

# PERCEPCIÓN DE RIESGO, BÚSQUEDA DE AYUDA MÉDICA Y AUTOCUIDADO: RETOS PSICOLÓGICOS FRENTE A LA COVID-19

RISK PERCEPTION, SEEKING MEDICAL ATTENTION AND SELF-CARE – PSYCHOLOGICAL CHALLENGES IN THE FACE OF COVID-19

**Libertad Martín Alfonso**

**Leyti Martínez Debs**

**Claudia Cancio-Bello Ayes**

**Miriam Rodríguez Martínez**

**Juliette Ortiz Gómez**

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

## RESUMEN

El surgimiento de la COVID-19 –enfermedad extendida rápidamente por todo el mundo con un número notable de casos confirmados y muertes– ha impuesto grandes retos a la ciencia psicológica. Los comportamientos y la subjetividad de los individuos, los grupos y poblaciones pueden contribuir a evitar contagios y la propagación de la enfermedad. El presente artículo argumenta desde categorías de la psicología de la salud la comprensión de comportamientos individuales y poblacionales frente a la aparición y evolución de la pandemia. La discusión se centra específicamente en el papel de la percepción de riesgo, la búsqueda de ayuda o atención médica y el cumplimiento de las medidas de autocuidado. Se ofrecen recomendaciones para las acciones de promoción de conductas saludables y prevención en relación con las categorías abordadas, que puedan ser desplegadas por responsables y participantes en las estrategias de enfrentamiento a la enfermedad.

**Palabras clave:** autocuidado, coronavirus, percepción de riesgo, psicología de la salud.

## ABSTRACT

*The emergence of COVID-19 (a disease rapidly spreading throughout the world with a remarkable number of confirmed cases and deaths) has imposed great challenges on psychological science. The behaviors and subjectivity of individuals, groups and populations can help prevent contagion and the spread of the disease. The present article argues from categories of Health Psychology the understanding of individual and population behaviors in the face of the appearance and evolution of the pandemic. The discussion focuses specifically on the role of risk perception, seeking help or medical care and compliance with self-care measures. Recommendations are provided for actions to promote healthy behaviors and prevention in relation to the categories addressed, which can be deployed by those responsible for and involved in coping strategies.*

**Keywords:** self-care, coronavirus, risk perception, Health Psychology.

## INTRODUCCIÓN

El año 2019 concluyó con la aparición en China de una enfermedad desconocida hasta el momento, la COVID-19, cuya causa es la infección por el virus SARS-CoV-2. La propagación de esta nueva forma de coronavirus ha sido vertiginosa a nivel mundial. En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió que la enfermedad podía ser caracterizada como una pandemia (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2020, p. 1). Su progreso en todo el mundo ha mostrado que la propagación y gravedad no se debe únicamente a las características del virus en sí mismo, sino que la variable “comportamiento de las personas” es fundamental. Los comportamientos involucrados en el proceso salud-enfermedad responden a mecanismos estudiados por la ciencia psicológica.

El presente trabajo tiene como objetivos argumentar desde algunas categorías de la psicología de la salud la comprensión de comportamientos individuales y poblacionales frente a la aparición y evolución de la pandemia de la COVID-19 y ofrecer recomendaciones para las acciones de promoción de las conductas saludables y la prevención de la enfermedad, que puedan ser desplegadas por el sistema de atención de salud, los responsables de las estrategias sociales organizadas para su enfrentamiento y por todos los profesionales que participan en esta tarea.

## 1. DESARROLLO

La psicología de la salud como disciplina científica y campo de conocimiento aplicado se ha definido como aquella que estudia los aspectos subjetivos y del comportamiento que están presentes en todo el proceso salud-enfermedad (Morales Calatayud, 1997, p. 57). Esta analiza dichos elementos desde el surgimiento o *debut*, la evolución, el tratamiento y la recuperación de las enfermedades, siguiendo el modelo hipotético de progreso de una enfermedad (Martín Alfonso, 2003, p. 276). Por tanto, es loable considerarla una rama de la psicología que aporta un cuerpo de categorías de importancia trascendente en este momento. Además, por su carácter multidisciplinario se nutre de conocimientos que provienen de otras ciencias de la salud, como la epidemiología y la salud pública, de gran valor teórico y práctico en la actual situación.

Uno de los retos principales una vez que circula una enfermedad infecciosa, como es el caso de la COVID-19, ha sido la actitud y los comportamientos de las personas ante la adopción de las medidas preventivas recomendadas para garantizar la protección individual y evitar la propagación de la enfermedad y el incremento de personas contagiadas. Para explicar esta cuestión se usa una categoría reconocida en diferentes campos de conocimiento y especialmente importante para la psicología de la salud. Nos referimos a la “percepción de riesgo de contraer la enfermedad”.

### 1.1. Percepción del riesgo de enfermar

Según el Dr. Resik Habib (2003, p. 96), en salud pública “el «riesgo» es una medida que refleja una probabilidad de que ocurra un daño a la salud”. En el terreno epidemiológico el concepto pasa a designar las probabilidades de ser atacado, atribuido a un individuo cualquiera o a grupos poblacionales particularizados delimitados en función de la exposición a agentes (agresores o protectores) de interés científico o técnico (Martínez Calvo, 2017, p. 2).

Desde un enfoque psicológico pueden entenderse dos planos diferentes, el real y el subjetivo, y valorarse desde la vertiente individual o colectiva. El riesgo se configura a partir de la información y las

experiencias que cada persona acumula y la perspectiva de riesgo subjetivo-colectiva contará con la percepción o creencia que asuma todo un colectivo (García del Castillo, 2012).

El concepto de percepción de riesgo en el campo de la salud se entiende y explica desde la vertiente subjetiva (percepción del mundo externo), fundamentalmente unida a conceptos como “creencia” y “actitud” (Martínez Calvo, 2017, p. 3). Para lograr tener una percepción de riesgo es necesario conformar una actitud hacia el riesgo propiamente dicho, en la que se espera desplegar una conducta responsable a partir de comprender qué hacer, cómo hacerlo y por qué, basada en motivaciones o incentivos estimuladores del comportamiento. En función de la información que se tenga de la situación y de los riesgos se puede conformar su percepción. Sin embargo, se sabe que los riesgos son percibidos e interpretados, por lo general, de modo diferente por los grupos sociales –científicos, políticos, administradores– (Martínez Calvo, 2017, p. 3), por el público en general y por cada individuo en particular.

