

¹Departamento de Psicología,
Universidad de La Serena. La
Serena, Chile.

²Escuela de Psicología,
Universidad de La Serena. La
Serena, Chile.

³Psicóloga, Magíster en Psicología
Clínica, Doctora en Psicología.

^bLicenciado en Psicología.

Trabajo no recibió
financiamiento.

Los autores declaran no tener
conflictos de interés.

Recibido el 11 de enero de 2021,
aceptado el 2 de mayo de 2022.

Correspondencia a:
Susan Galdames
Benavente 980, La Serena.
sgaldame@userena.cl

Percepción de riesgo, eficacia preventiva y factores socio demográficos como predictores de conductas preventivas de COVID-19 en adultos chilenos

SUSAN GALDAMES^{1,a}, THANIA SANTOS PIZARRO^{2,b},
PEDRO PRADO TRIGO^{2,b}, ALLISON CASTILLO BRUNA^{2,b},
VALENTINA RODRÍGUEZ ALIAGA^{2b},
VICTORIA GALLEGUILLOS ARAYA^{2b}

Risk perception, preventive efficacy and social factors as predictors for COVID-19 preventive behavior in Chileans

Background: Social isolation and hand washing are effective measures to prevent COVID-19 transmission **Aim:** To evaluate the predictive role of risk perception and preventive efficacy perception, along with sociodemographic and health factors, for adherence to hand washing and isolation behavior of Chilean adults. **Material and Methods:** In a Web-based cross-sectional study, 695 adults between 18 and 60 years old answered the COVID-19 Risk Perception Scale and a questionnaire on perception of preventive efficacy, preventive adherence, sociodemographic and health variables. **Results:** Seventy seven percent of respondents adhered to hand washing and 71% to isolation behavior. The average risk perception of respondents was $67.2 \pm 12.6\%$. Age, gender and perception of risk (considering its affective component and preventive efficacy perception), were identified in two predictive models as factors associated with compliance with hand washing. **Conclusions:** Preventive behaviors are associated with several psychosocial factors, allowing to distinguish groups at higher risk, which should be the focus of COVID-19 preventive interventions.

(Rev Med Chile 2022; 150: 1138-1144)

Key words: COVID-19; Preventive Health; Risk.

El impacto negativo de la pandemia por SARS-CoV-2 ha sido mundial, cambiando la vida cotidiana de la población¹. Previo a las vacunas, la principal forma de mitigación ha sido la aplicación de conductas preventivas². Sin embargo, la apropiación de estas medidas por parte de la población fue un proceso difícil y multideterminado, en el cual los factores psicológicos han jugado un rol importante³.

Si bien las principales conductas preventivas parecen simples (lavado de manos frecuente, uso

de mascarilla, mantener distancia física, etc.) y han sido comunicadas en forma clara, no siempre se logró el cumplimiento masivo óptimo de estas. Algunas investigaciones internacionales durante los primeros meses de la pandemia⁴, mostraron que solo 75% de los chilenos entrevistados declaró lavarse las manos con mayor frecuencia por el COVID-19. Además, menos de 50% de chilenos consultados aseguraron adherir al distanciamiento social.

Por otra parte, la población joven ha sido

asociada a una peor prevención⁵, de acuerdo a una encuesta⁶, 29% de los jóvenes y adolescentes entre 14 y 24 años, creían que los jóvenes no se contagian. Asimismo, algunas autoridades señalaron que los mayores vulneradores del toque de queda y de las cuarentenas fueron los jóvenes entre 18 a 30 años⁷.

