

ADHERENCIA A MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CONTAGIO POR SARS-COV2 EN UNIVERSITARIOS

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

El Comité Editorial de la revista Ustasalud aprueba la publicación anticipada del presente manuscrito dado que ha culminado el proceso editorial de forma satisfactoria. No obstante, advierte a los lectores que esta versión en PDF es provisional y puede ser modificada al realizar la Corrección de Estilo y la diagramación del documento.

DOI: <https://doi.org/10.15332/us.v22i2.2988>

Publicación en línea: octubre 24 de 2023.

Adherencia a medidas de prevención de contagio por Sars-Cov2 en universitarios

Security measure, Treatment Adherence and Compliance, SARS-CoV-2, Students

- ¹ Isabella Aránzazu Arenas ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0131-8120>
- ² Luis Javier Sanabria Toloza ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6567-9945>
- ³ William Nelson Sánchez Salazar ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1544-1355>
- ⁴ Karen Sofía López Arenales ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1188-5329>
- ⁵ María Carolina Lastra Pérez ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3631-8033>
- ⁶ Gloria C. Aránzazu Moya ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3295-6133>

- ¹ Estudiante de odontología, Semillerista de Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.
- ² Estudiante de odontología, Semillerista de Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.
- ³ Estudiante de odontología, Semillerista de Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.
- ⁴ Estudiante de odontología, Semillerista de Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.
- ⁵ Estudiante de odontología, Semillerista de Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.
- ⁶ Odontóloga. Especialista en Patología Oral, Magister en Epidemiología Clínica, Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.

Autor de correspondencia: Isabella Aránzazu Arenas

Correo electrónico: isabella.arenas@ustabuca.edu.co

Citación: Aránzazu-Arenas I, Sanabria-Toloza L, Sánchez-Salazar W, López-Arenales K, Lastra-Pérez M, Aránzazu-Moya G. Adherencia a medidas de prevención de contagio por Sars-Cov2 en universitarios. *Ustasalud* 2023; 22 (2): XX-XX.

Recibido: junio 07 de 2023. **Aceptado:** julio 15 de 2023

Resumen

Objetivo: Establecer los principales comportamientos y características que afectaron la adherencia a las medidas establecidas para reducir el impacto del Covid-19.

Materiales y Métodos: En un estudio observacional analítico de corte transversal, se evaluaron 530 estudiantes universitarios de diferentes universidades de Bucaramanga y su área metropolitana, mediante un muestreo por bola de nieve. Se evaluaron variables sociodemográficas y el cuestionario de adherencia diseñado y validado que incluye 13 preguntas (suma máximo 39 y mínimo 0 con opciones de respuesta en escala de likert de 4 opciones) y 3 preguntas sobre el tapabocas. El punto de corte de buena adherencia fue la media más una desviación estándar, (30 puntos). La investigación es clasificada como sin riesgo según la Resolución 008430. Los datos fueron analizados con regresión lineal en STATA 14

Resultados: Entre los evaluados el 64,5% fueron mujeres, el 83,3% estudiaban en universidad privada y el promedio de edad fue 20,7 con DE 4,0. Se evidencia cumplimiento de las principales medidas efectivas para el control de la transmisión del virus SARS-Cov2. Sin embargo, un pequeño porcentaje, nunca las aplicó. Las mujeres tienen mayor adherencia a las medidas. Se observa el R^2 0,035 y $P=0,0008$. Donde ser mujer implica 1,8 puntos más en puntaje de adherencia. El promedio del cuestionario de adherencia fue de 24,96 con DE 5,36 puntos y hay una correlación negativa -0,0489 entre edad y puntaje.

Conclusiones: Ser mujer y asistir a una facultad de salud en universidad privada implica mayor adherencia a las medidas.

Palabras claves: Cumplimiento y Adherencia al tratamiento, Medidas de seguridad, Sars-CoV-2, estudiantes.

