria	2	100	0	0	2	100
Secundaria	296	93,7	20	6,3	316	100
Superior	867	89,8	99	10,2	966	100
Postgrado	346	94,3	21	5,7	367	100
Con quien vive						
Familia nuclear	1443	92	125	8	1568	100
Familia extendida	8	61,5	5	38,5	13	100
Solo	60	85,7	10	14,3	70	100
Vive con adultos mayores						
Si	290	91,8	26	8,2	316	100
No	1221	91,5	114	8,5	1335	100
Presencia de síntomas de enfermedad						
Si	342	89,8	39	10,2	381	100
No	1169	92	101	8	1270	100
Enfermedades crónicas debilitantes preexistentes						
Si	131	93,6	9	6,4	140	100
No hasta donde conozco	1380	91,3	131	8,7	1511	100

Fuente: Base de datos ICP Covid



Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En la tabla 4, se puede identificar que el 92,8% del género femenino uso la mascarilla al salir de casa y el 7,2% no lo hizo en comparación con el género masculino que el 89,8% la utiliza y el 10,2% no lo hace; con respecto a la edad, las personas mayores de 66 años el 100% (n=10) usa mascarilla al salir de casa mientras que las personas menores de 25 años utilizan mascarilla un 91,2% y no lo hacen un 8,8%; los viudos utilizan mascarilla en un 100% (n=6) en comparación con los solteros que utilizan mascarilla un 90,7%; el 100% (n=2) de participantes con instrucción primaria utilizan mascarilla a diferencia de los participantes con nivel de instrucción superior un 89,8% utiliza mientras que el 10,2% no utilizan mascarilla al salir de sus hogares.

La gran mayoría de encuestados vive en el área urbana dentro de una familia nuclear utilizando mascarilla en un porcentaje mayor al 90%, además se evidencio que las personas que viven con adultos mayores un 91,8% usan mascarilla y un 8,2% no utiliza, aunque no existe mucha diferencia con las personas que no viven con adultos mayores un 91,5% utiliza la mascarilla. Por otro lado, un 92% que no ha presentado síntomas de COVID utilizan mascarilla, sin embargo de las personas que si han presentado síntomas de COVID solo el 89,8% indicaron que utilizan mascarilla al salir de sus hogares y un 10,2 no lo hace. Las personas que tienen una enfermedad crónica preexistente un 93,6% utilizan la mascarilla en relación a las personas que no conocen si sufren de alguna enfermedad crónica un 91,3% lo hace.



Tabla N° 5. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según actividad laboral y uso de mascarilla. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Variables	Uso de mascarilla					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Actividad que realiza						
Estudiante	872	89,8	99	10,2	971	100
Desempleado	28	87,5	4	12,5	32	100
Trabajo autónomo	95	90,5	10	9,5	105	100
Trabajo para una persona o institución	498	94,9	27	5,1	525	100
Quehaceres domésticos	18	100	0	0	18	100
Actividad económica actual						
Ninguna o estudiante	903	89,9	101	10,1	1004	100
Trabajo desde casa	435	94	28	6	463	100
Trabajo en espacios abiertos y servicios (mercados, tiendas, negocios cerca de la carretera, etc.)	45	91,8	4	8,2	49	100
Trabajo en un espacio cerrado solo (oficina etc.)	41	95,3	2	4,7	43	100
Trabajo en espacio cerrado con varias personas (oficina etc.)	87	94,6	5	5,4	92	100
Actividad relacionado con el área de salud						
Si	436	90,6	45	9,4	481	100
No	1075	91,9	95	8,1	1170	100
Desplazamiento laboral ¿Qué medio de transporte utiliza para desplazarse a su trabajo?						
En transporte público, con múltiples personas (bus, taxi, tren)	34	91,9	3	8,1	37	100
Vehículo de alquilado por usted o por un miembro de la familia (taxi, etc.)	13	92,9	1	7,1	14	100
Transporte propio (vehículo, motocicleta, bicicleta)	72	90	8	10	80	100
Caminando el trabajo	40	87	6	13	46	100
Otro	120	91,6	11	8,4	131	100
No he salido de casa	1231	91,7	111	8,3	1343	100
Días de trabajo presencial						
No he salido de casa	1327	91,7	120	8,3	1447	100
1-5	164	91,6	15	8,4	179	100
>5	20	80	5	20	25	100

Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas



En la tabla 5, se puede identificar que el 100% (n=18) de personas que como actividad realizan quehaceres domésticos utilizan mascarilla al salir de casa seguido de las personas que trabajan para una persona o institución el 94,9% usa mascarilla a diferencia de las personas desempleadas que solo el 87,5% la usa y el 12,5% no lo hace; en relación a la actividad económica actual las personas que trabajan en un espacio cerrado ya sea solos o con varias personas alrededor del 95% utilizan mascarilla mientras que las personas que son estudiantes o no tienen una actividad económica actualmente solo el 89,9% usa la mascarilla. Las personas que realizan actividades relacionadas con la salud un 90,6% usa la mascarilla y un 9,4% no lo hace a diferencia de las personas que no realizan una actividad relacionada a la salud el 91,9% si la utiliza. En cuanto al desplazamiento laboral las personas que caminan a su trabajo son las que menos utilizan mascarilla con un 87%, por el contrario los que van en vehículos alquilados el 92,9% la utiliza, además en lo que se refiere a días de trabajo presencial, se pudo observar que las personas que tienen más días de trabajo presencial, mayor a 5 días, utilizan mascarilla en un 80% en comparación con los que no han salido de casa o solo van al trabajo de 1 a 5 días, un 91% utilizan mascarilla.



Tabla N° 6. Distribución de 1641 encuestados durante la pandemia COVID-19, según distanciamiento social y uso de mascarilla. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Variables	Uso de mascarilla					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Yo cumplo las reglas de distanciamiento de 1.5 - 2 metros						
Si	1398	92,7	110	7,3	1508	100
No	113	79	30	21	143	100
Distanciamiento social (lugares públicos) ¿Usted ha acudido a restaurantes, bares, discotecas, servicios religiosos durante los últimos 7 días?						
Si	2	100	0	0	2	100
No	1509	91,5	140	8,5	1649	100
Distanciamiento social (transporte público) ¿Usted se ha encontrado en un vehículo o bus con más de 10 personas en los últimos 7 días?						
Si	5	83,3	1	16,7	6	100
No	1506	91,6	139	8,4	1645	100
Distanciamiento social (viajes) ¿Usted ha realizado un viaje en los últimos 7 días?						
No he viajado	1505	91,5	140	8,5	1645	100
Sí, he viajado a otras provincia	5	100	0	0	5	100
Sí, he viajado fuera del país	1	100	0	0	1	100
Contacto interpersonal ¿Cuándo fue la última vez que tuvo contacto físico con personas fuera del núcleo familiar?						
Hoy	62	79,5	16	20,5	78	100
Hace 2 días	63	85,1	11	14,9	74	100
Los últimos 3 a 5 días	68	93,2	5	6,8	73	100
Hace más de 1 semana	572	91,1	56	8,9	628	100
No he tenido contacto con personas fuera del hogar	746	93,5	52	6,5	798	100

