

Ideas erróneas sobre el COVID-19: una encuesta transversal en línea, Costa Rica, 2020.

Misconceptions about COVID-19: An Online Cross-Sectional Survey, Costa Rica, 2020.

Roger Bonilla-Carrión^{1a}, Ronald Evans-Meza^{1bc}, Roberto Salvatierra-Durán^{1b}

RESUMEN

El mundo enfrenta desde hace casi un año la pandemia por el virus SARS Cov-2 (COVID-19), exigiendo con el transcurrir del tiempo mayores respuestas de salud pública y de educación para la salud para controlarla y mitigar los daños en la salud de las personas. Existe una gran cantidad de información en internet; sin embargo, no toda la información disponible procede de fuentes académicas, ni mucho menos posee la solidez y veracidad, conllevando a gran desinformación. Se realizó un estudio transversal en línea, encontrando que existen diferencias en la concepción y/o conocimiento de la enfermedad, prevención y tratamiento, según sexo y edad; algunas ideas erróneas se encuentran muy arraigadas en la población costarricense.

Palabras clave: COVID-19, ideas erróneas, conocimientos, encuesta transversal, Costa Rica. (Fuente: DECS-BIREME)

ABSTRACT

The world has faced the SARS Cov-2 (COVID-19) pandemic for almost a year, demanding over time greater public health and health education responses to control it and mitigate the damage to the health of people. There is a great deal of information on the internet; However, not all the available information comes from academic sources, much less does it possess the solidity and veracity, leading to great misinformation. An online cross-sectional study was carried out, finding that there are differences in the conception and / or knowledge of the disease, prevention and treatment, according to sex and age; some misconceptions are deeply ingrained in the Costa Rican population.

Keywords: COVID-19, misconceptions, knowledge, cross-sectional survey, Costa Rica (Source: NLM-MeSH)

1. Coordinación de Investigación. Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
 - a. Estadístico
 - b. Médico
 - c. Magíster en Epidemiología

Recibido: 15/11/2020 Aprobado: 15/12/2020

INTRODUCCIÓN

En enero del 2020, se da la primera alerta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), después de que se detectara en la ciudad de Wuhan, China un nuevo tipo de coronavirus provocando defunciones y casos exportados a Tailandia y Japón ⁽¹⁾.

Muchas personas obtienen información acerca del COVID-19 de los medios de comunicación, lo que incrementa el estrés psicológico, preocupación y ansiedad ^{(2) (3)}. A pesar de que existe mucha información confiable en los medios electrónicos en línea, aún existen ideas erróneas relacionadas con el virus ⁽⁴⁾.

Citar como:

Bonilla-Carrión R, Evans-Meza R, Salvatierra-Durán R. Ideas erróneas sobre el COVID-19: una encuesta transversal en línea, Costa Rica, 2020. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2020; 6(4): 186-192

Las noticias falsas (*fake-news*) que se han producido durante la crisis sanitaria del COVID-19, han supuesto un reto entorno a la información en el ámbito de la salud ⁽⁵⁾, puesto que distorsionan el conocimiento científico y los esfuerzos de los gobiernos por tratar de inducir ciertos comportamientos en la población para evitar la propagación del COVID-19 ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾. Las redes sociales también han dado visibilidad a este tipo de información ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾. Muchas personas presentan un deseo de creer en cosas que, según estándares intelectuales normales, son inequívocamente contrarios al pensamiento científico ⁽⁸⁾. El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de ideas erróneas en Costa Rica sobre la pandemia de COVID-19.

METODOLOGÍA

El estudio realizado es de tipo descriptivo de corte transversal. El cuestionario autoadministrado fue diseñado y realizado en un sitio web en línea (Google Forms) durante el mes de agosto del 2020 y respondieron un total de 1.150 participantes. El cuestionario fue anónimo, por lo que se garantiza la confidencialidad de los sujetos bajo estudio y no se tienen conflictos éticos. Se realizó análisis estadístico univariado para describir cada una de las 20 ideas y los factores sociodemográficos asociados (sexo y edad), usando tablas de contingencia y la prueba estadística de Chi-Cuadrado⁽¹⁰⁾, para encontrar diferencias significativas. Posteriormente, se ejecutó un modelo de regresión logística (MRL) univariados y multivariados⁽¹⁰⁾ en donde la variable respuesta consistió en si la persona presentaba un nivel de respuestas correctas o no. Las características sociodemográficas incorporadas al modelo fueron sexo, edad, nivel educativo y región socioeconómica. Se calcularon los odds-ratios (OR)⁽¹⁰⁾, sus respectivas significancias y el intervalo de confianza al 95% para conocer cuáles variables tuvieron mayor y menor efecto sobre el nivel de respuestas correctas.

