



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Conductas de protección durante la  
pandemia SARS-COV-2:  
¿Qué factores influyen en la adopción de  
estas conductas en estudiantes  
universitarios?**

**VALENTINA ROCÍO SUÁREZ COLÓN**

Profesora Guía: Paula Repetto

Comité de Tesis: Javier de la Maza

Nicolás Bronfman

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

**Junio, 2022  
Santiago, Chile**



## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, Marcia, Andrés e Ignacio. A Eliana, Augusta, Hermann y Edgardo.

A Nicolás, Pamela, Javiera, Paola, Nicole.

A Paula, mi profesora guía.

Y mis pacientes.

## Índice

Resumen Tesis	5
Introducción	6
Resumen:	9
Introducción	10
Metodología	16
Materiales	16
Procedimiento y Participantes	20
Análisis de datos	21
Resultados	22
Análisis Factorial	22
Análisis descriptivos	24
Características de los participantes	24
Análisis descriptivos de los componentes del Modelo	26
Relación entre conductas de protección y variables del modelo	31
Comparación en conducta de higiene entre grupos	34
Discusión	36
Conclusiones y limitaciones del estudio	42
Referencias	44
Anexo 1: <i>Secciones encuesta.</i>	1

## **Resumen Tesis**

*Introducción:* Los indicadores de contagio y mortalidad asociados a la pandemia COVID-19 han relevado la importancia de los estudios sobre conductas preventivas en salud, en particular en la población joven, quienes han sido un grupo caracterizado por incorporar estas medidas en menor frecuencia. *Objetivo:* Examinar la adopción de medidas preventivas ante la pandemia SARS-CoV-2 en una muestra de jóvenes chilenos, desde la perspectiva del Modelo de la Conducta Planificada. *Método:* Se implementó una encuesta en línea, en una muestra de 908 estudiantes universitarios chilenos de entre 18 y 35 años. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales usando el software SPSS v.26 para evaluar los factores que influyen en la adopción de estas conductas. *Resultados:* Se evidencia una alta adhesión a las medidas preventivas entre los jóvenes participantes, siendo mayor entre mujeres y entre quienes viven con alguien que tiene 65 años o más. La norma social es el predictor más importante de esta conducta, lo que muestra la relevancia de la conducta de otros y de la influencia social en la adopción de estas medidas. *Implicancias:* Este estudio muestra que las normas sociales juegan un rol importante y, por lo tanto, para promover las conductas de cuidado se deben mostrar y promover estas conductas en el entorno de las personas.

## **Introducción**

Las pandemias se caracterizan por ser escenarios en donde la población se ve enfrentada a patógenos para los cuales no posee inmunidad previa, ni tratamiento farmacológico efectivo e inmediato (Taylor, 2019). Es por esto, que, desde los inicios de la pandemia, las autoridades sanitarias propusieron implementar una serie de medidas no farmacológicas, basadas en los mecanismos de contagio del SARS-CoV-2, que deben ser adoptadas de forma masiva para evitar que el virus continúe propagándose (OMS, 2020; Taylor, 2019).

Sin embargo, para que estas medidas de protección sean efectivas es necesario alcanzar altas tasas de adhesión, lo cual no es fácil de lograr. En particular, la población joven ha sido un grupo que ha despertado gran interés en relación con la adopción de las conductas preventivas en el contexto de pandemia, debido a que se les ha atribuido una menor adopción de estas conductas (Araya Guzmán et al., 2020). Si bien, durante los primeros meses de la pandemia se consideraba que, para los jóvenes, el riesgo de enfermarse gravemente y fallecer era bajo, analizar sus comportamientos es relevante porque podían representar un vector significativo de contagio, si no mantienen las conductas que reducen el riesgo de contagio (Dickinson, 2020). Este interés, además, se fundamenta en estudios previos que sugieren que mayor edad se asocia con una mayor probabilidad de adoptar medidas preventivas durante las pandemias, sin embargo, los resultados no son concluyentes (Bish & Michie, 2010). Por esta razón, el presente estudio busca contribuir a la comprensión de los factores que influyen en la adopción de estas conductas en la población joven.

Además de la edad y etapa del ciclo vital, varios autores han examinado el rol que tienen otros factores sociodemográficos para facilitar u obstaculizar la implementación de medidas de cuidado, tales como las condiciones de vida o el acceso a recursos (Papageorge et al., 2021). En línea con lo planteado por Michie & West (2020), los comportamientos se encuentran inmersos en complejos sistemas que

involucran a individuos, grupos y comunidades, los cuales operan en diversos entornos físicos y sociales. Por lo que se requiere reconocer el rol que tienen factores conductuales, ambientales y sociales para enfrentar la pandemia. Para poder comprender como estos factores operan, es que el presente estudio se orienta desde el Modelo de Conducta Planificada, que ha sido usando previamente por otros investigadores, para comprender estas conductas y otras similares (Miller, 2017; Steinmetz et al., 2016).

En consecuencia, el presente estudio tuvo como objetivo examinar la adopción de conductas para prevenir contagios en el contexto de la pandemia COVID-19 desde el Modelo de Conducta Planificada en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. El diseño del estudio fue de carácter cuantitativo transversal, por lo cual se implementó una encuesta en la Universidad Nacional Andrés Bello, impulsada por el proyecto FONDECYT Regular N° 1180996. “Un enfoque integral para mejorar la preparación frente a desastres naturales en Chile”. Este proyecto fue desarrollado por un equipo interdisciplinario perteneciente al Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), en colaboración con las universidades Andrés Bello y Pontificia Universidad Católica de Chile.

La recolección de datos se realizó usando una encuesta on-line diseñada en base a escalas del Modelo de Conducta Planificada, utilizadas previamente en Chile (Bronfman et al., 2020; Castañeda et al., 2020) y en otros lugares del mundo (Cheng & Ng, 2006; Conway et al., 2020).

El Modelo de la Conducta Planificada propone que las personas suelen comportarse en base a la información que poseen y la percepción que tienen sobre las posibles implicancias de sus acciones, siendo las actitudes (la evaluación de la conducta como buena o mala), normas sociales (influencia del entorno, de otros significativos, más expectativas normativas) y el control percibido (la noción de capacidad para ejecutar la conducta de manera correcta), los predictores de la intención a realizar la acción, y a su vez, esta última, es el determinante directo del comportamiento (Ajzen, 1985; Fishbein & Ajzen, 1975).

De modo que la relevancia de la presente investigación radica en comprender estas conductas de salud, en población joven. Esto, debido a la poca información disponible y para generar insumos que logren resaltar y enfatizar la importancia de los factores psicosociales como parte de la comunicación en salud pública. Este estudio busca contribuir a la comprensión de las conductas en la población joven, considerando las implicancias de la composición familiar en la adopción de conductas de protección. Todo, con el objetivo de generar conocimiento, diseñar e implementar estrategias a favor de la promoción de conductas de protección. Considerando el escenario actual, donde se observa que las estrategias deberán ser mantenidas por un tiempo prolongado, el presente estudio cuenta con una relevancia especial, al apuntar a la necesidad de fortalecer y mantener la adherencia a las conductas deseadas.

Para esto, se realiza una caracterización de la problemática desde la revisión de la literatura disponible, luego se presenta la metodología, con los resultados desde el análisis descriptivo, factorial y correlacional. Para finalizar con las conclusiones y contraste con la literatura revisada.

**Conductas de protección durante la pandemia SARS-CoV-2:  
¿Qué factores influyen en la adopción de estas conductas en estudiantes  
universitarios?**

**Resumen:**

Los indicadores de contagio y mortalidad asociados a la pandemia SARS-CoV-2 muestran la importancia que tienen las medidas no farmacológicas como conductas de protección para reducir los contagios. Sin embargo, para mejorar su adopción es necesario comprender los factores que influyen en la adopción y mantención de estas conductas, en particular en la población joven, quienes parecen incorporar estas medidas en menor frecuencia. El objetivo del presente estudio fue examinar la adopción de medidas preventivas ante la pandemia SARS-CoV-2 en una muestra de jóvenes chilenos, desde la perspectiva del Modelo de la Conducta Planificada. Participaron 908 estudiantes universitarios chilenos entre los 18 y 35 años, quienes completaron una encuesta en línea. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales usando el software SPSS v.26 para evaluar los factores que influyen en la adopción de estas conductas. Los resultados muestran una alta adhesión a las medidas preventivas entre los jóvenes participantes, siendo mayor entre mujeres y entre quienes viven con alguien que tiene 65 años o más. La norma social es el predictor más importante de esta conducta, lo que muestra la relevancia de la conducta de otros y de la influencia social en la adopción de estas medidas. Finalmente, se discuten los resultados en miras de fortalecer las estrategias comunicacionales.

**Palabras clave:** Conductas preventivas, COVID-19, Modelo de Conducta Planificada, Jóvenes.

## **Introducción**

En diciembre del año 2019 se reportaron los primeros casos del virus SARS-CoV-2, el cual forma parte de una gran familia de virus respiratorios catalogados como coronavirus, y que produce la enfermedad denominada COVID-19. Los coronavirus, como el SARS-CoV-2, causan enfermedades infecciosas muy contagiosas, con manifestaciones leves, incluso asintomáticas, hasta afecciones más graves, pudiendo provocar el fallecimiento de la persona contagiada (OPS, 2020).

El 30 de enero del 2020 el COVID-19 fue declarado epidemia, y el 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo clasifica como pandemia. Esto significa que la enfermedad posee alcance mundial (OPS, 2020). En marzo del año 2020 se detectó el primer caso en Chile y, a la fecha (23 de enero del 2022), cerca de dos millones de personas se han contagiado y 39.512 personas han fallecido (Ministerio de Salud, 2022). Las repercusiones de la pandemia, a corto y largo plazo, han sido diversas, además de las estrictamente sanitarias, ha tenido consecuencias globales, económicas y sociales; en definitiva, el COVID-19 ha afectado el bienestar general de la población (Bárcena, 2020; CEPAL, 2020).

