



ORIGINAL

Adherencia a las conductas preventivas de la COVID-19 en mujeres trans colombianas

Paula Andrea Hoyos-Hernández ^{a,*}, Vanessa Concha Valderrama ^a,
Laura Juliana Valderrama Orbegozo ^a, Juan David Díaz Mutis ^b, José Rafael Tovar Cuevas ^b

^a Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

^b Universidad del Valle, Cali, Colombia

Recibido el 25 de junio de 2021; aceptado el 17 de noviembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Infecciones por coronavirus, prevención y mitigación, cumplimiento y adherencia al tratamiento, personas trans, mujeres, Colombia

Resumen Introducción/Objetivo: Establecer el nivel de adherencia de un grupo de mujeres trans colombianas a las medidas de prevención ante el SARS-CoV-2. **Método:** Diseño transversal correlacional descriptivo de una sola etapa. Se administró un cuestionario en línea anónimo a 100 mujeres trans de Colombia. Los resultados fueron obtenidos utilizando métodos estadísticos tanto frequentistas como bayesianos (*a priori-a posteriori*). **Resultados:** Cerca de las tres cuartas partes de las mujeres participantes reportaron un alto nivel de adherencia a las conductas preventivas. Los factores asociados fueron sentirse capaz de implementar las acciones de prevención y creer en la eficacia de ellas, para evitar contagiar a otros, los conflictos con otras personas y problemas legales. **Conclusiones:** La autoeficacia y los comportamientos gobernados por reglas están relacionados con la adherencia a las medidas de prevención. Abordar la adherencia en tiempos de COVID-19 implica incorporar de manera integral la magnitud de las inequidades e injusticias sociales y las respuestas en salud ante una situación que afecta a la humanidad de manera diversa y diferenciada.

© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Adherence to COVID-19 preventive behaviors in Colombian trans women

KEYWORDS

Coronavirus infections, prevention and mitigation, treatment adherence and compliance, transgender persons, women, Colombia

Abstract Introduction/Objective: To establish the level of adherence of a group of Colombian trans women to SARS-CoV-2 prevention measures. **Method:** Single-stage descriptive correlational cross-sectional design. An anonymous online questionnaire was administered to 100 Colombian trans women. The results were obtained using both frequentist and bayesian (*a priori-a posteriori*) statistical methods. **Results:** About three-quarters of the participating women reported a high level of adherence to preventive behaviors. Associated factors were feeling able to implement the preventive actions and believing in their effectiveness, to avoid infecting others, conflicts with others, and avoiding legal problems. **Conclusions:** Self-efficacy and rule-governed behaviors are related to adherence to prevention measures. Addressing

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: paulahoyos@javerianacali.edu.co

<https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.21>

0120-0534/© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

adherence in times of COVID-19 implies comprehensively incorporating the magnitude of social inequities and injustices and the health responses to a situation that affects humanity in a diverse and differentiated manner.

© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El primer caso de COVID-19 en Colombia se registró el 6 de marzo del 2020 y para el 30 de abril del mismo año se habían reportado 6507 casos (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2020). El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de SARS-CoV-2 como una pandemia global (Horton, 2020; The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020). La propagación del virus depende de la tasa de contactos entre las personas, por lo que la implementación de medidas de prevención contribuye a aplanar la curva de contagios (Giordano et al., 2020).

En el ámbito internacional se han llevado a cabo tres estrategias de abordaje: no respuesta, mitigación y supresión (Manrique-Abril et al., 2020). En el mes de abril, en Colombia se implementó una estrategia temprana de mitigación, con medidas no farmacológicas: cierre de lugares de encuentro, aislamiento de casos en el hogar, cuarentena domiciliaria por 14 días para personas con síntomas, aislamiento social obligatorio, distanciamiento social y otras medidas de prevención como uso del tapabocas y de alcohol y lavado de manos adecuado y frecuente (Ferguson et al., 2020). Estas estrategias tuvieron como objetivo disminuir la velocidad de transmisión de la enfermedad, reducir la demanda de la atención médica y aminorar los impactos sociales y económicos generados por la pandemia (Madhav et al., 2017). Sin embargo, el mayor reto de la estrategia es mantenerla en el tiempo hasta que se encuentre un tratamiento efectivo, esta desaparezca (Ferguson et al., 2020) o se realice la vacunación.

La adherencia al tratamiento ha sido de interés para las ciencias de la salud desde hace años, en especial, con el aumento de las enfermedades crónicas en las poblaciones. La adherencia es un proceso colaborativo que implica comportamientos responsables y persistentes por parte de la persona sometida a tratamiento para alcanzar logros prosalud (Achury-Beltrán, 2017; Varela et al., 2009; Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015). Esta permite el control y evolución positiva de la enfermedad, la presencia de menores tasas de descompensaciones, disminución de la morbilidad, reducción de los reingresos hospitalarios, mejora la calidad de vida de las personas y favorabilidad en la funcionalidad en los diferentes contextos en los que está el paciente (Achury-Beltrán, 2017; Varela et al., 2009; Varela-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

Si bien la adherencia ya era un tema de complejidad e interés en salud pública, la COVID-19 genera nuevos desafíos por ser una situación novedosa, inesperada, de difícil control por la forma en la que se propaga, marcada por incertidumbres y evidencias científicas en construcción que, incluso, en algunos casos es contradictoria por parte de las instancias encargadas de ofrecer información veraz, o

por parte de otros sectores (por ejemplo, redes) que contribuyen a la propagación de una información incorrecta. Por tanto, realizar un abordaje de la adherencia en este contexto exige urgentemente el trabajo multidisciplinario y conjunto entre las instancias gubernamentales, el personal de la salud, el paciente y el entorno (García-Zaragozá et al., 2020).

La Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) en su encuesta en línea a 3549 personas entre el 8 y el 20 de abril del 2020, encontró que el 83% de la población cumplió con el aislamiento preventivo, el 92% ha tomado alguna medida de protección para evitar el contagio: usar tapabocas (69%), lavarse las manos, uso de alcohol o gel antibacterial (78%), evitar saludo de beso y dar la mano (70%), entre otros (Rivillas-García et al., 2020).

En el contexto de la pandemia por COVID-19, los retos para la comunidad trans se deben visibilizar (Agana et al., 2019; Aisner et al., 2020; Romanelli & Lindsey, 2020), dado que, debido a su identidad y expresión de género no hegemónica, en Colombia están expuestas a un sinnúmero de vulneraciones, inequidades y afectaciones que impactan de manera negativa su salud y bienestar. En suma, en el contexto de la pandemia, de acuerdo con varias investigaciones, aumentaron las inequidades de acceso y atención en salud de esta población (Kline, 2020), lo que les añade una carga considerable en aspectos socioeconómicos (Van der Miesen et al., 2020) y factores estresantes que complican su salud y bienestar (Akré et al., 2021; Jarrett et al., 2021; Mirabella et al., 2021; Salerno et al., 2020).

Al respecto, en diferentes investigaciones en el mundo con personas trans se identificaron varias problemáticas que esta población tuvo que enfrentar durante la pandemia por COVID-19, por ejemplo, déficit en el bienestar dentro de los hogares (debido a que algunas tuvieron que retornar y convivir con su familias durante la cuarentena), mayor incidencia de problemas de salud mental, pérdida de sus empleos a causa del aislamiento preventivo, dificultad para acceder a sus tratamientos farmacológicos transafirmativos (Gava et al., 2021; Jarrett et al., 2021; Mirabella et al., 2021), falta de apoyo por parte de las comunidades LGB-TQ (Mirabella et al., 2021), déficit en la atención médica transafirmativa para las mujeres trans (Chen et al., 2020) y violencia institucional a causa de las medidas restrictivas gubernamentales por sexo biológico (Pérez-Brumer & Silva-Santisteban, 2020). Teniendo en cuenta este contexto, Koehler et al. (2020) afirman que las personas trans tienen más probabilidad de una infección por COVID-19, mayor evitación de la prueba y el tratamiento, por miedo, maltrato o discriminación anticipada, a causa de las experiencias previas en los servicios de atención médica.

Algunos estudios que evaluaron el bienestar de personas trans en el contexto de la COVID-19, encontraron una

percepción de retroceso en los procesos de tránsito, lo cual afectó significativamente su salud mental, sumado a las emociones que emergieron a raíz de la pandemia (desesperanza, preocupación por el futuro y angustia) (Hawke et al., 2021; Jarrett et al., 2020; Koehler et al., 2020; Van der Miesen et al., 2020). En ese escenario, estas situaciones vivenciadas por las personas trans obstaculizan el proceso de adherencia terapéutica a las recomendaciones para prevenir las infecciones por COVID-19, lo que aumenta el riesgo en su salud mental y física (Akré et al., 2021; Van der Miesen et al., 2020). Por lo tanto, el presente artículo busca establecer el nivel de adherencia de un grupo de mujeres trans colombianas, residentes en diferentes regiones del país, a las medidas de prevención de la COVID-19 como un factor importante para su bienestar y para la salud pública.

La hipótesis del estudio fue “la adherencia a las medidas de prevención frente a la COVID-19 debe ser baja y estar afectada de manera positiva con las variables de nivel de confinamiento, autoeficacia, expectativas de resultados y norma social subjetiva”.

De esta manera, se consideró a la adherencia como el seguimiento de las conductas de prevención establecidas en la Resolución 666 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020): higiene de manos, aislamiento en el hogar en caso de sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, confinamiento social obligatorio, distanciamiento social de dos metros, uso del tapabocas y uso del alcohol. La autoeficacia hace referencia a las creencias que tiene la persona sobre sus propias capacidades para enfrentarse a una situación particular, la cual se relaciona positivamente con la automotivación y la acción y los desafíos a emprender (Bandura, 1997). Entre las cogniciones consideradas para predecir la conducta de adherencia se establece: la expectativa de resultados, es decir, la decisión se toma a partir de un análisis subjetivo y sistemático (Bandura, 1986); y la norma social subjetiva, entendida como la percepción de la presión social para elegir ejecutar o no la acción, esta tiene en cuenta la valoración que la persona hace frente al comportamiento, lo cual lo motiva a adaptarse y cumplir la norma (Sparks & Sheperd, 2002), por lo que hay barreras y facilitadores para este proceso de adherencia a las medidas de prevención ante la COVID-19.

Método

Diseño

Investigación cuantitativa con diseño transversal correlacional descriptivo de una sola etapa, basado en la difusión y administración de cuestionario en línea anónimo.

Participantes

100 de 139 mujeres que se autoidentifican como trans femeninas y residentes en cinco ciudades de Colombia: Cali, Armenia, Bogotá, Bucaramanga y Cartagena. Sus edades estaban entre los 18 y los 55 años y fueron invitadas en el marco del proyecto TranSER. Ellas aceptaron participar voluntariamente en el diligenciamiento del instrumento de medición y contestaron el total de ítems del cuestionario. La forma de aplicación garantizó que se hiciera de manera individual y,

en el caso de que no fuera claro algún término dentro del instrumento, había un profesional del proyecto que explicaba su definición y hacia las aclaraciones del caso.

