



Ciencia y Sociedad
ISSN: 0378-7680
ISSN: 2613-8751
ramon.rosario@intec.edu.do
Instituto Tecnológico de Santo Domingo
República Dominicana

Variables predictoras de las respuestas psicológicas ante Covid-19: un estudio en México

Carrillo Valdez, Lindsay; Escamilla Gutiérrez, María Luisa; González Baena, Viviana
Variables predictoras de las respuestas psicológicas ante Covid-19: un estudio en México
Ciencia y Sociedad, vol. 45, núm. 3, 2020
Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87066697002>
DOI: <https://doi.org/10.22206/cys.2020.v45i3.pp7-23>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Variables predictoras de las respuestas psicológicas ante Covid-19: un estudio en México

Predictive variables of psychological responses to Covid-19: a study in Mexico

Lindsay Carrillo Valdez

*Universidad Nacional Autónoma de México, México,
México*

psiclcarrillovz@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.22206/cys.2020.v45i3.pp7-23>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87066697002>

María Luisa Escamilla Gutiérrez

*Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México,
México*

marilu.escamilla16@gmail.com

Viviana González Baena

Centro de Psicoterapia Cognitiva., México

vigoba828@hotmail.com

Recepción: 20 Mayo 2020

Aprobación: 22 Junio 2020

RESUMEN:

Enfrentar una crisis sanitaria mundial exige la emisión de conductas para evitar y prevenir, que contribuyan a la reducción de la transmisión y de la mortalidad asociada al brote epidémico. Sin embargo, muchas de las respuestas conductuales requeridas favorecen el surgimiento y mantenimiento de respuestas psicológicas emocionales como la ansiedad. Con el objetivo de identificar las variables predictoras de las respuestas psicológicas de la población adulta mexicana durante la Emergencia Nacional Sanitaria por la pandemia de Covid-19, se diseñó un estudio transversal predictivo con aplicación de una encuesta en línea a una muestra no probabilística conformada por 518 mexicanos. El análisis estadístico sugiere que las variables edad, sexo, estado civil, ocupación, creencias religiosas, lugar de residencia, ingresos económicos familiares, prácticas de salud percibidas y actitudes, se asociaron con las autopercepciones sobre la pandemia ($R=.531$), la emisión de respuestas conductuales prosociales y de salud/prevenición ($R=.563$) y ansiedad ($R=.297$). Se concluyó que la identificación de las variables predictoras permite delinear intervenciones psicológicas que contribuyan al enfrentamiento de la pandemia actual y futuras desde un enfoque psicosocial, inclusivo y sensible a los grupos vulnerables.

PALABRAS CLAVE: SARS-CoV-2, desastres, epidemias, ciencias de la conducta, salud mental.

ABSTRACT:

Facing a global health emergency requires the emission of avoidance and prevention behaviors that contribute to the reduction of transmission and mortality associated with the outbreak. However, many of the required behavioral responses favor the emergence and maintenance of emotional psychological responses such as anxiety. With the aim of identifying the predictor variables of the psychological responses of the Mexican adult population during the National Health Emergency due to the Covid-19 pandemic, a cross-sectional predictive study was designed with the application of an online survey to a non-probability sample made up of 518 Mexicans. Statistical analysis suggests that the variables age, sex, marital status, occupation, religious beliefs, place of residence, family income, perceived health attitudes and practices, were associated with self-perceptions about the pandemic ($R=.531$), the emission of prosocial and health/prevention behavioral responses ($R=.563$) and anxiety ($R=.297$). It was concluded that the identification of the predictor variables allow to delineate psychological interventions that contribute to the confrontation of the current and future pandemic from a psychosocial, inclusive and sensitive approach to vulnerable groups.

KEYWORDS: SARS-CoV-2, disasters, epidemics, behavioural sciences, mental health.

INTRODUCCIÓN

A finales de diciembre de 2019, China presenció el surgimiento de un nuevo coronavirus (2019- nCoV), un beta-CoV linaje B con diferencias genéticas suficientes para, en poco tiempo, ser denominado SARS-CoV-2, agente causal de una enfermedad respiratoria aguda en humanos llamada Covid-19. Por su capacidad de adaptación y diseminación, aunado a la susceptibilidad de contagio persona a persona y la falta de inmunizaciones y terapias específicas, las tasas de incidencia y mortalidad se elevaron rápidamente alrededor del mundo. La extensión de la epidemia fue de tal magnitud que, el 30 de enero de 2020, solo un mes después de la emisión de la alerta por coronavirus en Wuhan, capital de la provincia china de Hubei y primer epicentro de Covid-19, la OMS emitió el anuncio de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional y el 11 de marzo realizó la declaratoria de pandemia. Para México, la confirmación de la importación de la enfermedad a territorio nacional tuvo lugar el 28 de febrero de 2020, mientras que el 18 de marzo se registró la primera defunción. Hacia el día 30 del mismo mes, durante la Fase 2, las autoridades declararon Emergencia Nacional Sanitaria y el 21 de abril el inicio de la Fase 3, misma que continúa en desarrollo. Los primeros días de mayo, las autoridades nacionales reportaban que SARS-CoV-2 había infectado a 38324 mexicanos, de los cuales 3926 perdieron la vida (Alpuche-Aranda, 2020; Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud, 2020; Gobierno de México, 2020; Ramos, 2020; World Health Organization, 2020a).

Las fases tempranas de las infecciones emergentes como Covid-19, se caracterizan por un alto grado de incertidumbre que exigen el trabajo conjunto, organizado y coordinado entre autoridades sanitarias internacionales y nacionales, organismos gubernamentales, profesionales de la salud, comunidad científica y población, que favorezca la generación de respuestas prontas y efectivas. Aunque la investigación biomédica es prioritaria para el desarrollo de métodos de inoculación y tratamientos específicos, ante la evidencia de que las respuestas conductuales, prosociales, de evitación y preventivas, reducen la transmisión y contribuyen a salvar vidas, así como los inminentes efectos psicosociales de la pandemia, la OMS ha destacado la importancia de incorporar a las Ciencias Sociales en el estudio de Covid-19 para la identificación de factores de vulnerabilidad psicológica y social, predicción del impacto y medidas para el enfrentamiento de un reto sin precedentes en materia de salud pública, salud mental individual y comunitaria, economía y sociedad (Alpuche-Aranda, 2020; Arden & Chilcot, 2020; Bish & Michie, 2010; Dryhurst et al., 2020; Espada, Orgilés, Piqueras & Morales, 2020; Huarcaya-Victoria, 2020; Inter-Agency Standing Committee, 2020; Jin et al., 2020; National Health Commission of China, 2020; Pan American Health Organization, 2006; Qian et al., 2020; Ramos, 2020; Vera-Villarreal, 2020; Wang et al., 2020; World Health Organization, 2020b; Xiang, Yu, Ungvari, Correll, & Chiu, 2014; Zheng, 2014).