Las pandemias se caracterizan por ser escenarios en donde la población se ve enfrentada a patógenos para los cuales no posee inmunidad previa, y tampoco se dispone de un tratamiento farmacológico efectivo e inmediato (Taylor, 2019). Es por esto, que, desde los inicios de la pandemia, las autoridades sanitarias propusieron implementar una serie de medidas no farmacológicas, basadas en los mecanismos de contagio del SARS-CoV-2, que deben ser adoptadas de forma masiva para evitar que el virus continúe propagándose. Estas medidas incluyen el lavado de manos, uso de mascarillas, mantención de la distancia física, respeto a las cuarentenas, sanitización

de superficies, evitación de multitudes, y aislamiento a las personas contagiadas (OMS, 2020; Taylor, 2019).

Las medidas no farmacológicas son medidas de protección basadas en acciones simples y eficaces que logran incidir significativamente en las tasas de contagio (Jefferson et al., 2009), y como consecuencia prevenir la sobrecarga del sistema de salud (Koning et al. 2021). Por ejemplo, al analizar el efecto de las medidas de distanciamiento social en la curva epidemiológica de contagio en China, se encontró que las restricciones a favor del distanciamiento son altamente efectivas para evitar contagios como parte de las acciones orientadas al manejo de la pandemia (Prem et al, 2020).

En el caso de otras conductas de protección, en Ayre et. al., (2021) exponen que si bien, las señales ambientales o los factores externos, tales como multas, señaléticas u el uso de marcadores para respetar la distancia física, aumentan la probabilidad de realizar estos comportamientos, el cumplimiento de estos queda a discreción del individuo. Y, por lo tanto, para que las medidas de protección sean efectivas es necesario alcanzar altas tasas de adhesión, y para eso comprender los factores que dan cuenta de estas conductas. Por ejemplo, en estudios anteriores, en otros contextos, se reportan rangos de adherencia para el lavado de manos que van desde un 1,8% a un 78%, donde las mujeres son quienes realizan esta conducta con mayor frecuencia (Chen et al., 2020). Estos resultados sugieren que la adopción de las medidas no farmacológicas puede presentar grandes brechas entre grupos.

En particular, la población joven ha sido un grupo que ha despertado gran interés en relación con la adopción de las conductas preventivas en el contexto de pandemia, debido a que se les ha atribuido una menor adopción de estas conductas (Araya Guzmán et al., 2020). Si bien, durante los primeros meses de la pandemia se consideraba que, para los jóvenes, el riesgo de enfermarse gravemente y fallecer era bajo, analizar sus comportamientos es relevante porque pueden representar un vector significativo de contagio, si no mantienen las conductas que reducen el riesgo de contagios (Dickinson, 2020). Este interés, además, se fundamenta en estudios previos que sugieren que mayor edad se asocia con una probabilidad más alta de adoptar

medidas preventivas en pandemias, sin embargo, los resultados no son concluyentes y en la literatura se han reportado resultados contradictorios (Bish & Michie, 2010); mientras que en algunos estudios se ha reportado una menor adhesión en personas jóvenes, en otros no se han encontrado diferencias y en otros estudios una mayor adhesión entre jóvenes.

Hutchins y colaboradores (2020), en un estudio realizado con adultos en Estados Unidos, encontraron que, en general, los más jóvenes eran quienes menos adoptaban las medidas de cuidado recomendadas y los adultos mayores de 60 años eran quienes lo realizaban en mayor medida. En otro estudio realizado en Portugal, los investigadores encontraron los resultados opuestos, los jóvenes reportaron una mayor adopción de las conductas comparado con las personas mayores (Pasion et al., 2020). En el contexto de la pandemia COVID-19, Nivette et al., (2021) encontraron que, en su mayoría, los jóvenes sí cumplen con las medidas preventivas, destacando una menor adherencia entre quienes tienen menor confianza en las autoridades. En otros estudios, los investigadores han reportado que, cuando se controla por otras variables, no se encuentran diferencias en la adopción de conductas entre jóvenes y personas de otros grupos etarios. Sin embargo, otros autores señalan que a medida que avanzó la pandemia, las personas mayores comenzaron a presentar una mayor adopción que, sin embargo, declinó con el tiempo y pasaron a ser los jóvenes quienes mostraron una adopción mayor (Pasion et al., 2020). Todos estos resultados sugieren que esta relación entre etapa de la vida y adopción de estas conductas no es clara.

En relación con otras diferencias entre grupos, en una revisión sobre las características demográficas que determinan la adopción de conductas de protección durante pandemias, se encontró que en general las personas de género femenino y más educadas, muestran una mayor probabilidad de adoptar conductas preventivas (Bish y Michie, 2010). En el escenario actual, Galasso y colaboradores (2020), estudiaron las diferencias de género en relación con las creencias y comportamientos durante el inicio de la pandemia COVID-19. En este estudio encontraron que las mujeres son más propensas a creer que el coronavirus es un problema de salud relevante y a tomar precauciones al respecto. Así también, en Bronfman et. al.,

(2021) se demostró que las mujeres presentan una mayor preocupación por cuidarse y evitar infectar a sus cercanos. Estas diferencias son consistentes con estudios que muestran que son las mujeres quienes tienden a asumir roles de cuidado en salud, tanto dentro, como fuera de sus familias, en lo profesional y comunitario, y por lo tanto tienden a adoptar en mayor proporción conductas de este tipo (Adams, 2010; Pizurki et. Al., 1987).

Varios autores han examinado el rol que tienen otros factores sociodemográficos que pueden facilitar u obstaculizar el cuidado, tales como las condiciones de vida o el acceso a recursos (Papageorge et al., 2021). En esta línea, en la literatura de preparación ante desastres, se ha encontrado que quienes que viven con personas vulnerables (por ejemplo, condiciones crónicas de salud, dificultades para moverse, entre otras) presentan más barreras y dificultades para ejecutar las medidas de protección. En algunos estudios, se ha puesto el foco en la preparación y vulnerabilidad de quienes viven con niños y personas mayores (Cornell et al., 2012, McNeill & Ronan, 2017, y Wai Man Fung & Yuen Loke, 2010). Los resultados muestran que los grupos que viven con personas en condiciones de vulnerabilidad pueden comportarse de forma distinta que aquellas que viven en otras circunstancias, ya que parecen presentar mayores dificultades para prepararse frente a desastres dadas las necesidades de las personas con vulnerabilidad con quienes viven. Estos resultados sugieren que, en situaciones de crisis, las personas con quienes viven para influir en cómo las personas se comportarán o realizarán las acciones requeridas,

Sin embargo, los estudios en contexto de desastres pueden no ser fácilmente extrapolables a aquellos en pandemias y epidemias. Y si bien, se ha reconocido que el COVID-19 es más riesgoso en la población de mayor edad (Jordan, Adab & Cheng, 2020), se observan menos estudios disponibles sobre la forma en la que se comportan las personas que viven con población más vulnerable a contraer la enfermedad, más aún en el contexto chileno. Considerando lo planteado por Michie & West (2020), los comportamientos se encuentran inmersos en complejos sistemas que involucran a individuos, grupos y comunidades, los cuales operan en diversos entornos físicos y sociales. Por lo que se requiere intervenir a nivel conductual,

ambiental, social y de sistémico para enfrentar la pandemia y reconocer el rol que juegan distintos factores.

El Modelo de la Conducta Planificada (TPB) ha sido ampliamente utilizado para comprender la adopción de conductas en pandemia, (Bish & Michie, 2010; Leppin & Aro, 2009; Myers & Goodwin, 2012). En este modelo se propone que las personas suelen comportarse en base a la información que poseen y la percepción que tienen sobre las posibles implicancias de sus acciones, siendo las actitudes (la evaluación de la conducta como buena o mala), normas sociales (influencia del entorno, de otros significativos, más expectativas normativas) y el control percibido (la noción de capacidad para ejecutar la conducta de manera correcta), los predictores de la intención de realizar la acción, y a su vez, esta última, es el determinante directo del comportamiento (Ajzen, 1985; Fishbein & Ajzen, 1975). Por lo tanto, el modelo sugiere que para comprender la adopción de estas conductas es esencial evaluar las actitudes respecto de las medidas de cuidado, las normas sociales asociadas con estas conductas y la percepción de las personas que tienen respecto de la posibilidad de realizar estas conductas.

En una revisión sobre los determinantes de conductas preventivas en epidemias, en el contexto de la gripe aviar, se encontró que las actitudes hacia la conducta se relacionaron con el lavado de manos, limpieza de superficies, uso de mascarilla, medicamentos antivirales y adherencia a la vacuna (Bish & Michie, 2010). En estudios sobre el SARS, actitudes positivas se asociaron con el uso de mascarilla, desinfección del hogar y cuarentena (Bish & Michie, 2010). Los autores en esta revisión encontraron que las actitudes negativas, es decir, valoraciones negativas de las conductas, reducen la posibilidad de ejecutar las conductas y se asocian con barreras que impiden la implementación de las conductas señaladas, tales como no disponer de pañuelos desechables, no tener espacio para la distancia social y mantener ciertas creencias sobre los efectos secundarios relacionados con la adopción de conductas.

Respecto a las normas sociales, se encontró una asociación entre adoptar las conductas y las creencias de que el entorno social que los rodea está a favor de las

cuarentenas y el uso de mascarilla. Este resultado, fue particularmente relevante en estudios en los cuales se examinaron estas conductas en población adolescente (Bish & Michie, 2010). Cheng & Ng (2006) plantean que generalmente la norma social explica mejor la adopción de las conductas en contextos donde la información es ambigua, como lo que ocurre en una pandemia, debido a que para las personas es más significativo lo que hacen otros, por que corresponden a conductas observables en el entorno. Estas conductas proveen de información respecto de la forma en la cual deben comportarse.