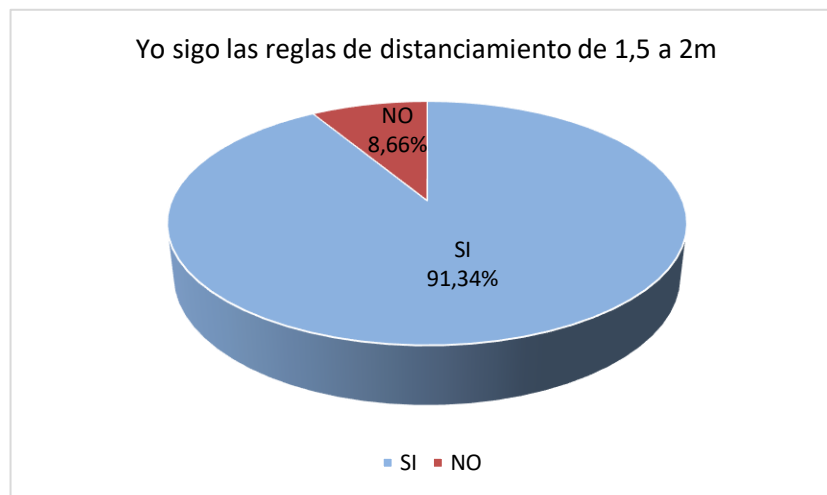
Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En la tabla 6, se puede identificar que el 92,7% de personas que cumplen con las reglas de distanciamiento también utilizan mascarilla mientras que el 79% no respetan el distanciamiento, pero si utilizan mascarilla. El 100% (n=2) de personas que han acudido a lugares públicos utilizan mascarilla, la mayoría de personas que han utilizado transporte publico han utilizado mascarilla con un porcentaje del 83,3% (n=5) mientras que el 16,7% (n=1) no utilizo mascarilla y el 100% (n=6) de personas que han viajado ya sea dentro o fuera del país indicaron que si utilizan mascarilla. En cuanto al contacto interpersonal las

personas que no han tenido contacto con personas fuera del hogar usan mascarilla en un 93,5% mientras que las personas que el mismo día de la encuesta mantuvieron un contacto interpersonal solo el 79,5% la utilizaron.

Gráfico N° 2. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según el distanciamiento de 1.5 a 2 m. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.



Fuente: Base de datos ICP Covid
Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En base a la gráfica del total de población estudiada correspondiente a 1651 personas encuestadas el 91,34% indicaron que si cumplen la regla del distanciamiento de 1.5 a 2 m. y el resto de la población que corresponde a 143 personas con un porcentaje del 8,66% indicaron que no siguen el distanciamiento.



Tabla N° 7. Distribución de 1651 encuestados durante la pandemia COVID-19, según características sociodemográficas y distanciamiento de 1,5 a 2 m. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Variables	Distanciamiento de 1.5 a 2 m.					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
<25	869	91,5	81	8,5	950	100
26-35	239	90,5	25	9,5	264	100
36-45	164	90,6	17	9,4	181	100
46-55	158	93,5	11	6,5	169	100
56-65	69	89,6	8	10,4	77	100
>66	9	90	1	10	10	100
Género						
Masculino	594	92	52	8	646	100
Femenino	907	91,1	89	8,9	996	100
Otros	7	77,8	2	22,2	9	100
Residencia						
Área rural	350	87,9	48	12,1	398	100
Área urbana	1028	92,9	79	7,1	1107	100
Urbano marginal	130	89	16	11	146	100
Estado Civil						
Soltero/a	992	89,9	112	10,1	1104	100
Casado/a	379	94,5	22	5,5	401	100
Divorciado/a	72	96	3	4	75	100
Viudo/a	6	100	0	0	6	100
Unión libre	59	90,8	6	9,2	65	100
Nivel de instrucción						
Primaria	2	100	0	0	2	100
Secundaria	285	90,2	31	9,8	316	100
Superior	869	90	97	10	966	100
Postgrado	352	95,9	15	4,1	367	100
Con quien vive						
Familia nuclear	1431	91,3	137	8,7	1568	100
Familia extendida	12	92,3	1	7,7	13	100
Solo	65	92,9	5	7,1	70	100
Vive con adultos mayores						
Si	289	91,5	27	8,5	316	100
No	1219	91,3	116	8,7	1335	100
Presencia de síntomas de enfermedad						
Si	333	87,4	48	12,6	381	100
No	1175	92,5	95	7,5	1270	100
Enfermedades crónicas debilitantes preexistentes						
Si	132	94,3	8	5,7	140	100
No hasta donde conozco	1376	91,1	135	8,9	1511	100

Fuente: Base de datos ICP Covid



Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En la tabla 7, se puede identificar que el 92% del género masculino siguen el distanciamiento de 1.5 a 2 m. y el 8% no lo hace a comparación con el género femenino que el 91,1% si lo cumple y el 8,9% no; referente a la edad el 93,5% de las personas entre los 46-55 años siguen esta regla y el 6,5 no lo hace, a comparación con las personas de 56-65 años que el 89,6 sigue la regla mientras que el 10,4 no lo hace; el 100% de los viudos sigue el distanciamiento de 1,5 a 2 m., vale mencionar que solo son 6 personas, a diferencia de los solteros que el 89,9% sigue esta regla y el 10,1% no lo hace; el 100% perteneciente a nivel de instrucción primaria cumplen la regla, conformado por 2 personas, mientras que en relación al nivel de instrucción superior el 90% sigue la regla y el 10% no lo hacen. El 92,9% que viven en el área urbana cumplen el distanciamiento y el 7,1% no lo hace, a comparación que el 87,9% que viven en el área rural lo cumplen y el 12,1% no lo hace; en este estudio tenemos a 65 personas que viven solos de las cuales el 92,9% cumplen la regla y el 7,1% no lo hace, mientras que de las personas que viven dentro de una familiar nuclear el 91,3% cumple el distanciamiento y el 8,7% no lo hace; aunque, las personas que viven con adultos mayores cumplen más el distanciamiento, representada por el 91,5% no existe mucha diferencia con las personas que no viven con adultos mayores, el 91,3% también la cumplen.

Por otra parte, el 92,5% de las personas que no han presentado síntomas de COVID siguen la regla del distanciamiento, mientras que de las personas que si han presentado síntomas solo el 87,4% lo hace. Además, se puede observar que de las personas que si tienen una enfermedad crónica el 94,5% sigue el distanciamiento mientras que las personas que no la tienen hasta donde conocen, siguen la regla, pero solo en un 91,1%.



Tabla N° 8. Distribución de 1641 encuestados durante la pandemia COVID-19, según actividad laboral y distanciamiento de 1,5 a 2 m. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Variables	Distanciamiento de 1.5 a 2 m.					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Actividad que realiza						
Estudiante	866	89,2	105	10,8	971	100
Desempleado	30	93,8	2	6,3	32	100
Trabajo autónomo	94	89,5	11	10,5	105	100
Trabajo para una persona o institución	501	95,4	24	4,6	525	100
Quehaceres domésticos	17	94,4	1	5,6	18	100
Actividad económica actual						
Ninguna o estudiante	896	89,2	108	10,8	1004	100
Trabajo desde casa	443	95,7	20	4,3	463	100
Trabajo en espacios abiertos y servicios (mercados, tiendas, negocios cerca de la carretera, etc.)	45	91,8	4	8,2	49	100
Trabajo en un espacio cerrado solo (oficina, etc.)	38	88,4	5	11,6	43	100
Trabajo en espacio cerrado con varias personas (oficina, etc.)	86	93,5	6	6,5	92	100
Actividad relacionado con el área de salud						
Si	425	88,4	56	11,6	481	100
No	1083	92,6	87	7,4	1170	100
Desplazamiento laboral ¿Qué medio de transporte utiliza para desplazarse a su trabajo?						
En transporte público, con múltiples personas (bus, taxi, tren)	33	89,2	4	10,8	37	100
Vehículo de alquilado por usted o por un miembro de la familia (taxi, etc.)	13	92,9	1	7,1	14	100
Transporte propio (vehículo, motocicleta, bicicleta)	76	95	4	5	80	100
Caminando el trabajo	42	91,3	4	8,7	46	100
Otro	119	90,8	12	9,2	131	100
No he salido de casa	1225	91,2	118	8,8	1343	100
Días de trabajo presencial						
No he salido de casa	1327	91,7	120	8,3	1447	100
1-5	157	87,7	22	12,3	179	100
>5	24	96	1	4	25	100

Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas



En la tabla 8, se puede identificar que más del 95% de las personas que trabajan para una persona o institución cumplen con el distanciamiento de 1.5 a 2 m., seguido con un 94,4% de las personas que realizan quehaceres domésticos, por el contrario las personas que son estudiantes solo el 89,2% cumple con el distanciamiento; el 95,7% de las personas que trabajan desde casa siguen la regla, en tanto que solo el 88,4% de las personas que trabajan en un espacio cerrado y solo, lo hacen. Las personas que han trabajado durante la emergencia sanitaria, un 96% de los que laboran más de 5 días a la semana cumplen con el distanciamiento mientras que las que laboran entre 1 y 5 días solo lo cumple el 87,7%. En cuanto al desplazamiento laboral, los encuestados que se han movilizado en un transporte propio han cumplido el distanciamiento en un 95% en comparación con las personas que se han movilizado en transporte público solo el 89,2% lo cumplen. Finalmente, es llamativo que de las personas que tienen una actividad relacionada con el área de la salud el 88,4% cumplen con el distanciamiento, mientras que de las personas que no tienen una actividad relacionada a la salud el 92,6% la cumplen.



Tabla N° 9. Distribución de 1641 encuestados durante la pandemia COVID-19, según distanciamiento social y distanciamiento de 1,5 a 2 m. Cuenca-Ecuador. Abril 2020.

Variables	Distanciamiento de 1.5 a 2 m.					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Distanciamiento social (lugares públicos) ¿Usted ha acudido a restaurantes, bares, discotecas, servicios religiosos durante los últimos 7 días?						
Si	1	50	1	50	2	100
No	1507	91,4	142	8,6	1649	100
Distanciamiento social (transporte público) ¿Usted se ha encontrado en un vehículo o bus con más de 10 personas en los últimos 7 días?						
Si	5	83,3	1	16,7	6	100
No	1503	91,4	142	8,6	1645	100
Distanciamiento social (viajes) ¿Usted ha realizado un viaje en los últimos 7 días?						
No he viajado	1504	91,4	141	8,6	1645	100
Sí, he viajado a otras provincias	4	80	1	20	5	100
Sí, he viajado fuera del país	0	0	1	100	1	100
Contacto interpersonal ¿Cuándo fue la última vez que tuvo contacto físico con personas fuera del núcleo familiar?						
Hoy	62	79,5	16	20,5	78	100
Hace 2 días	58	78,4	16	21,6	74	100
Los últimos 3 a 5 días	60	82,2	13	17,8	73	100
Hace más de una semana	568	90,4	60	9,6	628	100
No he tenido contacto con personas fuera de mi hogar	760	95,2	38	4,8	798	100

Fuente: Base de datos ICP Covid

Elaboración: Pamela Rodas; Paula Rosas

En la tabla 9, se puede identificar que más del 90% de los encuestados que no han salido a lugares públicos, no han utilizado transporte público y no han viajado a otras provincias ni fuera del país, cumplen con el distanciamiento de 1,5 a 2 metros. Por otro lado, de las personas que si han acudido a lugar públicos el 50% (n=1) si cumple la regla y el otro 50% (n=1) no cumple la regla; de las personas que han utilizado transporte público el 83,3% si cumple la regla y de las personas que han viajado, a otras provincias el 80% cumple la norma y a otro país el 100% (n=1) no cumple con el distanciamiento. En cuanto al contacto interpersonal, la gran mayoría no ha tenido contacto con personas fuera del hogar o si lo han hecho, ha sido hace más de una semana, han



cumplido con el distanciamiento de 1.5 a 2 m. más del 90% a comparación con las personas que han tenido contacto el mismo día que se le realizó la encuesta solo cumple el 79,5% y el 20,5% no lo hace, seguido de las personas que han tenido contacto hace 2 días el 78,4% lo cumple y el 21,6% no lo hace.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Luego de varios meses de haberse presentado el primer caso de COVID-19 en el Ecuador, las cifras en cuanto a contagios y las medidas implementadas para evitar el mismo, han cambiado periódicamente. En Ecuador, hasta la fecha 4 de enero del 2021, tenemos 215.080 contagiados y 14.069 personas fallecidas por COVID-19, entre casos confirmados y probables; en el Azuay 13.802 casos, de los cuales 11.088 pertenecen a Cuenca. Además, se puede observar que la población entre 20 a 49 años representa un 60,8% de los contagios y que predomina el género masculino 52,7% (18). Por lo que la COVID-19 nos ha hecho darnos cuenta que cada uno de nosotros, como agentes socialmente responsables, tenemos un papel importante que desempeñar en este momento difícil y la prevención es la mejor alternativa para combatir la pandemia.

Es así que los resultados tabulados en el mes de abril en la ciudad de Cuenca, evidenciaron una aceptación sustancialmente alta a las normas establecidas por el gobierno, donde el uso de la mascarilla al salir de casa alcanzó un porcentaje de 91,52%; el distanciamiento de 1,5 a 2 metros un 91,34%; no asistir a lugares concurridos como restaurantes, bares 99,9%; usar medios de transporte con pocas personas y no realizar viajes un 99,6%; que concuerda con la investigación realizada en Vietnam, cuya población conformada por 2175 encuestados tiene características similares a la población de este estudio, encontrando que la mayoría de encuestados son de género femenino 66,9%, en un rango de edad de 18 a 69 años, nivel de instrucción universitaria y posgrado con un 77,2%, estado civil no casados 54%, residencia en área urbana 65,8% y que viven con adultos mayores el 15,3%, por el contrario existen algunas diferencias en relación a la actividad laboral en este estudio la mayoría realiza una actividad relacionada con el área de la salud, un 54,2% son profesionales de la salud y un 22,8% son estudiantes de medicina. En relación al uso de mascarilla tuvo la tasa de adherencia más alta, con un porcentaje de 99,5%; distanciamiento de 1.5 a 2 m. 88,2%; no han acudido a



restaurants, bares o clubs un 98,7%; no han acudido a un servicio religioso 99,3%; no han utilizado un transporte público un 95,6% y no han realizado viajes fuera de la ciudad un 99,4%; estos resultados muestran bastante similitud con los datos obtenidos en este estudio (45).