Diversos modelos psicológicos con amplio uso en el campo de la psicología de la salud, como el de creencias en salud, el transteórico, la autoeficacia, el modelo de la acción razonada, entre otros, intentan explicar cómo adquirimos y mantenemos las conductas de salud. Uno de los que presumiblemente se puede vincular más con el tema que nos ocupa es el modelo de creencias en salud (MCS) de I. Rosenstock y Becker y Maiman, publicado en la década de 1970. A pesar del tiempo transcurrido desde su planteamiento teórico, sus modificaciones y las evidencias a favor y en contra (Díaz Llanes, 2005, p. 188) ha sido y sigue siendo utilizado para fundamentar investigaciones en áreas como la adherencia a las recomendaciones sanitarias, las respuestas de la personas ante síntomas, guiar intervenciones y explicar la conducta salutogénica y de riesgo. Fue creado por un grupo de psicólogos para tratar de explicar por qué muchas personas no participaban en programas para prevenir y detectar enfermedades, por ejemplo, participar en un programa para el diagnóstico de la tuberculosis donde se le propiciaban estudios de rayos x gratis a la población. El modelo sostiene que un conjunto de creencias interactivas influyen en los comportamientos relacionados con la salud.

Los componentes principales del modelo original son: la susceptibilidad o vulnerabilidad percibida, la severidad o gravedad percibida, los beneficios percibidos por seguir una acción recomendada, las barreras percibidas como efectos potencialmente negativos asociados al comportamiento de salud específico y las señales para la ejecución de las acciones, fundamentalmente provenientes del medio externo, como la campañas publicitarias que instan a la acción (Díaz Llanes, 2005, p. 186). Estos elementos aportan términos y conceptos que conscientemente o no, modificados o reinterpretados, se verbalizan, se aplican y en última instancia resultan valiosos para el trabajo de los profesionales involucrados en la prevención de la COVID-19 en estos momentos. Consideramos que todos los componentes principales del modelo, vistos integralmente, pueden servir como referente teórico para investigar y describir las manifestaciones de la percepción de riesgo en el caso que nos ocupa, no solo la percepción de vulnerabilidad, tal como se ha descrito anteriormente. Díaz Llanes sugiere ampliar las aplicaciones e investigaciones con el MCS “en lugar de repetir lo ya establecido” (p. 189).

Una propuesta muy interesante, de Urzúa, Vera Villarroel, Caqueo Urizar y Polanco Carrasco (2020), es el modelo explicativo de la causa de la propagación alarmante que caracteriza a la pandemia de la COVID-19, así como de las percepciones distorsionadas del riesgo. Según este autor, entre las causas que han podido incidir en que parte de la población no adopte las conductas preventivas y la enfermedad se haya propagado rápidamente a nivel mundial –en particular en algunos países como Italia– está la baja percepción de riesgo, basada en un optimismo ilusorio y la variable “contingencia” en el proceso comportamiento y salud.

El optimismo ilusorio lleva a que los sujetos esperen cosas positivas casi mágicamente, sin una correlación real con sus acciones (Torres Salazar *et al.*, 2019; López y Leffingwell, 2020; citados por

Urzúa *et al.*, 2020, p. 112). Este comportamiento se ha identificado como riesgoso para la salud, ya que es una tendencia que favorece comportamientos de riesgo debido a que la persona piensa o espera que no enfermará. Otro tema considerado es la contingencia como variable que media entre la emisión de una determinada conducta y la llegada de las consecuencias. Cuando los sujetos perciben que entre una conducta y sus consecuencias pasa tiempo, o es poco probable que lleguen, el comportamiento se hace más difícil de asimilar.

En una encuesta realizada en Francia, Reino Unido, Italia y Suiza, a fines de febrero de 2020, se evaluó la percepción pública del riesgo de la infección por el nuevo coronavirus en los próximos meses (Raude *et al.*, 2020; citado por Urzúa *et al.*, 2020, p. 112). Los resultados indicaron que se estimaba el riesgo de manera optimista, pues fue percibido mucho más bajo de lo que debía esperarse, contrario a lo que la realidad mostró poco tiempo después. También es probable que los sujetos investigados no consideraran seguir las medidas e indicaciones sanitarias por no percibir el riesgo y la consecuencia inmediata, sino una eventual posibilidad que seguramente no les ocurriría a ellos sino a otros.

## 1.2. Recomendaciones para describir la percepción de riesgo ante la COVID-19 según componentes del MCS

¿Percibo que soy susceptible o vulnerable de tener la enfermedad? ¿Me puede tocar a mí? La COVID-19 la puede padecer cualquier persona: niños, jóvenes, adultos y personas mayores que pertenezcan a cualquier contexto social. Algunos grupos son más vulnerables a desarrollar formas graves o críticas de la enfermedad, por tanto todos deben seguir las medidas de protección.

¿Percibo cuán grave es? ¿Puede costar la vida? La COVID-19 sí puede costar la vida, en algunos casos es grave y vale la pena cuidarse.

¿Los beneficios que se obtienen de las conductas de salud recomendadas son mayores que las barreras o malestares potencialmente involucrados? Las medidas a seguir, desde el punto de vista práctico, son relativamente fáciles de cumplir y con costos psicológicos y sociales manejables.

¿Las señales externas que emanan de las campañas publicitarias y la información que llega por diferentes vías incentivan motivacionalmente el comportamiento saludable? En todas las etapas de la pandemia la información suficiente, clara, precisa y confiable puede fomentar la percepción de vulnerabilidad y de gravedad de la enfermedad.

Otra arista del tema es la percepción social del riesgo. La percepción es un proceso que permite interpretar y comprender de manera individual el entorno a partir de las informaciones externas que se reciben. Lo que se percibe se moldea a partir de las circunstancias sociales en las que se inserta la persona, refiriéndonos a su relación con el o los grupos a los que pertenece, la cultura en la que interactúa y el contexto que lo rodea, todo lo que influyen en cómo concibe la realidad (Boschmonar, 2015). La percepción está ligada a las funciones cognoscitivas y su expresión se manifiesta a través de las emociones, sentimientos y afectos.