Finalmente, respecto del control percibido, los resultados señalan que, al tener una mayor percepción de control, mayor será la adopción de conductas preventivas (Bish & Michie, 2010). Cheng & Ng (2006) plantean que la percepción de control dependerá de dos factores: la cantidad de información y los recursos disponibles, por lo que, en el contexto de esta pandemia, la percepción de control se ve particularmente disminuida si es que no se informa de manera adecuada a la población respecto de la manera cómo se da el contagio y de qué manera las conductas los pueden proteger y/o si no pueden acceder a estos recursos.

En consecuencia, el presente estudio tuvo como objetivo examinar la adopción de conductas para prevenir contagios en el contexto de la pandemia COVID-19 desde el Modelo de Conducta Planificada en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. A partir de los resultados descritos en estudios anteriores, se espera encontrar que los jóvenes reporten una alta adopción de medidas preventivas, a pesar de lo que se percibe a nivel mediático (Araya Guzmán et al., 2020). Esperamos encontrar que las actitudes, normas sociales y control percibido, son predictores importantes de estas conductas, tal como ha sido reportado en estudios anteriores (Bish & Michie, 2010). Finalmente, esperamos encontrar una mayor adopción en el género femenino, en aquellas personas que viven con menores de edad, y/o en aquellas que viven con adultos mayores.

Este estudio busca contribuir a la comprensión de las conductas en la población joven, considerando las implicancias de la composición familiar en la adopción de conductas de protección. Todo, con el objetivo de generar conocimiento, que permita

diseñar e implementar estrategias a favor de la promoción de conductas de protección. Considerando el escenario actual, donde se observa que las estrategias deberán ser mantenidas por un tiempo prolongado, el presente estudio cuenta con una relevancia especial, al apuntar a la necesidad de fortalecer y mantener la adherencia a las conductas deseadas.

## **Metodología**

### **Materiales**

La presente investigación estuvo enmarcada en el proyecto FONDECYT Regular N° 1180996. “Un enfoque integral para mejorar la preparación frente a desastres naturales en Chile”. Este proyecto fue desarrollado por un equipo interdisciplinario perteneciente al Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), en colaboración con las universidades Andrés Bello y Pontificia Universidad Católica de Chile.

La recolección de datos se realizó usando una encuesta on-line diseñada en base a escalas utilizadas previamente en Chile (Bronfman et al., 2020; Castañeda et al., 2020) y en otros lugares del mundo (Cheng & Ng, 2006; Conway et al., 2020). Todas estas mediciones están basadas en constructos que son parte del Modelo de Conducta Planificada y adaptados al contexto pandemia COVID-19. Además, con el fin de verificar la aplicabilidad y comprensión de las preguntas, antes de invitar a participar a estudiantes universitarios, se realizó un grupo focal que reunió a nueve jóvenes, cinco mujeres y cuatro hombres, todos residentes en Santiago de Chile, de entre 19 y 25 años, quienes contestaron la encuesta y participaron en una discusión sobre la pertinencia y comprensión de las preguntas. Después de completado este proceso, la encuesta fue revisada y enviada para ser respondida por los estudiantes de la universidad.

La encuesta estuvo organizada en diez secciones, de las cuales se usaron aquellas que evalúan las variables relacionadas con el Modelo de Conducta Planificada: (1) Conductas de Protección, (2) Actitudes, (3) Normas sociales, (4) Control Percibido y

(5) Variables Sociodemográficas (ver Anexo 1). A continuación, se describen cada uno de los instrumentos usados.

*Conductas de protección:* Conformada por 7 ítems que, en la fecha en la cual se realizó la recolección de datos, reunía las principales medidas no farmacológicas promovidas por la Organización Mundial de la Salud y la autoridad sanitaria en Chile. Las preguntas fueron las siguientes: (1) usé mascarilla en la calle y en lugares cerrados (supermercado, farmacia, etc.), (2) desinfecté los productos comprados con cloro o desinfectante, (3) me lavé las manos al llegar a mi casa con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón, (4) me cambié de ropa inmediatamente al llegar a la casa después de salir, (5) me lavé las manos después de estornudar, toser o limpiarme la nariz con un desinfectante de manos a base de alcohol, (6) al salir de mi hogar evité abrazar, estrechar la mano o dar un beso en la mejilla al saludar a otra persona y (7) cuando salí de mi hogar procuré mantener al menos un metro de distancia con las demás personas. Las alternativas de respuesta ofrecidas buscaron evaluar la frecuencia en la cual realizan las conductas y fueron: (1) nunca, (2) rara vez, (3) algunas veces, (4) casi siempre, (5) siempre y (6) no lo sé. Las respuestas “No lo sé” fueron consideradas como dato perdido para efecto de los análisis.

*Actitudes:* Construida en base a la sumatoria de 3 ítems que evalúan una actitud positiva: (1) Si adopto estas medidas, ¿qué tan probable es que me contagie de coronavirus (COVID-19)? (2) Si adopto estas medidas, ¿qué tan probable es que contagie a otros de coronavirus (COVID-19)? (3) Si adopto estas medidas, sentiré menos ansiedad de contagiarme de coronavirus (COVID-19), más 3 ítems relacionadas con una actitud negativa hacia estas medidas: (1) Si adopto estas medidas, estas me causarán serias molestias, (2) Si adopto estas medidas, éstas cambiarán mucho mis rutinas diarias y (3) Si adopto estas medidas, demoraré más tiempo en realizar algunas actividades (por ejemplo: preparar comida, estudiar, etc.). Se utilizó una escala tipo Likert de respuestas, donde se evalúa la probabilidad de contagio en función de la adopción de estas conductas, (1) correspondía a nada probable y (5) a totalmente probable.

*Norma Social:* Construida en base a la sumatoria de 4 ítems de creencias normativas: (1) Mi familia piensa que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19), (2) Mis mejores amigos piensan que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19), (3) Mis compañeros piensan que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19) y (4) Mi(s) profesor(es) piensan que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19). Más 4 ítems que evaluaban la motivación para cumplir con estas normas: (1) Lo que piensa mi familia me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19), (2) Lo que piensan mis mejores amigos me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19), (3) Lo que piensan mis compañeros me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19) y (4) Lo que piensan mi(s) profesor(es) me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19). Esta sección fue respondida usando una escala tipo Likert que evaluó el grado de acuerdo con las afirmaciones, que van desde (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) de acuerdo y (5) totalmente de acuerdo.

*Control Percibido:* evaluado con 3 ítems: (1) Si quiero, puedo adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19), (2) Estoy seguro/a de que tengo la capacidad de realizar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19) y (3) Me resulta difícil llevar a cabo las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19). Esta sección fue respondida usando una escala tipo Likert que evalúa el nivel de acuerdo con las afirmaciones, que va desde: (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) de acuerdo y (5) totalmente de acuerdo.

Se preguntaron por las siguientes características sociodemográficas:

*Género:* a los participantes se les ofreció tres alternativas: (1) masculino, (2) femenino o (3) no binario<sup>1</sup>. *Edad:* se les ofrecieron alternativas desde 18 a 35 años o más. *Región:* los participantes seleccionaron la región en la que residen, ofreciendo

---

<sup>1</sup> Para el análisis estadístico se consideraron las respuestas de las personas de género femenino y masculino debido a la baja representatividad, en términos de frecuencia, de las personas no binarias.

como alternativas todas las regiones de Chile. *Educación*: Se les preguntó respecto del nivel educacional más alto alcanzado y ofreciendo las siguientes alternativas de respuesta: (1) Básica, Primaria o Preparatoria, (2) Media Científico Humanista o Humanidades, (3) Media Técnico Profesional, Comercial, Industrial o Normalista, (5) Técnico de Nivel Superior, (6) Profesional, (7) Magíster o (8) Doctorado. *Ocupación*: Se indagó a través de la siguiente pregunta: ¿Cuál de estas alternativas describe mejor tu ocupación actual? Las alternativas ofrecidas fueron: (1) Trabajando por ingreso, (2) Tiene empleo, pero no está trabajando (es decir, tiene contrato pero aún no comienza a trabajar), (3) Trabajando para un familiar sin pago (por ejemplo, un hijo que trabaja en el negocio familiar y no recibe sueldo), (4) Trabajando pero actualmente con suspensión de contrato (ley de protección al empleo), (5) Estudiando, (6) Sin trabajo y está buscando, (7) En quehaceres de su hogar (dueña de casa), (7) Jubilado, (8) pensionado o rentista u (9) Otra situación (discapacitado, inhabilitado para trabajar). *Ingreso*: Se les pidió indicar o estimar el rango actual en el que se encuentra el ingreso mensual del grupo familiar (en pesos chilenos, por mes líquido). Y luego seleccionar entre las siguientes alternativas: (1) Entre \$0 y \$200.000, (2) Entre \$200.000 y \$400.000, (3) Entre \$400.000 y \$600.000, (4) Entre \$600.000 y \$1.200.000, (5) Entre \$1.200.000 y \$1.600.000, (6) Entre \$1.600.000 y \$2.000.000 o (7) Más de \$2.000.000.

Para indagar con quienes viven los participantes se hicieron las siguientes preguntas: *Respecto de menores de 18 años*: ¿Cuántas personas viven en tu hogar? Para cada una de las preguntas, se le pidió que indicaran el número, que va desde 0 a 15 o más. *Respecto de mayores de 65 años*. ¿Cuántas personas viven en tu hogar? Para cada una de las preguntas, se le pidió que indicara el número, que va desde 0 a 15 o más. Para efectos del análisis, se recodificaron las respuestas entre quienes viven con alguien mayor de 65 años o no, y con alguien menor de edad o no, de modo que 0 corresponde a no vive con alguien mayor a 65 años o no y 1 a si vive con alguien de esa edad o mayor. Lo mismo respecto a menores de edad, quedando codificado 0 que no vive con alguien menor de edad y 1 que con al menos una persona que es menor de edad.



## **Procedimiento y Participantes**

El diseño del estudio fue de carácter cuantitativo transversal, la encuesta se implementó en la Universidad Nacional Andrés Bello, la cual se caracteriza por su heterogeneidad y representatividad del contexto chileno.