Instrumentos

Los instrumentos empleados se construyeron *ad hoc* por el grupo del proyecto mundial denominado PSYCOVID-19, iniciativa de investigación internacional diseñada por investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona. Para el presente trabajo, se utilizó un instrumento con 44 ítems en escalamiento tipo Likert, unos de Totalmente de acuerdo-Totalmente de desacuerdo, de Poco-Bastante, de Me facilita mucho-Me dificulta mucho y otros de frecuencia de uso, los cuales corresponden a las dimensiones: (a) motivos para la adherencia a las conductas de prevención (cuatro preguntas), (b) adherencia general a conductas de prevención (ocho preguntas), (c) nivel de confinamiento (dos preguntas), (d) autoeficacia (siete preguntas), (e) expectativas de resultados (siete preguntas), (f) norma social subjetiva (siete preguntas), (g) barreras/facilitadores conductas preventión (cinco preguntas) y (h) datos sociodemográficos (cuatro preguntas).

Análisis de los datos

La selección de la muestra no fue estrictamente aleatoria, aunque sí se considera el azar en el hecho de que la mujer acepte o no de manera voluntaria participar en el estudio. Con los datos de las 100 mujeres, se asumió que se tenía una cantidad que permitía realizar un análisis descriptivo de la adherencia a conductas preventivas de acuerdo con las características sociodemográficas y las dimensiones consideradas en el instrumento de medición, al igual que, pruebas chi cuadrado, exacta de Fisher, para determinar asociación entre dichas dimensiones y la adherencia a conductas preventivas. Con los datos del grupo completo, se utilizaron también métodos multivariados (Análisis Factorial Múltiple) para construir un Índice de Adherencia a Conductas Preventivas (IACP). Se asumió un valor de .05 como máximo error tipo I aceptado.

Se formaron grupos de mujeres trans caracterizados por ciertas condiciones de vida, propias de la ciudad en la que la mujer reside. Esto se hizo con base en que existe una alta variabilidad entre las ciudades del estudio en términos de su extensión, población, idiosincrasia, mayor o menor presencia de creencias religiosas y características propias (por ejemplo, Cartagena tiene un contacto mayor con turistas de todo el mundo, lo cual la hace diferente a todas las otras ciudades, aun de Bogotá, la capital del país). Al interior de cada grupo, se tienen mujeres que presentan alta adherencia a las medidas (de acuerdo con el índice construido para medir el grado de adherencia) y otras que no. Se definió como evento éxito tener alta adherencia y se requiere estimar la proporción de individuos en la población de mujeres trans colombianas que se adhieren a las medidas de protección. Establecer los grupos disminuye bastante la muestra que no se puede asumir totalmente aleatoria, lo cual genera limitaciones fuertes para utilizar los métodos tradicionales de la estadística (enfoque frecuentista hace inferencias solo utilizando los datos de la muestra). Estas limitaciones para hacer las inferen-

cias pueden ser superadas usando el método bayesiano de la estadística (utiliza la información “objetiva” contenida en los datos de la muestra más información “subjetiva” contenida en otras fuentes). Tal aproximación permite calcular probabilidades predictivas que pueden ser utilizadas como un tipo de indicador de la posibilidad de que una mujer trans con ciertas condiciones establecidas a través de la encuesta se adhiera a las conductas de autocuidado y prevención.

El enfoque bayesiano, a diferencia de los métodos tradicionales, asume que la proporción de mujeres que se adhieren a las medidas es una variable aleatoria cuyo comportamiento natural puede ser modelado con una distribución de probabilidad, de modo que, se tienen dos variables aleatorias; una es la cantidad de mujeres en la muestra que se adhirió a las medidas (observada) y otra es la proporción poblacional de mujeres que se adhieren (desconocida). El comportamiento natural de ambas variables puede ser modelado usando distribuciones de probabilidad, de modo que, el proceso de inferencia se hace a través de la “combinación mediante la fórmula de Bayes” de la información que se tiene sobre ambas variables y que está representada en las respectivas distribuciones de probabilidad. El procedimiento permite que el modelo completo se aleatorice y los resultados sean generalizables a poblaciones con características similares.

Las probabilidades predictivas permiten contar con un indicador que informa acerca de la probabilidad de que, en una muestra hipotética futura de individuos, una cantidad de ellos se adhiera a las medidas de prevención. Si esta probabilidad es menor a un valor que los investigadores consideren aceptable, se puede asumir que las mujeres trans con esas características tienen un mayor riesgo de contagio por no presentar buena adherencia a las medidas de prevención.

Construcción del Índice de Adherencia a Conductas Preventivas

Utilizando Análisis Factorial Múltiple (AFM), se construyó un Índice de Adhesión a Conductas Preventivas (IACP), a partir de la información relacionada con la experiencia en el uso de conductas de prevención, adherencia general a conductas de prevención y nivel de confinamiento durante la pandemia; lo anterior asumiendo que el constructo puede ser tratado como una variable latente. El procedimiento estadístico permite calcular a partir de las respuestas de los individuos un peso porcentual de las variables incluidas en la construcción de los ítems usados para medir las dimensiones del constructo. Se tomaron los valores del primer vector propio, y estos pesos fueron transformados dividiendo el peso de cada variable entre la suma de los siete pesos y multiplicando por 100. Al valor obtenido, se le adicionó la variable Nivel de confinamiento, de modo que, si una persona tiene confinamiento alto, se asignó un puntaje de 100 (Alto confinamiento representa una conducta de máxima prevención, así que, la persona totalmente confinada no necesariamente necesita adoptar otras medidas como usar tapabocas, por ejemplo). Si el individuo no reportaba alto confinamiento, se asignaba un puntaje de cero. De ese modo, el índice puede tomar valores entre 0 y 200. Se definió el valor de 82.9 como un punto de corte para el IACP, a fin de clasificar la adhesión a conductas preventivas en dos niveles: alto y bajo. Este valor fue propuesto asumiendo que

una persona que no tiene un alto nivel de confinamiento, y además reporta cumplir poco o nada las pautas sobre prevención de las autoridades, tiene un nivel bajo de adherencia a conductas preventivas.