En particular, la Psicología cuenta con teorías, modelos y métodos que permiten la comprensión, promoción e intervención en comportamientos de salud biológica, tanto en enfermedades agudas como crónico-degenerativas. Por ejemplo, el modelo *Information-Motivation-Behavior* (IMB), desarrollado por Fisher, Fisher y Harman (2003) sostiene que la información precisa y relevante, la motivación personal y social, además de las habilidades conductuales y autoeficacia intervienen en el inicio y mantenimiento de conductas de salud-prevenición, así como en los resultados positivos para la salud de los individuos y las comunidades. De acuerdo con las características de la enfermedad, la población y las conductas preventivas esperadas, las variables tendrán un menor o mayor peso en la predicción del comportamiento de salud. De esta manera, la promoción de conductas prosociales y preventivas debe enfocarse en la investigación sobre las tres variables que componen el modelo y la posterior intervención en aquellas que resulten significativas para el problema de salud biológica en cuestión. Asimismo, tanto Haushofer y Metcalf (2020) como Lunn et al., (2020) destacan que las intervenciones basadas en evidencia, que trascienden la educación e información y se orientan a la modificación del comportamiento, no solo contribuyen a la reducción de la transmisión de agentes patógenos, sino que disminuyen las consecuencias emocionales derivadas de eventos sanitario-ecológicos como la pandemia por Covid-19. Por tanto, la investigación de los factores psicosociales que

influyen en las respuestas conductuales y emocionales ante el brote epidémico actual es imprescindible para enfrentar esta crisis sanitaria, y otras, desde la ciencia, disciplina y profesión psicológica.

Al ser el epicentro inicial de la pandemia, China ha desarrollado la mayor parte de la investigación respecto de las respuestas psicológicas ante Covid-19. En población general, los investigadores encontraron que los factores sociodemográficos, así como las percepciones de riesgo y la evaluación del manejo de crisis predijeron tasas altas de conductas prosociales y preventivas, mientras que el autocontrol fue una variable moderadora. La emisión de conductas de salud y prevención se asoció con un menor impacto psicológico en términos de ansiedad, estrés agudo y postraumático y depresión que, además, fue predicho por las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, cambios en la rutina, percepción de salud, problemas económicos, susceptibilidad percibida, confusión sobre la confiabilidad de la información, confianza percibida para prácticas de protección y apoyo social. En poblaciones específicas y vulnerables, los pacientes con diagnóstico de Covid-19 refirieron niveles altos de ansiedad y depresión, comparados con los mostrados por población sana o por pacientes con otros diagnósticos. El personal sanitario reportó mayor ansiedad, depresión, insomnio, estrés y percepción de obligación social-profesional para continuar sus labores por jornadas largas. Ante el impacto psicosocial encontrado, los expertos chinos diseñaron intervenciones psicológicas piramidales y optaron por terapia por carta y *online* (Cao, Fang, Hou, Han, & Xu, 2020; Cai et al., 2020; Duan & Zhu, 2020; Jin et al., 2020; Lai et al., 2020; Li, Yang, & Dou, 2020; Liu, Ren et al., 2020; Liu, Yang et al., 2020; Qian et al., 2020; Wang, 2020; Xiang et al., 2020; Xiao, 2020; Yang et al., 2020; Zhang, Wu, Zhao, & Zhang, 2020).

En otras regiones del mundo, investigadores de Noruega, Alemania, Israel, Colombia y Brasil destacaron que el cierre de las escuelas tuvo un mayor impacto en la vida diaria de los residentes que, a su vez, consideraron que su involucramiento en conductas de salud y prevención era alto y refirieron mayor preocupación por el virus que por el riesgo percibido de contraer Covid-19. Los investigadores también señalaron que las personas que creían que su país reaccionaba con restricciones y medidas leves ante la pandemia percibieron que el riesgo de contraer el virus era mayor, reportaron mayor preocupación y temor, mientras que los habitantes de países con medidas más estrictas obtuvieron puntajes mayores de angustia. Asimismo, en un estudio realizado en Dinamarca se identificó que la edad, la emocionalidad y el factor oscuro de la personalidad explicaron la disponibilidad individual para cumplir las restricciones como medidas de prevención y control epidémico en función del objetivo de protegerse a sí mismo en lugar de la búsqueda del bien común. En cuanto a poblaciones específicas, investigadores italianos reportaron que las mujeres embarazadas presentaron un impacto psicológico —en términos de ansiedad— moderado a severo, principalmente aquellas que refirieron encontrarse en el primer trimestre de embarazo (Mækela et al., 2020; Saccone et al., 2020; Zettler, Schild, Lilleholt, & Böhm, 2020).

En México, las autoridades gubernamentales y sanitarias plantearon la Estrategia Nacional en Salud Mental dirigida a la población general, pacientes con diagnóstico de Covid-19, familiares, cuidadores y personal de salud en primera línea. Está conformada por brigadas de atención *in situ* y múltiples recursos psicoeducativos disponibles en el micrositio de Covid-19 del Gobierno de México, así como en los sitios web y redes sociales de los principales institutos nacionales de salud mental. Además, la investigación sobre las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales, ante la pandemia se encuentra en curso, ha sido partícipe en estudios internacionales y, durante el periodo de distanciamiento social, muchos profesionales han optado por la capacitación y la atención de usuarios, en modalidad individual y grupal, a través de la telepsicología (Dryhurst et al., Gobierno de México, 2020; Gutiérrez-Mercado, 2020). Los hallazgos de las investigaciones permitirán la identificación de grupos de alto riesgo y serán la base para el desarrollo de intervenciones específicas e innovadoras para las características de la población que favorezcan los comportamientos de salud-prevención de interés y la mitigación del impacto psicológico tal como ha ocurrido en otras naciones (Fisher et al., 2003; Li, et al., 2020; Liu, Yang et al., 2020; Wang et al., 2020). En este contexto, la presente

investigación se planteó como objetivo identificar las variables predictoras de las respuestas psicológicas de la población adulta mexicana durante la Emergencia Nacional Sanitaria por la pandemia de Covid-19.

MÉTODO

Diseño

Estudio transversal predictivo.

