

Conocimiento preventivo y su práctica entre la población de Colombia hacia la enfermedad por Coronavirus (COVID-19): una perspectiva de género

Paola A. Rivera Diaz¹, Henry Rubiano Daza², Juan Camilo Quintero Quimbaya³, Diana Patricia Hoyos Armero³, Carolina Herrera Ramírez³, Sandra Milena Rivera Ospitia³, Claudia Patricia Ortiz^{3*}

¹Universidad Santiago de Cali, Facultad de Salud, Instituto de Investigaciones Biomédicas, Cali, Colombia.

²Universidad Cooperativa de Colombia, Campus Neiva, Programa Derecho, Grupo de Investigación Comdehuila, Neiva, Huila, Colombia.

³Corporación Universitaria Minuto de Dios-UNIMINUTO, Programa de Administración en Seguridad y Salud en el Trabajo, Semillero de Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo, Neiva, Huila, Colombia.

*Autor de correspondencia: claudia.ortiz.de@uniminuto.edu.co

Recibido: 13 de julio de 2020

Revisado: 24 de julio de 2020

Aceptado: 27 de julio 2020

RESUMEN

Este estudio investiga el conocimiento existente de la COVID-19 en ambos sexos y propone una práctica para prevenir la COVID-19. Se realizó un estudio transversal con una encuesta en línea recopilando datos en diferentes regiones de Colombia, a través de un cuestionario validado estructurado y de diseño propio basado en el asesoramiento público general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la prevención de la COVID-19. Este estudio ha empleado la técnica de muestreo de bola de nieve, y contó con 445 participantes (46,5% hombres y 53,5% mujeres). Se identificó que las mujeres no solo tienen un mejor conocimiento, sino que su comportamiento en la práctica es mucho mejor que sus contrapartes masculinas. Aunque los resultados entre hombres y mujeres son muy similares, la pregunta de quedarse en casa es bastante concluyente a favor de las mujeres, quienes son más responsables. Finalmente, el estudio demuestra que las mujeres corren menos riesgo en comparación con los hombres, porque estas tienen mejores prácticas de prevención, como lo indican las estadísticas. Este estudio destaca aún más la idea de que las mujeres son menos propicias para contraer la infección de covid-19 debido a su mejor comportamiento de práctica que los hombres.

Palabras clave: COVID-19, conocimiento preventivo, práctica, Colombia, género, coronavirus.

SUMMARY

Preventive knowledge and its practice among Colombian population towards coronavirus disease (COVID-19): A Gender-Based Perspective

This study investigates the existing knowledge of covid-19 among both genders and a likely use of it in practice to combat COVID-19. Cross sectional study with an online survey and data was collected from Colombia, through a structured, self-design validated questionnaire was created based on the World Health Organization (WHO) general public advice towards COVID-19 prevention. This study has employed snow-ball sampling technique, counted on 445 participants (46.5% male and 53.5% female). This study has found out that women not only carry better knowledge, but their practicing behavior is far better than their male counterparts. Although the results between men and women are very similar, the question about staying at home is quite conclusive in favor of women, who are more responsible. Finally his study proves that women are on a less risk in comparison to men on the basis of prevention practices exercised better as the prevailing statistics indicate. This study highlighted the notion further that women are less conducive to infection of COVID-19 due to their better practicing behavior than men.

Key words: COVID-19, preventive knowledge, practice, Colombia, gender based, coronavirus.

INTRODUCCIÓN

El coronavirus SARS-CoV-2, es un nuevo virus zoonótico de la familia coronaviridae que genera la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), este virus fue detectado por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China) [1], y desde entonces hasta la fecha se han registrado 12 476 028 casos de personas contagiadas en el mundo y 559 998 muertes a causa del mismo, así el coronavirus 2019 en una amenaza importante para la salud pública mundial [2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declara pandemia el 11 de marzo de 2020 y estableció que el coronavirus 2019 causa infecciones respiratorias que pueden ir desde un resfriado común, hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio agudo grave. Los síntomas de esta patología se han relacionado con los generados por el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y con el síndrome respiratorio del oriente medio (MERS) [3], enfermedades respiratorias causadas por especies de Coronavirus que se transmiten de

persona a persona. Debido a que cuenta con un nivel alto de propagación la OMS hace un llamamiento a todos los países en acoger medidas preventivas urgentes y agresivas ante la pandemia [4].