La percepción social de un determinado contexto, según Batista (2014) y Santoro *et al.* (2012), es un proceso subjetivo, que está condicionado económica, social, histórica y culturalmente. Esto quiere decir que si analizamos cómo es la percepción social de un fenómeno en un determinado contexto y lugar en contraste a otro escenario o momento histórico los resultados marcarán diferencias significativas. Al respecto indica Batista:

La razón por lo que esto ocurre tiene sus bases en el carácter “selectivo” de las percepciones [...] resulta imposible para el ser humano atrapar todos los estímulos que le rodean, por lo tanto, lo que se percibe y posteriormente se elabora debe pasar por “un filtro” generalmente constituido por los intereses y las motivaciones de los sujetos, las que en primera instancia tienen un condicionamiento sociohistórico. (p. 21)

La percepción social de un determinado contexto guarda una relación directa con las actitudes incorporadas en los modos de actuación. La percepción social es, por tanto, la respuesta tendencial o predisposición que se aprende, que demuestra un tono afectivo respondiendo de forma positiva o negativa en función de la referencia que se tiene de esa situación, hecho, idea o concepto (Batista, 2014). Estos elementos indican que para garantizar una percepción social determinada es necesario crear cierta actitud hacia algo.

Para una adecuada percepción del riesgo es importante hacer comprender de qué se trata el riesgo, qué significado tiene para las personas. Consideramos que la percepción de riesgo no se alcanza por contagio, se necesita para ello desplegar un conjunto de mecanismos de influencia que logren llegar a la persona y que esta haga suya esa percepción. No es posible lograrlo solamente por imitación. Es necesario desarrollar un adecuado proceso de persuasión, explicación y convicción para que la persona comprenda e interiorice cómo debe actuar y por qué. De esta manera el individuo puede comprender el significado del riesgo y el peligro que entraña para su vida y la vida de los que lo rodean.

La presencia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 plantea la necesidad de entender estos procesos y conformar una percepción social del riesgo que se vincule a todas las actividades humanas. Cada individuo debe verse como ciudadano activo desde las formas actuales de participación social y comprender que depende de todos la efectividad de las medidas tomadas por las instituciones para la eliminación del virus, pues todos somos vulnerables en las actuales condiciones. La responsabilidad individual, social, ciudadana y comunitaria son fundamentales en este momento.

No todo se puede dejar en manos de las autoridades competentes. Lo que se haga debe llegar a la comunidad con el entendimiento de qué papel desempeña cada núcleo y las razones de ello, además del peligro real que implica para cada persona y su familia. Se deben utilizar en cada caso argumentos propios que permitan hacer comprensibles los mensajes que se dan. Crear la percepción social del riesgo con la interiorización de lo que significa es una tarea en extremo necesaria actualmente. Fomentar la actitud que corresponde y lograr la implicación efectiva de las personas en este empeño son pasos hacia el éxito de los objetivos propuestos.

En salud pública el término percepción de riesgo es muy utilizado, sobre todo en situaciones de crisis sanitarias por transmisión de enfermedades contagiosas, como la que enfrentamos actualmente. Se habla de la percepción de riesgo poblacional para referirse a los territorios concretos o a los denominados grupos poblacionales (como niños o personas mayores).

Las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, funciones esenciales de la salud pública a nivel internacional, se sustentan fundamentalmente en intervenciones comunicacionales dirigidas a toda la población con el fin de reducir los riesgos, lograr que estos se conozcan y beneficiar a todos. Como la percepción de riesgo está vinculada a elementos sociales y psicológicos, esta se manifiesta de manera diferente en los grupos poblacionales, de ahí que cuando se trata la baja percepción de riesgo o su carencia es conveniente precisar a qué grupo poblacional se alude y en qué contexto ocurre (Martínez Calvo, 2017, p. 4), para así hacer más eficaces las intervenciones poblacionales. Las estrategias de comunicación social y de educación a la población deben informar debidamente sin alarmas ni pánico,

con elementos que convengan para que las personas conozcan y enfrenten correctamente los riesgos a la salud (Martínez Calvo, 2017, p. 5).

Basados solamente en observaciones empíricas podríamos inferir que en las primeras etapas de la pandemia, ante la novedad, la incertidumbre y el exceso de información –a veces contradictoria– emitida por diversas redes sociales muchos se sintieron desconcertados. Por tanto, tuvieron que elaborar su “sistema de percepción de riesgo” y en consonancia con esto mostrar o no un comportamiento acorde a lo aconsejado por las autoridades sanitarias. Muchas personas han considerado que infectarse con el virus de la COVID-19 es algo poco probable o que nunca les ocurrirá. Otras han extremado las medidas, se han puesto ansiosas, deprimidas o desesperadas pensando que de todas formas se van a contagiar. Es un tema que requería investigación para obtener datos científicamente fundamentados.

La percepción adecuada del riesgo de enfermar se constituye en elemento motivacional movilizador del comportamiento protector de la salud. Uno de los comportamientos protectores es la búsqueda de atención médica especializada para confirmar o no las sospechas que traducen la presencia de síntomas. Este es un proceso psicológico que ha merecido atención en psicología de la salud.

### **1.3. Búsqueda de ayuda o atención médica**

Se puede definir la “utilización de los servicios de salud” como un proceso social, dinámico y complejo que pone en contacto a los actores –la población y el personal de salud– con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada. Convergen no solo la necesidad de atención, sino las experiencias preexistentes de la población, sus creencias y aspectos culturales, el complejo contexto en que se prestan los servicios de salud y las condiciones con que cuenta la población en cuanto a activos personales, familiares y comunitarios para ello (Ruiz Rodríguez y Valdez Santiago, 2008, p. 334). Los patrones de uso de un servicio están determinados por las necesidades de salud sentidas por el individuo o usuario, factores predisponentes (edad, sexo, ocupación, nivel escolar, clase social, estado civil), factores inherentes a los servicios (distancia geográfica, razón médico-habitantes, por ejemplo) y de los proveedores de estos (p. 335).

