

Conductas de salud pública y salud mental ante el COVID-19 en población mexicana

Public health behaviors and mental health in the face of COVID-19 in the Mexican population
Comportamentos de saúde pública e de saúde mental frente ao COVID-19 na população mexicana



Martha Leticia Gaeta González
Luis Javier Martínez Blanquet
Paulina Iturbide Fernandez
Antoni Sanz



UAB UPAEP

Photo By/Foto: [momo.design](#)

Rip
14³

Volumen 14 #3 sep-dic
14 Años

Revista Iberoamericana de
Psicología

ISSN-I: 2027-1786 | e-ISSN: 2500-6517
Publicación Cuatrimestral

ID: [10.33881/2027-1786.rip.14301](https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14301)

Title: Public health behaviors and mental health in the face of COVID-19 in the Mexican population

Título: Conductas de salud pública y salud mental ante el COVID-19 en población mexicana

Título: Comportamentos de saúde pública e de saúde mental frente ao COVID-19 na população mexicana

Alt Title / Título alternativo / Título alternativo:

[en]: Impact of COVID-19 on the Mexican adult population

[es]: Impacto del COVID-19 en población adulta mexicana

[pt]: Impacto de COVID-19 na população adulta mexicana

Author (s) / Autor (es) / Autor (es):

Gaeta González, Martínez Blanquet, Iturbide Fernández & Sanz

Keywords / Palabras Clave / Palavras-chaves:

[en]: Coronavirus; pandemic; preventive behaviors; public health; mental health; PSY-COVID

[es]: Coronavirus; pandemia; conductas de prevención; salud pública; salud mental; PSY-COVID

[pt]: Coronavírus; pandemia; comportamentos preventivos; saúde pública; saúde mental; PSY-COVID

Proyecto / Project: / projeto

Psy-Covid Internacional

Submitted: 2020-12-15

Accepted: 2021-04-30

Resumen

La crisis de salud pública del COVID-19 ha implicado que se realicen conductas para su prevención y a su vez ha acarreado consecuencias psicológicas en los ciudadanos. El objetivo de esta investigación es comparar las relaciones entre las variables sociodemográficas con las variables de salud mental y de salud pública ante el coronavirus en población mexicana. El estudio se desarrolló mediante un diseño transversal de una sola etapa. Participaron 7,693 adultos quienes contestaron el cuestionario en línea PSY-COVID diseñado ad hoc durante junio de 2020. Los resultados indican que existe una correlación positiva entre todas las variables de salud pública: expectativas de resultados, autoeficacia, norma social subjetiva, barreras/facilitadores, experiencia en conductas de prevención e intención de conductas de prevención post-confinamiento y las variables de salud mental: ansiedad, depresión y resiliencia. Contrariamente, hay una correlación negativa de estas últimas. Existen más síntomas de estrés y de depresión entre las mujeres y las personas de 16-26 años. Los comparativos muestran que los comportamientos de salud pública difieren en función del género, nivel educativo, tener personas al cargo, nivel de información y haberse contagiado. Los resultados de la regresión revelan que el factor de mayor incidencia en la intención de conductas de prevención son las expectativas de resultados, seguido por las creencias de autoeficacia. A partir de nuestros hallazgos, consideramos importante promover intervenciones desde la psicología de la salud, sensibles a los distintos grupos de personas, que contribuyan al desarrollo de la resiliencia, a fin de aminorar el impacto psicológico de la pandemia.

Abstract

The public health crisis of COVID-19 has implied that its prevention behaviors are carried out and has had psychological consequences on citizens. This research compares the relationships between the sociodemographic variables and the mental health and public health variables in the face of COVID-19 in the Mexican population. It was a transversal design of a single stage. A sample of 7,693 adult participants answered an online questionnaire designed ad hoc during June 2020. Results indicate a positive correlation between all public health variables: outcome expectations, self-efficacy, subjective social norm, barriers/facilitators, experience in prevention behaviors and intention of post-confinement prevention behaviors and, mental health variables: anxiety, depression, and resilience. In contrast, there is a negative correlation between the latter. There are more stress and depression symptoms among women and people 16-26 years old. Moreover, comparative analyses show that public health behaviors differ according to gender, educational level, people caretaking, information level, and COVID-19 infection. The regression results reveal that the factor with the highest incidence in the intention of prevention behaviors are outcome expectations, followed by self-efficacy beliefs. Based on our findings, we consider it essential to promote interventions from a health psychology perspective, sensitive to different groups of people, contributing to the development of resilience and reducing the pandemic's psychological impact.

Resumo

A crise de saúde pública da COVID-19 implicou na realização dos seus comportamentos de prevenção e teve consequências psicológicas para os cidadãos. Esta pesquisa compara as relações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis de saúde mental e saúde pública diante do COVID-19 na população mexicana. Era um desenho transversal de um único estágio. Uma amostra de 7.693 participantes adultos respondeu a um questionário online elaborado ad hoc durante junho de 2020. Os resultados indicam uma correlação positiva entre todas as variáveis de saúde pública: expectativas de resultados, autoeficácia, norma social subjetiva, barreiras / facilitadores, experiência em comportamentos de prevenção e intenção de comportamentos de prevenção pós-confinamento e variáveis de saúde mental: ansiedade, depressão e resiliência. Em contraste, existe uma correlação negativa entre as últimas. Há mais sintomas de estresse e depressão entre mulheres e pessoas de 16 a 26 anos. Além disso, análises comparativas mostram que os comportamentos de saúde pública diferem de acordo com gênero, nível educacional, cuidado das pessoas, nível de informação e infecção por COVID-19. Os resultados da regressão revelam que o fator com maior incidência nos comportamentos de intenção de prevenção são as expectativas de resultados, seguidas das crenças de autoeficácia. Com base nos nossos achados, consideramos fundamental promover intervenções na perspectiva da psicologia da saúde, sensíveis a diferentes grupos de pessoas, contribuindo para o desenvolvimento da resiliência e reduzindo o impacto psicológico da pandemia.

Citar como:

Gaeta González, M. L., Martínez Blanquet, L. J., Iturbide Fernandez, P. & Sanz, A. (2021). Conductas de salud pública y salud mental ante el COVID-19 en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14 (3), 1-12. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/2040>

Luis Javier **Martínez Blanquet**, MA Psi

Research ID: AAN-3993-2021
ORCID: [0000-0002-7644-4025](https://orcid.org/0000-0002-7644-4025)

Source | Filiacion | Filiação:
Universidad Autónoma De San Luis Potosí

BIO:
Doctor en Psicología de la Salud con Maestría en psicología, desarrollo de recursos humanos y Licenciatura en Psicología

City | Ciudad | Cidade:
San Luis Potosí [mx]

e-mail:
luis.blanquet@uaslp.mx

Antoni **Sanz**, MA Psi

AutorID: [user=JH2H0RgAAAAJ&hl](https://orcid.org/user=JH2H0RgAAAAJ&hl)
Research ID: S-7004-2016
ORCID: [0000-0002-7952-4477](https://orcid.org/0000-0002-7952-4477)

Source | Filiacion | Filiação:
Universitat Autònoma De Barcelona

BIO:
Doctor en Psicología, Master en desarrollo humano y Licenciatura en Psicología. Miembro del Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES) y del Instituto de Investigación en el Deporte (IRE-UAB). Investigador principal del estudio Internacional PSY-COVID. Investigador principal del proyecto NAT (Terapias de actividad en la Naturaleza).

City | Ciudad | Cidade:
Terrassa [es]

e-mail:
antonio.sanz@uab.cat

Martha Leticia **Gaeta González**, MA Adm

AutorID: [user=NkpKgqAAAAJ&hl](https://orcid.org/user=NkpKgqAAAAJ&hl)
Research ID: AAN-4052-2021
ORCID: [0000-0003-1710-217x](https://orcid.org/0000-0003-1710-217x)

Source | Filiacion | Filiação:
Universidad Popular Autónoma Del Estado De Puebla

BIO:
Doctor en Psicología y Aprendizaje, con Maestría en Psicología y Licenciatura en Administración de Empresas. Docente investigadora con intereses en educación socio-afectiva, aprendizaje autorregulado.