Desde entonces organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han iniciado e incentivado la investigación científica desde diferentes enfoques, pero con un único objetivo: desarrollar la solución que contrarreste la pandemia. La comunidad científica ha generado diversos estudios que han proporcionado información importante, la cual ha permitido identificar las variables directas e indirectas en la propagación del virus, además de avanzar en el desarrollo de un tratamiento antiviral efectivo o una vacuna [5]. Esta solución aún está lejana, por ello, actualmente, varios países han adoptado medidas preventivas que permitan disminuir los contagios por COVID-19 de persona a persona. En Colombia se ha acogido la técnica preventiva basada en el conocimiento y la importancia de la práctica de medidas de prevención como el uso de mascarilla, lavado frecuente de las manos y mantener el distanciamiento social, medidas preventivas recomendadas por organizaciones como el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [6], la Organización Mundial de la Salud [4] y el Ministerio de Salud de Colombia [7], entre otras.

De acuerdo con la Asociación Europea de Editores de Ciencia, la editorial de la revista *The Lancet* y *GlobalHealth50/50* es necesario investigar las enfermedades desde la perspectiva de género, debido a que en brotes pasados como el SARS, MERS, ébola, zika, se ha evidenciado la mortalidad en hombres y la vulnerabilidad de la enfermedad en mujeres [8]. Los expertos coinciden que es necesario contar con información más detallada que incluyan variables como sexo y edad para generar estrategias que aporten al mejoramiento de atención primaria y secundaria en emergencias sanitarias por brotes. Según López [9] “La experiencia de brotes pasados muestra la importancia de incorporar un análisis de género en los esfuerzos de preparación y respuesta para mejorar la efectividad de las intervenciones de salud y promover objetivos de equidad de género y salud”, a su vez, según la información suministrada por algunos entes, se identifica que actualmente la COVID-19 registra mayor mortalidad en hombres, debido a hábitos no saludables como el tabaquismo, la ingesta de bebidas alcohólicas, que propenden a que los hombres sufran de hipertensión, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias lo cual aumenta la probabilidad de mortalidad en el mismo, por otro lado aunque no se establece qué género es el más vulnerable ante la COVID-19 [10], estudios relacionados entre conocimiento y aplicación de este, evidencian que las personas con un conocimiento claro y amplio sobre enfermedades, ejecutan prácticas adecuadas. Generalmente, las mujeres están más informadas y adoptan comportamientos más favorables, que ayudan a la prevención de enfermedades [11].

METODOLOGÍA

Este es un estudio observacional cuantitativo de corte transversal basado en encuestas diligenciadas en internet. Los datos para este estudio se obtuvieron de 17 departamentos de Colombia: Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Meta, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca y Bogotá D.C., utilizando la técnica de muestreo de bola de nieve no probabilístico.

Se desarrolló un cuestionario para el público basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud [4], estipulando medidas preventivas básicas contra el COVID-19 como lavarse las manos frecuentemente, adoptar medidas de higiene respiratoria, mantener un distanciamiento social de mínimo un metro, cuidados al toser, permanecer en los hogares, entre otras.

La herramienta de recolección de datos está dividida en tres partes. La primera estaba relacionada con la información sociodemográfica como sexo, edad, formación académica y estrato socioeconómico. La segunda parte contenía preguntas relacionadas con el conocimiento de la prevención de COVID-19 y su práctica en la vida cotidiana; este apartado está constituido por un total de 14 preguntas, de las cuales 7 eran para conocimiento y otras 7 para medir la apropiación de ese conocimiento en la vida cotidiana. La última parte del cuestionario contiene 7 preguntas basadas en el conocimiento de la persona, relacionado con la protección contra COVID-19 de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. Estas preguntas están relacionadas con el tiempo de cuarentena de personas que llegan del extranjero y las llamadas al número de emergencia 192 en caso de síntomas relacionadas con la infección.

