

CINTHYA JACKELINE GALVÁN
REBOLLAR

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS EN TORNO AL COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE UNA UNIDAD DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS EN TORNO AL COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE UNA
UNIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MED. GRAL. CINTHYA JACKELINE GALVÁN REBOLLAR

Dirigido por:

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez

Querétaro, Qro. a 21 de febrero de 2023.

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Viernes, 03 de diciembre de 2021

Mtra. Prishila Danae Reyes Chávez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **VALIDACION DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN TORNO AL COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE UNA UNIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-2201-103

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

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Resumen

Introducción: Un instrumento de medida es un proceso que permitirá una asignación numérica que cuantifique los resultados de un constructo que es medible solo de manera indirecta. Las principales características de una medición son la confiabilidad y la validez. Teniendo en cuenta estos conceptos, el segundo paso para diseñar un instrumento de investigación con fines de medición, se divide en fases, primero las consideraciones teóricas y objetivos de la investigación, segundo la validación de jueces expertos, tercero la selección de la muestra para la prueba piloto y la administración del instrumento. **Objetivo:** Validar un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19 en personal de salud de una Unidad del Primer Nivel de Atención. **Material y métodos:** Se desarrolló un estudio de corte transversal para la validación de un cuestionario, diseñado con base en la literatura, el cual se sometió a la valoración por un grupo de expertos que determinaron la claridad, coherencia, de cada uno de los ítems. Se determinó el índice de Kappa de Fleiss para evaluar la concordancia. Posteriormente se aplicó a 80 personas del área de la salud y se estableció el alfa de Cronbach para determinar consistencia interna. **Resultados:** Se obtuvo un grado de acuerdo sustancial entre los observadores en el puntaje total del score del índice de Kappa de Fleiss. Y un alfa de Cronbach aceptable, lo cual denota una consistencia adecuada. El cuestionario se estructuró con un total de 16 ítems que abordan: conocimientos de la enfermedad junto a actitudes y prácticas referente a esta. **Conclusiones:** Esperamos que esta tesis sea de utilidad y ayude a que en algún momento este cuestionario se pueda aplicar no solo a personal del área de la salud, sino a la población general y no únicamente en el tema de COVID, en cualquier otro tema con adaptaciones diferentes.

(**Palabras clave:** COVID-19, conocimientos, prácticas y actitudes, Validación de instrumento, Alfa de Cronbach, Kappa de Fleiss)

Summary

Introduction: A measurement instrument is a process that will allow a numerical assignment that quantifies the results of a construct that is only indirectly measurable. The main characteristics of a measurement are reliability and validity. Taking these concepts into account, the second step to design a research instrument for measurement purposes is divided into phases, first the theoretical considerations and research objectives, second the validation of expert judges, third the selection of the sample for the pilot testing and administration of the instrument. **Objective:** To validate a questionnaire on knowledge, attitudes and practices around COVID-19 in health personnel from a First Level Care Unit. **Material and methods:** A cross-sectional study was developed for the validation of a questionnaire, designed based on the literature, which was submitted for evaluation by a group of experts who determined the clarity and coherence of each of the items. . The Fleiss Kappa index was determined to assess agreement. Subsequently, it was applied to 80 people from the health area and Cronbach's alpha was established to determine internal consistency. **Results:** A substantial degree of agreement was obtained between the observers in the total score of the Fleiss Kappa index score. And an acceptable Cronbach's alpha, which denotes adequate consistency. The questionnaire was structured with a total of 16 items that address: knowledge of the disease together with attitudes and practices regarding it. **Conclusions:** We hope that this thesis is useful and that at some point this questionnaire can be applied not only to personnel in the health area, but also to the general population and not only on the topic of COVID, on any other topic with different adaptations.

(Key words: COVID-19, CAP, Instrument validation, Cronbach's Alpha, Fleiss's Kappa)

Dedicatorias

A mi hija Antonella Mirielle que ha sido mi mayor motivacion para culminar la residencia.

A mi esposo Amaury que siempre me anima a seguir adelante y ser mejor persona cada día.

A mis padres por su amor y apoyo infinito. En especial a mi papá, mi mayor ejemplo de optimismo por la vida misma. Hasta el cielo Pa. Gracias.

Agradecimientos

A mis padres que iniciaron conmigo este camino de la residencia médica y que desde siempre me han brindado con mucho amor todo su apoyo de manera incondicional hasta ahora. Toda la vida estaré agradecida.

A mi esposo que ha sobrevivido conmigo las diferentes etapas de la residencia y que siempre me ha ayudado de gran manera a seguir adelante. Gracias por procurar que nuestra familia siempre esté unida y llena de amor. Aprendimos a ser resilientes sin saber que podíamos serlo y con temor a no poder lograrlo. Gracias por creer en mí.

A mi directora de tesis por aceptarme, orientarme e instruirme para concluir este trabajo. Gracias también por las revisiones amenas que teníamos y por todos los buenos momentos y conversaciones que salían. Gracias doctora Prish.

Índice

Contenido	Página
Resumen	3
Summary	4
Dedicatorias	5
Agradecimientos	6
Índice	7
Índice de tablas	8
Abreviaturas y siglas	9
I. Introducción	10
II. Antecedentes	12
III. Fundamentación teórica	14
III.1 Validación de un instrumento de medición en salud	14
III.2 Enfoques metodológicos	15
III.3 Adaptación cultural de cuestionarios de salud	16
III.4 Epidemiología del COVID-19	20
III.4.1 Características de los coronavirus	22
III.4.2 Fisiopatología	23
III.4.3 Mecanismos de transmisión	24
III.4.4 Manifestaciones clínicas	25
III.4.5 Diagnóstico	26
III.4.6 Tratamiento	27
III.4.7 Pronóstico	27
III.4.8 Prevención	28
IV. Hipótesis	29
V. Objetivos	30
V.1 General	30
V.2 Específicos	30
VI. Material y métodos	31
VI.1 Tipo de investigación	31
VI.2 Población o unidad de análisis	31

	VI.3 Muestra y tipo de muestra	31
	VI.4 Criterios de selección	31
	VI.5 Variables estudiadas	31
	VI.6 Técnicas e instrumentos	32
	VI.7 Procedimientos	32
	VI.8 Análisis estadístico	34
	VI.9 Consideraciones éticas	34
VII. Resultados		36
VIII. Discusión		41
IX. Conclusiones		43
X. Propuestas		44
XI. Bibliografía		45
XII. Anexos		48

Índice de tablas

Tabla		Página
VII.1	Resultado del índice de Kappa de Fleiss	36
VII.2	Valores del índice de Kappa de Fleiss	36
VII.3	Tabla de frecuencia y porcentaje de la pertinencia de los ítems del instrumento validado.	37
VII.4	Tabla de frecuencia y porcentaje de la pertinencia de las dimensiones del instrumento validado.	37
VII.5	Tabla de frecuencia y porcentaje de la claridad de los ítems del instrumento validado.	37
VII.6	Tabla de frecuencia y porcentaje de la coherencia de los ítems del instrumento validado.	38
VII.7	Tabla de frecuencia y porcentaje de la adaptación cultural de los ítems del instrumento validado.	38
VII.8	Valor de Alfa de Cronbach por ítem.	39

Abreviaturas y siglas

CAP: Conocimientos, actitudes y prácticas.

SARS COV 2: Síndrome Respiratorio Agudo, Coronavirus tipo 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Paquete estadístico para las Ciencias Sociales).

I. Introducción

Los instrumentos de medida son un proceso que permite la asignación numérica que cuantifique los resultados de un constructo que puede ser medible. El constructo es la interpretación sobre algún objeto que es observado, medido y relacionado. Las principales características de una medición son la confiabilidad y validez. Se considera que un instrumento será válido en cuanto al grado de propiedad de las deducciones e interpretaciones producto de los resultados de un test incluya las consecuencias sociales y éticas. Un segundo paso para diseñar un instrumento de investigación con fines de medición, se deben cumplir con las consideraciones teóricas y objetivos de la investigación, la validación de jueces expertos y la selección de muestra para la prueba piloto y la aplicación del instrumento.

Para la adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud es imprescindible tener en cuenta los giros idiomáticos, el entorno cultural y la disparidad en la práctica de la salud y la enfermedad y la validación en el idioma de destino, para evaluar el grado de preservación de las cualidades psicométricas. Para la traducción de un instrumento, tiene que pasar por varias etapas entre ellas: la traducción y adaptación cultural con el objetivo de conseguir la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial del cuestionario original con el instrumento final. En esta etapa se abordan cinco pasos: la traducción directa, síntesis de traducciones, traducción inversa, la consolidación por un comité de expertos y la aplicabilidad del instrumento.