La Universidad Nacional Andrés Bello cuenta con un universo de 49.286 estudiantes, con sedes en tres de las mayores urbes de Chile, contando con un porcentaje de 14% del universo total de estudiantes en Concepción, 22% en Viña del Mar y 64% en Santiago. Respecto de la caracterización de sus estudiantes, más de 22.000 cuentan con becas internas de la universidad, un 74,6%, proviene de un establecimiento municipal o particular subvencionado y un 58,5% es primera generación universitaria en su familia (Universidad Andrés Bello en Cifras 2020, 2020). Para el 2021, se estima que un 54,4% de los estudiantes nuevos poseen un ingreso familiar mensual menor o igual a \$722.000, el 19,94% tiene un ingreso de entre \$722.001 y \$1.220.000, y 25,62% se encuentran en el rango de \$1.220.001 o más (Universidad Andrés Bello, 2021).

Los estudiantes fueron invitados a participar por medio de correos electrónicos y redes sociales institucionales a partir del 24 de agosto del 2020. Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Andrés Bello.

La encuesta fue de carácter voluntario, anónimo y online. Se diseñó e implementó a través del software *questionpro*, lo que permite que sea respondida desde teléfonos móviles, tabletas y computadores. De las personas que comenzaron a responder la encuesta, un 58.59% la completó, en un tiempo promedio de respuesta de 16 minutos, lo que se encuentra dentro de lo esperado para este formato (Nulty, 2008). Para efectos de este trabajo, se usaron los datos de las encuestas respondidas entre el 24 de agosto hasta el 18 de octubre del 2020, siendo un total de 908 personas. Este porcentaje corresponde al 1,84% del universo de estudiantes de la Universidad Andrés Bello.

## **Análisis de datos**

En una primera etapa se realizó un análisis factorial de componentes principales para evaluar cómo se agrupaban las conductas de protección y los ítems de las distintas variables del modelo TPB. Esto permitió examinar si los ítems se agrupan de la manera esperada, y al mismo tiempo, para construir cada variable. Luego, se realizó un análisis de consistencia interna través del coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ -Cronbach).

Posterior a eso, se realizó un análisis descriptivo, usando promedios, desviación estándar, porcentajes y rangos de puntajes, tanto para las variables sociodemográficas como para los componentes del modelo.

Luego, como medida para evaluar la dependencia entre variables, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson entre las conductas de protección y las variables del modelo TPB.

Finalmente, se realizó una comparación de medias a través del ANOVA factorial, considerando como variables dependientes las conductas de protección, y como independientes (1) género, (2) si viven con personas menores a 18 años y (3) si viven con personas mayores a 65 años.

Los análisis estadísticos se realizaron usando el software estadístico SPSS v.26.0.

## Resultados

### Análisis Factorial

Los resultados del análisis factorial mostraron que las conductas preventivas se agrupan en dos categorías, las que pueden ser divididas en:

*Conductas de protección primarias:* Correspondientes a las medidas no farmacológicas más difundidas por las autoridades sanitarias (OMS, 2020), estas son; uso de mascarilla (ítem 1), lavado de manos (ítem 3), evitar gestos de contacto estrecho (ítem 6) y mantener el distanciamiento físico (ítem 7).

*Conductas de protección secundarias:* Las cuales representan las medidas no farmacológicas de mayor dificultad y menor difusión, tales como; desinfectar los productos comprados (ítem 2), cambiarse de ropa al regresar a la casa (ítem 4) y lavarse las manos, posterior al contacto nasal (ítem 5).

*Tabla 1: Variables y consistencia interna*

VARIABLES Modelo TPB		Ítems	$\alpha$
Comportamiento	<i>Conductas de protección primarias</i>	4	0,643
	<i>Conductas de protección secundarias</i>	3	0,684
Actitud hacia la conducta	<i>Actitud positiva</i>	2	0,834
	<i>Actitud negativa</i>	3	0,664
Normas sociales	<i>Creencias</i>	4	0,794
	<i>Motivación</i>	4	0,879
Control percibido	<i>Control percibido</i>	3	0,480

Para la escala de *Actitudes* se encontró una clara división entre los ítems que representan a las actitudes positivas, relacionadas a los beneficios percibidos, y las actitudes negativas, asociadas a las barreras y dificultades percibidas. Sin embargo, el tercer ítem de las actitudes positivas (Si adopto estas medidas, sentiré menos ansiedad de contagiarme de coronavirus), fue eliminado de la escala luego de realizar el análisis de componentes principales y observar que el ítem no se cargaba en algún factor.

Lo que a su vez, es teóricamente consistente porque corresponde a una evaluación centrada en el componente emocional más que respecto del beneficio asociado con la realización de la conducta para evitar contagios.

En *Normas Sociales*, en concordancia con la teoría, los ítems se dividieron entre creencias normativas, esto es, lo que mi entorno piensa sobre las medidas, y motivación para cumplir, lo que apunta a, en qué medida mi entorno me impulsa a adoptar la conducta. Finalmente, los tres ítems de *Control Percibido* se mantuvieron como una variable, al observar que respondían a la misma medición. No obstante, se invirtió el orden de los puntajes del tercer ítem, con el fin de homologar la dirección de la escala. Estos resultados muestran que los ítems se agrupan de la manera esperada, consistentes con el modelo teórico.

Luego se procedió a realizar un análisis de consistencia interna, usando el coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ -Cronbach), cuyos resultados se presentan en la siguiente escala (Tabla 1.). La mayoría de las escalas presenta valores de consistencia interna mayores al 0,6 recomendado y solo inferior a este en el caso de la escala que evalúa control percibido. Sin embargo, es una escala que está compuesta por tres ítems, considerando que las mediciones con menos preguntas tienen una consistencia interna más baja.

## **Análisis descriptivos**

### Características de los participantes

De las 908 personas incluidas en el estudio, 69,4% son personas del género femenino y un 29,6% de género masculino<sup>2</sup>. En relación con la edad, se observa una media de 23,87 con una desviación estándar de 4,32. Un 66% tiene entre 18 y 24 años, 23,1% tiene entre 25 y 30 años y 10,9% tiene entre 31 y 35 años, que es similar a la distribución por edad de los estudiantes UNAB.

Respecto al ingreso líquido mensual actual del grupo familiar, se agruparon los resultados en tres grupos<sup>3</sup>, usando los criterios definidos en la última encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN)<sup>4</sup>. Donde 49,4% de los encuestados posee un ingreso familiar de entre 0 y \$600.000, 33,2% declara un ingreso de entre \$600.000 y \$1.600.000, y un 17,1% se encuentra entre ingresos mayores a \$1.600.000 al mes.

Respecto a la ocupación, un 80,4% define su ocupación actual como estudiante, 13,5% se encuentra trabajando por ingreso y 2,6% buscando trabajo. En relación con el nivel educacional más alto cursado, 2,3% declara haber cursado educación básica, 42,7% educación media científico humanista, 5,9% educación media técnico profesional, 7,5% educación técnica de nivel superior, 38,5% educación profesional y un 3% de magíster o doctorado.

---

<sup>2</sup> El resto de los participantes se identificaron con género no binario.

<sup>3</sup> En el primer grupo se consideraron los ingresos que van desde 0 a \$600.00, correspondientes a los grupos E y D de la encuesta CASEN. El segundo grupo abarca ingresos desde \$600 a 1.600.000, correspondiente a los grupos C3 y C2, y el último grupo abarca desde \$1.600.000 a más de \$2.000.000, representando a los grupos de mayor ingreso, C1B, C1A y AB.

<sup>4</sup> La encuesta CASEN es realizada por Ministerio de Desarrollo Social desde el año 1990 de forma bianual o trianual, es de carácter nacional, regional y comunal, y busca retratar las condiciones socioeconómicas de la población (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, s.f.).

Respecto del lugar de residencia, un 62,3% vive en la Región Metropolitana de Santiago, 18,8% en la Región de Valparaíso y un 10,4% en la Región de Bío Bío. En estas tres regiones hay una sede de la Universidad y en proporciones similares respecto al número de estudiantes (Universidad Andrés Bello, 2020). El resto de los participantes reside en alguna otra Región del país.

De los participantes, un 23,9% vive con al menos una persona mayor de 65 años y un 45% al menos una persona menor de 18 años.

## Análisis descriptivos de los componentes del Modelo

Los resultados muestran que la gran mayoría de los participantes reporta haber adoptado las conductas de protección primaria (Tabla 2.). En términos específicos, agrupando las respuestas “Siempre” y “Casi siempre”, un 99,2% utilizó mascarilla fuera del hogar, un 97,8% se lavó las manos con desinfectante al regresar a su casa, un 94.8% evitó el contacto estrecho al saludar a otra persona y un 95.9% mantuvo al menos un metro de distancia de las demás personas.

*Tabla 2: Adopción de conductas de protección primarias.*

Escala	Respuesta	N	%	Me dia	SD	Rango (1-5)
<b>Conductas de protección primaria</b>	Usé mascarilla en la calle y en lugares cerrados (supermercado, farmacia, etc).	<i>Nunca</i>	1	0,1%	4,96	,275
		<i>Rara vez</i>	2	0,2%		
		<i>Algunas veces</i>	4	0,4%		
		<i>Casi siempre</i>	20	2,2%		
		<i>Siempre</i>	881	97,0%		
		<b>Total</b>	908	100%		
	Me lavé las manos al llegar a mi casa con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón.	<i>Nunca</i>	5	0,6%	4,87	,476
		<i>Rara vez</i>	3	0,3%		
		<i>Algunas veces</i>	11	1,2%		
		<i>Casi siempre</i>	70	7,7%		
		<i>Siempre</i>	818	90,1%		
		<b>Total</b>	908	100%		
	Al salir de mi hogar evité abrazar, estrechar la mano o dar un beso en la mejilla al saludar a otra persona.	<i>Nunca</i>	7	0,8%	4,70	,631
		<i>Rara vez</i>	3	0,3%		
		<i>Algunas veces</i>	34	3,7%		
		<i>Casi siempre</i>	166	18,3%		
		<i>Siempre</i>	695	76,5%		
		<b>Total</b>	908	100%		
	Cuando salí de mi hogar procuré mantener al menos un metro de distancia con las demás personas.	<i>Nunca</i>	3	0,3%	4,69	,566
		<i>Rara vez</i>	7	0,8%		
<i>Algunas veces</i>		25	2,8%			
<i>Casi siempre</i>		197	21,7%			
<i>Siempre</i>		674	74,2%			
<b>Total</b>		908	100%			

Respecto a la adopción de las conductas de protección secundaria (Tabla 3.), se evidencia una menor adherencia. Al sumar las respuestas “Siempre” y “Casi siempre”, un 73,5% desinfectó los productos que compró, 54,1% se cambió de ropa inmediatamente al regresar a su hogar y 76,1% se lavó las manos con desinfectante después de estornudar, toser o limpiarse la nariz.