Entre los factores que podrían explicar una peor adherencia en los jóvenes, está su periodo evolutivo, denominado “Adulthood Emergente”⁸, el cual comprende entre los 18 y 29 años aprox. Terminada la adolescencia, muchos jóvenes siguen estudiando y viviendo en condiciones similares a la adolescencia pero con libertades dadas por haber alcanzado la edad legal de adultos, mientras aún no asumen los compromisos de la adultez⁸. Durante esta etapa, se describen características como: exploración de identidad, inestabilidad, centrarse en uno mismo, sentirse “a medio camino” y sensación de apertura de posibilidades, lo que, sumado a la sensación de invulnerabilidad de la reciente adolescencia, contribuiría a que los adultos emergentes tengan una menor percepción de riesgo de contagiarse o de tener consecuencias graves, disminuyendo su conducta preventiva.

Por su parte, la WHO¹, sugirió una serie de factores psicosociales que han mostrado influencia en la respuesta de la población a la pandemia. Entre estos están: factores socio-demográficos, experiencia personal con COVID-19, conocimiento en salud, percepción de riesgo de COVID-19, preparación y autoeficacia percibida, confianza en fuentes de información, etc. Entre estos factores, ha destacado la investigación sobre la influencia de la percepción de riesgo sobre la adherencia a las conductas preventivas⁹⁻¹³. Siendo esperable que, a mayor percepción de riesgo de adquirir el virus, mayores sean las conductas de prevención.

La percepción de riesgo de contagio es la probabilidad subjetiva que un sujeto atribuye a contagiarse. Esta, varía de acuerdo al conocimiento que se tiene sobre el fenómeno a ocurrir¹⁴, así como las experiencias personales de las consecuencias de exponerse al riesgo¹⁵. La percepción de riesgo también conlleva un aspecto afectivo, en tanto implica la preocupación por el riesgo de contagio y la controlabilidad que se percibe sobre la amenaza^{16,17}.

Finalmente, con el propósito de contribuir a la comprensión de la adherencia a conductas preventivas en situación de pandemia, nos hemos

planteado el objetivo de evaluar el rol predictivo de la percepción de riesgo, la percepción de eficacia preventiva y características sociodemográficas y de salud, sobre la adherencia al lavado de manos y aislamiento físico, en población chilena que se encuentra en distintas fases de adultez.

Material y Método

Participantes

Se realizó un muestreo tipo “bola de nieve”, en formato digital. El criterio de inclusión fue: tener de 18 a 60 años y aceptar el consentimiento informado. El total de la muestra fue de 695 personas (Tabla 1).

Diseño

Se realizó un estudio transversal, con muestreo tipo “bola de nieve”, que permitiera relacionar las variables psicosociales con las conductas preventivas del virus, estudiando el posible rol predictivo de las variables psicosociales sobre las conductas preventivas.

Instrumentos

Se aplicó una versión en español de la Escala de Percepción de Riesgo de COVID-19¹⁸, un cuestionario sobre eficacia preventiva y variables sociodemográficas y de salud.

COVID-19 Perceived Risk Scale

La escala original midió la percepción de riesgo relacionada al SARS H1N1¹⁹. Luego, Yildirim la adaptó al SARS-CoV-2, y nuestro equipo la tradujo al español adaptándola a Chile. Las preguntas tienen formato de respuesta Likert de 1 a 5, donde mayor puntaje indica mayor percepción de riesgo. Los indicadores de confiabilidad de la escala original fueron: α de Cronbach = 0,74 y ω de McDonald = 0,88, mientras el análisis de estructura factorial fue consistente con dos factores, uno cognitivo, centrado en la probabilidad personal de contagio del virus, y un componente afectivo centrado en la preocupación asociada a la posibilidad de contagio. En nuestra aplicación, se obtuvo índices α de Cronbach = 0,707 y ω de McDonald = 0,736. Además, el estudio de validez de constructo realizado mediante análisis factorial confirmatorio mostró índices de ajuste adecuados para los dos factores originales.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Características	n	%
Sexo		
Hombre	209	30.1
Mujer	478	68.8
Otro	8	1.2
Ocupación		
Estudiante	270	38.8
Trabajador con contrato	170	24.5
Dueño/a de casa	57	8.2
Trabajador a contrata	55	7.9
Estudiante y trabajador	46	6.6
Desempleado	42	6.6
Educación		
Básica	4	0.6
Media	148	21.3
Técnica	127	18.3
Universitaria	362	52.1
Post títulos/grados	54	7.8
Nacionalidad		
Chilena	686	98.7
Latinoamericana	9	1.3
Pueblo originario		
No	625	89.3
Sí (Mapuche, Diaguita, Aymara)	70	10.7
Región de residencia		
Zona norte	464	66.7
Zona centro	193	27.7
Zona sur	38	5.5

