



Características de Riesgo Psicosocial en Población Mexicana ante el COVID-19

Psychosocial Risk Characteristics in the Mexican Population in the Face of COVID-19

Jesús Adrián Figueroa Hernández, Neiber Maldonado Suárez¹, Oscar Gómez González, y Felipe Santoyo Telles

Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, México

Recibido 5 de mayo 2020, Aceptado 28 de febrero 2021

Resumen

Objetivo. Analizar el riesgo psicosocial ante el COVID-19 en México a partir de: afrontamiento activo (AA), afrontamiento pasivo (AP), percepción de riesgo (PR), impacto emocional (IE), percepción de la credibilidad de los medios de información (PCMI) y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias (CRS). Material y métodos. Cuestionario de riesgo psicosocial ante el COVID-19 creado ad hoc y aplicado a 1,211 participantes. Se reportan datos descriptivos, pruebas de hipótesis y ANOVAs, para comparar datos sociodemográficos y factores evaluados; además, se presenta un modelo hipotético con las variables PCMI, IE y PR. Resultados. AA se relaciona con edad, estado civil, nivel de estudios y socioeconómico ($p < .001$) y CRS con sexo, edad, nivel de estudios y socioeconómico ($p < .001$), el modelo hipotético resultó estadísticamente significativo ($p < .05$). Conclusión. Se obtuvo que la PCMI genera PR, que a su vez provoca IE. Esto podría afectar la salud mental de las personas.

Palabras Clave: Coronavirus, Percepción de Riesgo, Riesgo Psicosocial, Salud Mental

Abstract

Objective. To analyze the psychosocial risk facing COVID-19 in Mexico using: active coping (AC), passive coping (PC), risk perception (RP), emotional impact (EI), media credibility perception (MCP) and compliance with sanitary recommendations (CSR). Material and methods. The Psychosocial risk facing COVID-19 questionnaire was created ad hoc and applied to 1,211 participants. The results were reported using descriptive

¹ Neiber Maldonado Suárez, Teléfono: 9512424667, Correo electrónico: neiber.maldonado@alumnos.udg.mx; Dirección: Av. Enrique Arreola Silva No. 883, colonia centro, C.P. 49000, Ciudad Guzmán, Jal.

data, hypothesis tests, and ANOVA, in order to compare sociodemographic data and the assessed factors. In addition, a hypothetical model using the MCP, EI and RP variables was created. Results. AC was found to be related to age, marital status, education level and socioeconomic status ($p < .001$). CSR was found to be related to sex, age, education level and socioeconomic status ($p < .001$). The proposed hypothetical model achieved statistical significance ($p < 0.05$). Conclusion. MCP impacts RP and EI, which in turn causes EI. This may affect people's mental health.

Keywords: Coronavirus, Risk Perception, Psychosocial Risk, Mental Health

A partir de diciembre de 2019, la atención mundial se centró en el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) causado por una nueva cepa de coronavirus que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó COVID-19 (Hui et al., 2020; Rodríguez-Morales et al., 2020). Desde su aparición en Wuhan, provincia de Hubei, China en diciembre de 2019, su propagación ha sido acelerada, de manera que los reportes de personas contagiadas y los decesos asociados al COVID-19 aumentan diariamente a nivel mundial (Ramos, 2020).

El COVID-19 es una enfermedad que se transmite por el contacto con una persona portadora del virus a través de pequeñas gotas que se expulsan al hablar, toser o estornudar, o bien, por tocar una superficie u objeto que lo contenga y posteriormente hacer contacto con la boca, nariz u ojos; sus síntomas incluyen fiebre, malestar general, tos seca, dificultad para respirar y síntomas gastrointestinales, que se manifiestan después de un periodo de incubación de cinco días en promedio (Martínez et al., 2020; Villegas-Chiroque, 2020).

Según la gravedad y necesidad del manejo, se clasifica como enfermedad leve-moderada (80%, neumonía no grave), severa (15%, neumonía grave) y crítica (5%, SARS, sepsis y shock). La evolución varía según la edad y presencia de comorbilidad; los factores de riesgo identificados son enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes y enfermedad pulmonar, hepática o renal crónica (Villegas-Chiroque, 2020).

En un inicio, el COVID-19 se había mantenido en Wuhan, China; sin embargo, el brote se propagó por Asia y otras regiones del mundo. Latinoamérica había sido la excepción hasta el 25 de febrero de 2020, cuando se confirmó el primer caso en Brasil.

En México, el primer reporte de infección se realizó el 27 de febrero de 2020 con un paciente masculino que había viajado a Italia en los días previos (Rodríguez-Morales et al., 2020; Suárez-Vergne, 2020).

El 12 de marzo de 2020 la OMS declaró que el brote de infección por COVID-19 se consideraba una pandemia, debido a que se habían contabilizado más de 125,000 casos y de estos, más de 40,000 se diagnosticaron en 118 países alrededor del mundo, con 4,613 defunciones. Debido a su acelerada propagación, la letalidad en casos críticos, así como la ausencia de un medicamento específico para su tratamiento, el COVID-19 ha resultado una amenaza para la salud y un riesgo psicosocial para la población (Martínez et al., 2020; Vega-Vega et al., 2020).

El riesgo psicosocial es la probabilidad de que un evento inesperado genere daños a nivel social y en la salud mental de las personas; es el producto de la interacción de las condiciones externas (amenazas) e internas (vulnerabilidad), además de la presencia de otros riesgos que pueden ser ambientales, sanitarios o económicos (Huang et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016). El riesgo psicosocial está integrado por las variables: estilo de afrontamiento, percepción de riesgo, impacto emocional, percepción de credibilidad en los medios de información y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias.

El estilo de afrontamiento hace referencia a la evaluación cognitiva que una persona realiza frente a un evento, así como al comportamiento que emplea para gestionar las demandas externas e internas de la circunstancia. Los comportamientos de acción directa que implican búsqueda de información, estrategias de anticipación, autocontrol y establecimiento de redes

de apoyo se denominan afrontamiento activo; los comportamientos de rechazo y negación, retraimiento y aceptación pasiva del evento se denominan afrontamiento pasivo (López-Vázquez & Marván, 2004).