En los MRL multivariados los OR se ajustaron por el efecto del resto de los factores⁽¹⁰⁾. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico STATA versión 15 ⁽¹¹⁾. El nivel de significancia de las pruebas es de 5%.

RESULTADOS

El estudio identificó diferencias significativas por sexo respecto al conocimiento, como que el virus del COVID-19 es transmitido por mosquitos ($p = 0.001$) y a través del aire ($p = 0.007$). Esas diferencias por sexo persisten en prácticas de higiene, como que el escaneo térmico es un método efectivo de detección del COVID-19 ($p = 0.001$) y que terapias de hierbas reduciría el riesgo ($p = 0.027$) y enjuagarse la nariz con solución salina ($p = 0.015$) se prevendría el COVID-19 (Tabla 1). Las diferencias significativas por edad se presentan particularmente en prácticas de higiene, como el uso de gárgaras para protegerse del COVID-19 ($p = 0.000$) (Tabla 2).

Se sumaron las respuestas correctas de las 20 preguntas realizadas en el cuestionario. A continuación, se puso el valor de uno si las respuestas correctas eran superiores al 70%, es decir si al menos 14 de 20 respuestas eran correctas se consideró en la regresión logística como ideas correctas acerca del COVID-19 con un valor de uno y en el resto de los casos se puso un cero. De acuerdo con esta medida, el 80% de los entrevistados tenían ideas correctas acerca del COVID-19 y el 20% tenían ideas incorrectas. En la tabla 3 se presentan los resultados de los modelos de regresión logística (MRL) para identificar factores significativos de ideas correctas acerca del COVID-19. El nivel educativo es un factor significativo para tener ideas correctas acerca del COVID-19 y los entrevistados de la región Chorotega y la región Huetar Atlántica presentan menos ideas correctas acerca del COVID-19 cuando se comparan con entrevistados de la región Central (Tabla 3).

Tabla 1. Comparación por sexo según diferentes ideas acerca del COVID-19. Agosto, 2020.

(% de personas que dijeron que SI)

Preguntas	Sexo		<i>p-value</i>
	Hombres	Mujeres	
¿El alcohol mata el virus del coronavirus?	212 (52.4)	341 (46.5)	0.057
¿Los síntomas del coronavirus son similares a la gripe: tos, fiebre y dificultades respiratorias?	394 (97.3)	720 (98.1)	0.373
¿El coronavirus les da sólo a adultos mayores?	4 (1.0)	7 (1.0)	0.955
¿El coronavirus se utiliza como arma biológica?	95 (23.6)	203 (27.7)	0.140
¿El virus del coronavirus muere en verano?	9 (2.2)	25 (3.4)	0.261
¿El coronavirus se transmite a través de mosquitos?	8 (2.0)	1 (0.1)	0.001
¿El coronavirus es una enfermedad transmitida por el aire?	216 (53.5)	330 (45.1)	0.007
¿El escaneo térmico es un método efectivo de detección de coronavirus?	133 (32.9)	174 (23.9)	0.001
¿La terapia a base de hierbas disminuiría el riesgo de infección por coronavirus?	36 (8.9)	97 (13.3)	0.027
¿Las bebidas calientes reducirían el riesgo de infección por coronavirus?	31 (7.7)	54 (7.4)	0.855
¿El baño de agua caliente (37C) reduciría el riesgo de infección por coronavirus?	22 (5.4)	27 (3.7)	0.163
¿Los multivitamínicos proporcionarían resistencia contra el virus del coronavirus?	143 (35.3)	258 (35.3)	0.996
¿La vitamina E y D proporcionarían resistencia contra el virus del coronavirus?	124 (31.0)	230 (31.6)	0.837
¿Cuál de las siguientes máscaras le brinda protección contra el coronavirus?			
Caret/ Face-shield	62 (15.4)	121 (16.6)	0.278
Mascarilla N95	268 (66.7)	459 (62.8)	
Mascarillas de tela	27 (6.7)	42 (5.8)	
Mascarillas quirúrgica	45 (11.2)	109 (14.9)	

Tabla 2. Comparación por grupos de edad según diferentes ideas acerca del COVID-19. Agosto, 2020. (% de personas que dijeron que SI)