Por otra parte, se mostró diferencia a lo descrito en Somalia, donde se realizaron dos encuestas transversales consecutivas que investigan la adherencia a las medidas preventivas de COVID-19. La primera tuvo lugar del 23 de abril al 7 de mayo, mientras que la segunda se llevó a cabo del 7 al 29 de julio de 2020, las población de estudio estuvo conformada por más de 4000 participantes en cada ronda, teniendo una edad media de 22,9 en la primera ronda y 23,7 en la segunda ronda, el género de predominio fue el masculino (1:60,5% - 2:59,1%), nivel de educación universitario: pregrado (1:83,1% - 2:74,5%), residencia urbana (1:94% - 2:89,4%), profesión estudiantes (1:71% - 2:65,1%); actividad relacionada con el área de la salud (1: 26,4% - 2:33,8%); enfermedades crónicas (1:6% - 2:10,5%) en contraste con este estudio en donde encontramos que el género dominante es el femenino y una edad media de 29,74 años. Con respecto a las medidas de prevención, el uso de mascarilla tuvo una baja aceptación, obteniendo un 51,2% en la primera ronda y 56,2% en la segunda; distanciamiento de 1,5 a 2 m 63,9% y 59,1%; han acudido a un bar/restaurantes un 12,7% y 39,1%; han viajado a otras provincias el 3,8% y 11,4% y fuera del país el 1,5% y 6,2%. Por otra parte, 667 (16,2%) participantes en la encuesta 1 y 1796 (38,2%) participantes en la encuesta 2 informaron haber experimentado al menos un síntoma similar a la gripe, siendo el más frecuente la cefalea. En resumen, el nivel general de adherencia a las medidas preventivas por parte de los somalíes es insatisfactorio, se puede observar que los puntajes de adherencia más bajos durante la segunda encuesta, en comparación con la primera, indican que el cumplimiento de las medidas gubernamentales está disminuyendo a medida que evoluciona la epidemia de COVID-19; en comparación con este estudio, las medidas preventivas son altamente aceptadas por parte de los cuencanos (46).



La aceptación por parte de la población cuencana, en cuanto al uso de mascarillas ha sido alta con un 91,52%; teniendo que del género femenino un 92,8% uso mascarilla y el género masculino en un 89,8%, en cuanto a la edad tenemos que las mayores de 66 años utilizan la mascarilla en un 100% (n=10), seguida de las de 36-45 y 56-65 con un 96,1%. En comparación con otras regiones del mundo se evidencia gran variabilidad, comparando con el trabajo de investigación de Cheng y colaboradores sobre el uso de mascarillas, tal es el caso de países sudamericanos como Brasil que alcanzo un puntaje de 45,7%; con predominio de uso, el género femenino 48,8% y mayores de 60 años 65,1% y Perú que alcanzaron porcentajes 99,7%; femenino 99,7% y de 41 a 60 años con un 99.9% (47).

En países pertenecientes a Asia, los resultados mostraron porcentajes superiores al 90%, tal como lo demuestra la investigación realizada en HKSAR (Hong Kong Special Administrative Region of China), con rangos entre el 95% y el 97%, siendo similar a lo estudiado en Hong Kong (Japón), donde la aceptación alcanzó un 98,8%, esta misma tendencia se mantuvo en países como Tailandia 94%; sobresaliendo el género masculino con el 94,1% y una edad de 26 – 60 años con 94% y Vietnam 99,4%; género femenino 99,5% con un 100% de uso de mascarilla en un rango de edad de 26 a 40 años (47)(48) (49). Además, se le suma un estudio realizado en la provincia de Hubei, en una población de 6919 participante que tenían las siguientes características género femenino 65,7% y masculino 34,3%; con una edad de 16-29 40,8%, 30-49 51,7% y mayor de 50 años 7,5%; estado civil casado 55,5%, solteros 39,7 y otros 33%, similar a las características de este estudio. Con respecto a las medidas preventivas tenemos que un 98% utilizó mascarilla al salir de casa; el género femenino utilizó mascarilla en un 98,5% a comparación del género masculino en un 97%; edad de 16-29 un 96,5%, de 30-49 99,1% y mayores a 50 98,6%; estado civil casados 99%, solteros 96,7% y otro 97%. En cuanto al distanciamiento, el estudio realizado en Hubei mostro que las personas evitaron lugares concurridos en un 96,4% similar a lo encontrado en la ciudad de cuenca, las personas evitaron lugares públicos en un 99,9% (50). Otro



estudio realizado en Japón con una población de 11.342 participantes, con una distribución de género casi igual, femenino 49,4% y masculino 50,6%, con una edad de 40-49 años 27,3% seguida de 50-59 años 24,3%, la mayoría casados 58,4% y con un nivel de instrucción secundaria y superior un 55,3%. Con respecto a las medidas de prevención, el uso de la mascarilla al salir fuera es de un 70,1% siendo el 77,6% de uso en el género femenino en comparación con el 62,7% en el masculino, en tanto que las personas menores y mayores de 40 años la usan en un 70%. El distanciamiento social lo relacionamos con variables como evito lugares concurridos con muchas personas con un 80,5%, 83,6% género femenino y 77,5% masculino, evito salir a reuniones masivas con un 86,8%, 91% género femenino y 82,7% masculino, se puede comparar con el presente estudio donde se encontró que el 91,4% evito salir a lugares públicos y que el género femenino siguió más la regla del distanciamiento con un 91% a comparación con el género masculino un 82%, siendo resultados similares (51).

Por su parte, la aceptación en poblaciones africanas no fue favorable, en países como Somalia el uso de mascarillas fue relativamente inferior, alcanzando un 51,2%; el género femenino con un 66,7% y el masculino con un 41%, las edades entre los 41-60 años usaron mascarilla en un 56,5%, seguida de los 18-25 años con un 51,3%; en Uganda el uso de mascarilla fue más bajo con un 32%, predominando el género femenino con un 37,9% y las personas mayores de 60 años con un 43,9%; la República Democrática del Congo tiene un porcentaje 43% con respecto al uso de mascarilla con diferencia que aquí predomina el género masculino con un 61,7% y la edad 26-40 años con un 48,2% seguida de los mayores de 60 años con un 45,7%; a excepción de Mozambique, cuya aceptación sobrepasó el rango con un 92,8%, con predominio del sexo femenino 95,5% aunque no existe mucha diferencia con el género masculino 92,8%, respecto a la edad, todas las edades utilizan mascarilla en más de un 90%, destacando los de 26-60 años con un 94% (47). También se revisó un estudio sobre la adherencia al distanciamiento social y al uso de mascarilla en el transporte público en Ghana, un estudio observacional



en una de las carreteras principales de Kumasi a más de 850 autobuses, los resultados sugieren que la mayoría (98%) de los buses cumplen con los lineamientos de distanciamiento social, sin embargo la política de uso de mascarillas se cumplió solo parcialmente en la mayoría de los vehículos, aproximadamente el 12,6% de los vehículos tenían menos de tres viajeros sin máscaras faciales, mientras que el 21,3% de los autobuses tenían menos de 3 personas con máscaras faciales; a comparación con el presente estudio el 83,3% de personas que utilizaron transporte público siguieron las normas del distanciamiento y utilizaron mascarilla (52).

En ciudades de Estados Unidos como Wisconsin el 41,5% de la población que asistió a tiendas comerciales usaban mascarillas, evidenciando una aceptación baja en comparación al presente estudio (53). En referencia al género, existió un ligero predominio por parte de las mujeres (3% más alto que los hombres), lo cual coincide con investigaciones realizadas en Wisconsin, en la que su uso fue 7,6% mayor el género femenino que el masculino. Además, el uso de mascarilla se observó en un porcentaje más alto en personas mayores 57% que en la edad media 41% y jóvenes 37%. El uso de máscaras urbanas y suburbanas fue similar 47% y 49% respectivamente, pero mucho menor en las tiendas rurales 20%, datos similar al presente estudio, donde se obtuvo predominio de uso en el área urbana pero con un 94,7% (54) (55).