Es importante realizar instrumentos de medición en salud, porque son herramientas que de acuerdo a los resultados se pueden obtener áreas de oportunidad en algún tema de impacto en la salud. Existen varios estudios realizados en diferentes países, que evidencian la utilización de cuestionarios tipo CAP para el abordaje de problemas de la salud y otros temas. Su utilización da un aporte importante no solo para la comprensión de la enfermedad, sino también para

identificar las deficiencias y necesidades de información que tiene el personal de salud y sus diferentes áreas.

Derivado de la pandemia suscitada por el virus de SARS COV 2, se implementaron varias medidas preventivas para evitar propagar la enfermedad, ante la necesidad de encontrar áreas de oportunidad se realizaron varios estudios tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) para medir a la población afectada y personal de salud, con el objetivo de implementar medidas de prevención.

En México, hasta la fecha no se tenía conocimiento de que existiera un instrumento que evalué los conocimientos, prácticas y actitudes del personal de salud frente al tema de COVID-19, es por eso que se tomó la decisión de realizar la adaptación y validación de un instrumento que se utilizó en población China durante la pandemia.

Para tal efecto, se realizó la validación y traducción del instrumento tipo CAP, para posteriormente aplicarlo a 80 personas trabajadoras del área de la salud en primer nivel. Utilizando Kappa de Fleiss para medir la fiabilidad interna y Alpha de Cronbach para la fiabilidad externa.

II. Antecedentes

Un instrumento de medida es un proceso que permitirá una asignación numérica que cuantifique los resultados de un constructo que es medible solo de manera indirecta (Soriano, 2014).

Las principales características de una medición son la confiabilidad y la validez. La confiabilidad indica que un objeto de estudio medido repetidamente con el mismo instrumento siempre dará los mismos resultados; la confiabilidad no garantiza, si es sinónimo de exactitud. Un instrumento será válido en cuanto que el grado de propiedad de las deducciones e interpretaciones producto de los resultados de un test incluya las consecuencias sociales y éticas (Soriano, 2014).

Teniendo en cuenta estos conceptos, el segundo paso para diseñar un instrumento de investigación con fines de medición, se divide en fases, primero las consideraciones teóricas y objetivos de la investigación, segundo la validación de jueces expertos, tercero la selección de la muestra para la prueba piloto y la administración del instrumento (Soriano, 2014).

La categoría simétrica de traducción es el enfoque más recomendado porque se refiere a la fidelidad del significado y la coloquialidad en el idioma de origen, como en el idioma de destino y no a una traducción literalmente. El propósito de la traducción es lograr la equivalencia entre el instrumento en el idioma de origen y el instrumento en el idioma de destino. La traducción simétrica es la única categoría que facilita la comparación de las respuestas entre los individuos de una cultura con las de otra y la determinación de los tipos de equivalencia transcultural: la semántica, conceptual, de contenido, técnica y criterio (Valmi D. Sousa y Wilaiporn, 2011).

Para que un cuestionario sea válido, debe de reunir algunas características: a) ser fiable y capaz de medir sin error; b) ser capaz de detectar y medir cambios, a través del tiempo; c) ser sencillo, viable y aceptado por pacientes, usuarios e investigadores; d) ser adecuado para medir el fenómeno que

se intenta medir, y e) reflejar la teoría resultante del fenómeno o concepto que se quiere medir.

Existen varios estudios del uso y adaptaciones de este tipo de instrumento realizados en otros países, que tomaron como base o referencia los estudios tipos CAP (conocimiento, actitudes y prácticas), relacionados con temas de salud con impacto epidemiológico, así como estos últimos dos años con la pandemia por COVID 19.

Este tipo de cuestionarios mide tres dimensiones que son: conocimientos, actitudes y prácticas. Su utilización en el área de la salud, dan un aporte importante no sólo a la comprensión cultural de la enfermedad, sino que permiten establecer las deficiencias y necesidades de información que tiene el personal de salud y sus diferentes áreas.

III. Fundamentación teórica

3.1 Validación de un instrumento de medición en salud

Un instrumento de medida es un proceso que permitirá una asignación numérica que cuantifique los resultados de un constructo que es medible solo de manera indirecta (Soriano, 2014).

Un constructo es la interpretación sobre algún aspecto sobre el objeto que será observado, medido y relacionado. Pueden ser definidos como características o propiedades, medidas solamente en forma indirecta, son definiciones mentales de los eventos de objetos los cuales pueden variar (Soriano, 2014).

Las principales características de una medición son la confiabilidad y la validez. La confiabilidad indica que un objeto de estudio medido repetidamente con el mismo instrumento siempre dará los mismos resultados; la confiabilidad no garantiza, si es sinónimo de exactitud. Un instrumento será válido en cuanto que el grado de propiedad de las deducciones e interpretaciones producto de los resultados de un test incluya las consecuencias sociales y éticas (Soriano, 2014).

Teniendo en cuenta estos conceptos, el segundo paso para diseñar un instrumento de investigación con fines de medición, se divide en fases, primero las consideraciones teóricas y objetivos de la investigación, segundo la validación de jueces expertos, tercero la selección de la muestra para la prueba piloto y la administración del instrumento.

Primera Fase: Objetivos, teoría y constructo

Al construir un instrumento se debe tener claridad de los objetivos de la investigación y de las teorías generales y sustantivas que fundamentan y definen la opción teórica de la investigación. Esto se refiere a que la medición del instrumento se centrará en más de un atributo o cualidad (Soriano, 2014).

Segunda Fase: Validación juicio de expertos

Los expertos son personas cuya especialidad, experiencia profesional, académica o relacionada al tema de investigación, les posibilita valorar, de contenido y de forma, cada uno de los ítems incluidos en la herramienta. Deberán tener claro los objetivos y el posicionamiento teórico de la investigación. Así, calificarán, constructo teórico y la pertinencia de cada uno de los ítems del instrumento. Las observaciones hechas deben ser sometidas a un análisis de concordancia, una opción puede ser través de la medida de Kappa de Cohen, la cual puede ejecutarse con el programa SPSS.

El lenguaje y redacción del instrumento, debe tener una validación por parte de un grupo de jueces expertos, que procedan de una población similar a la quien será administrado el documento. Estos jueces aprobaran que el estilo de redacción de los ítems es comprendido por el grupo objetivo y por tanto que asegure que las respuestas serán válidas (Soriano, 2014).

Tercera Fase: Prueba piloto

Se procede a una segunda redacción de los ítems. Las características de la población piloto y la muestra de investigación deben ser similares. Por último, se procesan los datos y se realiza el análisis estadístico descriptivo.

3.2 Enfoques metodológicos

La categoría simétrica de traducción es el enfoque más recomendado porque se refiere a la fidelidad del significado y la coloquialidad en el idioma de origen, como en el idioma de destino y no a una traducción literalmente. El propósito de la traducción es lograr la equivalencia entre el instrumento en el idioma de origen y el instrumento en el idioma de destino. La traducción simétrica es la única categoría que facilita la comparación de las respuestas entre los individuos de una cultura con las de otra y la determinación de los tipos de equivalencia transcultural: la semántica, conceptual, de contenido, técnica y criterio (Valmi D. Sousa y Wilaiporn, 2011).

3.3 Adaptación cultural de cuestionarios de salud

La traducción simple de un cuestionario puede proceder a una interpretación errónea debido a las diferencias culturales y de lenguaje (Ramada y Serra, 2013).

Existe amplia aprobación en recomendar dos etapas para el proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV): a) adaptación cultural, donde es imprescindible tener en cuenta los giros idiomáticos, el entorno cultural, y la disparidad en la práctica de la salud y la enfermedad, y b) la validación en el idioma de destino, para evaluar el grado de preservación de las cualidades psicométricas (Ramada y Serra, 2013).

Primera etapa: traducción y adaptación cultural

Se traduce el instrumento de su versión original y manteniendo la estructura del cuestionario. El objetivo es conseguir la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial del cuestionario original con el instrumento final. Existe un proceso de cinco pasos para abordar esta primera etapa:

Primer paso. Traducción directa: se realiza una traducción ideal del instrumento. Deben ser al menos dos traductores participantes, que hablen por lo menos dos idiomas y uno sea lengua materna e idioma de destino. Uno deberá conocer los objetivos y los conceptos considerados en el cuestionario, y tendrá experiencia en la traducción técnica de textos. El otro no tendrán conocimientos sobre el cuestionario y desconocerá los objetivos del estudio. La finalidad es ofrecer una traducción más acercada al lenguaje de uso coloquial, identificando las dificultades de comprensión y traducción derivadas del uso de vocablos técnicos o poco comunes (Valmi D. Sousa y Wilaiporn, 2011), (Ramada y Serra, 2013).

Segundo paso. Síntesis de traducciones: Se identificarán y se discutirán las discrepancias entre las versiones traducidas. Al final, será una única traducción del cuestionario que será la versión de síntesis en el idioma de destino.

Es conveniente que los traductores cuenten con la experiencia o estén relacionados de alguna forma con el concepto de interés que se pretende medir, para disminuir las probabilidades de obtener una traducción literal (Gutierrez y Avelar, 2018).