Procedimiento

Los datos fueron cribados en el marco del proyecto TranSER en alianza con la Universidad Autónoma de Barcelona y el Colegio Colombiano de Psicólogos. TranSER es un programa para el fortalecimiento de la sexualidad plena, satisfactoria y saludable en mujeres trans de cinco ciudades de Colombia, financiado por el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, y el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica, en alianza con Transmujer. Se invitó a participar a cada una de las mujeres por medio de llamada telefónica y contacto directo, según los canales establecidos y autorizados por ellas dada su vinculación al proyecto. Se les explicó el objetivo del estudio, su importancia, los procedimientos y los beneficios de participar. Se hizo especial énfasis en el anonimato de las respuestas, dado que en ningún momento se recopilarían o tendrían que otorgar algún dato de identificación. Quienes aceptaron participar recibieron el enlace de la encuesta en sus celulares y el tiempo de diligenciamiento de esta fue entre 15 y 20 minutos. Esta se llevó a cabo desde el 21 de mayo hasta el 21 de junio del 2020.

Consideraciones éticas

Este estudio responde a las normativas de protección de datos de Colombia, a la declaración de Helsinki y a la normativa ética en Colombia sobre principios éticos en la investigación con seres humanos, el Manual Deontológico y Bioético de Psicología y la Ley 1090 del 2006 que regula el ejercicio de la psicología en Colombia (Congreso de la República de Colombia, 2006). Se considera que es una investigación que se ajusta a principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía y se clasifica como *investigación con riesgo mínimo*, según la Resolución 8430 de 1993. Las mujeres aceptaron su participación de forma verbal y en el formato de consentimiento informado.

Resultados

El 66% de las mujeres trans han tenido un alto nivel de adherencia (tabla 1). De estas mujeres, la mayor proporción reside en la ciudad de Cali (25.8%), Bogotá (21.2%) y Bucaramanga (21.2%) y corresponden al grupo de 40 a 49 años (39.4%), tienen estudios primarios o secundarios (81.2%), y un nivel bajo de ingresos (74.2%).

De las 66 mujeres trans con un alto nivel de adherencia a conductas preventivas, el 78.8% se siente capaz de realizar las acciones de prevención, el 80.3% cree que las acciones de prevención sirven para evitar contagio y, a este mismo porcentaje, se le facilita implementar conductas de prevención. Este alto nivel se tiene para evitar el contagio (83.3%), evitar contagiar a otros (84.9%), evitar conflictos con otras personas (77.3%) y evitar problemas legales (81.8%), el 51.51% prefiere quedarse en casa, el 50% dedica menos de una hora para conocer sobre COVID-19 y el 72.73% tiene

poco o nada de grado de confianza en información sobre COVID-19 por parte de científicos. En la tabla 2 aparecen los valores *p* obtenidos al realizar las pruebas de asociación entre nivel de adherencia y otras características de interés.

Respecto a la probabilidad predictiva de tener una alta adherencia a conductas preventivas, se observa que en Cali y Cartagena es más probable entre los 18 y 29 años, en Bogotá, Armenia y Bucaramanga entre los 40 y 49 años. Se observó mayor probabilidad de adherencia en personas sin estudios

en Cali (49.38%) y de Bogotá (50.02%), mientras que, en Bucaramanga y Cartagena, ciudades donde no se reportaron individuos sin estudios, las probabilidades fueron menores. Por nivel de ingreso, en todas las ciudades se presenta una alta adherencia en mujeres con ingresos bajos. La probabilidad de que las mujeres trans tengan un alto nivel de adherencia por sentirse vulnerables al contagio fue mayor en Cali y en Bogotá, en las otras ciudades la probabilidad fue mayor en mujeres que no se consideran vulnerables. Asimismo, la pro-

Tabla 1. Nivel de adherencia a las conductas preventivas y características de estudio

Características	Bajo		Alto		TOTAL		Valor <i>p</i>
	<i>n</i> = 34	%	<i>n</i> = 66	%	<i>N</i> = 100	%	
Ciudad							.3679
Cali	6	17.65	17	25.76	23	23.00	
Bogotá	5	14.71	14	21.21	19	19.00	
Armenia	10	29.41	9	13.64	19	19.00	
Bucaramanga	6	17.65	14	21.21	20	20.00	
Cartagena	7	20.59	12	18.18	19	19.00	
Grupo de edad							.067
18 a 29 años	13	38.24	22	33.33	35	35.00	
30 a 39 años	15	44.12	18	27.27	33	33.00	
40 a 49 años	6	17.65	26	39.39	32	32.00	
Nivel de estudios							.878*
Sin estudios	1	2.94	2	3.03	3	3.00	
Primarios/básicos	14	41.18	25	37.88	39	39.00	
Secundarios	16	47.06	29	43.94	45	45.00	
Universitarios	3	8.82	10	15.15	13	13.00	
Nivel de ingresos							.645
Bajo	23	67.65	49	74.24	72	72.00	
Medio	11	32.35	17	25.76	28	28.00	
Autoeficacia							.006
Poco	17	50.00	14	21.21	31	31.00	
Mucho	17	50.00	52	78.79	69	69.00	
Expectativa de resultado							.2474
Poco	11	32.35	13	19.70	24	24.00	
Mucho	23	67.65	53	80.30	76	76.00	
Barrera/facilitadores conductas prevención							.2474
Barrera	11	32.35	13	19.70	24	24.00	
Facilitador	23	67.65	53	80.30	76	76.00	
Motivos para adhesión a conductas prevención							
Evitar contagio							.3696
Poco	9	26.47	11	16.67	20	20.00	
Mucho	25	73.53	55	83.33	80	80.00	