Preguntas	Grupos de edad			p-val
	18 a 34	35 a 54	55 y más	
¿El alcohol mata el virus del coronavirus?	460 (49.2)	81 (45.0)	14 (50.0)	0.587
¿Los síntomas del coronavirus son similares a la gripe: tos, fiebre y dificultades respiratorias?	913 (97.5)	178 (98.9)	28 (100.0)	0.383
¿El coronavirus les da sólo a adultos mayores?	9 (1.0)	2 (1.1)	0 (0.0)	0.855
¿El coronavirus se utiliza como arma biológica?	246 (26.4)	48 (26.7)	6 (21.4)	0.836
¿El virus del coronavirus muere en verano?	29 (3.1)	3 (1.7)	1 (3.6)	0.562
¿El coronavirus se transmite a través de mosquitos?	7 (0.8)	2 (1.1)	0 (0.0)	0.783
¿El coronavirus es una enfermedad transmitida por el aire?	450 (48.2)	87 (48.6)	12 (42.9)	0.847
¿El escaneo térmico es un método efectivo de detección de coronavirus?	250 (26.8)	48 (26.8)	7 (25.9)	0.995
¿La terapia a base de hierbas disminuiría el riesgo de infección por coronavirus?	104 (11.2)	28 (15.6)	3 (10.7)	0.243
¿Las bebidas calientes reducirían el riesgo de infección por coronavirus?	64 (6.8)	20 (11.1)	1 (3.6)	0.095
¿El baño de agua caliente (37C) reduciría el riesgo de infección por coronavirus?	41 (4.4)	7 (3.9)	0 (0.0)	0.510
¿Los multivitamínicos proporcionarían resistencia contra el virus del coronavirus?	315 (33.7)	72 (40.2)	12 (44.4)	0.141
¿La vitamina E y D proporcionarían resistencia contra el virus del coronavirus?	289 (31.1)	57 (32.4)	9 (33.3)	0.915
¿Cuál de las siguientes máscaras le brinda protección contra el coronavirus?				
Caretas/ Face-shield	138 (14.8)	35 (19.7)	10 (35.7)	0.076
Mascarilla N95	609 (65.4)	109 (61.2)	14 (50.0)	
Mascarillas de tela	55 (5.9)	11 (6.2)	2 (7.1)	
Mascarillas quirúrgica	129 (13.9)	23 (12.9)	2 (7.1)	
¿Usar secador de manos de aire caliente reduciría el riesgo de coronavirus?	61 (6.6)	18 (10.1)	3 (10.7)	0.195

Tabla 3. Resultados de los MRL univariados y multivariados para identificar factores significativos de ideas correctas acerca del COVID-19. Agosto, 2020.

Factores	Univariados			Multivariados		
	OR	<i>p-value</i>	IC-95%	OR	<i>p-value</i>	IC-95%
Sexo						
Femenino	(Ref.)			(Ref.)		
Masculino	1.248	0.189	0.90-1.74	0.811	0.231	0.57-1.14
Grupos de edad						
18 a 34	(Ref.)			(Ref.)		
35 a 54	1.033	0.882	0.67-1.59	1.201	0.449	0.75-1.93
55 y más	0.496	0.101	0.21-1.15	0.443	0.087	0.17-1.12
Nivel educativo						
Primaria	(Ref.)			(Ref.)		
Secundaria	5.236	0.008	1.55-17.65	4.462	0.023	1.23-16.22
Universitaria	8.514	0.000	2.75-26.35	6.810	0.002	2.05-22.61
Región socioeconómica						
Central	(Ref.)			(Ref.)		
Chorotega	0.170	0.000	0.07-0.40	0.262	0.006	0.10-0.69
Pac. Central	1.133	0.842	0.33-3.88	1.132	0.845	0.33-3.92
Brunca	1.926	0.283	0.58-6.38	1.952	0.278	0.58-6.53
H. Atlántica	0.563	0.001	0.40-0.79	0.551	0.001	0.39-0.79
H. Norte	1.530	0.572	0.35-6.68	1.354	0.690	0.30-6.02

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo muestran que la mayoría de los entrevistados en general están informados referente al conocimiento, prevención y prácticas de higiene de la infección por COVID-19, sin embargo algunas ideas erróneas están profundamente arraigadas en el imaginario popular. Los estudios han demostrado que, aunque las personas tienen un buen conocimiento acerca de las prácticas para prevenir el COVID-19, aún persisten ideas erróneas acerca de la enfermedad^(12,13). Existen diferencias significativas entre el conocimiento acerca del COVID y la edad, el nivel educativo, el tipo de trabajo y el ingreso⁽¹²⁻¹⁵⁾. En un estudio realizado en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos, hay evidencia de asociación de la polarización política acerca de las percepciones, el comportamiento y las malinterpretaciones acerca del COVID-19⁽¹⁶⁾. El declive de expertos y especialistas, el aumento de políticos populistas sin perfil científico, la psicología social de las emociones, los valores y creencias^(8,17,18), el uso de supuestos incorrectos en el análisis de los estudios epidemiológicos⁽¹⁹⁾ son factores que hace que las personas incrementen las ideas erróneas y malinterpretaciones acerca del COVID-19⁽²⁰⁾. El objetivo de este estudio fue identificar el nivel de ideas erróneas en Costa Rica sobre la pandemia de COVID-19.