Tercer paso. Traducción inversa: el cuestionario será retro traducido al idioma original, al menos en dos ocasiones por dos traductores bilingües cuya lengua materna sea la del cuestionario original. Los traductores no tendrán conocimientos previos sobre el tema y desconocerán los objetivos del estudio.

Cuarto paso. Consolidación por un comité de expertos: se constituirá un comité multidisciplinar. El objetivo de este comité será llegar a un único cuestionario previo al final adaptado al idioma de destino. Se asegurará que el cuestionario pre-final resulte comprensible para una persona escolarizada con conocimientos equivalentes a un individuo de 12 años de edad.

Quinto paso. Pre-test (aplicabilidad / viabilidad): en este paso se evaluará la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad del cuestionario.

Para seleccionar la muestra, se definirán los criterios de inclusión y exclusión, así como el modo en que serán reclutados los participantes. De cada participante se recopilarán datos, por lo menos, sus características sociodemográficas, nivel educativo y ocupación. Se solicitará a los participantes que llenen la versión pre-final y, mediante una entrevista, se les invitará a comentar cualquier aspecto que haya resultado difícil de entender (Ramada y Serra, 2013).

Este paso se utiliza para respaldar la equivalencia conceptual, semántica y de contenido del instrumento traducido y mejorar mucho más la estructura de las

oraciones utilizadas en las instrucciones y elementos para que la población objetivo las entienda fácilmente antes de las pruebas psicométricas.

Segunda etapa: validación del cuestionario en el idioma determinado

Para que un cuestionario sea válido, debe de reunir algunas características: a) ser fiable y capaz de medir sin error; b) ser capaz de detectar y medir cambios, a través del tiempo; c) ser sencillo, viable y aceptado por pacientes, usuarios e investigadores; d) ser adecuado para medir el fenómeno que se intenta medir, y e) reflejar la teoría resultante del fenómeno o concepto que se quiere medir.

1. Fiabilidad: es la condición en que un instrumento es apto para medir sin errores. Mide la proporción de variación en las mediciones que es debida a la variedad de valores que adopta la variable y no al probable error sistemático o aleatorio. Determina la relación de la variancia total atribuible a diferencias verdaderas entre los sujetos.

Dependiendo de las características del cuestionario, su fiabilidad puede calcularse para todas o algunas de sus tres dimensiones: 1) consistencia interna; 2) fiabilidad intra-observador o fiabilidad test-retest, y 3) fiabilidad inter-observador.

1.1. Consistencia interna: es el grado de correlación y congruencia de los ítems. A través de este aspecto, se evalúa si los ítems que miden un mismo constructo presentan similitud entre ellos. El objetivo principal es asegurar la existencia de una relación lineal entre la suma de las puntuaciones de los ítems y el constructo medido.

Para cada ítem se asigna una respuesta y una puntuación. La suma de las puntuaciones proporciona la escala del cuestionario.

El coeficiente alfa de Cronbach permite cuantificar el nivel de fiabilidad de una escala si se cumplen dos requisitos: a) debe estar formada por un conjunto de ítems, cuyas puntuaciones sean calculadas para obtener una puntuación global, y b) todas las puntuaciones de los ítems deben medir en la misma dirección. El coeficiente alfa de Cronbach puede permitir valores entre 0 y 1. Se considera que valores alfa por arriba a 0.70 son suficientes para garantizar la consistencia interna de la escala.

1.2. Fiabilidad intra-observador o fiabilidad test-retest: se refiere a la repetibilidad del instrumento, con el mismo método a la misma población en dos momentos diferentes. Si la escala es cuantitativa, su análisis se realiza mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass (CCI), y cuando es cualitativa se realiza mediante el cálculo del índice Kappa de Cohen. No debe de transcurrir mucho tiempo entre la primera vez y la segunda, para evitar que el fenómeno observado sufra variaciones que pudieran alterar el valor de la repetibilidad y tampoco debe ser demasiado corto para evitar el efecto aprendizaje (recordar las respuestas).

2. Validez: capacidad del cuestionario de medir aquel constructo para el que ha sido diseñado.

2.2. Validez de contenido: es el grado en que la herramienta es capaz de medir la mayor parte de las dimensiones del constructo. Proceso que consiste en valorar si los ítems del cuestionario son una muestra representativa de aquello que se quiere medir.

2.3. Validez de criterio: establece la autenticidad de un instrumento comparándola con algún criterio externo o prueba de referencia. Otro enfoque para cuantificar la validez de criterio concurrente consiste en analizar la sensibilidad (detectar a los individuos que presentan el fenómeno de estudio) y la especificidad (detectar a los que no presentan el fenómeno de estudio) (Ramada y Serra, 2013).

3.4 Epidemiología del COVID -19

El 31 de diciembre del año 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, informó acerca de un grupo de 27 personas con diagnóstico de neumonía de etiología desconocida, todos tenían en común la visita a un mercado de mariscos, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, siete casos eran graves (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020). El 7 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (China CDC) llevó a cabo una investigación de tipo epidemiológica y etiológica de la neumonía (Secretaría de Salud, 2020). Dicha investigación reveló que los patógenos descubiertos eran virus envueltos de ARN de cadena positiva que pertenecen a la familia Coronaviridae y el orden Nidovirales. El Grupo de Estudio Coronavirus (CSG) del Comité Internacional de Taxonomía de Virus lo nombró como 2019-nCoV y luego lo cambió a coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó un nuevo nombre para la enfermedad epidémica: la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) (Hosseini y Ramin, 2020).

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró el brote de COVID-19 como la sexta emergencia de salud pública de importancia internacional, después del H1N1 (2009), la poliomielitis (2014), el ébola en África occidental (2014), el zika (2016) y el ébola en el República Democrática del Congo (2019).

El día 11 de marzo, la OMS declaró como pandemia mundial a COVID-19. Un día después ya habían sido confirmados más de 125,000 casos y 4600 muertes en 118 países (Chih-Cheng Lai, 2020).

La familia de los coronavirus puede causar enfermedad en los seres humanos y algunos animales. Lo que, la convierte en una enfermedad potencialmente zoonótica. El tipo de coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el típico resfriado común con patrón hasta cuadros más graves como los producidos por los virus

del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). En el año 2003, el SARS-CoV-1 ocasionó más de 8.000 casos en 27 países y una letalidad de 10%. Desde entonces no se ha vuelto a detectar en humanos. En el 2012 se han notificado más de 2.500 casos de MERS-CoV en 27 países (la mayoría en Arabia Saudí), con una letalidad de 34% (Chih-Cheng Lai, 2020).

El día 25 de enero la Secretaria de Salud, comunicó que hasta esa fecha se tenían reportados 1,350 casos confirmados de 2019-nCoV y 41 defunciones (con una tasa de letalidad: 3%) a nivel mundial, 39 defunciones en Hubei. Para ese entonces, aparecieron casos importados en 11 países fuera de China, en cuatro regiones de la OMS (América, Europa, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental). Incluidos los países de: Tailandia, Francia, Malasia, Taiwán, Singapur, E.U.A., Japón, República de Corea del Sur, Vietnam, Australia y Nepal.⁹ Hasta ese momento aún no se registraban casos en México.

El día 05 de febrero, a nivel mundial se reportaron 24,554 casos confirmados y 492 defunciones, repartidos en 24 países fuera de China (Comunicado técnico diario de la Secretaria de Salud, 2020).

El 25 de febrero ya eran 80,239 casos confirmados y 2,700 defunciones. Entonces ya eran 33 países afectados, en cinco regiones de la OMS (América, Europa, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental) (Comunicado técnico diario de la Secretaria de Salud, 2020).

México activó la Fase 1 (casos importados) el día 27 de febrero de 2020, cuando se confirmó el primer caso, la transmisión del virus SARS-CoV-2 estaba circulando en forma eficiente y activa. Para el siguiente día ya se habían registrado 3 casos de COVID-19. Y, a nivel mundial se habían reportado 83,652 casos confirmados y 2,858 defunciones, afectando 51 países externos a China (Comunicado técnico diario de la Secretaria de Salud, 2020).

El 11 de marzo, se declaró pandemia mundial por parte de la OMS, las cifras ascendieron 118,326 casos confirmados y 4,292 defunciones, en 113 países fuera de China. En México, hasta ese día eran 11 casos confirmados (Comunicado técnico diario de la Secretaria de Salud, 2020).

El 23 de marzo se identifica en nuestro país, la transmisión local, y se inicia la estrategia denominada Jornada de Sana Distancia y con ello la Fase 2. Con el incremento exponencial de los contagios, casos y defunciones, el día 1 de abril de 2020, se emite la declaratoria de fase de emergencia en México. El 21 de abril se determina la Fase 3 que es justamente donde se presentan un mayor número de contagios y por ende más casos y demandas de atención médica en todo el país y en la que actualmente nos encontramos.

