



PERCEPCIÓN SOBRE COVID-19 Y ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN MÉXICO

PERCEPTION OF COVID-19 AND ATTITUDE TOWARDS PROTECTION MEASURES IN MEXICO

Alma Delia Santiago Mijangos

*Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana
vasti_3@hotmail.com*

Jesús Madueña Molina

*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Sinaloa
marluz2@yahoo.com.mx*

Ma. de la Luz Hernández Reyes

*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Sinaloa
luzmar1@hotmail.com*

María del C. P. Torres Falcón

*Facultad de Ingeniería en Tecnologías de Manufactura, Universidad Politécnica de Querétaro
consuelo.torres@upq.mx*

Martha Pérez Fonseca

*Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana
marperez@uv.mx*

Milton C. Guevara Valtier

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León
milton.guevarav@uanl.mx*

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación denominado "Actitud hacia las medidas de protección y percepción sobre COVID-19 en la población mexicana" con número de registro 40614202174 ante la Dirección General de Investigaciones de la Universidad Veracruzana. En este trabajo los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Correspondencia: Alma D. Santiago Mijangos, Facultad de Enfermería campus Minatitlán, Dirección Managua, Nueva Mina, 96760 Veracruz (México), E-mail: alsantiago@uv.mx

Resumen

Las actitudes hacia las medidas de protección y percepción sobre el COVID-19 que asumieron las personas fueron básicas para el cumplimiento de las medidas preventivas de un país. El objetivo de este estudio fue contrastar la percepción sobre COVID-19 y la actitud hacia las medidas de protección en México con las variables sociodemográficas y personales para conocer el comportamiento de los diferentes segmentos de la población. Método. Se realizó un estudio transversal del 18-31 de mayo de 2020 con muestreo no probabilístico por conveniencia con una muestra de 969 personas de 18 a 82 años en las 32 entidades federativas. Se empleó estadística descriptiva, validez de contenido y constructo con el análisis factorial exploratorio y Alfa de Cronbach, pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Resultados. Los resultados mostraron que en cuanto a la actitud hacia las medidas de protección existieron diferencias a favor de las personas de edad de 60-82 años, sexo-mujer, escolaridad-doctorado, ocupación-jubilado y región-norte. Además, respecto a la percepción sobre el COVID-19 la edad 60-82 años, ocupación-jubilado, religión-creyente en Dios con filiación religiosa y región-norte tuvieron diferencias a favor. Conclusiones. La percepción sobre COVID-19 y la actitud hacia las medidas de protección es diferente en cada segmento de la población y un cambio de comportamiento individual o colectivo es importante para evitar en un futuro los estragos que México y otros países del mundo vivieron ante el COVID-19 a través de estrategias de educación preventiva.

Palabras clave: Actitud; Percepción; Infecciones por Coronavirus; Medidas de Protección; México.

Abstract

Attitudes towards protective measures and perception of COVID-19 that people assumed were basic for the compliance of a country's preventive measures. The objective of this study was to contrast the perception about COVID-19 and the attitude towards protective measures in Mexico with socio-demographic and personal variables to know the behavior of different segments of the population. Method. A cross-sectional study was conducted from May 18-31 2020 with non-probabilistic convenience sampling with a sample of 969 people aged 18 to 82 years in the 32 states. Descriptive statistics, content and construct validity were used with exploratory factor analysis and Cronbach's Alpha, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis U tests. Results. The results showed that with respect to the attitude towards protection measures, there were differences in favor of persons aged 60-82 years, sex-woman, schooling-doctorate, occupation-retired and region-north. In addition, regarding the perception of COVID-19, age 60-82 years, occupation-retired, religion-believer in God with religious affiliation and region-north had differences in favor. Conclusions. The perception of COVID-19 and the attitude towards protective measures is different in each segment of the population and a change in individual or collective behavior is important to avoid in the future the havoc that Mexico and other countries in the world experienced in the face of COVID-19 through preventive education strategies.

Keywords: Attitude; Perception; Coronavirus Infections; Security Measures; Mexico.

Introducción

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus Sars-CoV-2 de la familia Coronaviridae de los que se identifican cuatro tipos: alfa, beta, gamma y delta, el actual es identificado como del tipo beta. Por lo general un coronavirus puede causar desde un simple resfriado hasta el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome agudo respiratorio severo (SARS) (World Health Organization [WHO], 2021a).

En el mundo, el COVID-19 ha causado más de 6 millones de muertes y casos confirmados de más de 580 millones personas que cursan la enfermedad. En las Américas han muerto 2 millones 796 mil 241 personas y los países más afectados son Estados Unidos y Brasil con más de 88 millones y 32 millones de casos confirmados, respectivamente, además de 1 millón 40 mil y 670 mil muertos para cada país, respectivamente. Esta enfermedad también repercute en México debido a que hay más de 6 millones 500 mil casos confirmados y 328 mil 736 muertes (WHO, 2021b).

Si bien la aplicación de la vacuna logró prevenir la enfermedad de forma severa y grave, las medidas de protección, tales como: la higiene personal (lavado de manos, estornudo de etiqueta y contacto con el rostro) y el distanciamiento social (permanencia en casa, distanciamiento y contacto físico) juegan un papel importante para que el coronavirus y sus variantes no sigan expandiéndose, y disminuyan los casos de muerte (Pagés et al., 2020; WHO, 2021c).

En México desde el 23 de enero de 2020 se le dio seguimiento al coronavirus, y el 23 de marzo comenzó la Jornada Nacional de Sana Distancia que abarcaría hasta el 30 de mayo. El 1 de junio inició la nueva normalidad con la apertura actividades económicas, educativas y sociales de acuerdo con una semaforización por estado, lo que implicaría una actitud y conducta responsable de las personas hacia las medidas de prevención tanto individual como colectiva ante una enfermedad que cambió el modo de hacer las actividades diarias y el modo de ver la vida. De ahí que la actitud juegue un papel importante para comprender el cumplimiento y éxito de las medidas preventivas implementadas por un país (Gobierno de México, 2020; Secretaría de Salud, 2020).