La percepción de riesgo es una construcción que se deriva de la relación de elementos objetivos (posibilidad de contagio) con elementos subjetivos (pensamientos, sentimientos, creencias, juicios y valores respecto al fenómeno) que las personas adoptan ante una circunstancia amenazante, como es el caso de un riesgo sanitario (Bronfman & Cifuentes, 2003; Lazarus & Folkman, 1984, 1986).

El impacto emocional implica la experiencia subjetiva de la persona ante un fenómeno inesperado; las emociones experimentadas varían en función de la vulnerabilidad, con mayor impacto en quienes viven en condiciones precarias, con un limitado acceso a los servicios sociales y de salud (OPS, 2016).

La percepción de credibilidad en los medios de información se asocia a la comunicación de riesgos, que es un aspecto relevante en la contención emocional de la población ante una emergencia sanitaria, toda vez que la diversidad de fuentes de información propicia distorsiones en los mensajes que se pretenden comunicar; por lo tanto, la percepción de credibilidad en los medios de información, es una variable que permite explicar el impacto emocional de las personas ante la pandemia (OPS, 2016).

Por último, el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias, hace referencia a los elementos que influyen en las personas para la adopción de las medidas sanitarias, con el fin de diseñar las estrategias idóneas para reducir el contagio entre la población (Dumais & Hasni, 2009).

La pandemia por COVID-19 representa un riesgo psicosocial para la población, pues los efectos exceden su capacidad de manejo; ante un evento de esta naturaleza se estima que gran parte de la población experimenta tensión, angustia y miedo, sin embargo, estas manifestaciones no pueden calificarse como alteraciones de salud mental, pues se trata de reacciones que aparecen ante la presencia de fenómenos inesperados; además, se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población afectada presenta alteraciones psicopatológicas en función de la magni-

tud del evento y el grado de vulnerabilidad al que se encuentra expuesta (OPS, 2016).

Una investigación realizada en enero de 2020 con el personal médico que atendió el COVID-19 en China, reportó que las principales manifestaciones emocionales fueron la ansiedad y el miedo, con mayor presencia en mujeres y en personas que residen en las grandes ciudades (Vega-Vega et al., 2020); los estudios realizados en ese mismo país en 2002 a partir de la aparición de la epidemia de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) revelaron que estas reacciones emocionales pueden desencadenar desórdenes psicológicos como trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, depresión o suicidio (Khalid et al., 2016; Liu, 2003; Ponce de León et al., 2010).

Por ello, además de las estrategias para enfrentar una epidemia como el desarrollo de planes nacionales de salud, programas de vigilancia epidemiológica, el desarrollo de vacunas y medicamentos, así como el mejoramiento de la cobertura de los servicios de salud a los grupos de alto riesgo y la previsión del impacto económico, el bienestar psicológico y la salud mental son ámbitos de relevancia para identificar los elementos que influyen en la adopción de conductas de prevención con el fin de generar estrategias dirigidas a la población que sean eficaces para su contención (Dumais & Hasni, 2009; Ponce de León et al., 2010).

En México, las investigaciones derivadas de la propagación del virus de la influenza AH1N1 en 2009 son un referente para afrontar la problemática actual; en materia de riesgos psicosociales, los estudios revelan que la principal preocupación de la población es la posibilidad de contagiar a la familia, seguido por la probabilidad de morir; por otra parte, se encontró que la televisión fue el medio de información que produjo un mayor efecto inquietante, mientras que la información proveniente de instancias oficiales como la Secretaría de Salud, produjo un efecto tranquilizador principalmente en las mujeres (Chávez & Ballesteros, 2002; Ponce de León et al., 2010).

Por lo anterior, este estudio tiene por objetivo analizar el riesgo psicosocial ante el COVID-19 en México a partir del afrontamiento activo, afrontamiento pasivo, percepción de riesgo, impacto emocional, percepción

de la credibilidad de los medios de información y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias.

Las implicaciones prácticas de este estudio se encaminan a generar evidencias que permitan identificar tanto las variables, como las características de la población que influyen en la toma de decisiones respecto al cumplimiento de las medidas sanitarias; lo anterior, con el fin de diseñar estrategias de salud pública enfocadas en los sectores de la población que presentan mayor vulnerabilidad psicosocial ante el COVID-19. Por lo tanto, la pregunta de investigación es, ¿cuáles son las características sociodemográficas que establecen diferencias entre los indicadores de riesgo psicosocial ante el COVID-19 en población mexicana?

Este estudio parte de la siguiente hipótesis: la edad, el nivel de estudios y el nivel socioeconómico establecen diferencias para las variables estilo de afrontamiento, percepción de riesgo y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias ante el COVID-19.

Método

Diseño

En la presente investigación se empleó un estudio no experimental, descriptivo, de tipo transversal, no probabilístico, con muestreo accidental (Ato et al., 2013).

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico, accidental. Participaron 1,220 personas, de estas, se descartaron 9, puesto que su residencia al momento de la aplicación del cuestionario se encontraba fuera de la República Mexicana, por lo que se validaron 1,211 cuestionarios para el análisis estadístico.

Variables en el estudio

Afrontamiento activo: comportamientos de acción directa sobre el problema, búsqueda de información,

estrategias de anticipación a un desastre, control de sí mismo y de las circunstancias y soporte social (López-Vázquez & Marván, 2004).

Afrontamiento pasivo: hace referencia al rechazo y negación del evento, retraimiento y aceptación pasiva de la realidad (López-Vázquez & Marván, 2004).

Percepción de riesgo: se refiere a la vulnerabilidad de una persona ante un evento (en este caso de enfermedad) y su predisposición a un riesgo objetivo mayor (Ramos-Ribeiro et al., 2014).

Impacto emocional: vulneración por la consecuencia de una experiencia negativa que implica una pérdida, un daño o una amenaza intensa, importante o prolongada (Moreno et al., 2020)

Percepción credibilidad en medios de información: aceptación de la información que proveen los medios de información sobre toma de decisiones de asuntos que tienen que ver con regulaciones sanitarias y las consecuencias sociales que surgen a partir de las políticas de salud implementadas (Calvo-Porrá et al., 2014).