Todas las respuestas se registraron como "Sí" o "No". Los datos se recopilaron mediante un formulario en línea de Google Drive®. El objetivo del estudio se describió a los encuestados antes del consentimiento y la participación fue completamente voluntaria. Se registraron un total de 445 respuestas (considerando una población de 50 100 000 habitantes y, de acuerdo con los parámetros de la fórmula para calcular el tamaño de la muestra sobre una población finita, con un nivel de confianza del 95 % se establece un número de muestra de 383). Los datos fueron recopilados desde el 8 hasta el 10 de julio de 2020. Todos los datos se codificaron y transfirieron a Microsoft Excel®, y luego se transfirieron a el programa RStudio versión libre para su análisis. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para verificar la significación estadística. El valor de $p < 0,05$ se consideró significativo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encuestaron a un total de 445 personas (hombres: 46,5%; mujeres: 53,5%), los rangos de edad se establecieron de acuerdo con ciclo propuesto por el Ministerios de Salud [12] que define que el 18% son jóvenes de entre 18 y 26 años de edad, el 77,1% son personas adultas de entre 27 y 59 años de edad y el 4,9% son mayores de edad (>60 años). En cuanto a la formación académica la mayor proporción son profesionales (49,7) seguido de profesionales con maestría (24%) y educación media (20,2). Finalmente, en cuanto a información sociodemográfica, la población encuestada en su mayoría pertenece a los estratos 2 y 3 (41,8% y 31,5%) (tabla 1).

Tabla 1. Información sociodemográfica de la población encuestada.

Variables	Masculino (n= 207; 46,5%)	Femenino (n=238; 53,5%)	Total (n =445)
	n (%)	n (%)	n (%)
Edad en años			
18-26	31 (7,0)	49 (11,0)	80 (18,0)
27-59	164 (36,9)	179 (40,2)	343 (77,1)
>60	12 (2,7)	10 (2,2)	22 (4,9)
Formación académica			
Primaria	4 (0,9)	4 (0,9)	8 (1,8)
Secundaria	32 (7,2)	58 (13,0)	90 (20,2)
Profesional	100 (22,3)	121 (27,2)	221 (49,7)
Maestría	60 (13,5)	47 (10,6)	107 (24)
Doctorado	11 (2,5)	8 (1,8)	19 (4,3)
Estrato socioeconómico			
1	6 (1,3)	25 (5,6)	31 (7,0)
2	94 (21,1)	92 (20,7)	186 (41,8)
3	69 (15,5)	71 (16,0)	140 (31,5)
4	28 (6,3)	33 (7,4)	61 (13,7)
5	8 (1,8)	11 (2,5)	19 (4,3)
6	2 (0,4)	6 (1,4)	8 (1,8)

En general, la población está informada y respondió de manera correcta las preguntas basadas en el conocimiento relacionadas con la propagación de COVID-19, incluido, el uso de mascarilla o tapabocas (P1. 96,9%) lavarse las manos durante 20 segundos (P2. 96,6%), estornudar o toser en el brazo/codo (P3. 85,9%) , el coronavirus se puede transferir dándose la mano (P4. 90,8%), manteniendo una distancia segura de al menos 1 metro (88,1%), tocando la cara puede transferir el coronavirus (P5. 95,1%), quedarse en casa puede disminuir las posibilidades de contraer una infección (P6. 98,0%). Los encuestados informaron el menor conocimiento acerca de la pregunta que refiere que el coronavirus puede permanecer en los objetos durante algunas semanas o días (P10. 83,6%) y de la llamada al 192 para buscar atención médica para el coronavirus (P8. 79,5%). Pese a que los porcentajes sobre aciertos en general son altos, preguntas como la P1, P3 y P4 que implican interacción social, presentan entre el 4% al 15 % de desconocimiento, lo que pone en alto riesgo la población.