Y es que la actitud es una evaluación que las personas hacen de algo, alguien o alguna situación que permiten reaccionar de forma favorable, desfavorable o neutra con una carga de respuesta de índole afectiva, cognitiva y conductual, aunque no es la misma conducta, sino tienen un carácter preconductual. Y dependiendo si la conducta de la persona está acorde con el tema de discusión se dice que tiene una actitud positiva, pero si sucede lo contrario se dice que tiene una actitud negativa, aunque también hay quienes aun no se deciden por ninguno lado, se les considera neutros (Briñol et al., 2007; Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wege-ner, 1998; Ubillos et al., 2004).

Estas actitudes tuvieron implicaciones individuales y sociales que permitieron hacer frente a la pandemia del COVID-19, de tal manera que las actitudes que asumieron las personas se reflejaron en los hábitos de prevención, por ejemplo, en China las personas siguieron correctamente las medidas preventivas implementadas por el Gobierno debido a la actitud optimista con que tomaron la enfermedad (Lara et al., 2012; Zhong et al., 2020).

En un estudio realizado en Etiopía entre estudiantes de secundaria y preparatoria arrojó que el 60.2% tuvo una actitud positiva y el 39.8% con una actitud negativa hacia las medidas de protección de COVID-19 (Feleke et al., 2022), pero en otro estudio con adultos mayores de 18 años en el mismo país, la mayoría asumió una actitud negativa (53.4%) (Bukata et al., 2022). Estas diferencias de actitudes se deben a las características de la población y el tiempo del estudio. De ahí que otros investigadores recomienden realizar estudios en poblaciones específicas (Bakkar et al., 2022).

Actualmente, las medidas de protección siguen siendo relevantes, pero debido a la inoculación recibida las personas relajaron los lineamientos de seguridad y ya no están siguiendo los protocolos de higiene en las escuelas, iglesias o lugares concurridos, debido a esto los contagios continúan aún en personas con antecedentes de haber recibido la vacunación. Y es que la propagación del COVID-19 también puede afectar la salud mental al presentar estrés psicosocial y percibir una menor densidad en la red de apoyo social (Barreto et al., 2013; Calderón et al., 2022; Lugo et al., 2020; Molina, 2021).

Además, hasta este momento no hay estudios relacionados específicamente con la actitud hacia

las medidas de protección y percepción sobre COVID-19. Por eso el objetivo de este estudio fue contrastar la percepción sobre COVID-19 y la actitud hacia las medidas de protección en México con las variables sociodemográficas y personales para conocer el comportamiento de los diferentes segmentos de la población. Los hallazgos de este estudio también pueden brindar información a los funcionarios de salud para la mejora de políticas relacionadas con el COVID-19 y la planificación de estrategias preventivas ante futuros rebrotes u otras enfermedades emergentes similares.

A partir de la evidencia que se tienen se plantean las siguientes hipótesis:

Existen diferencias en la actitud hacia las medidas de protección en función de cada variable sociodemográfica y personal.

Existen diferencias en la percepción sobre el COVID-19 de acuerdo con cada variable sociodemográfica y personal

Existe diferencias en la actitud hacia las medidas de protección a favor de un grupo poblacional de cada variable sociodemográfica y personal.

Existen diferencias en la percepción sobre el COVID-19 a favor de un grupo poblacional de cada variable sociodemográfica y personal.

Método

El diseño de estudio fue transversal del 18 al 31 de mayo de 2020 (Fase 3 epidémico) entre la población mexicana. El cuestionario en línea se aplicó en los 32 estados o entidades federativas de la República Mexicana, organizados de acuerdo con el Programa Sectorial de Economía 2020-2024 derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 en cuatro regiones: Norte, Sur, Centro y Occidente (Rosas, 2019; Secretaría de Economía, 2020). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia aplicado después de ser aprobado por el comité de ética, donde las personas fueron invitadas a participar y si después de leer el consentimiento informado en línea contestaban que sí las preguntas continuaban, pero si contestaron que no las preguntas finalizaban; los que aceptaron de forma voluntaria se integraron a la muestra, se consideró el error tipo I <5% (se requirió por lo menos 385 participantes).

Participantes

En este estudio 1024 personas recibieron el enlace de la encuesta, de los cuales el 0.292% no quisieron participar, contestando sólo el 99.707%, de este porcentaje el 5.1% no cumplió con los criterios de inclusión de tal forma que quedó conformada la muestra por 969 participante con edades comprendidas entre 18 y 82 años (M = 30,64; DT =13,02). El 63,1% eran mujeres (M = 31,36 años; DT =13,17), y el 36,9% hombres (M=29,42 años; DT=12,69).

Esta investigación no intenta hacer un mapa representativo de la actitud hacia las medidas de protección y percepción sobre el COVID-19 en México, sino realizar un análisis comparativo entre las variables de estudio. Se incluyeron a individuos mayores de 18 años al momento de la encuesta, ambos sexos, ser mexicano nativo. Se excluyeron aquellos que no contestaron el cuestionario en su totalidad, que no fueran mexicanos o no fueran mayores de 18 años al momento de la aplicación de la encuesta.

Instrumento

El instrumento que se empleó en este trabajo fue elaborado por los investigadores, quienes primeramente realizaron una minuciosa búsqueda de literatura sobre el tema y consideraron las variables en estudio, por lo que se elaboraron 29 preguntas. Para garantizar la validez de contenido se realizó un juicio de expertos compuesto por un grupo de tres jueces, dos en desarrollo de instrumentos y uno con experiencia médica, a quienes se les invitó a participar explicando el propósito del cuestionario y el contexto.

Los especialistas revisaron tanto el contenido como la estructura y organización de cada ítem a través de un cuestionario dicotómico propuesto por Corral (2009) con los criterios de claridad, coherencia interna, inducción a la respuesta y lenguaje adecuado, y sobre si era pertinente añadir, eliminar o modificar algún ítem en cada dimensión. Para el análisis de los datos se usó el estadístico de concordancia de Kappa de Fleiss que tuvo un valor total de 0.63, catalogado como bueno según Altman (1991).