Cumplimiento de las recomendaciones sanitarias: cumplimiento de las recomendaciones sanitarias se refiere a los protocolos implementados para las estrategias de reducción de contagios (Servicios de Salud, 2021).

Nivel socioeconómico: los niveles en orden descendente son: A/B, C+, C, C-, D+, D, E; en el nivel A/B están los hogares con mayor bienestar económico y social, mientras que en el nivel E se encuentran los hogares con menor satisfacción de sus necesidades (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado [AMAI], 2020).

Instrumentos

Para este estudio, se creó un formulario denominado Cuestionario de riesgo psicosocial ante el COVID-19 (ver Tabla 3), compuesto de 52 ítems en total entre preguntas sociodemográficas y dos escalas. La primera escala es la Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos de López-Vázquez y Marván (2004), se responde con una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta: nunca, pocas veces, algunas veces, la

mayoría de las veces y siempre; y mide los factores de: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. Los ítems de esta escala fueron ajustados en su redacción para adecuarlos al contexto de la pandemia.

La segunda escala se nombró Escala de percepción de riesgo ante el COVID-19 y se realizó ad hoc con base al estudio de Ponce de León et al. (2010) sobre la contingencia por influenza A-H1N1 en estudiantes y residentes médicos; se responde con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre, y mide los factores de: percepción del riesgo, impacto emocional, percepción de credibilidad de los medios de información y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias.

Como parte de las preguntas sociodemográficas se estima el nivel socioeconómico a partir de la norma propuesta por la AMAI (2020). El formulario está estructurado de la siguiente manera (Tabla 3): En la primera parte se muestran las preguntas sociodemográficas incluyendo el cuestionario AMAI; este último, mediante 6 ítems que recaban información sobre el nivel de estudios de la jefa o jefe del hogar, las personas mayores de 14 años que laboraron en el último mes, así como el número de baños completos, dormitorios, autos y conexión a internet en la vivienda (AMAI, 2020). En la segunda parte se presenta la Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos; se contesta a través de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de las veces y siempre. En la tercera parte se presenta la Escala de percepción de riesgo ante el COVID-19; se contesta a través de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre.

Procedimiento y consideraciones éticas

El cuestionario fue administrado mediante la plataforma de Formularios de Google, que es una herramienta en línea distribuida de manera gratuita por internet para crear, gestionar y analizar encuestas y cuestionarios dirigidos a la población dispersa en diversos contextos geográficos (Raju & Harinaryana, 2016). El instrumento estuvo disponible del 27

al 30 de marzo de 2020 (fecha en la que se encontraba presenta la fase 2 de contingencia) y fue compartido en redes sociales. Al inicio del cuestionario, se informó por escrito a los participantes sobre los objetivos de la investigación, se garantizó el anonimato, la confidencialidad de los datos y se presentó de manera breve un consentimiento informado.

Para la presente investigación se siguieron los lineamientos éticos establecidos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud para garantizar la dignidad, el bienestar y la protección de los derechos de quienes participaron en el estudio; se generaron las condiciones para proteger la confidencialidad de los datos y se informó a las personas participantes que el estudio no representa ningún riesgo, pues no implica una intervención que modifique la conducta o el entorno de quienes respondieron el formulario (Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2014).

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 21 y RStudio. De la Escala de percepción de riesgo en contingencia ante el COVID-19, se realizó la medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo y la prueba de esfericidad de Bartlett. También, para ambas escalas, dado que son escalas ordinales tipo Likert, se realizaron análisis factoriales confirmatorios con método de mínimos cuadrados no ponderados y rotación no ortogonal, además de pruebas de fiabilidad con omega ordinal (Viladrich et al., 2017).

Se realizó descripción de datos, pruebas de hipótesis (prueba t para muestras independientes), análisis de la varianza (ANOVA) y se realizó un modelo de ecuaciones estructurales.

Resultados

Sobre la Escala de percepción de riesgo en contingencia ante el COVID-19, la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p < .000$) mientras que la medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de mues-

treo es buena ($KMO = .868$). Por lo que se confirmó el poder agrupar los ítems en dimensiones.

La fiabilidad de las escalas es adecuada, el omega ordinal fue superior a .8 (Nunnally, 1978); en la Escala de afrontamiento frente a riesgo extremos fue de .90 y explican el 35.65 % de la varianza; mientras que en la Escala de percepción de riesgo en contingencia ante el COVID-19 fue de .93 y explica el 37.77 % de la varianza.

Los análisis factoriales confirmatorios mostraron un ajuste adecuado en ambas escalas (Tabla 1). Se calculó el índice de ajuste absoluto: error cuadrático medio de aproximación (RMSEA); e índices de ajuste comparativo: el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), y el índice de bondad de ajuste (GFI) (Brown, 2006). Los criterios empleados para interpretar el buen ajuste del modelo fueron: $RMSEA < 0.05$ (buen ajuste, rechazar si > 0.1); GFI, CFI y $TLI > 0.9$ (Brown, 2006; Browne & Cudeck, 1992; Hu & Bentler, 1999).

Se realizaron pruebas de hipótesis en la variable sexo respecto al afrontamiento activo, afrontamiento pasivo, percepción de riesgo, impacto emocional, percepción de credibilidad de los medios de información y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias (ver tabla 2). Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en los factores: impacto emocional, percepción de riesgo y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias, con mayor puntaje en las mujeres respecto a los hombres. En los factores restantes, la puntuación tanto en hombres y mujeres no difiere.

Tabla 1
Índices de bondad de ajuste de la Escala de afrontamiento frente a riesgo extremos y la Escala de percepción de riesgo en contingencia ante el COVID-19

Estadístico	Nivel de ajuste recomendado	EAR	EPC-19
RMSEA	< 0.08 (90% I.C., .00, .08)	.08 (.08, .08)	.07 (.07, .07)
GFI	> 0.90	.98	.99
TLI		.89	.93
CFI		.90	.94

Nota: EAR = Escala de afrontamiento frente a riesgo extremos; EPC-19 = Escala de percepción de riesgo en contingencia ante el COVID-19; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; I.C. = Intervalo de confianza; GFI = índice de bondad de ajuste; TLI = índice Tucker-Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo.