Tomando en cuenta regiones como Sudamérica, Asia, África y Estados Unidos, los porcentajes entre géneros fueron muy parecidos, a excepción de países como Brasil, Somalia y Uganda cuya diferencia fue superior al 10% (47) (53).

Por su parte, en la variable edad los porcentajes evidenciados en cada uno de sus rangos fueron muy cercanos, con una ligera superioridad entre los 36-65 y 56-65 años (96,1%), presentando similitud a lo expuesto en las investigaciones realizadas en Wisconsin (EEUU), con porcentajes altos en la edad media y los adultos mayores (53) (55). En poblaciones de Latinoamérica como Brasil, las encuestas realizadas a personas mayores a 50 años (97,3%), denotaron una



aceptación alta en cuanto al uso de mascarilla o alguna otra prenda que les permitiese cubrir, tanto su nariz como su boca (56).

En países de Sudamérica y África las personas entre los 41-60 años, presentando una mayor aceptación al uso de mascarillas, a excepción de Brasil y Uganda, donde las personas mayores a 60 años alcanzaron puntuaciones más altas, por su parte, en países de Asia el rango mayoritario se ubicó entre los 26 y 40 años de edad (47).

Por otro lado, el distanciamiento social presentó una aceptación alta (92,7%) en la población cuencana, siendo similar a los resultados de las encuestas realizadas en el mes de abril en el país de Uganda (90%), contrario a Somalia, donde el cumplimiento a las normas de distanciamiento, alcanzó porcentajes del 63,9%, e incluso denotando un descenso del 4%, en meses subsecuentes (46) (57).

Los resultados de las encuestas realizadas en Estados Unidos, mostraron porcentajes relativamente altos equivalentes el 78 y 79,5%, con un mayor cumplimiento en ciudades como Nueva York, y un aumento del 12% en encuestas posteriores (58) (59).

En Estados Unidos conforme avanza el grupo de edad, el cumplimiento en cuanto al distanciamiento fue mayor: 18-23 y 39-64 años (62,2%), 40-55 (64,9%) y 56-74 (72,9%), siendo contrario a los resultados de la presente investigación, en la cual las personas entre 56-65 (89,6%) y los mayores a 66 años (90%) fueron los grupos más bajos, a pesar de que hubo un mayor cumplimiento de las reglas a diferencia de otras regiones (60).

Se realizó una investigación en España donde se evaluó las actitudes de los españoles hacia COVID-19 en dos estudios, uno se realizó en un centro comercial de Madrid (n=64) y otro (n=640) en línea en toda España. Los resultados de ambos estudios sugieren que las mujeres en España tienen una actitud 'más responsable' hacia el COVID-19 que los hombres y que los adultos jóvenes (18-25 años) obtuvieron calificaciones más bajas en el cumplimiento de las medidas de seguridad y la necesidad percibida de quedarse en casa que



los adultos mayores. Estas diferencias de actitudes sugieren que las mujeres parecen tomar la amenaza más en serio o con mayor preocupación, así como con mayor adherencia a las medidas preventivas, que los hombres, lo que podría estar relacionado con la menor incidencia de muertes por COVID-19 en mujeres en comparación con los hombres. Comparando con el presente estudio, se puede decir que los datos son similares, ya que se encontró que más del 90% del género femenino utilizó mascarilla al salir y respeto el distanciamiento, mientras que en el género masculino el 89,8% utilizó mascarilla y el 80% respeto el distanciamiento. A diferencia con la edad, los adultos mayores cumplen más el uso de mascarilla que el distanciamiento, en relación a los adultos jóvenes (61).



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- La población cuencana tiene una alta adherencia a las medidas de prevención contra la COVID-19, uso de mascarilla y distanciamiento de 1,5 a 2 m, 91,52% y 91,34% respectivamente.
- Las características de la población, 1651 personas; predominio de género femenino 60,3%, la mayoría en un rango de edad menor de 25 años 57,5% y una edad media de 29,74, estado civil soltero 66,9%, nivel de instrucción superior 58,5%. Residencia urbana mayoritariamente con un 67,1%, dentro de una familia nuclear más del 95% y del total un 19,1% viven con adultos mayores. El 91,5% no padece enfermedades crónicas preexistentes o desconocen de las mismas.
- El género femenino usa en mayor medida la mascarilla el 92,8%, de la misma forma los adultos mayores a comparación de los adultos jóvenes, en este estudio el 100% de las personas mayores a 66 años cumplen esta norma.
- Las personas que viven en el área urbana el 94,7% utilizan la mascarilla a comparación de las personas que viven en el área rural o en el urbano marginal, 85,2% y 84,9% respectivamente.
- Los participantes que viven en una familia nuclear son los que más utilizan mascarilla en un 92%, del mismo modo, las personas que viven con adultos mayores un 91,8% la utilizada.
- Las personas que al momento de realizar la encuesta presentaron algún síntoma de la enfermedad son las que menos mascarilla usan, lo hace un 89,8%, mientras que los que no han presentado ningún síntoma el 92% si la usa al salir del hogar.
- Las personas que han sido diagnosticadas de alguna enfermedad crónica son las que más cumplen las medidas de prevención, uso de mascarilla 93,6% y distanciamiento social 94,3%, en comparación con las personas que no tienen una enfermedad crónica o la desconocen.



- Las personas que se dedican a los quehaceres domésticos y que como actividad económica actual, trabajan en un espacio cerrado y solo, son los que más utilizan mascarilla, lo hacen en un 100% y 95,3% respectivamente.
- Participantes que utilizan un vehículo alquilado o de algún familiar para desplazarse a sus centros de trabajo, utilizan mascarilla un 92,9% a comparación de las personas que se movilizan caminando solamente el 87% la utiliza. Con relación a los días de trabajo presencial, los que han salido más de 5 días cumplen menos el uso de mascarilla, el 20% no lo hace.
- Del total de la población, el 21% de personas que no cumplen con las reglas de distanciamiento de 1,5 a 2 metros tampoco utilizan mascarilla el salir de sus hogares.
- Las personas que han acudido a lugares públicos cumplen al 100% con el uso de la mascarilla, al igual que los que viajaron dentro y fuera del país, por otro lado, los que utilizan transporte público solo el 83,3% lo hace.
- En cuanto al distanciamiento de 1,5 a 2m., las personas de género masculino y con un rango de edad entre 46-55 años son los que más cumplen con esta norma, 92% y 93,5% respectivamente.
- La población que reside en áreas urbanas cumplen más con las reglas de distanciamiento, el 92,9% a comparación con la las personas que residen en el área rural 87,9% y urbano marginal 89%.
- Los participantes del estudio que viven solos cumplen más con la regla de distanciamiento, el 92,9%. Al igual que los que viven con adultos mayores el 91,5% la cumple.
- Personas que al momento de realizar la encuesta ya presentaron algún síntoma del virus cumplen menos las reglas de distanciamiento, el 12,6% no lo hace, mientras que las personas que no han presentado síntomas el 92,5% cumple el distanciamiento de 1.5 a 2m.