Una vez hechas las observaciones por los especialistas el cuestionario quedó integrado por 14 preguntas en una escala tipo Likert con dos

dimensiones, factores independientes desde el punto de vista conceptual: una que midió la actitud y otra que midió la percepción. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) de las 14 preguntas que quedaron distribuidas de la siguiente manera: ocho preguntas para la dimensión actitud hacia las medidas de protección con rangos de 1 a 5 (1=Nunca y 5=Siempre) y seis preguntas para la variable percepción sobre el COVID-19 con rangos de 1 a 5 (1=Totalmente en desacuerdo y 5=Totalmente de acuerdo), por lo que se procedió a la aplicación del cuestionario en el que participaron 152 personas de diferentes estratos sociales y nivel académico elegidos intencionalmente por la accesibilidad que tuvieron; el estudio piloto tuvo la intención de indagar la comprensión de cada una de las pregun-

ta, realizar el AFE y la consistencia interna a través del coeficiente de Cronbach.

Los datos demostraron un buen ajuste para este tipo de modelo, lo cual se evidenció con el resultado de la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 664,169$, $p < ,000$) y el valor de KMO fue de ,836 (Cea, 2004; Martínez et al., 2006). Después de la aplicación del AFE quedaron doce reactivos del cuestionario que se agruparon en dos factores que explicaron el 51,09% de la varianza acumulada. El primer factor, integrado por siete ítems, explicó un 30,53% de la varianza y un alfa de Cronbach de ,82, y el segundo, compuesto por cinco reactivos, el 20,56% del mismo y un alfa de Cronbach de ,71 (Tabla 1).

Tabla 1. Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio del cuestionario sobre la actitud y percepción hacia el COVID-19			
		I	II
	Rango	20	14
	Media	31,72	22,20
	Desviación estándar	3,57	2,83
	Sesgo	1,96	1,05
	Varianza explicada	19,89	17,27
	Alfa de Cronbach	,82	,71
	Reactivo	Componentes	
1	En caso de salidas esenciales guardo un distanciamiento social de un metro y medio ó 2,5 metros.	,805	
2	Al saludar a las personas lo hago con un gesto de manos, una inclinación de la cabeza o una reverencia, evito abrazos y expresiones efusivas.	,755	
3	Sigo las recomendaciones de los profesionales de la salud (médicos y enfermeras).	,728	
4	Me lavo las manos con agua y jabón, o desinfectante a base de alcohol después de haber estado en espacios o medios de transporte público, haber tocado personas y/o superficies.	,689	
5	Me cuido, porque el COVID-19 es una enfermedad que pone en riesgo la vida de mis seres queridos.	,635	.425
6	Si ando en la calle o el trabajo evito en lo posible tocarme los ojos, la nariz y la boca a menos que me haya lavado las manos.	,563	
7	Me quedo en casa para evitar la propagación del COVID-19	,438	
8	La información y difusión que brinda el Sector Salud a través de las redes sociales, la televisión u otros medios es oportuna, clara y precisa para prevenir el COVID-19.		,697
9	Las personas mueren por enfermedades preexistentes (enfermedades cardíacas o pulmonares, sistema inmunitario debilitado, obesidad extrema, o diabetes), el COVID-19 solo acelera el proceso de la enfermedad.		,688
10	El personal de la salud (médicos y enfermeras) hace un trabajo profesional y ético en la prevención y tratamiento del COVID-19.		,679
11	El permanecer en casa permite el fortalecimiento familiar.		,587
12	Es responsabilidad social practicar las medidas de higiene básicas para la prevención del COVID-19.	.462	,546

Nota. Las cifras en negritas indican las cargas factoriales más altas.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Ambos factores no se combinan para formar una puntuación global, sino se puntúan por separado bajo un criterio externo (Hernández y Mendoza, 2018), requiriendo una puntuación mínima de 22 para considerar como positiva la actitud hacia las medidas de protección, 21 como neutro/indiferente y menor o igual a 20 como negativa; en cuanto a la percepción sobre el COVID-19 se consideró una puntuación mínima de 16 como positiva, 15 como neutro/indiferente y menor o igual a 14 como negativa.

Procedimiento

Este proyecto de investigación se aprobó por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Veracruzana bajo el registro CIEE-ECS 217 y ante la Dirección General de Investigaciones con el registro número 40614202174, cumpliendo con los principios éticos de la investigación en seres humanos, según el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en México y la Declaración Helsinki (Secretaría de Salud, 2014; World Medical Association, 2013).

Para esta investigación se creó y se implementó un cuestionario en línea que debido a la Fase 3 en el que se encontró el país y con medidas sanitarias restrictivas de no salir de casa establecidas por la Secretaría de Salud ante la contingencia del COVID-19, el cuestionario fue autoadministrado con una duración de 9 minutos a través del correo electrónico y por grupos de WhatsApp, a través de una publicación fija en el programa Microsoft Forms.

Los participantes proporcionaron sus datos sociodemográficos y personales, como: sexo, género, edad, escolaridad concluida, tipo de residencia, país, estado o departamento, ocupación, religión, condición de salud y salario diario.

Análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS versión 24; se realizó análisis descriptivo como: frecuencia y porcentaje, medidas de tendencia central y variabilidad. Para el análisis factorial exploratorio se realizó con la técnica de análisis de componentes principales con rotación varimax. Además de la prueba de Kaiser-Meier-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0.001$). Se tomaron en cuenta saturaciones > 0.40 , varianza acumulada $> 50\%$ y car-

gas > 0.60 en por lo menos tres ítems de un factor que sería suficiente para asumir que las variables son buenos indicadores para el constructo latente e implicaría la validez convergente del constructo. En el análisis inferencial se verificó con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y debido a que las variables no mostraron una distribución normal se empleó la prueba Mann-Whitney y la prueba Kruskal-Wallis para contrastar las variables actitud hacia las medidas de protección y percepción sobre el COVID-19 con las variables sociodemográficas; y su respectiva prueba a posteriori cuando se rechazó la hipótesis nula a un nivel de significancia del 5% (Cea, 2004; Martínez et al., 2006). Se calculó también el tamaño del efecto para las variables donde hubo diferencias con valor referencial para la prueba Mann-Whitney y Kruskal-Wallis de .10 (pequeño), .30 (mediano) y .50 (grande) (Cárdenas y Arancibia, 2016; Tomczak y Tomczak, 2014).

Resultados

En este estudio participaron 969 personas de 18 a 82 años con una media de 22,41 ($DE=2,521$), el 63,1% de los participantes es mujer, el 38,1 cuenta con una licenciatura y el 77,4% es creyente en Dios con filiación religiosa, el 47,3% no percibe ningún salario y el 50,2% fue de la región sur (Figura 1).

