



Revista Científica Ciencia Médica

ISSN: 1817-7433

ISSN: 2220-2234

revista_cienciamedica@hotmail.com

Universidad Mayor de San Simón

Bolivia

Loro Ortega, Delly Maria
PERCEPCIÓN DE RIESGO E IMPACTO PSICOLÓGICO DEL COVID-19
DURANTE EL PERIODO DE CUARENTENA EN POBLACION BOLIVIANA
Revista Científica Ciencia Médica, vol. 24, núm. 1, 2021, pp. 52-58
Universidad Mayor de San Simón
Cochabamba, Bolivia

DOI: <https://doi.org/10.51581/rccm.v24i1.345>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426068430009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

PERCEPCIÓN DE RIESGO E IMPACTO PSICOLÓGICO DEL COVID-19 DURANTE EL PERIODO DE CUARENTENA EN POBLACION BOLIVIANA

RISK PERCEPTION AND PSYCHOLOGICAL IMPACT OF COVID-19 DURING THE QUARANTINE PERIOD IN THE BOLIVIAN POPULATION

¹ Lic. Psicología, diplomado en psicología clínica y de la salud

Delly Maria Loro Ortega¹.

Correspondencia a:

Nombre: Delly Maria Loro Ortega

Correo electrónico: delly.loro@gmail.com

Tel. y celular: 73988428 / 72811056

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8073-9179>

Palabras clave: : COVID-19, percepción riesgo, impacto psicológico.

Keywords: COVID-19, Risk perception, psychological impact.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 21 de junio 2020

Aceptado para publicación: 25 de junio 2021

Citar como:

Loro Ortega DM. Percepción de riesgo e impacto psicológico del COVID-19 durante el periodo de cuarentena en población boliviana. Rev Cient Cienc Med 2020; 24(1): 52-58

RESUMEN

Introducción: La enfermedad del COVID-19 ha ocasionado daño no solamente en la salud física de las personas sino también en la salud mental. **Materiales y métodos:** El objetivo de esta investigación fue analizar la percepción de riesgo acerca del Coronavirus y el impacto psicológico que está teniendo en las personas. El estudio fue de corte transversal, se aplicó un cuestionario ad hoc para medir la percepción de riesgo acerca del COVID-19, BDI-II para medir depresión y BAI para medir la ansiedad. **Resultados:** Se logró encuestar a 244 personas de manera virtual, entre 18 y 70 años de edad, siendo el 68,90% mujeres y 31,10% hombres de los diferentes departamentos de Bolivia. La percepción de riesgo que más afectó a las personas fue el miedo de contagiar a la familia (59,4%), preocupación acerca de las repercusiones económicas (45,5%) y la preocupación por el contagio personal (46,7%). Las personas mostraron sintomatología ansiosa moderada (68,9%), sintomatología depresiva leve (45,9%) y moderada (43,4%). **Discusión:** Bolivia no cuenta con estudios acerca de la percepción de riesgo y el impacto psicológico del coronavirus. Este estudio servirá como un fundamento para futuras comparaciones. **Conclusión:** La percepción de riesgo que provocó mayor inquietud en la población fue la preocupación por contagiar a algún familiar. Se encontraron niveles moderados de sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva leve y moderada en la mayoría de la población, siendo más afectadas personas que viven en los departamentos del Beni, Santa Cruz y personas que trabajan en sectores bancarios, seguridad y el área de la salud. Se encontró relación entre la ansiedad y el efecto negativo de la información.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 disease has caused damage not only to people's physical health but also to their mental health. **Materials and methods:** The objective of this research was to analyze the perception of risk about the Coronavirus and the psychological impact that people are taking into account. The study was cross-sectional, an ad hoc questionnaire was applied to measure the perception of risk about COVID-19, BDI-II to measure depression and BAI to measure anxiety. **Results:** 244 people were surveyed in a virtual way, between 18 and 70 years of age, being 68.90% women and 31.10% men from the different departments of Bolivia. The risk perception that most affected people was fear of infecting the family (59.4%), concern about the economic repercussions (45.5%) and concern about personal infection (46.7%). People manifested moderate anxiety symptoms (68.9%), mild depressive symptoms (45.9%) and moderate (43.4%). **Discussion:** Bolivia doesn't have studies on the perception of risk and the psychological impact of coronavirus. This study will provide foundation for future comparisons. **Conclusion:** The risk perception that caused the greatest negative impact in the population was the concern about infecting a family member. Moderate levels of anxiety symptoms, mild and moderate depressive symptoms were found in most of the population, people living in the departments of Beni, Santa Cruz and persons who worked in the banking, security and health areas were the most affected. A relationship was found between anxiety and the negative effect of information.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años surgieron enfermedades nuevas a las cuales se les dio por nombre enfermedades emergentes, entre ellas se encuentra enfermedades como el SIDA, enfermedad de los Legionarios, enfermedades

