

Predictores de las Conductas de Autocuidado para Prevenir el Contagio de COVID-19 en Chile

Predictors of Self-Care Behaviors to Prevent the Contagion of COVID-19 in Chile

Camila Salazar-Fernández¹, María José Baeza-Rivera^{2, 3}, Diego Manríquez-Robles^{2, 3},
Melisa Aedo² y Bárbara Toro²

¹ Departamento de Análisis de Datos, Universidad Autónoma de Chile, Chile

² Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile

³ Laboratorio de Interacciones, Cultura y Salud, Temuco, Chile

La pandemia por la COVID-19 se ha transformado en la principal crisis epidemiológica del siglo, por lo que debieron adoptarse diversas conductas de autocuidado. La eficacia de estas estrategias preventivas depende de la adherencia que mantenga la población. El objetivo de este estudio fue establecer los predictores de la adherencia a las conductas de autocuidado para la prevención del contagio de la COVID-19 en población chilena mayor a 18 años. Una muestra no probabilística de 1.033 personas respondió un cuestionario virtual, bajo un diseño transversal. Se emplearon escalas de autoreporte sobre percepción de riesgo, normas pro-cuidado y conductas de autocuidado contra la COVID-19. Utilizando regresiones múltiples jerárquicas, se encontró que el género, percepción de riesgo y normas pro-cuidado contra la COVID-19 predijeron significativa y directamente el uso de mascarilla, conductas de higiene y distancia social, mientras que la edad solo predijo mayor adhesión a conductas de higiene y el estatus socioeconómico solo predijo el uso de mascarilla y distancia social. En todas las conductas de autocuidado la interacción entre percepción de riesgo y normas pro-cuidado sugiere que a niveles bajos de norma pro-cuidado, la percepción de riesgo potencia la adopción de estas conductas. A partir de estos hallazgos, se sugiere elaborar estrategias que promuevan conductas de autocuidado con base en la percepción de riesgo, considerando variables como el género, edad y estatus socioeconómico, a través de la creación y mantención de normas pro-cuidado que consideren las relaciones entre el individuo y otros significativos en la percepción de la valoración positiva de sus conductas en salud.

Palabras clave: conductas de autocuidado, adherencia, normas sociales, percepción de riesgo, COVID-19

The COVID-19 pandemic has become the main epidemiological crisis of the century, leading to the adoption of various self-care behaviors. The effectiveness of these preventive strategies depends on the adherence of the population. The objective was to establish predictors of adherence to self-care behaviors for the prevention of COVID-19 transmission in the Chilean population aged 18 and above. A non-probabilistic sample of 1,033 individuals completed a virtual questionnaire using a cross-sectional design. Self-report scales were used to assess risk perception, pro-care norms, and self-care behaviors against COVID-19. Using hierarchical multiple regressions, it was found that gender, risk perception, and pro-care norms against COVID-19 significantly and directly predicted the use of masks, hygiene behaviors, and social distancing. Age only predicted higher adherence to hygiene behaviors, and socioeconomic status only predicted the use of masks and social distancing. In all self-care behaviors, the interaction between risk perception and pro-care norms suggested that at low levels of pro-care norms, risk perception enhances the adoption of these behaviors. Based on these findings, it is suggested to develop strategies that promote self-care behaviors based on risk perception, considering variables such as gender, age, and socioeconomic status, through the creation and maintenance of pro-care norms that take into account the relationships between individuals and significant others in the perception of the positive evaluation of their health behaviors.

Keywords: self-care behavior, compliance, social norms, risk perception, COVID-19

Camila Salazar-Fernández  <https://orcid.org/0000-0002-5797-8291>

María José Baeza-Rivera  <https://orcid.org/0000-0001-7763-0148>

Diego Manríquez-Robles  <https://orcid.org/0000-0002-6394-7854>

Este estudio recibió apoyo económico parcial de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID)/FONDECYT Iniciación N° 11181020. No existe ningún conflicto de intereses que revelar.

Los autores desean expresar su agradecimiento al Dr. José L. Saiz por sus comentarios y sugerencias para el análisis de los efectos de interacción.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a María José Baeza-Rivera, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Manuel Montt 56, Temuco, Región de La Araucanía, Chile. Email: maria.baeza@uct.cl

La Organización Mundial de la Salud declaró que la pandemia por la COVID-19 se ha transformado en una de las crisis epidemiológicas por enfermedades infecciosas más amenazantes del presente siglo. Esta crisis no solo ha ocasionado un significativo efecto en la salud de la población (e.g., más de 625,70 millones de contagios y 6,57 millones de muertes a nivel mundial), sino que también ha tenido un profundo impacto a nivel económico y psicosocial (Anderson, Heesterbeek et al., 2020; Anderson, Hollingsworth et al., 2020; Mathieu et al., 2022; World Health Organization, 2021).

Con el objetivo de disminuir la transmisión del virus, se implementaron diversas recomendaciones orientadas a fomentar determinadas conductas de autocuidado, tales como el uso de mascarilla, las conductas de higiene (e.g., como lavado y desinfección frecuente de manos y superficies) y, en algunos periodos de la pandemia, la adopción de cuarentenas junto con medidas de distanciamiento físico (Anderson, Heesterbeek et al., 2020; Anderson, Hollingsworth et al., 2020; Block et al., 2020; Cavazos-Arroyo & Pérez de Celis-Herrero, 2020; Gerber et al., 2021; Paterlini, 2020; Sabat et al., 2020). Sin embargo, en Chile, los niveles de adherencia a este tipo de conductas han sido bajos (Gerber et al., 2021; Obach et al., 2021). Esto representa un problema, pues la prevención de la propagación del virus depende, en gran parte, de la adopción y permanencia de estas conductas (Jetten et al., 2020; Taylor, 2019).

Las estrategias adoptadas por los gobiernos para promover la adherencia a las conductas de autocuidado, han recaído principalmente en medidas informativas basadas en la entrega de evidencia (e.g., el uso de mascarilla salva vidas, son seguras y efectivas). Sin embargo, de acuerdo a lo reportado por diversos modelos en psicología de la salud, la mera entrega de información objetiva es insuficiente para modelar conductas en el tiempo (Albery & Munafò, 2008; Gerber et al., 2021; Gonzalez et al., 2021; Werle, 2011). Al respecto, la evidencia empírica, obtenida a partir del modelo de creencias en salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1974), el modelo integrador de Betancourt (Betancourt et al., 2010; Flynn et al., 2011) y la teoría de la conducta razonada y planificada (Conner & Sparks, 2005), sugiere que es necesario destacar la importancia que poseen las variables sociodemográficas, psicológicas y sociales en la comprensión de los fenómenos conductuales. Específicamente, estos modelos han considerado que variables, tales como la edad, el género, el nivel educacional, el estatus socioeconómico, la percepción de riesgo y las normas sociales, deben ser contempladas en la elaboración de estrategias en salud específicas y contextualizadas. Por esta razón, en este estudio se buscó examinar el rol predictor que poseen las variables sociodemográficas, la percepción de riesgo y la norma procuidado, así como la interacción entre la norma procuidado y la percepción de riesgo contra la COVID-19 en la adherencia a las conductas de autocuidado.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMO PREDICTORES DE CONDUCTAS EN SALUD

La inclusión de variables sociodemográficas es crucial en la comprensión de la adherencia a las conductas de autocuidado (Betancourt, 2015; Betancourt et al., 2010; Gerber et al., 2021; Thomas et al., 2013). Esto es especialmente importante en países que presentan grandes desigualdades sociales, tal como ocurre en Latinoamérica, pues quienes disponen de menos recursos han obtenidos peores resultados en salud asociados a la pandemia (Atchison et al., 2020). Al respecto, Chile presenta un acceso estratificado al sistema de salud (Goic, 2015) y es uno de los países más desiguales del mundo (Latinobarómetro, 2020). La implementación de estrategias que no consideren estas variables, pueden ver mermada su efectividad y, simultáneamente, estimular la reproducción de las inequidades sociales (Templeton et al., 2020). Un estudio realizado en Chile por Gerber et al. (2021) reportó que las personas de estatus socioeconómicos más bajos están más expuestas al virus, debido a condiciones estructurales (e.g., hacinamiento en vivienda, aglomeraciones en transporte público, menor acceso a servicios de salud de calidad). Esta alta exposición podría estar asociada con una mayor percepción de riesgo de contraer el virus, lo que debería implicar una mayor adhesión a las conductas de autocuidado; sin embargo, estos resultados son paradójicos, pues quienes pertenecen a estatus socioeconómicos más bajos son quienes menos reportan conductas de autocuidado, debido a que las barreras estructurales dificultan la ejecución de estos comportamientos (Atchison et al., 2020; Bermejo-Martins et al., 2021; Wright et al., 2020). Por otro lado, se ha reportado que las personas con más años de educación tienen menos probabilidades de salir de casa que las personas con estudios secundarios o con menos educación, disminuyendo la exposición al virus y sus consecuencias (Bish & Michie, 2010; Gerber et al., 2021; Mohammadpour et al., 2020; Obach et al., 2021).

Otros estudios han encontrado que la edad es un determinante de las conductas de autocuidado frente a la COVID-19. Concretamente, se ha reportado que las personas de menor edad poseen menos probabilidades de implementar conductas de autocuidado en función de los bajos riesgos percibidos para su salud, contrario a las personas de mayor edad, quienes tienden, generalmente de forma más rigurosa, a ejecutar este tipo de conductas (Atchison et al., 2020; Bermejo-Martins et al., 2021; Bish & Michie, 2010; Gerber et al., 2021; Kosugi, 2021; Sun et al., 2020; Underwood, 2019; Yildirim & Güler, 2020). Igualmente, tanto en el contexto nacional como internacional, las personas de género femenino han mostrado más probabilidades de adoptar las conductas de autocuidado que las de género masculino, debido a que han reportado una mayor preocupación por evitar el contagio, la enfermedad y transmisión a los miembros de la familia (Bish & Michie, 2010; Gerber et al., 2021; Gonzalez et al., 2021; Kwok et al., 2020; Liu et al., 2020; Mohammadpour et al., 2020; Sarabia-Cobo et al., 2021; Wang, Pan et al., 2020; Yildirim & Güler, 2020). A partir de lo anterior, se hipotetizó que las variables sociodemográficas están asociadas significativamente con el uso de mascarilla, las conductas de higiene y distancia social. Específicamente, se esperaba que a mayor edad, nivel educacional y estatus socioeconómico mayor fuera la adherencia a las conductas de autocuidado y que el género femenino mantuviera una mayor adhesión a este tipo de conductas que el género masculino.