Existen varios modelos que intentan explicar las variables que influyen en el uso y búsqueda de servicios de salud por parte de la población. El modelo psicosocial fundamenta el concepto de comportamientos saludables, referido a las acciones que realizan los individuos para prevenir la enfermedad y mantenerse sanos. Dentro de este también se ha utilizado el MCS para explicar la utilización de servicios de salud. Se considera que el individuo con el objetivo de cuidar su salud se mueve por ciertas fases con una secuencia lógica, en las cuales tiene en cuenta: su nivel de disposición para utilizar los servicios en función de la percepción sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su propia susceptibilidad, sus creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios de salud preventivos y detonantes de la acción que pueden ser internos (percepción del estado corporal) o externos (interacciones con otros) (Arredondo, 2010, p. 400).

Otros modelos, denominados sociológicos, le confieren mayor papel a los aspectos sociales y culturales en la determinación de los comportamientos de búsqueda de ayuda profesional. El modelo de Schumann, desarrollado entre 1964 y 1966, enfatiza la importancia de las redes de relaciones sociales para determinar o no el uso de los servicios de salud ante la percepción de la enfermedad (citado por Arredondo, 2010, p. 402).

Los factores que influyen en que una persona acude a un servicio de salud van más allá de la carga de morbilidad que esta pueda estar padeciendo. Una gran proporción de la población utiliza los servicios de salud sin que desde el punto de vista médico exista una justificación clara; otros acuden directamente a

los hospitales en busca de atención médica especializada, a pesar de que es el nivel primario de atención donde se deben prevenir y solucionar una parte importante de los problemas de salud (Díaz *et al.*, 2013).

Existen individuos que a pesar de requerir atención médica no utilizan los servicios de salud y, en cambio, recurren a otras formas de atención, entre ellas la medicina tradicional, las diversas terapias alternativas e incluso la automedicación. Para algunos investigadores esta es una expresión de un proceso de apropiación y socialización del conocimiento médico. Se señala que un factor que influye en el uso de estas alternativas es la percepción social de la gravedad del padecimiento. Por otra parte, existen estudios que analizan la no utilización como un producto de la falta de accesibilidad a los servicios de salud por razones económicas, culturales o geográficas (Molina Rodríguez, Poblano Verástegui, Carrillo Ordaz y Saucedo Valenzuela, 2006, p. 428).

El sistema de salud en Cuba es gratuito, universal, con acceso y cobertura total. Todas las personas sin distinción de ninguna índole pueden acceder a los servicios siempre que lo necesiten, demanden y decidan hacerlo. Así se ha demostrado durante la pandemia de la COVID-19. La voluntad política, las estrategias ya instauradas en nuestro sistema y las estructuradas para atender a la población en esta etapa ponen de manifiesto los principios y valores de la salud pública cubana.

Ahora bien, ¿cómo saben las personas cuando es el momento adecuado para buscar atención médica? ¿En qué punto debe decidir una persona que es el momento de buscar ayuda? Las respuestas a estas preguntas han sido abordadas por el cuerpo conceptual de la psicología de la salud y en estos momentos son de gran utilidad y valor. La “búsqueda de ayuda médica” puede entenderse como el proceso de solicitar el consejo, el criterio y apoyo a un profesional de salud ante la presencia de malestar físico, psicológico o síntomas evidentes de una enfermedad (Martín Alfonso, 2003, p. 277).

La decisión de cuándo es necesario buscar atención médica formal constituye un problema difícil por varias razones. Una es la diferencia entre enfermedad y malestar físico, el cual incluye sensaciones de incomodidad y molestia. Se puede sentir malestar físico y no tener una enfermedad identificable, y se pueden tener una enfermedad, incluso grave, y no experimentar malestar alguno, como por ejemplo la hipertensión arterial o el VIH. También algunos tipos de síntomas físicos pueden no indicar presencia de una enfermedad y no incitar al que la padece a buscar atención médica. En este sentido se pueden cometer errores en las dos direcciones: decidir ir al médico cuando en realidad no se está enfermo o elegir no ir a consulta cuando se presentan síntomas y esperar una mejoría espontánea. ¿Que favorece la búsqueda de ayuda médica? En general, que el malestar o los síntomas sean percibidos como signos de una enfermedad grave o amenazante por naturaleza o que estos pongan en riesgo actividades sociales importantes, como la vida laboral, la familia y otros tipos de interacciones muy valoradas por la persona. Además, la percepción exagerada de síntomas estimula a algunas personas a la búsqueda desmedida del consejo médico.

La persona que experimenta los síntomas no es la que determina oficialmente el diagnóstico; es el médico o el equipo de salud. Aquí nos encontramos ante la “conducta de enfermedad”, que en psicología de la salud es “entendida como el conjunto de actividades o acciones realizadas por las personas que ya experimentan síntomas pero que aún no han recibido un diagnóstico” (Brannon y Feist, 2001, p. 81). La conducta de enfermedad tiene lugar antes del diagnóstico. Por otra parte, el tiempo que media entre la presencia identificable de síntomas visibles de una enfermedad y la búsqueda de ayuda médica, es variable. Brannon y Feist (2001, p. 82) consideran que los factores que pueden configurar la respuesta ante los síntomas son varios. Se reconocen fundamentalmente la negativa personal, factores sociales y demográficos, las características de los síntomas y la visión personal de la enfermedad.

La negativa personal es una actitud que se refiere al rechazo a buscar asistencia médica, así como la tendencia a interpretar cualquier síntoma como algo sin importancia. Investigaciones han apuntado que muchas personas prefieren negarse a ir al médico (Feldman, 1996; citado por Brannon y Feist, 2001, p.

82). Las características de los síntomas influyen en la forma y momento en que las personas buscan ayuda; así incide su visibilidad externa, la gravedad percibida del síntoma, la medida en que interfiere en la vida personal, laboral o social y la frecuencia o persistencia que haga muy molesta la condición (Mechanich, 1978; citado por Brannon y Feist, 2001, p. 85).