Participantes

A fin de respetar la Jornada Nacional de Sana Distancia, se optó por un muestreo no probabilístico de bola de nieve con aplicación de una encuesta en línea diseñada en Google Forms®. Se obtuvo un índice de respuesta del 99.6 %, debido a que dos personas no proporcionaron su consentimiento. Asimismo, los datos de seis participantes fueron excluidos, dos por no cumplir criterio de edad ≥ 18 años y seis más debido a la detección de repeticiones y omisiones en las respuestas. La muestra final estuvo conformada por 518 mexicanos, 493 mujeres (77.8 %) y 115 hombres (22.2 %) con edades entre 18 y 67 años ($ME=35.65$; $DE=11.44$). De acuerdo con las etapas de la adultez, 203 (39.2 %) correspondían al grupo de adultos jóvenes, 295 (56.9 %) al de adultos maduros y 20 (3.9 %) al grupo de adultos mayores. En cuanto a su estado civil, 246 (47.5 %) participantes refirieron encontrarse solteros, 138 (26.6 %) casados, 84 (16.2 %) en unión libre, 32 (6.2 %) divorciados, 14 (2.7 %) separados y 4 (.8 %) viudos. Los encuestados residían mayoritariamente en la Ciudad de México ($n=296$; 57.1 %), en el Interior de la República Mexicana ($n=136$; 26.3 %) y 86 (16.6 %) en el Estado de México. Respecto de su escolaridad, la mayoría ($n=334$; 64.4 %) reportó estudios de nivel licenciatura, 110 (21.2 %) de nivel maestría, 55 (10.6 %) de bachillerato, 12 (2.3 %) de doctorado y 7 (1.4 %) de nivel secundaria.

Asimismo, 328 (63.3 %) aseguraron contar con alguna actividad económica remunerada, 16 (3.1 %) pertenecían al Sector Salud, 101 (19.5 %) eran estudiantes, 35 (6.8 %) realizaban actividades relativas al hogar, 18 (3.5 %) no reportaron empleo, mientras que 13 (2.5 %) prefirieron no responder y 7 (1.4 %) mencionaron ser jubilados. Asimismo, la mayoría reportó contar con seguridad social ($n=365$; 70.5 %), sin diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas al momento del estudio ($n=375$; 72.4 %) y creencias religiosas ($n=333$; 64.3 %).

Por otro lado, gran parte de la muestra (249; 48.1 %) mencionó compartir el hogar con 3-4 personas, 140 (27 %) con 1-2 personas, 106 (20.5 %) con 5-6 familiares y 23 (4.4 %) con 7 o más personas. 330 participantes (63.7 %) dijeron no habitar con ningún menor de 12 años, 167 (32.2 %) con 1-2 niños, 17 (3.3 %) con 3-4 menores y 4 encuestados (.8 %) reportaron vivir con más de 5 niños. El 98.5 % de los participantes ($n=510$) no reportó mujeres embarazadas en el hogar y el resto solo mencionó entre 1 y 2 mujeres en estado de gestación. El 62.9 % ($n=326$) no reportó adultos mayores en la vivienda, 181 (34.9 %) mencionó 1-2 familiares mayores de 65 años y el 2.1 % ($n=11$) refirió 3 o más adultos mayores en el hogar. Además, 328 (63.3 %) reportaron el diagnóstico de enfermedades crónicas en familiares. Por último, el 32.2 % ($n=167$) refirió ingresos económicos mensuales familiares mayores a \$15 mil pesos mexicanos, el 30.5 % ($n=158$) más de \$5 mil y menos de \$10 mil pesos mexicanos, el 21.2 % ($n=110$) más de \$10 mil y menos de \$15 mil, mientras que el 16 % ($n=83$) reportó un ingreso económico mensual familiar de menos de \$5 mil pesos mexicanos.

Instrumentos

Se emplearon cuatro instrumentos distribuidos en cuatro secciones. El primer apartado constó de un cuestionario de datos sociodemográficos *ad hoc*. En la segunda sección se presentaron tres reactivos en escala de autoevaluación ascendente de 0 a 10 para medir los *conocimientos, actitudes y prácticas de salud/prevenición autopercebidas ante Covid-19* (véase apéndice A). El tercer apartado midió *las respuestas conductuales* a través de nueve reactivos y tres factores: 1) *conductas de evitación*, 2) *conductas recomendadas* y 3) *conductas preventivas* que se retomaron y adaptaron de una investigación realizada en China (Qian et al., 2020). En los primeros dos factores la opción de respuesta fue dicotómica (0 y 1); mientras que la tercera fue tipo Likert (de 0 a 5 puntos). Además, al final del apartado se solicitó elegir un motivo para llevar a cabo o no las conductas de evitación y recomendadas, así como la duración aproximada del lavado de manos (véase apéndice B). En la cuarta sección se evaluó la ansiedad a través de la *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), versión en español ($\alpha=0.936$), de García-Campayo et al. (2010) que consta de siete ítems, más uno que evalúa el nivel de interferencia, presentados en escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3 puntos), donde los puntajes ≥ 10 son de importancia clínica. Adicionalmente, se solicitó la elección del motivo de mayor preocupación relacionado con Covid-19.

Cabe señalar que también se calcularon los días de distanciamiento social para cada participante, a partir de la fecha de respuesta de la encuesta en línea comparada con la fecha del decreto de la Jornada Nacional de Sana Distancia (23 de marzo de 2020).

Procedimiento

A partir de la declaratoria de Emergencia Sanitaria Nacional, el 30 de marzo de 2020, y hasta el anuncio de la entrada a Fase 3 de la pandemia en México, el 21 de abril de 2020, se contactó por Facebook, WhatsApp y Messenger a participantes potenciales. Les fueron enviadas invitaciones digitales que contenían el enlace a la encuesta, se les alentó a responder y compartir entre sus contactos.

El formulario utilizó el modo de respuesta forzada, por lo que la aceptación del consentimiento informado para el uso de datos con fines de investigación, así como la respuesta de todos los reactivos antes del envío, fueron requeridas. No obstante, el participante podía retirarse del estudio en cualquier momento. Cabe señalar que para garantizar la confidencialidad, en cumplimiento de los criterios éticos internacionales de la Declaración de Helsinki, no se solicitó información que pudiera contribuir a la identificación de los participantes.

Análisis estadístico

Descriptivo e inferencial con el programa SPSS, versión 21.

RESULTADOS

En promedio, los participantes reportaron 13.59 días ($DE=3.73$) de distanciamiento social. En cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de salud autopercebidas ante Covid-19, obtuvieron nivel medio a alto ($ME=24.65$; $DE=3.457$). El nivel de conocimiento percibido fue medio ($ME=7.01$; $DE=1.78$), el nivel de actitudes alto ($ME=9.27$; $DE=1.33$), mientras que el nivel percibido de prácticas de salud y prevención fue medio a alto ($ME=8.32$; $DE=1.51$).