Abstract

Objective: Establish the main behaviors and characteristics that affected adherence to the measures established to reduce the impact of Covid-19.

Materials and methods: In a cross-sectional analytical observational study, 530 university students from different universities in Bucaramanga and its metropolitan area were evaluated through snowball sampling. Sociodemographic variables and the designed and validated adherence questionnaire were evaluated, which includes 13 questions (maximum sum 39 and minimum 0 with response options on a 4-option Likert scale) and 3 questions about face masks. The cut-off point for good adherence was the mean plus one standard deviation (30 points). The research is classified as risk-free according to resolution 008430. The data were analyzed with linear regression in STATA 14.

Results: Among those evaluated, 64.5% were women, 83.3% studied at a private university and the average age was 20.7 with SD 4.0. Compliance with the main effective measures to control the transmission of the SARS-Cov2 virus is evident. However, a small percentage never applied them. Women have greater adherence to the measures. The R² is observed to be 0.035 and P=0.0008. Where being a woman implies 1.8 points more in adherence score. The average of the adherence questionnaire was 24.96 with SD 5.36 points and there is a negative correlation - 0.0489 between age and score.

Conclusions: Being a woman and attending a health school at a private university implies greater adherence to the measures.

Key words: Compliance and Adherence to treatment, Safety measures, Sars-CoV-2, students.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de Covid-19 generó a nivel mundial 768,983,095 casos confirmados y 6.953.743 muertes, hasta agosto del 2023 y esto llevó a un cambio drástico de estilos de vida y comportamiento social establecidos por la

Organización Mundial de la Salud, OMS, con indicaciones generales básicas para prevenir el contagio para poder reabrir la economía [1]. El resurgimiento de la enfermedad y los altos picos de contagio, estaban relacionados con la adherencia de las personas a las recomendaciones de salud pública emitidas por la OMS y acogidas por los países [2].

Entre las recomendaciones más comunes estaban; quedarse en casa, distanciamiento social, usar el tapabocas, aplicar el lavado de manos o uso de alcohol, además del distanciamiento social. Cumplir estas normas básicas fue retador para algunos grupos de edad, por el cambio en la interacción social que significó y por lo tanto resulta importante identificar las situaciones que afectaron la adherencia a la aplicación de estas medidas. Estudios recientes reportaron porcentajes de adherencia inferiores al 80% en la mayoría de las medidas y el uso de tapabocas llega a ser apenas del 65 %, lo que puso en riesgo a las diferentes poblaciones [3].

Identificar el grado de adherencia podría ayudar a la comprensión del asunto en estudio como es el cumplimiento de lo establecido por la OMS para detener la pandemia y a identificar estrategias para futuras situaciones similares.

Por lo anterior este trabajo se propuso establecer los principales comportamientos y características que afectan la adherencia a las medidas establecidas para reducir el impacto del Covid-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal, que evaluó 530 estudiantes universitarios de diferentes universidades de Bucaramanga y su área metropolitana, se aplicó un cuestionario digital mediante un muestreo por bola de nieve dadas las restricciones de la pandemia y usando redes sociales como WhatsApp en diferentes grupos de amigos de diferentes

instituciones universitarias. La recolección de datos se desarrolló entre mayo y julio de 2021. Los estudiantes recibieron un incentivo tipo alimento(bono) al responder el cuestionario.

Se consideraron variables sociodemográficas como; edad, sexo, universidad pública o privada, facultad, auto reporte de enfermedades sistémicas crónicas, municipio de procedencia, y si ha asistido presencialmente a su universidad. Así mismo, las variables relacionadas con el cuestionario de adherencia.

