

Percepción social del Covid-19 desde el malestar emocional y las competencias socioemocionales en mexicanos

Social perception of Covid-19 from emotional distress and socio-emotional competencies in Mexicans

Laura Fabiola Núñez Udave¹, *Laura Karina Castro Saucedo², Esmeralda Jaqueline Tapia García³, Fernando Bruno⁴, César Arnulfo de León Alvarado⁵

¹Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila, Dra. Cuquita Cepeda de Dávila, Adolfo López Mateos, Saltillo, Coahuila, México. C.P. 25125. Teléfono 844 357 0645. lauranunezudave@uadec.edu.mx

²Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México. C.P. 25125. Teléfono 844 357 0645. karinacastro@uadec.edu.mx

³Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México. C.P. 25125. Teléfono 844 357 0645. esmeraldaj.tapia@gmail.com

⁴Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México. C.P. 25125. Teléfono 844 357 0645. fernandobrunots@hotmail.com

⁵Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México. C.P. 25125. Teléfono 844 357 0645. cesar.leon@uadec.edu.mx

*Autor de correspondencia

Resumen

Esta investigación tuvo por objetivo establecer la relación entre la percepción social del Covid-19 desde el malestar emocional, la preocupación y pensamiento catastrófico, las compras innecesarias, las creencias de sanación y las competencias socioemocionales de mexicanos mayores de 18 años, de cuatro regiones geográficas de México. Se utilizó una metodología cuantitativa con 2324 encuestas a mexicanos en fase 2 de la pandemia por el Covid-19. Los resultados muestran alta preocupación y pensamiento catastrófico ($M = 34.58$), entendido como una respuesta cognitiva-emocional negativa de exagerar el valor de la amenaza (Álvarez-Aztorca *et al.*, 2019). Se encontró alto malestar emocional ($M = 18.95$) como experiencia emocional desagradable y multifactorial (Bernaes, Chandía & San Martín, 2019). En el modelo de regresión lineal general, la preocupación y pensamiento catastrófico ($B = 0.642$) están relacionados con el malestar emocional. Las competencias socioemocionales ($B = -0.152$) resultan un factor protector como herramientas que permiten regular los estados emocionales (Torres, 2018), pero con una intensidad menor.

Palabras clave: Malestar emocional; pensamiento catastrófico; competencias socioemocionales.

Abstract

This research aimed to establish the relationship between the social perception about Covid-19 and emotional distress, worry and catastrophic cognition, unnecessary purchases, healing beliefs and socio-emotional skills of Mexicans over 18 years old, from four geographic regions in Mexico. A quantitative methodology was used, with 2324 Mexican people participating in a survey during the phase 2 of Covid-19 pandemic. The results show high concern and catastrophic thinking ($M = 34.58$), understood as a negative cognitive-emotional response that inflates the value of the threat (Álvarez-Aztorca *et al.*, 2019). High emotional distress ($M = 18.95$) was found as an unpleasant and multifactorial emotional experience (Bernaes *et al.*, 2019). In the general linear regression model, worry and catastrophic cognition ($B = 0.642$) are related to emotional distress. Socio-emotional competencies ($B = -0.152$) are a protective factor used as tools that regulate emotional states (Torres, 2018) but with less intensity.

Keywords: Emotional distress; catastrophic cognition; socio-emotional competencies.

Recibido: 11 de abril de 2020

Aceptado: 07 de julio de 2020

Publicado: 30 de septiembre de 2020

Como citar: Núñez Udave, L. F., Castro Saucedo, L. K., Tapia García, E. J., Bruno, F., & de León Alvarado, C. A. (2020). Percepción social del Covid-19 desde el malestar emocional y las competencias socioemocionales en mexicanos. *Acta Universitaria* 30, e2879. doi: <http://doi.org/10.15174/au.2020.2879>

Introducción

Al término del año 2019, se notificó un número creciente de casos de neumonía en Wuhan, en China, seguido de otras ciudades y provincias, luego se extendió a otros países de Asia, Europa, África, Norteamérica y, más recientemente, Latinoamérica. El nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV) o síndrome respiratorio agudo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), un nuevo patógeno humano, fue identificado como la causa de la neumonía de Wuhan. Se sabía que la infección por SARS-CoV-2, llamada enfermedad del coronavirus 2019 (Covid-19), era de gravedad diversa, ya que va desde el transporte asintomático hasta la infección leve del tracto respiratorio y la neumonía grave o mortal. Además, el SARS-CoV-2 puede transmitirse a nivel comunitario, y se convirtió en una emergencia de salud pública de índole internacional (PHEIC, por sus siglas en inglés), declarada así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero de 2020 (Cortegiani, Ingoglia, Ippolito, Giarratano & Einav, 2020).