Para las respuestas conductuales se registró una media de 15.46 puntos (DE=2.78). En la subescala de conductas de evitación los participantes puntuaron en promedio 2.57 (DE=.77), para conductas recomendadas 2.36 puntos (DE=.83) y en conductas preventivas una ME=10.53 puntos (DE=2.06). La mayor parte de la muestra (n=487; 94%) señaló la prevención, el seguimiento de indicaciones de las autoridades sanitarias y la responsabilidad social como motivos principales para la realización de conductas de evitación y recomendadas, mientras que el 37.84 % (n=196) y el 8.5 % señalaron al olvido y a la presión social, respectivamente, como motivos principales para no hacerlo.

Ahora bien, para la conducta lavado de manos, la mayoría (43.6 %) informó una duración de 20 a 39 segundos, el 40.3 % refirió 10 a 19 segundos, el 8.1 % entre 40 y 59 segundos, el 4.8 % menos de 10 segundos y la menor parte (3.1 %) aseguró lavar sus manos por más de 60 segundos. Asimismo, el 99.61 % (n=516) reportó el uso de combinaciones de productos, principalmente agua con jabón, antibacteriales, alcohol, servilletas, aerosoles, limpiadores, desinfectantes, vinagre, aceites esenciales, ozono, bicarbonato de sodio, otras sales y más para mantener las manos y hogares limpios.

Respecto de la variable ansiedad, los participantes obtuvieron un nivel bajo a medio (ME=5.83; DE=4.85 puntos), con alguna (n=236; 45.6 %) y poca (n=178; 34.4 %) interferencia en actividades y relaciones personales. El motivo principal de preocupación ante Covid-19 fue que un miembro de la familia pudiera contagiarse (n=207; 39.96 %), seguido de la insuficiencia de servicios médicos (n=148; 28.57 %), mientras que otros motivos de preocupación fueron poco frecuentes entre los participantes.

A través del análisis inferencial se encontraron diferencias y asociaciones significativas ($p<.05$) entre la mayoría de las variables sociodemográficas y las respuestas psicológicas ante Covid-19, principalmente en ingresos económicos familiares (véase tabla 1). A la par, se obtuvieron los coeficientes Pearson (r). Las correlaciones significativas ($p<.05$) se observan en la tabla 2. No obstante, la mayoría resultaron entre débiles y medias, en particular para la variable ansiedad.

Finalmente, mediante el análisis de regresión lineal múltiple, se identificaron modelos de factores predictores para los conocimientos, actitudes y prácticas de salud autopercibidas ($R=.531$; $R^2=.282$; $AR^2=.274$), para las respuestas conductuales ($R=.563$; $R^2=.317$; $AR^2=.311$) y ansiedad ($R=.297$; $R^2=.088$; $AR^2=.081$) como respuestas psicológicas ante la Fase 2 de la pandemia (véase tabla 3).

Tabla 1. Medias, diferencias y asociaciones de las respuestas psicológicas iniciales ante Covid-19 y variables sociodemográficas

Variable	Categoría	DDS		CP		AP		PPP		CAPA		EVI		REC		PRE		RCON		ANS	
		ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE
Sexo	Mujer	13.16	3.166	6.93	1.821	9.28	1.291	8.34	1.41	24.55	3.349	2.59	.743	2.35	.835	10.64	2.047	15.58	2.742	6.18	4.979
	Hombre	15.11	4.977	7.31	1.635	9.27	1.471	8.22	1.82	24.8	3.821	2.52	.799	2.37	.832	10.13	2.08	15.03	2.882	4.61	4.184
Edad	T		-2.057*													2.347*				3.401**	
	Adultos jóvenes	13.72	4.479	6.59	1.844	9.29	1.213	8.06	1.421	23.94	3.407	2.57	.744	2.31	.806	10.4	2.117	15.28	2.825	7.01	5.048
	Adultos maduros	13.54	3.227	7.26	1.705	9.24	1.442	8.44	1.563	24.93	3.481	2.56	.766	2.41	.848	10.54	2.036	15.51	2.782	5.13	4.573
	Adultos mayores	13	1.919	7.65	1.599	9.7	.47	9.1	1.071	26.45	2.064	2.75	.716	2.2	.894	11.55	1.669	16.5	2.039	4.2	4.595
	F			10.024**				6.618**		8.135**										10.635**	
Estado civil	χ^2							28.176*													
	Soltero	13.89	4.302	6.76	1.838	9.17	1.357	8.17	1.43	24.1	3.457	2.5	.771	2.21	.872	10.4	2.194	15.11	2.98	6.53	5.029
	Casado	13.33	3.021	7.12	1.809	9.43	1.202	8.39	1.427	24.93	3.22	2.65	.69	2.59	.681	10.73	1.893	15.97	2.446	5.38	4.808
	Unión libre	13.15	3.36	7.32	1.538	9.31	1.161	8.46	1.409	25.1	3.221	2.65	.703	2.32	.907	10.43	1.839	15.4	2.308	4.99	4.253
	Separado	13.43	2.472	7.21	1.888	9.86	.363	8.71	1.204	25.79	2.94	2.43	1.089	2.5	.519	11.14	1.657	16.07	2.401	7.79	4.742
	Divorciado	13.72	3.324	7.72	1.651	9.19	1.908	8.47	2.514	25.38	4.696	2.56	.878	2.53	.842	10.63	2.511	15.72	3.603	4.09	4.446
	Viuado	13.5	1	6.25	1.258	8	2.828	9	1.414	23.25	3.096	3.00	0	2.75	.5	10.5	1	16.25	1.258	3.25	2.986
	F			2.836*						2.433*						4.397**				3.351**	
	χ^2					92.41**		71.294**								30.696**					
Lugar de residencia	Ciudad de México	13.94	2.933	7.05	1.791	9.23	1.439	8.4	1.493	24.69	3.481	2.57	.774	2.31	.858	10.55	2.129	15.43	2.886	6.16	5.056
	Estado de México	13.92	3.783	6.77	1.671	9.14	1.312	7.99	1.545	23.9	3.437	2.49	.808	2.28	.89	10.4	2.208	15.16	2.906	5.35	4.101
	Interior de la República	12.64	4.924	7.08	1.85	9.45	1.067	8.34	1.507	24.87	3.384	2.63	.676	2.51	.720	10.55	1.821	15.7	2.444	5.43	4.819
	F															3.292*					
Escala de escolaridad	Secundaria	13.57	.787	6.14	1.676	9.14	.9	8.43	.976	23.71	3.147	2.71	.488	2.71	.488	9.43	2.637	14.86	2.41	7.57	4.962
	Preparatoria	13.84	5.032	6.89	1.873	9.2	1.568	8.33	1.528	24.42	3.833	2.6	.76	2.4	.915	10.51	2.227	15.51	2.974	6.55	5.689
	Licenciatura	13.71	3.819	6.97	1.825	9.25	1.421	8.19	1.6	24.39	3.627	2.57	.743	2.32	.84	10.53	2.066	15.43	2.795	5.84	4.825
	Maestría	13.05	2.844	7.27	1.67	9.43	.933	8.65	1.207	25.35	2.748	2.54	.82	2.45	.774	10.57	1.951	15.56	2.728	5.31	4.553
	Doctorado	14.08	1.975	6.75	1.288	9.58	.793	8.75	1.138	25.08	1.73	2.67	.651	2.08	.9	10.75	2.05	15.5	2.468	6.08	4.188