(Continúa)

Características	Bajo		Alto		TOTAL		Valor p
	n = 34	%	n = 66	%	N = 100	%	
Evitar contagiar a otras personas							.6857
Poco	7	20.59	10	15.15	17	17.00	
Mucho	27	79.41	56	84.85	83	83.00	
Evitar conflictos con otras personas							.4243
Poco	11	32.35	15	22.73	26	26.00	
Mucho	23	67.65	51	77.27	74	74.00	
Evitar problemas legales							.049
Poco	13	38.24	12	18.18	25	25.00	
Mucho	21	61.76	54	81.82	75	75.00	
Preferencia por quedarse en casa o salir							.219
Quedarme en casa	16	47.06	34	51.51	50	50.00	
Neutro	14	41.18	30	45.46	44	44.00	
Salir de casa	4	11.76	2	3.03	6	6.00	
Tiempo dedicado a informarse sobre COVID-19							.245
Nada	14	41.18	18	27.27	32	32.00	
Menos de 1 hora	16	47.06	33	50.0	49	49.00	
1 hora o más	4	11.76	15	22.73	19	19.00	
Grado de confianza en científicos							.011
Nada o poco	32	94.12	48	72.73	80	80.00	
Bastante o mucho	2	5.88	18	27.27	20	20.00	

babilidad de alta adherencia fue mayor en todas las ciudades por la sensación de amenaza de las mujeres respecto a su salud, trabajo, ingresos y relaciones personales.

La probabilidad de alta adherencia en mujeres que se creen en capacidad de realizar acciones de prevención fue mayor en todas las ciudades, excepto Bogotá. Este mismo comportamiento ocurre en aquellas mujeres que creen que realizar las acciones de prevención sirve para evitar el contagio, y en aquellas que prefieren quedarse en casa. En todas las ciudades, excepto en Cartagena, la probabilidad de alta adherencia es mayor en aquellas mujeres que consideran que se les facilita realizar las acciones de prevención, y que tienen confianza en la información dada por científicos sobre COVID-19. En Cali y en Bogotá, existe una mayor probabilidad en aquellas mujeres que dedican más de una hora al día para conocer sobre la enfermedad.

Discusión

La recolección de datos del presente estudio se hizo entre el 21 de mayo y el 21 de junio del 2020, cuando Colombia atravesaba la fase de importación de casos, la cuarentena había sido extendida dos veces y había una nueva extensión (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2020). En esta línea, las mujeres expresaron deseo por permanecer en sus hogares probablemente por procesos cognitivos y emocionales asociados a la novedad del virus, lo cual es usual en situaciones desconocidas (Mirabella et al., 2021; Rivillas-García et al., 2020), con

asociación a menores comportamientos de riesgo (Bandura, 2019) y mayor adherencia a las medidas.

La adherencia a las medidas de bioseguridad está medida por el deseo de evitar conflictos con otras personas e implicaciones legales, la sensación de amenaza respecto a la salud, trabajo, ingresos, relaciones personales, autoeficacia y la confianza en las medidas; y es reforzada por conductas gobernadas en forma de imposición normativa que al incumplirla añade una carga considerable a los egresos (económicos) y una sanción social (Bandura, 2001). Partiendo de lo expuesto, las participantes del estudio reportaron un alto nivel de autoeficacia (Bandura, 2001; Bandura, 2019) en el seguimiento de las medidas de protección como el uso de la mascarilla, el quedarse en casa, la distancia física, el lavado de manos y evitar tocarse cara, ojos, boca o nariz.

Es probable que aquellas que no se adhirieron tengan creencias negativas sobre su autoeficacia y se perciban con pocos recursos para modular su comportamiento. Estos aspectos pueden estar relacionados con la resiliencia que caracteriza a las mujeres trans, quienes en Colombia han estado expuestas a diversas inequidades y vulneración de derechos de forma sistemática y con profundas raíces históricos-sociales. También es posible que eviten el contagio del virus, al ser conscientes de las pocas posibilidades de acceder a atención médica humanizada y transafirmativa (Dominguez et al., 2018; Kline, 2020; White & Fontenot, 2019; Zapata Pizarro et al., 2019).

Respecto a la adherencia a las medidas de prevención, se encontró que más de la mitad de las participantes tenían un alto nivel, especialmente en las ciudades de Cali, Bogotá y Bucaramanga, la mayoría de ellas con bajos ingresos. En

Tabla 2. Probabilidad de alta adhesión a conductas preventivas dado el grupo de estudio