Se le ha llamado Covid-19 por las siglas CO de corona, VI de virus, D de la palabra en inglés enfermedad (*disease*) y 19 por su año de aparición (2019). Se considera que su origen es zoonótico (murciélagos), con transmisión al humano, principalmente por vía respiratoria (Vega-Vega, Arvizu-Hernández, Domínguez-Cherit, Sierra-Madero & Correa-Rotter, 2020). En México, al 6 de abril de 2020, existen 2439 casos confirmados, 6295 casos sospechosos, 125 muertos confirmados y 9467 casos negativos.

La historia de los virus, las epidemias, mutaciones de estos, y los nombres que han adquirido no son solo reconocibles por los datos epidemiológicos sino por el miedo que han generado y siguen generando en la actualidad. Existen datos numéricos de fallecimientos por las epidemias del pasado y son importantes en el imaginario social de los efectos por contagio de virus en la actualidad. Villamil (2010) señala que lo verdaderamente peligroso de las enfermedades es el momento histórico que reactiva los temores más antiguos que acompañan de manera incontrolable el miedo social ante una catástrofe y ante lo inesperado; a lo anterior en este estudio se le nombrará preocupación y pensamiento catastrófico.

El pensamiento catastrófico se define como una respuesta cognitiva y emocional negativa persistente de sensaciones dolorosas, con una tendencia a magnificar o exagerar el valor de la amenaza o la gravedad del dolor. Los principales aspectos para valorar en la medición de este tipo de pensamiento son la rumiación, la magnificación y la desesperanza. Las personas que presentan pensamiento catastrófico padecen un dolor más intenso, síntomas de ansiedad y depresión, con una relación significativa entre la catastrofización y los resultados con relación al dolor (Alvarez-Aztorga *et al.*, 2019). Ante esta situación, la resignificación del miedo que provoca la pandemia solo es evaluable por los efectos sociales que trae consigo. Desde esta perspectiva, la administración del miedo se inscribe como un malestar emocional vinculado a un terror a perder a seres queridos, la propia vida, el patrimonio familiar; se convierte en un sentimiento incontrolable que proviene de diversas causalidades.

En esta resignificación entra, además de la cognición, la emoción, la cual constituye un sistema biológicamente más antiguo, de acción rápida y adaptativa, un sistema destinado a mejorar la supervivencia. Una de las funciones más importantes de la emoción es la de conectar la naturaleza biológica con el mundo en el que está inmersa. Las emociones regulan la atención, controlan el entorno, buscan los acontecimientos que son relevantes para la adaptación y alertan a la conciencia cuando estos se producen (Barrera, 2010).

La paranoia social y otros malestares se incrementan ante el desconocimiento de la naturaleza del virus, su modo de transmisión, de los focos de infección, de las formas de defensa sanitaria ante la amenaza de la epidemia; lo influencia la población en lo que se ha dado por nombrar una cultura de la muerte, con todas sus consecuencias y efectos inmediatos (OPS/OMS, 2016). Hay varios factores que aumentan estos

malestares sociales o el estrés durante el periodo de contingencia, entre los que se encuentran el miedo al desabastecimiento, la sobreinformación, el temor a infectarse y la incertidumbre (Rodríguez, 2020).

El miedo es una emoción fundamental en la vida de las personas, es decir, universal, inevitable y necesaria. Como todas las especies animales, el ser humano está programado por la naturaleza y la evolución para sentir miedo ante ciertas situaciones. Esto es necesario, pues es una señal de alarma destinada a avisar de los peligros, aumentando de este modo las posibilidades de supervivencia. Esto sucede de una manera instintiva y tiene sus orígenes en una serie de cambios fisiológicos relacionados con el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino (Bedoya & Velásquez, 2014).

Ante la pandemia por el Covid-19, resulta difícil predecir con exactitud y, por tanto, poder estimar las consecuencias psicológicas y emocionales de esta urgencia sanitaria. Sin embargo, las investigaciones que llegan de China, primer país afectado, apuntan a que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a evolucionar a enfermedades mentales, como pueden ser los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como aumento de consumo de alcohol y tabaco (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui & Idoiaga-Mondragon, 2020).

Habitualmente, los preparativos para una epidemia han enfatizado en el desarrollo de planes nacionales, la vigilancia epidemiológica, los requerimientos de vacunas y medicamentos, el mejoramiento de la cobertura de vacunación en los grupos de alto riesgo, así como el impacto y la carga económica. Sin embargo, los ausentes en la planificación son los aspectos psicosociales y de malestar emocional (OPS/OMS, 2016).