Para los rangos de edad se llevaron a cabo ANOVAs. Se encontraron diferencias en el afrontamiento activo con un incremento en el puntaje en relación con el aumento de edad; el rango de 13 a 17 años obtuvo el menor puntaje, por otra parte, en el afrontamiento pasivo no se obtuvieron diferencias, mientras que el rango de 13 a 17 obtuvo la mayor puntuación. En la percepción de riesgo se obtuvieron diferencias entre los rangos de 18 a 25 y de 40 a 60 años, con mayor puntuación en el primero. En el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias, se observaron diferencias entre los rangos de 13 a 17 y de 60 a 80 años, con mayor puntuación en este último. Aunque en la percepción de credibilidad de los medios de información no se obtuvieron diferencias, se observa una tendencia de aumento en el puntaje de este factor respecto al incremento de la edad.

En cuanto al estado civil, las diferencias entre solteros, casados o unidos y separados o divorciados, se observaron de la siguiente manera: los solteros obtuvieron la menor puntuación en afrontamiento activo, los casados o unidos presentaron mayor puntuación respecto a los solteros, mientras que los separados o divorciados marcaron una mayor puntuación respecto a los anteriores. Por otra parte, en los factores de percepción de riesgo, impacto emocional, percepción de credibilidad de los medios de información y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias, las personas viudas presentan mayor puntuación.

Los resultados encontrados en el nivel de estudios muestran diferencias en el afrontamiento activo entre el nivel primaria o secundaria, licenciatura y posgrado; respecto a la percepción de credibilidad de los medios de información, se observan diferencias entre primaria o secundaria, licenciatura y posgrado; además, respecto al cumplimiento de las recomendaciones sanitarias, se presentaron diferencias entre primaria o secundaria, licenciatura y posgrado. En los tres factores se observa un mayor puntaje en los estudios de posgrado. En el resto de los factores, no se identifica una tendencia de puntuación respecto al nivel de estudios.

En cuanto al nivel socioeconómico las diferencias se encuentran en el afrontamiento activo y el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias. En el

Tabla 2

Distribución de datos sociodemográficos y factores del Cuestionario de riesgo psicosocial ante el COVID-19

Variable	N (%)	AA X (D.E)	AP X (D.E)	PR X (D.E)	IE X (D.E)	PCMI X (D.E)	CRS X (D.E)
Sexo							
Mujer	911 (75.9)	74.84 (12.55)	54.07 (7.27)	*80.83 (16.14)	***56.24 (13.30)	62.53 (9.27)	***83.92 (10.19)
Hombre	290 (24.1)	73.17 (13.87)	54.24 (8.55)	78.09 (17.21)	51.86 (12.06)	61.93 (10.03)	80.43 (11.86)
Edad							
13 a 17	33 (2.7)	65.75 (13.18)	56.72 (8.07)	78.48 (16.41)	53.73 (12.52)	59.77 (9.94)	77.34 (10.64)
18 a 25	296 (24.6)	*73.27 (12.09)	54.80 (7.55)	***82.87 (14.82)	56.09 (13.40)	62.27 (9.73)	*83.28 (10.89)
25 a 40	579 (48.2)	**73.80 (12.97)	53.56 (7.35)	80.19 (16.52)	55.52 (13.31)	61.98 (9.31)	82.24 (10.47)
40 a 60	240 (20)	***77.38 (12.32)	54.24 (7.93)	***77.40 (16.70)	54.11 (12.36)	63.38 (9.36)	**84.11 (10.89)
60 a 80	53 (4.4)	***79.97 (14.28)	54.18 (8.33)	78.42 (17.70)	52.26 (13.32)	64.52 (9.23)	***89.90 (7.87)
Estado civil							
Soltero	598 (49.8)	73.06 (12.94)	54.34 (7.51)	80.76 (16.03)	55.40 (13.14)	62.21 (9.76)	82.29 (10.76)
Casado o unido	487 (40.5)	*75.42 (12.88)	53.84 (7.73)	79.98 (16.51)	54.93 (12.99)	62.42 (9.29)	83.70 (10.70)
Separado o divorciado	99 (8.2)	*77.12 (11.62)	54.50 (7.59)	76.83 (18.59)	54.68 (14.02)	62.65 (7.98)	84.06 (10.62)
Viudo	17 (1.4)	78.73 (14.20)	51.88 (7.22)	83.92 (13.50)	58.03 (13.02)	66.02 (11.42)	86.91 (8.59)
Nivel de estudios							
Ninguno	1 (.1)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Primaria o secundaria	39 (3.2)	66.59 (13.84)	55.38 (9.03)	77.77 (17.24)	56.41 (14.31)	58.26 (12.81)	77.62 (12.11)
Preparatoria	144 (12)	70.06 (14.37)	54.93 (7.52)	80.85 (17.64)	56.25 (14.27)	60.20 (9.74)	80.01 (12.42)
Licenciatura	759 (63.2)	**74.56 (12.25)	54.21 (7.30)	80.39 (16.31)	55.59 (13.10)	*62.65 (9.26)	**83.27 (10.44)
Posgrado	258 (21.5)	***77.76 (12.61)	53.20 (8.22)	79.41 (16.02)	53.21 (12.29)	**63.49 (8.98)	***84.99 (9.64)
Nivel socioeconómico							
E	6 (.5)	80.00 (9.16)	50.66 (7.55)	80.55 (15.40)	55.55 (16.14)	66.25 (9.04)	82.91 (6.78)
D	78 (6.5)	69.48 (14.92)	56.02 (8.70)	76.88 (19.49)	56.11 (15.11)	60.54 (10.57)	78.55 (13.02)
D+	94 (7.8)	71.68 (14.01)	54.51 (7.55)	77.02 (18.18)	55.67 (14.69)	63.75 (11.63)	80.93 (13.30)
C-	187 (15.6)	71.91 (13.05)	54.52 (7.90)	80.46 (15.80)	56.54 (12.38)	62.12 (8.99)	82.40 (10.10)
C	297 (24.7)	74.22 (12.23)	53.57 (6.77)	80.98 (16.31)	55.98 (14.05)	61.96 (9.44)	*82.97 (9.77)
C+	333 (27.7)	**76.01 (12.04)	53.76 (7.48)	80.57 (15.78)	53.33 (11.79)	62.95 (8.84)	***84.52 (10.01)
A/B	206 (17.2)	***77.46 (12.68)	54.31 (8.15)	80.74 (16.10)	55.24 (12.77)	62.26 (9.30)	***84.21 (10.95)