Percepción de efectividad preventiva

Se usaron las preguntas: “Para prevenir el contagio de COVID-19 ¿Qué tan efectivo crees que es lavarse las manos frecuentemente, de la manera correcta?” y “¿Qué tan efectivo crees que es mantener el aislamiento físico y no salir de casa?”, con respuestas tipo Likert de 1 (nada) a 5 (mucho).

Adherencia a conductas preventivas

Se preguntó con cuánta frecuencia los sujetos habían cumplido con las conductas de lavado de manos y el aislamiento físico la semana previa a responder el cuestionario. Se les pidió que respondieran de 1 (nada) a 5 (mucho).

Variables sociodemográficas

Se evaluó sexo, edad, nivel educacional, región de residencia, ocupación y pertenencia a pueblo originario. Se pidió a los participantes que auto reportaran las consecuencias económicas de la pandemia valorándolas de 1 (nada) a 5 (mucho).

Variables de salud

Se evaluó haber sido diagnosticado de COVID-19, padecer enfermedad crónica, y si su comuna estaba en cuarentena.

Procedimiento

Se envió un link en forma de *bola de nieve* para responder los instrumentos, diseñados en formato Google Form con un consentimiento informado tipo “botón de aceptación” que permitía seguir participando o no en la investigación. La aplicación se realizó entre el 12 y 15 de septiembre de 2020, es decir, durante el periodo de desconfinamiento en algunas regiones del país e implantación de cuarentena en otras. Lo que equivale a las fases 1 y 2, respectivamente⁵.

El análisis de los datos se realizó en tres etapas: se establecieron los cálculos psicométricos de los instrumentos. Luego, se calcularon las medidas descriptivas y, finalmente, se ingresaron los predictores a modelos de regresión lineal multifactorial. En este último paso se realizó una transformación logarítmica de las variables que no se distribuían en forma normal previo a su ingreso al modelo, usando el método introducir. En el primer modelo se ingresaron las variables asociadas a la adherencia al lavado de manos y en el segundo las asociadas a adherencia al aislamiento físico para finalmente retirar aquellas variables que no tenían indicadores significativos, dejando así cada modelo final que mejor se podía lograr. Los análisis de datos se efectuaron con Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 y JAMOVI²⁰. Todos los procedimientos se ajustaron a los principios éticos de la Convención de Helsinki.

Resultados

Adherencia a conductas preventivas

El 77% cumplía totalmente con el lavado de manos y 71% con el aislamiento físico. El lavado de manos mostró un promedio de $4,72 \pm 0,56$, asimetría de $-2,09$ y curtosis de $4,2$, es decir, una distribución sesgada hacia los puntajes altos. El ais-

lamiento físico mostró una adherencia promedio de $4,15 \pm 0,80$, con asimetría de $-0,76$, moderadamente sesgada hacia la derecha, y curtosis de $0,11$. Por último, según un análisis de diferencia entre estas dos conductas, la adherencia al aislamiento físico fue significativamente más baja que la de lavado de manos ($t = -16,07$, 694 gl, $p = 0,00$).