En este sentido, las epidemias son urgencias sanitarias de gran impacto en las que se ve amenazada la vida de muchas personas y pueden causar cantidades significativas de enfermos y muertos; el temor al contagio agrava la situación existente. Por lo general, quedan amenazadas la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad; en este sentido, la visión social le ha concedido a los sentimientos facultades explicativas para comprender la forma en que el individuo y la sociedad se relacionan y sobre el hecho de que en las emociones se hacen comprensibles las motivaciones y acciones que subyacen a procesos sociales y culturales particulares (Bolaños, 2016); por tanto, las emociones y los problemas sociales tienen una íntima interconexión.

El verdadero problema humano que siempre late tras un problema social es el malestar emocional o subjetivo, esto es, el dolor, la infelicidad y el sufrimiento que causa en las personas (Bericat, 2016). En este sentido, la actitud de las personas frente a los problemas de salud representan un punto clave en la adopción y mantenimiento de determinados patrones de comportamiento, pues son una predisposición para la adopción de acciones de autocuidado, favoreciendo la reducción del estrés asociado a la enfermedad (Costa, de Lima & Silva, 2018).

El impacto psicosocial puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada; se estima un incremento de la incidencia de trastornos mentales y malestares emocionales, de acuerdo con la magnitud de la epidemia y el grado de vulnerabilidad de la población (OPS/OMS, 2016).

Las investigaciones de Ramos, Cabrera & González (2016) afirman que un adecuado soporte psicológico y social se manifiesta con niveles más bajos de depresión, lo cual ayuda a mejorar la salud somática de las personas. En su estudio de corte descriptivo, realizado en Cuba, correlacional y transversal, en el periodo de septiembre 2012 a abril de 2013, con un enfoque cuantitativo que se complementa con el análisis cualitativo de los datos, Ramos, Cabrera & González (2016) trabajaron con todas las personas que se encontraban en la *fase de enfermedad por SIDA*, con el universo conformado por 19 personas

diagnosticadas. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas psicológicas. Se aplicó la entrevista semiestructurada, el inventario de ansiedad estado-rasgo, inventario de depresión de Beck e inventario de expresión de ira estado-rasgo. Otro estudio se llevó a cabo por Casado-Mejía *et al.* (2016) en Andalucía, específicamente en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla, el cual fue elegido centro referente andaluz para atender posibles casos de contagio de Ébola, donde tras la alerta sanitaria por la Organización Mundial de la Salud en el 2014 (OMS, 2014) se conformó un equipo de profesionales voluntarios sanitarios/as y no sanitarios/as que recibió entrenamiento para la atención de los casos. Se planteó como objetivo comprender sus motivaciones y experiencias emocionales e identificar los elementos que facilitan y dificultan su funcionamiento. Los mismos autores plantearon un estudio cualitativo, interpretativo y fenomenológico, teniendo como unidad de observación al equipo de profesionales del HUVR entrenado para atender casos de Ébola. Las unidades de análisis del estudio fueron trabajo en equipo, motivaciones y emociones, y se realizan tres entrevistas a informantes clave y tres grupos de discusión, siendo un total de 23 profesionales participantes de los 60 que integran el equipo (2014-2016).

Las narrativas se analizaron con QSRNUDISTVivo10 (análisis de contenido) las categorías que se encontraron fueron: motivaciones, emociones, elementos influyentes en el funcionamiento. Para establecer la validez se triangularon fuentes de datos, técnicas, perspectivas disciplinarias y se expusieron los resultados al equipo de profesionales, el cual mostró su acuerdo. Como principales resultados se perciben el interés formativo, responsabilidad profesional, autoestima profesional, atracción por el riesgo o lealtad al líder como motivaciones para ofrecerse voluntariamente. Al mismo tiempo, expresaron la evolución del malestar emocional, del miedo y del estrés original que se confronta al autocontrol de la presión, tranquilidad y confianza, a través de la formación y cohesión del equipo, elementos esenciales para su funcionamiento. La familia, el servicio de origen, los recursos, los medios de comunicación y la gestión de las emociones influyen facilitando o entorpeciendo el éxito del equipo (Casado-Mejía *et al.*, 2016).

En la ciudad de México, después de la pandemia de la influenza H1N1 en el 2009, se realizó una investigación cuya muestra fue no probabilística y seleccionada por cuotas, por lo que solo informa sobre las tendencias de opinión, interrogándose a una parte reducida de la colectividad según ciertas características del universo. Su intención, contenido y objetivo fue obtener y mostrar las percepciones y opiniones en torno a lo que había acontecido, en general, con la influenza H1N1 y la contingencia sanitaria. En el tema de la influenza se conjugaron necesidades cognitivas y emocionales. Éstas se sumaron al hecho de que, según la propia encuesta, el 61.5% dice no creer en los rumores, el 16% sí cree en ellos, y el 22.5% no sabe. Los dos últimos porcentajes suman 38.5%. Esto es, más de un tercio de la ciudadanía consultada cree en el rumor o considera que puede ser cierto.