Nota: AA-Afrontamiento activo, AP-Afrontamiento pasivo, PR-Percepción de riesgo, IE-Impacto emocional, PCMI-Percepción de la credibilidad de los medios de información, CRS-Cumplimiento de las recomendaciones sanitarias. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

afrontamiento pasivo se observan diferencias entre el nivel C-, C+ y A/B, mientras que en el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias las diferencias se encuentran entre D+, C, C+ y A/B. En estos factores, presentan mayor puntuación quienes se encuentran en el nivel C+ y A/B. En el resto de factores no se identifican tendencias de aumento de las puntuaciones o disminución el nivel socioeconómico.

El modelo hipotético de mediación contiene 3 factores: percepción de la credibilidad en los medios de información, percepción de riesgo e impacto emocional. La percepción de credibilidad en los medios de información se presenta con mayor puntaje en las conferencias de prensa de las autoridades, seguido por los medios impresos, mientras que las redes sociales presentan menor puntuación. En este mismo

Tabla 3
Estructura del Cuestionario de riesgo psicosocial ante el COVID-19

Primera parte
Edad
Sexo
Estado civil
Nivel educativo
Pensando en el jefe o jefa de tu hogar ¿cuál fue el máximo nivel de estudios que aprobó?
¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en tu vivienda?
¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en tu hogar, incluyendo camionetas cerradas, con cabina o caja?
Sin tomar en cuenta la conexión móvil que puedas tener desde algún celular ¿tu hogar cuenta con internet?
De todas las personas de 14 años o más que viven en tu hogar ¿cuántas trabajaron en el último mes?
En tu vivienda ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?
Segunda parte
1.- Acepto que el COVID-19 es una amenaza real para la salud (AP)
2.- Rechazo la idea de que el COVID-19 es grave (AP)
3.- Ante la presencia del COVID-19 he dejado de hacer lo que tenía previsto (AA)
4.- Analizo las circunstancias para saber qué hacer ante el COVID-19 (AA)
5.- Bromeo y tomo las cosas a la ligera sobre el COVID-19 (AP)
6.- Busco actividades para pensar en otra cosa que no sea el COVID-19 (AP)
7.- Busco información con personas que saben sobre el COVID-19 (AA)
8.- Consulto sobre el problema con profesionales (AA)
9.- Ante el COVID-19 espero una intervención divina (AP)
10.- Ante el COVID-19 controlo en todo momento mis emociones (AA)
11.- Hablo con mi familia para compartir emociones respecto al COVID-19 (AA)
12.- Hago como si el peligro del COVID-19 no existiera (AP)
13.- Hago frente directamente a la situación del COVID-19 (AA)
14.- Hago modificaciones en mi entorno para evitar contagiarme (AA)
15.- Tengo un plan de prevención ante el COVID-19 (AA)
16.- Me es difícil describir lo que siento frente a esta situación (AP)
17.- Extremo precauciones ante el COVID-19 (AA)
18.- Me paseo para distraerme (AP)
19.- Participo más en actividades de prevención civil (AA)
20.- Reflexiono sobre las estrategias a utilizar ante el COVID-19 (AA)
21.- Tomo decisiones ante el COVID-19 con base en las acciones de los demás (AP)
22.- Trato de cambiar mis hábitos de vida en función del problema (AA)
23.- Trato de no pensar en el COVID-19 (AP)
24.- Trato de reflexionar sobre los pasos a seguir ante el COVID-19 (AA)
Tercera parte
1.- Me preocupa contagiarme o contagiar de COVID-19 a mi familia (PR)
2.- Pienso que me puedo contagiar de COVID-19 en el trabajo o la escuela (PR)
3.- Pienso que me puedo contagiar de COVID-19 en lugares públicos (PR)
4.- Me preocupa que yo o alguien de mi familia requiera hospitalización ante un contagio (PR)
5.- Pienso en la posibilidad de que yo o alguien de mi familia muera por esta enfermedad (PR)

Tabla 3*Estructura del Cuestionario de riesgo psicosocial ante el COVID-19 (Continuación)*

Tercera parte
6.- Me preocupan los efectos económicos de esta enfermedad (PR)
7.- En las últimas dos semanas, me he sentido tranquilo respecto al COVID-19 (IE)
8.- En las últimas dos semanas, me he sentido preocupado ante el COVID-19 (IE)
9.- En las dos últimas semanas, me he sentido temeroso ante el COVID-19 (IE)
10.- En las dos últimas semanas me he sentido aterrado ante el COVID-19 (IE)
11.- En las dos últimas semanas me he sentido enojado ante el COVID-19 (IE)
12.- En las últimas dos semanas, me he sentido desorientado ante el COVID-19 (IE)
13.- Confío en la información sobre el COVID-19 que proporcionan en la televisión (PCMI)
14.- La información sobre el COVID-19 que se difunde por los medios impresos (periódicos y revistas) es certera (PCMI)
15.- La información sobre el COVID-19 que recibo en redes sociales (facebook, whatsapp, twitter) me da confianza (PCMI)
16.- La información que se transmite en las conferencias de prensa de las autoridades de salud del país es creíble (PCMI)
17.- Busco información por mi cuenta sobre la enfermedad (PCMI)
18.- He recibido exceso de información sobre la enfermedad (PCMI)
19.- Cuando recibo información sobre la enfermedad, de inmediato la comparto (PCMI)
20.- Antes de compartir información sobre la enfermedad, me detengo a verificar su veracidad (PCMI)
21.- Me lavo las manos frecuentemente con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón (CRS)
22.- Al toser o estornudar, me cubro la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo (CRS)
23.- Evito tocar mis ojos, nariz y boca (CRS)
24.- Cuando estoy con otras personas, mantengo una distancia de por lo menos 1.5 metros (CRS)
25.- Evito saludar de mano o de beso (CRS)
26.- En mi trabajo o escuela me han permitido guardar cuarentena (CRS)
27.- Procuero quedarme en casa durante esta cuarentena (CRS)
28.- He notado que las personas cercanas a mí creen en el COVID-19 (CRS)

Nota: AA-Afrontamiento activo, AP-Afrontamiento pasivo, PR-Percepción de riesgo, IE-Impacto emocional, PCMI-Percepción de la credibilidad de los medios de información, CRS-Cumplimiento de las recomendaciones sanitarias.