Se puede observar que la permanencia en casa, el lavado de manos y el contacto físico tanto en hombres como en mujeres es diferente ($p < ,05$). Por lo que la permanencia en casa, el lavarse las manos y el contacto físico depende del sexo. En contraste el distanciamiento físico, contacto con el rostro, el cuidado personal, recomendaciones oficiales y los ítems de la variable percepción no hay diferencias entre hombres y mujeres ($p > ,05$), por lo que estos elementos no dependen del sexo. En cuanto a la actitud hacia las medidas de protección depende del sexo, pero no ha hubo diferencias en cuanto a la percepción sobre el COVID-19, según lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Diferencias en la actitud hacia las medidas de protección y percepción sobre el COVID-19 de acuerdo con el sexo

Actitud hacia las medidas de protección	Afirmación	Hombre (n=386)		Mujer (n=635)		p*
		n	%	n	%	
Me quedo en casa para evitar la propagación del COVID-19.	Nunca	3	50	3	50	,036
	La mayoría de las veces no	11	61,1	7	38,9	
	Algunas veces sí algunas veces no	27	46,6	31	53,4	
	La mayoría de las veces sí	129	37,4	216	62,6	
En caso de salidas esenciales guardo un distanciamiento social de un metro y medio ó 2.5 metros.	Siempre	188	34,7	354	65,3	,294
	Nunca	2	100	0	0	
	La mayoría de las veces no	5	38,5	8	61,5	
	Algunas veces sí algunas veces no	18	47,4	20	52,6	
Me lavo las manos con agua y jabón, o desinfectante a base de alcohol después de haber estado en espacios o medios de transporte público, haber tocado personas y/o superficies.	La mayoría de las veces sí	100	37,2	169	62,8	,000
	Siempre	233	36	414	64	
	La mayoría de las veces no	3	100	0	0	
	Algunas veces sí algunas veces no	13	46,4	15	53,6	
Me cuido, porque el COVID-19 es una enfermedad que pone en riesgo la vida de mis seres queridos.	La mayoría de las veces sí	69	48,6	73	51,4	,278
	Siempre	273	34,3	523	65,7	
	Nunca	3	60	2	40	
	La mayoría de las veces no	2	33,3	4	66,7	
Si ando en la calle o el trabajo evito en lo posible tocarme los ojos, la nariz y la boca a menos que me haya lavado las manos.	Algunas veces sí algunas veces no	9	29	22	71	,078
	La mayoría de las veces sí	64	42,7	86	57,3	
	Siempre	280	36	497	64	
	Nunca	3	100	0	0	
Al saludar a las personas lo hago con un gesto de manos, una inclinación de la cabeza o una reverencia, evito abrazos y expresiones efusivas.	La mayoría de las veces no	2	28,6	5	71,4	,009
	Algunas veces sí algunas veces no	28	45,2	34	54,8	
	La mayoría de las veces sí	120	38,6	191	61,4	
	Siempre	205	35	381	65	
Sigo las recomendaciones de los profesionales de la salud (médicos y enfermeras).	La mayoría de las veces sí	100	37,7	165	62,3	,602
	Siempre	218	34,5	414	65,5	
	Nunca	4	57,1	3	42,9	
	La mayoría de las veces no	7	70	3	30	
	Algunas veces sí algunas veces no	29	52,7	26	47,3	
	La mayoría de las veces sí	100	37,7	165	62,3	
	Siempre	218	34,5	414	65,5	
	Nunca	3	60	2	40	
	La mayoría de las veces no	6	66,7	3	33,3	
	Algunas veces sí algunas veces no	23	42,6	31	57,4	
	La mayoría de las veces sí	92	34,8	172	65,2	
	Siempre	234	36,7	403	63,3	

PERCEPCIÓN SOBRE COVID-19 Y ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN MÉXICO
Alma Delia Santiago Mijangos, Jesús Madueña Molina, Ma. de la Luz Hernández Reyes, María del C. P. Torres Falcón, Martha Pérez Fonseca y Milton C. Guevara Valtier

Total	Negativo	4	80	1	20	,007
	Neutro	2	66,7	1	33,3	
	Positivo	352	36,6	609	63,4	
Percepción sobre el COVID-19						
El personal de la salud (médicos y enfermeras) hace un trabajo profesional y ético en la prevención y tratamiento del COVID-19.	Totalmente en desacuerdo	0	0	2	100	,252
	En desacuerdo	5	45,5	6	54,5	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	25	41,7	35	58,3	
	De acuerdo	66	39,5	101	60,5	
	Totalmente de acuerdo	262	35,9	467	64,1	
La información y difusión que brinda el Sector Salud a través de las redes sociales, la televisión u otros medios es oportuna, clara y precisa para prevenir el COVID-19.	Totalmente en desacuerdo	1	50	1	50	,285
	En desacuerdo	13	48,1	14	51,9	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	59	37,3	99	62,7	
	De acuerdo	96	38,4	154	61,6	
	Totalmente de acuerdo	189	35,5	343	64,5	
1. Las personas mueren por enfermedades preexistentes (enfermedades cardíacas o pulmonares, sistema inmunitario debilitado, obesidad extrema, o diabetes), el COVID-19 solo acelera el proceso de la enfermedad.	Totalmente en desacuerdo	1	50	1	50	,751
	En desacuerdo	22	34,9	41	65,1	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	72	40,2	107	59,8	
	De acuerdo	92	35,4	168	64,6	
	Totalmente de acuerdo	171	36,8	294	63,3	
2. Es responsabilidad social practicar las medidas de higiene básicas para la prevención del COVID-19.	Totalmente en desacuerdo	1	33,3	2	66,7	,305
	En desacuerdo	1	25	3	75	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	32,3	21	67,7	
	De acuerdo	49	34,3	94	65,7	
	Totalmente de acuerdo	297	37,7	491	62,3	
3. El permanecer en casa permite el fortalecimiento familiar.	Totalmente en desacuerdo	2	40	3	60	,363
	En desacuerdo	6	50	6	50	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	45	39,1	70	60,9	
	De acuerdo	74	37,8	122	62,2	
	Totalmente de acuerdo	231	36	410	64	
Total	Negativo	5	62,5	3	37,5	,545
	Neutro	1	20	4	80	
	Positivo	352	36,8	604	63,2	

Nota: n= muestra; * = prueba U Mann-Whitney

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En la tabla 3 se muestra que entre las mujeres y los hombres existieron diferencias en la actitud hacia las medidas de protección de forma positiva, de acuerdo con el rango promedio la diferencia fue

a favor de las mujeres, así también con respecto al lavado de las manos y al contacto físico con un tamaño de efecto pequeño.