hemorrágicas como el Ébola, Guaranito, Sabia, Hantavirus, etc. De igual manera se describieron por primera vez enfermedades infecciosas de origen viral, denominado Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS, por sus siglas

en inglés) que aparece en Noviembre del año 2002 y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-COV, por sus siglas en inglés) que surge el año 2015^{1,2}.

En diciembre del 2019 las autoridades chinas informaron al mundo acerca de la propagación rápida de un nuevo virus, identificado en el epicentro de la ciudad de Wuhan siendo este de la familia "coronavirus". En febrero del 2020 el Comité Internacional de Taxonomía de Viruses (ICTV) le asignó el nombre al nuevo coronavirus: "SARS-Cov-2". La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el nombre oficial de "COVID-19" para esta nueva enfermedad e identificar el síndrome respiratorio agudo severo causado por el SARS-Cov-2.³

En las últimas décadas la atención del personal de salud se ha desplazado de las enfermedades infecciosas a enfermedades médicas crónicas, dejando subdesarrollado el conocimiento acerca del impacto psicológico de los brotes de enfermedades infecciosas. La aparición en el siglo 21 de los síndromes respiratorios derivados del SARS ha reavivado la preocupación de esta área que se encuentra en negligencia.⁴

Durante cualquier brote de una enfermedad infecciosa, las reacciones psicológicas de la población juegan un rol fundamental tanto en la propagación de la enfermedad como en la aparición de un desorden social y angustia emocional.⁵ El distanciamiento social y la auto-cuarentena han sido una medida propuesta por el personal de la salud para limitar la propagación del virus; estando así esta medida caracterizada por autoaislamiento, acompañado de un sentimiento de pérdida de libertad, incertidumbre e intolerancia a la misma. La cuarentena está normalmente caracterizada por sentimientos negativos como miedo, rabia, frustración, lo que puede conllevar a desarrollar ansiedad, deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional, aburrimiento y/o inquietud, respaldando creencias negativas acerca de las habilidades individuales de afrontamiento, estado de ánimo deprimido, lo que puede dar lugar a un trastorno depresivo mayor.^{3,5} Existe un impacto negativo en la economía debido a que la mayoría de las industrias cerraron por la cuarentena, muchas personas tuvieron grandes pérdidas económicas y un gran riesgo de desempleo lo que conduce a una intensificación

de emociones negativas.⁶

A pesar de la importancia que tiene la salud mental, la carga que tiene esta infección sobre la misma se descuida actualmente, aunque esté afectando a la población en general.⁴ Por tanto el objetivo del presente trabajo fue identificar la percepción de riesgo y las consecuencias psicológicas de los bolivianos durante la cuarentena forzada por la pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal, el periodo de escrutinio fue del 28 de abril al 28 de mayo de 2020. La muestra estaba compuesta por 244 personas de todos los departamentos de Bolivia entre 18 y 70 años.