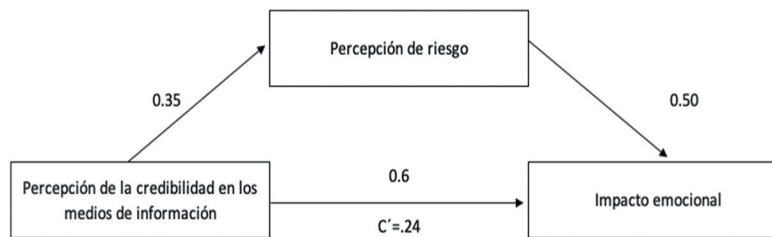
factor se encontró que las personas verifican la información recibida; además, reportan que han recibido un exceso de información al respecto.

Relacionado a la percepción de riesgo, las personas participantes en el estudio reportaron mayor preocupación por los efectos económicos derivados del COVID-19, seguido de la preocupación por la hospitalización o el deceso, tanto de su persona como de su familia. En el factor impacto emocional, se encontró que las personas experimentan principalmente preocupación, seguido por temerosidad, a partir de la presencia de la enfermedad. Sobre el modelo hipotético de mediación se encontró que el efecto mediador de una tercera variable que es percepción de riesgo,

en la relación entre percepción de credibilidad de los medios de información e impacto emocional. El efecto indirecto de la variable mediadora resultó estadísticamente significativo $p < 0.05$. $\beta = 0.244$, $SE = 0.22$, 95%, CI [0.20, 0.29].

Discusión

Una tarea primordial en la contención de la pandemia por COVID-19 es el conocimiento de las características de la población a la que se dirigen las estrategias de salud pública; por ello, resulta necesario identificar los elementos que influyen en la toma de decisiones respecto al cumplimiento de las medidas de preven-



Nota: La figura muestra un modelo de mediación, donde la percepción de la credibilidad en los medios de información genera impacto emocional, que a su vez es mediado por la percepción de riesgo.

Figura 1. Modelo hipotético de mediación entre los factores: Percepción de credibilidad de los medios de información, percepción de riesgo e impacto emocional

ción, de manera que se destacan algunos hallazgos que pueden resultar de utilidad para la atención de la situación actual como para contextos similares.

En primer lugar, los resultados destacan un mayor impacto emocional, percepción de riesgo y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias por parte de las mujeres; esto es coincidente con la investigación de Ubillos, Mayordomo y Basabe (Ubillos et al., 2005) respecto a que las mujeres reportan mayor percepción de riesgo asociado a las reacciones afectivas, que es facilitada por la aceptación social de la expresión emocional femenina respecto a la masculina; además, estudios longitudinales realizados en Hong Kong y Singapur encontraron que las mujeres adoptan mayores conductas precautorias ante emergencias sanitarias; esto puede explicarse por la percepción de susceptibilidad al exponerse a un evento que represente un riesgo para la salud (Quah & Hin-Peng, 2004; Tang & Wong, 2004).

Adicionalmente, se observó un incremento en la adopción de estrategias de afrontamiento activo en relación con el aumento de edad, además de mayor cumplimiento de recomendaciones sanitarias en las personas de 60 a 80 años; lo anterior, es coincidente con un estudio realizado durante la epidemia por influenza AH1N1 que reportó una mayor prevalencia de la conducta de lavarse las manos en adultos mayores (Jones & Salathé, 2009); las conductas de afrontamiento activo y el cumplimiento de recomendaciones sanitarias, se explican a partir de la percepción de vulnerabilidad que aumenta en función de la edad (Barr et al., 2008).

Además, se observó una tendencia de incremento en la percepción de credibilidad de los medios de información en relación con el nivel de estudios, al respecto Parratt (2010) señala que el acceso a los medios de información aumenta en función del nivel académico; por otra parte, el modelo hipotético de mediación propone que la percepción de credibilidad en los medios de información tiene un efecto directo en el impacto emocional, mediado por la percepción de riesgo; esto significa que la información obtenida a través de los medios de información, genera cierta percepción de riesgo ante el COVID-19, que a su vez provoca un impacto emocional (preocupación y temerosidad), que podría afectar la salud mental de la persona.

Lo anterior es coincidente con los planteamientos de la OPS respecto a las estrategias de comunicación en un contexto de emergencia sanitaria, que señalan que la información veraz, transparente, adecuada y oportuna es un elemento fundamental para la contención emocional de las personas, además de que coadyuva a mantener la calma en la población (OPS, 2016).

En el análisis de variables sociodemográficas como el estado civil se observó mayor afrontamiento activo en personas separadas o divorciadas, seguido de quienes están casadas o unidas; al respecto, Aguilar-Mendoza (2016) señala que ante la presencia de riesgos las personas divorciadas siguen un plan que han elaborado previamente, mientras que en las personas casadas, la percepción de apoyo del cónyuge los orilla a actuar sin planificación; adicionalmente la percepción de riesgo, el impacto emocional, la percepción de credibilidad de los medios de información y el

cumplimiento de las recomendaciones sanitarias tuvo mayor presencia en personas viudas, lo que se explica a partir de la percepción de vulnerabilidad psicosocial que se presenta en poblaciones con dificultad para reconstruir sus medios de subsistencia y apoyo social después de la emergencia sanitaria (OPS, 2016).