Tabla 3. Ítems con diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el sexo.

Ítems	Hombre n=358	Mujer n=611	p	U	Z	d
	Rango promedio	Rango promedio				
1. Me quedo en casa para evitar la propagación del COVID-19.	463,24	497,75	,036	101577,5	-2,099	,17
3. Me lavo las manos con agua y jabón, o desinfectante a base de alcohol después de haber estado en espacios o medios de transporte público, haber tocado personas y/o superficies.	456,22	501,86	,000	99064,5	-3,684	,23
6. Al saludar a las personas lo hago con un gesto de manos, una inclinación de la cabeza o una reverencia, evito abrazos y expresiones efusivas.	459,14	500,15	,009	100110,5	-2,628	,20
Total Actitud hacia las medidas de protección	453,83	503,27	,007	98209,0	-2,688	,22

Nota: n= muestra; p = nivel de significación; U = prueba U de Mann-Whitney; d = tamaño del efecto
Fuente: Elaboración propia, 2022.

En la tabla 4 se muestra que la actitud hacia las medidas de protección depende de la edad, escolaridad, ocupación y región ($p < ,05$) y al aplicar la prueba a posteriori las personas de 60 a 82 años, los que tienen escolaridad de doctorado, los de ocupación jubilados y la región norte obtuvieron diferencia a favor de acuerdo con el rango promedio.

Además, la percepción sobre el COVID-19 no es la misma entre los grupos de edad, ocupación, religión y región ($p < ,05$), por lo que se aplicó la prueba a posteriori donde las personas de 60 a 82 años, ocupación jubilado, los creyentes en Dios con filiación religiosa y la región norte tuvieron diferencias a favor, porque el rango medio es superior en cada una de las variables.

Tabla 4. Diferencias estadísticas entre variables sociodemográficas y personales, y la actitud hacia las medidas de protección y percepción sobre el COVID-19

Variable	n	%	Actitud hacia las medidas de protección		Percepción sobre el COVID-19	
			r	p	r	p
Edad (años)				,004†		,038†
18-34	662	68,3	468,20		471,30	
35-59	268	27,7	510,64		507,61	
60-82	39	4	594,03		562,12	
Escolaridad				,023†		,508†
Ninguno	3	0,3	310,17		346,00	
Primaria	20	2,1	329,27		510,50	
Secundaria	36	3,7	375,60		527,81	
Preparatoria	364	37,6	496,31		463,69	
Técnico	80	8,3	474,08		490,53	

PERCEPCIÓN SOBRE COVID-19 Y ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN MÉXICO
 Alma Delia Santiago Mijangos, Jesús Madueña Molina, Ma. de la Luz Hernández Reyes, María del C. P. Torres Falcón, Martha
 Pérez Fonseca y Milton C. Guevara Valtier

Licenciatura	369	38,1	485,68		499,49	
Maestría	79	8,2	525,90		502,91	
Doctorado	18	1,9	532,17		424,97	
Ocupación				,000†		,001†
Comercio informal	27	2,8	299,56		421,96	
Comercio establecido	27	2,8	462,93		467,57	
Labores del hogar	57	5,9	433,74		509,44	
Jubilado	28	2,9	647,30		555,36	
Estudiante	460	47,5	489,58		461,74	
Empleado	317	32,7	494,56		531,83	
Desempleado	53	5,5	463,15		384,30	
Condición de salud				,424‡		,342‡
Sano	834	86,1	482,15		488,37	
Enfermo	135	13,9	502,64		464,19	
Salario diario				,282†		,058†
Ninguno	458	47,3	493,91		457,56	
Menor a 100 pesos	58	6	415,78		486,71	
De 101 a 200 pesos	145	15	475,89		485,76	
De 201 a 300 pesos	94	9,7	454,41		528,90	
De 301 a 400 pesos	56	5,8	506,12		554,96	
De 401 a 500 pesos	48	5	458,46		535,52	
De 501 a 1000 pesos	55	5,7	537,74		527,80	
Más de 1000 pesos	55	5,7	509,00		476,52	
Religión				,587†		,002†
Creyente en Dios sin filiación religiosa	184	19	497,06		436,62	
Creyente en Dios con filiación religiosa	750	77,4	481,11		502,84	
Creyente en un ser ajeno a Dios	5	0,5	667,70		365,30	
No creyente en Dios	16	1,7	461,03		328,56	
Ni creyente ni no creyente	14	1,4	496,93		386,46	
Región				,001†		,000†
Norte	296	30,5	535,07		504,27	
Occidente	126	13	423,86		417,05	
Centro	61	6,3	478,60		374,19	
Sur	486	50,2	471,16		504,79	

Nota: n = muestra; r = rango promedio; † = prueba de Kruskal-Wallis; ‡ = prueba de U Mann-Whitney
Fuente: Elaboración propia, 2022.

Al existir diferencias en las variables sociodemográficas y personales edad, sexo, escolaridad, ocupación y región con respecto a la actitud hacia las medidas de protección se realizaron los emparejamientos como lo muestra la tabla 5, donde la actitud hacia las medidas de protección en una persona de 60 a 82 años no es la misma que una de 18 a 34 años ($p=,017 < ,05$); en cuanto a la ocupación, las diferencias de actitud se dan en los jubilado con las personas dedicadas al comercio informal ($p=,001 < ,05$) y a las labores del hogar ($p=,017 < ,05$); asimismo es diferente la actitud en los empleados ($p=,009 < ,05$) y estudiantes ($p=,011 < ,05$) que el comercio informal. Además, estos grupos en el emparejamiento tuvieron un tamaño de efecto grande.