Se diseñó un cuestionario fundamentado en las restricciones establecidas por el gobierno colombiano y las situaciones reportadas en la literatura como de riesgo de contagio, que recibió una validación facial y de contenido por 3 expertos y 5 estudiantes universitarios para valorar el grado de claridad, comprensión y pertinencia, aplicando un índice de validez que fue en promedio de 0,8. El cuestionario final incluye 13 preguntas sobre las principales medidas de protección y las opciones de respuesta en escala de Likert de 4 opciones. En la prueba piloto con 43 sujetos, se ajustaron los ítems y el cuestionario presentó una consistencia interna de 0,78.

El cuestionario de adherencia de 13 preguntas suma máximo 39 puntos y mínimo 0. Al considerar la media más una desviación estándar como punto de corte de una buena adherencia, el punto de corte fue 30 puntos.

Análisis estadísticos

Los datos fueron analizados con medidas de resumen y tendencia central según la naturaleza de las variables, frecuencias y porcentajes. Se realizó un análisis bivariado con Chi cuadrado y exacto de Fisher y una regresión lineal realizada en STATA 14.

Consideraciones éticas

La identidad de los participantes fue oculta y la investigación es clasificada como sin riesgo, dado que no recoge información privada o sensible y respeta la

autonomía de los participantes [4]. La misma, fue avalada por el CEBIC-USTA número CE0152-2021. Los participantes se beneficiaron al recibir material educativo una vez respondieron el cuestionario.

Se eliminaron los cuestionarios incompletos, repetidos y los que no autorizaron su participación en el espacio dispuesto para el consentimiento informado en el cuestionario.

RESULTADOS

El total de evaluados fue 530 participantes entre quienes el 64,5% fueron del sexo femenino. Además, el 83,3% estudiaban en universidad privada y un promedio de edad de 20,7 con desviación estándar de 4,0. Respecto a las facultades, se identificó que la mayoría 71% están estudiando en facultades de salud y la procedencia de los participantes en su mayoría fue Bucaramanga y su área metropolitana.

Entre los estudiantes, 394 (74,6%) habían asistido presencialmente a la universidad y 134 (25,3%) no lo habían hecho.

Con respecto a las medidas utilizadas, se evidenció que la mayoría del tiempo y siempre, se cumplen las principales medidas propuestas por la OMS como más efectivas para el control de la transmisión del virus SARS-Cov2, como son: uso de mascarilla, y realizar autoaislamiento en más de 50%. Sin embargo, aún hay un pequeño porcentaje de personas que nunca las aplica. Este porcentaje varía entre 1% y 21% en diferentes preguntas.

Por otra parte, hay un porcentaje elevado de participación en reuniones paseos y sitios concurridos donde se relajan las medidas y se observa que solo a veces se usa el tapabocas en esas reuniones, con 23% aproximadamente. La mayoría de los participantes se sentía confiado para interactuar con la llegada de las vacunas y recibió información sobre prevención de contagio (Ver tabla 1).

Tabla 1. Medidas de bioseguridad frente a Covi d-19 utilizadas.

	Nunca n (%)	A veces n (%)	La mayoría del tiempo n (%)	Siempre n (%)
Frecuentemente lava sus manos	12(2,26)	148(27,9)	230(43,4)	140(26,4)
Lleva consigo alcohol	46(8,68)	112(21,1)	180(33,9)	192(36,2)
Permanece a 1.5 mt de distancia	32(6,04)	224(42,2)	182(34,3)	92(17,3)
Evita tocar ojos, Nariz y boca	28(5,28)	152(28,6)	178(33,5)	172(32,4)
Usa mascarilla	6(1,13)	34(6,42)	178(33,5)	312(58,8)
Realiza Autoaislamiento	24(4,53)	70(13,2)	168(31,7)	268(50,5)
Se reúne con conocidos y amigos	26(4,91)	252(47,5)	192(36,2)	60(11,32)
Sale a comer o pasear con personas de otro núcleo familiar	84(15,8)	240(45,2)	146(27,5)	60(11,32)
En esas reuniones usa el tapabocas	24(4,53)	126(23,7)	166(31,3)	214(40,3)
En los dos últimos meses ha asistido	114(21,1)	218(41,1)	140(26,4)	58(10,9)
Ha evitado asistir a sitios muy concurridos	40(7,55)	196(36,9)	162(30,5)	132(24,9)
Se siente más confiado para interactuar con la llegada de las vacunas	26(4,91)	114(21,5)	226(42,6)	164(30,9)
Ha recibido información sobre la prevención de contagio	6(1,13)	42(7,92)	166(31,3)	316(59,6)

Frecuencias.