TABLA 1

Ocupación	Empleo/auto-empleo	13.42	3.474	7.13	1.718	9.22	1.434	8.33	1.549	24.68	3.460	2.56	.768	2.41	.804	10.45	2.09	15.42	2.813	5.48	4.707
	Sector salud	13.19	3.371	7.81	1.759	9.94	.25	8.38	1.857	26.13	2.918	2.38	.806	2.5	.816	10.81	.981	15.69	2.024	6.06	5.567
	Estudiante	14.6	4.952	6.29	1.93	9.28	1.209	8.05	1.438	23.61	3.647	2.56	.754	2.24	.862	10.63	2.217	15.44	2.991	7	4.860
	Hogar	12.97	1.543	7.03	1.74	9.37	1.003	8.71	1.274	25.11	3.169	2.86	.43	2.49	.781	11.14	1.849	16.49	2.201	6.91	5.972
	Sin empleo	13.06	1.392	7.39	1.335	9.5	1.043	8.28	1.364	25.17	2.684	2.39	.778	2.06	1.056	9.72	2.024	14.17	2.956	6.00	5.018
	Jubilado	11.86	2.34	7.57	1.902	9.71	.488	8.43	1.397	25.71	2.36	2.57	1.134	1.86	.9	11.43	1.813	15.86	2.478	2.29	2.36
	Preferió no responder	13.85	5.194	7.85	1.625	9	1.633	8.85	1.281	25.69	3.301	2.54	.776	2.08	.954	10.38	1.446	15	1.581	4.23	2.774
Seguridad Social	F			4.422**						2.508*										2.469**	
	Si	13.53	3.838	7	1.731	9.3	1.333	8.39	1.428	24.68	3.362	2.58	.772	2.35	.854	10.61	2.017	15.55	2.762	5.59	4.67
	No	13.74	3.469	7.05	1.921	9.22	1.332	8.15	1.681	24.41	3.679	2.56	.715	2.37	.785	10.32	2.163	15.25	2.822	6.41	5.237
Enfermedades crónicas	Si	13.38	2.894	6.95	1.958	9.44	.969	8.41	1.725	24.80	3.631	2.54	.803	2.46	.785	10.7	2.176	15.7	2.836	5.84	5.044
	No	13.67	4.004	7.03	1.720	9.21	1.443	8.28	1.419	24.53	3.39	2.58	.737	2.32	.849	10.46	2.018	15.37	2.757	5.83	4.786
	T					2.089*															
Concepción religiosa	Si	13.44	3.621	6.89	1.809	9.25	1.381	8.25	1.582	24.4	3.524	2.54	.778	2.41	.807	10.45	2.141	15.4	2.853	5.93	5.019
	No	13.73	3.704	7.35	1.658	9.44	1.135	8.53	1.262	25.31	2.878	2.69	.628	2.29	.860	10.78	1.839	15.75	2.452	5.87	4.697
	Preferió no responder	14.39	4.665	6.76	1.951	8.84	1.516	8.05	1.676	23.66	4.419	2.42	.948	2.24	.943	10.21	2.145	14.87	3.248	4.79	3.864
Número de personas que viven en el hogar	F			3.740*		3.147**				5.198**											
	1-2 personas	13.17	3.219	7.33	1.702	9.21	1.589	8.5	1.765	25.04	3.917	2.56	.752	2.35	.881	10.63	2.089	15.54	2.897	5.71	4.818
	3-4 personas	13.71	3.822	6.95	1.697	9.32	1.167	8.29	1.402	24.56	3.202	2.56	.765	2.33	.846	10.46	2.093	15.36	2.811	5.82	4.876
	5-6 personas	13.84	3.950	6.77	2.001	9.25	1.387	8.21	1.399	24.24	3.512	2.59	.766	2.43	.756	10.57	2.052	15.59	2.693	5.85	4.84
	7 o más personas	13.78	4.562	6.87	2.052	9.3	1.063	7.96	1.397	24.13	2.702	2.65	.647	2.35	.775	10.43	1.701	15.43	2.171	6.57	5.151
Número de niños que viven en el hogar	χ^2							36.566*		99.649**											
	Ninguno	13.62	3.92	6.95	1.812	9.33	1.236	8.3	1.557	24.58	3.451	2.54	.772	2.32	.882	10.50	2.060	15.36	2.852	5.88	4.861
	1-2 niños	13.65	3.447	7.06	1.752	9.16	1.441	8.38	1.43	24.6	3.525	2.63	.714	2.41	.746	10.58	2.069	15.63	2.654	5.8	5.019
	3-4 niños	12.65	3.061	7.53	1.772	9.24	1.985	8.06	1.519	24.82	3.358	2.71	.588	2.59	.712	10.47	1.586	15.76	1.678	5.24	3.401
	5 o más	13.25	.5	8	.816	9.50	1.000	8.25	.957	25.75	1.893	2.25	1.500	2.25	.5	10.75	4.193	15.25	5.679	5.5	3.317
χ^2						37.218*										59.896*					