Se aplicó el "cuestionario ad hoc" para identificar la percepción de riesgo acerca del COVID-19, se evaluó en seis áreas: Preocupación por contagio personal, miedo al COVID-19, preocupación por contagio a familiares, miedo a la posibilidad de muerte por COVID-19, preocupación por repercusiones económicas de la enfermedad y repercusiones negativas de la información. Se les pidió que eligieran un número del 0 al 4, siendo considerado 0 como la menor preocupación y 4 como la mayor.

Para medir los niveles de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, por sus siglas en inglés), cuestionario de autoinforme, conformado por 21 ítems de tipo Likert, indicativos de la depresión en las personas, tales como la tristeza llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso, de culpa, pensamientos o deseos suicidas, pesimismo, etc. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto el ítem 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contiene 7 categorías. Posee una consistencia interna de rango 0,87-0,92 según el coeficiente alfa de Cronbach, por lo que se puede decir que consta de buenas propiedades psicométricas.⁷

Para medir los niveles de ansiedad se escogieron 11 ítems del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés), el cual consiste en un cuestionario de autoinforme de tipo Likert que permite medir ciertos aspectos en el grado de ansiedad, tales como el miedo a que todo empeore, sensación de ahogo, temblores, incapacidad de relajarse, taquicardia, nerviosismo, inseguridad,

comodidad, mal humor, calma, sensación de ahogo, preocupación, inquietud, etc. Cada respuesta se califica a través de una escala de 4 puntos en la que se evalúa la presencia de diferentes síntomas de la ansiedad, siendo 0 (en absoluto) y 3 (severamente). Mostrando una muy buena consistencia interna de 0,90 según el coeficiente alfa de Cronbach, razón por la cual se puede decir que consta de buenas propiedades psicométricas.⁸

Por la coyuntura actual y temas de bioseguridad, la recolección de datos se realizó mediante la plataforma virtual de Survio, al cual las personas tenían acceso a través de un link. Antes de comenzar el cuestionario en línea, se mostró a los participantes cuál era el objetivo general de la investigación para que pudieran otorgar de manera informada su consentimiento de manera virtual, garantizando de esta manera el anonimato y confidencialidad de los datos. Se informó que podrían retirarse de la evaluación en cualquier momento, conllevando ningún tipo de riesgo para los participantes. A través de un cuestionario sociodemográfico se consultó edad, sexo, ocupación actual y el departamento donde vivían. Los datos rescatados en planilla de Excel fueron transformados para ser analizados a través del programa SPSS versión 25.0.

Las puntuaciones obtenidas para depresión y ansiedad se dividieron en: normal, leve, moderado y severo, según los puntos descritos en cada instrumento.

Se realizaron pruebas descriptivas para obtener los porcentajes de la percepción del riesgo, ansiedad y depresión. Se realiza un análisis mediante correlación de Pearson, para encontrar correlaciones significativas en el estudio.

Finalmente, para determinar sub-grupos con mayor puntuación se calculó la media, realizando un análisis ANOVA con la prueba de Tukey para averiguar si existía diferencia significativa entre grupos.

RESULTADOS

El escrutinio se realizó a 244 personas, de los cuales 51,5% se encontró en el grupo 18-30 años, el 40,2% 31-52 años y 7,8% 51-70 años, el 68,90% del sexo femenino y el 31,10% del sexo masculino. En la **tabla 1** se desglosa el porcentaje de la muestra según la ocupación.