Realizado un análisis en función del género (tablas 2 y 3), los resultados muestran lo siguiente: con respecto al “uso de mascarilla o tapabocas (P1)”, las mujeres tienen un mejor conocimiento respecto a los hombres (F: 98%; M: 96%; $p>0,05$). En respuesta al “lavado de manos durante mínimo 20 segundo (P2)”, de nuevo las mujeres muestran tener un mejor conocimiento respecto a los hombres (F: 98%; M: 95%; $p>0,05$). En respuesta al conocimiento sobre “estornudar o toser en el brazo / codo (P3)”, las mujeres estaban mejor informadas que los hombres y el valor “p” fue estadísticamente significativo (F: 92%; M: 79%; $p<0,05$), indicando una relación entre la respuesta y el género. Frente al conocimiento “sobre el contagio de COVID-19 por darse la mano (P4)” las mujeres presentaron mayores aciertos (F: 93%; M: 88%; $p>0,05$). A la pregunta sobre “distanciamiento social (P5)” las mujeres muestran un mejor conocimiento que los hombres (F: 90%; M: 86%; $p>0,05$). En cuanto a la pregunta sobre “tocar la cara puede transferir el coronavirus (P6)” las mujeres continúan estando mejor informadas que los hombres (F: 97%; M: 93%; $p>0,05$). El conocimiento sobre “quedarse en casa puede disminuir las posibilidades de contraer una infección (P7)”, (F: 98%; M: 99%; $p>0,05$) ambos géneros son conscientes del tema con un leve repunte en los hombres. En respuesta a la pregunta sobre “puede llamar al 192 para buscar atención médica para el coronavirus (P8)”, de nuevo además de no haber una diferencia marcada entre géneros ambos presentan un buen conocimiento sobre la línea telefónica (F: 79%; M: 80%; $p>0,05$). El conocimiento sobre “las personas mayores tienen un mayor riesgo de desarrollar coronavirus (P9)” continúa la similitud en las respuestas entre hombres y mujeres (F: 98%; M: 97%; $p>0,05$). En respuesta a “el coronavirus puede permanecer en los objetos durante algunas semanas o días (P10)”, ambos sexos, ofrecen respuestas similares (F: 84%; M: 83%; $p>0,05$). Del mismo modo, para la pregunta “las personas que han viajado desde el extranjero no deben conocer a otras personas durante 2

semanas (P11)”, la respuesta de ambos sexos es prácticamente la misma (F: 100%; M: 99%; $p > 0,05$), y es la pregunta de mayor acierto por parte de los encuestados. Respondiendo a “evitar el contacto con personas que tienen tos/ fiebre (P12)”, vuelve a presentarse el consenso entre hombres y mujeres, con un alto grado de acierto de todas las personas (F: 99%; M: 98%; $p > 0,05$). En respuesta a la pregunta “debe buscar atención médica si tiene tos, fiebre y dificultad para respirar (P13)” la tendencia es la misma entre sexos (F: 98%; M: 97%; $p > 0,05$).

Tabla 2. Preguntas sobre el conocimiento de algunas medidas preventivas contra la COVID-19, propuestas por la OMS.

P	Pregunta		Masculino n (%)	Femenino n (%)	Total n (%)	Valor-p
1	¿El uso de mascarilla o tapaboca ayuda a prevenir el contagio de coronavirus?	Sí	198 (95,6)	233 (97,9)	431 (96,9)	0,2792
		No	9 (4,3)	5 (2,1)	14 (3,1)	
2	¿Lavarse las manos durante 20 segundos, puede ayudar a prevenir el coronavirus?	Sí	196 (94,7)	234 (98,3)	430 (96,6)	0,0636
		No	11 (5,3)	4 (1,7)	15 (3,4)	
3	¿Toser o estornudar en el brazo/ codo puede evitar la propagación del coronavirus?	Sí	164 (79,2)	218 (91,6)	382 (85,9)	0,0003
		No	43 (20,8)	20 (8,4)	63 (14,1)	
4	¿El coronavirus puede transferirse por darse la mano?	Sí	183(88,4)	221(92,8)	404 (90,8)	0,1456
		No	24 (11,6)	17 (7,2)	41 (9,2)	
5	¿Mantener una distancia mínima de 1 metro con otras personas ayuda al no contagio del coronavirus?	Sí	177 (85,5)	215 (90,3)	392 (88,1)	0,155
		No	30 (14,5)	23 (9,7)	53 (11,9)	
6	¿Tocarse la cara puede transferir el coronavirus?	Sí	193(93,2)	230 (96,6)	423 (95,1)	0,1521
		No	14 (6,8)	8 (3,4)	22 (4,9)	
7	¿Permanecer en cuarentena (estar en casa) disminuye la probabilidad de contraer el coronavirus?	Sí	204(98,6)	232 (97,5)	436 (98,0)	0,643
		No	3 (1,4)	6 (2,5)	9 (2,0)	
8	¿El gobierno nacional dispone de la línea gratuita 192 para orientación sobre COVID-19?	Sí	166(80,2)	188 (79,0)	354 (79,5)	0,8449
		No	41 (19,8)	50 (21,0)	91 (20,4)	
9	¿Las personas de la tercera edad son más vulnerables ante el COVID-19?	Sí	201(97,1)	234 (98,3)	435 (97,8)	0,5865
		No	6 (2,9)	4 (1,7)	10 (2,2)	

(Continúa)

Tabla 2. Preguntas sobre el conocimiento de algunas medidas preventivas contra la COVID-19, propuestas por la OMS.