TABLA 1

Variable	Categoría	DDS		CP		AP		PPP		CAPA		EVI		REC		PRE		RCON		ANS	
		ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE	ME	DE
Número de embarazadas que viven en el hogar	Ninguna	13.61	3.697	7.03	1.785	9.28	1.318	8.32	1.51	24.63	3.47	2.57	.756	2.35	.837	10.53	2.055	15.46	2.787	5.82	4.865
	1-2 mujeres	12.75	5.751	6	1.773	9	2.138	8	1.512	23	2	2.5	.756	2.63	.518	10.13	2.696	15.25	2.493	6.38	4.34
Número de adultos mayores que viven en el hogar	χ^2					33.063*															
	Ninguno	13.44	3.725	7	1.785	9.25	1.449	8.27	1.568	24.52	3.657	2.56	.753	2.44	.808	10.53	2.096	15.53	2.848	5.7	4.73
	1-2 adultos mayores	13.75	3.697	7.05	1.802	9.31	1.082	8.44	1.355	24.80	3.072	2.59	.745	2.22	.867	10.55	2.026	15.35	2.695	6	5.061
	3 o más	15.45	4.18	6.64	1.748	9.55	1.508	7.55	1.968	23.73	3.379	2.55	1.036	2.27	.786	10.18	1.834	15	2.191	6.91	5.243
	F													4.076*							
Efectividad de las estrategias en la familia	Si	13.77	3.827	6.83	1.883	9.29	1.211	8.29	1.552	24.41	3.431	2.56	.747	2.36	.809	10.52	2.056	15.44	2.668	6.23	5.194
	No	13.29	3.546	7.33	1.564	9.24	1.520	8.36	1.436	24.93	3.486	2.58	.77	2.35	.877	10.55	2.082	15.48	2.972	5.14	4.124
	T			-3.284**																2.629**	
	χ^2					19.033*															
Ingreso económico familiar	Menos de 5 mil	13.88	3.607	6.22	1.988	9	1.506	7.75	1.745	22.96	4.089	2.27	.925	2.28	.874	9.83	2.408	14.37	3.385	7.49	5.393
	Más de 5 mil, menos de 10 mil	13.68	-3.941	6.99	1.79	9.27	1.343	8.18	1.567	24.45	3.514	2.61	.702	2.34	.849	10.39	2.025	15.34	2.757	6.47	5.014
	Más de 10 mil, menos de 15 mil	13.12	3.547	7.23	1.785	9.25	1.151	8.36	1.202	24.84	3.085	2.55	.797	2.38	.801	10.44	1.894	15.37	2.33	5.34	4.333
	Más de 15 mil	13.68	3.709	7.28	1.567	9.43	1.328	8.69	1.413	25.41	2.996	2.69	.637	2.41	.823	11.06	1.9	16.16	2.561	4.72	4.442
	F			7.553**				8.204**		10.001**		6.415**				7.419**		8.233**		7.738**	
χ^2								59.514**		90.578*		37.839*				78.092**		91.937**		113.104**	

Fuente: elaboración propia.

Nota: DDS=Días de distanciamiento social; CP=Conocimientos percibidos; AP=Actitudes percibidas; PPP=Prácticas de protección percibidas; CAPA=Conocimientos, actitudes y prácticas autopercebidas; EVI=Conductas de evitación; REC=Conductas recomendadas; PRE=Conductas de prevención; RCON=Respuestas conductuales; ANS=Ansiedad.

No se presentan pruebas t, F, ni χ^2 para diferencias y asociaciones no significativas.

*p<.05

**p<.01

TABLA 1

Tabla 2. Correlaciones entre respuestas psicológicas iniciales ante Covid-19, edad y días de distanciamiento social

Variable	EDA	CP	AP	PPP	CAPA	EVI	REC	PRE	RCON	ANS	DDS
EDA											
CP	.206**										
AP	.049	.196**									
PPP	.199**	.366**	.446**								
CAPA	.213**	.752**	.682**	.798**							
EVI	.044	.105*	.323**	.379**	.344**						
REC	.068	.075	.253**	.229**	.236**	.331**					
PRE	.122**	.185**	.271**	.484**	.412**	.343**	.210**				
RCON	.122**	.188**	.365**	.531**	.470**	.625**	.546**	.898**			
ANS	-.195**	-.139**	.057	-.026	-.061	.056	.069	-.040	.006		
DDS	-.047	-.092*	-.039	-.310	-.076	.064	-.033	-.045	-.026	.011	

Fuente: elaboración propia.

Nota: EDA=Edad; CP=Conocimientos percibidos; AP=Actitudes percibidas; PPP=Prácticas de protección percibidas; CAPA=Conocimientos, actitudes y prácticas autopercibidas; EVI=Conductas de evitación; REC=Conductas recomendadas; PRE=Conductas de prevención; RCON=Respuestas conductuales; ANS=Ansiedad; DDS= Días de distanciamiento social.

*p<.05

**p<.01

TABLA 2

Tabla 3. Modelos de regresión lineal múltiple para las respuestas psicológicas iniciales ante Covid-19

Variable	CAPA			RCON			ANS		
	B	SE	B STD	B	SE	B STD	B	SE	B STD
PPP				.843	.075	.458**			
AP				.329	.085	.157**			
RCON	.531	.048	.427**						
EDA	.033	.013	.109*						
AJ							2.071	.428	.208**
SXH							-1.508	.492	-.129**
ING-5	-1.056	.364	-.112**				1.806	.561	.137**
NOCREL	.935	.294	.122**						
EST	-1.390	.485	-.159**						
EMP/AUTE	-.722	.357	-.101*						
S/EMP				-1.272	.556	-.084*			
ECCASADO				.498	.231	.079*			
RCDMX							1.228	.422	.125*
Constante	15.857	.935		5.308	.764		4.364	.407	

Fuente: elaboración propia.

Nota: STD= Estandarizado; CAPA=Conocimientos, actitudes y prácticas autopercibidas; RCON=Respuestas conductuales; ANS=Ansiedad; PPP=Prácticas de prevención percibidas; AP=Actitudes percibidas; EDA=Edad; AJ=Adultos jóvenes; SXH=Sexo masculino; ING-5=Ingresos económicos mensuales menores a \$5 mil; NOCREL=No referir creencias religiosas; EST=Estudiante; EMP/AUTE=Empleo/autoempleo; ECCASADO=Estado civil casado; RCDMX=Residencia en la Ciudad de México.

*p<.05

**p<.01

TABLA 3

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue identificar las variables predictoras de las respuestas psicológicas de la población adulta mexicana durante la Emergencia Nacional Sanitaria por la pandemia de Covid-19. En primer lugar, es importante resaltar que, mientras los residentes de Noruega, Alemania, Brasil, Israel y Colombia se perciben altamente involucrados en todo lo relacionado con Covid-19, en México el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de protección se perciben en niveles de medios a altos. Por lo que se refiere al modelo predictivo hallado, el que las respuestas conductuales, la edad y una postura religiosa neutra se identifiquen como factores protectores y los ingresos económicos bajos, ser empleado/autoempleado y estudiante como factores

de riesgo, proporciona evidencia sobre los señalamientos de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respecto de la vulnerabilidad psicosocial derivada del sector económico, edad y ocupación de las personas y la forma en que incide en la salud mental individual y comunitaria, a la vez que favorece u obstaculiza el cuidado de la salud. Ahora bien, en ningún otro estudio relacionado con Covid-19 se ha señalado la capacidad predictiva de la falta del atributo creencias religiosas en las autopercepciones relacionadas con la salud; es probable que este hallazgo esté relacionado con una estrategia de afrontamiento en la que el pensamiento mágico-automático, el distanciamiento y la evasión del problema no son opción, ya que conocer, percibir riesgos y actuar en consecuencia dependen exclusivamente del individuo (Dryhurst et al., 2020; González, 2005; InterAgency Standing Committee, 2020; Mækelæ et al., 2020; Pan American Health Organization, 2006; World Health Organization, 2020b).