La percepción de riesgo de los encuestados

Tabla 1. División de la muestra según ocupación.

| Ocupación | % |
|--------------------------------|-------|
| Sector Agricultura y Ganadería | 25% |
| Sector comercial | 17,6% |
| Servicio área de la salud | 13,9% |
| Área de diseño y planeación | 6,6% |
| Servicios educativos | 6,6% |
| Sector industrial | 5,3% |
| Trabajos del hogar | 5,3% |
| Servicio legal | 4,9% |
| Servidor público | 3,7% |
| Sector turismo y gastronomía | 3,3% |
| Servicio de seguridad | 2,5% |
| Sector entretenimiento | 2% |
| Servicios bancarios | 2% |
| Desempleado | 1,2% |

FUENTE: Elaboración propia

se muestra en la **figura 1**. La preocupación que con mayor frecuencia se puntuó con 4 (mayor preocupación) fue la posibilidad de contagio a familiares (59,4%), siendo esta también la puntuación más alta de las variables, en segundo lugar se encuentra la preocupación acerca de las repercusiones económicas (45,5%) que trae consigo la cuarentena forzada, siendo esta la tercera variable con puntuación más alta, al mismo tiempo esta variable fue la preocupación que con mayor frecuencia se puntuó con 0 (menor preocupación), con un 2%. La segunda variable con mayor puntuación fue la preocupación por contagio personal, el 46,7% de las personas encuestadas indicaron un grado de preocupación media. Las variables

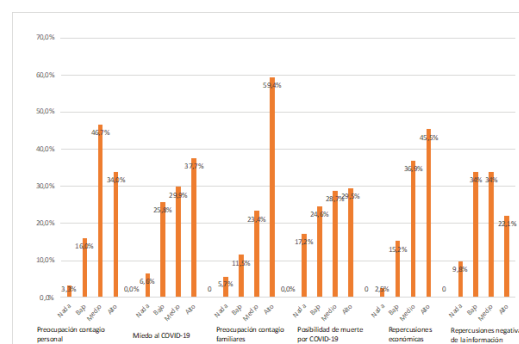


Figura 1. Perspectiva de riesgo

de percepción de riesgo que mostraron las medias más altas fueron miedo al contagio familiar ($m=2,36$), preocupación acerca de las repercusiones económicas ($m=2,25$) y miedo al contagio personal ($m=2,11$). La percepción de riesgo fue más alta en las mujeres ($m=12,38$) que en los hombres ($m=11,51$), aunque no se encontraron diferencias significativas.

El 68,9% de los encuestados presentaban un nivel de sintomatología ansiosa moderada, el 17,6% nivel severo y un 13,5% leve. Las puntuaciones medias de sintomatología ansiosa divididas por sectores y áreas de servicio se muestran en la **figura 2**, las puntuaciones más altas corresponden a los servicios bancarios ($m=21,4$), seguida de servicios de seguridad ($m=21,2$), ocupando el tercer lugar se encuentra servicio en el área de salud ($m=20,7$). Se encontraron diferencias significativas entre grupos en las ocupaciones ($F=2,9$; $p=0,00$), se realizó un análisis de Post-hoc y hubo diferencias significativas con un valor ($p\leq 0,05$) entre servicios en el área de salud y el sector agricultura/ganadería y sector comercial.

Las puntuaciones medias de sintomatología ansiosa divididas por departamentos se muestran en la **figura 3**, donde las puntuaciones más altas corresponden al departamento del Beni ($m=20,3$), seguida Santa Cruz ($m=19,2$). Se encontraron diferencias significativas entre grupos en los departamentos ($F=4,8$; $p=0,00$), se realizó un análisis de Post-hoc y hubo diferencias significativas con un valor ($p\leq 0,05$) entre los departamentos de Beni, Cochabamba y Tarija.

Se encontraron correlaciones significativas entre ansiedad y el impacto negativo de la información ($r=0,61$; $p<0,00$), de igual manera entre ansiedad y depresión ($r=0,49$; $p<0,00$).

La muestra contaba con diferentes niveles de sintomatología depresiva: el 1,2% no presentaba síntomas, un 45,9% tenía síntomas leves, un 43,4% sintomatología moderada y un 9,4% severa.

Las puntuaciones medias de sintomatología depresiva divididas por sectores y áreas de servicio se muestran en la **figura 4**, las puntuaciones más altas corresponden a los servicios bancarios ($m=45,6$), seguida de servicios de servicio en el área de salud ($m=41,3$).