En México hasta el día 11 de mayo de 2020, se han notificado 36,327 casos confirmados de COVID-19, es decir, 11,422 más que la semana previa (24,905) lo que se traduce en un incremento porcentual de 45.8%. Hasta esta fecha, se han estudiado un total de 135,116 personas. Al corte de este informe, se han presentado 3,573 que comparado a las 2,271 defunciones positivas a COVID-19 de la semana anterior representan un incremento porcentual de 57.3 distribuidas en todo el país (Comunicado técnico diario de la Secretaria de Salud, 2020).

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad debe enfocarse principalmente en la detección inmediata de casos, para prevenir la propagación rápida del virus en la población mexicana.⁶ Además, permite caracterizar el comportamiento de la epidemia de COVID-19 en el país, lo que ha servido de base junto con otros análisis para conocer el comportamiento de la enfermedad y orientar en la toma de decisiones sobre las medidas de control de éste padecimiento.

3.4.1 Características de los coronavirus

Los coronavirus pertenecen a la subfamilia Orthocoronavirinae dentro de la familia Coronaviridae (orden Nidovirales). Esta subfamilia integra cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus en relación a su estructura genética. Los alfacoronavirus y betacoronavirus infectan únicamente a mamíferos y son responsables de infecciones respiratorias en humanos y gastroenteritis en animales. Se tiene conocimiento de que existen seis especies de coronavirus, causantes de enfermedad en humanos. Los virus (HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-OC43 y HKU1), tienen mas prevalencia y causan sintomas de resfriado comun en personas adultas inmunocompetentes.¹⁵ El SARS-CoV y MERS-CoV, son responsables de infecciones respiratorias graves de grado epidémico con gran repercusión internacional debido a su morbilidad y mortalidad. El coronavirus SARS-CoV-2 supone el séptimo coronavirus aislado y caracterizado capaz de provocar infecciones en humanos.

Estructuralmente los coronavirus son virus en forma de esfera con un diametro de 100-160 nm, con envoltura que contienen ARN monocatenario (ssRNA) de polaridad positiva de entre 26 y 32 kilobases de longitud. El genoma del virus SARS-CoV-2 codifica 4 proteínas estructurales: la proteína S (proteína pico), la proteína E (envoltura), la proteína M (membrana) y la proteína N (nucleocapside). La proteína N está en el interior del virión adjunta al RNA viral, y las otras proteínas están adjuntas a la envoltura viral. La proteína S se ensambla en homotrómeros, y forma estructuras que sobresalen de la envoltura del virus parecidas a unas espículas. La proteína S contiene el dominio de unión al receptor celular y por lo tanto es la proteína determinante del tropismo del virus y actividad de fusión de la membrana viral con la celular y de esta manera libera el genoma viral al interior de la célula próxima a infectar.

3.4.2 Fisiopatología

Interacciones del receptor y entrada celular

Las espículas de glicoproteína en la superficie externa son las responsables de la unión y entrada del virus a las células del hospedero.¹⁸ El SARS-CoV-2 penetra en la célula empleando como receptor a la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE-2), una exopeptidasa de membrana presente fundamentalmente en el riñón, los pulmones y el corazón. La función de la ACE2 es la transformación de la Angiotensina I en Angiotensina 1-9 y de la Angiotensina II en Angiotensina 1-7. Estos productos finales tienen efectos vasodilatadores, antifibrosis y antiinflamatorios. Son todos efectos, que reducen la tensión arterial, contrarregulando la acción de la Angiotensina II. La ACE2 se ha relacionado con la protección de desarrollar hipertensión, la arteriosclerosis y otros procesos vasculares y pulmonares. Se ha demostrado que la falta de la ACE2 da lugar a un mayor daño pulmonar en el SDRA y la sobreexpresión del ACE2 protege frente al mismo.

Por el contrario, la transformación de Angiotensina I en II, favorece la generación de péptidos secundarios con efecto vasoconstrictor, proinflamatorio y de retención de sodio, mismos que se relacionan con la fisiopatología de la hipertensión arterial (Gonzalez, 2020).

Se ha observado que los casos graves de COVID-19 presentan niveles de Angiotensina II muy elevados. Y el nivel de Angiotensina II se ha correlacionado con la carga viral de SARS-CoV-2 y el daño pulmonar. Este desequilibrio del sistema renina-angiotensina-aldosterona podría estar en relación con la inhibición de la ACE2 por parte del virus.

3.4.3 Mecanismos de transmisión

Fuente de infección

Al igual que en otros brotes causados por coronavirus, se cree que la fuente primaria más probable de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 es de origen animal. Se había mencionado en un principio que el reservorio del virus era el murciélago, sin embargo, se continúa investigando acerca del animal hospedador intermediario, habiendo controversia entre el pangolín y otros.

Actualmente, se considera y se puede decir, que los pacientes contagiados por COVID-19 son la principal fuente de infección (Gonzalez, 2020). En promedio una persona puede transmitir la infección a otras 2 o 3 personas (Jiménez y Auquilla, 2020).

Mecanismo de infección

La enfermedad por COVID-19 se transmite de humano a humano a través de gotitas respiratorias, fecal-oral y contacto directo (García-Salido, 2020). Siendo las gotas respiratorias y la transmisión de contacto directo, las principales rutas de transmisión (Gonzalez, 2020).

Las gotas respiratorias de más de 5 micras tienen la capacidad de transmitirse hasta distancias de 2 metros. SARS-CoV-2 fue detectado en secreciones nasofaríngeas, incluyendo la saliva (Akshaya y Ali, 2020). En dos estudios realizados en pacientes confirmados de CoVID 19, reportaron un período de incubación de 6.4 días (IC 95%, 5.6 a 7.7 días), con un rango de 2,1 a 11,1 días. En otro estudio, un período medio de incubación de 5.0 días (IC, 4.4 a 5.6 días), con un rango de 2 a 14 días (Kai-Wang y Tak-Yin, 2020).

3.4.4 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas mas comunes de la enfermedad por COVID-19 incluyen fiebre, tos seca, disnea, mialgias, confusión, cefalea, odinofagia, rinorrea hialina, dolor precordial, diarrea, náuseas y vómito (A. Lauer y Grantz H, 2020). De acuerdo a un estudio realizado a pacientes de la ciudad de Wuhan, China, el porcentaje de presentación de los síntomas fue de la

siguiente manera fiebre (98%), tos (76%) y mialgias (44%); los síntomas menos comunes fueron producción de esputo (28%), cefalea (8%), hemoptisis (5%) y diarrea (3%). Más del 55% desarrollaron disnea (Sufang Tian, 2020). La presentación clínica varía entre las personas dependiendo de la edad y sus comorbilidades. Personas con mayor edad y con patologías previas son más susceptibles de sufrir complicaciones clínicas, como (síndrome de distrés respiratorio agudo o SDRA) y a un proceso inflamatorio “tormenta de citoquinas” (Zhe Xu y Lei Shi, 2020).

En pacientes graves se observó linfopenia hasta en un 82,1% (Elizalde-González, 2020). Las comorbilidades con mayor susceptibilidad son la enfermedad cardiovascular y la hipertensión, seguidas de la diabetes mellitus. De los síntomas agregados la hiposmia-anosmia y la hipogeusia-disgeusia tuvieron un porcentaje de 5% respectivamente.⁸ En las TC de tórax, los hallazgos típicos de las imágenes fueron áreas de consolidación lobulares múltiples y segmentarias bilaterales.¹⁷ Clásico signo radiológico del “vidrio despulado” (Hossein Taghrir, Rohan Borazjani, 2020).

3.4.5 Diagnóstico

En la actualidad la prueba diagnóstica de elección para detectar SARS-CoV-2, sigue siendo la reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa reversa en tiempo real (RT-PCR). Se realiza por medio de un hisopo que recolecta muestra de la mucosa faríngea o nasal anterior (Chaolin Huang y Yeming, 2020). Se trata de un diagnóstico específico y sensible, es decir, que las personas que dan positivo realmente tienen la enfermedad. Sin embargo, la RT-PCR cumple con dos criterios: tasas de especificidad y sensibilidad de 90 % o más (Palacios Cruz y Santos, 2020). Por otro lado, se han creado algunas pruebas de diagnóstico rápidas mejoradas y que han tenido éxito.

Otro método diagnóstico importante en la práctica clínica es la radiografía de tórax o TC. Las imágenes características son la distribución bilateral de sombras irregulares y la opacidad de vidrio esmerilado, sobre un empedrado (Elizalde-González, 2020). En fases más avanzadas se pueden observar engrosamientos septales interlobulillares o bronquiectasias. La consolidación que no tenga la imagen de “vidrio despulido”, cavitación, derrame pleural y linfadenopatía deben hacernos pensar en otra enfermedad (Carranza y Santacruz, 2020).