Respecto del modelo predictivo para la emisión de respuestas conductuales prosociales, de evitación y prevención, el nivel alto de actitudes y prácticas de salud autopercebidas, el estado civil casado, así como la falta de empleo resultaron significativos, mientras que otras variables demográficas tales como sexo, edad y escolaridad no lo fueron. Lo anterior es congruente con el modelo IMB para la promoción de conductas saludables, así como con los resultados reportados para el brote actual de SARS-CoV-2 y para epidemias que han tenido lugar en el pasado. El modelo encontrado proporciona evidencia sobre la manera en que la motivación (actitudes) y las habilidades conductuales (prácticas de salud), aún en el plano de la autopercepción y autoevaluación, influyen en el comportamiento (respuesta conductual) preventivo. Igualmente, los hallazgos sugieren que la información o conocimientos no juegan un papel relevante en la predicción de las respuestas conductuales de la población mexicana frente a la pandemia. De acuerdo con la literatura, en algunos casos la información recibida sobre el problema sanitario no tiene una relación directa con la práctica de los comportamientos de salud esperados, de manera que no puede pronosticar la conducta (Arden & Chilcot, 2020; Bish & Michie, 2010; Fisher et al., 2003; Qian et al., 2020; Liu, Ren et al, 2020; Lunn et al., 2020; Wang et al., 2020; Xiang et al., 2014).

Para la variable ansiedad los mexicanos encuestados reportaron niveles bajos comparados con los registrados por los habitantes de China. Los resultados son más parecidos a los obtenidos por pobladores de Colombia, Estados Unidos y Brasil. Es probable que esto se deba a las diferencias entre las medidas adoptadas por los gobiernos y autoridades sanitarias de las distintas naciones, así como la cronología y epidemiología del brote en cada país. De igual forma, el personal sanitario mexicano no reportó los niveles más altos de ansiedad entre los encuestados, posiblemente se deba a que se espera que las consecuencias psicosociales para este grupo se presenten con mayor intensidad hasta la Fase 3. En cambio, tal como se reporta en estudios previos, los estudiantes obtuvieron los niveles más altos de ansiedad entre los participantes, lo cual puede estar relacionado con los desafíos derivados de la experiencia de estudiar desde casa (*online*), empero se trata de una línea de investigación que requiere profundización. Respecto del modelo predictivo encontrado no ha sido un resultado inesperado, ya que las investigaciones anteriores señalan que el ser un adulto joven, mujer, con ingresos económicos familiares bajos, que reside en un epicentro regional de la pandemia, como la Ciudad de México, son factores de vulnerabilidad psicosocial que favorecen respuestas emocionales de valencia negativa como la ansiedad y el malestar psicológico en general (Cai et al., 2020; Cao et al., 2020; Inter-Agency Standing Committee, 2020; Jin et al., 2020; Lai et al., 2020; Mækelæ et al., 2020; Pan American Health Organization, 2006; Qian et al., 2020; Xiang, Yu, et al., 2020; Wang, 2020; World Health Organization, 2020b; Zhang et al., 2020).

Finalmente, se señalan las principales limitaciones metodológicas de la investigación. Destacan el tipo de diseño, muestreo e instrumentos de evaluación empleados. Por un lado, el diseño transversal únicamente proporciona una instantánea del estado psicológico de la población mexicana durante la Fase 2 de la pandemia. Resulta necesario enfatizar que en un brote epidémico las respuestas psicológicas en cada etapa se caracterizan por el dinamismo en el que la amenaza inicial exige la toma de medidas preventivas urgentes; sin embargo, al prolongarse en el tiempo, el contexto de amenaza a la salud resulta conocido, las creencias

y percepciones de riesgo se estabilizan por efectos de la habituación y, paulatinamente, disminuyen las conductas prosociales/preventivas, lo que conduce a cursos epidémicos más largos, nuevas olas de contagios, así como el mantenimiento e intensificación de los efectos psicosociales sobre la población (Reuter & Renner, 2011). Ante esta particularidad, se sugiere que la investigación de las respuestas psicológicas se realice a lo largo de las fases e incluso, comprenda el periodo posterior al distanciamiento social y la pandemia.

Igualmente, se considera que el uso de un muestreo no probabilístico derivó en la sobrerepresentación de ciertos sectores como el sexo femenino, nivel de estudios superior, estado civil soltero e ingresos económicos familiares superiores a \$15 mil pesos mexicanos, por tanto, los resultados difícilmente pueden ser representativos y generalizados, han de ser tomados con reserva y conformar muestras probabilísticas en el futuro. Por último, se considera que las estrategias de evaluación incrementaron las limitaciones de la investigación, por ejemplo, el empleo de instrumentos de autoinforme puede arrojar resultados sesgados por discapacidad social; ninguna de las herramientas cuenta con validación en población mexicana; los conocimientos, actitudes y prácticas de salud (CAP) se valoraron a través de la percepción referida por los encuestados y a través de reactivos únicos, lo que resta objetividad; además, no se evaluaron otras variables, tales como depresión, estrés, uso de sustancias, y más, que tienen lugar en una emergencia sanitaria. Se recomienda que las próximas investigaciones resuelvan las debilidades metodológicas señaladas, con el fin de obtener resultados más precisos para la población de estudio.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones expuestas, resulta evidente que las respuestas psicológicas ante el brote epidémico se asocian de manera predictiva con la percepción que el individuo tiene sobre sus propias prácticas de salud, su actitud frente a la pandemia y sus variables demográficas. Sobre esta base se pueden formular intervenciones efectivas que contribuyan al enfrentamiento de la pandemia actual, y aquellas que se presenten en el futuro, desde un enfoque psicosocial, inclusivo y sensible a los grupos vulnerables y al ritmo de la emergencia sanitaria. Para esta etapa, en la que la medida de distanciamiento social continúa vigente, las intervenciones más económicas y viables son aquellas que se realizan a distancia, con el apoyo de las diferentes Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's), tales como radio, televisión, aplicaciones, plataformas, entre otras, y que, preferentemente, se desarrollan en coordinación con organismos nacionales de salud y autoridades gubernamentales con el fin de generar mayor alcance e impacto en la población.

La estrategia que se propone consiste en diseñar y difundir programas de entrenamiento en conductas prosociales y preventivas como el lavado/higiene de manos, estornudo/expectoración de etiqueta, quedarse en casa y el autocuidado de la salud mental. Estos programas deben ser breves, sencillos, atractivos, empáticos, motivadores y, por sí mismos, reforzantes. Han de captar la atención y favorecer la identificación de los diferentes grupos poblacionales mediante mensajes, modelos y modelados específicos para las distintas edades, sexos, géneros, ocupaciones y niveles socioeconómicos, donde las mujeres, adultos jóvenes, solteros, estudiantes y las personas que pertenecen a sectores económicos desfavorecidos tienen prioridad por presentar mayor riesgo psicosocial durante la pandemia.