En cuanto a los factores sociodemográficos uno de los más estudiados con resultados contundentes es el género. Se conoce que las mujeres están más dispuestas a utilizar los servicios sanitarios que los hombres. James Pennebaker (1982, citado por Brannon y Feist, 2001, p. 83) descubrió que las mujeres informan una mayor cantidad de síntomas que los hombres. Frente al rol de género, el femenino permite a las mujeres buscar muchas clases de ayuda mientras que el masculino indica a los hombres que deben ser fuertes y negar el dolor y la incomodidad y afrontar más riesgos: uno de ellos puede ser asumir la enfermedad sin buscar asistencia médica. Otro factor que influye es la edad. Los adultos jóvenes y los de edad intermedia muestran el mayor rechazo a buscar ayuda. Los niños están más dispuestos que los adolescentes, especialmente los adolescentes varones. A medida que se envejece se presenta una dificultad: la persona debe aprender a distinguir sus síntomas de algún problema de salud propio del envejecimiento. Las personas mayores que atribuyen sus síntomas a la edad tienden a demorar su visita al médico, tendencia mayor en los de edad intermedia que en los de edad muy avanzada (Levental, 1991, citado por Brannon y Feist, 2001, p. 84). Sería interesante indagar cómo se comporta la variable “edad” en la búsqueda de ayuda durante la etapa de COVID-19.

En la visión personal de la enfermedad uno de los elementos principales son los conocimientos de esta y cómo se estructuran los conocimientos propios. La visión personal de la enfermedad también depende del modo en que se interpreten los síntomas (la tendencia a verlos como problemas menores es fuente de muchos autodiagnósticos optimistas) y de la atribución de la causalidad de los síntomas. Por ejemplo, si la persona atribuye los síntomas respiratorios al clima o las alergias no pensará que se debe a la infección por SARS-CoV-2.

Los aspectos antes mencionados pueden ayudar a comprender este comportamiento y a plantear hipótesis explicativas de las observaciones, que requerirán de comprobación científica. En la pandemia de la COVID-19 se ha observado retardo en la búsqueda de ayuda médica por parte de algunas personas y ocultamiento consciente de los síntomas que apuntan al padecimiento, a pesar de que estos se han divulgado por muchas vías con criterio científico y confiable.

Algunos elementos explicativos pudieran ser la visión personal con baja percepción de riesgo, la subvaloración de la enfermedad en sí misma al considerarla poco relevante, la presencia de síntomas poco amenazantes u ocultos en algunas de sus formas clínicas (Peláez Sánchez y Más Bermejo, 2020, p. 4) y fácilmente confundibles con manifestaciones habituales de síntomas respiratorios, la posibilidad de que la infección interrumpa actividades sociales y personales importantes y la necesidad de internamiento en centros de asilamiento como estrategia preventiva y de atención que involucra barreras sociales y psicológicas. Otra cuestión es que la COVID-19, igual que otras enfermedades infecciosas, puede permanecer sintomática sin un diagnóstico preciso durante cierto tiempo y que muchos casos positivos cursan de manera asintomática, inaparente (p. 5). Estas personas obviamente no han tenido por qué buscar ayuda médica. De cualquier forma, todas deben evaluar conscientemente si están en situaciones de riesgo y extremar las medidas sanitarias recomendadas, dado que la infección por el virus puede no ser visible a través de sus síntomas. Por eso, aunque se sienta temor, se debe acudir al servicio de salud de inmediato ante cualquier sospecha.

#### 1.4. Recomendaciones para favorecer la búsqueda de ayuda médica en tiempos de COVID-19

Evaluar conscientemente si está en situaciones de riesgo.

Identificar los síntomas y acudir al médico de inmediato.

Saber que si no tiene la COVID-19 su vida continuará como siempre.

Conocer que si tiene un diagnóstico temprano puede tener mejor pronóstico.

Confiar en la calidad de la atención que va a recibir, en los esquemas de tratamiento que se están utilizando y en el valor de las estrategias de trabajo desarrolladas que han contribuido al éxito.

Participar en las pesquisas poblacionales siempre que le sea solicitado.

Las características de la COVID-19 como enfermedad infecciosa que se contagia y propaga con mucha facilidad requiere para su prevención que las personas sigan un conjunto de medidas comportamentales de higiene y protección (*Mapa conductual del COVID-19*, adaptación de Poudel *et al.*, 2020, citado en Urzúa *et al.*, 2020, p. 107). En su seguimiento y cumplimiento se requiere de los comportamientos de autocuidado y adherencia a las recomendaciones sanitarias. Ambos son conceptos ampliamente desarrollados en psicología de la salud.

#### Autocuidado

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan varios tipos de cuidado: el cuidado y asistencia a los otros, el cuidado entre todos o autocuidado colectivo y el cuidado de uno mismo o autocuidado. Tobón (2015) se refiere al autocuidado como:

Las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (p. 2)

El autocuidado es un concepto que ha evolucionado a lo largo de los tiempos y está asociado a la autonomía, independencia y responsabilidad personal y puede ser conceptualizado como un proceso de salud y bienestar de los individuos (Silva y Pontífice, 2015, p. 1). Se evidencia que cuidar de uno mismo implica una serie de conductas, autocontrol, decisiones, proyectos, capacidades y habilidades que exigen acciones para la promoción de la salud y el uso de recursos para enfrentar los riesgos de enfermar. Distintos autores coinciden en la importancia del autocuidado de las personas que brindan ayuda especializada, como los profesionales de la salud y del trabajo comunitario, dado que el propio servicio los hace vulnerables a situaciones de estrés y dificulta que puedan ayudar a otros (Cantera y Cantera,

2014; Filgueira, 2014; Guerra, Mújica, Nahmias y Rojas, 2011; Muñoz y Lucero, 2008; Santana y Farkas, 2007).

El autocuidado tiene matices diferentes en dependencia de la cultura. Las conductas de autocuidado son transmitidas de padres a hijos y varían en dependencia del nivel económico, estatus social, etnia, color de la piel, edad y sexo de las personas. La capacidad de autocuidado varía de una persona a otra, esta se desarrolla en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo de aprendizaje (Landeros, 2003). Como hemos comentado, los roles de género van a impactar en el futuro cuidado y en los estados de salud de hombres y mujeres. De los hombres se espera que sea cuidado por sus parejas y de las mujeres que sean cuidadoras y que se desempeñen bien en el espacio privado.