Así, ante situaciones como la contingencia sanitaria, las emociones y necesidades recorren un camino –funcional o no, exagerado o disminuido, satisfactorio o no– para su resolución a través de una acción colectiva, que forma parte de una identidad social, de una necesidad cognitiva, emocional, comunicativa, lo cual parte de un proceso de relaciones intersubjetivas en la psicología de masas. Rumores que en esta ocasión fueron creados se reprodujeron y circularon, además de su forma tradicional de boca a oído, también en internet, por medio del correo electrónico, *blogs*, *webs*, redes sociales, etcétera (Fernández, 2012). Por lo tanto, el malestar emocional está a la orden del día y por ello debe ser precisado, intentando comprender su adaptación ante circunstancias adversas.

Continuando con las pandemias, en España la influenza fue estudiada desde los conocimientos y las percepciones de riesgo sobre la enfermedad y su vacuna, así como las medidas preventivas adoptadas por la población en general. Se utilizó una encuesta telefónica en dos oleadas a una muestra de teléfonos

fijos con cuotas por edad, sexo, Comunidades Autónomas y tamaño de municipio. El cuestionario incluía preguntas sobre percepciones, medidas preventivas y vacunación contra la gripe (H1N1) en 2009. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las principales variables del estudio y se aplicó la prueba chi-cuadrado para estudiar la relación estadística para datos categóricos (Agüero, Nebot, Pérez, López & García, 2011).

También se ejecutó un estudio sobre la validación de un cuestionario sobre percepciones y creencias de epidemias. El instrumento por utilizar se apoya con el uso del cine para favorecer aprendizaje significativo y fomentar aprendizaje a lo largo de la vida. Se aprecian dificultades en aspectos de comunicación y ética frente a una epidemia. Los resultados obtenidos en este piloto permitieron afirmar que esta experiencia sirve para crear y desarrollar competencias profesionales de tipo comunicativa y pensamiento crítico. Se identificaron situaciones éticas en sucesos complejos que afectan el desempeño de su actividad profesional (Tuesca, Rodríguez & Moreno, 2017).

Un grupo de investigadores de la Universidad de Huelva y la Universidad Loyola Andalucía ha iniciado un estudio para analizar cómo está afectando en la salud mental de los enfermeros la gestión de la pandemia por coronavirus. El equipo, formado por profesionales de enfermería, distintos sanitarios y docentes, quisieron conocer el impacto del Covid-19 tanto en enfermeros como en la población en general, con el objetivo de identificar factores fundamentales para procurar el bienestar emocional y ajuste psicológico en una situación de crisis como la que estamos viviendo actualmente. Los investigadores arriba mencionados, para la evaluación del impacto de la pandemia de Covid-19 en el bienestar emocional, elaboraron un instrumento partiendo de otros ya existentes. El resultado ha sido el *Emotional Impact Questionnaire Covid-19* (EIQ Covid-19), el cual recoge información sociobiográfica, datos relativos a la calidad de la información recibida y las medidas de prevención tomadas. Además, incluye otros instrumentos para evaluar aspectos relacionados con el ajuste psicológico, el sentido de coherencia y el *engagement* (Vieira, 2020).

En cuanto a las otras dimensiones de la presente investigación, como las creencias de sanación, Fourasté (1992), citado por Soru, Boris, Carreras & Duero (2012), propone el término terapias culturales para referirse a aquellas prácticas terapéuticas que varían de una cultura a otra de acuerdo con las creencias religiosas, los modos de significar el cuerpo y los órganos y el lugar que se le da al hombre en el espacio natural y sobrenatural. Vanegas (2008) realizó un estudio con un abordaje cualitativo y metodología fenomenológica en la que participaron como unidad de análisis siete pacientes con diagnóstico de cáncer, quienes vivieron experiencias de aplicación de tratamientos basados en creencias populares con fines curativos. Se utilizó la técnica de la entrevista haciendo uso de preguntas semiestructuradas y profundas.

Esto permitió concluir que algunos de los pacientes con cáncer que buscan curación a través de prácticas basadas en creencias populares se orientan hacia la fe en la posibilidad de que ocurra un milagro. En uno de los casos, la persona expresó haber logrado la curación de la enfermedad a partir de un ritual de sanación, algunos otros utilizaron extractos de plantas cuya experiencia de aplicación fue favorable desde algún punto de vista (Vanegas *et al.*, 2008). Por otro lado, el pensamiento catastrófico contribuye a una cronificación de la respuesta emocional negativa y ha sido estudiada por Álvarez-Astorga *et al.*, 2019, con pacientes atendidos en una unidad de cefaleas de un hospital terciario. Se midió el pensamiento catastrófico mediante la versión española de la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS).