Percepción de Riesgo como Predictor de Conductas en Salud

La percepción es un proceso psicológico a través del cual se organiza e interpreta la realidad. Este proceso es susceptible de ser modelado cognitivamente, emocional, social y culturalmente (Joffe, 2003; Kasperson et al., 1988; Loewenstein et al., 2001; Slovic, 2010). La percepción de riesgo es un mecanismo que permite al individuo ser consciente de los estímulos, evaluando tanto factores internos como externos, para valorar la probabilidad de ocurrencia de algún suceso riesgoso y las magnitudes de sus posibles consecuencias (Ferrer & Klein, 2015; Jetten et al., 2020; Marshall, 2020). Estudios empíricos asociados al modelo de creencias en salud han destacado la importancia predictiva de la percepción de riesgo en conductas de salud como en la prevención de enfermedades cardíacas, el consumo de tabaco, el tratamiento para la hipertensión, cáncer y diabetes (Acosta González et al., 2005; Becker & Levine, 1987; Ehrenzweig Sánchez, 2007; McKusick et al., 1985; Mendoza & Figueroa, 1998; Ostrow, 1989; Peralta & Figuerola, 2003; Weinberger et al., 1981), así como también en el uso de mascarilla, conductas de higiene, distancia social, adopción de cuarentenas y aceptación de la vacunación durante pandemias anteriores (Bish & Michie, 2010; Rudisill, 2013; van der Weerd et al., 2011). Específicamente, la literatura ha señalado que una alta percepción de riesgo está asociada a la percepción de una situación incontrolable y amenazante para la salud, como la susceptibilidad del contagio por la COVID-19 y sus consecuencias. Esta alta percepción de riesgo conduce a las personas a regular su comportamiento, incorporando conductas de autocuidado (Bi et al., 2021; Cori et al., 2020; Dryhurst et al., 2020; Ferrer & Klein, 2015; Gerber et al., 2021; Magnan et al., 2021; Savadori & Lauriola, 2021; Singh & Upadhyay, 2021; Slovic, 1987; Wise et al., 2020).

Consistente con investigaciones internacionales (Ning et al., 2020; Rakotoarisoa et al., 2021; Sarabia-Cobo et al., 2021), una investigación chilena ha reportado que un alto riesgo percibido de contraer la COVID-19 reduce la probabilidad de salir de casa y de participar en aglomeraciones y, por otro lado, aumenta la probabilidad de un lavado frecuente de manos, el mantenimiento de la distancia social y el uso de mascarilla (Gerber et al., 2021). Sin embargo, una baja percepción de riesgo de contraer la COVID-19 y sus consecuencias implica que los individuos no adhieran a las conductas de autocuidado (Shao & Hao, 2020). De acuerdo a lo anterior, se hipotetizó que la percepción de riesgo de contraer la COVID-19 predice el uso de mascarilla, las conductas de higiene y la distancia social. Así, a mayor riesgo percibido se espera mayor adherencia a dichas conductas de autocuidado.

Norma Procuidado como Predictor de Conductas en Salud

Las normas sociales representan expectativas de aquellos comportamientos que se consideran adecuados en un determinado contexto (Baron & Byrne, 2005; McDonald & Crandall, 2015). La norma social ha sido considerada un importante predictor de la conducta en diversos modelos de salud, como, por ejemplo, en el modelo de creencias en salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1974) y la teoría de la conducta planificada (Conner & Sparks, 2005). En estos modelos se sugiere que las conductas no están únicamente motivadas por los intereses personales, sino que también por las normas sociales internalizadas respecto de las conductas convencionales que la mayoría de los miembros de un grupo ejecuta, es decir, la norma descriptiva (e.g., usar mascarilla porque todos mis cercanos significativos las utilizan). Más importante aún para este estudio es la

norma inyuctiva, la cual se define como aquellos aspectos que reflejan lo que se debería hacer, dando cuenta de la percepción de aprobación o desaprobación que otros significativos tienen de un comportamiento (e.g., usar mascarilla porque todos mis cercanos significativos valoran que las utilice) (Cialdini & Trost, 1998; Conner & Norman, 1996; Drury et al., 2015; Novelli et al., 2013; Ntontis et al., 2020; Stott et al., 2001; Tyler, 2021). A partir de lo anterior, en la adopción individual de las conductas de autocuidado es necesario considerar la influencia que poseen los otros en dichos comportamientos. Esto podría ser aún más relevante en contextos amenazantes (e.g., una pandemia), pues se establecen normas más rígidas (Roos et al., 2015). Así, la adherencia a la norma social es mayor y quienes se desvían de la norma son castigados (e.g., imposibilidad de acceder a lugares públicos) (Roos et al., 2015). Esta rigidez de la norma social permitiría garantizar una efectiva coordinación, con el fin de asegurar la sobrevivencia del grupo (Gelfand et al., 2011).

Diversos estudios han demostrado el nivel predictivo de las normas sociales en conductas de salud, tales como en el consumo de alcohol y drogas, el uso del preservativo y en los trastornos alimentarios (Abraham & Sheeran, 2005; Conner & Norman, 2005; Conner & Sparks, 2005; Fisher et al., 1992; Kok et al., 1992). De esta manera, en el contexto de la pandemia el cumplimiento de las conductas de autocuidado podría estar explicado a partir de la influencia que poseen las percepciones sociales del individuo respecto de cómo las personas significativas, como la familia y los amigos, valoran sus comportamientos (i.e., normas inyuctivas). Esto es especialmente relevante considerando el familismo, un valor cultural que enfatiza la fuerza de los lazos familiares asociados a sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad hacia la propia familia nuclear y extendida, que genera una alta cohesión interpersonal, apoyo social y obligaciones familiares (Losada et al., 2010; Nicasio et al., 2019; Sabogal et al., 1987). Esta característica cultural predominante en la población latinoamericana predice significativamente las conductas protectoras para evitar el contagio por el virus, aumentando la adherencia a las normas (Le, 2020). Así, si personas significativas, como la familia y amigos, valoran positivamente la realización de conductas de autocuidado, entonces es más probable que dichas conductas sean realizadas (Baeza-Rivera et al., 2021a; Conner & Norman, 2005). Por lo tanto, se hipotetizó que las normas procuidado predicen el uso de mascarilla, las conductas de higiene y distancia social. Específicamente, se espera que a mayor adhesión a las normas inyuctivas procuidado contra la COVID-19 mayor sea la adherencia a las conductas de autocuidado.

El Presente Estudio

La pandemia ha sido afrontada de manera diferenciada por cada país. Mientras algunos han adoptado estrategias efectivas controlando los casos y muertes (e.g., Nueva Zelanda), Chile ha reportado uno de los peores resultados a nivel mundial (Canals et al., 2020; Mathieu et al., 2022; ver Gerber et al., 2021, para una descripción del sistema de salud chileno y las estrategias adoptadas durante la pandemia en Chile). Según diversos reportes, a pesar de la efectividad que han tenido las vacunas contra la COVID-19, estas no han logrado generar la inmunidad de grupo, pues el virus rápida y progresivamente ha mutado, generando nuevas variantes (e.g., Delta, Lambda, Mu y Ómicron) (Salazar-Fernández et al., 2022a). Debido a lo anterior, la mantención de conductas de autocuidado cobra mayor importancia, pues las personas deberán mantener el uso de mascarilla, conductas de higiene y distancia social hasta que la autoridad sanitaria así lo defina. En consecuencia, se vuelve necesario evaluar el poder predictivo que poseen los factores sociodemográficos, psicológicos, sociales y culturales en las estrategias adoptadas para promover el cumplimiento de las conductas de autocuidado frente a la COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2021; Phillips, 2021).

El presente estudio tuvo como objetivo general establecer los predictores de la adherencia a las conductas de autocuidado para la prevención del contagio de la COVID-19. A nivel específico, se buscó determinar el nivel predictivo que poseen las variables sociodemográficas, la percepción de riesgo y la norma procuidado contra la COVID-19 en tres conductas de autocuidado en la población chilena mayor a 18 años de edad: (a) uso de mascarilla, (b) conductas de higiene y (c) distancia social. Adicionalmente, este estudio exploró un posible efecto de interacción entre la percepción de riesgo y la norma procuidado, aspecto que no ha sido considerado ni en la literatura clásica correspondiente a la psicología de la salud ni en los estudios que han buscado predecir conductas de autocuidado en contextos de la COVID-19. Al respecto, Kasperian et al. (1988) y Renn et al. (1992) plantearon que la percepción de riesgo está determinada por variables culturales y sociales que tienen el potencial de impactar en la ejecución de determinadas conductas. Estos planteamientos han sido conceptualizados en la llamada teoría de la amplificación social del riesgo. En esta teoría, los autores sostienen que la intensificación o atenuación de una amenaza estaría sujeta al reconocimiento, interpretación y comunicación desde otros, quienes ponderarían el riesgo que genera dicha amenaza. Así, si otros

significativos sugieren que hay que cuidarse de la COVID-19 (i.e., norma inyuctiva, lo que se debería hacer), esto supondría un aumento de la percepción de riesgo de contagio y, por tanto, de las conductas de autocuidado. A partir de lo anterior, este trabajo buscó evaluar el efecto de interacción que tiene la percepción de riesgo y las normas procuidado en la predicción de las conductas de autocuidado para la prevención del contagio de la COVID-19.

Método

El presente estudio posee un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transversal, multivariado y con un alcance explicativo (Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 1.033 participantes por medio de un muestreo nacional en línea (autoselección). Los criterios de inclusión consideraron que los participantes fueran mayores de edad y residieran en Chile al momento de responder. Un 2% residía en la macrozona norte, 38% en la macrozona centro, un 17% en la macrozona centro sur, un 42% en la macrozona sur y un 1% en la macrozona austral. El rango de edad de los participantes fue desde los 18 a 78 años ($M = 36,2$, $DE = 13,8$). Un 72% de los participantes se identificó con el género femenino. Respecto del nivel educativo, el 11% reportó poseer educación secundaria o inferior, el 61% informó educación de nivel terciaria y el 28% de posgrado. Finalmente, en relación con el estatus socioeconómico autopercibido, el 14% declaró pertenecer a un estatus bajo o medio bajo, 41%, a un estatus medio, 33%, a un estatus medio alto y un 12%, a un estatus alto o muy alto.

Instrumentos

Los participantes tuvieron que responder a un cuestionario que contenía diferentes variables sociodemográficas y escalas sobre la COVID-19:

Cuestionario Sociodemográfico

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico *ad hoc* con el objetivo de recolectar datos respecto de la edad, género (i.e., ¿con cuál género se identifica?, entregando las opciones *masculino*, *femenino* y *otro*), nivel de educación agrupado en tres opciones de respuesta (*educación secundaria o inferior*, *educación universitaria o técnica de pregrado completa o incompleta* y *educación de posgrado*) y finalmente, la percepción de estatus socioeconómico. En esta pregunta los participantes debían ubicarse en una escalera que representaba los estatus socio-económicos de las personas en Chile. El peldaño más alto de esta escalera representaba a las personas más acomodadas, las que tienen más dinero, más educación y mejores trabajos; mientras que el peldaño más bajo representaba a las personas con menos dinero, menor educación y peores trabajos (o sin trabajo). Esta escalera presenta cuatro peldaños, *estatus bajo o medio bajo*, *estatus medio*, *estatus medio alto* y *estatus alto o muy alto*. Esta medida de percepción de estatus socioeconómico ha sido utilizada en otros estudios, como Barrera-Herrera et al. (2022) y Baeza-Rivera et al. (2021a), entre otros.