Percepción de riesgo

Esta variable se distribuyó en forma normal. Los puntajes fluctuaron entre 8 y 40, y en promedio se observó un puntaje de $26,87 \pm 5,02$, con curtosis de $1,15$ y asimetría de $-0,47$. Al convertir los puntajes a porcentajes se observó $67,16\% \pm 12,56$. El factor cognitivo de la percepción de riesgo tuvo un puntaje promedio de $9,43 \pm 3,43$, transformado a porcentaje promedio de $47,15\%$, mientras el puntaje en el factor afectivo tuvo un promedio de $17,43 \pm 2,96$, correspondiente a $87,18\%$.

Percepción de eficacia preventiva

Se observó un promedio de $4,75 \pm 0,59$ (asimetría = $-2,65$ y curtosis = $7,51$) para lavado de manos y $4,48 \pm 0,94$ (asimetría = $-1,85$ y curtosis = $2,67$) para aislamiento físico. Ambas distribuciones eran leptocúrticas y sesgadas hacia la derecha.

Adherencia, percepción de riesgo y eficacia según rango etario y sexo

La edad mostró una correlación de Spearman significativa positiva baja con la adherencia al

lavado de manos ($r = 0,214$, $p < 0,01$), asimismo con la percepción de riesgo ($r = 0,141$, $p < 0,01$). En cambio, no correlacionó con la percepción de eficacia preventiva del lavado de manos. Además del análisis de correlación, dicotomizamos la edad en dos rangos: entre 18 y 30 años, y entre 31 y 60 años, para luego comparar sus puntajes en las variables estudiadas (Tabla 2).

Para analizar los resultados según el sexo se compararon los resultados de hombres y mujeres mediante prueba t de student para muestras independientes (Tabla 3).

Variables de salud

125 de 695 personas tenían alguna enfermedad crónica diagnosticada. Este grupo mostró mayor adherencia al lavado de manos ($t = -2,55$, 236 gl, $p = 0,011$) y mayor percepción de riesgo ($t = -5,84$, 693 gl, $p < 0,01$) que las personas sin enfermedad crónica. Por otro lado, tener enfermedad crónica no hizo diferencia en adherencia al aislamiento ni en la percepción de eficacia de las conductas preventivas.

Haber tenido algún conocido o familiar enfermo de COVID-19 fue señalado por 317 (45,61%) participantes, sin embargo, esto no generó diferencia en ninguna de las variables. Además, evaluamos si los participantes habitaban en una comuna en cuarentena al momento de la evaluación, y encontramos que 525 (75,53%) estaban en cuarentena. Esta condición se asoció a mayores

Tabla 2. Adherencia preventiva, percepción de riesgo y eficacia según rango etario

	Rango edad	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig.
Lavado de manos	18 – 30	397	4,61	0,63	-6,26	679	0,00
	31 – 60	298	4,86	0,40			
Aislamiento	18 – 30	397	4,11	0,80	-1,25	693	0,20
	31 – 60	298	4,19	0,81			
Percepción de eficacia lavado manos	18 – 30	397	4,71	0,62	-2,17	680	0,03
	31 – 60	298	4,80	0,54			
Percepción de eficacia aislamiento	18 – 30	397	4,50	0,93	0,57	693	0,56
	31 – 60	298	4,46	0,96			
Percepción de riesgo factor cognitivo	18 – 30	397	9,02	3,15	-3,58	580	0,00
	31 – 60	298	9,97	3,70			
Percepción de riesgo factor afectivo	18 – 30	397	17,3	2,62	-0,64	693	0,50
	31 – 60	298	17,5	3,36			

Tabla 3. Adherencia preventiva, percepción de riesgo y eficacia preventiva según sexo

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig.
Lavado de manos	Hombre	209	4,58	0,69	-3,87	301	0,00
	Mujer	478	4,78	0,48			
Aislamiento	Hombre	209	3,97	0,82	-3,76	685	0,00
	Mujer	478	4,22	0,79			
Percepción de riesgo factor cognitivo	Hombre	209	9,30	3,37	-,680	685	0,49
	Mujer	478	9,50	3,46			
Percepción de riesgo factor afectivo	Hombre	209	16,63	3,21	-4,39	351	0,00
	Mujer	478	17,76	2,79			
Percepción de eficacia lavado de manos	Hombre	209	4,63	0,689	-3,03	327	0,00
	Mujer	478	4,79	0,54			
Percepción de eficacia aislamiento	Hombre	209	4,42	1,02	-1,01	360	0,31
	Mujer	478	4,50	0,91			