Respecto a la vacuna un 49 % ya recibió el esquema completo y el 67% de ellas son mujeres, así mismo, el porcentaje más alto de quienes no se querían vacunar fueron mujeres. Se evidencia que aproximadamente el 17 % no había sido vacunado aún (Ver tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento frente a la vacunación según sexo.

	Global n (%)	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Valor p
Aún no he sido vacunado	92(17,36)	34(36,9)	58(63,9)	0,378
No me quiero vacunar	8(1,41)	2(25)	6(75)	
Recibió esquema completo dos dosis	260(49,5)	84(32,3)	176(67,6)	

Recibió esquema parcial una dosis	170(32,8)	68(40)	102(60)
-----------------------------------	-----------	--------	----------------

Valor p exacto de Fisher <0,05

Respecto a las medidas implementadas para la prevención del contagio, se evidencia que las mujeres tenían mayor adherencia con diferencias estadísticas significativas, es el caso del lavado de manos, uso de alcohol y de mascarilla y auto aislamiento con $p < 0,01$. Mientras que reunirse con amigos y salir con otros núcleos familiares y asistir a fiestas en los últimos meses es más frecuente en los hombres, así mismo, los hombres se sintieron más confiados para interactuar con la llegada de las vacunas. No se evidencian diferencias en guardar el distanciamiento social y en la recepción de información por sexo, así como en el uso de tapabocas en las reuniones sociales donde se evidencia que entre el 26 y 30% de las personas no usan tapabocas constantemente en las reuniones (Ver tabla 3).

Tabla 3. Adherencia a Medidas de bioseguridad por sexo.

		Global n (%)	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Valor P
Frecuentemente lava sus manos por al menos 20 segundos	Siempre y casi siempre	370(69,8)	118(62,7)	252(73,6)	0,009
	Nunca y a veces	160(30,1)	70(37,2)	90(26,2)	
Lleva consigo alcohol para reemplazar el lavado de manos	Siempre y casi siempre	372(70)	108(57,4)	164(77,1)	0,000
	Nunca y a veces	158(30)	80(42,1)	78(22,8)	
Permanece a 1.5 mts de distancia cuando está en público	Siempre y casi siempre	274(51,6)	90(47,8)	184(53,8)	0,235
	Nunca y a veces	256(48,3)	98(52,2)	158(46,2)	
Evita tocar boca y nariz cuando tiene las manos sin lavar	Siempre y casi siempre	350(65,9)	110(58,5)	240(70,1)	0,000
	Nunca y a veces	180(32,8)	78(41,4)	102(29,9)	
Usa mascarilla cuando está afuera y entra en contacto	Siempre y casi siempre	490(92,5)	166(88,3)	324(94,6)	0,010
	Nunca y a veces				