City | Ciudad | Cidade:
Puebla [mx]

e-mail:
marthaleticia.gaeta@upaep.mx

Paulina **Iturbide Fernandez**, MA Edu

ORCID: [0000-0003-3514-2730](https://orcid.org/0000-0003-3514-2730)

Source | Filiacion | Filiação:
Universidad Popular Autónoma Del Estado De Puebla

BIO:
Doctorado en Educación, Maestría en Tecnología Educativa, Licenciatura en Educación. Docente investigadora con intereses en Educación Inclusiva, ética profesional, formación del profesorado

City | Ciudad | Cidade:
Puebla [mx]

e-mail:
paulina.iturbide@upaep.mx

Conductas de salud pública y salud mental ante el COVID-19 en población mexicana

Public health behaviors and mental health in the face of COVID-19 in the Mexican population
Comportamentos de saúde pública e de saúde mental frente ao COVID-19 na população mexicana

Martha Leticia **Gaeta González**
Luis Javier **Martínez Blanquet**
Paulina **Iturbide Fernandez**
Antoni **Sanz**

Introducción

Enfrentar la crisis de salud pública global del COVID-19 ha significado cambios en el comportamiento de los ciudadanos debido a la alta tasa de transmisión del virus y a la falta de vacunas y de tratamientos farmacéuticos eficaces. Por lo tanto, las personas han tenido que usar cubrebocas, mantener la sana distancia, lavarse las manos frecuentemente, evitar acudir a lugares encerrados y espacios públicos con aglomeraciones de personas o reunirse con amistades y familiares, entre otras medidas importantes de autocuidado; se cree que estas conductas han contribuido a reducir la propagación de la enfermedad (**Liu y Mesch, 2020**).

Los ciudadanos son el factor más importante en la prevención de la enfermedad y en el mantenimiento de la salud, y sus comportamientos están influidos por las creencias, valores y hábitos de las personas, los que en muchas ocasiones pueden ser inadecuados según las exigencias del entorno (**Barakat y Kasemy, 2020**). Sin embargo, se reconoce que, para que las medidas de prevención contra este virus tengan el efecto deseado, la población necesita tener un nivel adecuado de conocimiento y aceptación de dichas medidas, considerando que los cambios en la adopción de nuevas conductas de prevención tienden a volverse cada vez más permanentes en la vida de las personas (**Chong et al., 2020**).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que el riesgo de infección por el virus SARS-CoV-2 es mayor en poblaciones de alta vulnerabilidad (Jahromi & Hamidianjahromi, 2020; Marí-Dell'Olmo et al., 2021), lo cual va asociado a una mayor letalidad en dichos grupos (Goldshtein & Atherwood, 2020), probablemente por una menor adhesión a conductas de prevención (uso de tapabocas, distancia social, lavado de manos, ventilación). Esto, que ha llevado a considerar la emergencia actual de sindemia (Horton, 2020), se expresa en un colectivo vulnerable como las personas con trastorno de salud mental. En un estudio con 61 millones de pacientes, Wang et al. (2021) concluyen que las personas, con trastorno de salud mental como la depresión, presentan un riesgo incrementado de infección y de mortalidad ante la COVID-19, probablemente por una reducción en las oportunidades para llevar a cabo conductas de prevención efectivas, en ocasiones ligadas a otros factores de vulnerabilidad como la pobreza.

Algunas teorías de la psicología social y de la psicología social cognitiva han demostrado su efectividad para explicar las conductas de los ciudadanos frente a un estado de emergencia declarada por la OMS, como lo es la pandemia del COVID-19 (Tabernerero, Castillo-Mayén, Luque y Cuadrado, 2020).

El Modelo de Creencias de Salud (Health Belief Model), tiene como propósito el estudio de la prevención y posee un enfoque basado en el individuo porque trata de explicar el comportamiento en referencia a los procesos cognitivos racionales de las personas (Wyke et al., 2013). Este modelo ha mostrado una asociación significativa con el seguimiento de pautas ligado a las conductas de autocuidado (Jones et al., 2014) y consta de cinco dimensiones: grado de susceptibilidad percibido, grado de severidad o amenaza percibida, beneficios percibidos en el curso de la acción, barreras u obstáculos percibidos y señales para la acción. Dicho modelo representa el punto de partida para identificar cómo las acciones que previenen la propagación del coronavirus se vinculan con las percepciones sobre las conductas de salud (Berg y Lin, 2020).

La Teoría Cognitiva Social (Bandura, 2001), por su parte, propone que las personas regulan sus comportamientos por medio de las expectativas de resultados que les hacen adoptar cursos de acción que producen resultados positivos. Las expectativas de resultados y las expectativas de autoeficacia, de manera combinada, determinan la adopción y persistencia de los comportamientos orientados a la prevención durante y después del confinamiento por COVID-19 (Liu y Mesch, 2020).

El constructo de Autoeficacia fue seleccionado en el presente estudio por su relación probada con las intenciones de las personas en la prevención las enfermedades (Berg & Lin, 2020) y, de manera particular, por ser un predictor de los comportamientos de distanciamiento social y de autocuidado en contextos de pandemia (Williams et al., 2015). La autoeficacia se define como la creencia de un individuo para realizar conductas específicas en circunstancias particulares (Roma et al., 2020) o aquel proceso autoevaluativo de la capacidad propia para enfrentarse a situaciones amenazantes (Shahrour y Dardas, 2020). Tiene un papel preponderante en el funcionamiento de la persona, ya que influye en el comportamiento no solo de manera directa, sino también en otros aspectos determinantes del comportamiento como lo son las metas y aspiraciones, las expectativas de resultados, las oportunidades y la percepción de los obstáculos presentes en el entorno social (Bandura, 2000).

Por su parte, la Resiliencia es un constructo de la psicología positiva de interés en el presente estudio por su incidencia en la disminución de la ansiedad y el estrés en situaciones de incertidumbre (Cenat et al., 2020). Las definiciones de resiliencia psicológica generalmente

incluyen dos aspectos claves: algún tipo de evento adverso o riesgo y resultados positivos para la persona (Vella y Pai, 2019). Connor y Davidson (2003) definen resiliencia como una característica del individuo que le permite prosperar frente a la adversidad. También se ha concebido como un proceso cambiante en el tiempo que no se reduce únicamente a atributos personales y que no presupone que las personas responderán de la misma manera a los eventos adversos a lo largo de sus vidas (Fletcher y Sarkar, 2013; Vella y Pai, 2019).

En el Enfoque del Proceso de Acción en Salud (HAPA, sus siglas en inglés), una vez que se ha iniciado una conducta de prevención, se tiene que mantener a través de las creencias de autorregulación, habilidades y estrategias de planificación, autoeficacia del afrontamiento y autoeficacia de la recuperación. Este enfoque aboga por distinguir entre los procesos de motivación pre-intencionales que conducen a la intención conductual y los procesos de volición intencionales que llevan a una conducta de salud real (Schwarzer y Luszczynska, 2020). Los resultados de estudios que adoptan este marco teórico apoyan la relevancia de los mecanismos psicológicos caracterizados por la percepción del riesgo en las primeras fases del modelo, y el control de las acciones, en etapas posteriores que influyen a su vez en la adopción y mantenimiento del uso de cubrebocas de protección (Schwarzer, 2016).

En el presente estudio se destaca los aportes de la Teoría de la Motivación de Protección (PMT) de Rogers (1975), un ejemplo de teoría de cognición social en el que la evaluación que la persona realiza de la amenaza potencial de los eventos adversos combina aspectos de vulnerabilidad y de severidad que determinan las intenciones de realizar conductas de protección. Dentro de esta teoría, la intención es un constructo de gran relevancia porque se considera un factor proximal que determina la conducta, y se compone de tres subelementos: las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido del propio comportamiento (Lin et al., 2020). Asimismo, el individuo se apoya en evaluaciones de afrontamiento que incluyen las consecuencias negativas de los eventos amenazantes a la salud y el grado en el cual la persona es posible que responda de manera eficaz (Yazdanpanah et al., 2020).