3.4.6 Tratamiento

Actualmente el control de los síntomas y el abordaje respiratorio, de acuerdo a las necesidades del paciente, es el tratamiento ideal para COVID-19. En algunos pacientes, con factores de riesgo o mala evolución, se emplea el uso empírico de diversos fármacos dirigidos contra el virus y para mejorar una respuesta inmunitaria irregular. Algunos de los fármacos empleados son: Lopinavir/Ritonavir, Remdesivir, Hidroxicloroquina, Macrólidos, Corticoides y Tocilizumab (Jara González y Jiménez, 2020).

Únicamente Remdesivir, en combinación con cloroquina o interferón beta, lograron bloquear de manera significativa la replicación del SARSCoV-2 y los pacientes en quienes utilizaron este esquema de tratamiento tuvieron una recuperación clínica (Yuefei Jin y Yang, 2020).

Existe la terapia alternativa con plasma convaleciente, que puede ser una opción de prevención y tratamiento de la enfermedad COVID-19, sin embargo, existe el riesgo de citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos y/o la fagocitosis (Zhe Xu y Lei, 2020). Hasta este momento no existen medicamentos o vacunas específicas para el control del SARS-CoV-2 (Elizalde-González, 2020).

3.4.7 Pronóstico

El compromiso cardiovascular en los pacientes enfermos por COVID-19, es un factor determinante en la morbilidad, especialmente en pacientes que padecen alguna enfermedad metabólica de base (Zúñiga DL, 2020).

Pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas, desencadenan rápidamente una neumonía grave y falla orgánica múltiple, generalmente con un desenlace fatal (Ocampo-Salgado y Palacio-Urbe,2020).

3.4.8 Prevención

Los pilares fundamentales para la prevención de la enfermedad son: medidas preventivas necesarias para detener o disminuir la transmisión persona a persona, la detección de grupos de riesgo vulnerables, una correcta historia epidemiológica de pacientes confirmados con el fin de identificar y neutralizar los focos de propagación y lograr el apego de la población al sistema de salud para combatir esta enfermedad (Ocampo-Salgado y Palacio-Urbe,2020)

IV. Hipótesis

El cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en torno al COVID-19, tendrá un alfa de Cronbach mayor o igual a 8.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Validar un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19 en personal de salud de una Unidad del Primer Nivel de Atención.

V.2 Objetivos específicos

- Traducción y adaptación cultural del cuestionario
- Determinar la validez de constructo a través de la correlación de los ítems
- Determinar la confiabilidad
- Determinar la validez de contenido y criterio
- Validación del cuestionario en el idioma español

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Transversal para la validación de un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas.

VI.2 Población

Personal del área médica que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 16, Delegación Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

De acuerdo al número de variables que se estudiarán y como criterio que tengan 5 encuestas tipo CAP por cada ítem del instrumento. Con un total de 80 encuestas. El tamaño de la muestra necesario depende de la cantidad de ítems involucrados en el análisis, existen diferentes criterios para establecer el número de sujetos indicados; uno de los criterios es que el número de los sujetos no sea menor 5 veces la cantidad de ítems del instrumento.

VI.4 Criterios de selección

a. Criterios de inclusión:

Personal del área de la salud que labore en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 Querétaro, Qro.

b. Criterios de exclusión:

Por las características del estudio se incluirá a todos los participantes.

VI.5 Variables estudiadas

3 dimensiones y cada una estara compuesta por los mencionar cuales son las dimensiones.

VI.6 Técnicas e instrumentos

Se sometió a validación de contenido, criterio y constructo por medio de un panel de expertos, para el contenido y criterio. Se analizaron los datos para estimar la confiabilidad de consistencia mediante el uso de la prueba de Alfa de Cronbach (prueba estadística usada para estudio de variables politómicas).

Se obtuvo la consistencia externa por medio de correlación por Kappa de Fleiss y se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows.

VI.7 Procedimientos

Para la validación del cuestionario, se realizó la traducción directa del instrumento en su versión original e el idioma inglés al español, en donde participaron dos traductores bilingües, ambas traducciones fueron comparadas. Posteriormente se realizó otra traducción del español a su idioma original (inglés) para verificar la comprensión del cuestionario.

Se procedió a la redacción de los reactivos, se sometió al comité estatal de investigación y ética donde fue autorizado y posteriormente se sometió a validación del instrumento llevado a cabo por un juicio de expertos quienes previamente firmaron un consentimiento informado de aceptación al trabajo de investigación los cuales valoraron el contenido y forma de cada uno de los ítems incluidos en la herramienta así como evaluaron, con base a los fines, constructo teórico, una guía de observación y la pertinencia de cada uno de los ítems, para lo que se tuvo un formato definido que garantizó que todos los jueces realizaran la misma observación bajo los mismo criterios y se pudiera llevar a cabo un análisis de concordancia a través de la medida de Kappa de Fleiss, ya que es la medida de evaluación de concordancia de tres o más observadores. El juicio de expertos, permitió mejorar el instrumento en cuanto a los aspectos de contenido, forma y estilo con lo que se pudo depurar y hacer modificaciones a los ítems y las dimensiones de acuerdo a los resultados del análisis de concordancia entre los jueces y se realizó una segunda redacción de ítems que conformaron la prueba piloto.

Se sometió a validación de contenido, criterio y constructo por medio de un panel de 3 expertos; para el contenido se tomarán expertos con el conocimiento en el área, y para la validez de criterio se tomaron en cuenta 3 expertos en la construcción de instrumentos de evaluación, con formación y experiencia en educación e investigación médica y construcción de instrumentos.

El grupo de expertos estuvo conformado por 2 traductores profesionales bilingües cuya lengua materna es la del cuestionario original, 2 traductores profesionales bilingües independientes cuya lengua materna es el idioma de destino.

Los expertos que participaron en la validación y traducción del cuestionario fueron personas bilingües con formación en enseñanza de estudios literarios, lengua y literatura Hispánicas con experiencia en redacción, corrección y traducción de todo tipo de documentos del español al inglés y del inglés al español.

Para el grupo de construcción estuvo conformado por médicos con maestría o doctorado y experiencia en construcción de instrumentos y con trabajos publicados de validación de instrumentos.

Se les solicitó su opinión sobre la pertinencia de los enunciados y sus respuestas, además de realizar las observaciones que consideraron necesarias según consenso con firma de autorización, con ello se llevó a cabo una segunda ronda de verificación y se realizaron las modificaciones correspondientes para que pudiera ser aprobado y continuar con el proceso de validación donde se aplicó una prueba piloto para depurar los ítems.

Se analizarán los datos para estimar la confiabilidad de consistencia mediante el uso de la prueba de Alfa de Cronbach (prueba estadística usada para estudio de variables politómicas); se evaluó por dimensiones y por puntaje total dependiendo de la respuesta se dará un valor dependiendo si es: En total desacuerdo = 1, En desacuerdo = 2, Ni de acuerdo ni desacuerdo = 3, De acuerdo = 4, Muy de acuerdo = 5. Se obtuvo la consistencia externa por medio de correlación de Kappa de Fleiss y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows

para el análisis de datos; se dieron a conocer los resultados por medio de tablas y gráficas.

Al ser aprobado el instrumento ya con las modificaciones correspondientes se solicitó permiso a la Unidad de Medicina Familiar No.16 para la aplicación de la prueba piloto y esta se aplicó en una muestra al azar del año 2022 a 80 personas que laboran en el área de salud. El tamaño de la muestra necesario depende de la cantidad de ítems involucrados en el análisis, existen diferentes criterios para establecer el número de sujetos indicados; uno de los criterios es que el número de los sujetos no fuera menor 5 veces la cantidad de ítems del instrumento.

VI.8 Análisis estadístico

Se sometió a validación de contenido, criterio y constructo por medio de un panel de expertos.

Se analizaron los datos para estimar la confiabilidad de consistencia mediante el uso de la prueba de Alfa de Cronbach (prueba estadística usada para estudio de variables politómicas).

Se obtuvo la consistencia externa por medio de Kappa de Fleiss y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 2.0 para Windows para el análisis de datos; se dieron a conocer los resultados por medio de tablas y gráficas.

VI.9 Consideraciones éticas

Esta investigación no representó ningún riesgo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, debido a que se trabajó con la aplicación de un instrumento de conocimiento, actitud y prácticas hacia la COVID-19 a personal del área de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este protocolo, se ajustó a las normas éticas Institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de

la declaración de Helsinki, Finlandia. Actualizada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

El presente estudio de investigación, se ajustó a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo que se realizó hasta que fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación.

Conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, se sujetó a su reglamentación ética.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos, tampoco se expuso su integridad o salud, así como se garantizó la utilización de los resultados únicamente para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Así mismo, se garantizó la confidencialidad del personal de salud evaluados que aplicaron el cuestionario, ya que fue exclusivamente para obtener la validez y confiabilidad de la cédula de verificación.