P	Pregunta		Masculino n (%)	Femenino n (%)	Total n (%)	Valor-p
10	¿El virus puede permanecer en los objetos durante días o semanas?	Sí	171(82,6)	201 (84,4)	372 (83,6)	0,6922
		No	36 (17,4)	37 (15,6)	73 (16,4)	
11	¿Las personas que llegan del extranjero deben permanecer aisladas durante un periodo mínimo de 14 días?	Sí	205(99,0)	237 (99,6)	442 (99,4)	0,9034
		No	2 (1,0)	1 (0,4)	3 (0,6)	
12	¿Se debe evitar el contacto con personas que presentan tos o fiebre?	Sí	203 (98,1)	236 (99,2)	439 (98,6)	0,5591
		No	4 (1,9)	2 (0,8)	6 (1,3)	
13	¿Se debe buscar atención médica si se presentan síntomas de tos, fiebre, problemas para respirar?	Sí	201 (97,1)	234 (98,3)	435 (97,8)	0,5865
		No	6 (2,9)	4 (1,7)	10 (2,2)	

Tabla 3. Preguntas sobre la práctica de algunas medidas preventivas contra la COVID-19, propuestas por la OMS.

P	Pregunta		Masculino n (%)	Femenino (%)	Total n (%)	Valor-p
14	¿Usted utiliza siempre mascarilla o tapaboca al salir de su casa?	Sí	203 (98,1)	235 (98,7)	438 (98,4)	0,8523
		No	4 (1,9)	3 (1,3)	7 (1,6)	
15	¿Usted lava sus manos frecuentemente y mínimo por 20 segundos?	Sí	182 (87,9)	217 (91,2)	399 (89,7)	0,3328
		No	25 (12,1)	21 (8,8)	46 (10,3)	
16	¿Usted se cubre la cara con el brazo/codo al toser o estornudar?	Sí	183 (88,4)	219 (92,1)	402 (90,3)	0,2605
		No	24 (11,6)	19 (7,9)	43 (9,7)	
17	¿Usted al saludar a otra persona da la mano o beso?	Sí	20 (9,7)	22 (9,2)	42 (9,4)	1,0
		No	187 (90,3)	216 (90,8)	403 (90,5)	
18	¿Usted mantiene una distancia mínima de 1 metro mientras se encuentra con otras personas en estos días de pandemia?	Sí	183 (88,4)	228 (95,8)	411 (92,3)	0,0060
		No	24 (11,6)	10 (4,2)	34 (7,6)	

(Continued)

Tabla 3. Preguntas sobre la práctica de algunas medidas preventivas contra la COVID-19, propuestas por la OMS.

P	Pregunta		Masculino n (%)	Femenino (%)	Total n (%)	Valor-p
19	¿Usted evita tocarse la cara?	Sí	180 (87,0)	221 (92,8)	401 (90,1)	0,0548
		No	27 (13,0)	17 (7,2)	44 (9,9)	
20	¿Usted permanece en casa a menudo?	Sí	181 (87,4)	219 (92,0)	400 (89,9)	0,1499
		No	26 (12,6)	19 (8,0)	45 (10,1)	