Tabla 3: Adopción de conductas de protección secundarias

Escala	Respuesta	N	%	Media	SD	Rango (1-5)	
<b>Conductas de protección secundaria</b>	Desinfecté los productos comprados con cloro o desinfectante.	<i>Nunca</i>	56	6,2%	4,09	1,213	4
		<i>Rara vez</i>	55	6,1%			
		<i>Algunas veces</i>	124	13,7%			
		<i>Casi siempre</i>	181	19,9%			
		<i>Siempre</i>	487	53,6%			
		<b>Total</b>	908	100%			
	Me cambié de ropa inmediatamente al llegar a la casa después de salir.	<i>Nunca</i>	108	11,9%	3,48	1,357	4
		<i>Rara vez</i>	119	13,1%			
		<i>Algunas veces</i>	187	20,6%			
		<i>Casi siempre</i>	214	23,6%			
		<i>Siempre</i>	277	30,5%			
		<b>Total</b>	908	100%			
	Me lavé las manos después de estornudar, toser o limpiarme la nariz con un desinfectante de manos a base de alcohol	<i>Nunca</i>	33	3,6%	4,11	1,104	4
		<i>Rara vez</i>	64	7,0%			
		<i>Algunas veces</i>	114	12,6%			
<i>Casi siempre</i>		249	27,4%				
<i>Siempre</i>		442	49,0%				
<b>Total</b>		908	100%				

Al realizar el análisis descriptivo observando la adopción de conductas por características sociodemográficas, se encontró que las mujeres son quienes reportan en términos porcentuales una mayor adopción para ambas conductas de protección (Tabla 4.).

*Tabla 4: Género y conductas de protección*

<b>Conductas de protección</b>		<b>Género</b>	
		Masculino	Femenino
Conductas de protección primarias	Media	4,7435	4,8310
	N	269	630
	Desv.	,48840	,27767
Conductas de protección secundarias	Media	3,8123	3,9270
	N	269	630
	Desv.	1,01112	,94082
Total	Media	4,8048	3,8927
	N	899	899
	Desv.	,35609	,96326

Respecto a las diferencias entre quienes viven con menores de 18 años, se encuentra que las personas que viven con menores de 18 años puntúan más para conductas de protección secundaria, mientras que quienes no viven con menores de 18 años, presentan mayores puntajes en las conductas de protección primarias. Finalmente, quienes viven con mayores de 65 años tienen mayores puntajes de adopción en ambas conductas de protección (Tabla 5.).

*Tabla 5: Vivienda y conductas de protección*

		<b>Conductas de protección primarias</b>	<b>Conductas de protección secundarias</b>
<b>Vive con mayores de 65 años</b>			
Si	Media	4,8203	4,1114

	N	217	217
	Desviación	0,40320	0,81996
No	Media	4,7996	3,8259
	N	691	691
	Desviación	0,34075	0,99317
Total	Media	4,8045	3,8941
	N	908	908
	Desviación	0,35654	0,96195
<b>Vive con menores de 18 años</b>			
Si	Media	4,7855	3,9067
	N	409	409
	Desviación	0,38543	0,92299
No	Media	4,8201	3,8838
	N	499	499
	Desviación	0,33057	0,99355
Total	Media	4,8045	3,8941
	N	908	908
	Desviación	0,35654	0,96195

Respecto a las *Actitudes* sobre las conductas, específicamente en torno a los beneficios de adoptar las medidas preventivas, al sumar las respuestas “Siempre” y “Casi siempre”, un 69,4% piensa que adoptar las medidas preventivas es poco o nada probable que se contagie de COVID-19, mientras que un 77% cree que, al adoptar las medidas, es poco o nada probable contagiar a otros. Por el lado, respecto de las barreras, 72% piensa que es poco o nada probable que adoptar las medidas le generarán serias molestias. Al mismo tiempo, un 42,1% cree que es poco o nada probable que estas cambien mucho sus rutinas diarias, mientras que un 36% lo ve como muy o totalmente probable. Y un 44,8% piensa que es poco o nada probable que demorará más tiempo en realizar algunas actividades.

En cuanto a las *Normas Sociales* relacionadas a las creencias sobre el entorno y su percepción respecto de las medidas, al sumar las respuestas “(5) Totalmente de acuerdo” y “(4)”, un 93,8% cree que sus familias piensan que deben adoptar las medidas para prevenir el contagio, 85,1% cree que sus mejores amigos piensan que deben adoptar las medidas, 81,8% cree que sus compañeros piensan que deben adoptar las medidas y 91,1% creen que sus profesores piensan que deben adoptar las

medidas. Respecto a la motivación, al preguntar por los actores significativos que les motivan a cumplir con las medidas para prevenir el contagio, al sumar las respuestas “(5) Totalmente de acuerdo” y “(4)”, 75,3% está de acuerdo con que su familia le motiva, 64,1% está de acuerdo con que sus profesores le motivan a cumplir, 60,4% está de acuerdo con que sus mejores amigos le motivan y 51,7% está de acuerdo con que sus compañeros le motivan.

Finalmente, en relación con las preguntas sobre *Control Percibido*, al sumar las respuestas “(5) Totalmente de acuerdo” y “(4)”, un 89,4% piensa que, de querer, puede adoptar las medidas para prevenir el COVID-19, un 94,5% considera que está seguro de que tiene la capacidad de realizar las medidas para prevenir el COVID-19 y sólo un 13,5% señala que le resulta difícil llevar a cabo las medidas para prevenir el COVID-19.

### Relación entre conductas de protección y variables del modelo

Al realizar análisis de correlación bivariada de Pearson para determinar si existe una relación entre las conductas de protección primarias (CPP) y las variables del modelo, se observa una relación positiva estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ) con las normas sociales y el control percibido. En el caso de la actitud negativa, se observa una relación negativa pero estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ). Sin embargo, para la actitud positiva, la relación no es significativa (Tabla 6).

Tabla 6. Conductas de protección primaria (CPP).

		CPP	Actitud		Normas Sociales		Control Percibido
			<i>Actitud positiva</i>	<i>Actitud negativa</i>	<i>Creencias</i>	<i>Motivación</i>	Control
CPP	Correlación de Pearson	1	-0,031	-,102**	,265**	,242**	,255**
	Sig. (bilateral)		0,347	0,002	0,000	0,000	0,000
	N	908	908	908	908	908	908
Actitudes							
<i>Actitud positiva</i>	Correlación de Pearson	-0,031	1	,194**	-0,046	-0,034	-,160**
	Sig. (bilateral)	0,347		0,000	0,163	0,302	0,000
	N	908	908	908	908	908	908
<i>Actitud negativa</i>	Correlación de Pearson	-,102**	,194**	1	-,125**	-,091**	-,294**
	Sig. (bilateral)	0,002	0,000		0,000	0,006	0,000
	N	908	908	908	908	908	908
Normas Sociales							
<i>Creencias</i>	Correlación de Pearson	,265*	-0,046	-,125**	1	,426**	,239**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,163	0,000		0,000	0,000
	N	908	908	908	908	908	908

	N	908	908	908	908	908	908
<i>Motivación</i>	Correlación de Pearson	,242*	-0,034	-,091**	,426**	1	,211**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,302	0,006	0,000		0,000
	N	908	908	908	908	908	908
Control Percibido	Correlación de Pearson	,255*	-,160**	-,294**	,239**	,211**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	908	908	908	908	908	908

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Respecto a las conductas de protección secundarias (CPS), existe una relación positiva estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ) con las normas sociales, motivación y el control percibido. Sin embargo, para la actitud, tanto positiva como negativa, la relación no es significativa (Tabla 7).

Tabla 7. Conductas de protección secundarias (CPS).

	CPS	Actitud		Normas Sociales		Control Percibido	
		<i>Actitud positiva</i> <i>a</i>	<i>Actitud negativa</i> <i>a</i>	<i>Creencias</i>	<i>Motivación</i> <i>n</i>	<i>Control Percibido</i>	
Actitudes	Correlación de Pearson	1	0,000	-0,009	,161**	,221**	,136**
	Sig. (bilateral)		0,988	0,785	0,000	0,000	0,000
	N	908	908	908	908	908	908
<i>Actitud positiva</i>	Correlación de Pearson	0,000	1	,194**	-0,046	-0,034	-,160**
	Sig. (bilateral)	0,988		0,000	0,163	0,302	0,000
	N	908	908	908	908	908	908
<i>Actitud negativa</i>	Correlación de Pearson	-0,009	,194**	1	-,125**	-,091**	-,294**
	Sig. (bilateral)	0,785	0,000		0,000	0,006	0,000
	N	908	908	908	908	908	908

	N	908	908	908	908	908	908
<i>Normas Sociales</i>							
<i>Creencias</i>	Correlación de Pearson	,161*	-0,046	-,125**	1	,426**	,239**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,163	0,000		0,000	0,000
	N	908	908	908	908	908	908
<i>Motivación</i>	Correlación de Pearson	,221*	-0,034	-,091**	,426**	1	,211**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,302	0,006	0,000		0,000
	N	908	908	908	908	908	908
<i>Control Percibido</i>	Correlación de Pearson	,136*	-,160*	-,294**	,239**	,211**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	908	908	908	908	908	908

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la relación entre variables se observa que existe una relación positiva ( $p < 0.01$ ) entre las actitudes positivas y negativas, las actitudes positivas y el control percibido, y, las normas sociales y el control percibido. Al mismo tiempo, se desprende que existe una relación negativa y estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ), entre el control percibido y las actitudes, y, la actitud negativa y la norma social.