VII. Resultados

Una vez que se obtuvo la version final de instrumento, se realizó la prueba piloto y se llevo a cabo el análisis estadístico. Para evaluar la concordancia del cuestionario, utilizamos el indice de Kappa de Fleiss como indicador de la variabilidad Inter observador, dicho índice mide el acuerdo entre más de dos evaluadores. Donde se obtuvo lo siguiente:

Tabla 1. Resultado del indice de Kappa de Fleiss

	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
Overall	.687	.079	8.684	.000	.532	.841

Como podemos observar de acuerdo a la puntuacion del indice de Kappa de Fleiss:

Tabla 2. Valores del indice de Kappa de Fleiss

Tabla 3. Valoración del coeficiente kappa (Landis y Koch, 1977)^a

Coeficiente kappa	Fuerza de la concordancia
0,00	Pobre (<i>Poor</i>)
0,01 - 0,20	Leve (<i>Slight</i>)
0,21 - 0,40	Aceptable (<i>Fair</i>)
0,41 - 0,60	Moderada (<i>Moderate</i>)
0,61 - 0,80	Considerable (<i>Substantial</i>)
0,81 - 1,00	Casi perfecta (<i>Almost perfect</i>)

Landis J, Koch G: The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-74

Se obtuvo un grado de acuerdo sustancial entre los observadores en el puntaje total del score, lo cual nos indica que el cuestionario tiene concordancia entre sus ítems.

En las siguientes tablas se demuestra la frecuencia y porcentaje de cada dimensión que evaluaron los expertos para determinar la concordancia de los ítems.

Tabla 3. Tabla de frecuencia y porcentaje de la pertinencia de los ítems del instrumento validado.

n= 16 |

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
3	3	18.8
4	13	81.3
Total: 16	100	100

Fuente: Fuente: SPSS Base de datos jueces expertos.

Tabla 4. Tabla de frecuencia y porcentaje de la pertinencia de las dimensiones del instrumento validado.

n= 16 |

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
3	3	18.8
4	13	81.3
Total: 16	100	100

Fuente: Fuente: SPSS Base de datos jueces expertos.

Tabla 5. Tabla de frecuencia y porcentaje de la claridad de los ítems del instrumento validado.

n= 16 |

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
3	6	37.5
4	10	62.5
Total: 16	100	100

Fuente: SPSS Base de datos jueces expertos.

Tabla 6. Tabla de frecuencia y porcentaje de la coherencia de los ítems del instrumento validado.

n= 16 |

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
3	4	25.0
4	12	75.0
Total: 16	100	100

Fuente: Fuente: SPSS Base de datos jueces expertos.

Tabla 7. Tabla de frecuencia y porcentaje de la adaptación cultural de los ítems del instrumento validado.

n= 16 |

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
3	6	37.5
4	10	62.5
Total: 16	100	100

Fuente: Fuente: SPSS Base de datos jueces expertos.

Como se puede observar en las tablas 3 y 7, el nivel de concordancia en cuánto a calificación estuvo baja en comparación a las otras dimensiones, lo cual quiere decir que hubo ítems que no fueron claros y no tuvieron una adaptación cultural adecuada, lo cual se entiende por el origen del cuestionario original.

Para calcular la consistencia interna realizamos el analisis mediante el calculo de Alfa de Cronbach, los valores más altos de estos índices indican buena consistencia interna o validez hacia adentro, porque existen concordancia entre el resultado final con el resultado en cada uno de sus ítems.

El resultado obtenido fue el siguiente:

Cuadro 1. Resultado del índice de alfa de Cronbach de la prueba

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.747	16

Donde se obtuvo el valor de .747, que de acuerdo a la puntuación del índice de Alfa de Cronbach se considera aceptable, lo cual quiere decir que el instrumento tiene una buena correlación entre sus ítems. Sin embargo; se calculó de igual manera el índice de Cronbach por cada ítem, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla 8. Valor de Alfa de Cronbach por ítem.

DIMENSIONES	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Valor de Cronbach
PRINCIPALES SINTOMAS TOS, FIEBRE, FATIGA	.654	Cuestionable
SINTOMAS MENOS COMUNES, RESFRIADO COMUN, CONGESTION NASAL	.654	Cuestionable
TRATAMIENTO TEMPRANO, SINTOMATICO Y DE APOYO	.654	Cuestionable

PERSONAS CON COVID QUE DESARROLLARAN CASOS GRAVES	.754	Aceptable
FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN PROVOCAR LA INFECCION POR EL COVID	.761	Aceptable
PERSONAS INFECTADAS CON LA COVID 19	.755	Aceptable
MECANISMO DE TRANSMISION DE LA ENFERMEDAD	.752	Aceptable
MEDIDA DE PROTECCION ANTE CONTAGIO POR LA COVID 19	.748	Aceptable
GRUPOS ETARIOS EN RIESGO DE CONTAGIO POR LA ENFERMEDAD	.764	Aceptable
ESPACIOS PUBLICOS DE GRAN AFLUENCIA QUE SON FACTOR DE RIESGO PARA CONTAGIO DE COVID 19	.763	Aceptable
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA PROPAGACION DEL VIRUS	.754	Aceptable
MEDIDA DE PREVENCIÓN PARA EVITAR LA PROPAGACION DEL VIRUS	.769	Aceptable
CONTROL CON EXITO LA ENFERMEDAD POR COVID 19	.765	Aceptable
CONFIANZA EN QUE EL PAIS PUEDA SALIR ADELANTE ANTE LA PANDEMIA	.764	Aceptable
ASISTENCIA A UN LUGAR LLENO DE GENTE, FACTOR DE RIESGO PARA CONTAGIO DE LA COVID 19	.654	Cuestionable
LA MASCARILLA ES UN EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL PARA EVITAR EL CONTAGIO POR COVID 19	.654	Cuestionable

Como podemos observar en la tabla anterior, 5 ítems del cuestionario se encuentran en el puntaje cuestionable, lo cual se puede interpretar a que existe menos correlación de los ítems con las respuestas.

Un puntaje de 0,7 o más se utiliza como valor de referencia para el alfa de Cronbach, en este nivel y superiores, los ítems son suficientemente consistentes para indicar que la medida es confiable.

El resultado obtenido total fue de .747, puntuación aceptable y que se interpreta a que este cuestionario si es confiable.

VIII. Discusión

El proceso de validación del cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19 en personal de salud de una Unidad del Primer Nivel de Atención evidenció una alta fiabilidad sustentada en un juicio de expertos con un valor Kappa de 0,68 y una consistencia interna con un valor de alpha de Cronbach 0,747.

El cuestionario esta conformado por 3 dimensiones: conocimientos, actitudes y practicas, con 16 items en total, elementos que coinciden con los cuestionarios tipo CAP. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura acerca de estudios realizados de este tipo de cuestionario y aplicados al tema de COVID-19, sin embargo, los resultados no fueron favorables. Se encontraron estudios que validaban instrumentos pero con solo una dimension de las tres con las que cuenta el cuestionario tipo CAP, unicamente se logró encontrar un estudio muy similar a este donde incluyen las tres dimensiones. En todos los estudios enontrados el proceso de validación ha seguido los mismos pasos o etapas. Lo que diferencia este estudio a otros es que aparte de la validacion se realizó la traducción de idioma y adaptación cultural, lo cual sugieren puntos a favor de este estudio.

En la ciudad de Bogotá en la Universidad del Bosque en la Facultad de Odontologia, en el año 2022 se realizo una validacion de un cuestionario muy similar, su cuestionario consta de 45 ítems los cuales feron evaluados únicamente por 2 expertos, donde calificaron la coherencia, pertinencia y claridad de los items, en el estudio no se menciona el analisis estadistico, unicamente lo validaron por medio de los jueces expertos.⁴⁴

Especificamente en la dimension de percepción se encontro un estudio de diseño y validacion de un cuestionario para evaluar la percepcion de riesgo de contagio de Covid-19 en la poblacion colombiana, y los resultados lo moestaron como un instrumento valido y fiable para evaluar la percepcion de riesgo de

contagio a través de 40 ítems. Con una estimación de la fiabilidad total alta Alpha de Cronbach 0,924.⁴³

En relación a la dimensión de conocimientos existe un estudio de validación acerca de conocimientos sobre Covid-19 que tiene la población económicamente activa del Perú, se realizó una escala de 10 ítems, y fue sometida a un juicio de expertos, se evaluó en un piloto y la encuesta se realizó a un total de 663 trabajadores, con un índice de Alfa de Cronbach de 0,701.⁴²

Con lo anterior, se puede decir que al menos en México, este estudio es el único que incluye las tres dimensiones originales de los cuestionarios tipo CAP y que además se realizó el proceso de validación de un instrumento de acuerdo a lo que marca la literatura, el panel de expertos y la evaluación de la consistencia y fiabilidad es lo que marca la diferencia entre este estudio y los demás. Obteniendo como resultado un cuestionario válido para su aplicación, ya sea en una población de personal médico o una población en general.

IX. Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue validar un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19 en personal de salud de una unidad de primer nivel de atención.