¿Cómo se estructura en las personas las acciones de autocuidado? ¿Qué influye para que algunas personas se cuiden y otras no? Se deben analizar aspectos internos, relacionados directamente con la voluntad, los conocimientos, las actitudes y los hábitos de las personas. Primeramente, es un acto que convierte a las personas en sujetos de acción, por lo tanto, es un proceso voluntario del individuo para consigo mismo. Implica, además, una responsabilidad individual ligada a las experiencias de la vida cotidiana. El autocuidado se apoya en un sistema formal, como es el de salud, e informal, mediante el apoyo social. Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación y la resiliencia. En definitiva, el autocuidado constituye una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad (Tobón, 2015, p. 3). Sin embargo, estos aspectos internos que conllevan a las acciones de autocuidado se estructuran en estrecha interrelación con los determinantes sociales de la salud. En los últimos años se han elaborado diversos modelos con la finalidad de mostrar los nexos entre lo social y la salud. En estos se colocan la clase social, la educación, los ingresos económicos, género y pertenencia étnica como determinantes estructurales que generan estratificación social, y por tanto, repercuten en la forma en que se atiende la salud. De estos factores se derivan los determinantes intermediarios, como las condiciones de vida, laborales y el sistema sanitario en su conjunto (OMS, 2010).

Un elemento que aparece en la discusión de los determinantes sociales es la responsabilidad que tiene el Estado de proporcionar las condiciones adecuadas para que las personas tengan oportunidades de salud, las que se deben reflejar en las posibilidades de acceder a un trabajo bien remunerado y en buenas condiciones, a alimentación, a servicios de salud y educativos y en general de prodigarse cuidados. En la medida en que se cuenta con adecuadas condiciones de vida se tienen oportunidades de incorporar prácticas que potencien la salud (Arenas Monreal, Jasso Arenas y Campos Navarro, 2011, p. 45). Desde esta perspectiva, el autocuidado tiene un componente importante de responsabilidad individual y también social. Se han podido constatar las diferencias en cuanto al riesgo de enfermar y el mantenimiento de la salud en países donde la responsabilidad del Estado y los sistemas de salud con la prevención y el cuidado de la población es insuficiente. Para el autocuidado es necesario tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del cuidado de su salud (Tobón, 2015, p. 6).

Las prácticas de autocuidado no son estables, se modifican según las circunstancias vitales del sujeto y su entorno social. A medida que se envejece el individuo va incluyendo cambios en su perfil de autocuidado, de acuerdo a los cambios que se producen en el cuerpo y en su funcionalidad. Las experiencias de enfermedades propias y de familiares, así como la muerte, pueden ser elementos de reflexión e influir para que se incorporen prácticas de autocuidado que en otras etapas de la vida no se tenían. Las enfermedades, tanto agudas como crónicas, debido a las alteraciones orgánicas y fisiológicas que provocan en el cuerpo pueden conducir a cambios drásticos en los cuidados que se prodiga la persona.

Ante la rápida expansión del nuevo coronavirus, la OMS sugirió un conjunto de disposiciones que fueron asumidas por los sistemas de salud de los países afectados. Estas incorporan medidas comportamentales relativamente fáciles de realizar, como el lavado adecuado de las manos, el uso de mascarillas cuando corresponda, evitar el contacto público, diagnóstico ante los primeros síntomas, aislamiento social y físico y seguir tratamientos e indicaciones médicas. Sin embargo, desde el punto de vista psicológico, estas medidas han impactado desde los momentos iniciales en la salud mental de la población.

La evidencia disponible sobre las consecuencias psicológicas de la enfermedad y sus medidas permiten mencionar reacciones psicológicas vinculadas al estrés emocional como pueden ser miedo, incertidumbre, frustración, angustia, ira, insomnio, ansiedad, preocupación excesiva por la enfermedad y el contagio (Inchausti, García Poveda, Prado Abril y Sánchez Reales, 2020, p. 1; Piña Ferrer, 2020, p. 195; Lorenzo Ruiz, Díaz y Zaldívar, 2020, p. 3). También se han podido constatar trastornos específicos como trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones (Li, Wan, Xue, Zhao y Zhu, 2020; citado en Urzúa *et al.*, 2020, p. 106). Indudablemente han disminuido las emociones positivas y la satisfacción con la vida. Las personas están más centradas en su salud y la de sus familias, descuidando las relaciones interpersonales y el ocio.

Toda situación nueva evaluada como desbordante de nuestra capacidad de respuesta conlleva a experimentar estrés. El nuevo coronavirus ha llegado y aún no sabemos con seguridad cómo lidiar con él. Sin embargo, mientras más adecuadamente se pueda reflejar en la psiquis la situación real y su correlación con el individuo, más pleno y efectivo será el afrontamiento a la nueva enfermedad (Grau, Hernández y Vera Villarroel, 2005). El manejo inadecuado del estrés interfiere en el cuidado de nuestra salud y nos coloca en situación de vulnerabilidad y riesgo. Por ello, se hace necesario comprender cómo se está afrontando la situación de crisis ante la pandemia. Es necesario aprender a observar las emociones positivas o negativas, normalizarlas y compartirlas con las personas significativas y que constituyen la red de apoyo más cercana. La búsqueda de soluciones es otra estrategia válida para afrontar el estrés, sin embargo, se debe ser objetivo, confiar en las capacidades reales o potenciales para hacer frente a la situación y no anticipar un desenlace aún desconocido.

La situación de aislamiento físico ha constituido la mayor fuente generadora de estrés de estos días. Sin embargo, confinamiento o cuarentena no implican aislamiento de las relaciones sociales y emocionales. Son momentos de fomentar la empatía, la comunicación adecuada y asertiva, de mantener el contacto que permita la situación a través de los diferentes medios con los que contamos: teléfono, videollamadas, chats grupales, etcétera.

La sobreexposición a la información ha sido otra fuente de malestar (Lorenzo Ruiz, Díaz y Zaldívar, 2020, p. 4). Una forma de cuidar nuestra salud es ser conscientes de cuánta información se puede consumir, cómo y cuándo, evitando la situación de pánico y descontrol generada por medios de comunicación social y poco confiables. Aprender a manejar las emociones negativas y reemplazarlas por aquellas generadoras de esperanza y optimismo constituyen formas de cuidar nuestra salud psicológica. Al mismo tiempo, en medio de la difícil situación del aislamiento físico, mantener de alguna manera las actividades diarias promueve un sentido de control y autorregulación de la propia vida. Se deben conservar, en lo posible, la realización de ejercicios físicos, la alimentación saludable, las horas de sueño establecidas, evitando intercambiar los horarios o incidir en la calidad del sueño por las preocupaciones excesivas o pensamientos catastrofistas. Igualmente se debe encontrar tiempo para el disfrute personal de actividades de ocio y tiempo libre.