Las puntuaciones medias de sintomatología

depresiva divididas por departamentos se muestran en la **figura 5**, las puntuaciones más altas corresponden al departamento del Beni ($m=26,30$), seguida por el departamento de Santa Cruz ($m=25,59$). No se encontraron diferencias significativas en niveles de depresión a nivel departamental.

Se encontraron diferencias significativas entre grupos en el nivel de depresión y la ocupación ($F=7,9$; $p=0,00$). Se realizó un análisis de Post-hoc y hubo diferencias significativas con un valor ($p\leq 0,05$) entre servicios en el área de salud y el área de diseño y planeación, sector agricultura/ganadería, sector comercial, sector entretenimiento, sector industrial, servicio legal, servicios educativos, servidor público y trabajos del hogar.

DISCUSIÓN

Luego de una exhaustiva búsqueda, no se encontraron estudios que midan la percepción de riesgo del coronavirus en Bolivia. Este estudio servirá de referencia válida para futuras comparaciones.

La percepción de riesgo más alta fue el contagio a un familiar, seguido de la preocupación sobre las repercusiones económicas y finalmente el miedo al contagio personal, siendo esta percepción mayor en mujeres que en hombres, aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos. En un estudio realizado en México durante la pandemia de la influenza A el 2009 se encontraron resultados similares, la percepción de riesgo más alta fue el de contagio a un familiar (27,83%) y la posibilidad de muerte (25,12%).⁹ La diferencia con este sería la variable de las repercusiones económicas que fue la segunda variable más alta en mi estudio, se podría decir que se debe a la cantidad de días que hemos estado en cuarenta forzada debido al COVID-19, ya que existe mucho trabajo informal, lo que quiere decir que las personas no tienen un ingreso fijo mensual, además de la incertidumbre de cuánto tiempo las personas continúen confinadas, como medida de prevención debido al incremento de casos hasta la fecha.

En un estudio realizado en Alemania acerca de la percepción de riesgo del COVID-19 se encontraron resultados similares, la percepción de riesgo hacia el contagio en familiares es mayor (33,7%), que la preocupación por el