Se comparó la presencia de pensamiento catastrófico en pacientes con migraña crónica y episódica y su correlación con las medidas de impacto (Escala HIT-6), de depresión y ansiedad (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión [HADS, por sus siglas en inglés]) y la presencia de uso excesivo de medicación. Se llegó a la conclusión de que el pensamiento catastrófico se relaciona con la severidad y asociación de la ansiedad y depresión. Desde las reflexiones y aportaciones anteriores, el componente emocional se

posiciona en el interés de las revisiones e investigaciones sobre el impacto de los virus y en estados de pandemias mundiales, por lo que las competencias socioemocionales con los que cuentan los seres humanos pueden conformar sus únicos recursos disponibles para enfrentar las situaciones adversas. Estas competencias socioemocionales incluyen la identificación, interpretación, argumentación y resolución de problemas socioemocionales, integrando valores, conocimientos y habilidades sociales y emocionales que se movilizan en la actuación en la realidad (Rendón, 2015).

Autores como Pérez-González & Pena (2011) destacaron que las investigaciones en los últimos veinte años revelaron que tanto la inteligencia emocional como las competencias socioemocionales constituyen una ventajosa herramienta personal para lograr mayores niveles de adaptación personal, familiar, social, académica, vocacional y profesional (Colunga & García, 2016). Dentro de la clasificación que se utiliza en la presente investigación para las variables complejas del eje de habilidades emocionales, se elige la dada por Bisquerra & Pérez (2007), quienes manejaron cinco bloques. Sin embargo, para este estudio se ha validado la regulación emocional, siendo esta competencia socioemocional la que destaca la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, tener buenas estrategias de afrontamiento y la capacidad para autogenerarse emociones positivas. Ante la revisión anterior, el objetivo de la investigación fue establecer la relación entre la percepción social del Covid-19 desde el malestar emocional, la preocupación y el pensamiento catastrófico, las compras innecesarias, las creencias de sanación y las competencias socioemocionales de mexicanos mayores de 18 años de cuatro regiones geográficas de México.

Materiales y métodos

La investigación fue de tipo cuantitativa, realizada bajo un diseño no experimental de tipo transversal con un alcance descriptivo-correlacional, a través del análisis de medidas de tendencia central. Posteriormente, se analizaron diversos modelos de regresión lineal múltiple. Este estudio contó con un diseño de encuesta en línea y un tipo de muestreo no probabilístico por bola de nieve. Para la recolección de los datos se utilizaron las redes sociales como *Facebook*, *WhatsApp* y correo electrónico, a fin de compartir el enlace de la encuesta que se diseñó en las herramientas de los formularios de *Google*. La encuesta estuvo en la red libre para responderla y compartirla durante ocho días. El criterio de inclusión fue ser mexicano o mexicana y mayor de 18 años, lo anterior a fin de tener respuestas reflexionadas por personas adultas sobre la percepción social del Covid-19. Para el procesamiento de los datos se utilizó el *software* computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25. Los análisis que se realizaron fueron: un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, así como una serie de modelos de regresión lineal. En cuanto a la validez y confiabilidad de la escala utilizada, se realizó un análisis factorial exploratorio, el cual arrojó cuatro factores de percepción social del Covid-19, en los que se agruparon el pensamiento catastrófico, el malestar emocional, las compras innecesarias, las creencias en la sanación y las competencias socioemocionales; sin embargo, el malestar emocional fue analizado como variable de estudio.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 2324 participantes voluntarios, de los cuales 1904 fueron mujeres y 420 fueron hombres, todos mayores de 18 años. Cabe señalar que todos los participantes son habitantes de México y se contó con respuestas de las 32 entidades federativas, predominando los estados de Coahuila con 1078, seguido de Nuevo León con 467 y Ciudad de México con 255 participantes. Las cuatro regiones seleccionadas para analizar las variables fueron: Noreste (Nuevo León, Coahuila y Tamaulipas), Noroeste (Baja California Norte y Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa y Sonora), Centro Sur (Ciudad de México, Estado de México y Morelos) y Occidente (Colima, Jalisco, Michoacán y Nayarit). En cuanto a la escolaridad, se

identificó que había respuestas de siete personas sin estudios, 87 con estudios de educación básica (primaria y secundaria), 279 participantes mencionaron tener educación media superior (bachillerato), 117 dijeron haber estudiado una carrera técnica y 1465 son las personas que cuentan con un nivel profesional, en donde se encuentran diversas licenciaturas e ingenierías. También hubo participantes con estudios de posgrados, principalmente 318 con maestría, 44 con doctorado y siete personas comentaron tener otros estudios sin especificar cuáles.