Escala de Percepción de Riesgo de Contraer la COVID-19

Es una escala de autorreporte con robusta evidencia de validez convergente, discriminante y de constructo. Esta escala está compuesta por cuatro ítems originales ($\alpha = 0,795$) de Rajamoorthy et al. (2018), traducidos y adaptados al español y al contexto de pandemia ($\alpha = 0,700$) por Cavazos-Arroyo & Pérez de Celis-Herrero (2020) y un ítem construido *ad hoc*. La escala original y su adaptación poseen evidencias de validez convergente a través de la Varianza Extraída Media (AVE > 0,500), evidencias de validez discriminante mediante indicadores de cargas cruzadas, el criterio de Fornell y Larcker, así como a partir del método Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) con variables como la percepción de riesgo y el comportamiento vacuatorio previo. En cuanto a evidencias de validez de constructo esta escala ha mostrado una estructura de un factor. En el presente estudio se evaluó exploratoriamente la estructura de esta escala para la percepción de riesgo de contraer la COVID-19. Los resultados de un análisis factorial exploratorio (AFE) revelaron que esta escala presentó una estructura unifactorial (Anexo A), en la cual los cuatro ítems originales (ejemplo de ítem, Creo que la infección por la COVID-19 puede ser muy grave) presentaron cargas factoriales mayores a 0,40, por lo que se calculó un promedio solo con esos ítems.

El ítem construido *ad-hoc* (i.e., Mi cuerpo podría resistir la infección por la COVID-19) presentó una carga factorial inferior a 0,40, por lo que no fue considerado para los análisis posteriores. Las respuestas fueron evaluadas en formato de escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = *totalmente en desacuerdo* hasta 5 = *totalmente de acuerdo*). Los puntajes altos en el promedio de esta escala reflejan mayor percepción de riesgo y peligrosidad respecto a la COVID-19. El coeficiente Omega de McDonald fue de $\omega = 0,717$.

Escala de Normas Procuidado contra la COVID-19

Es una escala de autorreporte compuesta por cuatro ítems ($\alpha = 0,870$) de Harmsen et al. (2012), traducidos y adaptados al español y al contexto de por Cavazos-Arroyo & Pérez de Celis-Herrero (2020). La adaptación de la escala original posee evidencia de validez convergente a través de la AVE ($> 0,500$) y evidencia de validez discriminante mediante indicadores de cargas cruzadas, el criterio de Fornell y Larcker, así como a partir del método HTMT con variables como la percepción de riesgo y el comportamiento vacunatorio. Esta escala mostró una configuración unifactorial ($\alpha = 0,800$). En este estudio se realizó un AFE para establecer la estructura del instrumento e identificar los ítems que pueden ser promediados. El AFE reveló que esta escala presentó una estructura unifactorial (Anexo B) compuesta solo por tres ítems que presentaron cargas sobre 0,40, por lo que se calculó un promedio con ellos. Un ítem (Consideraría vacunarme contra la COVID,19, si alguno de mis cercanos también lo hiciera) presentó una carga factorial inferior a 0,40, por lo que no fue considerado para calcular el promedio. Las respuestas (e.g., Mis cercanos me motivan a que me cuide de la COVID-19) fueron evaluadas en formato de escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = *totalmente en desacuerdo* hasta 5 = *totalmente de acuerdo*). Los puntajes altos en el promedio de esta escala indican una mayor influencia de otros significativos en la realización de conductas de autocuidado. El coeficiente Omega de McDonald fue de $\omega = 0,879$.

Escala de Conductas de Autocuidado contra la COVID-19

Es una escala de autorreporte traducida y adaptada de Oleksy et al. (2021) que evalúa la ejecución de conductas de autocuidado a partir de siete ítems ($\alpha = 0,660$). En este estudio se modificó el formato de respuesta original dicotómica (si-no) para evaluar la frecuencia de estas conductas en lugar de su simple presencia o ausencia. En consecuencia, se evaluó exploratoriamente esta versión modificada de la escala. Específicamente, el AFE reveló que esta escala presentó una estructura bifactorial: la subescala de Higiene que conformó un factor compuesto por tres ítems ($\omega = 0,794$) y la sub-escala de Distancia Social, también compuesta por tres ítems ($\omega = 0,675$) (Anexo C). En tanto, el ítem que evaluó el uso de mascarilla (i.e., Uso mascarilla) no reportó cargas factoriales en ninguno de estos dos factores, por lo que fue analizado individualmente. Las respuestas para estas dos subescalas y el ítem que evaluaba el uso de mascarilla tenían un formato de escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 = *nunca* hasta 4 = *siempre*). Los puntajes altos reflejan una alta adopción de conductas preventivas de higiene, distancia social y uso de mascarilla contra la COVID-19, respectivamente.

Procedimiento

El presente estudio fue parte del proyecto independiente "Vacunarse o no vacunarse ¿Por qué tenemos ese dilema?: predictores de la intención de vacunación contra la COVID-19", elaborado considerando los lineamientos éticos de la Singapore Statement on Research Integrity (2010). La aplicación del instrumento fue en línea a través de la plataforma *QuestionPro* y su enlace de acceso se difundió por redes sociales entre diciembre 2020 y enero 2021. Este formato de cuestionario en línea permitió acceder a una amplia cantidad de personas en diversos puntos del país, evitando el contacto físico, con el fin de prevenir el contagio. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Católica de Temuco (Resolución N° 65/20). Los participantes no recibieron retribución económica ni de otro tipo y debieron aceptar un consentimiento informado, en el cual se les indicó el objetivo del estudio y las consideraciones éticas asociadas a investigaciones de este tipo (voluntariedad, anonimato, confidencialidad, datos de contacto de las investigadoras responsables). En caso de estar conformes con participar en la investigación, las personas debían dar clic a la opción de "aceptar". El proceso de contestar el cuestionario tomaba alrededor de 15 minutos. Finalmente, quienes estaban interesados en tener los resultados generales del estudio podían dejar registrado su correo electrónico para obtener dicha información. Una síntesis de esta información fue socializada a través de correo electrónico y redes sociales.

Análisis de Datos

Se realizaron análisis preliminares para revisar la calidad de los datos (i.e., datos inconsistentes y perdidos). A continuación, se ejecutaron análisis descriptivos y de frecuencias para caracterizar la muestra según las variables sociodemográficas consultadas. Luego, tal como se ha descrito en la sección de Instrumentos, se realizó un AFE para explorar la estructura de cada una de las escalas utilizadas, con el fin de asegurar que el cálculo del promedio de cada escala agrupaba a los ítems más pertinentes. Posteriormente, considerando la naturaleza ordinal de los datos, se ejecutaron análisis de consistencia interna a través del coeficiente Omega de McDonald (Revelle, 2019). Se revisaron los supuestos de linealidad, datos fuera de rango, independencia de los errores, normalidad, homocedasticidad y multicolinealidad, necesarios para el análisis de regresión múltiple (Fox & Weisberg, 2020). Se ejecutaron análisis de regresión múltiple mediante el método jerárquico con el fin de determinar aquellas variables que mejor predicen la adherencia a las conductas de autocuidado contra la COVID-19 en los modelos estimados (i.e., uso de mascarilla, conductas de higiene y distancia social) (Cohen et al., 2003). En este análisis se incluyeron las variables de acuerdo a su vinculación teórica y empírica en la literatura científica. Particularmente, se incluyeron las variables sociodemográficas (i.e., edad, género, nivel educacional y estatus socioeconómico) en un primer bloque; la percepción de riesgo y las normas de autocuidado contra la COVID-19 en un segundo bloque y el término de interacción entre la percepción de riesgo y las normas de autocuidado en un tercer bloque. Finalmente, se realizó un análisis de pendientes simples para evaluar los efectos de la percepción de riesgo en los distintos niveles de la norma de autocuidado (baja, media y alta).

Los análisis fueron realizados con el software estadístico Jamovi versión 1.2 (Jamovi Project, 2020).

Resultados

Se realizó un análisis de regresión múltiple jerárquica que buscaba predecir la adherencia a las conductas de autocuidado a partir de las variables sociodemográficas (i.e., edad, género, nivel educacional y estatus socio-económico), la percepción de riesgo y las normas de autocuidado contra la COVID-19. Se cumplieron todos los supuestos de manera razonable. Específicamente, se revisaron gráficos de dispersión y de residuos frente a los valores ajustados, los cuales sugerían una relación lineal. Además, se verificó la independencia de los errores mediante la prueba de Durbin-Watson. En particular, los valores obtenidos para el uso de mascarillas, higiene y conductas de distanciamiento fueron $D-W = 1,872$, $D-W = 1,867$ y $D-W = 2,026$ respectivamente. Según Montgomery et al. (2001), estos valores deben estar entre 1,5 y 2,5 para cumplir con este supuesto, lo cual se confirmó en este caso. Se evaluó la normalidad de los residuos a través de gráficos $Q-Q$, los cuales se ajustaron razonablemente a una distribución normal teórica. Respecto al supuesto de homocedasticidad de los residuos, se empleó la prueba de Goldfeld-Quandt (Carapeto & Holt, 2003), sugiriendo que los residuos son homocedásticos ($Goldfeld-Quandt = 1,059$, $p = 0,262$). La multicolinealidad se evaluó mediante las pruebas de FIV y Tolerancia, las cuales se interpretaron según los criterios de Shrestha (2020); es decir, $FIV < 10$ y $Tolerancia > 0,100$ indican ausencia de multicolinealidad. Finalmente, se observó que un 2,3% de los datos se encontraron fuera de rango; sin embargo, de acuerdo con Cook (2000), estos fueron mantenidos en el análisis debido a que no fueron caracterizados como influyentes según la distancia de Cook ($Distancia de Cook < 0,50$).

Predicción del Uso de Mascarilla contra la COVID-19

El modelo de regresión ajustado predijo significativamente el uso de mascarilla, $F(7, 1006) = 29,175$, $p < 0,001$. En el primer paso, al incluir solo las variables sociodemográficas, estas explicaron el 2,4% de la varianza del uso de mascarilla. En este primer bloque, solo el nivel educacional y el género fueron significativos. Así, miembros del género femenino y personas de nivel educacional más alto reportaron mayor adherencia al uso de mascarilla. En el segundo paso, cuando se incluyeron conjuntamente las variables sociodemográficas y psicosociales, la capacidad explicativa del modelo se incrementó a un 12,9%. Todas las variables, menos la edad y el nivel educacional, aportaron directa y significativamente a la predicción. Por último, cuando se incorporó el término de interacción entre la percepción de riesgo y la norma de autocuidado, la capacidad explicativa del modelo aumentó a un 16,3%. Al igual que en el modelo anterior, solo edad y nivel educacional no fueron predictores significativos del uso de mascarilla. Específicamente, se encontró que a medida que aumentaba el estatus socioeconómico, la percepción de riesgo y la norma de autocuidado mayor era la adherencia al uso de mascarilla.