Un estudio realizado por Bruine de Bruin y Bennett (2020) halló que las personas que perciben un mayor riesgo de infección por COVID-19 reportan una mayor implementación de conductas de protección y están motivadas por la necesidad de reducir el riesgo de mortalidad y de contraer la infección. El proceso de evaluación de afrontamiento, a su vez, se compone de la eficacia de la respuesta, la autoeficacia y el costo de la respuesta iniciada por la persona. Bashirian et al. (2020) encontraron que la autoeficacia basada en la creencia que la persona tiene en su propia competencia para obedecer los comportamientos recomendados y llevarlos a cabo está asociada positiva y significativamente con la intención conductual de prevención.

Por su parte, los aspectos psicológicos y de salud mental ante la contingencia del COVID-19 requieren ser estudiados y comprendidos en diferentes colectivos de la población mexicana, particularmente las afectaciones de ansiedad y depresión, consideradas actualmente como los trastornos mentales más comunes (OMS, 2021). Si bien, la ansiedad se considera como un mecanismo relacionado con estímulos internos y externos de la persona, necesario para la supervivencia y desarrollo humano (Sierra et al., 2003), su prevalencia en el tiempo puede conducir a un trastorno de ansiedad que, junto con la depresión, caracterizada por el decaimiento anímico y la pérdida de interés y placer, afectan la capacidad de actuar de la persona.

Como indica Philip (2020), a partir de una revisión sistemática de la literatura, los síntomas de ansiedad y depresión se encuentran entre los más frecuentes en la población general, a causa de la pandemia

por COVID-19. Asimismo, a medida que las señales de prolongación de las restricciones aumentan, también lo hacen las preocupaciones por el deterioro de la salud mental de las personas. En un estudio llevado a cabo en la población general de China, el 16.5%, el 28.8%, y el 8.1% reportaron síntomas de depresión severa, ansiedad y estrés, respectivamente (Wang et al., 2020). Asimismo, otra investigación con población mexicana y extranjera, el 20.8% y el 27.5% evidenció síntomas graves de ansiedad y de depresión (Galindo-Vázquez et al., 2020).

Existe la posibilidad de que debido a los niveles de preocupación y de estrés propios de la fase aguda de la pandemia se generen mayores índices de ansiedad y de depresión en la población general (Barzilay et al., 2020), pudiendo derivar en una situación patológica. No obstante, la ansiedad moderada también podría tener un rol funcional para la adopción de conductas de prevención, como el distanciamiento social y el lavado constante de manos (Harper et al., 2020). A su vez, la adopción de medidas de prevención específicas se ha asociado a menores niveles de estrés, ansiedad, y depresión (Wang et al., 2020). Aunado a ello, durante los picos de la epidemia del COVID 19 la resiliencia psicológica puede ser un objetivo importante de las intervenciones psicológicas a implementar para la mejora de la salud mental, considerando que la relación entre la resiliencia y las variables de salud mental han sido poco estudiadas en tiempos de pandemia (Ran et al., 2020).

Por otra parte, las conductas de prevención no son homogéneas en la población. De la misma forma que algunos estudios ponen de manifiesto como la edad, el género, el nivel económico o el nivel de estudios, entre otras, afectan al riesgo de desarrollo de trastorno de salud mental ante la pandemia (Sanabria-Mazo et al., 2021), estos factores sociodemográficos influyen en las conductas de prevención del coronavirus. En un estudio llevado a cabo en Reino Unido, Smith et al. (2020) concluyen que los hombres, las personas jóvenes y con bajo nivel económico presentan menor adhesión a las conductas de prevención del virus SARS-CoV-2. En la misma línea, Sanabria-Mazo et al. (2020) indican que la edad, el género, el nivel de estudios, y el nivel de ingresos predicen la adopción de conductas de prevención del coronavirus en población colombiana.

El propósito del presente estudio es comparar las relaciones existentes entre las variables sociodemográficas y las variables de salud mental y de salud pública contra el COVID-19 en población mexicana, así como explorar la influencia que las variables sociodemográficas y sociocognitivas pueden tener en la intención de llevar a cabo conductas de prevención ante la pandemia.

Metodología

2.1 Diseño

El estudio es de tipo observacional y se desarrolló mediante un diseño transversal de una sola etapa, basado en la administración del cuestionario online anónimo del estudio internacional PSY-COVID. El cuestionario fue difundido en México durante un período de aproximadamente 22 días, durante la fase 3 de la pandemia en el mes de junio de 2020.

2.2 Participantes

Participaron un total de 7,693 personas (*Medad* = 36.37, *DE* = 14.19, *rango* = 16-83, 69% mujeres) provenientes de diferentes estados

de la República Mexicana con la siguiente distribución en porcentajes: Nuevo León (18.3%), Jalisco (13%), Aguascalientes (10%), Ciudad de México (9.7%), San Luis Potosí (7.6%), Nayarit (5.9%), Tamaulipas (5.8%), Morelos (5%), Puebla (4.9%), Chihuahua (3%), Baja California (2.7%) y de otros estados (13.7%). Con respecto al tipo de canal de respuesta, las personas utilizaron el WhatsApp/SMS (50%), Facebook (22.5%), correo electrónico (21.5%), aula virtual (2.2%), y otros medios (3.9%). En cuanto a los canales de distribución utilizados, participaron las siguientes universidades: ITESO Guadalajara, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, UPAEP, UNAM Iztacala, Universidad Autónoma de Aguascalientes, ITESM, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma de Nayarit, Universidad Iberoamericana Ciudad de México, Universidad Iberoamericana Tijuana, Universidad de Monterrey, y el Instituto Felipe Ángeles de Chihuahua. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado y se mantuvo la estricta confidencialidad de los datos. Los criterios de inclusión para el estudio fueron dos: (a) Ser mayor de 16 años, y (b) radicar en México durante la primera ola del COVID-19.

2.3 Instrumento

El instrumento empleado en este estudio contiene seis variables de salud pública (Expectativas de Resultados, Autoeficacia, Norma Social subjetiva, Barreras/Facilitadores, Experiencia en Conductas de Prevención e Intención de Conductas de Prevención Post-confinamiento) y tres variables de salud mental (Ansiedad, Depresión y Resiliencia). Además de otras, también contiene ocho variables sociodemográficas (género, edad, nivel de estudios, nivel de ingresos, nivel de información, personas a cargo, contagio personal, contagio de otros cercanos).

Las fases específicas del desarrollo del cuestionario online fueron: Fase A. Generación del listado original de ítems, Fase B. Propuestas de enmiendas al listado de ítems, Fase C. Síntesis y depuración del listado de ítems, Fase D. Desarrollo del prototipo del cuestionario original, Fase E. Pruebas de validación del cuestionario original, Fase F. Traducción a las diferentes lenguas y contextos de los países de estudio, incluido México, Fase G. Generación del prototipo de cuestionario de cada país por institución de educación superior participante.

2.4 Variables de Salud Pública y Mental

2.4.1 Expectativas de resultados

Se midió la creencia de los participantes sobre la utilidad de las diferentes medidas de prevención contra el coronavirus, en una escala de 8 ítems. El enunciado general de los ítems fue, "En qué medida cree que lo siguiente sirve para evitar el contagio del coronavirus: a) Ponerse, llevar y quitarse un cubrebocas, b) Usar guantes, c) Lavarse las manos durante al menos 40 segundos, d) Evitar tocarse cara, sobre todo ojos, boca o nariz, e) Acordarse de lavar las manos después de tocar objetos, f) Acordarse de mantener la distancia de seguridad con otras personas, g) Aguantarse las ganas de salir de casa, h) Pedirle a otras personas que hagan conductas de prevención como las indicadas anteriormente". La confiabilidad de la escala en el presente estudio ($N = 7,693$) fue de $\alpha = .85$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (mucho), con puntuaciones más altas

indicando niveles más altos de expectativa de resultados con respecto a las medidas de prevención.