Para ello, fue necesario realizar una serie de procedimientos que nos permitieron darle el enfoque y adaptación apropiada al cuestionario. En este sentido, corresponde mencionar nuevamente al Dr. Jose Supo de quien tome los conceptos y seguí los pasos de su guía de cómo validar un instrumento en 10 pasos.

Esto nos permitió de manera más clara y sencilla desarrollar este trabajo, que después de haber concluido el proceso de validación del cuestionario con la aplicación del mismo a personal del área de la salud, se obtuvieron resultados que llamaron mucho la atención, como es el caso en la ciudad de Guhan cuando por primera vez se aplicó el cuestionario.

A raíz de lo dicho, hemos logrado identificar que este tipo de cuestionarios CAP, ayuda mucho a orientarnos en relación a los conocimientos que el personal de salud tiene en cuanto al COVID-19. En este caso de validación del cuestionario de acuerdo al análisis estadístico tuvo buena aceptación o correlación entre sí, lo cual indica que en un futuro que se aplique a una mayor cantidad de personas nos podrá otorgar información valiosa para toma de decisiones en materia de prevención en torno al COVID-19.

Esperamos que esta tesis sea de utilidad y ayude a que en algún momento este cuestionario se pueda aplicar no solo a personal del área de la salud, sino a la población general y no únicamente en el tema de COVID, en cualquier otro tema con adaptaciones diferentes.

X. Propuestas

Una de las propuestas es que se podría aplicar en una población más grande, esto con la intención de aumentar el índice de fiabilidad.

Después de haber realizado el análisis estadístico, otra propuesta sería eliminar o cambiar ítems para mayor concordancia o correlación.

XI. Bibliografía

1. Soriano A. M., Diseño y Validación de Instrumentos de medición, Día-logos 14, 2014, 19-40.
2. Valmi D. Sousa PhD, Wilaiporn Rojjanasrirat, Traducción, adaptación y validación de instrumentos o escalas para su uso en la investigación intercultural de atención de la salud: una guía clara y fácil de usar, Revista de evaluación en la práctica clínica 17 (2011) 268–274.
3. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica Mex 2013;55:57-66.
4. S. Ortiz-Gutiérrez, Dr. A. Cruz-Avelar, Proceso de traducción y adaptación cultural de instrumentos de medición en salud, Actas Dermosifiliogr. 2018;109(3):202-206.
5. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. 2020 Abril 17.
6. Alomia Zegarra, lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral. Lineamiento. Ciudad de México : Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología ; 2020.
7. Hossein Taghrir, Rohan Borazjani, Ramin Shiraly.COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. Arch Iran Med. 2020 April; 23(4): p. 249-254.
8. Chih-Cheng Lai, Tzu-Ping Shih, Wen-Chien Ko, Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. IJAA. 2020 March; 55(3).
9. Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (2019-nCoV), Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de la Salud, en febrero 2020.
10. Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (2019-nCoV), Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de la Salud, febrero 2020.
11. Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (2019-nCoV), Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de la Salud, 25-febrero- 2020.
12. Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (2019-nCoV), Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de la Salud, 28-febrero- 2020.
13. Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (2019-nCoV), Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, Secretaría de la Salud, marzo 2020.
14. Zaragoza CA. Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19. Ciudad de México: Secretaría de Salud , Dirección de Información Epidemiológica ; 2020.
15. Na Zhu,Dingyu Zhang,Wenling Wang, A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. NEJM. 2020 Enero; 382(8): p. 727-33.

16. Elizalde-González JJ. SARS-CoV-2 y COVID-19. Una revisión de la pandemia. *Med Crit.* 2020; 34(1): p. 53-67.
17. Yuefei Jin, Haiyan Yang, Wangquan Ji, Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. *Viruses.* 2020 March; 12(372): p. 17.
18. Muhammad Adnan Shereen, Suliman Khan, Abeer Kazmi, COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *JAR.* 2020; 24: p. 91-98.
19. Zhe Xu, Lei Shi, Yijin Wang, Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med.* 2020;(8): p. 420-22.
20. Sociedad Española de Inmunología, informacion sobre covid-19. Versión v01, abril-2020.
21. Reyes-Reyes E. Inmunopatogenia en la evolución del paciente grave por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2020; 45(3): p. 8.
22. Jara González, Jiménez Alulima, Sananay Auquilla, Hipercoagulabilidad, trombosis intravascular y trombocitosis asociada al COVID-19. Reporte de un caso. *Bionatura.* 2020; 5(2): p. 4.
23. García-Salido A. Revisión narrativa sobre la respuesta inmunitaria frente a coronavirus: descripción general, aplicabilidad para SARS-COV-2 e implicaciones terapéuticas. *An Pediatr.* 2020;(2850): p. 7.
24. Akshaya Bhagavathula, Wafa Ali, Rahmani Rahmani, Knowledge and Perceptions of COVID-19 among Health Care Workers: A Cross-sectional Study. *JMIR.* 2020;; p. 23.
25. Kai-Wang To, Tak-Yin Tsang, Chik-Yan Yip, Consistent Detection of 2019 Novel Coronavirus in Saliva. *IDSA.* 2020; p. 3.
26. A. Lauer, Grantz H, Qifang Bi, The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med.* 2020;; p. 7.
27. Sufang Tian YXHLLNJGML. Pathological study of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) through postmortem core biopsies. *Modern Pathology.* 2020 March;; p. 8.
28. Chaolin Huang, Yeming Wang, Xingwang Li, Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;(395): p. 497–506.
29. Cárdenas-Bravo, Cabrera-Rayó, Pérez-Barragán, Recursos diagnósticos en la infección por SARSCoV- 2. *Med Int Méx.* 2020; 36(2): p. 26-28.
30. Palacios Cruz, E. Santos, Velázquez Cervantes, COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp.* ; 220(2): p. 7.
31. Carranza LAS, Santacruz FEM, Villegas JAC. La PCR como prueba para confirmar casos vigentes de COVID-19. *RECIMUNDO.* 2020; 4(2): p. 64-74.
32. Zuñiga DL ZM. El diagnostico COVID-19 a través de la imagen. *Medicina Clínica.* 2020;; p. 6.
33. Ocampo-Salgado, Palacio-Urbe, Duque-Ramírez, Valor pronóstico de biomarcadores cardíacos en la enfermedad por COVID-19. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2020;; p. 17.

34. Pérez Abreu, Gómez Tejeda, Dieguez Guach, Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Haban Cienc Méd. 2020; 19(2): p. 15.
35. Laza Vásquez, Sánchez Vanegas, Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación.. Enfermería Global. 2012;(26): p. 408-415.
36. Programa regional de acción y demostración de alternativas sostenibles para el control del vector de la malaria sin uso de DDT en América Central y México. Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP): Una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria. Ministerio de Salud de Panama; 2008.
37. C. R. Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. Salud Publica Mex.. 2020; 62(2): p. 225-227.
38. Sonam Maheshwari, Kumar Gupta, Richa Sinha, Knowledge, attitude, and practice towards coronavirus disease 2019 (COVID-19) among medical students: A cross-sectional study. J Acute Dis. 2020; 9(3): p. 100-104.
39. Bao-Liang Zhong, Wei Luo, Hai-Mei Li, Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. Int. J. Biol. Sci. 2020; 16(10): p. 1745-1752.
40. Argibay, J (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15-33.
41. Mejía, Christian R, Barrera-Catacora, Sebastián Orlando, Chavez, Jafet J, Sarapura, Carolina, Armada, José, Carranza-Esteban, Renzo Felipe, & Mamani-Benito, Óscar. (2022). Conocimientos sobre COVID-19 que tiene la población económicamente activa del Perú: estudio de validación (KNOW-PER-COV). *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 31(3), 283-290. Epub 12 de diciembre de 2022. Recuperado en 23 de febrero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552022000300005&lng=es&tlng=es.
42. Matar-Khalil Shayde, Ortiz Barreiro Melissa, Gonzalez Campos Jose, Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la percepción de riesgo de contagio de COVID-19 en población peruana. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9298>
43. Burgos Quijano, Rincon Zambrano, Rodriguez Briceño, alidación de contenido mediante juicio de expertos de un instrumento para evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el SARS-CoV-2/ COVID-19 en docentes universitarios de facultades de odontología, Universidad del Bosque. https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/9669/Burgos_Quijano_Valeria_Alejandra_2022%20%281%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y
44. Landis J, Koch G: The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-74