Igualmente, se encontró que el género femenino tuvo una mayor adhesión al uso de mascarilla que el género masculino. Más importante, el término de interacción resultó significativo, pero con signo negativo. Esto sugiere que el efecto positivo de la percepción de riesgo en el uso de mascarilla aumenta cuando la norma de cuidado disminuye. Análisis de pendientes simples (ver Figura 1a) mostraron que cuando la norma de cuidado es baja, mayor percepción de riesgo predice mayor uso de mascarilla ($b = 0,280$, $p < 0,001$); esta predicción se mantiene, aunque con menor intensidad, cuando la norma es moderada ($b = 0,137$, $p < 0,001$) y se vuelve no significativa cuando la norma es alta ($b = -0,006$, $p = 0,830$). Los coeficientes estandarizados, no estandarizados y sus respectivos errores estándar pueden ser encontrados en la Tabla 1.

Predicción de Conductas de Higiene para la COVID-19

El modelo de regresión ajustado predijo significativamente las conductas de higiene, $F(7, 1006) = 28,455$, $p < 0,001$. En el primer paso, al incluir solo las variables sociodemográficas, estas explicaron el 6,4% de la varianza de las conductas de higiene. La edad y género predijeron directamente, mientras que el estatus socioeconómico mostró una asociación inversa. El nivel educacional resultó no significativo. Las personas que se identificaron con el género femenino y personas de mayor edad adhirieron más a las conductas de higiene, mientras que a mayor estatus socioeconómico menor fue la adhesión a este tipo de conductas. En el segundo paso, cuando se incluyeron conjuntamente las variables sociodemográficas y psicosociales, la capacidad explicativa del modelo se incrementó a un 15,4%. Todas las variables, excepto nivel educacional, aportaron de manera significativa y directa a la predicción. El estatus socioeconómico lo hizo de manera inversa. Por último, cuando se agregó el término de interacción entre la percepción de riesgo y la norma de cuidado, la capacidad explicativa del modelo aumentó a un 15,9%. Nivel educacional y estatus socioeconómico no fueron predictores significativos de las conductas de higiene para la COVID-19. Se encontró que a medida que aumentaba la edad, la percepción de riesgo y la norma de cuidado mayor fue la adherencia a las conductas de higiene. Igualmente, se encontró que el género femenino tuvo una mayor adhesión a las conductas de higiene que el género masculino. La interacción entre percepción de riesgo y norma de cuidado resultó significativa, pero con signo negativo. Esto sugiere que el efecto positivo de la percepción de riesgo en la adopción de conductas de higiene aumenta cuando la norma de cuidado disminuye (ver Figura 1b). El análisis de pendientes simples mostró que cuando la norma de cuidado es baja, una mayor percepción de riesgo predice mayor adopción de conductas de higiene ($b = 0,321$, $p < 0,001$); esta predicción se mantiene, aunque con menor intensidad, cuando la norma es moderada ($b = 0,225$, $p < 0,001$), y cuando es alta ($b = 0,130$, $p = 0,014$). Los coeficientes estandarizados, no estandarizados y sus respectivos errores estándar pueden ser encontrados en la Tabla 2.

Figura 1

Efectos de Interacción entre Percepción de Riesgo y Norma Procuidado en la Predicción del Uso de Mascarilla (a), Conductas de Higiene (b) y Distanciamiento Social para la COVID-19 (c)

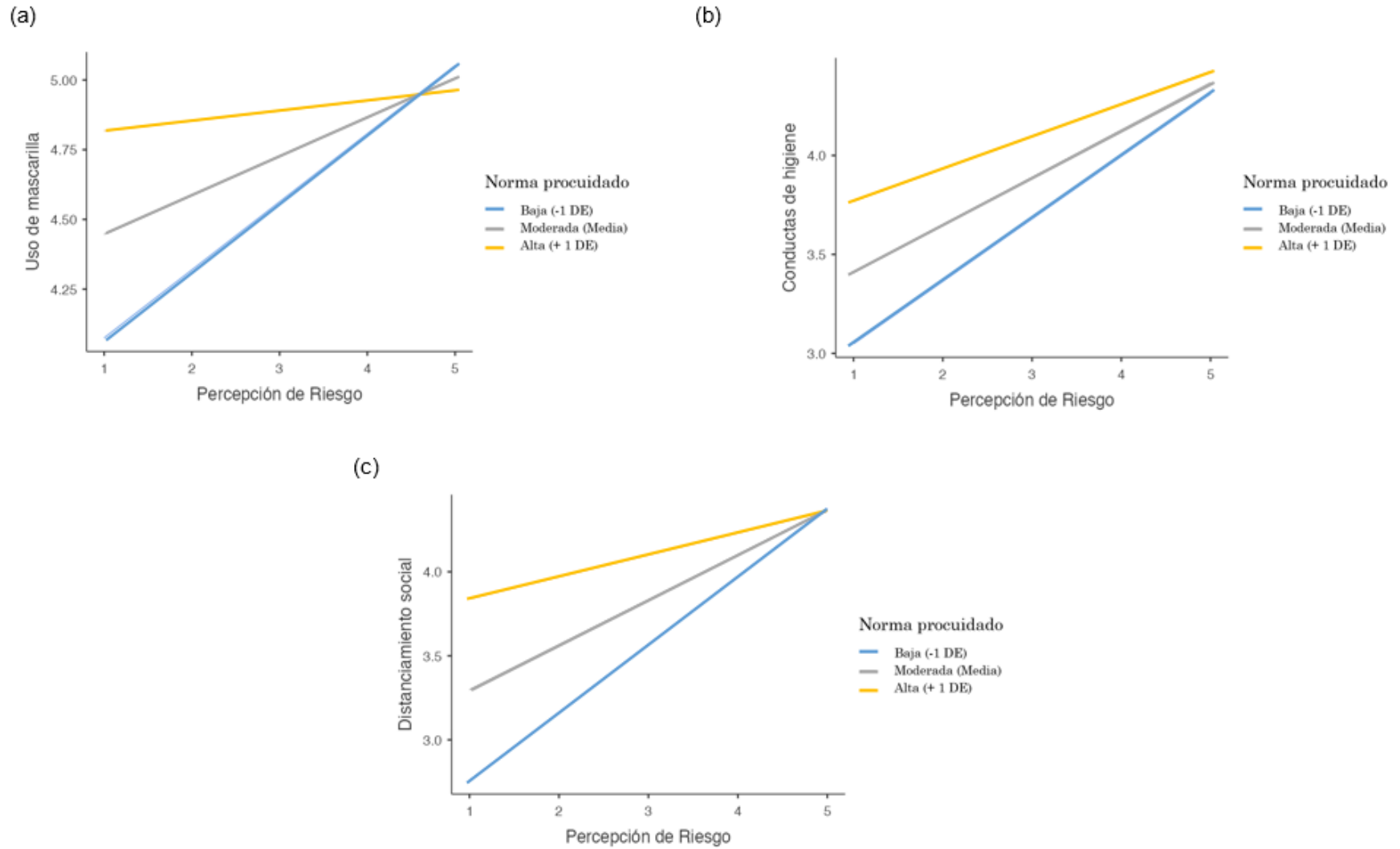


Tabla 1*Predictores del Uso de Mascarilla contra la COVID-19*

Variable	Bloque 1					Bloque 2					Bloque 3				
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	4,542	0,081		55,93	< 0,001	3,579	0,115		30,87	< 0,001	1,793	0,299		6,007	< 0,001
Edad	-0,001	0,001	-0,036	-1,09	0,274	-0,001	0,001	-0,052	-1,64	0,101	-0,002	0,001	-0,048	-1,526	0,127
Nivel educacional	0,026	0,012	0,074	2,11	0,036	0,006	0,012	0,019	0,56	0,576	0,008	0,012	0,023	0,686	0,493
Estatus socioeconómico	0,024	0,016	0,049	1,49	0,136	0,031	0,015	0,065	2,08	0,038	0,031	0,015	0,065	2,091	0,037
Género	0,144	0,032	0,138	4,44	< 0,001	0,131	0,030	0,126	4,28	< 0,001	0,116	0,030	0,111	3,813	< 0,001
Norma procuidado						0,080	0,016	0,145	4,76	< 0,001	0,563	0,076	0,133	7,374	< 0,001
Percepción de riesgo						0,189	0,022	0,263	8,56	< 0,001	0,650	0,074	0,195	8,730	< 0,001
Norma procuidado * Percepción de riesgo											-0,123	0,019	-0,145	-6,471	< 0,001
<i>R</i> ² ajustado	0,024					0,129					0,163				

Nota. *B* = Coeficiente de regresión no estandarizado, β = Coeficiente de regresión estandarizado, *EE* = Error estandarizado.

Predicción de Conductas de Distanciamiento Social para la COVID-19

El modelo de regresión ajustado predijo significativamente la distancia social, $F(7, 1006) = 35,393$, $p < 0,001$. En el primer paso, al incluir solo las variables sociodemográficas, estas explicaron el 1,60% de la varianza de la distancia social. El género y el nivel educacional predijeron directamente, mientras que el estatus socioeconómico mostró una asociación inversa. La edad resultó ser no significativa. Las personas que se identificaron con el género femenino y personas de nivel educacional más alto reportaron mayor adherencia a conductas de distanciamiento social, mientras que a mayor estatus socioeconómico menor adhesión a este tipo de conductas. En el segundo paso, cuando se incluyeron conjuntamente las variables sociodemográficas y psicosociales, la capacidad explicativa del modelo se incrementó a un 16,7%. Sin embargo, solo el género, la percepción de riesgo y la norma procuidado aportaron de manera significativa y directa a la predicción. Finalmente, al incorporar la interacción entre la percepción de riesgo y la norma procuidado, la capacidad explicativa del modelo aumentó a un 19,2%. Se encontró que a medida que aumentaba el estatus socioeconómico, la percepción de riesgo y la norma procuidado mayor fue la adherencia a conductas de distanciamiento social. Igualmente, se encontró que el género femenino tuvo una mayor adhesión a conductas de distancia social que el género masculino. La interacción entre percepción de riesgo y norma procuidado resultó significativa, pero con signo negativo. Esto supone que el efecto positivo de la percepción de riesgo en la adopción de conductas de distanciamiento social aumenta cuando la norma procuidado disminuye (ver Figura 1c). Los resultados del análisis de pendientes simples revelaron que cuando la norma procuidado es baja, mayor percepción de riesgo predice una mayor adopción de conductas de distanciamiento social ($b = 0,422$, $p < 0,001$); esta predicción se mantiene, aunque con menor intensidad, cuando la norma es moderada ($b = 0,285$, $p < 0,001$) o cuando es alta ($b = 0,147$ $p < 0,001$). Los coeficientes estandarizados, no estandarizados y sus respectivos errores estándar pueden ser encontrados en la Tabla 3.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo establecer los predictores de la adherencia a las conductas de autocuidado para la prevención del contagio de la COVID-19. Se encontró que el género, la percepción de riesgo y la norma procuidado contra la COVID-19 predijeron de manera directa y significativa todas las conductas de autocuidado. Particularmente, se identificó que la edad fue un predictor directo solo de las conductas de higiene, mientras el estatus socioeconómico lo fue del uso de mascarilla y la distancia social. Los modelos de regresión ajustados lograron explicar significativamente el 16,3% de la varianza del uso de mascarilla, el 15,9% de las conductas de higiene y el 19,2% de la distancia social. Aún más importante, se encontró un efecto de interacción entre la percepción de riesgo y la norma procuidado en la predicción de todas las conductas de autocuidado. Específicamente, se encontró que a niveles bajos de norma procuidado la percepción de riesgo potencia la adopción de conductas de autocuidado.