con otras personas		40(7,5)	22(11,7)	18(5,4)	
Realiza autoaislamiento cuando tiene síntomas gripales	Siempre y casi siempre	436(82,2)	136(72,2)	300(87,6)	0,000
	Nunca y a veces	94(17,7)	52(27,6)	42(12,2)	
Se reúne con conocidos y amigos	Siempre y casi siempre	252(47,5)	100(53,3)	152(44,3)	0,011
	Nunca y a veces	278(52,4)	88(46,7)	190(55,2)	
Sale a comer o pasear con personas de otro núcleo familiar	Siempre y casi siempre	206(38,8)	88(46,7)	118(34,4)	0,003
	Nunca y a veces	324(61,2)	100(53,3)	224(65,5)	
En esas reuniones usa el tapabocas constantemente	Siempre y casi siempre	380(71,6)	130(69)	250(73,2)	0,464
	Nunca y a veces	150(28,2)	58(30,7)	92(26,8)	
En los últimos dos meses ha asistido a fiestas o reuniones	Siempre y casi siempre	198(37,3)	88(46,8)	110(32,1)	0,003
	Nunca y a veces	332(62,6)	100(53,1)	232(67,7)	
Ha evitado asistir a sitios muy concurridos	Siempre y casi siempre	294(55,4)	90(47,8)	204(59,5)	0,002
	Nunca y a veces	236(44,4)	98(52,2)	138(40,2)	
Se siente más confiado para interactuar con la llegada de las vacunas	Siempre y casi siempre	390(73,5)	156(82,9)	234(68,3)	0,000
	Nunca y a veces	140(26,4)	32(17)	108(31,5)	
Ha recibido información sobre medidas de protección	Siempre y casi siempre	482(91)	164(87,1)	318(92,9)	0,122
	Nunca y a veces	48(9)	64(12,7)	24(7)	

Valor p chi cuadrado $p < 0,05$

La sumatoria del cuestionario de adherencia

El promedio de la sumatoria del cuestionario de adherencia fue de 24,96 con DE 5,36 puntos de los 39 posibles. Al considerar la media más una desviación estándar como punto de corte de una buena adherencia, el punto de corte fue 30 puntos.

Al correlacionar edad con el puntaje del cuestionario, encontramos una ligera correlación negativa -0,0489 y al evaluar las diferencias en los promedios y

desviaciones estándar no se evidencian mayores diferencias al considerar otras variables (Ver tabla 4).

Tabla 4. Promedios de puntaje de cuestionario de adherencia a medidas de prevención de contagio por Sars-cov2.

		Puntaje cuestionario	
		Media (DE)	
Puntaje total		24,96(5,36)	
Edad	Media (DE) 20,7(4,0)	-0,0489+	
Sexo	Hombres	23,78(5,9)	0,043*
	Mujeres	25,6(4,9)	
Universidad	Pública	25,3(4,34)	0,912*
	Privada	24,9(5,51)	
Facultad de salud	Si	25,1(5,3)	0,163*
	No	24,6(5,4)	
Asistencia	presencial	24,8(5,2)	0,683*
	No	25,4(5,6)	
Enfermedades	Si	24,8(5,6)	0,263*
	No	25,0(5,3)	

Suma de rangos de Wilcoxon * Correlación Edad-Puntaje+

Al aplicar el modelo de regresión se observa un modelo que no explica completamente con un R2 de 0,037 y al incluir solo las variables con $p < 0,2$ (sexo, universidad, facultad de salud y asistencia presencial) el R2 se baja a 0,035 y p de 0,0008 donde la variable significativa fue sexo, lo que indica que el sexo afecta el puntaje de adherencia. Ser mujer implica mayor puntaje de adherencia con 1,8 puntos más (Ver tabla 5).