XII. Anexos

XII.1 Instrumentos

Instrumento original

Table 1. Questionnaire of knowledge, attitudes, and practice towards COVID-19

Questions	Options
Knowledge (correct rate, % of the total sample)	
K1. The main clinical symptoms of COVID-19 are fever, fatigue, dry cough, and myalgia. (96.4)	True, false, I don't know
K2. Unlike the common cold, stuffy nose, runny nose, and sneezing are less common in persons infected with the COVID-19 virus. (70.2)	True, false, I don't know
K3. There currently is no effective cure for COVID-2019, but early symptomatic and supportive treatment can help most patients recover from the infection. (94.0)	True, false, I don't know
K4. Not all persons with COVID-2019 will develop to severe cases. Only those who are elderly, have chronic illnesses, and are obese are more likely to be severe cases. (73.2)	True, false, I don't know
K5. Eating or contacting wild animals would result in the infection by the COVID-19 virus. (91.4)	True, false, I don't know
K6. Persons with COVID-2019 cannot infect the virus to others when a fever is not present. (89.3)	True, false, I don't know
K7. The COVID-19 virus spreads via respiratory droplets of infected individuals. (97.8)	True, false, I don't know
K8. Ordinary residents can wear general medical masks to prevent the infection by the COVID-19 virus. (73.9)	True, false, I don't know
K9. It is not necessary for children and young adults to take measures to prevent the infection by the COVID-19 virus. (96.6)	True, false, I don't know
K10. To prevent the infection by COVID-19, individuals should avoid going to crowded places such as train stations and avoid taking public transportations. (98.6)	True, false, I don't know
K11. Isolation and treatment of people who are infected with the COVID-19 virus are effective ways to reduce the spread of the virus. (98.2)	True, false, I don't know
K12. People who have contact with someone infected with the COVID-19 virus should be immediately isolated in a proper place. In general, the observation period is 14 days. (97.3)	True, false, I don't know
Attitudes	
A1. Do you agree that COVID-19 will finally be successfully controlled?	Agree, disagree, I don't know
A2. Do you have confidence that China can win the battle against the COVID-19 virus?	Yes, no
Practices	
P1. In recent days, have you gone to any crowded place?	Yes, no
P2. In recent days, have you worn a mask when leaving home?	Yes, no

Instrumento traducido

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL “VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN TORNO AL COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE UNA UNIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Objetivo: Validar un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19 en personal de salud de una unidad del primer nivel de atención.

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de ítems que conforman las dimensiones del cuestionario, que permitirán conocer si el mismo está adecuadamente. De acuerdo a lo anterior, favor de leer el ítem, y marcar con una X si considera que este es pertinente, claro y coherente. Al final del instrumento se colocó un espacio si considera que hace falta algún otro ítem o punto importante a considerar.

Dimensiones	Pertinencia de los ítems	Pertinencia de las dimensiones	Claridad de los ítems	Coherencia de los ítems	Observaciones
Conocimientos					
1. Principales síntomas clínicos de la COVID-19: fiebre, fatiga, tos seca y mialgia.					
2. Resfriado común, congestión nasal, escurrimiento nasal y los estornudos.					
3. Tratamiento temprano sintomático y de apoyo.					
4. Personas de edad avanzada, pacientes con enfermedades crónicas y obesos.					
5. Comer o tener contacto con animales salvajes.					
6. Personas con la COVID-19 no pueden infectar con el virus a otros, cuando no presentan fiebre.					
7. La COVID-19 se propaga vía gotitas respiratorias de individuos infectados.					
8. Los residentes ordinarios pueden usar mascarillas médicas genéricas para prevenir la infección por el virus de la COVID-19.					
9. No es necesario que los niños y jóvenes tomen medidas para prevenir la infección por el virus de la COVID-19.					
10. Para prevenir la infección de la COVID-19, los individuos deben evitar ir a lugares abarrotados como estaciones de tren y evitar el transporte público.					
11. El aislamiento y el tratamiento de personas con el virus de la COVID-19 son formas efectivas de reducir la propagación del virus.					

12. Personas que tienen contacto con alguien infectado por el virus de la COVID-19, deben aislarse inmediatamente en un lugar apropiado. En general, el período de observación es de 14 días.					
Actitudes					
13. ¿Está de acuerdo con que la COVID-19 será finalmente controlada con éxito?					
14. ¿Tiene confianza en que México pueda ganar la batalla contra el virus de la COVID-19?					
Prácticas					
15. En días recientes, ¿ha asistido a algún lugar lleno de gente?					
16. En días recientes, ¿ha usado una mascarilla al salir de casa?					

XII.2 Carta de consentimiento informado.

1. Carta de consentimiento



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN TORNO AL COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE UNA UNIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION
Patrocinador externo (si aplica):	NA
Lugar y fecha:	Ciudad de Querétaro, Qro., noviembre 2021.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	En México no se cuenta con un instrumento validado que mida los conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19, por lo que el objetivo de este trabajo es la validación de un instrumento, en el cual usted participara respondiendo las preguntas del cuestionario para que este pueda someterse a un análisis de validación posteriormente.
Procedimientos:	Su participación consiste en responder un cuestionario que forma parte de una prueba piloto para validar el instrumento en población mexicana, el cuestionario consta de 16 preguntas: 12 que evalúan conocimientos, 2 que evalúan actitudes y 2 que evalúan prácticas, las cuales le llevarán un lapso no mayor a 15 minutos para responder, las opciones de respuesta consisten en VERDADERO, FALSO Y NO SÉ. Además usted podrá responder el cuestionario en su lugar de trabajo, durante las horas de estancia laboral y se recogerá al final del turno.
Posibles riesgos y molestias:	La molestia que le puede ocasionar el invertir 10 a 15 minutos en responder el cuestionario, y puede ser percibido como pérdida de tiempo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No existe beneficio alguno para el participante, sin embargo su participación contribuirá a la generación de un nuevo instrumento para la comunidad científica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En este caso no aplica la información de resultados, porque las respuestas se analizaran para la validación del cuestionario.
Participación o retiro:	Usted podrá retirar su participación en el estudio en el momento que decida, sin que esto tenga repercusiones en el área laboral o de atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	No se solicitan datos personales toda la información se maneja a través de folios además serán encriptados (resguardados) con un programa (cryptomator), y la información que usted proporcione será usada solo para fines de investigación, de tal manera que solo el investigador principal podrá tener acceso a estos datos, que serán identificados mediante folios.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐
☐

No acepto participar en el estudio.

Sí acepto participar

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:
Dra. Cinthya Jackeline Galván Rebollar, No.
Teléfono 7341089931, correo electrónico:
dra.jackiegr@gmail.com
Dirección: Av Cerro del Sombrero, 263, Colonia
Las Americas, 76121, Santiago de Querétaro.

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez, No. Telefónico
4423470675. correo electrónico:
dana_prc@hotmail.com

Dirección: Paseo de las Pitahayas No.42 int A-88,
Zibatá, 76269, El Marqués, Querétaro.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Qro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 h, al teléfono 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteeticainvestigacionhgr1qro@gmail.com.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA



Santiago de Querétaro, Qro., 15 febrero, 2023

Oficio:151/JDEIP/23

Asunto: Asignación de sínodos

M.I.M.S.P. Prishila Danae Reyes Chávez
Directora de Tesis

Presente

De acuerdo a la solicitud presentada por el **MED. GRAL. CINTHYA JACKELINE GALVÁN REBOLLAR** diploma de la Especialidad en Medicina Familiar mediante trabajo de tesis y replica cuyo título es: **"Validación de un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19 en personal de salud de una unidad del primer nivel de atención."** se han designado:

Presidente: M.I.M.S.P. Prishila Danae Reyes Chávez
Secretario: Med. Esp. Verónica Campos Hernández
Vocal: Med. Esp. Patricia Flores Bautista
Suplente: Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez
Suplente: Med. Esp. José Iván Alonzo Barrera

Sin otro particular y para los efectos académicos que tenga lugar, comunico lo anterior.

"POR LA VIDA Y LA SALUD"

Atentamente

DR. NICOLÁS CAMACHO CALDERÓN

Jefe de la División de Investigación y Posgrado, FMUAQ.



C.C.- Archivo.

SOMOS UAQ
SERVIR CONSTRUIR TRANSFORMAR

Clavel No. 200, Col. Prados de la Capilla. Santiago de Querétaro, Qro, México C.P. 76170
Tel. 442 192 12 73 y 442 192 12 00 Ext. 6200



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA



QUERÉTARO, QRO., 09 NOVIEMBRE 2022
Ref.: SAFM/640/22

C. CINTHYA JACKELINE GALVÁN REBOLLAR
EXPEDIENTE: 293385
FACULTAD DE MEDICINA
P R E S E N T E.

Sirva este medio para hacer de su conocimiento que en el H. Consejo Académico de la facultad de Medicina en Sesión Ordinaria de fecha 09 de noviembre del 2022, fue **aprobada por unanimidad** su solicitud de opción de titulación de la Especialidad en Medicina Familiar, por defensa de **TESIS** titulada:

"Validación de un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en torno al COVID-19 en personal de salud de una unidad del primer nivel de atención"

Sin más por el momento agradezco su atención y le envío un cordial saludo.



ATENTAMENTE
"POR LA VIDA Y LA SALUD"

DR. AMADEO LUGO PÉREZ
SECRETARIO DEL H. CONSEJO ACADÉMICO FMUAQ

c.c. Archivo