2.4.2 Autoeficacia

La escala de Autoeficacia constó de 8 ítems enfocados en el tiempo presente. El enunciado general fue, “En qué medida se siente capaz de:”. Los ítems fueron iguales a los utilizados en la variable 2.4.1. La confiabilidad obtenida para esta escala fue de $\alpha = .84$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (mucho), con puntuaciones más altas que indican niveles más altos de autoeficacia.

2.4.3 Norma Social Subjetiva

Las preguntas de esta escala conformaron 8 ítems que evaluaron la percepción social subjetiva de personas cercanas sobre la conveniencia de realizar conductas de prevención. El enunciado general fue, “En qué medida cree que su familia o amigos ven útil lo siguiente para evitar el coronavirus”. Los ítems fueron los mismos que en las variables 2.4.1 y 2.4.2. La confiabilidad obtenida para esta escala fue de $\alpha = .90$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (mucho), con puntuaciones más altas en la suma de los ítems que indican niveles más altos de norma social subjetiva interiorizada.

2.4.4 Barreras/Facilitadores

La escala de Barreras o Facilitadores para la realización de conductas de prevención constó de 5 ítems. El enunciado general fue, “En qué medida considera que lo siguiente dificulta o facilita que usted realice conductas de prevención: a) La accesibilidad de mascarillas, cubrebocas, geles, etc., b) La actitud de otras personas acerca de las conductas de prevención, c) La información o consejos de las autoridades o expertos, d) La información o consejos en las redes sociales, e) La actitud de familiares o amigos con los que vivo o tengo contacto”. La confiabilidad obtenida en esta escala fue de $\alpha = .77$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 5 puntos, que va de 1 (me dificulta mucho) a 5 (me facilita mucho).

2.4.5 Experiencia en conductas de prevención

La escala Experiencia en Conductas de Prevención tuvo el objetivo de medir el grado en que las personas realizaron conductas específicas de autocuidado y prevención durante la pandemia. La escala consta de 8 ítems. El enunciado general fue, “En qué medida ha realizado estas acciones:” Los ítems fueron iguales a los utilizados en las variables 2.4.1, 2.4.2 y 2.4.3. La confiabilidad obtenida para esta escala fue de $\alpha = .77$. Las personas calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (mucho), con puntuaciones más altas que indican niveles más altos de realización de conductas de prevención.

2.4.6 Intención de conductas de prevención post-confinamiento

Se evaluó la intención de las personas para llevar a cabo conductas de prevención durante las siguientes semanas posteriores al

confinamiento. El enunciado general fue, “En qué medida tiene la intención de realizar las siguientes acciones”. Los ítems fueron iguales a los utilizados en las variables 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3 y 2.4.5. La confiabilidad obtenida para esta escala fue de $\alpha = .85$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (mucho), con puntuaciones más altas en la suma de los ítems que indica niveles más altos de intención de llevar a cabo conductas de prevención en un futuro.

2.4.7 Percepción de Amenaza

Se evaluó la percepción de amenaza futura ante: (a) el empleo o los estudios, (b) los ingresos económicos, (c) la salud, y (d) las relaciones personales, mediante 4 ítems ad-hoc.

2.4.8 Ansiedad

La ansiedad en la población general se evaluó mediante la escala GAD-2 o Detector de Trastorno de Ansiedad Generalizada de Kroenke et al. (2003), que consta de 2 ítems. El enunciado general fue, “Ha experimentado: a) Nerviosismo o tensión, b) Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación”. La confiabilidad obtenida para esta escala fue de $\alpha = .78$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (ningún día) a 3 (casi todos los días), con puntuaciones más altas que indican niveles más altos de ansiedad. Se consideró si la puntuación es igual o superior a 3 en la variable ansiedad recodificada (rango de 0 a 6) como punto de corte para la presencia de sintomatología ansiosa en el cálculo de la prevalencia de la sintomatología de ansiedad en la población general. Este criterio está basado en los análisis de la curva ROC de estudios previos de validación realizados en atención primaria (Kroenke et al., 2003).

2.4.9 Depresión

Para medir la depresión se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2) que incluye 2 ítems que componen los criterios básicos del diagnóstico del DSM-IV de la depresión (Kroenke et al., 2003). El enunciado general fue, “Ha experimentado: a) Poco interés o placer en hacer cosas, b) Decaimiento, depresión o desesperanza”. La confiabilidad obtenida para la escala fue de $\alpha = .77$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (ningún día) a 3 (casi todos los días), con puntuaciones más altas que indican niveles más altos de depresión. El punto de corte considera una puntuación igual o superior a 3 en la variable de depresión recodificada (rango de 0 a 6) para la presencia de sintomatología depresiva en la población general. Una puntuación menor a 3 fue recodificada como la no presencia de sintomatología depresiva en los participantes, según el punto de corte probado en otros estudios de validación (Kroenke et al., 2003; Löwe et al., 2010).

2.4.10 Resiliencia

La Escala de Resiliencia Connor – Davidson (CD-RISC; 2018), de dos ítems, es una medida psicométrica que ha obtenido valoraciones positivas en estudios de validación, revisiones sistemáticas y metaanálisis (Graber et al., 2015; Ni et al., 2015; Rapacciuolo et al., 2016). El enunciado fue, “En qué medida se siente capaz de: a) Recuperarse después de una enfermedad o dificultades, b) Adaptarse

a los cambios.” La confiabilidad obtenida para esta escala fue de $\alpha = .69$. Los participantes calificaron cada ítem en una escala ordinal de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (mucho), con puntuaciones más altas que indican niveles más altos de resiliencia.

2.5 Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona. Se optó por un criterio operativo en el orden de los instrumentos que permitiera su aplicación cuando los estados del país se encontraran en semáforo amarillo, es decir, al inicio de la desescalada de las restricciones de movilidad impuestas por los gobiernos estatales. Lo anterior con la finalidad de que hubiera sincronización en el momento de aplicación de los cuestionarios en todos los estados donde se difundió el formulario, el cual se administró en una plataforma de encuestas en línea. El periodo de difusión del cuestionario fue del 4 de junio al 31 de julio del 2020, en el que colaboraron distintos agentes de difusión a través de las principales redes sociales (Facebook, WhatsApp/SMS, Aula virtual, etc.) y correo electrónico con la finalidad de llegar a un gran número de personas. Se les informó a los encuestados que participarían en un estudio de universidades de 15 países para conocer los efectos psicosociales de la pandemia de COVID-19 y mejorar la prevención del contagio del coronavirus. Al inicio del formulario se colocó un enlace para que el participante pudiera obtener información detallada del estudio y, asimismo, se proporcionó una dirección de correo electrónico para contactar al coordinador general del proyecto internacional y que respondiese a cualquier inquietud. Además, se proporcionaron recomendaciones especiales para los participantes que respondieron desde un teléfono móvil, con el propósito de facilitar el proceso de respuesta, y también se les informó que les llevaría alrededor de 10 a 15 minutos para contestar el formulario en una sola sesión. Los participantes otorgaron su consentimiento informado respondiendo de manera anónima y se les informó que podrían abandonar el cuestionario en cualquier momento. Se les informó a los participantes que, en el caso de ser menores de edad, el consentimiento sería otorgado por los padres o tutores legales.