Con respecto a las enfermedades que son riesgosas para contraer el Covid-19, mencionaron padecer diabetes el 2.9% ($n = 68$), hipertensión el 5.3% ($n = 123$), con enfermedades respiratorias el 8.5% ($n = 198$) y las personas que mencionaron padecer algún padecimiento autoinmune como lupus, artritis reumatoide y otras enfermedades parecidas son el 4% ($n = 92$).

Instrumentos

Para este instrumento se diseñaron una serie de escalas que integraron variables relacionadas con la frecuencia en la que las y los mexicanos perciben y experimentan una pandemia mundial como lo es el Covid-2019, y se integró una escala validada para medir las competencias socioemocionales, las cuales se describen a continuación.

I. Escalas de percepción social del COVID-19. El instrumento consideró siete constructos: 1) medidas de prevención; 2) sentimientos y emociones provocados por el Covid-19; 3) compras de pánico; 4) creencias; 5) política y gobernantes; 6) medicamentos; y 7) solidaridad. La validez de los constructos se estableció a través de un análisis factorial exploratorio con el método de factorización de ejes principales con rotación Varimax, identificando solamente cuatro factores que obtuvieron una medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de muestreo de 0.915 y una varianza total explicada de 41.62%, con un coeficiente de Alpha de Cronbach de escala general de 0.907 con 38 reactivos de las 53 iniciales. Estos elementos llevaron al establecimiento de cuatro subescalas de medida, además de la validez y confiabilidad de la escala de regulación emocional como competencia socioemocional (tabla 1):

1. *Preocupación y pensamiento catastrófico*, con 38.44% varianza explicada y una medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de muestreo de 0.915 formada por 11 reactivos, con un coeficiente de confiabilidad de 0.83.

2. *Malestar Emocional*, con 61.24% varianza explicada y formado por siete reactivos, una medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de muestreo de 0.88, con un coeficiente de confiabilidad de 0.89.

3. *Creencias de sanación*, conformado por seis reactivos, un 43.49% de varianza explicada y una medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de muestreo de 0.689, con una confiabilidad del 0.71.

4. *Compras Innecesarias*, explica un 61.60% y una medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de muestreo de 0.644 y tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.68.

II. Escala de Competencias socioemocionales. Formado por nueve reactivos, con un 42.95% de varianza explicada y un 0.86 de coeficiente de confiabilidad que obtuvo una medida Kaiser Meyer Olkin de adecuación de 0.89, del cual se consideró solamente la dimensión de regulación emocional (Castro, De León, Acevedo & Ramírez, 2018).

III. Datos sociodemográficos. El instrumento contó con un apartado sobre datos sociodemográficos de los participantes, para el cual se diseñaron variables dicotómicas para clasificar a los participantes en

mujeres y hombres, así como para clasificar a las personas que contaban con alguna enfermedad como diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias y otras enfermedades autoinmunes como el lupus. Además, se utilizaron otras variables nominales para aquéllas que clasificaban a las personas según su procedencia, rango de edad y escolaridad.

Procedimiento

La aplicación se realizó en línea, autoaplicable, voluntario y previo consentimiento informado. No se realizaron experimentos que dañaran la integridad de los participantes, quienes estuvieron de acuerdo en contestar el instrumento para incrementar el conocimiento sobre el problema social estudiado. Al ser una muestra por conveniencia o de voluntarios, los resultados del estudio reflejan solamente la percepción de los 2324 participantes en la investigación.

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio: Validez interna de la escala de percepción del COVID-19.