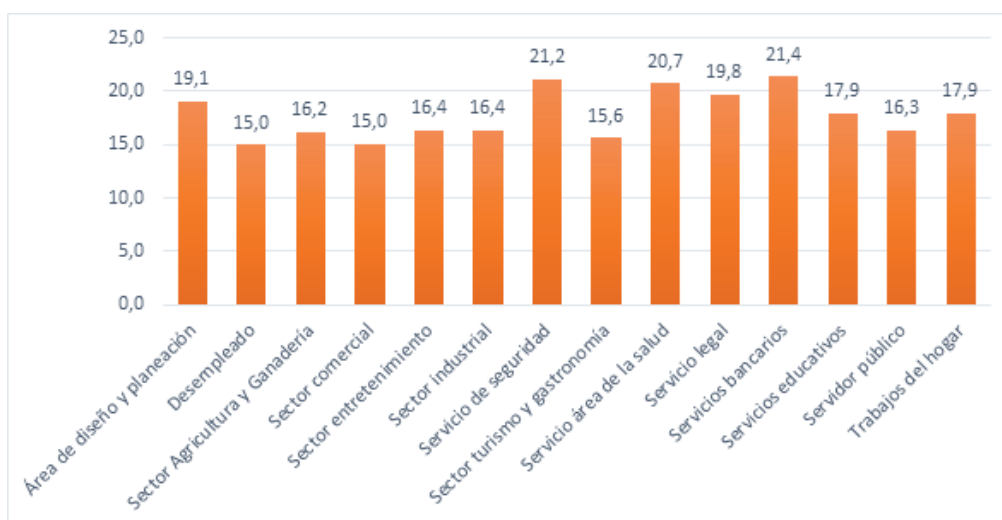


Figura 2. Puntuaciones medias de ansiedad por áreas y servicios

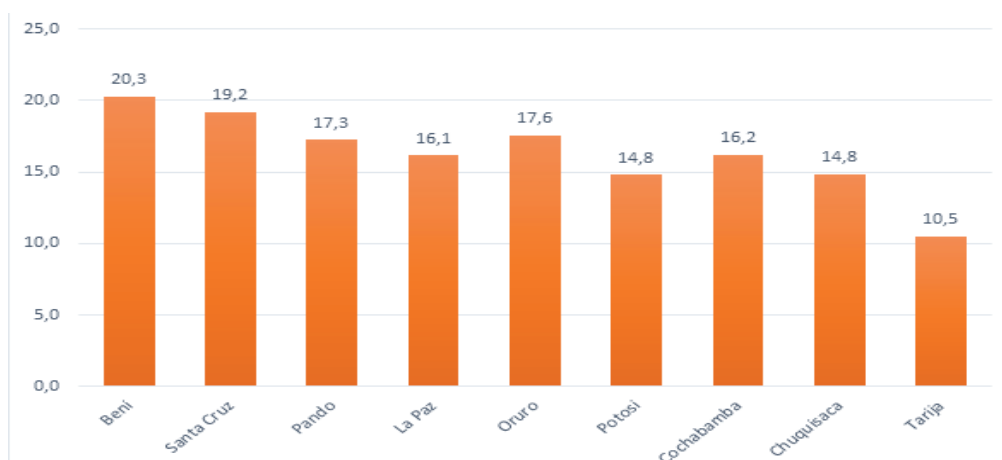


Figura 3. Puntuaciones medias de ansiedad por departamento.

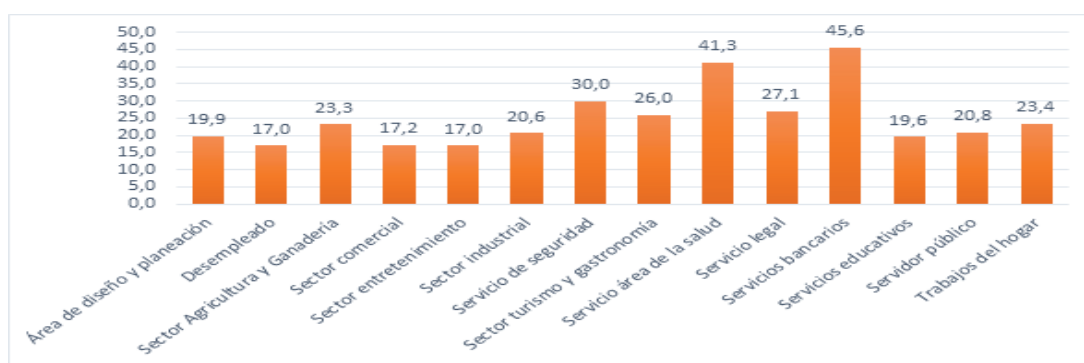


Figura 4. Puntuaciones medias depresión por áreas y servicio

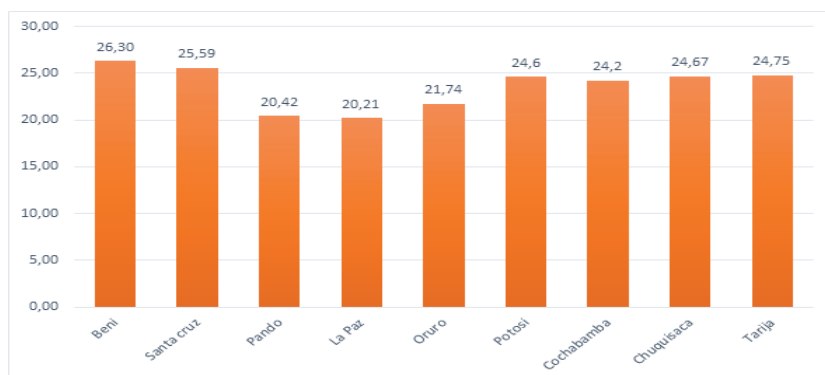


Figura 5. Puntuaciones medias depresión por departamentos.