- Los estudiantes son los que menos cumplen con el distanciamiento el 10,8% no lo hacen, mientras que los que trabajan en casa el 95,7% si practica el distanciamiento.
- Las personas que realizan actividades relacionadas con el área de la salud cumplen en menor medida el distanciamiento social, el 11,6% no cumple a comparación de las personas que no tienen una actividad en el área de la salud que solamente un 7,4% no lo hace.
- Los que utilizan transporte público para desplazarse a sus trabajos más del 10% no cumplen con el distanciamiento, pero por otro lado, los que más días de trabajo presencial realizan más se adhieren a esta norma, un 96% la cumple.
- En cuanto al distanciamiento social, la mayoría de encuestados no acude a lugares públicos, no utiliza el transporte público y no ha realizado viajes dentro y fuera del país, sin embargo, son los que más cumplen con el distanciamiento de 1.5 a 2 m., representado por el 91,4%.
- Los participantes que no han tenido contacto interpersonal fuera del núcleo familiar cumplen en mayor medida las normas de distanciamiento, el 95,2% lo hace, mientras que las personas que más contacto han tenido el 20,5% no sigue el distanciamiento de 1.5 a 2m.



7.2 Recomendaciones

- Realizar estudios similares en otras provincias del Ecuador incrementando la población de estudio, para poder evaluar la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento de 1,5 a 2m a nivel nacional.
- Vincular el uso de medidas de bioseguridad con la cantidad de casos de contagio y morbilidad de COVID-19 en el Ecuador.
- A pesar de que existe alta adherencia al uso de mascarilla, se debería valorar que el uso de la misma sea el correcto.
- Tras analizar el presente documento se recomienda realizar más estudios en población con niveles de instrucción primaria, ya que no se cuenta con la población suficiente como para sacar conclusiones de su actuar frente a las medidas de prevención del COVID-19.
- Capacitar a la población en general sobre las medidas de bioseguridad para mitigar la propagación del virus.
- Se debería realizar un estudio sobre el uso de mascarilla y distanciamiento social al momento de utilizar el transporte público, ya que solo lo cumplen en un 80%, pero en una muestra pequeña (n=5).
- Se recomienda realizar nuevos estudios sobre la adherencia al uso de mascarilla y distanciamiento social, que permitan conocer la evolución de la misma, ya que el momento que fue realizado este estudio era el inicio de la pandemia.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEMS, SEMI, AET, CI A, SEPAR, SEEUE, et al. Manejo en urgencias del COVID-19. 2020 [Internet]. 2020;11. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
2. Farmaceuticos C general de colegios. CORONAVIRUS: COVID-19 [Internet]. 2020. p. 37. Available from: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/Informe-tecnico-Coronavirus.pdf>
3. COE Nacional. Informe de Situación COVID-19 Ecuador [Internet]. 2020. p. 31. Available from: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Informe-de-Situación-No042-Casos-Coronavirus-Ecuador-29042020.pdf>
4. OMS. Medidas de protección básicas contra el nuevo coronavirus [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
5. OMS. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 19]. Available from: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
6. OPS. RESPUESTA A LA PANDEMIA DE COVID-19 [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Dec 19]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.



7. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2020 Jun 27 [cited 2020 Dec 20];395(10242):1973–87. Available from: <https://doi.org/10.1016/>
8. MacIntyre CR, Wang Q. Physical distancing, face masks, and eye protection for prevention of COVID-19 [Internet]. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020 [cited 2020 Dec 20]. p. 1950–1. Available from: <https://doi.org/10.1016/>
9. Ministerio de Salud Pública. Actualización de casos de coronavirus en Ecuador [Internet]. MSP. 2020 [cited 2020 Dec 21]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/actualizacion-de-casos-de-coronavirus-en-ecuador/>
10. OMS. Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones [Internet]. OMS. 2020 [cited 2020 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
11. Castillo L, Quiroz G. Cuenca es el cuarto cantón con más casos de covid-19; está en fase de mayor contagio | *El Comercio* [Internet]. *El Comercio*. 2020 [cited 2020 Dec 21]. Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/cuenca-casos-coronavirus-contagios-fase.html>
12. Cowling BJ, Ali ST, Ng TW, Tsang TK, Li JC., Fong MW, et al. Evaluación de impacto de intervenciones no farmacéuticas contra COVID-19 y la influenza en Hong Kong: un estudio observacional. 2020 Mar; Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.12.20034660v1>
13. Wu Y-C a, Chen C-S a, Chan Y-J. El brote de COVID-19: una visión



- general. J Chinese Med Assoc [Internet]. 2020;83. Available from: https://journals.lww.com/jcma/FullText/2020/03000/The_outbreak_of_COVID_19__An_overview.3.aspx
14. Ministerio de Sanidad Española. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>
 15. MSP. El MSP informa: Situación coronavirus Covid-19 (23-07-2020)– Ministerio de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Pública Ecuador. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-publica-del-ecuador-msp-informa-situacion-coronavirus/>
 16. BBC News Mundo. Coronavirus: el mapa que muestra el número de infectados y muertos en el mundo por covid-19 - BBC News Mundo [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51705060>
 17. Morete Solana Á, González López J. Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica [Internet]. 2015 [cited 2019 May 14]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/revision5.pdf>
 18. MSP. Situación Nacional por COVID-19 (04/01/21) [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/INFOGRAFIA-NACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-04012021-2.pdf>
 19. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. UptoDate [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]; Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=fisiopatologia> covid



- 19&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10#H3116389471
20. Ministerios de Sanidad de España. Evaluación del riesgo de la transmisión de SARS-CoV-2 mediante aerosoles [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 6]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Aerosoles.pdf
 21. BJM Best Practice. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: [https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000168/pdf/3000168/Enfermedad de coronavirus 2019 %28COVID-19%29.pdf](https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000168/pdf/3000168/Enfermedad%20de%20coronavirus%202019%29.pdf)
 22. Cano F, Gajardo M, Freundlich M. Renin angiotensin axis, angiotensin converting enzyme 2 and coronavirus. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 May 1 [cited 2020 Aug 3];91(3):330–8. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000300330&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Caliendo A, Hanson K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Diagnosis [Internet]. UpToDate. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-diagnosis?search=diagnostico> covid 19&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 24. WHO. Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19. 2020; Available from: file:///C:/Users/MICROS~1/AppData/Local/Temp/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-POC_immunodiagnosics-2020.1-eng.pdf
 25. Asociación colombiana de infectología. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-Cov-2. Infectio



- [Internet]. 2020;24. Available from: file:///C:/Users/MICROS~1/AppData/Local/Temp/853-2848-1-PB.pdf
26. Ecuador MTC-19. GUIA TERAPEÚTICA PARA COVID 19. 2020;7.
 27. Consejo nacional para la igualdad de discapacidades E. Guía de prevención y atención por contagio del virus COVID-19 en personas con discapacidad y personas en condición discapacitante temporal y sus familiares [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/04/GUIA-PARA-LA-PREVENCIÓN-Y-ATENCIÓN-POR-CONTAGIO-DEL-VIRUS-COVID-19-EN-PERSONAS-CON-DISCAPACIDAD.pdf>
 28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos de prevención y control para casos SARS CoV-2/COVID-19. 2020 Jun.
 29. Edwards K, Orenstein W. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Vaccines to prevent SARS-CoV-2 infection - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2021 Jan 6]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-vaccines-to-prevent-sars-cov-2-infection?search=covid-19-transmission&source=search_result&selectedTitl
 30. OMS. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf
 31. Colegios farmacéuticos. Utilización de mascarillas COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 8]. Available from: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/mascarillas-coronavirus.pdf>
 32. Aranaz Andrés JM, Gea Velázquez de Castro MT, Vicente-Guijarro J,