Alta adherencia a conductas preventivas	Cali	Bogotá	Armenia	Bucaramanga	Cartagena	General
Grupo de edad						
18 a 29 años	50.33%	20.55%	27.97%	14.10%	25.76%	36.55%
30 a 39 años	22.64%	23.98%	21.27%	18.78%	23.22%	36.91%
40 a 49 años	23.73%	49.95%	50.01%	25.83%	.00%	32.97%
Nivel de estudios						
Sin estudios	49.38%	50.02%	.00%	-	-	12.69%
Primarios/básicos	22.59%	28.25%	20.63%	16.14%	14.59%	36.67%
Secundarios	25.97%	12.68%	26.22%	25.15%	25.68%	38.17%
Universitarios	8.58%	-	49.41%	15.66%	14.89%	25.91%
Nivel de ingresos						
Bajo	27.45%	28.05%	31.37%	26.64%	26.12%	40.39%
Medio	22.66%	8.62%	-	21.96%	18.94%	34.23%
Vulnerabilidad de contagio						
No vulnerable	24.02%	20.26%	28.04%	28.44%	25.98%	38.75%
Vulnerable	24.39%	26.03%	23.35%	17.02%	21.83%	38.32%
Sensación de amenaza						
Poco	16.93%	22.19%	18.67%	16.13%	12.78%	34.48%
Mucho	28.75%	25.26%	29.54%	28.36%	30.60%	40.00%
Autoeficacia						
Poco	-	23.34%	13.81%	10.97%	13.13%	35.92%
Mucho	28.80%	21.23%	25.75%	28.94%	26.41%	38.02%
Expectativa de resultado						
Poco	-	22.85%	12.69%	10.98%	-	34.03%
Mucho	31.31%	21.16%	28.50%	29.02%	30.55%	39.85%
Barrera/facilitadores conductas prevención						
Barrera	10.87%	20.99%	8.33%	-	26.29%	32.93%
Facilitador	29.31%	25.92%	31.08%	29.55%	24.39%	40.26%
Motivos para adhesión a conductas prevención						
Evitar contagio						
Poco	-	50.53%	-	-	12.33%	33.32%
Mucho	30.70%	26.50%	29.15%	28.83%	30.53%	40.98%
Evitar contagiar a otras personas						
Poco	8.14%	50.74%	-	-	50.67%	31.79%
Mucho	29.78%	27.81%	29.04%	30.68%	31.01%	41.16%
Evitar conflictos con otras personas						
Poco	-	17.20%	13.18%	16.00%	50.32%	34.15%
Mucho	29.49%	26.31%	27.33%	28.63%	30.48%	40.78%
Evitar problemas legales						
Poco	-	50.66%	-	18.18%	13.95%	34.92%
Mucho	29.43%	27.90%	25.75%	26.00%	30.72%	40.23%

(Continúa)

Alta adherencia a conductas preventivas	Cali	Bogotá	Armenia	Bucaramanga	Cartagena	General
Preferencia por quedarse en casa o salir						
Quedarme en casa	38.79%	31.25%	37.85%	49.77%	38.72%	44.70%
Neutral	31.90%	39.80%	35.10%	38.23%	33.98%	44.34%
Salir de casa	25.87%	-	-	25.48%	-	31.90%
Tiempo dedicado a informarse sobre COVID-19						
Nada	33.49%	38.83%	-	31.96%	32.77%	41.01%
Menos de 1 hora	39.16%	33.99%	38.83%	37.88%	36.33%	45.65%
1 hora o más	50.50%	49.21%	31.25%	25.92%	35.12%	40.86%
Grado de confianza en científicos						
Nada o poco	40.97%	41.14%	40.73%	39.38%	39.90%	45.76%
Bastante o mucho	50.73%	50.06%	-	49.32%	32.77%	39.17%

contexto, Cali y Bogotá, entre mayo y junio, eran las ciudades con mayor cantidad de casos y ello posiblemente favoreció la permanencia de las personas en sus residencias. En Cali, si bien el mayor riesgo de contraer COVID-19 se distribuye en diferentes áreas y estratos socioeconómicos de la ciudad, el mayor riesgo de muerte se reportó en quienes pertenecen principalmente a estratos socioeconómicos bajos (Alcaldía de Santiago de Cali, 2021). Los grupos poblacionales más vulnerables fueron aquellos que reportaron no recibir ninguna remuneración a partir de la aparición del COVID-19 (32%) seguidos de las mujeres lideresas de hogar (12%) (Cifuentes-Avellaneda et al., 2020).

La alta diseminación de la COVID-19 exige una sociedad adherente a todas las medidas de prevención para el cuidado de sí mismo y del entorno próximo y distal. De esta manera, es importante generar estrategias que fortalezcan la adherencia desde diferentes niveles y contextos de acción. Los estudios sobre autoeficacia han encontrado que esta presenta una relación positiva con aspectos como optimismo, resiliencia y esperanza, y percepción de poder cumplir la norma (Bandura, 2001; 2019). A mayor autoeficacia, mayor adherencia, percepción de control y motivación. No obstante, los abordajes requieren desplegar estrategias macrosociales que consideren la complejidad y el dinamismo de los procesos de salud y enfermedad, y de adherencia en las poblaciones. Al respecto, se requiere desarrollar abordajes multidimensionales, transdisciplinarios y multi-situados, que integren instancias gubernamentales, no gubernamentales, el personal de salud, la persona y su entorno.

Se recomienda para futuros estudios incorporar varias medidas que den cuenta de la adherencia y de los diferentes aspectos psicosociales que la componen a lo largo del tiempo; reconocer el momento del curso de vida en el que se encuentra la persona, sus valoraciones y significados sobre la salud y el virus, y cómo estas se expanden o se transforman a raíz de los avances científicos, los recursos financieros, las condiciones de vivienda y las afectaciones sociales, laborales, familiares y económicas que se han acentuado negativamente a raíz de la pandemia.