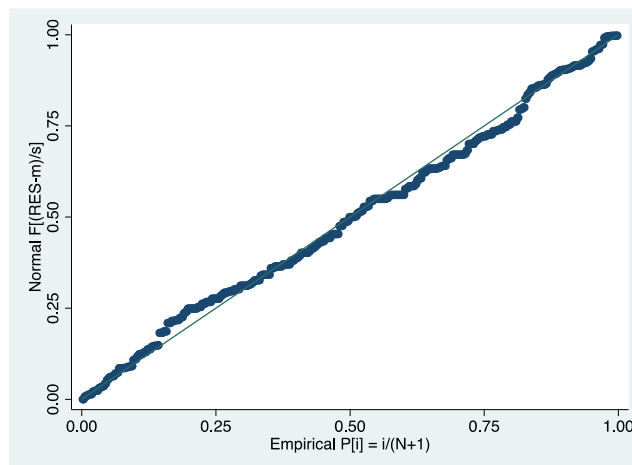
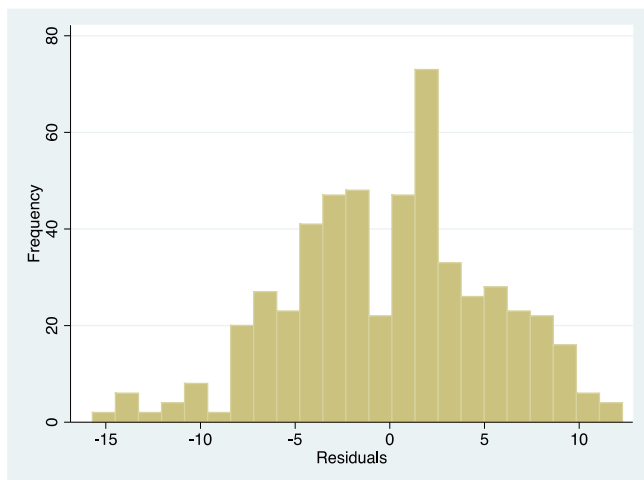
Tabla 5. Modelo de regresión

Variable predictorora	Coefficiente	Intervalo confianza IC	de	Valor P
Sexo femenino	1,856	0,905-2,808		0,000
Universidad privada	-1,120	-2,584-0,342		0,133
Facultad de salud	-0,984	-2,137-0,168		0,094
Asistencia presencial	0,763	-0,347-1,875		0,177

R2 de 0,035 P=0,0008

A continuación, se observan los datos de linealidad y normalidad de los residuales, los cuales fueron lineales. Así mismo, la distribución fue normal con test SK de 0,149 que acepta la hipótesis nula de normalidad (Ver Figura 1 y 2).

Figura 1 y 2. Linealidad y normalidad de los residuales en el modelo.



DISCUSIÓN

La evaluación de la adherencia a las medidas de protección contra covid-19 en universitarios ha reportado una reducción con el paso de tiempo, especialmente en la medida de aislamiento, siendo mayor en quienes se percibieron con síntomas [5]. Además, debido a los rápidos casos de contagios y muerte por la pandemia en América Latina, se vuelve necesario continuar con las

campañas de bioseguridad para que la ciudadanía tenga claro que la prevención es un proceso integrado y que el uso de una medida no reemplaza otra [6].

Las redes sociales, televisión y periódicos jugaron un papel importante en la percepción del riesgo de las personas que hace que tomen decisiones al percibir la amenaza del Covid-19 hacia su salud [7]. Donde, es importante la comunicación a la población, a los diferentes actores tanto sociales como políticos la relevancia que tiene la implementación de las medidas necesarios para la prevención, el efecto negativo y grave cuando no se implementan con el debido tiempo [8].

Teniendo en cuenta que la forma de transmisión son las gotas de Pflügge o gotitas respiratorias de saliva o moco de la boca o la nariz, que se producen al hablar, toser o estornudar, se han establecido algunas profesiones con mayor riesgo de contagio, siendo las de mayor riesgo, las profesiones de la salud [9]. En este sentido, estas profesiones u oficios podrían generar una mayor adherencia a las medidas de protección. Así, Ahmed MA y colaboradores [10], reportan la ansiedad y miedo de infectarse por su trabajo entre odontólogos, reportando 87% de miedo de infectarse. Sin embargo, la odontología es una de las profesiones de la salud que maneja medidas de bioseguridad con un alto porcentaje de cumplimiento. Esto también ha sido reportado en enfermeras, con un alto porcentaje de uso excelente de las medidas. Sin embargo, otros estudiantes y su adherencia podrían ser un problema dada la llegada de la alternancia educativa.