- Beltrán Peribáñez J, García Haro M, Valencia-Martín JL, et al. Masks as personal protective equipment in the COVID-19 pandemic: How, when and which should be used. *J Healthc Qual Res.* 2020 Jul 1;35(4):245–52.
33. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan KH, McDevitt JJ, Hau BJP, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med [Internet].* 2020 May 1 [cited 2020 Aug 11];26(5):676–80. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2>
34. Bae S, Kim MC, Kim JY, Cha HH, Lim JS, Jung J, et al. Effectiveness of Surgical and Cotton Masks in Blocking SARS-CoV-2: A Controlled Comparison in 4 Patients (*Annals of internal medicine (2020)*) [Internet]. Vol. 173, *Annals of internal medicine.* NLM (Medline); 2020 [cited 2020 Aug 11]. p. W22–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153751/>
35. Comité de Operaciones de Emergencia. Resoluciones COE Nacional 07 de abril 2020 – Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe-nacional-07-de-abril-2020/>
36. Municipio de Cuenca. ORDENANZA QUE REGULA LAS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS Y DE BIOSEGURIDAD SANITARIA TEMPORALES PARA COMBATIR LA PANDEMIA DEL COVID 19 DENTRO DEL CANTÓN CUENCA | GAD MUNICIPAL DEL CANTÓN CUENCA [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 11]. Available from: <http://www.cuenca.gov.ec/?q=content/ordenanza-que-regula-las-medidas-administrativas-y-de-bioseguridad-sanitaria-temporales-para>
37. RickSánchez- A, Figuerola Villena V de La. COVID-19: Quarantine, isolation, social distancing and lockdown: Are they the same? 2020; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301776?via%3Dihub>



38. CDC. Distanciamiento social, cuarentena y aislamiento [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
39. Healthwise. Distanciamiento social: Qué, cómo y por qué [Internet]. 2020. p. 1. Available from: https://www.healthwise.org/getattachment/specialpages/COVID-19-Resources/HW_Social_Distancing_es.pdf.aspx?lang=en-US
40. Huerta E. Las medidas de distanciamiento social han salvado millones de vidas. 2020 Jun 15; Available from: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/06/15/las-medidas-de-distanciamiento-social-han-salvado-millones-de-vidas/>
41. Comité de Operaciones de Emergencia. Resoluciones COE Nacional 29 de julio 2020 – Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe-nacional-29-de-julio-2020/>
42. Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. Resoluciones COE Nacional 21 de diciembre de 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 6]. Available from: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe-nacional-21-de-diciembre-de-2020/>
43. Sánchez Mendieta C. En Cuenca los vehículos solo pueden circular de 05:00 a 23:00 | Diario El Mercurio [Internet]. El Mercurio. 2021 [cited 2021 Jan 6]. Available from: https://ww2.elmercurio.com.ec/2021/01/05/en-cuenca-los-vehiculos-solo-pueden-circular-de-0500-a-2300/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=en-cuenca-los-vehiculos-solo-pueden-circular-de-0500-a-2300
44. ICPCovid. ICPCovid [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 21]. Available from: <https://www.icpcovid.com/en/home>



45. Nguyen NPT HTTVVC, Siewe Fodjo JN CR et al. Preventive behavior of Vietnamese people in response to the COVID-19 pandemic. [Internet]. PLoS ONE. 2020 [cited 2020 Dec 18]. p. 15 (9). Available from: https://www.icpcovid.com/sites/default/files/2020-11/ICPcovid_Vietnam_paper.pdf
46. Ahmed MAM, Fodjo JNS, Gele AA, Farah AA, Osman S, Guled IA, et al. Covid-19 in somalia: Adherence to preventive measures and evolution of the disease burden. Pathogens [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2020 Dec 18];9(9):1–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32899931/>
47. Siewe Fodjo JN, Pengpid S, Villela EF de M, Van Thang V, Ahmed M, Ditekemena J, et al. Mass masking as a way to contain COVID-19 and exit lockdown in low- and middle-income countries. Vol. 81, Journal of Infection. W.B. Saunders Ltd; 2020. p. e1–5.
48. Chi-Chung Cheng V, Wong S-C, Wai-Man Chuang V, Yung-Chun So S, Hon-Kwan Chen J, Sridhar S, et al. The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2. J Infect [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 18];81:107–14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.024>
49. Wong S TJLCWWYBWMHD. COVID-19 and Public Interest in Face Mask Use. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 18];202((3)):453–5. Available from: www.who.int/emergencies/diseases/novel-
50. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. Int J Biol Sci [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 18];16(10):1745–52. Available from: [/pmc/articles/PMC7098034/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32899931/)
51. Muto K, Yamamoto I, Nagasu M, Tanaka M, Wada K. Japanese citizens'



- behavioral changes and preparedness against COVID-19: An online survey during the early phase of the pandemic. Ojima T, editor. PLoS One [Internet]. 2020 Jun 11 [cited 2020 Dec 18];15(6):e0234292. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0234292>
52. Dzisi EKJ, Dei OA. Adherence to social distancing and wearing of masks within public transportation during the COVID 19 pandemic. *Transp Res Interdiscip Perspect*. 2020 Sep 1;7:100191.
53. Arp N, Nguyen T, Graham Linck E, Feeney A, Schrope J, Ruedinger K, et al. Use of face coverings by the public during the COVID-19 pandemic: an observational study. *medRxiv Prepr Serv Heal Sci* [Internet]. 2020 Jun 23 [cited 2020 Dec 18];2020.06.09.20126946. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.06.09.20126946>
54. Capraro V, Barcelo H. The effect of messaging and gender on intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission [Internet]. *arXiv*. arXiv; 2020 [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://psyarxiv.com/tg7vz/>
55. Haischer MH, Beilfuss R, Hart MR, Opielinski L, Wrucke D, Zirgaitis G, et al. Who is wearing a mask? Gender-, age-, and location-related differences during the COVID-19 pandemic. Kotozaki Y, editor. PLoS One [Internet]. 2020 Oct 15 [cited 2020 Dec 18];15(10):e0240785. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0240785>
56. Lima-Costa MF, de Melo Mambrini JV, de Andrade FB, Viana Peixoto SW, Macinko J. Social distancing, use of face masks and hand washing among participants in the Brazilian longitudinal study of aging: The ELSI-COVID-19 initiative. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2020 Dec 18];36(Suppl 3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33053062/>
57. Amodan BO, Bulage L, Katana E, Ario AR, Siewe Fodjo JN, Colebunders R, et al. Level and determinants of adherence to COVID-19 preventive



- measures in the first stage of the outbreak in Uganda. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2020 Dec 18];17(23):1–14. Available from: <https://www.icpcovid.com>
58. Czeisler MÉ, Tynan MA, Howard ME, Honeycutt S, Fulmer EB, Kidder DP, et al. Public Attitudes, Behaviors, and Beliefs Related to COVID-19, Stay-at-Home Orders, Nonessential Business Closures, and Public Health Guidance — United States, New York City, and Los Angeles, May 5–12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 Jun 19 [cited 2020 Dec 18];69(24):751–8. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6924e1.htm?s_cid=mm6924e1_w
59. Beeckman M, De Paepe A, Van Alboom M, Maes S, Wauters A, Baert F, et al. Adherence to the Physical Distancing Measures during the COVID-19 Pandemic: A HAPA-Based Perspective. *Appl Psychol Heal Well-Being* [Internet]. 2020 Oct 13 [cited 2020 Dec 18];aphw.12242. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aphw.12242>
60. Masters NB, Shih S-F, Bukoff A, Akel KB, Kobayashi LC, Miller AL, et al. Social distancing in response to the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. Tan W, editor. *PLoS One* [Internet]. 2020 Sep 11 [cited 2020 Dec 18];15(9):e0239025. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0239025>
61. de la Vega R, Ruíz-Barquín R, Boros S, Szabo A. Could attitudes toward COVID-19 in Spain render men more vulnerable than women? *Glob Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 18];15(9):1–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32623959/>