Así también la actitud fue diferente entre la región norte en comparación con el sur ($p=,010 < ,05$) y el occidente ($p=,001 < ,05$) con un tamaño de efecto pequeño y mediano, respectivamente. En cuanto al sexo la actitud fue diferentes entre mujeres y hombres ($p=,007 < ,05$) con un efecto

pequeño. En cuanto a la escolaridad no hubo comparación de parejas, sin embargo, el efecto es pequeño.

Con respecto a la percepción sobre el COVID-19 fue diferente en las personas dedicadas al comercio informal que en los empleados ($p=,006 < ,05$) y jubilados ($p=,010 < ,05$) con efecto mediano y grande, respectivamente. Referente a la región, el norte tuvo diferente percepción que el centro ($p=,004 < ,05$) y el occidente ($p=,017 < ,05$) con efecto grande y mediano, respectivamente; y asimismo la percepción de la región sur fue diferente que el centro ($p=,003 < ,05$) y el occidente ($p=,008 < ,05$) con un tamaño de efecto mediano y pequeño.

En cuanto a la religión los creyentes en Dios con filiación religiosa tuvieron diferente percepción que los creyentes en Dios sin filiación religiosa ($p=,033 < ,05$) con un efecto pequeño. En cuanto a la edad no hubo comparación de parejas, pero el efecto fue pequeño.

Tabla 5. Tamaño de efecto y emparejamiento de las variables sociodemográficas y personales donde hubo diferencias.

	Variables	Muestra 1	Muestra 2	p	d
Actitud hacia las medidas de protección	Edad (años)	18-34	60-82	,017	,50
	Sexo	Hombre	Mujer	,007	,22
	Escolaridad	*	*	*	,19
	Ocupación	Estudiante	Comercio Informal	,011	,64
		Empleado	Comercio Informal	,009	,59
		Comercio informal	Jubilado	,001	1,32
		Labores del Hogar	Jubilado	,017	,79
Percepción sobre el COVID-19	Región	Occidente	Norte	,001	,44
		Sur	Norte	,010	,29
	Edad (años)	*	*	*	,13
	Ocupación	Empleado	Comercio informal	,006	,36
		Comercio informal	Jubilado	,010	,51
Religión	Creyente en Dios sin filiación religiosa	Creyente en Dios con filiación religiosa	,033	,25	
Región	Centro	Norte	,004	,50	
	Centro	Sur	,003	,47	
	Occidente	Norte	,017	,30	
	Occidente	Sur	,008	,27	

Nota: p = nivel de significación; d = tamaño del efecto; * = No hubo emparejamientos significativos.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Discusión

Si bien el COVID-19 es una enfermedad relativamente nueva, sus efectos son catastróficos. La medida de confinamiento que tuvo que tomar el Gobierno mexicano no fueron obligatorias, sino recomendaciones voluntarias con el afán de proteger la integridad, principalmente, de niños, personas vulnerables y de la tercera edad.

Los resultados mostraron que aun cuando el 52,9% recibe una remuneración económica, de estos, el 15% suele recibir una remuneración de 101 a 200 pesos (5,50 a 10,89 dólares) diarios, es decir, menor a 2 salarios mínimos y el 6% percibe menos de 100 pesos (5,45 dólares) diarios, menor al salario mínimo de 102.68 pesos (5,59 dólares) al momento del estudio (Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, 2020). Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2021) este salario es insuficiente para vivir una vida digna y suplir la canasta básica en tiempos de pandemia, aumentando de 51,9 (2018) a 55,7 millones de personas (2020) en situación de pobreza.

En cuanto al desempleo (5.6%) que presentaron las personas puede ser debido a que durante los meses de abril y mayo 9 mil 984 empresas se dieron de baja de los registros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya sea por cierre temporal para combatir la pandemia o por cierre definitivo (Soto, 2020). Esto es confirmado por el Gobierno de México (2022) a través del INEGI donde la tasa de desocupación aumentó en el mes de abril de 2020 a un 4,7% de la Población Económicamente Activa, cuando un mes anterior fue de 3,3%.

Asimismo, se halló que el lavado de manos depende del sexo siendo a favor de las mujeres, situación similar se encontró en otra investigación donde existió diferencia de acuerdo con el sexo en cuanto al cumplimiento del lavado de mano (Mardiko y von Lengerke, 2020). Así también, existieron diferencias a favor de las mujeres al evitar el contacto físico durante este confinamiento, lo que refuerza un estudio que asoció a las mujeres a evitar el contacto físico con las manos (Hezima et al., 2020).

Respecto a las hipótesis establecidas se encontró que el grupo de edad que mostró diferencias a favor fue el de 60 a 82 años al igual que los

de ocupación jubilados, esto puede deberse a que los adultos mayores a comparación de los jóvenes son más conscientes sobre los riesgos, por lo que son más cuidadosos al tomar decisiones que ponga en riesgo sus vidas (Albert y Duffy, 2012; Ceccato et al., 2021). Así también a la estabilidad económica que tienen a través de sus pensiones, quienes fueron una fuente de apoyo, compañía y pusieron sus recursos económicos y materiales en bien de los suyos durante el confinamiento (Estrada et al., 2022).

En cuanto al sexo en la actitud hacia las medidas de protección hubo diferencias a favor de las mujeres, quizás porque siguen asumiendo el rol de cuidadoras y protectoras de la salud familiar, principalmente de los niños y personas de la tercera edad, y en el caso de mujeres trabajadoras el confinamiento aumentó el tiempo de permanencia en casa y las tareas domésticas, así también su preocupación de mantener a salvo a su familia del COVID-19, reafirmando su rol de cuidadoras del hogar. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019; Lacomba et al., 2017). Así mismo otras investigaciones encontraron que el sexo mujer fue la que presentó diferencias a favor en la actitud hacia las medidas de protección (Loretto et al., 2021; Shawahna, 2021).

Asimismo, hubo diferencias a favor de las personas con grado de doctorado, esto se puede deber a que entre más preparación académica se tenga se es más consciente y responsable hacia las medidas de protección y al cuidado de los seres queridos, resultados similares encontró Kabiri et al. (2021).

En cuanto a la región, hubo diferencias a favor de la región norte a comparación del occidente y sur, esto debido a los fuertes dispositivos normativos y protocolos exigidos a las empresas y negocios en la zona fronteriza con Estados Unidos, lo que individualizó la responsabilidad de las personas al seguimiento de los protocolos de cuidado (Acosta, 2022).