Para aquellas personas que han tenido que simultanear el rol de cuidadores de ancianos, niños y adolescentes se recomienda aceptar la ayuda de los otros y disminuir la autoexigencia; no existe el cuidador perfecto. Se deben priorizar las tareas y los objetivos deben ser realistas. Además, es aconsejable buscar apoyo en la familia, pues esta constituye el ámbito fundamental donde se dan las relaciones

emocionales y, por tanto, juega un papel predominante en el autocuidado. La familia constituye un espacio fundamental para el desarrollo socioemocional de todos sus miembros. Se pueden compartir espacios de calidad, experiencias, recuerdos y fechas importantes como vías para proteger la convivencia familiar. Se deben evitar las discusiones y establecer límites claros, con horarios predeterminados para las tareas y para los tiempos de ocio. Estas acciones constituyen formas de autocuidado colectivo.

Además, es importante promover el cuidado de las mujeres, quienes pueden estar sobrecargadas en situación de aislamiento social, pues su rol de cuidadoras se hace más evidente y fuerte. Las mujeres tradicionalmente cargan con el cuidado físico y socioemocional de la familia. La feminización del trabajo doméstico y de cuidados no es resultado de la COVID-19, sino un hecho conocido desde hace tiempo sobre la división sexual del trabajo y las desigualdades de género que aún prevalecen en los hogares que reproducen una lógica patriarcal (Alfonso, 2020). Esta circunstancia impuesta por la enfermedad obliga a reflexionar nuevamente sobre la responsabilidad individual y colectiva en la organización equitativa de las tareas del hogar. En las familias donde se ha avanzado en esta equidad las condiciones de aislamiento se vivencian de formas más positivas. Se comparten espacios de ocio, se respetan momentos privados, se crean rutinas para toda la familia, se respeta la intimidad de los miembros y en definitiva se promueve el autocuidado individual y colectivo.

El resto de las enfermedades que requieren atención médica no han recesado y muchas necesitan del autocuidado para su control. Se conoce que padecer enfermedades crónicas de base constituye un factor concomitante desfavorable para la evolución del cuadro clínico de la enfermedad y condicionan a la larga mayor riesgo de mortalidad. Por tanto las personas que padecen enfermedades como la hipertensión, la diabetes, la insuficiencia renal crónica, entre otras, se convierten en un importante grupo vulnerable necesitado de atención especial, con el fin de evitar el contagio.

### **1.5. Recomendaciones para promover el autocuidado individual y en la familia durante la pandemia de COVID-19**

Adoptar actitudes positivas y propiciar las emociones agradables.

Buscar tiempo y espacio para disfrutar actividades de ocio y placer en familia o de manera privada.

Distribuir adecuadamente roles y responsabilidades en la familia.

Retomar y mantener las prácticas de cuidado personal: cuidado de la imagen, de la alimentación, practicar ejercicios físicos.

Acatar las medidas higiénico-sanitarias orientadas: aislamiento físico, uso del nasobuco y lavado frecuente de las manos.

Aprender a controlar el estrés.

Reevaluar y modificar los pensamientos intrusivos y catastrofistas.

Las enfermedades crónicas por sí mismas requieren el seguimiento de tratamientos médicos durante toda la vida, indicados después de una evaluación clínica y de acuerdo a los esquemas de tratamientos establecidos, los que incluyen medicamentos y medidas higiénicas y dietéticas de autocuidado, como por ejemplo: hacer ejercicios físicos regulares, comer bajo de sal o evitar el consumo de azúcar. Quienes poseen mejor capacidad de autocuidado cuentan con más altos niveles de adherencia al tratamiento médico que necesitan (Ofman, Pereyra y Stefani, 2013, p. 94).

En Cuba se han realizado investigaciones para evaluar la adherencia (o seguimiento) del tratamiento en personas hipertensas, diabéticas, que viven con VIH (Vilató Frómeta, Martín Alfonso y Pérez Nariño, 2015) y con insuficiencia renal crónica atendidas en áreas de salud de varias provincias del país. Se ha encontrado que solo alrededor del 50 % de los hipertensos siguen adecuadamente las indicaciones médicas (Martín Alfonso *et al.*, 2015); que predomina un nivel parcial de seguimiento en diabéticos (Castillo Morejón, Martín Alfonso y Almenares, 2017) y en personas con insuficiencia renal crónica (Matos Trevín, Martín Alfonso y Álvarez, 2019), y niveles variables en personas con VIH. Esto quiere decir, que las personas que padecen enfermedades crónicas no siempre cumplen adecuadamente el tratamiento médico indicado.

En tiempos de pandemia para estas personas se duplican las medidas sanitarias a seguir: deben cumplir las propias de la enfermedad, necesarias para el adecuado control de su condición de salud, y las orientadas para la prevención de COVID-19. Así se hace más complicado para ellas la adaptación y el ajuste a las demandas de la situación de la pandemia y requieren de mucho apoyo de la familia, la comunidad, el personal de salud y de su propia autorresponsabilidad, para extremar las medidas de cuidado.

### **1.6. Recomendaciones para los enfermos crónicos en tiempos de la COVID-19**

Extremar el seguimiento del tratamiento indicado para mantenerse controlado. Por ejemplo, tomar sus medicamentos en tiempo y dosis adecuadas o hacer la dieta.

Acudir al médico, de manera prioritaria, ante síntomas o sospechas relacionados con la pandemia

Acudir a su médico de familia ante desajuste de su condición crónica.

Recabar el apoyo de su familia para no hacer compras, buscar alimentos o hacer otras gestiones fuera del hogar. Debe quedarse en casa.