Tabla 4. Coeficientes de regresión lineal sobre adherencia a conductas preventivas

Modelo lavado manos	Coefficiente estándar Beta	T	Sig.	Estadísticas de colinealidad Tolerancia VIF	
(Constante)		7,02	0,000		
Edad	0,185	5,72	0,000	0,997	1,00
P Riesgo F Afect	0,080	2,36	0,018	0,901	1,11
P Eficacia Lavado	0,461	13,56	0,000	0,899	1,11
Modelo aislamiento					
(Constante)		6,54	0,000		
Sexo	0,105	2,87	0,004	0,974	1,02
P Riesgo F Afect	0,120	3,18	0,002	0,904	1,10
P Eficacia Aislam	0,243	6,51	0,000	0,926	1,09

puntajes en adherencia al aislamiento ($t = -2,29$, 268 gl, $p = 0,023$), y mayor percepción de eficacia del aislamiento ($t = -1,99$, 266 gl, $p = 0,047$).

Análisis relacional

Para seleccionar los factores psicosociales del modelo predictivo de adherencia al lavado de manos se ingresaron las variables: sexo, rango etario, nivel educacional, región de residencia, ocupación, pertenencia a pueblo originario, consecuencias económicas de la pandemia, diagnóstico de COVID, enfermedad crónica, comuna en cuarentena, factor cognitivo y afectivo de la percepción de riesgo y la percepción de eficacia del lavado de

manos, luego eliminamos los factores que no tenían significancia estadística como predictores de la variable dependiente. De este modo, se obtuvo un modelo predictivo de la adherencia al lavado de manos con un R^2 ajustado de 0,28, lo cual indica que el modelo en general permite explicar 28% de la varianza de la adherencia al lavado de manos. Los factores predictivos fueron: edad, componente afectivo de percepción de riesgo y percepción de eficacia del lavado de manos como prevención de contagio de SARS-CoV-2. El ANOVA del modelo de 3 predictores indicó que es significativo para predecir la variable dependiente ($F = 91,25$, 3 y 691 gl, $p < 0,01$).

En el segundo modelo predictivo la variable dependiente fue adherencia al aislamiento físico con un R^2 ajustado de 0,11 lo cual indicó que el modelo en general permite explicar 11% de la varianza de la adherencia al aislamiento físico. Las variables ingresadas como predictores inicialmente fueron: sexo, rango etario, nivel educacional, región de residencia, ocupación, pertenencia a pueblo originario, consecuencias económicas de pandemia, diagnóstico de COVID, enfermedad crónica, comuna en cuarentena, factor cognitivo y afectivo de la percepción de riesgo y la percepción de eficacia preventiva del aislamiento físico. Luego, se retiraron las variables que no mostraron índices significativos de predicción y se realizaron los cálculos del modelo final con los siguientes predictores: sexo, componente afectivo de la percepción de riesgo y percepción de eficacia del aislamiento físico como prevención de contagio de SARS-CoV-2. El ANOVA del modelo de 3 predictores indicó que es significativo para predecir la variable dependiente ($F = 27,66$, 3 y 691 gl, $p = 0,00$). Se pueden observar los coeficientes de regresión estandarizados y los estadísticos de co-linealidad en la Tabla 4.

Discusión

De acuerdo al objetivo, se estableció el rol predictivo de la edad, percepción de riesgo (componente afectivo) y percepción de eficacia preventiva del lavado de manos sobre la adherencia al lavado de manos. Por su parte, la adherencia al aislamiento físico tuvo los siguientes predictores: sexo, percepción de riesgo (componente afectivo), y percepción de eficacia preventiva del aislamiento físico.