Reactivos	Factor				
	1 PPC	2 ME	3 CS	4 CI	5 CE
1. ¿Qué tanto te preocupa la pandemia del COVID-19?	0.633				
2. ¿Qué tanto interés le das al COVID-19 en tu vida diaria?	0.611				
3. ¿Con qué frecuencia te sientes preocupada/o porque alguno de tus familiares se enferme de COVID-2019?	0.607				
4. ¿Con qué frecuencia consideras que el COVID-19 tendrá muchos contagios en México?	0.576				
5. ¿Con qué frecuencia consideras que el COVID-19 tendrá muchas muertes en México?	0.555				
6. ¿Con qué frecuencia te preocupa que tus amigos se infecten de COVID-19?	0.548				
7. ¿Qué tanto te molesta que la gente no se quede en su casa, a pesar del incremento de casos de COVID-19?	0.5				
8. ¿Con qué frecuencia te preocupa que tus vecinos se infecten del COVID-19?	0.475				
9. ¿Con qué frecuencia estás al tanto de las noticias sobre el COVID-19?	0.46				
10. ¿Con qué frecuencia sigues las recomendaciones de Secretaría de Salud ante el COVID-19?	0.405				
11. ¿Con qué frecuencia sientes lástima por las víctimas del COVID-19?	0.403				
1. ¿Con qué frecuencia te sientes preocupado porque te infectes de COVID-19?		0.476			
2. ¿Con qué frecuencia piensas en la muerte cuando escuchas noticias del COVID-19?		0.43			
3. ¿Con qué frecuencia te sientes desesperado por la aparición del COVID-19?		0.827			
4. ¿Con qué frecuencia te sientes enojado por la aparición del COVID-19?		0.769			
5. ¿Con qué frecuencia te pone triste la aparición del COVID-19?		0.7			
6. ¿Con qué frecuencia sientes miedo por la presencia del COVID-19?		0.679			
7. ¿Con qué frecuencia te sientes estresado por el COVID-19?		0.605			
1. ¿Con qué frecuencia crees que las imágenes religiosas nos salvarán de la pandemia?			0.6		
2. ¿En qué medida crees que la medicina alternativa ayuda a combatir el COVID-19 en personas diagnosticadas? (homeopatía, aromaterapia, acupuntura, entre otras)			0.6		
3. ¿En qué medida crees que los remedios caseros pueden ayudar a combatir el COVID-19 en personas diagnosticadas? (tés, ungüentos, entre otros)			0.55		
4. ¿En qué medida crees que los métodos esotéricos ayudan a combatir el COVID-19 en personas diagnosticadas? (Rituales, limpiezas con hiervas, oraciones, entre otros)			0.55		
5. ¿Con qué frecuencia crees que los amuletos nos salvarán de la pandemia?			0.53		
6. ¿Con qué frecuencia crees que Dios nos salvará de la pandemia?			0.48		
1. Cuando anunciaron que el COVID-19 era una pandemia, ¿compraste desinfectantes como Lysol o cloro para la cuarentena?				0.72	
2. Cuando anunciaron que el COVID-19 era una pandemia, ¿compraste gel antibacterial?				0.62	
3. Cuando anunciaron que el COVID-19 era una pandemia, ¿compraste comida enlatada y otros alimentos para pasar la cuarentena?				0.56	

1. ¿Soy capaz de nombrar con claridad mis emociones?	0.766
2. ¿Identifico con claridad cómo me siento?	0.697
3. ¿Cuándo estoy enojado/a soy consciente sobre cómo voy a reaccionar?	0.682
4. ¿Soy capaz de mantener la calma aunque esté enojado/a?	0.681
6. ¿Sé cómo tranquilizarme cuando estoy muy triste o muy enojado/a?	0.673
7. ¿Procuro hacer las cosas que más me gustan?	0.578
8. ¿En la actualidad disfruto mi vida cotidiana?	0.567
9. ¿Asumo las consecuencias de mis actos?	0.546

Nota. Análisis de validez interna de los cinco constructos del análisis; PPC = preocupación y pensamiento catastrófico; ME = Malestar emocional; CS = Creencias de sanación; CI = Compras innecesarias; CE = Competencias Socioemocionales.

Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Primeramente, se presentan los estadísticos descriptivos de la muestra, incluyendo una representación entre cuatro diferentes regiones desde una exploración inicial de las percepciones sobre su situación en medio de una pandemia mundial. Posteriormente, la presentación de los resultados se centró en el análisis de la correlación de variables y diversos modelos de regresión lineal por región. Las escalas elaboradas sobre la percepción del Covid-19 y la escala de competencias socioemocionales fueron sometidas a un proceso de validez interna por medio de un análisis factorial exploratorio y del *Software* para el análisis estadístico de las ciencias sociales (SPSS versión 25), logrando identificar una serie de dimensiones y estructuras factoriales pertinentes para el análisis de la percepción de los diferentes participantes en el estudio.

Como parte de las características de percepción que tienen los participantes con respecto a si la ciencia los salvará de la pandemia por el Covid-19, la mayoría de las respuestas (65%, $n = 1510$) mencionó que siempre pensaban en que la ciencia los salvaría; asimismo, 26.3% ($n = 612$) menciona que casi siempre consideraban que la ciencia tenía los elementos para salvarlos del Covid-19. Con respecto a la frecuencia en la que los participantes pensaban que Dios los salvaría de la pandemia del Covid-19, la gran mayoría (36.7%, $n = 854$) respondió que siempre lo pensaba; de igual forma, 20.4% ($n = 474$) mencionó que casi siempre lo pensaba.

La preocupación y pensamiento catastrófico sobre el Covid-19 y el malestar emocional por el Covid-19 son los constructos socioemocionales que mayor puntaje concentran en la muestra general de participantes en el estudio, conservando una media de 34.58 y 18.95, respectivamente ($M = 34.58$; $M = 18.95$). Por otro lado, las competencias socioemocionales conservan una media alta ($M = 29.22$), por lo que la regulación de las emociones está presente en la muestra como un factor relevante. Por otro lado, la región Noroeste conserva una media superior a la muestra total ($M = 37.05$) en el constructo de preocupación y pensamiento catastrófico; asimismo, esta misma región conserva una media superior ($M = 20.35$) de malestar emocional en comparación con la muestra total. Las competencias socioemocionales reflejan una media superior en la región Noroeste en comparación con la muestra general. El resto de las regiones mantienen puntajes semejantes a la muestra total.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos generales y por región geográfica.