Además, a partir de técnicas que cuentan con evidencia empírica como el control de estímulos, reforzamiento positivo, autocontrol, activación conductual y más, los programas de entrenamiento han de facilitar la modificación de la conducta, así como del entorno físico y social de las personas, involucrarlas e incentivar su participación individual, familiar, local y nacional (Haushofer & Metcalf, 2020; Lunn et al. 2020). En suma, es urgente que los profesionales de la Psicología, principalmente aquellos que se insertan en escenarios sociales como el de la salud biológica, dispongan de todos los recursos y medios a su alcance con creatividad, innovación y ética para entrenar en conductas prosociales y de prevención, favorecer la motivación personal y social, psicoeducar, no sólo informar, sobre el brote epidémico, sus consecuencias biopsicosociales y disminuir los efectos, actuales y venideros, de la pandemia.

REFERENCIAS

- Alpuche-Aranda, C.M. (2020). Infecciones emergentes, el gran reto de la salud global: Covid-19. *Salud Pública de México*, 62(2), 123-124. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21149/11284>
- Arden, M.A., & Chilcot, J. (2020). *Health psychology and the coronavirus* (COVID-19) global pandemic: A call for research. *British Journal of Health Psychology*, 25, 231–232. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/bjhp.12414>
- Bish, A., & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*, 15, 797–824. Recuperado de <https://doi.org/10.1348/135910710X485826>
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. (2020). Avisos epidemiológicos-2020. Recuperado de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/avisos-epidemiologicos-2020>
- Dryhurst, S., Schneider, C.R. Kerr, J., Freeman, A.L.J., Recchia, G. Van der Bles, A.M.,... Van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 300-302. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Espada, J.P., Orgilés, M., Piqueras J. A., & Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID19. *Clínica y Salud*. Recuperado de <https://doi.org/10.5093/clysa2020a14>
- Fisher, W.A., Fisher, J.D., & Harman, J. (2003). The Information-Motivation-Behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls & K. A. Wallston (eds.), *Blackwell series in health psychology and behavioral medicine. Social psychological foundations of health and illness* (p. 82–106). New Jersey: Blackwell Publishing. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/9780470753552.ch4>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M.A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., ... Rojas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(8). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gobierno de México. (2020). Coronavirus. Recuperado de <https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>
- González, T.L. (2005). *Psicología, salud y religión. Psicología para América Latina*, (4) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2005000200006
- Gutiérrez-Mercado, R. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136. Recuperado de <https://doi.org/10.2509/pys.v30i1.2640>
- Haushofer, J.C., & Metcalf, J.E. (2020). Combining behavioral economics and infectious disease epidemiology to mitigate the COVID-19 outbreak. Recuperado de https://www.princeton.edu/haushofer/publications/Haushofer_Metcalf_Corona_2020-03-06.pdf
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2). Recuperado de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Inter-Agency Standing Committee. (2020). Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-provisional-como-abordar-salud-mental-aspectos-psicosociales-brote>
- Jin, Z., Zhao, K., Xia, Y., Chen, R., Yu, H., & Tamunang-Tamutana, T. (2020). Psychological responses to the Coronavirus Disease (COVID-19) outbreak. 2020. Recuperado de <https://doi.org/chinaXiv:202003.00005v1>

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Li, J.B., Yang, A., & Dou, K. (2020). Self-control moderates the association between perceived severity of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health problems among the Chinese public. Recuperado de <https://doi.org/10.31234/osf.io/2xadq>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z-H., Zhao, Y-J., Zhang, Q., Zhang, L.,... Xiang, Y-T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732-1738. Recuperado de <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Liu, D., Ren, Y. P., Yan, F., Li, Y. Q., Xu, X. J., & Yu, X. (2020). Psychological impact and predisposing factors of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on general public in China. *Lancet Psychiatry*. Recuperado de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3551415
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y-T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7, 17-18. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Lunn, P., Belton, C., Lavin, C., McGowan, F., Timmons, S., & Robertson, D. (2020). Using behavioural science to help fight the coronavirus. Recuperado de <https://www.esri.ie/system/files/publications/WP656.pdf>
- Mækela, M. J., Reggev, N., Dutra, N. B., Tamayo, R. M., Klevjer, K., Briganti, G., ... Pfuhl, G. (2020). Perceived efficacy of actions during the early phase of the COVID-19 outbreak in six countries. Recuperado de <https://doi.org/10.31234/osf.io/ce4n3>
- National Health Commission of China. (2020). Principles for emergency psychological crisis intervention for the new coronavirus pneumonia (in Chinese). Recuperado de <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>
- Pan American Health Organization. (2006). Mental Health and Substance Use Unit. Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Qian, M., Wu, Q., Wu, P., Hou, Z., Liang, Y., Cowling, B.J., & Yu, H. (2020). Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. Recuperado de <https://doi.org/10.1101/2020.02.18.20024448>
- Ramos, C. (2020). Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *Salud Pública de México*, 62(2), 225-227. Recuperado de <https://doi.org/10.21149/11276>
- Reuter, T., & Renner, B. (2011). Who takes precautionary action in the face of the new h1n1 influenza? Prediction of who collects a free hand sanitizer using a health behavior model. *PLoS ONE*, 6(7), e22130. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022130>
- Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., De Angelis, M.C., Locci, M., ... Di Spiezio, A. (2020). Psychological impact of COVID-19 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.003>
- Vera-Villaruel, P. (2020). Psicología y Covid-19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos. Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology, 14(1), 10- 18. Recuperado de <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.201>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., Ho, R.C. (2020). 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*, 17(1729). Recuperado de <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- World Health Organization. (2020a). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado de <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- World Health Organization. (2020b). Salud mental fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Xiang, Y. T., Yu, X., Ungvari, G. S., Correll, C. U., & Chiu, H. F. K. (2014). Outcomes of SARS survivors in China: not only physical and psychiatric co-morbidities. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24, 37-38.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Chee, H.N. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7, 228-229. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)- related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176. Recuperado de <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G.,... Ruan, L. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. Recuperado de <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20040899>
- Zettler, I., Schild, C., Lilleholt, L., & Böhm, R. (2020). Individual differences in accepting personal restrictions to fight the COVID-19 pandemic: Results from a Danish adult sample. Recuperado de <https://doi.org/10.31234/osf.io/pkm2a>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel Coronavirus Pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>
- Zheng, W. (2020). Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. *Journal of Affective Disorders*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>