Por otro lado, el miedo a infectarse generó un mayor esfuerzo en la protección y reducción de comportamientos de riesgo. Los principales temores reportados en estudios anteriores hacen referencia al miedo a infectarse, infectar a otros y al miedo a la muerte [10]. Esto podría relacionarse con la mayor adherencia reportada por estudiantes de carreras de la salud, que en este trabajo muestran puntajes un poco más altos pero sin diferencias estadísticas. Esto es posible al riesgo de contagio que sabe el personal de salud, al seguir las recomendaciones que son basadas en la evidencia disponible sobre los niveles y los factores de riesgos, medidas de prevención de acuerdo al nivel de exposición,

con el fin de que se disminuya la posibilidad de enfermarse dentro y fuera de su lugar de su entorno [11].

Por otra parte, con el regreso a las aulas de clase en las instituciones universitarias, en un momento en que los casos habían reducido, se convertía en un reto para las instituciones que asumían que los estudiantes estaban adheridos a las medidas de bioseguridad dispuestas por el gobierno.

Las mujeres estuvieron más adheridas a las medidas de protección y los estudiantes de facultades de la salud tienen un mayor grado de adherencia, como se reporta en estudios anteriores para trabajadores de la salud [12]. Sin embargo, la llegada del Covid -19, impuso la aplicación de medidas a todas las personas, pero algunos grupos etarios tuvieron mayores dificultades para apropiarlo, como los estudiantes universitarios, quienes tuvieron un gran reto para su implementación.

Se ha reportado una relación entre estrés y poca adherencia a las medidas preventivas por la creencia en teorías conspirativas, como lo reporta Barahmand y colaboradores [13] quienes ajustaron sus datos por género, educación y estrato socioeconómico. Esto es similar a lo encontrado en un estudio donde tres cuartas partes de las mujeres reportaron un alto nivel de adherencia a las conductas preventivas y esto es debido a que refieren sentirse capaz de implementar las acciones, creen en la eficacia para evitar el contagio, no les gusta los conflictos con otras personas y tener problemas legales al no seguir las medidas [14].

También se identificó en algunos estudios cómo las personas jóvenes con más habilidades para buscar información en herramientas digitales tenían mejor comportamiento durante la pandemia. El estudio también mostró cómo el miedo al Covid, se relacionó más con las mujeres, quienes por esa razón tuvieron mejores comportamientos. Esta podría ser la razón por la que en este estudio las mujeres tuvieron más posibilidades de tener mayor adherencia a las medidas de protección y el hecho de recibir esquemas completos de vacunación [15].

Entre las limitaciones de este estudio están, que es una información auto-reportada y el diseño de corte transversal no permite establecer causalidades.

Financiación: Este trabajo ha sido financiado por la Convocatoria IX para semilleros de investigación de la Universidad Santo Tomás, Bucaramanga.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos semillero SIFOUSTA por su comprometido trabajo en la recolección de datos.

REFERENCIAS

1. PAHO/WHO. Monthly COVID-19 Epidemiological Update- Region of the Americas. 2023. URL: <https://www.paho.org/en/documents/monthly-covid-19-epidemiological-update-region-americas-02-august-2023>
2. Wang TT, Moon HS, Le A, Carrasco LR, Panchal N. Proceedings from the OMS Resurgence Conference for resuming clinical practice after COVID-19 in the USA. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020;49(12):1655-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2020.09.014>
3. Block R, Jr., Berg A, Lennon RP, Miller EL, Nunez-Smith M. African American Adherence to COVID-19 Public Health Recommendations. *Health Lit Res Pract.* 2020;4(3):e166-e70. DOI: <https://doi.org/10.3928/24748307-20200707-01>
4. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
5. Steens A, Freiesleben de Blasio B, Veneti L, Gimma A, Edmunds WJ, Van Zandvoort K, et al. Poor self-reported adherence to COVID-19-related quarantine/isolation requests, Norway, April to July 2020. *Euro Surveill.*

2020;25(37).