contagio personal en algún punto en general (29,5%) o contagio personal en un futuro cercano (22,7%).¹⁰

La mayor parte de los encuestados presentaron un nivel medio de sintomatología ansiosa (68,9%), hubo presencia de sintomatología depresiva baja (45,9%) y media (43,4%), en un estudio realizado en varias Chinas encontraron que la población reportó haber tenido un impacto psicológico moderado o severo (53,8%), depresión moderada a severa (16,5%), ansiedad moderada a severa (28,8%)¹¹, se podría decir que los niveles de depresión y ansiedad son menores debido a la cantidad de días que la población se encontraba en cuarentena al realizar la encuesta y también a que el país se encuentra en la fase 4, los hospitales y el personal médico no cuentan con los instrumentos e indumentaria necesaria, personas no han tenido ingresos económicos en un largo periodo de tiempo, la curva de contagio continua en ascenso y la incertidumbre del tiempo que se continuará en la misma situación.

Las puntuaciones medias más altas de los niveles de ansiedad corresponden a los servicios bancarios ($m=21,4$), servicios de seguridad ($m=21,2$) y el servicio en el área de salud ($m=20,7$), de igual manera las puntuaciones medias de niveles depresivos corresponden a los mismos sectores, servicios bancarios ($m=45,6$), seguida de servicios de servicio en el área de salud ($m=41,3$). Se puede intuir que estos sectores son los que tienen puntuaciones más altas porque son el personal de primera línea, el cuál no ha dejado de trabajar en ningún momento durante esta crisis sanitaria. Los bancos no cerraron en ningún momento, tuvieron que adaptarse e implementar medidas de bioseguridad para atender a las personas, el

servicio de seguridad que está conformado por los policías y militares, los que se encargaron de ayudar a que las personas cumplan de manera adecuada la cuarentena y el personal de salud que es el que ha estado a cargo de los pacientes diagnosticados con COVID-19. En un estudio realizado en Paraguay con el personal de salud responsable de los pacientes con Coronavirus encontraron sintomatología moderada severa tanto de depresión (32,2%) como ansiedad (27,8%)¹² dando validez a los resultados obtenidos en esta investigación.

Las puntuaciones medias más altas de sintomatología depresiva y ansiosa según los departamentos correspondieron a Beni (Depresión $m=26,30$; Ansiedad $m=20,3$) y Santa Cruz (Depresión $m=25,59$; Ansiedad $m=19,2$), justificando estos resultados, ya que estos son los departamentos con el mayor número de contagios a la fecha.

La ansiedad se correlacionó significativamente con el impacto negativo de la información, en un estudio realizado en México durante la pandemia de la Influenza A-H1N1 se encontró que normalmente las fuentes de información generaban un efecto inquietante en las personas⁹.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño de la muestra, aunque dada en la situación que nos encontramos se logró obtener datos de las personas que viven en los 9 departamentos de Bolivia y diferentes rubros de trabajos. El instrumento empleado para medir la percepción de riesgo del Coronavirus se desarrolló para esta investigación sin un análisis clinimétrico previo, sin embargo, ya que el interés era evaluar puntos claramente definidos, se considera que con este tipo de cuestionario se pudo obtener información de interés.

CONCLUSION

La percepción de riesgo que provocó más desasosiego a la población fue la preocupación por contagiar a algún familiar, seguida por la preocupación acerca de las repercusiones económicas de la cuarentena y por el contagio personal, siendo la percepción de riesgo más alta en las mujeres que en los hombres.