Por otra parte, se encontró que un mayor nivel de estudios puede asociarse con la ejecución de estrategias de afrontamiento activo y cumplimiento de recomendaciones sanitarias, lo que es coincidente con investigaciones previas que reportan que las personas con mayor nivel de estudios, presentan una mejor disposición para utilizar cubrebocas en una epidemia (Barr et al., 2008). De igual manera, se ha encontrado que, ante la presencia de una enfermedad, son las personas con mayor nivel educativo quienes manifiestan intención de vacunarse (Morrison & Yardley, 2009), en tanto que las personas con bajo nivel educativo se niegan a recibir la vacuna debido a que tienen la idea de que este procedimiento puede infectarlos intencionalmente (Quinn et al., 2009).

Respecto al modelo hipotético de mediación, se encontró una similitud con el propuesto por Rohrmann (1994), quien señala que la percepción de riesgo en distintos grupos sociales, es una variable multifactorial y se encuentra en función de factores endógenos y exógenos, como es el caso del impacto de elementos adversos y los beneficios de la tecnología (Mikulic et al., 2012). En el presente estudio, la variable endógena es el impacto emocional, mientras que la exógena es la percepción de credibilidad en los medios de información. El aporte de Rohrmann (1994) reside en señalar que los factores psicológicos tales como las asociaciones negativas o actitudes críticas de las personas hacia la tecnología y sus consecuencias sociales, contribuyen a una conceptualización intuitiva del riesgo utilizada por las personas para evaluar los peligros. A diferencia de este autor, la presente investigación resalta tanto la evaluación del riesgo ante la información, como el impacto emocional y los medios por los cuales la persona obtiene información sobre el COVID-19 en México.

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio permiten identificar a la población susceptible a experimentar algún tipo de riesgo ante el COVID-19, por lo que es posible sugerir que las campañas de salud

pública, enfatizen acciones encaminadas a promover el cumplimiento de recomendaciones sanitarias en la población masculina, además de impulsar estrategias de afrontamiento activo entre la población joven; por otra parte, es deseable que los mensajes que promuevan estrategias de cuidados de la salud, o bien, la campaña de vacunación, sean asequibles para la población con bajo nivel de estudios.

Esta investigación tiene limitaciones como la ausencia de muestreo probabilístico, de manera que los grupos no estuvieran conformados de manera homogénea, por lo tanto, las interpretaciones que se desprendan de este estudio deben realizarse con esta consideración; sin embargo, pueden ayudar a observar cierta tendencia de respuesta entre la población. Por otra parte, las escalas que integran el Cuestionario de riesgo psicosocial ante el COVID-19 se elaboraron ad hoc, debido a la situación emergente en la que se encuentra el país; por ello, pese a que se reportaron propiedades psicométricas adecuadas, se sugiere que en estudios subsiguientes se realicen procesos de validez.

Para investigaciones posteriores, es sugerente que se realicen estudios longitudinales con el fin de observar las características de riesgo psicosocial ante el COVID-19 en la población a lo largo del tiempo, desde las primeras recomendaciones realizadas a la ciudadanía, incluyendo el proceso de vacunación, así como los eventos posteriores. Las líneas de investigación que pueden explorarse incluyen el estudio de poblaciones vulnerables; el desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la salud; así como estudios sobre las conductas de cuidado de la salud.

Para finalizar, cabe señalar que la atención de enfermedades emergentes con alcances epidémicos como el COVID-19, genera un fuerte impacto en la salud pública con consecuencias económicas y sociales de los países afectados (Gomez & Ponce de León, 2010); por ello, conocer las repercusiones en la salud mental, la percepción de credibilidad de los medios de información, así como los elementos que influyen en las decisiones de las personas para seguir las de prevención, contribuyen al desarrollo de estrategias para la contención de emergencias sanitarias, por lo que este estudio puede contribuir para diseñar de intervenciones con un enfoque de prevención y promoción de la salud.

Referencias

- Aguilar-Mendoza, A. (2016). El afrontamiento y la capacidad de resiliencia de las personas ante los riesgos por desastres naturales. *Entorno*, 62, 34–46.
- Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado. (2020). *Asociación mexicana de agencias de inteligencia de mercado y opinión, revisión nivel socioeconómico AMAI 2018, nota metodológica*. <http://www.amai.org/nse/wp-content/uploads/2018/04/Nota-Metodológico-NSE-2018-v3.pdf>
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059.
- Barr, M., Raphael, B., Taylor, M., Stevens, G., Jorm, L., Giffin, M., & Lujic, S. (2008). Pandemic influenza in Australia: Using telephone surveys to measure perceptions of threat and willingness to comply. *BMC Infectious Diseases*, 15(8), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-8-117>
- Bronfman, N. C., & Cifuentes, L. A. (2003). Risk Perception in a Developing Country: The Case of Chile. *Risk Analysis*, 23(6), 1271–1285. <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2003.00400.x>
- Brown, T. (2006). *Methodology in the Social Sciences* (D. Kenny (ed.)). The Guilford Press.
- Browne, M., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230–258.
- Calvo-Porrall, C., Martínez-Fernández, V., & Juanatey-Boga, O. (2014). La credibilidad de los medios de comunicación de masas: una aproximación desde el Modelo de Marca Creíble. *Intercom*, 37(2). <https://doi.org/10.1590/1809-5844.20141>
- Chávez, G., & Ballesteros, C. (2002). Percepción del riesgo ambiental en una comunidad universitaria. *Investigación En Salud*, 4(1), 1–15.
- Dumais, N., & Hasni, A. (2009). High school intervention for influenza biology and epidemics/pandemics: Impact on conceptual understanding among adolescents. *CBE Life Sciences Education*, 8, 62–71. <https://doi.org/10.1187/cbe.08-08-0048>
- Gomez, C., & Ponce de León, E. (2010). Modelo integrativo de la calidad de vida laboral percibida a partir de la inseguridad laboral, la jornada laboral y el salario, para hombres y mujeres. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 4(2), 113–129.
- Hu, L., & Bentler, M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
- Huang, L., Xu, F. M., & Liu, H. R. (2020). Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *MedRxiv*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>
- Hui, D. S., I Azhar, E., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., Ippolito, G., Mchugh, T. D., Memish, Z. A., Drosten, C., Zumla, A., & Petersen, E. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health — The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 91, 264–266. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>
- Jones, J. H., & Salathé, M. (2009). Early assessment of anxiety and behavioral response to novel swine-origin influenza a(H1N1). *PLoS ONE*, 4(12), e8032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008032>
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine and Research*, 14(1), 7–14. <https://doi.org/10.3121/cm.2016.1303>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. In M. Roca (Ed.), *Roca* (1°).
- Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). *Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Ley General de Salud.
- Liu, Y. (2003). Zhong Nanshan: the beijing epidemic is controllable. *Wen Wei Po*, A05.
- López-Vázquez, E., & Marván, M. L. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Publica de Mexico*, 46(3), 216–221. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000300011>
- Martínez, J., Torres, C., & Orozco, E. (2020). *Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia del Covid-19*. [http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4816/Covid19_%28doc de trabajo%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4816/Covid19_%28doc%20de%20trabajo%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Mikulic, I., Cassulio, G., Crespi, M., Caruso, A., Elmasian, M., & Muiños, R. (2012). Evaluación de la percepción de riesgo en diferentes grupos sociales: propuesta de un modelo de ecuaciones estructurales. *Anuario de Investigaciones*, 19, 37–44.
- Moreno, J., Cestona, I., & Camarena, P. (2020). *El impacto emocional de la pandemia por COVID-19*. Madrid, España: Madrid Salud.
- Morrison, L. G., & Yardley, L. (2009). What infection control measures will people carry out to reduce transmission of pandemic influenza? A focus group