Referente a la percepción sobre el COVID-19 este es diferente en las personas de 60 a 82 años que la de los más jóvenes (18-34 años), esto se puede deber a que conforme avanza la edad se prefieren no correr riesgos al atender a los llamados oficiales (Ceccato, et al., 2021).

En el caso de los jubilados la percepción so-

bre el COVID-19 no es la misma que las demás ocupaciones, debido a que cuentan con cierta estabilidad económica y un servicio médico seguro a diferencia de otros grupos como el comercio informal y formal en donde los ingresos están en función de las ventas diarias al estar en contacto directo con las personas, y las mujeres de ocupación labores del hogar que dependen en gran medida de su marido, quien es el proveedor, donde el beneficio de seguridad social que se le otorga es a través del empleo que él tiene, causa que la percepción sobre COVID-19 sea diferente durante el confinamiento (Aguirre, 2020; Caballero, 2020; Lugo et al., 2020).

Hay que destacar que las personas con filiación religiosa tuvieron una percepción sobre el COVID-19 diferente en comparación con los otros grupos, lo anterior puede deberse a que tener la creencia de que Dios les brinda cierta protección divina o espiritual les da seguridad mental y física (Aukst y Margeti, 2005). Además, estas personas suelen seguir las recomendaciones cuando derivan de sus propios dirigentes de lo contrario estas medidas de protección como el caso del confinamiento son percibidas como una imposición (DeFranza et al., 2020; Desmond et al., 2013).

En conclusión, esta investigación mostró que las personas de 60 a 82 años, el sexo mujer, ocupación jubilado, escolaridad doctorado y la región norte tuvieron diferencias a favor en comparación de los otros grupos en cuanto a la actitud hacia las medidas de protección. Así mismo el adulto mayor, ocupación jubilado, el ser creyente en Dios con filiación religiosa y la región norte tuvieron diferencias a favor sobre la percepción sobre el COVID-19. Por lo que para mejorar la actitud hacia las medidas de protección y la percepción sobre el COVID-19 se debe fomentar los cuidados preventivos y el conocimiento de los riesgos a la salud en poblaciones específicas como aquellas personas con bajo nivel educativo con énfasis en la educación básica, en jóvenes y adolescentes, en personas dedicadas al comercio informal y la región centro.

Además de formar una cultura de cuidado a temprana edad para tener poblaciones resilientes ante futuras contingencias y crear en las personas esa consciencia de los daños que puede ocasionar el hacer caso omiso a las medidas de seguridad que existen para evitar el contagio que afecta a las personas más vulnerables tanto física como psi-

cológicamente. Este estudio estuvo limitado por la poca participación de la región centro, donde se suscitan los mayores casos de padecimiento y muerte por COVID-19. Si bien este estudio se realizó en población mexicana (un mismo país y misma cultura) la forma del reclutamiento limita la generalización, sin embargo, este trabajo da una pauta de las actitudes y percepciones que tuvieron los encuestados. Para futuras investigaciones se sugiere validar el instrumento por al menos 5 jueces en desarrollo de instrumentos y 5 jueces expertos en la materia, así como su respectivo pilotaje; además, de estar dirigidas a intervenciones educativas en poblaciones más reacios a cumplir las medidas preventivas que ayude a fomentar hábitos de prevención.

Referencias

Acosta García, C.M. (2022). El migrante como riesgo y oportunidad ante el COVID-19: la autoafirmación nacional a partir del control migratorio y las posturas antimigrantes en Estados Unidos. En R.M. González Corona y L.C. López Ulloa (coords.). *El mundo post COVID-19: aproximaciones desde las humanidades y las ciencias sociales* (pp. 95-119). Universidad Autónoma de Baja California.

Albert, S.M., & Duffy, J. (2012). Differences in Risk Aversion between Young and Older Adults. *Neuroscience and neuroeconomics*, (1). <https://doi.org/10.2147/NAN.S27184>

Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. New York: Chapman and Hall.

Aguirre Quezada, J.P. (2020) Informalidad en México. Desafíos para la cobertura en pensiones y vulnerabilidad social. *Pluralidad y Consenso*, 10(45), 68-81. <https://bit.ly/3lyFrw2>

Aukst-Margeti, B., & Margeti, B. (2005). Religiosity and health outcomes: Review of literature. *Coll Antropol*, 29(1), 365-371. <https://hrcak.srce.hr/5204>

Bakkar, B., Mohsen, F., Armashi, H., Marrawi, M., & Aldaher, N. (2022). A cross-sectional survey of COVID-19: attitude and prevention practice among Syrians. *Heliyon*, 8(3), e09124. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09124>