Realizar los ejercicios físicos indicados dentro de su casa para mantenerse activo y así cumplir una parte de su tratamiento

Recordar el lavado frecuente de las manos, el uso del nasobuco y el distanciamiento físico, si necesita salir de la casa

### **COMENTARIO FINAL**

La crisis epidémica que se ha presentado con la rápida expansión del nuevo coronavirus a todas las latitudes del planeta ha movilizó el pensamiento científico desde muchos campos del conocimiento, entre estos la psicología. Específicamente, la psicología de la salud como rama de esta ciencia que se ocupa del análisis subjetivo y los comportamientos implicados en el proceso salud-enfermedad puede aportar desde la discusión teórica categorías que permitan entender e intervenir en cuestiones como la percepción de riesgo, la búsqueda de ayuda, el autocuidado y otras. Quedan muchos temas y aspectos por tratar, que serán objeto de otras contribuciones por parte de los psicólogos de la salud, dirigidas al enfrentamiento y manejo de una situación de salud que, queramos o no, nos ha impuesto el año 2020.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Alfonso, G. (2020). *Impacto de la COVID-19 sobre las mujeres cubanas, resaltando interrogantes, claves, retos, vulnerabilidades y experiencias de mitigación* [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/OenikiiXtc0>
- Arenas Monreal, L., Jasso-Arenas, J. y Campos Navarro, R. (2011). Autocuidado: elemento para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), pp. 42-48. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Arenas-Monreal/publication/262112736\\_Autocuidado\\_elementos\\_para\\_sus\\_bases\\_conceptuales/links/57e5a24908ae9227da965689/Autocuidado-elementos-para-sus-bases-conceptuales.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Arenas-Monreal/publication/262112736_Autocuidado_elementos_para_sus_bases_conceptuales/links/57e5a24908ae9227da965689/Autocuidado-elementos-para-sus-bases-conceptuales.pdf)
- Arredondo, A. (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico. *Salud Mental*, 33(5), pp. 397-408.
- Batista, P. (2014). *¿Todo el mundo cuenta? Percepción de exclusión social en el barrio Pilar-Atarés* (tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- Boschmonar, A. (2015). *Percepción social de los cambios socioeconómicos en el sector de la salud* (tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Editor Thomson Learning y Paraninfo S. A.
- Cantera, L. M. y Cantera, F. M. (2014). El autocuidado activo y su importancia para la psicología comunitaria. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 13(2), pp. 88-97. Recuperado de <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/406/339>
- Castillo Morejón, M., Martín Alfonso, L. y Almenares Rodríguez, K. (2017). Adherencia terapéutica en personas con diabetes tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006)
- Díaz Llanes, G. (2005). El comportamiento en la psicología de la salud. En E. Hernández y J. A. Grau. (Coord.), *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 179-199). Guadalajara, México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Díaz, A., Rodríguez, A., García, R. G., Balcindes, S., Jova, R., De Vos, P. y Van der Stuyfs, P. (2013). Utilización de los servicios médicos en un área de salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(1), pp. 27-39.
- Filgueira, M. (2014). Propuestas de intervisión y autocuidado con psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), pp. 32-42. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932014000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932014000100004)
- García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
- Grau, J. A., Hernández, E. y Vera Villarroel, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. A. Grau. (Coord.), *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 86-113). Guadalajara, México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Guerra, C., Mújica, A., Nahmias, A. y Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), pp. 319-328. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rllps/v43n2/v43n2a11.pdf>
- Inchausti, F., García Poveda, N., Prado Abril, J. y Sánchez Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), pp. 105-107. Recuperado de <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Landeros, E. A. (2003). *Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad* (tesis de maestría). Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

- Lorenzo Ruiz, A., Díaz, K. y Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia en el enfrentamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), pp. 1-8. Especial COVID-19.
- Matos Trevín, G. L., Martín Alfonso, L. y Álvarez, B. (2019). Adherencia terapéutica de pacientes en tratamiento dialítico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, (5), pp. 666-677.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(3), pp. 275-281.
- Martín Alfonso, L., Bayarre, H., Corujedo, M., Vento, F., La Rosa, Y. y Orbay, M. C. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), pp. 33-45.
- Martínez Calvo, S. (2017). Usos y abusos del término percepción de riesgo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), pp. 1-7.
- Molina Rodríguez, J. F., Poblano Verástegui, O., Carrillo Ordaz, C. E. y Saucedo Valenzuela, A. L. (2006). Utilización de los servicios de salud en México. *Revista Salud en Tabasco*, 12(1), pp. 427-432.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. Sonora, México: Editorial UniSon, Universidad de Sonora.
- Muñoz, M. T. y Lucero, B. (2008). Estrategias de autocuidado en el personal de un centro de protección simple. *Psicología y Salud*, 18(1), pp. 123-127. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118114.pdf>
- Ofman, S. D., Pereyra, C. I. y Stefani, D. (2013). Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias de género. *Boletín de Psicología*, (108), pp. 91-106. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (12 de marzo de 2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*. Recuperado de <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>
- Piña Ferrer, L. (2020). El COVID-19. Impacto psicológico en los seres humanos. *Salud y Vida*, 4(7), pp. 188-199.
- Peláez Sánchez, O. y Más Bermejo, P. (2020). Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), pp. 1-16.
- Resik Habib, P. (2003). *La causalidad en la epidemiología*. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- Ruiz Rodríguez, M. y Valdez Santiago, R. (2008). Revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006. *Revista Cubana de Salud Pública*, 10(2), pp. 332-342.
- Santana, A. I. y Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16(1), p. 123-127. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282007000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100007)
- Santoro, E., Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E. y Villegas, J. (2012). *Percepción social*. México D. F., México: Editorial Trillas.
- Silva, J. M. y Pontífice, P. (2015). Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia/radioterapia y su relación con el bienestar. *Enfermería Global*, 14(37), pp. 372-385. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000100017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100017)
- Tobón, O. (2015). El autocuidado: una habilidad para vivir. Recuperado de [https://pdfs.semanticscholar.org/2eb9/a2ff355417b2478387cf32fb80fd77528697.pdf?\\_ga=2.147256311.1554106211.1598926004-578153470.1598926004](https://pdfs.semanticscholar.org/2eb9/a2ff355417b2478387cf32fb80fd77528697.pdf?_ga=2.147256311.1554106211.1598926004-578153470.1598926004)

- Urzúa, A., Vera Villarroel, P., Caqueo Urizar, A. y Polanco Carrasco, R. (2020). La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), pp. 103-118.
- Vilató Frómeta, L., Martín Alfonso, L. y Pérez Nariño, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), pp. 620-630.