### Comparación en conducta de higiene entre grupos

Al realizar el análisis estadístico comparando las diferencias de medias, para las conductas de protección primarias y secundarias, entre los géneros femenino y masculino, sólo se encontraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) para las conductas de protección primaria (Tabla 8). Observando que son las mujeres quienes reportan una mayor adopción de las conductas.

Tabla 8: ANOVA género

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conductas de protección primarias	Entre grupos	1,442	1	1,442	11,505	0,001
	Dentro de grupos	112,423	897	0,125		
	Total	113,864	898			
Conductas de protección secundarias	Entre grupos	2,481	1	2,481	2,679	0,102
	Dentro de grupos	830,744	897	0,926		
	Total	833,225	898			

Luego, se contrastaron las respuestas de las personas que viven con menores de 18 años de quienes no, y entre las personas que viven con mayores de 65 años y las que no. Al comparar las diferencias de medias entre quienes viven con personas menores de edad y quienes no viven con personas menores de edad, se encontró que no existen diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) (Tabla 9). Por el contrario, al comparar las diferencias de medias entre quienes viven con personas mayores de 65 años y quienes no, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en las conductas de protección secundarias (Tabla 10). Los jóvenes que viven con una persona de 65 años o mayor reportan una mayor adopción de las conductas de protección secundarias.

Tabla 9: ANOVA según con quién vive. Vive con menores de 18 años.

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conductas de protección primarias	Entre grupos	0,270	1	0,270	2,130	0,145
	Dentro de grupos	115,031	906	0,127		
	Total	115,301	907			
Conductas de protección secundarias	Entre grupos	0,118	1	0,118	0,127	0,721
	Dentro de grupos	839,169	906	0,926		
	Total	839,287	907			

Tabla 10: ANOVA según con quién vive. Vive con mayores de 65 años.

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conductas de protección primarias	Entre grupos	0,071	1	0,071	0,557	0,456
	Dentro de grupos	115,231	906	0,127		
	Total	115,301	907			
Conductas de protección secundarias	Entre grupos	13,462	1	13,462	14,769	0,000
	Dentro de grupos	825,826	906	0,912		
	Total	839,287	907			

## **Discusión**

El presente estudio buscó examinar la adopción de conductas de protección no farmacológicas durante la pandemia COVID-19 en jóvenes de entre 18 y 35 años, dada la preocupación existente respecto a una menor adopción de estas por parte de este grupo.

Desde el Modelo de Conducta Planificada, se analizó la relación entre la actitud, norma social y percepción de control, en la adopción de conductas preventivas. También se examinó el rol de algunas características sociodemográficas, género y con quién viven los participantes, dado que en estudios anteriores se sugiere que la adopción de estas conductas difiere en función de estos factores.

Los resultados demuestran que un alto porcentaje de jóvenes ha adoptado las medidas de protección recomendadas, para ambos tipos de medidas. Por otro lado, si bien, se observan puntajes inferiores en las medidas de protección secundarias, hoy en día sólo se recomienda mantener las medidas de protección primarias (NCIRD, 2021). Estos resultados son particularmente relevantes, ya que los jóvenes demostraron una alta adopción a pesar de ser considerada una población de bajo riesgo para el desarrollo de una enfermedad grave (Bhopal et. al, 2021).

A pesar de lo anterior, al profundizar en la evaluación que realizan los jóvenes sobre la conducta, es importante destacar que alrededor de un 30% de los encuestados no reconoce beneficios en la adopción de medidas de protección, lo cual puede interpretarse como desconfianza hacia la efectividad de las medidas preventivas, desconocimiento respecto de los mecanismos de contagio y/o desinformación sobre la manera en que estas medidas los protegen. Los beneficios percibidos son un componente esencial para la mantención de las conductas en el tiempo, si las personas no creen que las medidas de protección sean de utilidad, es probable que la conducta se extinga. Y por lo tanto, es un ámbito muy relevante sobre el cual es importante trabajar para que estas conductas se mantengan en el tiempo.

Los beneficios percibidos como evaluación de la conducta dependen del conocimiento que tienen las personas y es la base sobre las cuales se sustentan y comprenden las medidas promovidas. Esto se relaciona con los hallazgos de Latkin et al. (2021) en sus estudios sobre escepticismo y COVID-19, en donde se explica que, a mayor grado de incredulidad frente a la pandemia y las formas propuestas para enfrentarla, menor es la adopción de conductas protectoras. En este sentido, los autores enfatizan la importancia de reforzar el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del virus y las distintas estrategias que reducen el riesgo de contagio. Considerando la cronificación de la pandemia, y futuros problemas de salud pública, resulta imprescindible fortalecer este componente a través de estrategias comunicacionales de salud.

En esta línea, al estudiar el compromiso de los jóvenes con las medidas de distanciamiento social en Estados Unidos, se encontraron diferencias significativas en el entendimiento de las medidas sanitarias, donde se advierte que existe un gran porcentaje de conceptos e interpretaciones erróneas. Al mismo tiempo, los autores destacan que un 14% de los participantes señaló que participaría en la promoción de conductas protectoras entre sus pares si esto acelerara el regreso a la vida prepandemia (Dunn et al., 2021). Por lo tanto, reforzar el conocimiento sobre los mecanismos de contagio y medidas de cuidado continúa siendo relevante para el manejo de la pandemia.

Por otro lado, nuestros resultados demuestran que un número considerable de jóvenes perciben dificultades para ejecutar las conductas de protección, y a medida que se perciben más barreras o elementos que dificultan el realizar la conducta, menor será la adopción de medidas, particularmente de protección primaria. En este sentido, resulta fundamental profundizar en estudios futuros cuáles son y cómo eliminar estas barreras.

Como contraparte a los beneficios, el papel de las barreras ha sido ampliamente estudiado en la literatura sobre conductas de salud. Por ejemplo, al investigar sobre conductas de cuidado para el manejo de enfermedades crónicas, en Jerant et al., (2005) se indica que resulta fundamental reconocer las barreras percibidas por los

pacientes, a favor de promover la adherencia. Por otra parte, en Joseph et al. (2009) se desprende que las barreras emanadas de las condiciones económicas, culturales, sociales, políticas, entre otras, determinan la posibilidad de ejecutar una conducta de salud. Por lo tanto, en este contexto, identificar barreras para la adopción de las conductas y abordarlas permitiría aumentar la adhesión a las medidas.

En relación con las normas sociales, los resultados sugieren que la mayoría de los jóvenes creen que su entorno (familia, profesores, compañeros y amigos), piensa que deben realizar las conductas de protección, y se sienten motivados a hacerlo. Al mismo tiempo, se observa que este factor se encuentra relacionado a la adopción, tanto de conductas de protección primarias, como secundarias. Este resultado, es consistente con estudios anteriores, en los que se destaca el rol que tienen las normas sociales para la adopción y mantención de las conductas (Bish & Michie, 2010<sup>a</sup>; Cheng & Ng, 2006). Nuevamente, tal como otros autores han señalado, las normas sociales juegan un rol central y en particular, en escenarios como el actual, que requieren de mostrar y promover las conductas deseadas. Por lo tanto, todas las medidas que se implementen deben estar sustentadas en las normas sociales y junto con eso destacar el cumplimiento de quienes las siguen.

En estudios previos se ha demostrado que una variable significativa para la adopción de conductas en la juventud es el comportamiento de su entorno, principalmente de sus pares, y cómo estos influyen en su opinión sobre lo que deberían hacer (Bacque et. al., 2021). En contraste, nuestros resultados indican que los actores más influyentes corresponden a la familia y profesores. Lo que puede ser entendido desde comprender que la pandemia corresponde a un riesgo desconocido, en donde la confianza se deposita en aquellos que representan figuras a las que generalmente se les atribuye mayor experiencia. En esta línea, en Koning (2021) se plantea que la información sobre COVID-19 entregada por los gobiernos a la juventud, solo es considerada cuando los padres o mentores la promueven. Esto además sugiere que se debiera reforzar el rol de los educadores en el control de la pandemia a través de transmitir conocimiento y promover la adopción de las medidas.

Por otra parte, nuestros resultados demuestran que la percepción de control sobre las conductas de protección en jóvenes es alta, lo cual resulta significativo a la hora de comprender las altas tasas de adopción, ya que los resultados también demostraron que esta variable es relevante para ambas medidas de protección.

Esto resulta consistente con los resultados reportados en Bish & Michie (2010<sup>a</sup>) y Gerend & Shepherd, (2012). Estos autores señalan que generalmente se utiliza la variable de control percibido para determinar la adopción de conductas repetidas, sin embargo, esta también toma un rol protagónico en las conductas de baja frecuencia, como lo es la vacunación. Tal como señalan los autores, la decisión de llevar a cabo un comportamiento de salud es útil solo en la medida en la que uno siente que puede implementar los pasos necesarios para el comportamiento, y también, considerando que se requieren condiciones estructurales mínimas para garantizar la posibilidad de ejecutar la conducta (Joseph et al., 2009; Papageorge et al., 2021).

En cuanto a las diferencias sociodemográficas, encontramos, diferencias entre los grupos divididos por género. En línea con resultados previos, son las personas de género femenino quienes presentan mayor adherencia a las conductas de protección en comparación a las personas de género masculino (Bish y Michie, 2010<sup>a</sup>; Adams, 2010; Pizurki et. Al., 1987).). Por lo que a futuro resulta fundamental ahondar en las características de cada grupo para explicar estas diferencias, en miras de generar nuevas estrategias para promover estas conductas entre los hombres. De todas maneras, el nivel de adopción de las conductas en los hombres, a partir de los resultados del presente estudio, sigue siendo alto.