2.6 Análisis de Datos

En primer lugar, los datos fueron analizados para verificar la existencia de datos perdidos o valores atípicos. No se observó una cantidad significativa de datos faltantes en ninguna de las variables (en todos los casos $<1\%$). Posteriormente se calcularon los estadísticos descriptivos de la muestra mexicana y se obtuvieron los índices de confiabilidad para todas las escalas utilizadas. Asimismo, se llevaron a cabo análisis de normalidad y linealidad de los datos. Dada la no normalidad de los datos, se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney para dos muestras independientes y Kruskal-Wallis para más de dos muestras independientes. Se llevaron a cabo análisis de correlación de Spearman entre las variables de salud pública con las variables sociodemográficas y de salud mental, a fin de identificar el sentido e intensidad de asociación entre las variables. Para explorar la influencia de las variables sociodemográficas y sociocognitivas en la intención de realizar conductas de prevención, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos. Se empleó el software estadístico G*Power para realizar los cálculos del tamaño del efecto del modelo. Los análisis se llevaron a cabo mediante el programa estadístico SPSS v22.

Resultados

Características demográficas de los participantes

De los 7,693 participantes, 69% eran mujeres y la mayoría tenían entre 16 y 37 años (57.5%). La mayoría de los encuestados tenía estudios universitarios (93.6%) y un nivel socioeconómico medio (75.7%). Los rangos de edad conformados en el estudio fueron: 16-26 (32.2%), 27-37 (25.3%), 38-48 (19.7%), 49-59 (15.4%), 60-70 (6.3%), y 71-80 (.9%). La mayoría (61.2%) se mantenía informado de la pandemia por menos de una hora al día y no habían sufrido contagio personal (92.3%) o presenciado el contagio de otras personas cercanas (82%). El 11.7% de los participantes sufrían ansiedad y 23.7% depresión. De manera específica, un mayor porcentaje de mujeres presentó ansiedad (12.6%) y depresión (27.1%), en comparación con los hombres (7.4% y 18.9%, respectivamente). Asimismo, un mayor porcentaje de personas entre 16-26 años reportó ansiedad (18.3%) y depresión (36.4%).

Cabe señalar que en algunas variables de análisis se omitieron las categorías con porcentaje de participación inferior al 1% (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los participantes (n=7,693)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	2343	30.5
	Mujer	5310	69.0
Grupo de edad*	16-26	2478	32.2
	27-37	1950	25.3
	38-48	1517	19.7
	49-59	1188	15.4
	60-70	487	6.3
Nivel de estudios*	Básicos	489	6.4
	Universitarios	7200	93.6
Nivel de ingresos	Bajo	1102	14.3
	Medio	5826	75.7
	Alto	765	9.9
Nivel de información	Nada	583	7.6
	Menos de 1h	4708	61.2
	1-2h	2001	26.0
	3h o más	401	5.2
Personas a cargo*	Hijos	2261	56.2
	Personas mayores	1081	26.8
	Personas con discapacidad	82	2.0
	Personas mayores, personas con discapacidad	108	2.7
	Hijos, Personas mayores	494	12.3
Contagio personal	No	7097	92.3
	Sí	489	6.3
Contagio otros	No	6309	82.0
	Sí	1320	17.2
Ansiedad	No	6795	88.3
	Sí	898	11.7
Depresión	No	5871	76.3
	Sí	1822	23.7

Nota: *En algunas variables se omitieron las categorías con porcentaje inferior al 1%.

Hubo casos perdidos por el sistema.

Relación entre variables de salud pública y de salud mental

La correlación entre las variables de salud mental y de salud pública contra el COVID-19 se presenta en la tabla 2. Los resultados muestran una correlación significativa positiva entre todas las variables de salud pública y la resiliencia. De manera específica el coeficiente de correlación entre autoeficacia y resiliencia fue el más alto ($rs = .229, p < .01$), mientras que el coeficiente entre expectativas y resiliencia fue el más bajo ($rs = .116, p < .01$).

En el caso de la ansiedad, se observó una correlación significativa positiva entre ésta y las expectativas de resultados ($rs = .055, p < .01$), la experiencia de conductas de prevención ($rs = .056, p < .01$) y la intención de conductas de prevención post-confinamiento ($rs = .056, p < .01$). Por el contrario, se encontró una correlación negativa entre la ansiedad y la percepción de barreras/facilitadores ($rs = -.053, p < .01$). Se encontró una correlación significativa positiva entre la depresión y las expectativas de resultados ($rs = .024, p < .05$) y negativa entre la primera y la norma social subjetiva ($rs = -.055, p < .01$) y la percepción de barreras/facilitadores ($rs = -.112, p < .01$). Además, se observó una correlación significativa positiva entre la ansiedad y la depresión ($rs = .460, p < .001$) y una correlación negativa de la resiliencia con la ansiedad ($rs = -.151, p < .01$) y la depresión ($rs = -.185, p < .01$).

Tabla 2. Correlación entre variables de salud pública y de salud mental (n=7,693)

	Expectativas	Autoeficacia	Norma subjetiva	Barreras/ Facilitadores	Experiencia	Intención	Ansiedad	Depresión
Expectativas								
Autoeficacia	.581**							
Norma subjetiva	.414**	.387**						
Barreras/ facilitadores	.354**	.307**	.367**					
Experiencia	.497**	.678**	.344**	.262**				
Intención	.676**	.686**	.446**	.362**	.628**			
Ansiedad	.055**	.016	-.013	-.053**	.056**	.050**		
Depresión	.024*	-.020	-.055**	-.112**	.017	.002	.460**	
Resiliencia	.116**	.229**	.149**	.172**	.157**	.182**	-.151**	-.185**

Nota: *p<.05; **p<.01; *** p<.001

Relación entre sociodemográficos y variables de salud pública

En el presente apartado se muestran los análisis comparativos de la relación entre las variables sociodemográficas (género, edad, nivel de estudios, nivel de ingresos, nivel de información, personas a cargo, contagio personal, contagio de otros cercanos) y las variables de salud pública (Expectativas de Resultados, Autoeficacia, Norma Social subjetiva, Barreras/Facilitadores, Experiencia en Conductas de Prevención e Intención de Conductas de Prevención Post-confinamiento).

Respecto a las expectativas de resultados positivos por la realización de conductas de prevención, se observó un mayor rango promedio en las mujeres, las personas de 16-26 años, aquellas con nivel de ingresos bajo, las que tienen personas mayores y con discapacidad a su cargo, las que se informan 3hs o más al día, aquellas que no se han contagiado del coronavirus y las que sí han presenciado el contagio de personas cercanas ($\chi^2 = 7.5, p < .001; \chi^2 = 88.7, p < .001; \chi^2 = 16.2, p < .001; \chi^2 = 20.7, p < .01; \chi^2 = 192.0, p < .001; \chi^2 = 4.9, p < .001; \chi^2 = 3.9, p < .001$).

En cuanto a la autoeficacia para realizar conductas de prevención, hubo un mayor rango promedio en las mujeres, las personas de 49-59 años, aquellas con nivel de estudios universitarios, las que tienen ingresos alto, aquellas que tienen personas mayores y con discapacidad a su cargo, las que se informan 3hs o más al día, aquellas que no se han contagiado del coronavirus y las que sí han presenciado el contagio de personas cercanas ($\chi^2 = 5.7, p < .001; \chi^2 = 18.9, p < .001; \chi^2 = 7.4, p < .001; \chi^2 = 15.3, p < .001; \chi^2 = 18.4, p < .01; \chi^2 = 238.7, p < .001; \chi^2 = 3.4, p < .01; \chi^2 = 4.1, p < .001$).

En relación a la norma social subjetiva sobre conductas de prevención, hubo un mayor rango promedio en las personas de 60-70 años, aquellas con nivel de estudios universitarios, las que tienen ingresos alto, aquellas que tienen personas mayores y con discapacidad a su cargo, las que se informan 3hs o más al día y las que no se han contagiado del coronavirus ($\chi^2 = 87.0, p < .001; \chi^2 = 2.2, p < .05; \chi^2 = 16.1, p < .001; \chi^2 = 9.7, p < .05; \chi^2 = 138.6, p < .001; \chi^2 = 4.6, p < .001$).