En el caso de la comunidad trans no se encontraron otros estudios que abordaran el tema en Colombia, y hay poca información disponible sobre las necesidades en salud desde una perspectiva de género no hegemónica. En con-

clusión, la pandemia de la COVID-19 implica grandes retos para la población trans (Agana et al., 2019; Aisner et al., 2020; Romanelli & Lindsey, 2020), dado que aumentaron las barreras en el acceso y en la atención en salud, las dificultades psicosociales y físicas, las dificultades económicas, todo ello obstáculo para la adquisición de comportamientos adherentes a las medidas preventivas (Hoyos-Hernández & Valderrama, 2020).

Se recomiendan abordajes mixtos y cualitativos en clave de género e interseccionalidad, que amplíen las comprensiones sobre los procesos de salud y enfermedad, y bienestar en tiempos de COVID-19 desde una perspectiva apreciativa, y el desarrollo de acciones colectivas y colaborativas entre y para las diferentes instancias, agencias y actores que convocan el tema en cuestión. Finalmente, es necesario promover perspectivas de cuidado centradas en la solidaridad, además de ampliar, robustecer y co-construir redes compasivas y de apoyo, para promover abordajes que reconozcan las determinaciones sociales de los procesos de salud y enfermedad.

Este trabajo contó con algunas limitaciones de carácter metodológico. Consideramos que se desarrolló en un momento sensible en lo social y lo humano, lo que pudo permear las respuestas de las participantes; sin embargo, en otras condiciones, no sería posible la aproximación al estudio del problema. Otra limitación puede ser el hecho de haber obtenido la información mediante autorreporte y por medio de una encuesta telefónica, pues puede introducir sesgos de interpretación; aunque para mitigar el impacto se consideró siempre que la persona que aplicaba el instrumento fuera un investigador o asistente de investigación del proyecto con la formación necesaria. El punto de corte establecido para categorizar a las participantes en adheridas o no adheridas fue obtenido mediante métodos heurísticos y se soportó en el conocimiento que tienen las investigadoras profesionales en psicología, lo cual podría ser una limitación por falta de un análisis de sensibilidad. Esto no es posible debido a la falta de un instrumento que pueda ser considerado como criterio para hacer la comparación y validar el índice. Este aspecto del trabajo ha sido abordado como un tema en el nivel metodológico en otros estudios de construcción de índices liderados por los estadísticos del grupo de investigación en dos artículos que

se encuentran sometidos a evaluación en este momento en revistas especializadas en esa clase de temas.

Agradecimientos

Expresamos nuestra gratitud a las lideresas, a las mujeres participantes y al equipo de investigación del proyecto TranSER, en especial, a Diana Estefanny Arce-Leonel y María Nayibe Gil.

Declaración de conflicto de interés

Los autores reportan no tener ningún conflicto de interés.

Financiación

Este artículo se vincula al proyecto TranSER, el cual es financiado por el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación (Convocatoria para Proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, 807 de 2018, código 125180764234, RC858), la Pontificia Universidad Javeriana, Cali (INVESTIGARPUJ/SIGI 2378), y el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica, en alianza con Transmujer.

Referencias

- Achury-Beltrán, L. F. (2017). Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichan*, 17(4), 460-471. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6214>
- Agana, M. G., Greydanus, D. E., Indyk, J. A., Calles, J. L., Kushner, J., Leibowitz, S., Chelvakumar, G., & Cabral, M. D. (2019). Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Disease-a-month: DM*, 65(9), 303-356. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.07.004>
- Aisner, A. J., Zappas, M., & Marks, A. (2020). Primary care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning (LGBTQ) patients. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(4), 281-285. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.12.011>
- Akré, E. R., Anderson, A., Stojanovski, K., Chung, K. W., VanKim, N. A., & Chae, D. H. (2021). Depression, Anxiety, and Alcohol Use Among LGBTQ+ People During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Public Health*, 111(9), 1610-1619.
- Alcaldía de Santiago de Cali (2021). *Boletín epidemiológico COVID-19 Cali*. <https://www.cali.gov.co/documentos/3383/boletines-epidemiologicos/>
- Bandura, A. (1986). *Social fundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Self-efficacy and health. En N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp. 13815-13820). Elsevier Science.
- Bandura, A. (2019). Self-efficacy and Health Behavior. En C. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. J. Petrie, T. A. Revenson & J. Weinman (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 160-162). Cambridge University Press.
- Chen, R., Liu, Y., Ou, J., Pan, B., Wang, Y., & Wilson, A. (2020). Health care and mental health challenges for transgender individuals during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(7), 564-565.
- Cifuentes-Avellaneda, A., Rivera-Montero, D, Vera-Gil, C., Muñoz-Rivera, R., Sánchez, S. M., Castaño, L. M., Royo, M., & Rivillas-García, J. C. (2020). *Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia*. Profamilia. <https://bit.ly/3GVmmfC>
- Domínguez, C. M., Ramírez, S. V., & Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296-309. <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cucunubá Perez, Z., Cuomo-Dannenburg, G., Dighe, A., Dorigatti, I., Fu, H., Gaythorpe, K., Green, W., Hamlet, A., Hinsley, W., Okell, L., Van Elsland, S... Ghani, A. C. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. *Imperial College London*. <https://doi.org/10.25561/77482>
- García-Zaragozá, E., Gil-Girbau, M., Murillo Fernández, M. D., Prats Mas, R., & Vergoñós Tomás, A. (2020). Farmacia comunitaria, adherencia al tratamiento y COVID-19. *Farmacéuticos Comunitarios*, 12(3), 51-57. <https://doi.org/10.33620/fc.2173-9218.2020/vol12.003.05>
- Gava, G., Fisher, A. D., Alvisi, S., Mancini, I., Franceschelli, A., Seracchioli, R., & Merigliola, M. C. (2021). Consultas de salud mental y telemedicina endocrina en sujetos transgénero durante el brote de COVID-19 en Italia: una encuesta transversal basada en la web. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(5), 900-907.
- Giordano, G., Blanchini, F., Bruno, R., Colaneri, P., Di Filippo, A., Di Matteo, A., & Colaneri, M. (2020). Modelling the COVID-19 epidemic and implementation of population-wide interventions in Italy. *Nature Medicine*, 26(6), 855-860. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0883-7>
- Hawke, L. D., Hayes, E., Darnay, K., & Henderson, J. (2021). Mental health among transgender and gender diverse youth: An exploration of effects during the COVID-19 pandemic. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(2), 180-187.
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- Hoyos-Hernández, P., & Valderrama, L. (2020). Necesidades en la atención en salud desde la perspectiva de las mujeres trans. En C. Tovar & M. T. Varela (Comp.), *Ciclos de vida y vulnerabilidad social en el Valle del Cauca* (pp. 57-63). Sello editorial Javeriano.
- Jarrett, B. A., Peitzmeier, S. M., Restar, A., Adamson, T., Howell, S., Baral, S., & Beckham, W. (2021). Gender-affirming care, mental health, and economic stability in the time of COVID-19: A multi-national, cross-sectional study of transgender and nonbinary people. *PLoS ONE*, 16(7), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224709>
- Kline, N. S. (2020). Rethinking COVID-19 Vulnerability: A Call for LGBTQ+ Immigrant Health Equity in the United States During and After a Pandemic. *Health equity*, 4(1), 239-242. <https://www.doi.org/10.1089/heq.2020.0012>
- Koehler, A., Motmans, J., Alvarez, L. M., Azul, D., Badalyan, K., Basar, K., Dhejne, C., Duišin, D., Grabski, B., Dufrasne, A., Jokic-Begic, N., Prunas, A., Richards, C., Sabir, K., Vaele, J., & Nieder, T. O. (2020). How the COVID-19 pandemic affects transgender health care in upper-middle-income and high-income countries. A worldwide, cross-sectional survey. *MedRxiv*, 1-29.
- Madhav, N., Oppenheim, B., Gallivan, M., Mulembakani, P., Rubin, E., & Wolfe, N. (2017). Pandemics: risks, impacts, and mitigation. En D. T. Jamison, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan, C. Mock, & R. Nugent (Eds.), *Disease control priorities: improving health and reducing poverty* (pp. 315-345). The World Bank.
- Manrique-Abril, F. G., Agudelo-Calderón, C. A., González-Chordá, V. M., Gutiérrez-Lesmes, O., Téllez-Piñerez, C. F., & Herrera-Amaya, G. (2020). Modelo SIR de la pandemia de COVID-19