En cuanto a las respuestas sobre preguntas que pretenden evaluar la apropiación del conocimiento (P14-P20) (tabla 3) la práctica de usar mascarilla o tapabocas (P14) y saludar a personas dándoles la mano o un beso (P17), no hay diferencia significativa entre las respuestas dadas por hombres y mujeres. Aunque P14 presenta un grado de apropiación, P17 muestra que un 10% de las personas continúan saludando, dando la mano/beso, lo que se constituye en un factor de riesgo alto para la propagación de la pandemia. En cuanto a lavarse las manos por mínimo 20 segundos (P15), las mujeres practicaban más esta acción que los hombres (F: 91%; M: 88%; $p > 0,05$). Respeto a cubrirse la cara con el codo/brazo al estornudar o toser, de nuevo las mujeres son más consientes al realizar esta práctica (F: 92%; M: 88%; $p > 0,05$). Al indagar sobre el distanciamiento social de mínimo 1 metro, las mujeres practican más esta acción que los hombres y presenta un p menor a 0,05 indicando una relación entre el sexo del individuo y la práctica (F: 96%; M: 88%; $p < 0,05$); finalmente, a las preguntas “evita tocarse la cara (P19)” y “permanece en casa a menudo (P20)” las mujeres vuelven a tener un mayor grado de concienciación (F: 93%; M: 87%; $p < 0,05$) y (F: 92%; M: 87%; $p < 0,05$).

En la tabla 4 se presentan los porcentajes de aplicación del conocimiento en la práctica, y se identificó un fenómeno que, aunque no se podría calificar como atípico, puede llegar a ser interesante. Si bien las personas registran no tener conocimiento sobre una práctica, sus acciones son correctas, por lo que se obtienen porcentajes mayores al 100% como es el caso de las relaciones (R) 1, 3, 4 y 5. Lo anterior, podría deberse a que, si bien las personas no tienen el conocimiento, o creen que estas prácticas no contribuyen al control de la pandemia, la obligación de cumplir una norma jurídica o social obliga a los individuos a actuar de forma correcta.

Ahora bien, con respecto al uso de mascarillas (R1) o tapabocas los hombres practican más sus conocimientos que las mujeres (102,5 vs. 100,9), los hombres también practican más sus conocimientos respecto a poner su brazo o codo al estornudar (R3) (111,6 vs 100,4) y no estrechar la mano o dar besos (R4) (102,2 vs 97,7). Con relación a

Tabla 4. Apropiación del conocimiento relacionado con prácticas recomendadas por la OMS para contrarrestar la pandemia de la COVID-19.

R	Apropiación del conocimiento	Masculino %	Femenino %	Valor-p
1.	Influencia del conocimiento del uso de la mascarilla o tapaboca al salir de su casa	102,5	100,9	0,9582
2.	Influencia del conocimiento de lavarse las manos en la práctica	92,9	92,7	0,9519
3.	Influencia del conocimiento de estornudos/ tos en la práctica	111,6	100,4	0,5105
4.	Influencia del conocimiento de no estrechar la mano en la práctica	102,2	97,7	0,8070
5.	Influencia del conocimiento de la distancia social en la práctica	103,4	106,0	0,9142
6.	Influencia del conocimiento sobre la propagación de la infección al tocar la cara en la práctica	93,26	96,01	0,8864
7.	Influencia del conocimiento de quedarse en casa para prevenir infecciones en la práctica	88,7	94,39	0,7065

practicar su conocimiento del lavado de manos durante al menos 20 minutos (R2) tanto hombres como mujeres presentan una apropiación del 93%. En cuanto a las relaciones 5 (distanciamiento social), 6 (tocarse la cara) y 7 (permanecer en casa), las mujeres adoptaron más estas prácticas que los hombres.

El objetivo del presente estudio fue medir las diferencias específicas de género en el conocimiento y la práctica para prevenir COVID-19 en la población colombiana. Actualmente, no hay una vacuna contra este virus y las opciones de tratamiento no tienen respuesta efectiva. Las organizaciones mundiales de salud pública, incluida la OMS [4], los ministerios de salud de diferentes países y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos [13] han recomendado al público adoptar medidas preventivas simples para limitar la exposición y la propagación del virus. Estas recomendaciones son prácticas de higiene, aislamiento y distanciamiento social como la forma más efectiva de detener la propagación del virus. El Ministerio de Salud de Colombia ha implementado programas de sensibilización pública y medidas de prevención y mitigación. Estos programas contribuyeron con un papel integral para concienciar al público sobre los síntomas, la propagación y las recomendaciones para la prevención mediante diferentes medios de comunicación.