En lo que respecta a las barreras/facilitadores de conductas de prevención, hubo un mayor rango promedio en las mujeres, las personas de 60-70 años, aquellas que tienen ingresos alto, las que tienen hijos a su cargo, las que se informan 3hs o más al día y aquellas que no se han contagiado del coronavirus ($\chi^2 = 3.8, p < .001; \chi^2 = 114.8, p < .001; \chi^2 = 12.2, p < .01; \chi^2 = 13.8, p < .01; \chi^2 = 145.0, p < .001; \chi^2 = 5.3, p < .001$).

En cuanto a la experiencia de conductas de prevención, se observó un mayor rango promedio en las mujeres, las personas de 49-59 años, aquellas con estudios universitarios, las que tienen personas mayores o con discapacidad a su cargo, las que se informan 3hs o más al día, aquellas que no se han contagiado del coronavirus y las que han presenciado el contagio de otros cercanos ($\chi^2 = 11.0, p < .001; \chi^2 = 32.2, p < .001; \chi^2 = 4.4, p < .001; \chi^2 = 26.2, p < .001; \chi^2 = 415.8, p < .001; \chi^2 = 3.1, p < .01; \chi^2 = 6.65, p < .001$).

Respecto a la intención de realizar conductas de prevención post-confinamiento, hubo un mayor rango promedio en las mujeres, las personas de 49-59 años, aquellas con estudios universitarios, las que tienen personas mayores o con discapacidad a su cargo, las que se informan 3hs o más al día, aquellas que no se han contagiado del coronavirus y las que han presenciado el contagio en otras personas cercanas ($\chi^2 = 9.6, p < .001; \chi^2 = 50.9, p < .001; \chi^2 = 3.4, p < .001; \chi^2 = 27.9, p < .001; \chi^2 = 397.5, p < .001; \chi^2 = 3.7, p < .001; \chi^2 = 5.74, p < .001$).

Análisis de Regresión Lineal Múltiple

El análisis de regresión mostró que el modelo de la intención de conducta de prevención fue estadísticamente significativo al explicar el 65.5% de la variación ($F(6,7575) = 2397.74; p < .001$). El valor obtenido del tamaño del efecto ($f^2 = 1.85$) demuestra que la influencia de las variables incluidas en el modelo es muy relevante.

Tabla 3. Modelo predictivo de la intención de conducta de prevención

Modelo	F (gl)	R ²	R ² _a	Δ R ²	B	s _B	β	p	f ²
Intención de conducta de prevención	2397.74 (6,7575)	.65	.65					<.001	1.85
Expectativas de resultados				.511	.41	.009	.39	<.001	
Autoeficacia				.110	.29	.010	.29	<.001	
Experiencia en conductas de prevención				.028	.23	.010	.22	<.001	
Edad				.003	.01	.002	.05	<.001	
Sexo				.001	.27	.059	.03	<.001	
Amenaza a la salud				.003	.28	.037	.05	<.001	

Nota: F, estadístico F; (gl), grados de libertad; R², coeficiente de determinación; R²_a, coeficiente de determinación ajustado; B, coeficiente de regresión B; s_B, error estándar del coeficiente; β, coeficiente de regresión B estandarizado; p, nivel de significación; f², f² de Cohen.

Discusión

El presente estudio se enfocó en comparar las relaciones existentes entre las variables sociodemográficas y las variables de salud mental y de salud pública contra el COVID-19 en población adulta mexicana. Las variables de salud mental involucran ansiedad, depresión y resiliencia, mientras que las variables de salud pública implican conductas de prevención, aspectos asociados a dichas conductas (expectativas de resultados, autoeficacia, norma social subjetiva, barreras/facilitadores) e intención de realizar estos comportamientos post-confinamiento.

De acuerdo con los resultados del estudio, existe una correlación significativa positiva entre todas las variables de salud pública y la resiliencia. Por el contrario, hay una correlación negativa de la resiliencia con la ansiedad y la depresión. Este resultado es consistente en general con la literatura (Cénat et al., 2020) respecto al papel protector de la resiliencia en el desarrollo de síntomas de ansiedad por el COVID-19. Asimismo, es coincidente con los resultados de Galindo-Vázquez et al. (2020) con población mexicana, que mostraron una correlación significativa positiva entre la ansiedad y la depresión.

Además, un porcentaje de participantes podrían estar presentando estos trastornos (11.7% ansiedad y 23.7% depresión). Se observa que estas cifras son menores a las de otros estudios con población española (Carmona, 2020), colombiana (Sanabria-Mazo, 2021) y peruana (Anyosa et al., 2020) que utilizaron las mismas escalas de medición, lo cual puede ser reflejo de procesos de habituación a los estímulos amenazantes que supone la pandemia (Carmona, 2020), así como de estrategias de afrontamiento por parte de la muestra del

presente estudio. Sin embargo, también nos alertan de la vulnerabilidad de la población mexicana. Por lo que se enfatiza la necesidad de realizar orientaciones profesionales que permitan fortalecer la resiliencia de las personas y en consecuencia atenuar el impacto psicológico por la pandemia.

Se identificó una mayor participación de las mujeres en las expectativas de resultados positivos por la realización de conductas de prevención, la autoeficacia, en la experiencia en conductas de prevención y en la percepción de barreras/facilitadores para la realización de dichas conductas, así como en la intención de realizar conductas de prevención post-confinamiento. Sin embargo, un mayor porcentaje de ellas presentó ansiedad y depresión. Similares resultados se encontraron con estudios previos que revelan que las mujeres son más vulnerables a presentar síntomas de ansiedad (Carmona, 2020; Gutiérrez, 2020) y depresión (Gigante y Badellino, 2020) durante la pandemia por el COVID-19. Asimismo, coinciden en general con los hallazgos de Reyes-Pérez et al. (2017) que encuentran diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la intensidad en que se experimenta la ansiedad y el miedo en jóvenes mexicanos. Esto se relaciona, a su vez, con los hallazgos en otros estudios que señalan que las mujeres fungen el rol de cuidadoras principales en el hogar, lo que acentúa sus niveles de preocupación y responsabilidad en el cuidado de las personas bajo su cargo y en el bienestar general de los miembros de la familia (Rahman et al., 2020), aunque como muestran nuestros hallazgos, esto también puede generar afectaciones en su salud mental.

Si bien un mayor porcentaje de personas de 16-26 años indicó expectativas de resultados positivos por la realización de conductas de prevención, este grupo de edad, en concordancia con el estudio de Anyosa et al. (2020), con población peruana, también reportó ansiedad y depresión. Este hallazgo es coincidente también con el estudio de Gutiérrez (2020), con población salvadoreña, que indica mayores niveles de ansiedad entre las personas de 18-23 años y con el de Gigante y Badellino (2020), con población argentina, que reporta mayores niveles de depresión en personas de 18-27 años. Por su parte, un mayor porcentaje de personas de 49-59 años indicaron autoeficacia, experiencia de conductas de prevención e intención de realizarlas post-confinamiento. Mientras que más personas de 60-70 años mostraron acuerdo con la norma social subjetiva y la percepción de barreras/facilitadores. Al parecer, como indican los resultados de Camacho-Valadez (2020), con población mexicana, las personas de 18-40 años consideran tener un óptimo estado de salud, siendo una de las razones probables por las que muchos de ellos no siguen medidas preventivas contra el coronavirus. Sin embargo, los jóvenes han enfrentado dificultades para dar continuidad a sus estudios en línea, lo cual, junto al aislamiento social puede disminuir su bienestar emocional, sobre todo en el caso de estudiantes universitarios.

Hay una relación estrecha entre el tiempo que las personas dedican a informarse sobre el coronavirus, cuando éste es mayor a 3 horas al día y el incremento de la experiencia en la realización de conductas de prevención, así como la expectativa de resultados positivos por las conductas de autocuidado, la autoeficacia y la intención de realizar conductas de prevención posterior al confinamiento, a pesar de que la mayoría de los participantes del estudio se mantenían informados en promedio menos de 1 hora al día. En contraste con estudios previos (Parrado-González y León-Jariego, 2020), una menor exposición a la información sobre el virus puede aminorar el impacto psicológico de la pandemia. Sin embargo, estos hallazgos también constatan la relevancia de garantizar la objetividad y la oportunidad de la información en los medios de comunicación dada su relación con la autoeficacia y comportamientos que asumen las personas ante el impacto de la pandemia.