Es necesario que las instituciones, universidades, centros de investigación y comunicadores suministren información con explicaciones adecuadas y sencillas para el público en general. ¿Qué tan válidos son estos resultados? Los resultados obtenidos en este estudio son de corte transversal y obtenidos a través de un sondeo no-probabilístico en línea. Aunque el estudio presenta un sesgo de selección, el principal aporte es que ayuda a comprender algunas ideas erróneas sobre el COVID-19 en Costa Rica.

Desde la literatura existente, este trabajo es el primer estudio transversal que estudia algunas ideas erróneas sobre el COVID-19 en Costa Rica y se espera que los resultados de este trabajo sean la base de futuras investigaciones a fin de diseñar políticas en salud y prevención.

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [sede Web]. [acceso 15 de Septiembre del 2020]. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Lin CY, Broström A, Griffiths MD & Pakpour AH. Investigating mediated effects of fear of COVID-19 and COVID-19 misunderstanding in the association between problematic social media use, psychological distress, and insomnia. *Internet Interventions*. 2020; Volume 21: 100345.
3. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK & Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; Volume 51: 102083.
4. Tariq R, Hamid H, Mashood S, Tariq Y, Tariq S, Ibrahim-Asiri FY & Khurshid Z. Common misconceptions regarding COVID-19 among health care professionals: an online global cross-sectional survey. *Journal of Oral Research*. 2020; 1(2): 36-45.

5. Ramón-Fernández F. Comunicación y noticias falsas en relación al COVID-19: algunas reflexiones sobre la información, la desinformación y propuestas de mejora. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2020; Suplemento 1: S253-S264.
6. Acosta-Quiroz J & Iglesias-Osores S. COVID-19: Desinformación en redes sociales. *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA*. 2020; 13(2). <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.132.678>
7. Hernández-García I & Giménez-Júlvez T. Assessment of Health Information About COVID-19 Prevention on the Internet: Infodemiological Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020; 6(2): e18717.
8. Catalán-Matamoros, D. La comunicación sobre la pandemia del COVID-19 en la era digital: manipulación informativa, fake news y redes sociales. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2020; Suplemento 1: S5-S8. <https://doi.org/10.20318/recs.2020.5531>
9. Nguyen A & Catalan-Matamoros D. Digital Mis/Disinformation and Public Engagment with Health and Science Controversies: Fresh Perspectives from Covid-19. *Media and Communication*. 2020; 8(2): 323.
10. Agresti A. *Categorical Data Analysis*. New York: Wiley-Interscience; 2002.
11. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 15*. 2017; College Station, TX: StataCorp LLC.
12. Singh DR, Sunuwar DR, Karki K, Ghimire S & Shrestha N. Knowledge and Perception Towards Universal Safety Precautions During Early Phase of the COVID-19 Outbreak in Nepal. *Journal of Community Health*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00839-3>
13. Gharpure R, Hunter CM, Schnall AH, Barrett CE, Kirby AE, Kunz J, Berling K, Mercante JW, Murphy JL & Garcia-Williams AG. Knowledge and Practices Regarding Safe Household Cleaning and Disinfection for COVID-19 Prevention. United States, May 2020. *MMWR Morb Mortal Weekly Rep*. 2020; 69(23): 705–709.
14. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT & Li Y. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*. 2020; 16(10): 1745–1752.
15. Brankston G, Merkley E, Fisman DN, Tuite AR, Poljak Z, Loewen PJ & Greer AL. Sociodemographic disparities in knowledge, practices, and ability to comply with COVID-19 public health measures in Canada. *medRxiv*. 2020.08.24.20180919; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.08.24.20180919>
16. Pennycook G, McPhetres J, Bago B & Rand DG. Predictors of Attitudes and Misperceptions about COVID-19 in Canada, the UK, and the USA. *PsyArXiv*. 2020. doi: 10.31234/osf.io/zhjpk
17. Kuklinski JH, Quirk PJ, Jerit J, Schwieder D & Rich RF. Misinformation and the Currency of Democratic Citizenship. *The Journal of Politics*. 2000; 62(3): 790–816.
18. Nyhan B & Reifler J. Does correcting myths about the flu vaccine work? An experimental evaluation of the effects of corrective information. *Vaccine*. 2015; 33(3): 459-464.
19. Sinclair RC & Kumar R. Our Current Misunderstanding of COVID-19 and the Valid Approach to Research: Should We Reopen the World Economy? *Global Economics Review*. 2020; V(1): 177-185.
20. Gupta D. Conscientious Objections during COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Community Health*. 2020; Special issue Vol. 32: 231-235.

Correspondencia

Roger Bonilla Carrión

Email: roger.bonilla@uh.ac.cr