En general, este estudio reveló que la mayoría de los encuestados tenían un nivel significativo de conocimiento y también seguían las instrucciones de prevención recomendadas

por la OMS. Sin embargo, las mujeres están mejor informadas sobre las preguntas basadas en el conocimiento y también asimilaban mejor los conocimientos relacionados con la prevención del virus en comparación con los hombres. La significativa apropiación del conocimiento (tabla 4) puede ser consecuencia de varios factores como, el impacto de las campañas de sensibilización, la exigencia en la aplicación de normas tendientes al control de la pandemia, entre otros. Esto muestra, que las mayorías de las personas presentan un alto grado de sensibilización, además de permanecer bien informadas pese al gran número de noticias falsas presentadas en redes sociales [14,15] que pueden llevar a la población a automedicarse, esto podría implicar mayores complicaciones en los sistemas de salud [16, 17].

Otro hallazgo interesante de este estudio es que las mujeres también presentaban una mayor aplicación de sus conocimientos en comparación con sus homólogos masculinos. La mortalidad e infección por COVID-19 entre hombres es mayor en comparación con las mujeres. Los datos de los 39 países más afectados no presentan un informe contundente sobre quien padece más la infección entre hombres y mujeres, sin embargo, la mortalidad de los hombres es mayor en comparación con las mujeres [18]. Los resultados adversos en los hombres están relacionados con comorbilidades, que incluyen enfermedades pulmonares, hipertensión y problemas cardiovasculares, que están relacionados con el tabaquismo y el consumo de alcohol, en comparación con las mujeres (4,7% frente a 2,8%) [19]. Estudios anteriores sobre el SARS, la gripe, el ébola y el VIH han mostrado diferentes relaciones entre la infección, hombres y mujeres, demostrando que los hombres corren mayor riesgo de infección [18].

La falta de conocimiento y prácticas para prevenir la COVID-19, sumado a la tendencia presentada por los estudios desarrollados por De Loyola Filho *et al.*, y Ortiz *et al.*, en Brasil y Colombia respectivamente [16, 20], los cuales documentan que los hombres presentan mayor tendencia por prácticas riesgosas como la automedicación, aumentan el riesgo de contagio. Como se constata en las últimas recomendaciones de funcionarios como el presidente de los Estados Unidos, Donald Trump y el alcalde la Ciudad de Santiago de Cali, sobre consumo de hidroxiclороquina, ivermectina y desinfectantes, además del uso del dióxido de cloro [21, 22]. Estas prácticas pueden transformarse en otro factor de riesgo que podría sumarse a la razón por la cual se presenta un mayor potencial de tasa de muertes entre los hombres, por lo que una mayor concienciación hacia los hombres podría disminuir la mortalidad de los mismos. Así mismo, estos estudios sustentan la mayor responsabilidad por parte de las mujeres frente al cuidado de su salud, lo que concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio.

CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos se puede observar que las mujeres no solo poseen un mejor conocimiento que los hombres para la mayoría de los ítems, sino que también aplican mejor las medidas prácticas que ellos. Las mujeres que se quedan en casa están menos expuestas al virus en comparación con los hombres, lo que puede ser un argumento de consideración válida para futuros estudios. En general, este estudio es un esfuerzo por contribuir con la comprensión de la noción de por qué los hombres son más propensos para la infección que las mujeres. Además, este estudio, aunque con todas sus limitaciones de solo enfocarse en la población colombiana es una contribución sustancial para que los responsables de políticas públicas lo incluyan como una guía en la emisión de medidas prácticas basadas en el conocimiento con perspectiva de género en la prevención la infección de COVID-19.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento al señor Milcíades Ortiz D. por su colaboración en la recolección de la información para la presente investigación.

REFERENCIAS

1. P. Amariles, J. Granados, M. Ceballos, C.J. Montoya, COVID-19 in Colombia endpoints. Are we different, like Europe?, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, **16**, 267-436 (2020).
2. M. Zhou, X. Zhang, J. Qu, Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update, *Frontiers of Medicine*, **14**, 126-135 (2020).
3. C. Ramos, Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus, *Salud Pública de México*, **62**, 225-227 (2020).
4. Organización Mundial de la Salud, *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público*, 2019, URL: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>, accesado el 10 de julio de 2020.