Adicionalmente, tener personas mayores y con discapacidad a su cargo, contar con estudios universitarios y no haberse contagiado del coronavirus se relacionan con la autoeficacia, apego a la norma social subjetiva, en la experiencia en conductas de prevención y en la intención de realizar conductas de prevención post-confinamiento. Estos resultados corroboran los planteamientos de Cabanillas-Rojas (2020), en cuanto a que ante la amenaza por el COVID-19 se requiere que las personas consideren que las conductas de prevención serán efectivas, que tienen la capacidad de realizarlas de manera adecuada y estiman que otras personas tienen la disposición de involucrarse en estas conductas.

Los resultados del modelo de regresión de las variables sociodemográficas y sociocognitivas sobre la intención de realizar conductas de prevención mostraron que el factor de mayor relevancia es la creencia que las personas tienen sobre la conveniencia de realizar acciones de autocuidado para evitar el contagio del coronavirus, es decir, la expectativa de resultados, con una varianza del 51.1%. Este hallazgo es consistente con los de un estudio internacional que demostró la importancia de la creencia de seguir los procedimientos de cuidado de la salud como uno de los predictores más fuertes del acatamiento de conductas de prevención durante la pandemia (Clark et al., 2020). La autoeficacia fue la segunda variable predictora en orden de importancia que explica el 11% de la varianza, resultado similar a otro estudio que utilizó modelamiento estructural y encontró que la disponibilidad psicológica para participar en conductas de afrontamiento se justifica por la percepción de las personas de que se sienten capaces de adoptar medidas preventivas (Yazdanpanah et al., 2020). Por lo tanto, se puede concluir que en este estudio los participantes se sintieron motivados y confiados en observar las conductas saludables y en prevenir la difusión del contagio por COVID-19. La experiencia previa en conductas de prevención explica el 2.8% de la varianza sobre la intención de mantener dichas conductas durante la pandemia de COVID-19, y es un factor fuertemente predictivo según lo reportado por Hagger et al. (2020). Por último, la edad, el sexo y la percepción de amenaza a la salud explicaron individualmente menos del 1% de la varianza en el modelo, introduciendo una asociación significativa que no permite afirmar de manera concluyente que dichas variables sociodemográficas son predictores determinantes. Estos hallazgos son consistentes en general con estudios reportados en la literatura que muestran discrepancias entre los factores sociodemográficos al explicar la intención de llevar a cabo las diversas conductas de prevención ante el coronavirus (Clark et al., 2020; Schook et al., 2020).

Limitantes del estudio

Una primera limitación se relaciona con el porcentaje de participación de mujeres versus hombres, lo que introduce un sesgo importante en los resultados del estudio, al igual que la participación más alta de personas con estudios universitarios, y los porcentajes no balanceados de participantes de los diferentes grupos de edad. El grado de generalización de los resultados se restringe a personas que tienen acceso a conexión de internet y a una muestra predominantemente con estudios superiores. Tomando en cuenta las limitantes del distanciamiento social y las restricciones de movilidad de las personas durante la pandemia, la opción más adecuada para la obtención de datos fue el cuestionario online que, no obstante, tuvo un tamaño de muestra adecuado a los propósitos del estudio.

Otra limitante es el diseño de investigación utilizado, que no permite realizar inferencias sobre los efectos a largo plazo de las conductas de prevención. Otros estudios podrían implementar diseños longi-

tudinales para valorar los cambios que obedecen a la evolución de la pandemia en la población general.

Conclusiones

Consideramos que nuestros hallazgos aportan al conocimiento de la relación entre las variables de salud mental y de salud pública ante la pandemia del COVID-19, que permitan identificar los grupos más vulnerables de la población adulta en México. En consonancia con estudios previos (Anyosa et al., 2020; Carmona, 2020) el género y la edad son factores de vulnerabilidad para la ansiedad y la depresión de la población. Por lo que consideramos importante el promover intervenciones desde la psicología de la salud, sensibles a los distintos grupos de personas, que contribuyan al desarrollo de la resiliencia y, a partir de ello, aminorar el impacto psicológico por la pandemia. Como hemos podido constatar, la percepción de la situación tiene una relación estrecha con las prácticas de las personas, por lo que se trataría de promover y dar continuidad a los programas de salud para fortalecer la autoeficacia en la realización de conductas de prevención del contagio, mediante una buena información y acciones en las que se promuevan normas sociales para la adopción de conductas de prevención durante y post-confinamiento.

Referencias Bibliográficas

- Anyosa, F., Vásquez, L., Carmona, M., Feliu-Soler, A., Sanabria-Mazo, J. P., Selva, C., Sanz, A. (2020). Efecto en la salud mental de la población peruana vinculado al confinamiento en la primera ola de pandemia COVID-19. Obtenido de: <https://www.researchgate.net/project/PSY-COVID>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, (52), 1–26. Obtenido de: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), 75–78. Obtenido de: <https://www.jstor.org/stable/20182630>
- Barakat, A.M., y Kasemy, Z.A. (2020). Preventive health behaviours during coronavirus disease 2019 pandemic based on health belief model among Egyptians. *Middle East Current Psychiatry*, 27(43). <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00051-y>
- Barzilay, R., Moore, T.M., Greenberg, D.M., DiDomenico, G.E., Brown, L.A., White, L.K., Gur, R.C., y Gur, R.E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, 10(291). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>
- Bashirian, S., Jenabi, E., Khazaei, S., Karimi-Shahanjarini, A., Zareian, S., Rezapour-Shahkolai, F., y Moeini, B. (2020). Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the protection motivation theory. *Journal of Hospital Infection*, 105, 430–433. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.035>
- Berg, M.B., y Lin, L. (2020). Prevalence and predictors of early COVID-19 behavioral intentions in the United States. *Translational Behavioral Medicine*, 10(4), 843–849. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa085>
- Bruine de Bruin, W., y Bennett, D. (2020). Relationships between initial COVID-19 risk perceptions and protective health behaviors: a national survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 59 (2), 157–167. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.05.001>