Respecto de las variables sociodemográficas como predictores de las conductas de autocuidado, los hallazgos del presente estudio son consistentes con investigaciones previas. Las personas que se identifican con el género femenino reportaron una mayor adherencia al uso de mascarilla, conductas de higiene y distancia social que el género masculino (Gerber et al., 2021; Gonzalez et al., 2021; Kwok et al., 2020; Liu et al., 2020; Mohammadpour et al., 2020; Wang, Pan et al., 2020; Yıldırım & Güler, 2020). Esta tendencia coincide con cifras chilenas obtenidas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2021) que muestran que las mujeres tienen una menor tasa de mortalidad por la COVID-19 que los hombres, probablemente por la mayor adhesión a conductas de autocuidado. Estos resultados aluden directamente a la variable sexo, como distinción biológica, y no al género, variable medida en este estudio, por lo que deben ser considerados con mesura. Sin embargo, los resultados obtenidos del presente estudio son coherentes con el rol que la sociedad ha asignado a personas que suelen identificarse con el género femenino. Estos datos cobran sentido, pues, históricamente, debido a la socialización y educación diferenciada, las mujeres y personas que se identifican con el género femenino son las que han desempeñado roles de cuidado personal y familiar (Gilligan, 1982). Esta característica de orientación hacia otros que presenta el género femenino también está asociada a un mayor desarrollo de la empatía y a una preocupación por el bienestar del grupo (Kottak, 2011).

Así, esta focalización hacia otros podría explicar el por qué las personas de género femenino implementan más frecuentemente conductas de autocuidado, ya que estas conductas no solo involucrarían un cuidado

personal, sino que también serían medidas que, al evitar la propagación de la COVID-19, permitirían cuidar a cercanos significativos (Bish & Michie, 2010; Gerber et al., 2021; Gonzalez et al., 2021; Kwok et al., 2020; Liu et al., 2020; Mohammadpour et al., 2020; Sarabia-Cobo et al., 2021; Wang, Pan et al., 2020; Yildirim & Güler, 2020).

La edad ha sido considerada un predictor importante de conductas en salud (Bermejo-Martins et al., 2021; Gerber et al., 2021; Sun et al., 2020; Underwood, 2019; Yildirim & Güler, 2020). Sin embargo, en este estudio no se encontró que desempeñase un rol predictor en todas las conductas de autocuidado. Específicamente, la edad predijo una mayor ejecución de las conductas de higiene, pero no del uso de mascarilla y distancia social. Esto podría deberse a que la estrategia sanitaria estableció que las personas mayores de 60 años y con comorbilidades fueran consideradas como población de mayor riesgo, porque poseen un peor pronóstico frente a un contagio de la COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Wynants et al., 2020). Esto ha sido corroborado por las cifras del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2021) recopiladas en Chile durante los años 2020 y 2021, las cuales confirman que las personas mayores de 60 años representan el 82% de las muertes confirmadas por la COVID-19. Así, este segmento de la población ha tenido mayores restricciones sanitarias, debiendo quedarse en el hogar, lo que podría implicar que han contado con menores oportunidades para ejecutar conductas como el uso de mascarilla y mantenimiento de la distancia social que grupos de menor edad.

Si bien el estatus socioeconómico se ha reportado como un predictor de conductas en salud (Gerber et al., 2021; Obach et al., 2021), solo predijo la adherencia al uso de mascarilla y al distanciamiento social. Consistentemente con la literatura (Obach et al., 2021), las personas de estatus socioeconómicos más altos presentan mayor uso de mascarilla; sin embargo, y contrario a lo esperado, adhieren en menor medida al distanciamiento social, lo cual posiblemente esté relacionado con las condiciones de vida de quienes se encuentran en dichas posiciones sociales, ya que, al habitar en lugares menos aglomerados y sin hacinamiento, hacen menor uso del transporte público y tienen más probabilidades de realizar teletrabajo. Todas estas condiciones permiten cumplir con las medidas de distanciamiento social, por lo que pueden reportar no estar ejecutándolas (Gerber et al., 2021). El nivel educacional, y en contra de lo esperado (Gerber et al., 2021; Mohammadpour et al., 2020; Obach et al., 2021), no fue un predictor significativo para las conductas de autocuidado. Posiblemente, estos resultados se pueden explicar porque la muestra se caracteriza por poseer niveles altos de educación (88% posee educación terciaria o superior) y por pertenecer a un estatus socioeconómico medio alto o altos (45% reportan un estatus socioeconómico medio alto o superior). Así, la muestra presenta características particulares que podrían no reflejar la variabilidad de la población general chilena. Futuros estudios deberán procurar, a través de muestreos probabilísticos estratificados, examinar a muestras con mayor diversidad para dilucidar la relación entre estas variables y las conductas de autocuidado.

Es importante destacar que en este estudio se encontró variabilidad en cuanto al rol predictor que desempeñan las características sociodemográficas, pues algunas fueron predictoras y otras no. Estos resultados son consistentes con lo que plantea el modelo integrador de Betancourt (Betancourt, 2015; Betancourt et al., 2010, 2011). En este modelo se plantea que, si bien las variables sociodemográficas tienen un efecto en la conducta, este efecto es distal. Así, las características sociodemográficas se deberían comprender como fuentes de variación de variables culturales, sociales y psicológicas (i.e., normas procuidado y percepción de riesgo), las cuales tienen efectos más directos en la conducta. Los hallazgos aquí reportados permiten comprender el rol que cada una de estas variables tiene en la predicción de conductas en salud, particularmente aquellas relacionadas con el cuidado y evitación del contagio y propagación de la COVID-19.

Respecto de los predictores psicosociales, tales como la percepción de riesgo y normas procuidado contra la COVID-19, los resultados obtenidos son consistentes con la literatura, la cual plantea que la percepción de riesgo de contraer la COVID-19 es uno de los predictores más importantes para todas las conductas de autocuidado (Bi et al., 2021; Dryhurst et al., 2020; Ferrer & Klein, 2015; Gerber et al., 2021; Magnan et al., 2021; Savadori & Lauriola, 2021; Singh & Upadhyay, 2021; Slovic, 1987; Wise et al., 2020). La COVID-19 ha sido percibida con alto riesgo por la población mundial, puesto que su curso ha sido impredecible.

Si bien la evidencia señala que existen ciertas condiciones y/o comorbilidades que aumentan el riesgo de gravedad de la enfermedad (e.g., enfermedades cardíacas, pulmonares, inmunes, hepáticas, renales, cáncer, diabetes, sobrepeso y obesidad; Sanyaolu et al., 2020; Wang, Li et al., 2020), han existido casos con complicaciones graves en los que estas condiciones no estaban presentes. Así, una alta percepción de riesgo asociada a la COVID-19 ha funcionado incentivando a las personas a buscar protegerse y a evitar el contagio y, por tanto, a adoptar conductas de autocuidado, como el uso de mascarilla y la adhesión a las conductas de higiene y de distancia social (Bi et al., 2021; Dryhurst et al., 2020; Gerber et al., 2021; Magnan et al., 2021; Savadori & Lauriola, 2021; Singh & Upadhyay, 2021; Wise et al., 2020).

Asimismo, y de forma coherente con investigaciones previas, las normas procuidado también demostraron ser un predictor relevante de todas las conductas de autocuidado estudiadas (Baeza-Rivera et al., 2021a; Conner & Norman, 2005; Gerber et al., 2021). El cumplimiento de estas conductas estaría explicado por las percepciones sociales del individuo respecto de cómo las personas significativas (e.g., familia, amigos) valoran sus comportamientos. De esta manera, si estas personas significativas valoran positivamente la adhesión a conductas de autocuidado, entonces será más probable que las personas adopten dichas conductas por el efecto que generaría la norma inyuctiva. Estos resultados además son consistentes con características culturales que posee la población chilena, como el familismo, el cual se ha asociado con conductas protectoras y de cuidado de la salud en la población latina (Le, 2020).

De mayor relevancia para este estudio, se encontró un efecto de interacción entre las normas procuidado y la percepción de riesgo. Esta interacción mostró el mismo patrón para todas las conductas de autocuidado. Específicamente, cuando la norma procuidado era baja, mayor percepción de riesgo predijo una mayor adopción del uso de mascarilla, conductas de higiene y de distanciamiento social, lo cual es contrario a lo planteado en la teoría de la amplificación social del riesgo (Kasperson et al., 1988; Renn et al., 1992). Sin embargo, estos resultados pueden ser explicados de acuerdo a lo expuesto por Norgaard (2011) y Wolf et al. (2010), quienes mencionan que existe una relación inversa entre lo que los otros significativos valoran (norma procuidado) y la percepción de riesgo. De esta manera, una menor adopción de normas procuidado implicaría un aumento de la percepción de riesgo. Esto adquiere relevancia al considerar la amenaza y lo incontrolable que han sido las consecuencias del contagio por la COVID-19. Así, la percepción de riesgo y severidad que podría generar un eventual contagio podría convertirse en una decisión personal, aun cuando exista una valoración de otros significativos por mantener conductas de cuidado. En consecuencia, la percepción de riesgo se transforma en una variable crítica a la hora de considerar una comunicación efectiva que promueva la ejecución de conductas de cuidado. Estos resultados constituyen un aporte, puesto que cuando se evalúa el efecto de la percepción de riesgo y la norma procuidado de manera individual, cada una posee un efecto positivo en la adopción de las conductas de autocuidado. Sin embargo, cuando se examina la interacción de estas variables, sus efectos presentan una asociación negativa, es decir, altos niveles de una variable disminuyen los efectos de la otra.

Los resultados encontrados en la presente investigación dan cuenta de la importancia de evaluar la adherencia a las conductas de autocuidado para la COVID-19, puesto que a pesar de que la OMS ha acogido la recomendación del Comité de Emergencia en declarar el fin de la emergencia de salud pública internacional por la COVID-19, esto no significa que la enfermedad haya dejado de ser una amenaza para la salud mundial. Específicamente, todavía persisten casos activos que podrían dar lugar a la aparición de brotes locales o regionales, o incluso convertirse en una enfermedad endémica. Aún más, su evolución no depende solo de la efectividad y acceso a las vacunas (Baeza-Rivera et al., 2021b; Salazar-Fernández et al., 2022b), sino que además su trayectoria está sujeta a factores como la duración de la inmunidad de las vacunas disponibles, la contagiosidad de las nuevas variantes, la vulnerabilidad de las personas no vacunadas y los niveles de adherencia a las medidas no farmacológicas, tales como el testeo, la trazabilidad y, especialmente, la mantención de las conductas de autocuidado, como el uso de mascarilla y conductas de higiene y distancia social (Phillips, 2021).