- study. *BMC Public Health*, 23(9), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-258>
- Nunally, J. (1978). *Psychometric Theory*. McGraw-Hill Companies, Inc.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *¿Hacia un desastre microbiano? Perspectivas de Salud*. <https://cutt.ly/RIJ6WQp>
- Parratt, S. (2010). Consumo de medios de comunicación y actitudes hacia la prensa por parte de los universitarios. *Zer*, 15(28), 133–149.
- Ponce de León, S., Arévalo-Ramírez, M., Santiago-Ventura, Y., González, J., & Lara, M. (2010). Percepción del riesgo, impacto emocional, efecto de los medios de información y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias en la contingencia por influenza A-H1N1. *Psiquiatría*, 26(2), 20–32.
- Quah, S. R., & Hin-Peng, L. (2004). Crisis Prevention and Management during SARS Outbreak, Singapore. *Emerging Infectious Diseases*, 10(2), 364–368. <https://doi.org/10.3201/eid1002.030418>
- Quinn, S. C., Kumar, S., Freimuth, V. S., Kidwell, K., & Musa, D. (2009). Public willingness to take a vaccine or drug under emergency use authorization during the 2009 H1N1 pandemic. *Biosecurity and Bioterrorism*, 7(3), 275–290. <https://doi.org/10.1089/bsp.2009.0041>
- Raju, N. V., & Harinarayana, N. S. (2016). Online survey tools : A case study of Google Forms Online. *National Conference on "Scientific, Computational & Information Research Trends in Engineering, GSSS-IETW, Mysore*.
- Ramos-Ribeiro, R. R., Olcina Cantos, J., & Molina Palacios, S. (2014). Análisis de la percepción de los riesgos naturales en la Universidad de Alicante. *Investigaciones Geográficas*, 61, 147–157. <https://doi.org/10.14198/ingeo2014.61.10>
- Ramos, C. (2020). Covid-19 : la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *Salud Pública de México*, 62(2), 225–227.
- Rodríguez-Morales, A. J., Gallego, V., Escalera-Antezana, J. P., Méndez, C. A., Zambrano, L. I., Franco-Paredes, C., Suárez, J. A., Rodríguez-Enciso, H. D., Balbin-Ramon, G. J., Savio-Larriera, E., Rísquez, A., & Cimerman, S. (2020). COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*, *In press*, 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>
- Rohrmann, B. (1994). Risk perception of different societal groups: Australian findings and Cross-national comparison. *Australian Journal of Psychology*, 46, 150–163.
- Servicios de Salud. (2021). *Recomendaciones sanitarias para los protocolos de atención para el retorno a la nueva normalidad ante pandemia por COVID-19*. Prosperemos Juntos.
- Suárez-Vergne, Á. (2020). Comunidades proscritas: Una reflexión sobre las posibilidades de la etnografía virtual. *Athenea Digital*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2236>
- Tang, C. S. K., & Wong, C. Y. (2004). Factors influencing the wearing of facemasks to prevent the severe acute respiratory syndrome among adult Chinese in Hong Kong. *Preventive Medicine*, 39(6), 1187–1193. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.032>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Basabe, N. (2005). Percepción de riesgo, reacciones emocionales y el impacto del 11-M. *Revista de Psicología Social*, 20(3), 301–313. <https://doi.org/10.1174/021347405774277640>
- Vega-Vega, O., Arvizu-Hernández, M., Domínguez, J., Sierra, J., & Corre-Rotter, R. (2020). Prevención y control de la infección por coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19) en unidades de hemodiálisis. *Salud Pública de México*, 62, 1–7.
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología*, 33(3), 755–782. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Villegas-Chiroque, M. (2020). Pandemia de COVID-19: pelea o huye. *Revista Experiencia En Medicina Del Hospital Regional Lambayeque*, 6(1), 3–4. <https://doi.org/10.37065/rem.v6i1.424>

© Universidad Nacional Autónoma de México, 2021.

Los derechos reservados de *Acta de Investigación Psicológica*, son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el contenido de esta revista no puede ser copiado ni enviado por correo electrónico a diferentes sitios o publicados en listas de servidores sin permiso escrito de la UNAM. Sin embargo, los usuarios pueden imprimir, descargar o enviar por correo electrónico los artículos para uso personal.

Copyright of *Psychological Research Records* is the property of Universidad Nacional Autónoma de México (National Autonomous University of Mexico, UNAM) and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.