Si bien los índices de los modelos fueron significativos, su capacidad predictiva fue baja, lo cual sugiere la existencia de otros factores que en forma directa o indirecta influyen en la adherencia a conductas preventivas. Estos resultados van en la misma línea de estudios que han observado una relación positiva baja de la percepción de riesgo de COVID-19 con conductas preventivas en población adulta⁹.

La percepción de riesgo en la muestra total mostró puntajes distintos para sus componentes cognitivo y afectivo, siendo este último más alto, el cual alcanzó valor predictivo de las conductas preventivas de lavado de manos y aislamiento físico.

En comparación con un estudio internacional¹⁸, la muestra chilena presenta puntajes más bajos en el componente cognitivo y más altos en las preguntas del componente afectivo.

En cuanto a la adherencia al lavado de manos y aislamiento, pudimos observar una adherencia de 71 a 74%, lo que podría ser considerado bajo, ya que las personas se encontraban en fase crítica de la pandemia.

La percepción de eficacia que las personas atribuyen a las conductas específicas de prevención fue alta y mostró capacidad predictiva de las conductas específicas de prevención.

En el análisis de las variables según edad, los adultos emergentes tuvieron diferencias significativas con los adultos en periodo de adultez temprana y media, teniendo menor adherencia al lavado de manos y menor percepción de eficacia del lavado de manos como medida preventiva, y menor percepción de riesgo a nivel del factor cognitivo. Esto, está en la línea de investigaciones internacionales que señalan que a mayor edad hay más conductas preventivas y mayor percepción de riesgo¹³.

Los resultados por sexo señalaron que las mujeres adhieren más que los hombres a las conductas de lavado de manos y aislamiento físico, lo cual corrobora los resultados a nivel internacional sobre conductas preventivas¹³. Además, las mujeres tuvieron mayor percepción de riesgo, pero sólo en el componente afectivo, y percibieron mayor eficacia que los hombres respecto al lavado de manos, pero no sobre el aislamiento. Las diferencias observadas podrían mostrar una diferencia entre hombre y mujeres al enfrentar la normativa social y cumplir restricciones sociales²¹.

Respecto a las variables de salud, observamos que las personas con enfermedad crónica diagnosticada tuvieron mayor adherencia al lavado de manos y mayor percepción de riesgo. Por otro lado, tener algún conocido o familiar con COVID-19 no implicó ninguna diferencia significativa en esta muestra, lo cual contradice la idea de que la experiencia personal aumenta la percepción de riesgo.

De acuerdo al estudio realizado, podemos concluir que las variables que resultaron tener capacidad predictiva significativa, aunque baja, sobre la adherencia a conductas preventivas de contagio de SARS-CoV-2 fueron: edad, sexo, el componente afectivo de la percepción de riesgo y la percepción de eficacia preventiva.