Respecto a las personas con las que viven, en los resultados se observó que las personas que viven con personas mayores a 65 años presentan una mayor adopción de medidas de higiene secundarias, o más complejas, en comparación a quienes no. Considerando que al momento de tomar la encuesta las personas mayores eran la población más vulnerable en términos de mortalidad, podemos comprender estos resultados como una muestra de preocupación que se refleja en adoptar conductas que implican mayor esfuerzo, como lo es desinfectar productos y cambiarse de ropa al llegar al hogar. Y si bien, la literatura disponible sobre este factor es reducida,

nuestros resultados se condicen con lo propuesto en Kim & Kim (2020), donde se indica que a medida que aumenta el número de personas mayores y niños en un hogar, mayor es la adopción de medidas preventivas para el COVID-19. Probablemente refleja una preocupación por personas vulnerables con quienes viven y a quienes buscan proteger. Y, por lo tanto, los jóvenes adoptan las conductas para proteger a otros cercanos. Esta es una motivación que se puede recoger en las campañas, y también refleja una preocupación por otras personas, en contraposición a la visión egoísta que ha sido predominante en los medios de comunicación (Araya Guzmán et al., 2020).

En esta línea, en un estudio sobre estudiantes estadounidenses, se explica que los jóvenes se sienten más preocupados acerca de las repercusiones que el COVID-19 tendrá en la salud de su familia, y su comunidad, que en su propia salud (Cohen et al., 2020). Por su parte, en Bacque et. al. (2021), se plantea que no se observan diferencias en el nivel de preocupación entre jóvenes con mayor o menor percepción de riesgo, lo cual sugiere que existe una importante preocupación por la salud de su familia. Estos estudios vienen a cuestionar la narrativa predominante en cuanto al comportamiento de los jóvenes que ha predominado en los medios.

Siendo la juventud una etapa caracterizada por encontrar el bienestar en las relaciones con los pares, la soledad generada por la adopción de medidas de aislamiento y cuarentena han afectado el bienestar de este grupo (Lee, Cadigan, & Rhew, 2020; Power et. al., 2020). Al mismo tiempo, hay autores que han observado la asociación entre malestar emocional y preocupación por cuidar al entorno (Liang et al., 2020). En este sentido, resulta importante destacar a quienes viven con personas mayores como grupo objetivo para futuras intervenciones y apoyar la implementación de las medidas. Esto además se sustenta en la importancia que tienen las normas sociales para promover estas conductas.

Por otra parte, no se encontraron diferencias en la adopción de medidas entre quienes viven con menores de edad y quienes no, lo que puede ser contradictorio con lo que ofrece la literatura de preparación en desastres, en donde se señala que existe una clara diferencia entre ambos grupos (Wai & Yuen, 2010; McNeill & Ronan, 2017).

Sin embargo, esto puede ser entendido ya que al momento de tomar la encuesta no se conocían los riesgos de contagio en menores de edad y los casos de síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico eran incipientes. Esto además refuerza que las personas están atentas a la información que se les entrega y logran identificar quienes están en mayor riesgo de enfermedad para implementar medidas para protegerlas.

Si bien, de los resultados se desprende que las actitudes no tienen mayor relación con la adopción de conductas, al estar estrechamente relacionadas con la percepción de control, resulta fundamental aumentar la percepción de beneficios que entregan las medidas de protección, y al mismo tiempo, disminuir la percepción de barreras, realizando intervenciones que logren profundizar en las dificultades, y reforzar las campañas educativas a favor de los comportamientos deseados.

La juventud es una etapa caracterizada por la relevancia que adquieren los pares y modelos significativos, por lo que impulsar estrategias a favor de la promoción de las conductas, considerando a los actores más significativos para la juventud, podría ser determinante. Esto, considerando que los cambios de conductas en salud deben ser promovidos desde mensajes que trabajen el sentido que se le entrega al proceso de salud y enfermedad, utilizando la palabra sentido como las interpretaciones realizadas según el contexto sociocultural y adecuadas al grupo objetivo (Joseph et. al., 2009).

## **Conclusiones y limitaciones del estudio**

Al examinar la adopción de conductas de protección durante la pandemia COVID-19, desde el Modelo de Conducta Planificada, en jóvenes de entre 18 y 35 años, se encontró que existe una alta adherencia a las medidas, donde la norma subjetiva es determinante, y las personas de género femenino y quienes viven con personas mayores de 65 años, presentan mayor adopción de las conductas estudiadas.

Si bien los resultados exponen que la mayor parte de los jóvenes cumplen con las medidas de protección, una parte significativa no cree que estas acciones eviten el contagio, perciben dificultades para realizarlas y no se siente motivado por sus pares. Esto, a más de dos años de pandemia, podría ser fundamental para el manejo de nuevas variantes.

Dentro de las limitaciones del estudio se debe considerar la representatividad de la muestra, considerando que en su totalidad son estudiantes universitarios. Sin embargo, se destaca que la universidad Andrés Bello posee una gran representatividad del contexto socioeconómico chileno, así también, diversidad territorial. Por otro lado, el carácter transversal del presente estudio no permite hacer referencia a causalidad solamente dar cuenta de asociaciones entre las variables evaluadas. También, el uso de auto-reporte es una limitación importante, porque es posible que los jóvenes sobreestimen la adopción de estas conductas.

Finalmente, la tasa de respuesta fue baja, sin embargo, en general se describe que en la mayoría de los estudios que deben responderse en línea, la tasa de respuesta es inferior comparada con encuestas en papel o usando otro formato (Yan & Fan, 2010). Las encuestas presenciales no son posibles de realizar durante la pandemia, y esta tasa de respuesta es similar a la reportadas en otros estudios similares (Elsharkawy & Abdelaziz, 2021). A pesar de estas limitaciones, los resultados son similares a los

obtenidos en otros estudios y por lo tanto sugiere el rol de las actitudes y normas sociales en la adopción de estas conductas.

En definitiva, estos resultados se suman al debate en el cual se indica que la conducta de los jóvenes en pandemia no ha sido clara (Bish & Michie, 2010a). Y al mismo tiempo, generan un insumo para la literatura sobre el comportamiento de la población de joven en Chile durante la pandemia.

## Referencias

- Adams, T. L. (2010). Gender and feminization in health care professions. *Sociology compass*, 4(7), 454-465. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00294.x>
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In *Action Control* (pp. 11–39). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2)
- Ayre, J., Cvejic, E., McCaffery, K., Copp, T., Cornell, S., Dodd, R. H., ... & Bonner, C. (2021). Contextualising COVID-19 prevention behaviour over time in Australia: Patterns and long-term predictors from April to July 2020 in an online social media sample. *PloS one*, 16(6), e0253930.
- Araya Guzmán, C., Carrasco Barreda, P., & Olivares Astorga, J. (2020). Reflexiones sobre la visibilización de lo juvenil por la prensa escrita chilena, en contexto de pandemia. *Ultima Década*, 28(53), 5–39. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362020000100005>
- Bárcena, A. (2020). *Coyuntura, escenarios y proyecciones hacia 2030 ante la presente crisis de Covid-19*. <http://www.cietalbidt.com/archivos/Informe/Alicia%20Barcena%20CEPAL%20-%20OPPT%20Impacto%20COVID-19%20en%20ALC%20-%203-Abr-2020.pdf.pdf>
- Berg, M. B., & Lin, L. (2020). Prevalence and predictors of early COVID-19 behavioral intentions in the United States. *Translational Behavioral Medicine*, 10(4), 843–849. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa085>
- Bhopal, S. S., Bagaria, J., Olabi, B., & Bhopal, R. (2021). Children and young people remain at low risk of COVID-19 mortality. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(5), e12-e13.
- Bish, A., & Michie, S. (2010a). 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>
- Bronfman, N. C., Cisternas, P. C., Repetto, P. B., Castañeda, J. v., & Guic, E. (2020). Understanding the Relationship Between Direct Experience and Risk Perception of Natural Hazards. *Risk Analysis*, 40(10), 2057–2070. <https://doi.org/10.1111/risa.13526>
- Bronfman, N., Repetto, P., Córdón, P., Castañeda, J., & Cisternas, P. (2021). Gender Differences on Psychosocial Factors Affecting COVID-19 Preventive Behaviors. *Sustainability*, 13(11), 6148. <https://doi.org/10.3390/su13116148>
- Castañeda, J. v., Bronfman, N. C., Cisternas, P. C., & Repetto, P. B. (2020). Understanding the culture of natural disaster preparedness: exploring the effect of experience and sociodemographic predictors. *Natural Hazards*, 103(2), 1881–1904. <https://doi.org/10.1007/s11069-020-04060-2>

- Chen, X., Ran, L., Liu, Q., Hu, Q., Du, X., & Tan, X. (2020). Hand hygiene, mask-wearing behaviors and its associated factors during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional study among primary school students in Wuhan, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(8), 2893. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082893>
- Cheng, C., & Ng, A. K. (2006). Psychosocial factors predicting SARS-preventive behaviors in four major SARS-affected regions. In *Journal of Applied Social Psychology* (Vol. 36, Issue 1, pp. 222–247). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00059.x>
- Cohen, A. K., Hoyt, L. T., & Dull, B. (2020). A Descriptive Study of COVID-19–Related Experiences and Perspectives of a National Sample of College Students in Spring 2020. *Journal of Adolescent Health*, *67*(3), 369–375. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.009>
- Conway, L. G., Woodard, S., & Zubrod, A. (2020). *Social Psychological Measurements of COVID-19: Coronavirus Perceived Threat, Government Response, Impacts, and Experiences Questionnaires*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/z2x9a>
- Cornell, V., Cusack, L., & Arbon, P. (2012). Older people and disaster preparedness : a literature review. *Australian Journal of Emergency Management*, *27*(3), 49–53. <https://search.informit.org/doi/pdf/10.3316/agispt.20123722>
- Dickinson, D. (2020, July 30). *Young people ‘not invincible’ in COVID-19 pandemic: WHO chief | | UN News*. United Nations News. <https://news.un.org/en/story/2020/07/1069301>
- Dimensionar los efectos del covid-19 para pensar en la reactivación*. (2020). [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45445/S2000286\\_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45445/S2000286_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Dunn, M. R., DeJonckheere, M., Schuiteman, S., Strome, A., Herbert, K., Waselewski, M., & Chang, T. (2021). “Stay home so this can be over:” A national study of youth perspectives on social distancing during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine Reports*, *22*, 101355.
- Elsharkawy, N. B., & Abdelaziz, E. M. (2021). Levels of fear and uncertainty regarding the spread of coronavirus disease (COVID-19) among university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(3), 1356-1364.
- Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. (2020). <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19?d%5Bmax%5D=&d%5Bmin%5D=&page=15.&topic=All>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Mass. Addison-Wesley.
- Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard, S., & Foucault, M. (2020). Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight

- countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(44), 27285–27291. <https://doi.org/10.1073/pnas.2012520117>
- Gerend, M. A., & Shepherd, J. E. (2012). Predicting human papillomavirus vaccine uptake in young adult women: comparing the health belief model and theory of planned behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(2), 171-180.
- Jefferson, T., del Mar, C., Dooley, L., Ferroni, E., Al-Ansary, L. A., Bawazeer, G. A., van Driel, M. L., Foxlee, R., & Rivetti, A. (2009). Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: Systematic review. *BMJ (Online)*, 339(7724), 792. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3675>
- Jerant, A. F., von Friederichs-Fitzwater, M. M., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient education and counseling*, 57(3), 300-307.
- Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. (2020). Covid-19: risk factors for severe disease and death. *Bmj*, 368.
- Kim, S., & Kim, S. (2020). Analysis of the impact of health beliefs and resource factors on preventive behaviors against the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8666
- Koning, N., Hagedoorn, N., Stams, G. J. J., Assink, M., & van Dam, L. (2021). What makes Dutch youth comply with preventive COVID-19 measures? An explorative study. *Journal of Community Psychology*.
- LastNameNational Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), D. of V. D. (2021, April 7). *Scientific Brief: SARS-CoV-2*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>
- Latkin, C. A., Dayton, L., Moran, M., Strickland, J. C., & Collins, K. (2021). Behavioral and psychosocial factors associated with COVID-19 skepticism in the United States. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01211-3>
- Lee, C. M., Cadigan, J. M., & Rhew, I. C. (2020). Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 714-717.
- Leppin, A., & Aro, A. R. (2009). Risk perceptions related to SARS and avian influenza: Theoretical foundations of current empirical research. In *International Journal of Behavioral Medicine* (Vol. 16, Issue 1, pp. 7–29). Springer. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9002-8>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C., & Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 841–852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- McNeill, I. M., & Ronan, K. R. (2017). Children in disasters: the role of household preparedness. *Natural Hazards*, 89(3), 1239–1254. <https://doi.org/10.1007/s11069-017-3019-8>

- Michie, S., & West, R. (2020). Behavioural, environmental, social, and systems interventions against covid-19. *Bmj*, 370.
- Miller, Z. D. (2017). The enduring use of the theory of planned behavior. *Human Dimensions of Wildlife*, 22(6), 583-590
- Myers, L. B., & Goodwin, R. (2012). Using a theoretical framework to determine adults' intention to vaccinate against pandemic swine flu in priority groups in the UK. *Public Health*, 126(SUPPL.1), S53–S56. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.024>
- Nivette, A., Ribeaud, D., Murray, A., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Hepp, U., Shanahan, L., & Eisner, M. (2021). Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Social Science and Medicine*, 268, 113370. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113370>
- Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: What can be done? In *Assessment and Evaluation in Higher Education* (Vol. 33, Issue 3, pp. 301–314). Routledge . <https://doi.org/10.1080/02602930701293231>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, November 7). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- Pizurki, H., Mejia, A., Butter, I., Ewart, L., & World Health Organization. (1987). Women as providers of health care. World Health Organization.
- Power, E., Hughes, S., Cotter, D., & Cannon, M. (2020). Youth mental health in the time of COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 301-305.
- Prem, K., Liu, Y., Russell, T. W., Kucharski, A. J., Eggo, R. M., Davies, N., ... & Klepac, P. (2020). The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 5(5), e261-e270.
- Salud, M. de. (2021). Situación Nacional de COVID-19 en Chile. Recuperado de: <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>
- Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P., & Kabst, R. (2016). How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior? *Zeitschrift Für Psychologie*, 224, 216–233. doi:10.1027/2151-2604/a000255
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Universidad Andrés Bello en cifras 2020. (2020). <https://s3.amazonaws.com/unabs3/unab/wp-content/uploads/2020/09/01110859/universidad-andres-bello-en-cifras-2020-unab.pdf>
- Wai Man Fung, O., & Yuen Loke, A. (2010). Disaster preparedness of families with young children in Hong Kong. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(8), 880–888. <https://doi.org/10.1177/1403494810382477>

- West, R., Michie, S., Rubin, G. J., & Amlôt, R. (2020). Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. In *Nature Human Behaviour* (Vol. 4, Issue 5). <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9>
- Yan, Z., & Fan, W. (2010). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in Human Behaviors*, 26, 132-139.



## Anexo 1: Secciones encuesta.

Variable	Consigna	Pregunta	Respuesta
Higiene	Pensando en estos meses de Pandemia, ¿con qué frecuencia realizaste las siguientes acciones?	1. Usé mascarilla en la calle y en lugares cerrados (supermercado, farmacia, etc). 2. Desinfecté los productos comprados con cloro o desinfectante. 3. Me lavé las manos al llegar a mi casa con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón. 4. Me cambié de ropa inmediatamente al llegar a la casa después de salir. 5. Me lavé las manos después de estornudar, toser o limpiarme la nariz con un desinfectante de manos a base de alcohol 6. Al salir de mi hogar evité abrazar, estrechar la mano o dar un beso en la mejilla al saludar a otra persona. 7. Cuando salí de mi hogar procuré mantener al menos un metro de distancia con las demás personas	Nunca, Rara vez, Algunas veces, Casi siempre, Siempre o No lo sé.
Actitud Beneficios	Pensando en las medidas preventivas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (por ejemplo el uso de mascarilla, distanciamiento físico, frecuente lavado de manos, evitar lugares con aglomeración de personas, etc). En una escala de (1) Nada Probable a (5) Totalmente Probable, señala ¿qué tan probable crees que ocurran las siguientes situaciones?	1. Si adopto estas medidas, ¿qué tan probable es que me contagie de coronavirus (COVID-19)?	(1) Nada probable, (2), (3), (4), o (5) Totalmente probable.
Actitud Barreras		2. Si adopto estas medidas, ¿qué tan probable es que contagie a otros de coronavirus (COVID-19)?	
Normas Sociales Creencias normativas	En una escala de 1 a 5, donde (1) es totalmente en desacuerdo y (5) totalmente de acuerdo, señala tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:	1. Si adopto estas medidas, éstas me causarán serias molestias.	(1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) De acuerdo o (5) Totalmente de acuerdo.
		2. Si adopto estas medidas, éstas cambiarán mucho mis rutinas diarias.	
Normas Sociales Motivación para cumplir		3. Si adopto estas medidas, demoraré más tiempo en realizar algunas actividades (ej: preparar comida, estudiar, etc.)	
Control Percibido		1. Mi familia piensa que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		2. Mis mejores amigos piensan que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		3. Mis compañeros piensan que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		4. Mi(s) profesor(es) piensan que debo tomar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		1. Lo que piensa mi familia me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		2. Lo que piensan mis mejores amigos me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		3. Lo que piensan mis compañeros me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		4. Lo que piensan mi(s) profesor(es) me motiva a adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		1. Si quiero, puedo adoptar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		2. Estoy seguro/a de que tengo la capacidad de realizar las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
		3. Me resulta difícil llevar a cabo las medidas para prevenir el coronavirus (COVID-19).	
Género	-		Masculino, Femenino o No binario.
Edad	-		18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 o 35.
Región	Selecciona la región en la que vives		Región de Arica y Parinacota, Región de Tarapacá, Región de Antofagasta, Región de Atacama, Región de Coquimbo, Región de Valparaíso, Región Metropolitana de Santiago, Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, Región del Maule, Región de Ñuble, Región del Biobío, Región de La Araucanía, Región de Los Ríos, Región de Los Lagos, Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo o Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.
Con quién viven	Menores de 18 años. ¿Cuántas personas viven en tu hogar? Para cada una de las preguntas, indica número.		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 o más de 15.
	Mayores de 65 años. ¿Cuántas personas viven en tu hogar? Para cada una de las preguntas, indica número.		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 o más de 15.
Educación	¿Cuál es tu nivel educacional más alto cursado?		Básica, Primaria o Preparatoria, Media Científico Humanista o Humanidades, Media Técnico Profesional, Comercial, Industrial o Normalista, Técnico de Nivel Superior, Profesional, Magister o Doctorado.
Ocupación	¿Cuál de estas alternativas describe mejor tu ocupación actual?		Trabajando por ingreso, Tiene empleo, pero no está trabajando (es decir, tiene contrato pero aún no comienza a trabajar), Trabajando para un familiar sin pago (por ejemplo, un hijo que trabaja en el negocio familiar y no recibe sueldo), Trabajando pero actualmente con suspensión de contrato (ley de protección al empleo), Estudiando, Sin trabajo y está buscando, En quehaceres de su hogar (dueña de casa), Jubilado, pensionado o rentista u Otra situación (discapacitado, inhabilitado para trabajar).
Ingreso familiar mensual	Indica o estima el rango actual en el que se encuentra el ingreso mensual de tu grupo familiar (\$ por mes líquido)		Entre \$0 y \$200.000, Entre \$200.000 y \$400.000, Entre \$400.000 y \$600.000, Entre \$600.000 y \$1.200.000, Entre \$1.200.000 y \$1.600.000, Entre \$1.600.000 y \$2.000.000 o Más de \$2.000.000