- Cabanillas-Rojas, W. (2020). Conducta y propagación del covid-19 en el Perú: Marco de referencia para el diseño de intervenciones conductuales de salud pública. Universidad Católica Sedes Sapientiae. Facultad de Ciencias de la Salud, Lima, Perú. Obtenido de: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/868>.
- Camacho-Valadez (2020). Comportamiento preventivo y de riesgo en México durante la pandemia del COVID-19: Estudio descriptivo a nivel nacional. *Revista de Salud Pública*. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/342212461_Comportamiento_preventivo_y_de_riesgo_en_Mexico_durante_la_pandemia_del_COVID-19_Estudio_descriptivo_a_nivel_nacional
- Carmona, M. (2020). Una aproximación a la salud mental durante la pandemia de la COVID-19 en España. Trabajo de Investigación para la obtención del grado de Máster en Investigación en Psicología Clínica y de la Salud. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Clark, C., Davila, A., Regis, M., y Kraus, S. (2020). Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: an international investigation. *Global Transitions*, 2, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.glt.2020.06.003>
- Cenat, J. M., Dalexis, R. D., Guerrier, M., Noorishad, P., Derivois, D., Bukaka, J., Birangui, J.P., Adansikou, K., Clorméus, L.A., Kokou-Kpolou, C.K., Ndengiyengoma, A., Sezibera, V., Auguste, R.E., y Rousseau, C. (2020). Frequency and correlates of anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in low – and middle-income countries: A multinational study. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 13-17. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.031>
- Chong, Y.Y., Chien, W.T., Cheng, H.T., Chow, K.M., Kassianos, A.P., Karekla, M., y Gloster, A. (2020). The Role of Illness Perceptions, Coping, and Self-Efficacy on Adherence to Precautionary Measures for COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186540>
- Connor, K.M., y Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Davidson, J.R.T. (2018). Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual. Unpublished. 08-19-2018. Obtenido de: www.cdrisc.com
- Fletcher, D., y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., y Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en población general. *Gaceta Médica de México*, 156, 298-305.
- Goldsstein, J.R., y Atherwood, S. (2020). Improved measurement of racial/ethnic disparities in COVID-19 mortality in the United States. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.21.20109116>
- Grabner, R., Pichon, F., y Carabine, E. (2015). Psychological resilience State of knowledge and future research agendas. Overseas Development Institute: Working Paper 425. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9872.pdf>
- Gigante, C. D., y Badellino, H. (2020). Prevalencia de depresión en la población argentina durante la cuarentena por COVID-19 y factores de riesgo asociados. *Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão (SIEPE)*, 12(2), Obtenido de: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/107392>
- Gutiérrez, J. R. (2020). Síntomas de ansiedad por la COVID-19, como evidencia de afectación de salud mental en universitarios salvadoreños. Universidad Tecnológica de El Salvador. Edición especial. *Investigaciones COVID-19*. Obtenido de: <http://repositorio.utec.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11298/1171/3/112981171.pdf>
- Hagger, M. S., Smith, S. R., Keech, J. J., Moyers, S. A., y Hamilton, K. (2020). Predicting social distancing intention and behavior during the COVID-19 pandemic: an integrated social cognition model. *Analysis of behavioral medicine: A publication of the Society of Behavioral Medicine*, 54(10), 713-727. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa073>
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., y Latzman, R. D. (2020). Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(1255), 874, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- Jahromi, A.H., y Hamidianjahromi, A. (2020). Why African Americans Are a Potential Target for COVID-19 Infection in the United States. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e19934. <https://doi.org/10.2196/19934>
- Jones, C. J., Smith, H. E., Frew, A. J., Du Toit, G., Mukhopadhyay, S. y Llewellyn, C.D. (2014). Explaining adherence to self-care behaviors amongst adolescents with food allergy: a comparison of the health belief model and the common-sense self-regulation model. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 65-82. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12033>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. y Williams, J.B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Lin, C-Y., Imani, V., Majd, N.R., Ghasemi, Z., Griffiths, M.D., Hamilton, K., Hagger, M.S. y Pakpour, A.H. (2020). Using an integrated social cognition model to predict COVID-19 preventive behaviours. *British Journal of Health Psychology*, 25 (4), 981-1005. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12465>
- Liu, X-J., y Mesch, G.S. (2020). The Adoption of Preventive Behaviors during the COVID-19 Pandemic in China and Israel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17191710>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. y Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122 (1-2), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Marí-Dell’Olmo, M., Gotsens, M., Pasarín, M.I., Rodríguez-Sanz, M., Artazcoz, L., García de Olalla, P., Rius, C., y Borrell, C. (2021). Socioeconomic Inequalities in COVID – 19 in a European Urban Area: Two Waves, Two Patterns. *International Journal of Environmental. Research and Public Health*, 18(3), 1256; <https://doi.org/10.3390/ijerph18031256>
- Ni, C., Chow, M.C.M., Jiang, X., Li, S., y Pang, S.M.C. (2015). Factors associated with resilience of adult survivors five years after the 2008 Sichuan earthquake in China. *PLoS ONE*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121033>
- OMS (2021). Trastornos mentales. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: https://www.who.int/mental_health/es/
- Parrado-González, A., y León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista Española de Salud Pública*, 94 (8), 1-16.
- Philip, R. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rahman, M.A., Hoque, N., Alif, S.M., Salehin, M., Shariful Islam, S.M., Banik, B., Sharif, A., Nazim, N., B., Sultana, F., y Cross, W. (2020). Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Globalization and Health*, 16 (1); 95. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00624-w>
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., y Kuang, J. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science and Medicine*, 262, 113261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
- Rapacciuolo, A., Gerrone, F., Cuomo, R., Mauriello, V., Quarto, M., Kisslinger, A., Savarese, G., Illario, M., y Tramontano, D. (2016). The impact of social and cultural engagement and dieting on well-being and

- resilience in a group of residents in the Metropolitan area of Naples. *Journal of Aging Research*, 2016, Article ID 4768420, 11. <https://doi.org/10.1155/2016/4768420>
- Reyes-Pérez, V., Alcázar-Olán, R. J., Resendiz-Rodríguez, A., y Flores-Morales, R. (2017). Miedo, ansiedad y afrontamiento. *Estudiantes universitarios mexicanos. Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(1), 83-92. Obtenido de: <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1149>
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Roma, P., Monaro, M., Muzi, L., Colasanti, M., Ricci, E., Biondi, S., Napoli, C., Ferracuti, S., y Mazza, C. (2020). How to Improve Compliance with Protective Health Measures during the COVID-19 Outbreak: Testing a Moderated Mediation Model and Machine Learning Algorithms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17197252>
- Sanabria-Mazo, J.P., Ferrero, G., Riaño-Lara, V., Rojas-Gómez, J.S., Carmona, M., Méndez-Ulrich, J.L., Feliu-Soler, A., Mateo-Canedo, C., Selva-Olid, C., Muro, A. y Sanz, A. (2020). Social behavior of the Colombian population during the COVID-19 pandemic. *PSY-COVID Project*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12067.27687/1>
- Sanabria-Mazo, J.P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P.P., Rojas Gualdrón, D.F., Mateo-Canedo, C., Carmona-Cervelló, M., Crespo-Puig, N., Selva-Olid, C., Muro, A., Méndez-Ulrich, J.L., Feliu.Soler, A., Luciano, J.V, y Sanz, A. (2021). Social inequities in the impact of COVID-19 lockdown measures on the mental health of a large sample of the Colombian population (PSY-COVID study). *Journal of Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/bt9p2>
- Schook, N.J., Sevi, B., Oosterhof, B., y Fitzgerald, H.N. (2020). Disease avoidance in the time of COVID-19: the behavioral immune system is associated with concern and preventative health behaviors. *PLoS ONE*, 15(8), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238015>
- Schwarzer, R., y Luszczynska, A. (2020). Perceived Self-efficacy. National Cancer Institute. Obtenido de: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/self-efficacy#>
- Schwarzer, R. (2016). El Modelo Procesual de Acción en Salud como un marco de referencia teórico para entender el cambio de conducta. *Actualidades en Psicología*, 30 (121), 119-130. <https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Sierra J.C., Ortega V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. Obtenido de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Taberner, C., Castillo-Mayén, R., Luque, B., y Cuadrado, E. (2020). Social values, self – and collective efficacy explaining behaviours in coping with Covid-19: self-interested consumption and physical distancing in the first 10 days of confinement in Spain. *PLoS ONE* 15(9), <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0238682>
- Vella, S.L., y Pai, N.B. (2019). A theoretical review of psychological resilience: defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233-239. <https://doi.org/10/ggr6x2>
- Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C.S. y 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 (5), 1729. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, Q., Xu, R., y Volkow, N.D. (2021). Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*, 20(1), 124-130. <https://doi.org/10.1002/wps.20806>
- Williams, L., Rasmussen, S., Kleczkowski, A., Maharaj, S., y Cairns, N. (2015). Protection motivation theory and social distancing behaviour in response to a simulated infectious disease epidemic. *Psychology, Health and Medicine*, 20 (7), 832-837. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1028946>
- Wyke, S., Adamson, J., Dixon, D., y Hunt, K. (2013). Consultation and illness behavior in response to symptoms: a comparison of models from different disciplinary frameworks and suggestions for future research directions. *Social Science and Medicine*, 86, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.007>
- Yazdanpanah, M., Abadi, B., Komendantova, N., Sobeidi, T., y Sieber, S. (2020). Some at risk for COVID-19 are reluctant to take precautions, but others are not: a case from rural in Southern Iran. *Frontiers in Public Health*, 8:562300. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.562300>