Referencias

- World Health Organization. Weekly Epidemiological Update [internet] N9.cl 2020. Disponible en: <https://n9.cl/fg9o> [Consultado 2020 octubre 12].
- Ministerio de Salud. Informe Epidemiológico enfermedad por SARS-CoV-2 [internet]. 44 ed. Santiago: Departamento de Epidemiología 2020. Disponible en: <https://bit.ly/350cUaf> [consultado 2020 octubre 23].
- SteelFisher G, Blendon R, Kang M, Ward J, Kahn E, Maddox K, et al. Adoption of preventive behaviors in response to the 2009 H1N1 influenza pandemic: a multiethnic perspective. *Influenza Other Respir Viruses* [internet] 2015; 9 (3): 131-42. <https://doi.org/10.1111/irv.12306> [consultado 2020 noviembre 27].
- Fetzer T, Witte M, Hensel L, Jachimowicz J, Haushofer J, Ivchenko A, et al. Global behaviors and perceptions at the onset of the COVID-19 Pandemic. *NBER* [internet] 2020; 27082 (1): 1-45. <https://doi.org/10.3386/w27082> [consultado 2020 octubre 17].
- Gobierno de Chile [sitio de internet]. Santiago. Paso a paso, nos cuidamos [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/> [consultado 2020 octubre 17].
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia [sitio de internet]. Santiago. Encuesta revela que uno de cada tres jóvenes cree que no se contagiará de COVID-19 [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://n9.cl/r1k3m> [consultado 2020 octubre 16].
- Rivera V. Gobierno: jóvenes entre 18 y 30 años son los mayores infractores del confinamiento. *La Tercera* 2020 mayo 27. Disponible en: <https://n9.cl/4n9x>.
- Arnett J. *The Oxford handbook of emerging adulthood*. Nueva York: Oxford University Press 2015.
- Shabu S, Amen K, Mahmood K, Shabila N. Risk perception and behavioural response to COVID-19 in Iraqi Kurdistan region. *Research Square* [internet] 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-22025/v1> [consultado 2020 octubre 17].
- Huynh T. Data for understanding the risk perception of COVID-19 from Vietnamese sample. *Data Brief* [internet] 2020; 30 (105530): 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105530> [consultado 2020 octubre 17].
- Peres D, Monteiro J, Almeida M, Ladeira R. Risk perception of COVID-19 among the Portuguese healthcare professionals and general population. *J Hosp Infect* [internet] 2020; 105 (3): 434-7. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.038> [consultado 2020 noviembre 15].
- Dryhurst S, Schneider C, Kerr J, Freeman A, Recchia G, Van der Bles A, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *J of Risk Research* [internet] 2020; 23: 7-8: 994-1006. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193> [consultado 2020 noviembre 08].
- Iorfa S, Ottu I, Oguntayo R, Ayandele O, Kolawole S, Gandi J, et al. COVID-19 knowledge, risk perception and precautionary behaviour among Nigerians: A moderated mediation approach. *MedRxiv* [internet] 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.05.20.20104786> [consultado 2020 noviembre 12].
- Pidgeon N, Gregory R. Judgment, decision making and public policy. En Koehler D, Harvey N, ed. *Blackwell handbook of judgment and decision making*. Oxford: Blackwell 2004; 604-23. <https://doi.org/10.1002/9780470752937.ch30>.
- Brewer N, Weinstein N, Cuite C, Herrington Jr J. Risk perceptions and their relation to risk behaviour. *Ann Behav Med* [internet] 2004; 27 (2): 125-30. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_7 [consultado 2020 octubre 28].
- Lerner J, Keltner D. Beyond valence: toward a model of emotion-specific influences on judgement and choice. *Cogn Emot* [internet] 2020; 14: 473-93. <https://doi.org/10.1080/026999300402763> [consultado 2020 noviembre 14].
- Lohiniva A, Sane J, Sibenberg K, Puumalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Euro Surveill* [internet] 2020; 25 (13): 2000317. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000317> [consultado 2020 octubre 23].
- Yıldırım M, Güler A. Factor analysis of the COVID-19 perceived risk scale: a preliminary study. *Death Stud* [internet] 2020; 1-8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1784311> [consultado noviembre 14].
- Brug J, Aro A, Oenema A, De Zwart O, Richardus J, Bishop G. SARS risk perception, knowledge, precautions, and information sources, the Netherlands. *Emerg Infect Dis* [internet] 2004; 10 (8): 1486-9. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1008.040283> [consultado 2020 noviembre 08].
- Jamovi Project [sitio de internet]. Sydney; 2019 [consultado 2020 octubre 12]. Disponible en: <https://www.jamovi.org>.
- Heise L, Greene M, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet* [internet] 2019; 393: 2440-454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X) [consultado 2020 noviembre 27].