Se encontraron niveles moderados de sintomatología ansiosa en la mayoría de la

población, siendo más afectados personas que viven en los departamentos del Beni, Santa Cruz y personas que trabajan en sectores bancarios, seguridad y el área de la salud. De igual manera se encontraron niveles de sintomatología depresiva leve y moderado en la población al igual que con la ansiedad los más afectados fueron los departamentos del Beni, Santa Cruz, el personal bancario y del área de la salud. Se descubrió que hubo relación entre la ansiedad y el efecto negativo de la información.

REFERENCIAS

1. García Apac C, Gutierrez Rodriguez R, Maguiña Vargas C. **Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)**; Rev Med Hered [Internet]. 2003 [Citado el 23 de Mayo de 2020]; 14 (2): 89-93. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n2/v14n2tr1.pdf>
2. Castedelli-Maia J, O'Higgins M, Torales J, Ventriglio A. **The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health**; International Journal of Social Psychiatry [Internet]. 2020 [Citado el 31 de Mayo de 2020]; 66 (4): 317-320. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764020915212>
3. Ciacchini R, Conversano C, Gemignani A, Orrù G. **Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic**; Clinical Neuropsychiatry [Internet]. 2020 [Citado el 24 de Mayo de 2020]; 17 (2): 76-79. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Graziella_Orru2/publication/340536627_Psychological_intervention_measures_during_the_COVID-19_pandemic/links/5e8f45c1a6fdcca78902921c/Psychological-intervention-measures-during-the-COVID-19-pandemic.pdf
4. Chan VL, Chung MC, Mak IW, Pan PC, Yiu MG. **Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors**; General Hospital Psychiatry [Internet]. 2009 [Citado el 31 de Mayo de 2020]; 31 (4): 318-326. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834309000474?via%3Dihub>
5. Cullen W, Gulati G, Kelly B.D. **Mental health in the COVID-19 pandemic**; QJM: An International Journal Of Medicine [Internet]. 2020 [Citado el 31 de Mayo de 2020]; 113 (5): 311-312. Disponible en: <https://academic.oup.com/qjmed/article/113/5/311/5813733>
6. Che C, Ho C, Ho R. **Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic**; Annals [Internet]. 2020 [Citado el 29 de Mayo de 2020]; 49 (3): 1-6. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/descargas/Ann-Acad-Med-Singapore.pdf>
7. Gonzáles DA, Reyes-Lagunes I, Rodríguez AR. **Adaptation of the BDI-II in Mexico**; Salud mental [Internet]. 2015 [Citado el 25 de Marzo de 2020]; 38 (4): 237-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2015/sam1546.pdf>
8. Fortún M, García-Vera MP, Sanz J. **El "Inventario de Ansiedad de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos**; Behavioral Psychology | Psicología Conductual [Internet]. 2012 [Citado el 25 de Marzo de 2020]; 20 (3): 563-586. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf
9. Arévalo-Ramírez M, González J, Lara Muñoz MC, Ponce de León S, Santiago-Ventura Y. **Percepción de riesgo, impacto emocional, efectos de los medios de información y cumplimiento de las recomendaciones sanitarias en la contingencia de la Influenza A-H1N1**; Psiquiatría. 2010; 26 (2): 8-13.
10. Gerlhold L. **COVID-19: Risk perception and coping strategies**; PsyARXiv [Internet]. 2020 [Citado el 20 de Junio de 2020]; 1-11. Disponible en: <https://psyarxiv.com/xmpk4>
11. Ho CS, Ho Cr, Pan R, Tan Y, Wang C, Wang X, Xu L. **Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China**; International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020 [Citado el 20 de Junio de 2020]; 17 (5): Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729/htm>
12. Buenahora M, Samaniego A, Urzúa A, Vera-Villarreal P. **Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19**; Revista Interamericana de Psicología [Internet]. 2020 [Citado el 21 de Junio de 2020]; 54 (1): Disponible en: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298/1013>