Tabla 2
Predictores de Conductas de Higiene para la COVID-19

Variable	Bloque 1					Bloque 2					Bloque 3				
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	3,478	0,140		24,83	< 0,001	1,901	0,201		9,448	< 0,001	0,597	0,527		1,132	0,258
Edad	0,010	0,001	0,171	5,23	< 0,001	0,009	0,001	0,153	4,903	< 0,001	0,009	0,002	0,156	4,978	< 0,001
Nivel educacional	0,042	0,021	0,067	1,93	0,054	0,011	0,021	0,018	0,553	0,580	0,013	0,021	0,020	0,603	0,547
Estatus socioeconómico	-0,061	0,027	-0,071	-2,19	0,029	-0,049	0,026	-0,057	-1,849	< 0,001	-0,050	0,027	-0,058	-1,865	0,063
Género	0,296	0,056	0,161	5,28	< 0,001	0,273	0,053	0,148	5,104	< 0,001	0,261	0,054	0,142	4,879	< 0,001
Norma procuidado						0,164	0,029	0,168	5,587	< 0,001	0,517	0,135	0,163	3,835	< 0,001
Percepción de riesgo						0,275	0,038	0,217	7,188	< 0,001	0,612	0,132	0,189	4,657	< 0,001
Norma procuidado * Percepción de riesgo											-0,090	0,034	-0,060	-2,678	0,008
<i>R</i> ² ajustado	0,064					0,154					0,159				

Nota. *B* = Coeficiente de regresión no estandarizado, β = Coeficiente de regresión estandarizado, *EE* = Error estandarizado.

A pesar de la relevancia que tiene estudiar estas conductas, la mayoría de las investigaciones se ha centrado en analizar la relación entre las variables sociodemográficas y la adopción individual en conductas de autocuidado, sin considerar si estas variables interactúan entre sí (Bermejo-Martins et al., 2021; Gerber et al., 2021; Gonzalez et al., 2021; Obach et al., 2021). Si bien es importante establecer esta asociación en la elaboración de estrategias en salud específicas y contextualizadas, estas variables, dado que constituyen características estructurales y permanentes de los individuos, en la práctica no son susceptibles de ser modeladas desde las ciencias sociales y de la salud. Así, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, el impacto que tuvieron las variables sociodemográficas en la predicción de las conductas de autocuidado fue muy bajo, mientras que las variables psicosociales y su interacción mostraron un mayor impacto. Es por esta razón que los hallazgos del presente estudio son tan relevantes, puesto que entregan evidencia empírica respecto del rol que desempeñan variables posibles de intervenir, como la percepción de riesgo y las normas procuidado contra la COVID-19 en la adopción individual de conductas de autocuidado en la población nacional (Gerber et al., 2021; Gonzalez et al., 2021; Salazar-Fenández et al., en prensa). Específicamente, en la literatura basada en el modelo de creencias en salud (Becker, 1974; Rosenstock, 1974), en la teoría de la conducta planificada y razonada (Conner & Sparks, 2005) y el modelo integrador de Betancourt (Betancourt et al., 2010; Flynn et al., 2011) se señalan lineamientos para abordar el aumento de la percepción de riesgo de la COVID-19 y promover las normas procuidado a partir de estrategias e intervenciones (Albery & Munafò, 2008; Baeza-Rivera et al., 2021a; Baron & Byrne, 2005; Cialdini & Trost, 1998; Conner & Norman, 1996, 2005; Cori et al., 2020; Joffe, 2003; Kasperperson et al., 1988; Loewenstein et al., 2001; Roos et al., 2015; Slovic, 2010; Tyler, 2021).

Considerando los actuales desafíos en salud pre y post pandemia, así como los propios del proceso constituyente en Chile (Manríquez-Robles, 2021; 2022a, 2022b), estas estrategias deben señalar claramente tanto los riesgos que tiene el contagio y la enfermedad por la COVID-19, como la promoción y mantención de normas procuidado, ya que cuando las personas saben los riesgos y cuáles son los comportamientos normativos valorados positivamente por su grupo, es más probable que adopten dichas conductas (Drury et al., 2015; Novelli et al., 2013; Ntontis et al., 2020; Stott et al., 2001). Por otro lado, aunque las variables sociodemográficas no son susceptibles de ser modificadas, las estrategias pueden ser focalizadas a distintos grupos. De acuerdo a los resultados de este estudio, se recomiendan implementar estrategias que busquen promover la adherencia a todas las conductas de autocuidado a través del aumento en la percepción de riesgo de la COVID-19 en el género masculino, pues reportaron puntajes más bajos. Adicionalmente, se sugiere la focalización en estrategias que promuevan la adherencia al uso de mascarilla en estatus socioeconómicos más bajos, conductas de higiene en los grupos de menor edad y conductas de distanciamiento social en estatus socioeconómicos más altos.

A modo de síntesis, la presente investigación constituye una valiosa contribución a la comprensión de la adherencia a las conductas de autocuidado, tales como el uso de mascarilla, conductas de higiene y distancia social. No obstante, se deben considerar algunas limitaciones. El presente estudio es de carácter transversal, cuya recolección de datos fue entre diciembre del 2020 y enero del 2021, por lo tanto, los resultados informan sobre las conductas en un momento y contexto específico. Debido a que la pandemia y las estrategias para afrontarla han ido cambiando a lo largo del tiempo, futuros estudios deberán considerar un abordaje longitudinal con el fin de evaluar la estabilidad temporal de los predictores aquí reportados. Otra limitación se refiere a las características que posee la muestra del estudio, la cual presenta una mayoría de participantes del género femenino, con niveles educacionales altos y que consideran que provienen de estatus socioeconómicos medios altos, por lo tanto, futuras investigaciones deberán buscar muestras más heterogéneas y representativas de la realidad chilena.

Dado el actual contexto sanitario y las variaciones que ha tenido tanto el manejo de la pandemia como las medidas sanitarias y los comportamientos de la población respecto a la COVID-19, es sumamente relevante considerar el rol que poseen las variables sociodemográficas, psicosociales y sus interacciones en la adherencia a las conductas de autocuidado. La comprensión de estas variables es clave para la generación de estrategias que busquen promover la mantención de dichas conductas en el tiempo y, así, alcanzar el control de la pandemia.

Tabla 3*Predictores de Conductas de Distanciamiento Social para la COVID-19*

Variable	Bloque 1					Bloque 2					Bloque 3				
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercepto	3,913	0,125		31,14	< 0,001	2,129	0,174		12,19	< 0,001	-0,226	0,452		-0,500	0,617
Edad	-2,944	0,001	-0,005	-0,16	0,867	-0,001	0,001	-0,026	-0,84	0,398	-0,001	0,002	-0,022	-0,730	0,466
Nivel educacional	0,042	0,019	0,076	2,13	0,033	0,006	0,018	0,011	0,33	0,741	0,008	0,018	0,014	0,436	0,663
Estatus socioeconómico	-0,059	0,025	-0,078	-2,34	0,019	-0,044	0,023	-0,059	-1,94	0,052	-0,045	0,023	-0,060	-1,993	0,047
Género	0,164	0,050	0,102	3,25	0,001	0,138	0,046	0,086	2,99	0,003	0,117	0,046	0,073	2,557	0,011
Norma procuidado						0,166	0,025	0,194	6,50	< 0,001	0,802	0,116	0,184	6,941	< 0,001
Percepción de riesgo						0,332	0,033	0,300	9,99	< 0,001	0,941	0,113	0,242	8,342	< 0,001
Norma procuidado * Percepción de riesgo											-0,163	0,029	-0,124	-5,637	< 0,001
<i>R</i> ² ajustado	0,016					0,167					0,192				

Nota. *B* = Coeficiente de regresión no estandarizado, β = Coeficiente de regresión estandarizado, *EE* = Error estandarizado.

Referencias

- Abraham, C. & Sheeran, P. (2005). The health belief model. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (2ª ed., pp. 28-81). Open University Press.
- Acosta González, M., Debs Pérez, G., de la Noval García, R. & Dueñas Herrera, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3), Artículo 7. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-425341>
- Albery, I. P. & Munafò, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781446213162>
- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931-934. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30567-5)
- Anderson, R. M., Hollingsworth, T. D., Baggaley, R. F., Madsen, R., & Vegvari, C. (2020). COVID-19 spread in the UK: The end of the beginning? *The Lancet*, 396(10251), 587-590. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31689-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31689-5)
- Atchison, C. J., Bowman, L., Vrinten, C., Redd, R., Pristerà, P., Eaton, J. W. & Ward, H. (2020). Perceptions and behavioural responses of the general public during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of UK Adults. *medRxiv*, Artículo 2020.04.01.20050039. <https://doi.org/10.1101/2020.04.01.20050039>
- Baeza-Rivera, M. J., Salazar-Fernández, C., Araneda-Leal, L. & Manríquez-Robles, D. (2021a). To get vaccinated or not? Social psychological factors associated with vaccination intent for COVID-19. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 15, Artículo 38. <https://doi.org/10.1177/18344909211051799>
- Baeza-Rivera, M. J., Salazar-Fernández, C., Araneda-Leal, L., & Manríquez-Robles, D. (2021b). Evidencia longitudinal de la intención y conducta vacunatoria contra el COVID-19: creencias conspirativas y creencias sobre la efectividad de las vacunas como predictores. *Psykhé*, 30(2), 1-1. <http://www.revistahistoria.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/41527>
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2005). Cognición social: Pensar en el mundo social. En R. A., Baron, & D. Byrne (Ed.), *Psicología social* (10ª ed., pp. 81-121). Pearson Education.
- Barrera-Herrera, A., Baeza-Rivera, M. J., Escandón-Nagel, N., Constanzo, J., Moya, E. & Escobar, B.. (2022). Crisis social chilena y salud mental: Una mirada desde el ciclo vital. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 40(1), 241-263. <https://doi.org/10.18800/psico.202201.008>
- Becker, D. M. & Levine, D. M. (1987). Risk perception, knowledge, and lifestyles in siblings of people with premature coronary disease. *American Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 45-50. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)31296-0](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)31296-0)
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Bermejo-Martins, E., Luis, E. O., Sarrionandia, A., Martínez, M., Garcés, M. S., Oliveros, E. Y., Cortés-Rivera, C., Belintxon, M. & Fernández-Berrocal, P. (2021). Different responses to stress, health practices, and self-care during COVID-19 lockdown: A stratified analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), Artículo 2253. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052253>
- Betancourt, H. (2015). Investigación sobre cultura y diversidad en psicología: una mirada desde el modelo integrador. *Psykhé*, 24(2), Artículo 11. <https://doi.org/10.7764/psykhe.24.2.974>
- Betancourt, H., Flynn, P. M. & Ormseth, S. R. (2011). Healthcare mistreatment and continuity of cancer screening among Latino and Anglo American women in Southern California. *Women & Health*, 51(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.541853>
- Betancourt, H., Flynn, P. M., Riggs, M. & Garberoglio, C. (2010). A cultural research approach to instrument development: The case of breast and cervical cancer screening among Latino and Anglo women. *Health Education Research*, 25(6), 991-1007. <https://doi.org/10.1093/her/cyq052>
- Bi, X., Zhang, Q., Fan, K., Tang, S., Guan, H., Gao, X., Cui, Y., Ma, Y., Wu, Q., Hao, Y., Ning, N. & Liu, C. (2021). Risk culture and COVID-19 protective behaviors: A cross-sectional survey of residents in China. *Frontiers in Public Health*, 9, Artículo 27. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.686705>
- Bish, A. & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 797-824. <https://doi.org/10.1348/135910710X485826>
- Block, P., Hoffman, M., Raabe, I. J., Dowd, J. B., Rahal, C., Kashyap, R. & Mills, M. C. (2020). Social network-based distancing strategies to flatten the COVID-19 curve in a post-lockdown world. *Nature Human Behaviour*, 4(6), 588-596. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0898-6>
- Canals, M., Cuadrado, C., Canals, A., Yohannessen, K., Lefio, L. A., Bertoglia, M. P., Eguiguren, P., Siches, I., Iglesias, V. & Arteaga, O. (2020). Epidemic trends, public health response and health system capacity: The Chilean experience in four months of the COVID-19 pandemic. *Pan American Journal of Public Health*, 44(8), Artículo e99. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.99>
- Carapeto, M., & Holt, W. (2003). Testing for heteroscedasticity in regression models. *Journal of Applied Statistics*, 30(1), 13-20. <https://doi.org/10.1080/0266476022000018475>
- Cavazos-Arroyo, J. & Pérez de Celis-Herrero, C. (2020). Severidad, susceptibilidad y normas sociales percibidas como antecedentes de la intención de vacunarse contra COVID-19. *Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia*, 22(2), 178-184. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86877>
- Cialdini, R. B. & Trost, M. R. (1998). Social influence: Social norms, conformity and compliance. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4ª ed., pp. 151-192). McGraw-Hill.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3ª ed.). Lawrence Erlbaum.
- Conner, M. & Norman, P. (Eds.). (1996). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Open University Press.
- Conner, M. & Norman, P. (2005). Predicting health behaviour: A social cognition approach. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (2ª ed., pp. 1-28). Open University Press.
- Conner, M. & Sparks, P. (2005). Theory of planned behaviour and health behaviour. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (2ª ed., pp. 170-233). Open University Press.
- Cook, R. D. (2000). Detection of influential observation in linear regression. *Technometrics*, 42(1), 65-68. <https://doi.org/10.1080/00401706.2000.10485981>

- Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E. & Anthonj, C. (2020). Risk perception and COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), Artículo 3114. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093114>
- Corporación Latinobarómetro. (2020). *Informe Chile 2020*. <https://www.latinobarometro.org>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2021). *COVID-19 en Chile. Resumen años 2020 y 2021. Perfil etario y sexo de los fallecidos por COVID en Chile*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F48107a00-a194-482d-b665-38e68a78c7cc§ionIndex=0&ssso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
- Drury, J., Novelli, D. & Stott, C. (2015). Managing to avert disaster: Explaining collective resilience at an outdoor music event. *European Journal of Social Psychology*, 45(4), 533-547. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2108>
- Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., Spiegelhalter, D. & van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 23(7-8), 994-1006. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
- Ehrenzweig Sánchez, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 7-21. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/articulo/view/554>
- Ferrer, R. A. & Klein, W. M. P. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current Opinion in Psychology*, 5, 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012>
- Fisher, J. D., Misovich, S. J. & Fisher, W. A. (1992). Impact of perceived social norms on adolescents' AIDS-risk behavior and prevention. En R. J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy* (pp. 117-136). SAGE.
- Flynn, P. M., Betancourt, H. & Ormseth, S. R. (2011). Culture, emotion, and cancer screening: An integrative framework for investigating health behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(1), 79-90. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9267-z>
- Fox, J. & Weisberg, S. (2020). *car: Companion to applied regression* [Software computacional]. <https://cran.r-project.org/package=car>
- Gelfand, M. J., Raver, J. L., Nishii, L., Leslie, L. M., Lun, J., Lim, B. C., Duan, L., Almaliach, A., Ang, S., Arnadottir, J., Aycan, Z., Boehnke, K., Boski, P., Cabecinhas, R., Chan, D., Chhokar, J., D'amato, A., Ferrer, M., Fischlmayr, I., ... & Yamaguchi, S. (2011). Differences between tight and loose cultures: A 33-nation study. *Science*, 332(6033), 1100-1104. <https://doi.org/10.1126/science.1197754>
- Gerber, M. M., Cuadrado, C., Figueiredo, A., Crispi, F., Jiménez-Moya, G. & Andrade, V. (2021). Taking care of each other: How can we increase compliance with personal protective measures during the COVID-19 pandemic in Chile? *Political Psychology*, 42(5), 863-880. <https://doi.org/10.1111/pops.12770>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000600011>
- Gonzalez, K. F., Bull, M. T., Muñoz-Herrera, S. & Robledo, L. F. (2021). Determinant factors in personal decision-making to adopt COVID-19 prevention measures in Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), Artículo 8131. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158131>
- Harmsen, I. A., Lambooi, M. S., Ruiters, R. A. C., Mollema, L., Veldwijk, J., van Weert, Y. J. W. M., Kok, G., Paulussen, T. G. W., de Wit, G. A. & de Melker, H. E. (2012). Psychosocial determinants of parents' intention to vaccinate their newborn child against hepatitis B. *Vaccine*, 30(32), 4771-4777. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.05.034>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill.
- Jetten, J., Reicher, S. D., Haslam, S. A. & Cruwys, T. (2020). *Together apart. The psychology of COVID-19*. SAGE.
- Joffe, H. (2003). Risk: From perception to social representation. *British Journal of Social Psychology*, 42(1), 55-73. <https://doi.org/10.1348/014466603763276126>
- Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J. X. & Ratick, S. (1988). The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x>
- Kok, G., Den Boer, D., DeVries, H., Gerards, F., Hospers, H. & Mudde, A. (1992). Self-efficacy and attribution theory in health education. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 245-262). Hemisphere.
- Kosugi, M. (2021). Determinants of preventive behaviors for COVID-19 in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), Artículo 9979. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199979>
- Kottak, C. P. (2011). Gender. En C. P. Kottak (Ed.), *Cultural anthropology* (14ª ed., pp. 234-264). McGraw-Hill Education.
- Kwok, K. O., Li, K. K., Chan, H. H. H., Yi, Y. Y., Tang, A., Wei, W. I. & Wong, S. Y. S. (2020). Community responses during early phase of COVID-19 epidemic, Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1575-1579. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200500>
- Le, T. -A. (2020). *The relationship between familism and social distancing behaviors during the COVID-19 pandemic* [Disertación de doctorado, University of Central Florida]. STARS Electronic Theses and Dissertations, 2020, 374. <https://purl.library.ucf.edu/go/DP0023782>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y. & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSD during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, Article 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K. & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267-286. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.267>
- Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P. & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 193-202. <https://doi.org/10.1080/13607860903167838>
- Magnan, R. E., Gibson, L. P. & Bryan, A. D. (2021). Cognitive and affective risk beliefs and their association with protective health behavior in response to the novel health threat of COVID-19. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(3), 285-295. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00202-4>
- Manríquez-Robles, D. (2021). El derecho a la salud mental en la nueva constitución: discusión inmediata. En C. Quiroz, & C. Carrasco (Eds.), *Nueva constitución: una propuesta desde La Araucanía* (pp. 237-245). Ediciones UC Temuco. <https://ediciones.uct.cl/una-nueva-constitucion/>
- Manríquez-Robles, D. (2022a). Los desafíos en la cobertura, acceso y calidad de la atención en salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Chilena de Salud Pública*, 45(2), 257-258. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.67072>
- Manríquez-Robles, D. (2022b). Los desafíos en la salud mental de los trabajadores de la salud durante y post pandemia SARS-CoV-2. *Revista Chilena de Salud Pública*, 26(1), 112-113. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2022.69175>

- Marshall, T. M. (2020). Risk perception and safety culture: Tools for improving the implementation of disaster risk reduction strategies. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 47, Article 101557. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101557>
- Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., Macdonald, B., Beltekian, D., & Roser, M. (2022). *Coronavirus pandemic (COVID-19)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- McDonald, R. I. & Crandall, C. S. (2015). Social norms and social influence. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.04.006>
- McKusick, L., Wiley, J. A., Coates, T. J., Stall, R., Saika, G., Morin, S., Charles, K., Horstman, W. & Conant, M. A. (1985). Reported changes in the sexual behavior of men at risk for AIDS, San Francisco, 1982-84--the AIDS Behavioral Research Project. *Public Health Reports*, 100(6), 622-629. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1425325/pdf/pubhealthrep00096-0068.pdf>
- Mendoza, S. & Figueroa, M. (1998). Creencias en salud y adherencia de pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la comuna de Concepción-Chile, 1997. *Ciencia y Enfermería*, 41(1), 63-76. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-229320>
- Mohammadpour, M., Ghorbani, V., Khoramnia, S., Ahmadi, S. M., Ghvami, M. & Maleki, M. (2020). Anxiety, self-compassion, gender differences and COVID-19: Predicting self-care behaviors and fear of COVID-19 based on anxiety and self-compassion with an emphasis on gender differences. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(3), 213-219. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i3.3813>
- Montgomery, D. C., Peck, E. A. & Vining, G. G. (2001). *Introduction to linear regression analysis* (3ª ed.). John Wiley & Sons.
- Nicasio, A. V., Cassisi, J. E., Negy, C. & Jentsch, F. (2019). Attitude-behavior discrepancy in familism and its relation to symptoms of depression among Latinos. *Journal of Latinx Psychology*, 7(2), 154-170. <https://doi.org/10.1037/lat0000113>
- Ning, L., Niu, J., Bi, X., Yang, C., Liu, Z., Wu, Q., Ning, N., Liang, L., Liu, A., Hao, Y., Gao, L., & Liu, C. (2020). The impacts of knowledge, risk perception, emotion and information on citizens' protective behaviors during the outbreak of COVID-19: A cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 20(1), Artículo 1751. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09892-y>
- Norgaard, K. M. (2011). *Living in denial: Climate change, emotions, and everyday life*. MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262015448.001.0001>
- Novelli, D., Drury, J., Reicher, S. & Stott, C. (2013). Crowdedness mediates the effect of social identification on positive emotion in a crowd: A survey of two crowd events. *PLoS ONE*, 8(11), Artículo e78983. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078983>
- Ntontis, E., Drury, J., Amlôt, R., Rubin, G. J. & Williams, R. (2020). Endurance or decline of emergent groups following a flood disaster: Implications for community resilience. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 45, Article 101493. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101493>
- Obach, A., Cabieses, B. & Esnouf, S. (2021). *Informe final del estudio. Barreras y facilitadores de la adherencia a las medidas sanitarias para enfrentar el COVID-19 en población de 18 años y más en Chile: Estudio cualitativo desde un enfoque generacional y de género en el Gran Santiago, Valparaíso y Concepción*. <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/0ecf415a-cc12-4b93-949a-f99387bac962/content>
- Oleksy, T., Wnuk, A., Maison, D. & Lyś, A. (2021). Content matters. Different predictors and social consequences of general and government-related conspiracy theories on COVID-19. *Personality and Individual Differences*, 168, Article 110289. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110289>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2*. <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
- Organización Panamericana de la Salud. (30 de septiembre de 2020). *Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
- Ostrow, D. G. (1989). AIDS prevention through effective education. *Dædalus*, 118(3), 229-254. <http://www.jstor.org/stable/20025256>
- Paterlini, M. (2020). On the front lines of coronavirus: The Italian response to COVID-19. *BMJ*, 368, Artículo m1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1065>
- Peralta, G. & Figuerola, D. (2003). Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinología y Nutrición*, 50(7), 280-285. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(03\)74539-2](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(03)74539-2)
- Phillips, M. (2021). The coronavirus is here to stay — Here's what that means. *Nature*, 590(7846), 382-384. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00396-2>
- Rajamoorthy, Y., Radam, A., Taib, N. M., Rahim, K. A., Wagner, A. L., Mudatsir, M., Munusamy, S. & Harapan, H. (2018). The relationship between perceptions and self-paid hepatitis B vaccination: A structural equation modeling approach. *PLoS ONE*, 13(12), Artículo e0208402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208402>
- Rakotoarisoa, F. M., Praptapa, A., Suyono, E. & Usuman, I. (2021). Factors influencing preventive intention behavior towards COVID-19 in Indonesia. *The Journal of Behavioral Science*, 16(1), 14-27. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/242476/167721>
- Renn, O., Burns, W. J., Kasperson, J. X., Kasperson, R. E. & Slovic, P. (1992). The social amplification of risk: Theoretical foundations and empirical applications. *Journal of Social Issues*, 48(4), 137-160. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb01949.x>
- Revelle, W. (2019). *psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research* (R package, Versión 1.9.12) [Software computacional]. <https://cran.r-project.org/package=psych>
- Roos, P., Gelfand, M., Nau, D. & Lun, J. (2015). Societal threat and cultural variation in the strength of social norms: An evolutionary basis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 129, 14-23. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2015.01.003>
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Rudisill, C. (2013). How do we handle new health risks? Risk perception, optimism, and behaviors regarding the H1N1 virus. *Journal of Risk Research*, 16(8), 959-980. <https://doi.org/10.1080/13669877.2012.761271>
- Sabat, I., Neumann-Böhme, S., Varghese, N. E., Pita Barros, P., Brouwer, W., van Exel, J., Schreyögg, J., & Stargardt, T. (2020). United but divided: Policy responses and people's perceptions in the EU during the COVID-19 outbreak. *Health Policy*, 124(9), 909-918. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.009>
- Sabogal, F., Marín, G., Otero-Sabogal, R., Marín, B. V. & Perez-Stable, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(4), 397-412. <https://doi.org/10.1177/07399863870094003>
- Salazar-Fernández, C., Baeza-Rivera, M. J., Villanueva, M., Bautista, J. A. P., Navarro, R. M., & Pino, M. (2022). Predictors of COVID-19 vaccine intention: Evidence from Chile, Mexico, and Colombia. *Vaccines*, 10(7), Artículo 1129. <https://doi.org/10.3390/vaccines10071129>