- en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 22(2), 1-9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.85977>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). *Resolución 666 de 2020 por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19*. <https://bit.ly/3xN8fFm>
- Mirabella, M., Senofonte, G., Giovanardi, G., Lingiardi, V., Fortunato, A., Lombardo, F., & Speranza, A. M. (2021). Psychological Well-Being of Trans* People in Italy During the COVID-19 Pandemic: Critical Issues and Personal Experiences. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00633-3>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2020). *Reporte de Situación COVID-19 Colombia No. 44 - 30 de abril de 2020 - OPS/OMS*. <https://bit.ly/3H36CYn>
- Pérez-Brumer, A., & Silva-Santisteban, A. (2020). Las políticas COVID-19 pueden perpetuar la violencia contra las comunidades transgénero: Perspectivas de Perú. *SIDA y comportamiento* 24, 2477-2479.
- Rivillas-García, J., Murd-Rivera, R., Sánchez, S. M., Rivera-Montero, D., Calderón-Jaramillo, M., Castaño, L., & Royo, M. (2020). *Respuesta social a las medidas del Gobierno para controlar el nuevo coronavirus durante la etapa temprana en Colombia. Profamilia*. <https://bit.ly/3mM7b0h>
- Romanelli, M., & Lindsey, M. A. (2020). Patterns of healthcare discrimination among transgender help-seekers. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(4), 123-131. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.002>
- Salerno, J. P., Williams, N. D., & Gattamorta, K. A. (2020). LGB-TQ populations: psychologically vulnerable communities in the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 239-242.
- Sparks, P., & Sheperd, R. (2002). The role of moral judgements within expectancy-value based attitude-behavior models. *Ethics and Behavior*, 12, 299-321.
- The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *CCDC Weekly*, 41(2), 145-151.
- Van der Miesen, A. I. R., Raaijmakers, D., & Van de Grift, T. C. (2020). "You Have to Wait a Little Longer": Transgender (Mental) Health at Risk as a Consequence of Deferring Gender-Affirming Treatments During COVID-19. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1395-1399. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01754-3>
- Varela, M. T., Salazar, I. C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J. A., & Salazar, Á. E. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: validación de un cuestionario. *Colombia Médica*, 40(4), 387-398. <https://doi.org/10.25100/cm.v40i4.669>
- Varela-Arévalo, M. T., & Hoyos-Hernández, P. A. (2015). Adherence to treatment for HIV/AIDS: beyond the uptake of antiretrovirals. *Revista de Salud Pública (Bogotá, Colombia)*, 17(4), 528-540. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>
- White, B. P., & Fontenot, H. B. (2019). Transgender and non-conforming persons' mental healthcare experiences: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(2), 203-210. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.005>
- Zapata Pizarro, A., Díaz Díaz, K., Barra Ahumada, L., Maureira Sales, L., Linares Moreno, J., & Zapata Pizarro, F. (2019). Healthcare of transgenders by non-specialists in Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 65-72. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000100065>