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1. Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Años cumplidos	Fecha de nacimiento en la cédula de identidad	1.- <25 2.- 26 – 35 3.- 36 – 45 4.- 46 – 55 5.- 56 – 65 6.- >66
Género	Construcción social que asigna roles y formas de comportamiento a la persona	Social	Auto identificación de género referido por el participante	1.- Masculino 2.- Femenino 3.- Otro
Residencia	Lugar en que una persona vive habitualmente, siempre y cuando al momento de la entrevista tenga más de seis meses de permanencia.	Ubicación geográfica	Lugar donde la persona tiene su domicilio. Referido por el participante de acuerdo a la distribución geográfica	1.- Área rural 2.- Área urbana 3.- Urbana marginal
Estado civil	Calidad o posición en la mayoría de los casos, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles.	Social	Estado civil	1.- Soltero/a 2.- Casado/a 3.- Viudo/a 4.- Divorciado/a 5.- Unión libre



Nivel de instrucción	Condición de alfabetismo y asistencia educativa de la población del país, vinculada al grado de finalización de cada uno de los niveles educativos.	Cultural	Años de educación cursada	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Superior 4.- Posgrado
Con quien vive actualmente	Vivir o habitar con otro u otros en el mismo lugar.	Social	Con quien vive actualmente	1.- Familia nuclear 2.- Familia extendida 3.- Solo
Vive con adultos mayores	Vivir o habitar en el mismo lugar con personas mayores de 70 años.	Social	Vive en la misma casa con personas mayores de 70 años	1.- Si 2.- No
Contacto interpersonal	Contacto físico directo con personas fuera del núcleo familiar incluye estrechó la mano, dio un beso, o tuvo algún contacto físico,	Social	Última vez que usted: estrechó la mano, dio un beso, o tuvo algún contacto físico, con alguien distinto a las personas que viven en su casa	1.- Hoy 2.- Hace 2 días 3.- Los últimos 3 a 5 días 4.- Hace más de una semana
Actividad	Tipo de actividad que realiza y que dedica la mayor cantidad del tiempo diario, para satisfacer una necesidad.	Económica	Ocupación principal para subsistir	1.- Estudiante 2.- Desempleado 3.- Trabajo autónomo 4.- Trabajo para una persona o institución 5.- Quehaceres domésticos
Actividad relacionado con el área de la salud	La actividad que realiza está relacionada con el área de la salud.	Económica	Ocupación relacionado con el área de la salud, profesional de la salud	1.- Si 2.- No



Actividad económica actual	Actividad que realiza para obtener un beneficio económico.	Económica	Condición laboral actual	1.- Ninguna o estudiante 2.- Trabajo desde casa 3.- Trabajo en espacios abiertos y servicios (mercados, tiendas, negocios ceca de la carretera, etc.) 4.- Trabajo en un espacio cerrado solo (oficina, etc.) 5.- Trabajo en un espacio cerrado con varias personas (oficina etc.)
Días de trabajo presencial durante la emergencia	Actividad laboral de manera presencial en la última semana.	Económica	Número de días a la semana fue usted (físicamente) al trabajo o a su lugar de estudio la última semana	1.- No he salido de casa 2.- 1 – 5 3.- >5
Desplazamiento laboral	Medio de transporte mediante el cual se desplaza a su trabajo.	Social	Medio de transporte utilizado para desplazarse a su trabajo	1.- En transporte público, con múltiples personas (bus, taxi, tren) 2.- Vehículo de alquiler por usted o por un miembro de la familia (taxi, etc.) 3.- Transporte propio (vehículo, motocicleta, bicicleta) 4.- Caminando al trabajo 5.- Otro 6.- No he salido de casa
Presencia de síntomas de enfermedad	Presencia de síntomas relacionados con el coronavirus tales como tos o	Biológica	Presencia de síntomas parecidos a los de la gripe en los	1.- Si 2.- No



	dolor de garganta, falta de aire, dolor del cuerpo, fiebre.		últimos 7 días (tos o dolor de garganta, falta de aire, dolor del cuerpo, fiebre)	
Distanciamiento social (lugares públicos)	Presencia o ausencia en lugares públicos tales como restaurant, bar, discoteca, servicios religiosos durante los últimos 7 días.	Social	Presencia del entrevistado en restaurant, bar, discoteca, servicios religiosos durante los últimos 7 días	1.- Si 2.- No
Distanciamiento social (transporte público)	Presencia o ausencia en vehículo o bus con más de 10 personas.	Social	Presencia del encuestado en vehículo o bus con más de 10 personas en los últimos 7 días	1.- Si 2.- No
Distanciamiento social (viajes)	Realizar viajes en cualquier medio de transporte, abandonado físicamente el lugar habitual de residencia.	Social	Referencia de un viaje en los últimos 7 días	1.- No he viajado 2.- Sí, he viajado a otras provincias 3.- Sí, he viajado fuera del país
Uso de medidas de protección	Conjunto de actividades que evitan que las personas tengan contacto con el corona virus.	Biológica	Referencia del encuestado sobre el uso o no, de medidas de protección	Yo sigo las reglas de distanciamiento de 1.5 - 2 metros 1.- Si 2.- No Yo uso mascarilla cuando salgo fuera 1.- Si 2.- No
Enfermedades crónicas o debilitantes	Presencia de enfermedades crónicas o debilitantes (de	Biológico	Presencia de una enfermedad de base (ej.	1.- Si 2.- No hasta donde conozco



preexistente s	base) que pueden alterar la inmunidad y el sistema de defensa de las personas.		enfermedad cardiaca, diabetes, hipertensión, cáncer, VIH, tuberculosis, etc. Referida por el encuestado	
-------------------	---	--	---	--

9.2 ANEXO 2. Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar de una investigación internacional, en línea, denominada ¿Cómo combates con el Corona?, llevada a cabo por investigadores de la Asia, África, América del Sur y Europa. En el Ecuador investigadores de la Universidad de Cuenca forman parte de este estudio.

A nivel mundial los gobiernos tomaron una serie de medidas para prevenir la diseminación del corona virus (Covid- 19). El objetivo del este estudio es investigar ¿cómo experimentó y aplicó las instrucciones para la prevención contra el corona virus (Covid- 19)?.

Si acepta participar, se le solicitará completar una encuesta en línea, **totalmente anónima** que le llevará aproximadamente diez (10) minutos.

No existen riesgos asociados a este estudio. La información que usted proporcione, será tratada y almacenada de manera confidencial y anónima. En ningún caso sus respuestas serán identificadas con algún dato que permita su identificación. Su participación es **totalmente voluntaria** y puede darla por terminada en cualquier momento.

El principal beneficio esperado de esta investigación, radica en la comprensión de la variabilidad de la adherencia y la durabilidad de las medidas de protección para evitar la propagación del COVID-19, por esta razón, se pedirá a los participantes que completen la encuesta a intervalos regulares de tiempo.

Usted, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación, antes, durante y después de su participación a: Bernardo Vega Crespo a través del email bernardo.vegac@ucuenca.edu.ec . Si usted quiere saber más sobre nuestras políticas de privacidad por favor visite la página web ICPCovis.com