- Salazar-Fernández, C., Baeza-Rivera, M., & Manríquez-Robles, D. (2022b). Escala de creencias hacia las vacunas y hacia la vacuna contra el SARS-CoV-2: evidencia de sus propiedades psicométricas. *Revista Médica de Chile*, 150(10), 1299-1309. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022001001299>
- Salazar-Fernández, C., Baeza-Rivera, M., Manríquez-Robles, D., Salinas-Oñate, N., & Sallam, M. (2023). From conspiracy to hesitancy: The longitudinal impact of COVID-19 vaccine conspiracy theories on perceived vaccine effectiveness [Manuscrito sometido a publicación].
- Salazar-Fernández, C., Baeza-Rivera, M., Salinas-Oñate, N., & Manríquez-Robles, D. (en prensa). Should we take care of each other? Enhancing COVID-19 protective behaviours, a study in Chile, Mexico, and Colombia. *Journal of Pacific Rim Psychology*. <https://doi.org/10.1177/18344909231181763>
- Sanyaolu, A., Okorie, C., Marinkovic, A., Patidar, R., Younis, K., Desai, P., Hosein, Z., Padda, I., Mangat, J. & Altaf, M. (2020). Comorbidity and its impact on patients with COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2(8), 1069-1076. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00363-4>
- Sarabia-Cobo, C. M., Delgado Uria, A., García Lecue, M., Izaguirre Palazuelos, E., Martínez Ruiz, C. & Fernández-Rodríguez, Á. (2021). Predictive model of preventive behaviors against COVID-19 in the older adult: The PREASOC-COVID-19 study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), Artículo 11067. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111067>
- Savadori, L. & Lauriola, M. (2021). Risk perception and protective behaviors during the rise of the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 25. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577331>
- Shao, W. & Hao, F. (2020). Confidence in political leaders can slant risk perceptions of COVID-19 in a highly polarized environment. *Social Science & Medicine*, 261, Article 113235. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113235>
- Shrestha, N. (2020). Detecting multicollinearity in regression analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*, 8(2), 39-42. <https://doi.org/10.12691/ajams-8-2-1>
- Singapore Statement on Research Integrity, 22 de septiembre de 2010. 2nd World Conference on Research Integrity. <https://www.wcrif.org/downloads/main-website/singapore-statements/224-singapore-statement-lettersize/file>
- Singh, R. & Upadhyay, A. (2021). Preventive behavior against COVID 19: Role of psychological factors. En P. K. Khosla, M. Mittal, D. Sharma & L. M. Goyal (Eds.), *Predictive and preventive measures for COVID-19 pandemic* (pp. 109-126). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-33-4236-1_7
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280-285. <https://doi.org/10.1126/science.3563507>
- Slovic, P. (2010). *The feeling of risk: New perspectives on risk perception*. Routledge.
- Stott, C., Hutchison, P. & Drury, J. (2001). 'Hooligans' abroad? Inter-group dynamics, social identity and participation in collective 'disorder' at the 1998 World Cup Finals. *British Journal of Social Psychology*, 40(3), 359-384. <https://doi.org/10.1348/014466601164876>
- Sun, Z., Yang, B., Zhang, R. & Cheng, X. (2020). Influencing factors of understanding COVID-19 risks and coping behaviors among the elderly population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), Artículo 5889. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165889>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars.
- Templeton, A., Guven, S. T., Hoerst, C., Vestergren, S., Davidson, L., Ballentyne, S., Madsen, H. & Choudhury, S. (2020). Inequalities and identity processes in crises: Recommendations for facilitating safe response to the COVID-19 pandemic. *British Journal of Social Psychology*, 59(3), 674-685. <https://doi.org/10.1111/bjso.12400>
- The Jamovi Project. (2020). *Jamovi* (Versión 1.2) [Software computacional]. <https://www.jamovi.org/>
- Thomas, D. S. K., Phillips, B. D., Lovekamp, W. R. & Fothergill, A. (Eds.). (2013). *Social vulnerability to disasters: Second edition*. CRC press.
- Tyler, T. R. (2021). *Why people obey the law*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400828609>
- Underwood, M. (2019). Sexual health behaviors by school level socioeconomic status and urbanicity, National Youth Risk Behavior Survey (YRBS) 2015-2017. *Journal of Adolescent Health*, 64(2, Supl.), S37-S38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.085>
- van der Weerd, W., Timmermans, D. R. M., Beaujean, D. J. M. A., Oudhoff, J. & van Steenberg, J. E. (2011). Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands. *BMC Public Health*, 11(1), Artículo 575. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-575>
- 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(5), Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, B., Li, R., Lu, Z. & Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: Evidence from meta-analysis. *Aging*, 12(7), 6049-6057. <https://doi.org/10.18632/aging.103000>
- Weinberger, M., Greene, J. Y., Mamlin, J. J. & Jerin, M. J. (1981). Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health*, 71(11), 1253-1255. <https://doi.org/10.2105/AJPH.71.11.1253>
- Werle, C. O. C. (2011). *The determinants of preventive health behavior: Literature review and research perspectives*. Grenoble Ecole de Management. <http://hal.grenoble-em.com/hal-00638266>
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C. & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *Royal Society Open Science*, 7(9), Artículo 200742. <https://doi.org/10.1098/rsos.200742>
- Wolf, J., Adger, W. N., Lorenzoni, I., Abrahamson, V. & Raine, R. (2010). Social capital, individual responses to heat waves and climate change adaptation: An empirical study of two UK cities. *Global Environmental Change*, 20(1), 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2009.09.004>
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
- Wright, A. L., Sonnik, K., Driscoll, J. & Wilson, J. (2020). Poverty and economic dislocation reduce compliance with COVID-19 shelter-in-place protocols. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 180, 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2020.10.008>
- Wynants, L., Van Calster, B., Collins, G. S., Riley, R. D., Heinze, G., Schuit, E., Albu, E., Arshi, B., Bellou, V., Bonten, M. M. J., Dahly, D. L., Damen, J. A., Debray, T. P. A., de Jong, V. M. T., De Vos, M., Dhiman, P., Ensor, J., Gao, G., Haller, M. C. ... van Smeden, M. (2020). Prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19: Systematic review and critical appraisal. *BMJ*, 369, Artículo m1328. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1328>
- Yıldırım, M. & Güler, A. (2020). Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study. *Death Studies*, 46(5), 1065-1072. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.178431>

Anexos**Anexo A***Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Percepción de Riesgo de Contraer la COVID-19
(Cargas Factoriales)*

Reactivo	Factor 1
Creo que tengo un gran riesgo de contagiarme de la COVID-19	0,471
Es fácil para las personas contagiarse de la COVID.19	0,542
Creo que la infección por la COVID-19 puede ser muy grave	0,778
Creo que la infección por la COVID-19 es un grave problema para la población	0,757
Mi cuerpo podría resistir la infección por la COVID-19*	-0,245
Varianza explicada	35%

Nota. * ítem construido *ad-hoc* y eliminado.

Anexo B*Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Normas Procuidado contra la COVID-19
(Cargas Factoriales)*

Reactivo	Factor 1
Mis cercanos valoran que me cuide de la COVID-19	0,796
Mis cercanos me motivan a que me cuide de la COVID-19	0,950
Mis cercanos me entregan recomendaciones sobre cómo cuidarme de la COVID-19	0,783
Consideraría vacunarme contra la COVID,19, si alguno de mis cercanos también lo hiciera*	0,274
Varianza explicada	55,6%

Nota. * ítem eliminado.

Anexo C*Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Conductas de Autocuidado
(Cargas Factoriales)*

Variable	Factor 1	Factor 2
Lavo mis manos con jabón u otro desinfectante después de estar en contacto con otras personas	0,154	0,572
Desinfecto las superficies que toco (manillas, mesas, etc.)	-0,047	0,812
Uso mascarilla	0,338	0,244
Uso guantes	0,054	0,315
Evito salir de mi casa	0,779	-0,070
Evito el contacto físico con otras personas	0,776	0,046
Evito aglomeraciones o grandes grupos de personas (ej., restaurantes, centros comerciales)	0,674	0,033
Varianza explicada	26,9%	17,5%

Fecha de recepción: Diciembre de 2021

Fecha de aceptación: Diciembre de 2022