5. R. Trejo-González, M.S. Ramiro-Mendoza, H.G. Hernández-Orozco, ¿Cuáles son las medidas de prevención contra el Novel Coronavirus (COVID-19)?, *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, **33**, 4-6 (2020).
6. M.Y. Yen, J. Schwartz, C.C. King, C.M. Lee, P.R. Hsueh, Recommendations for protecting against and mitigating the COVID-19 pandemic in long-term care facilities, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, **53**, 447-453 (2020).
7. Ministerio de Salud de Colombia, *Coronavirus (COVID-19)*, (n.d.), URL: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx, accesado el 10 de julio de 2020.
8. The Lancet Editorial, The gendered dimensions of COVID-19, *The Lancet*, **395**(10231), 1168 (2020).
9. C.M. Lopez, ¿Afecta por igual el COVID-19 a hombres y mujeres?, *Gaceta Médica*, (n.d.). URL: <https://gacetamedica.com/investigacion/afecta-por-igual-el-covid-19-a-hombres-y-mujeres/>, accesado el 10 de julio de 2020.
10. C. Wenham, J. Smith, R. Morgan, COVID-19: the gendered impacts of the outbreak, *The Lancet*, **395**, 846-848 (2020).
11. L.K.P. Suen, Z.Y.Y. So, S.K.W. Yeung, K.Y.K. Lo, S.C. Lam, Epidemiological investigation on hand hygiene knowledge and behaviour: A cross-sectional study on gender disparity, *BMC Public Health*, **19**, 401 (2019).
12. Ministerio de Salud de Colombia, *Ciclo de vida*, URL: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>, accesado el 10 de julio de 2020.
13. Centers for Disease Control and Prevention, *How to protect yourself and others*, URL: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>, accesado el 10 de julio de 2020.
14. J.-M. Manus, Fake news: et si moustiques et tiques transmettaient le Covid-19?, *RFL - Revue Francophone des Laboratoires*, **2020**(524), 12 (2020).
15. S. Talwar, A. Dhir, D. Singh, G.S. Virk, J. Salo, Sharing of fake news on social media: Application of the honeycomb framework and the third-person effect hypothesis, *Journal of Retailing and Consumer Services*, **57**, 102197 (2020).
16. C.P. Ortiz, O.D. Fúnez-David, H. Rubiano-Daza, C.L. García-Rojas, C.A. Calderón-Ospina, D.R. Delgado, Automedicación en estudiantes de la Sede Neiva de la Universidad Cooperativa de Colombia, *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*, **48**, 128-144 (2019).

17. C.A. Calderón, F. Soler, A.M. Pérez-Acosta, El observatorio del comportamiento de automedicación de la Universidad del Rosario y su rol en la pandemia de COVID-19, *Revista Ciencias de la Salud*, **18**, 1-8 (2020).
18. S. Rozenberg, J. Vandromme, M. Charlotte, Are we equal in adversity? Does Covid-19 affect women and men differently?, *Maturitas*, **138**, 62-68 (2020).
19. J. Kuriansky, *The Psychosocial Aspects of a Deadly Epidemic: What Ebola Has Taught Us about Holistic Healing*, ABC-CLIO, Westport, 2016, vol. 1, p. 428.
20. A.I. Loyola-Filho, E. Uchoa, H.L. Guerra, J.O.A. Firmo, M.F. Lima-Costa, Prevalence and factors associated with self-medication: The Bambuí health survey, *Revista Saude Publica*, **36**, 55-62 (2002).
21. British Broadcasting Corporation (BBC), *Trump drug hydroxychloroquine raises death risk in Covid patients, study says* - BBC News, (n.d.), URL: <https://www.bbc.com/news/world-52779309>, accesado el 24 de julio de 2020.
22. Organización Mundial de la Salud, *Consejos para la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV)*, (n.d.), URL: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters?gclid=EAIaIQobChMIInr2_0PXl6gIVAeDICH3RzgNjEAAYASAAEgKD DfD_BwE, accesado el 24 de julio de 2020.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

P.A. Rivera-Díaz, H. Rubiano-Daza, J.C. Quintero-Quimbaya, D.P. Hoyos-Armero, C. Herrera-Ramírez, S.M. Rivera-Ospitia, C.P. Ortiz, Conocimiento preventivo y su práctica entre la población de Colombia hacia la enfermedad por Coronavirus (COVID-19): una perspectiva de género, *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm.*, **49**(3), 776-789 (2020).