DOI: [https://doi.org/10.2807/1560-](https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.37.20016075)

[7917.ES.2020.25.37.20016075](https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.37.20016075)

6. Romero-Saritama, José Miguel, Simaluiza, Janneth, & Fernandez, Heriberto. Medidas de prevención para evitar el contagio por la COVID-19: de lo cotidiano a lo técnico-científico. *Revista Española de Salud Pública*. 2021; 95, e202104051. URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100188&lng=es&tlng=es.
7. Al-Hasan A, Khuntia J, Yim D. Threat, Coping, and Social Distance Adherence During COVID-19: Cross-Continental Comparison Using an Online Cross-Sectional Survey. *J Med Internet Res*. 2020;22(11):e23019. DOI: <https://doi.org/10.2196/23019>
8. García-Alamino J. M. Aspectos epidemiológicos, clínica y mecanismos de control de la pandemia por SARS-CoV-2: situación en España [Epidemiological aspects, clinic and control mechanisms of SARS-CoV-2 pandemic: Situation in Spain]. *Enfermería clinica (English Edition)*. 2021; 31, S4–S11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.001>
9. Johnson AA, Wallace BK, Xu Q, Chihuri S, Hoven CW, Susser ES, et al. Hopelessness in New York State Physicians During the First Wave of the COVID-19 Outbreak. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2022;34(1):152-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/ANA.0000000000000808>
10. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, Adnan S, Aftab M, Zafar MS, et al. Fear and Practice Modifications among Dentists to Combat Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082821>
11. Domínguez, R., Zelaya, S., Gutiérrez, M., & Castellanos, E. Medidas de protección en personal de salud para disminución de riesgo de contagio de COVID-19. Ecuador: Instituto Nacional de Salud. 2020. 16 p. URL: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1087768/medidas-de-proteccion-de-bioseguridad-p-de-salud-17ago20.pdf>

12. Zangoue M, Safari H, Royce SG, Zangoie A, Rezapour H, Zangouei A, et al. The high level of adherence to personal protective equipment in health care workers efficiently protects them from COVID-19 infection. *Work*. 2021;69(4):1191-6. DOI: <https://doi.org/10.3233/WOR-210634>
13. Barahmand U, Mohamadpour S, Sheikh Ahmad RH. COVID-19 Related Stresses, Conspiracy Beliefs, Uncertainty, and Non-adherence to Safety Guidelines. *Int J Psychol Res (Medellin)*. 2023;15(2):22-33. Published 2023 Mar 1. DOI: <https://doi.org/10.21500/20112084.5367>
14. Hoyos-Hernández, Paula Andrea, Concha Valderrama, Vanessa, Valderrama Orbegozo, Laura Juliana, Díaz Mutis, Juan David y Tovar Cuevas, José Rafael. Adherencia a las conductas preventivas de la COVID-19 en mujeres trans colombianas. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2021; 53, 190-199. DOI: <https://doi.org/10.14349/rtp.2021.v53.21>
15. Chen SC, Hong Nguyen NT, Lin CY, et al. Digital health literacy and well-being among university students: Mediating roles of fear of COVID-19, information satisfaction, and internet information search. *Digit Health*. 2023;9:20552076231165970. Published 2023 Mar 27. DOI: <https://doi.org/10.1177/20552076231165970>

Correo de autores

Isabella Aránzazu Arenas: isabella.arenas@ustabuca.edu.co

Luis Javier Sanabria Toloza: luisjavier.sanabria@ustabuca.edu.co

William Nelson Sánchez Salazar: williamnelson.sanchez@ustabuca.edu.co

Karen Sofía López Arenales: karen.lopez01@ustabuca.edu.co

María Carolina Lastra Pérez: mariacarolina.lastra@ustabuca.edu.co

Gloria C. Aránzazu Moya: gloria.aranzazu@ustabuca.edu.co