- Briñol Turnes, P., Falces Delgado, C. y Becerra Grande, A. (2007). Actitudes. En Morales, J.F., Gaviña, E., Moya Morales, M.C. y Cuadrado Guirado, M.I. (coords.), *Psicología social*, pp. 457-490. España: McGraw-Hill.
- Barreto, P., Díaz, J.L., Pérez, M., y Saavedra, G. (2013) Cuidando al cuidador: familiares de pacientes al final de la vida. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(1), 1-22. <https://doi.org/10.21134/pssa.v1i1.888>
- Bukata, I. T., Dadi, L. S., Ayana, A. M., Mengistu, D., Yewal, D., Gizaw, T. S., & Woldeesenbet, Y. M. (2022). Knowledge, Attitudes, and Practice Toward Prevention of COVID-19 Among Jimma Town Residents: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Frontiers in public health*, 10, 822116. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.822116>
- Caballero Castro, A.P. (2020) Pensiones contributivas: una visión de género para mujeres adultas mayores en el estado de México. *Ex Legibus*, 12, 361-376. <https://exlegibus.pjedomex.gob.mx/index.php/exlegibus/article/view/215>
- Calderón Cholbi, A., Delhom, I., Mateu Mollá, J., y Lacomba Trejo, L. (2022). Psicopatología, apego y apoyo social en familiares de personas afectadas por COVID-19. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 140-156. <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.865>
- Cárdenas Castro, J. M., y Arancibia Martini, H. (2016). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-244. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0002.00006>
- Cea, M. A. (2004). *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Ceccato, I., Palumbo, R., Di Crosta, A., La Malva, P., Marchetti, D., Maiella, R., Verrocchio, M.C., Marin, A., Mammarella, N., Palumbo, R., & Di Domenico, A. (2021). Age-related differences in the perception of COVID-19 emergency during the Italian outbreak. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1305-1313. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1856781>
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (Conasami). (2020). *Salarios mínimos 2020*. México: Conasami. <https://bit.ly/3fzUBxd>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2021). *CONEVAL presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2018 y 2020*. CONEVAL. <https://acortar.link/cZxMLK>
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33), 228-247. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/>
- DeFranza, D., Lindow, M., Harrison, K., Mishra, A., & Mishra, H. (2021). Religion and reactance to COVID-19 mitigation guidelines. *American Psychologist*, 76(5), 744-754. <https://doi.org/10.1037/amp0000717>
- Desmond, S. A., Ulmer, J.T., & Bader, C. D. (2013). Religion, self control, and substance use. *Deviant Behavior*, 34(5), 384-406. <https://doi.org/10.1080/01639625.2012.726170>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 269-322). McGraw-Hill.
- Estrada Iguíniz, M., Warn Cruz, L., & Rojas García, G. (2022). Intercambios de cuidados y personas adultas mayores en el contexto de la pandemia en México. *Revista de Antropología Social*, 31(1), 1-15. <https://doi.org/10.5209/ra.81072>
- Feleke, A., Adane, M., Embrandiri, A., Berihun, G., Walle, Z., Keleb, A., & Kloos, H. (2022). Knowledge, Attitudes, and Misconceptions About COVID-19 Prevention Practices Among High and Preparatory School Students in Dessie City, Ethiopia. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 15, 1035-1055. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S325636>
- Gobierno de México (2020). *COVID-19 medidas económicas*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas>
- Gobierno de México (2022). *Tasa de desempleo muy cerca de su nivel mínimo desde marzo*

de 2020. Gobierno de México. <https://acortar.link/miZ50d>

Hernández Sampieri, R., Mendoza Torres, C.P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.

Hezima, A., Aljafari, A., Aljafari, A., Mohammad, A., & Adel, I. (2020). Knowledge, attitudes, and practices of Sudanese residents towards COVID-19. *East Mediterr Health J*, 26(6), 646-651. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.076>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019). *Encuesta Nacional sobre el uso del tiempo (ENUT) 2019*. México: INEGI. <https://bit.ly/3ApUg8z>

Kabiri M, Baffoe A, Poku SA, Ofori EK, Adusei KO, et al. (2021) Knowledge, Attitude and Practices of COVID-19 Prevention among Adults 18 Years and Above in Kintampo North Municipality, Ghana. *J Infect Dis Epidemiol*, 7(9), 1-12. <https://doi.org/10.23937/2474-3658/1510228>

Lara Esquivel, E.C., Torres Muñoz, Y.C., Moreno Gómez, M. (2012). Actitudes y hábitos ante la prevención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20(1), 11-17.

Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granell, S., Pérez-Marín, M., y Montoya-Castilla, I. (2017). Estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Calidad de Vida y Salud*, 10(1), 10-28.

Loretto, L., Mastrangelo, G., Stepien, J., Grabowski, J., Meloni, R., Piu, D., Michalski, T., Waszak, P. M., Bellizzi, S., & Cegolon, L. (2021). Attitudes and Perceptions of Health Protection Measures Against the Spread of COVID-19 in Italy and Poland. *Frontiers in psychology*, 12, 805790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.805790>

Lugo González, I.V., Fernández Vega, M., Reynoso Erazo, L., Becerra-Gálvez, A. L., & Pérez-Bautista, Y.Y. (2020). COVID-19 perception and preventive behaviors: A descriptive, comparative study by severity and perceived risk. *Salud Mental*, 43(6), 285-292. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.039>

Mardiko, A., & von Lengerke, T. (2020). When, how, and how long do adults in Germany self-reportedly wash their hands? Compliance indices based on handwashing frequency, technique, and duration from a cross-sectional representative survey. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 230, 113590. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2020.113590>

Martínez, M. R., Hernández, M. J., & Hernández, M. V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.

Molina, H. (2021). Fallecen por COVID 979 personas pese a estar inoculadas. *El Economista*. <https://bit.ly/3SVpgHf>

Pagés, C., Aclan, C., Alfonso, M., Arroio, R., Irigoyen, J. L., Mejía, I., Mendieta, C., Moreno, S., Muelle, A., Peñaherrera, S., Pombo, C., Regalía, F., Savedoff, W. D., Stein, E. H, y Tejerina, L. (2020). *Del confinamiento a la reapertura: consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades en América Latina y el Caribe en el marco de la Covid-19*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002349>

Petty, R.E. y Wegener, D.T. (1998). Attitude change. En D. Gilbert, S. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

Rosas, A. (2019). México tiene cuatro México diferentes. *Expansión*. <https://expansion.mx/economia/2019/07/22/mexico-tiene-cuatro-mexicos-diferentes>

Shawahna, R. (2021). Knowledge, attitude, and use of protective measures against COVID-19 among nurses: a questionnaire-based multicenter cross-sectional study. *BMC Nurs*, 20, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00689-x>

Secretaría de Economía (2020). *Programa Sectorial de Economía 2020-2024*. Secretaría de Economía. <https://acortar.link/TitQsE>

Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud de Investigación*. Secretaría de Salud. <https://bit.ly/37mCjuY>

Secretaría de Salud (2020). *Información Internacional y nacional sobre nuevo Coronavirus (CO-*

VID-19). Secretaría de Salud. <https://bit.ly/3iphu8l>

Soto, G. (23 de julio 2020). La otra tragedia: 10 mil empresas y negocios desaparecen por COVID-19. *El Financiero*. <https://bit.ly/3lwlAxu>

Tomczak, M. & Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends Sport Sci*, 1(21),19-25.

Ubillos Landa, S., Páez Rovira, D., & Mayordomo López, S. (2004). Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. En I. Fernández Sedano, S. Ubillos Landa, E. M. Zubieta, & D. Páez Rovira (eds.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 301-326). Pearson Educación.

World Health Organization (2021a). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. WHO. https://www.who.int/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1

World Health Organization (2021b). Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. WHO. <https://bit.ly/3xqKjWq>

World Health Organization (2021c). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). WHO. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1745-1752. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>