		N	M	SD	EME	Min.	Máx.
Preocupación y pensamiento catastrófico		2321	34.58	5.57	0.115	11	44
Malestar Emocional		2317	18.95	5.44	0.113	7	28
Creencias y Sanación		2319	10.29	3.46	0.071	6	24
Compras Innecesarias		2324	5.54	1.94	0.040	3	12
Competencias socioemocionales		2289	29.22	4.81	0.100	12	36
	Región	N	M	SD	EME	Min.	Máx.
Preocupación y pensamiento catastrófico	Centro Sur	350	33.87	5.5966	0.299	12	44
	Noreste	1611	34.47	5.544	0.1318	11	44
	Noroeste	90	37.05	5.559	0.6207	12	44
	Occidente	91	34.70	5.764	0.604	13	44
Malestar Emocional	Centro Sur	350	18.24	4.998	0.2671	7	28
	Noreste	1611	19.01	5.510	0.1374	7	28
	Noroeste	90	20.35	5.645	0.598	7	28
	Occidente	91	19.16	5.77	0.605	8	28
Creencias de sanación	Centro Sur	352	9.588	3.087	0.164	6	22
	Noreste	1611	10.65	3.573	0.0891	6	24
	Noroeste	90	8.93	2.742	0.289	6	24
	Occidente	91	9.769	3.084	0.323	6	21
Compras innecesarias	Centro Sur	350	5.423	1.991	0.106	3	12
	Noreste	1611	5.56	1.93	0.0482	3	12
	Noroeste	90	5.8	2.01	0.212	3	12
	Occidente	91	5.41	1.789	0.197	3	10
Competencias socioemocionales	Centro Sur	350	29.234	4.465	0.1061	15	36
	Noreste	1611	29.105	4.97	0.124	12	36
	Noroeste	90	30.04	4.29	0.457	18	36
	Occidente	91	29.12	4.809	0.509	14	36

Nota. N = Total de población analizada; M = Media; SD = Desviación estándar; EME = Error estándar de la media; Min. = mínimo; Máx. = Máximo.
Fuente: Elaboración propia.

El análisis de correlación de Pearson estableció una relación significativa y firme entre la preocupación y pensamiento catastrófico y el malestar emocional de los mexicanos participantes en el estudio que experimentan una pandemia mundial ($B = 0.655$). Esta preocupación y pensamiento catastrófico mantiene también una relación significativa con la realización de compras innecesarias ($B = 0.257$). Por otro lado, el malestar emocional conserva una correlación positiva con las creencias de sanación ($B = 0.144$) y la realización de compras innecesarias ($B = 0.209$), y una correlación negativa con las competencias socioemocionales ($B = -0.164$) aunque en una medida menor en comparación con la relación que mantiene con la preocupación y pensamiento catastrófico.

En relación a lo anterior, es posible señalar que la preocupación y el pensamiento catastrófico se relacionan directamente con el malestar emocional de mexicanos mayores de 18 años en medio de una pandemia mundial, y las competencias socioemocionales que despliegan están relacionadas negativamente con el malestar emocional, lo cual se desarrolla más ampliamente en los modelos de regresión lineal múltiple que evalúan el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente, así como predicen el valor de la variable dependiente con una o más variables independientes y estiman cuál es la independiente que mejor predice las puntuaciones de la variable dependiente (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Tabla 3. Correlaciones entre los constructos del estudio.

	Preocupación y pensamiento Catastrófico	Malestar emocional	Creencias y sanación	Compras innecesarias
Malestar emocional	0.655**			
Creencias de sanación	0.001	0.144**		
Compras innecesarias	0.257**	0.209**	0.097**	
Competencias socioemocionales	-0.026	-0.164**	0.044*	0.007

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

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Se analizaron los modelos de regresión lineal establecidos a partir de la clasificación de las cuatro regiones geográficas de la República Mexicana donde residen los participantes del estudio identificadas como Centro Sur, Noreste, Noroeste y Occidente, además del modelo de regresión general con la muestra total. El modelo de regresión lineal de la región Occidente mantiene la prueba *r* Sperman de mayor alcance explicativo ($R^2 = 0.514$), en el que la preocupación y pensamiento catastrófico ($B = 0.637$; $t = 7.80$; $p = 0.000$) y las creencias de sanación mantiene una relación directamente significativa ($B = 0.206$; $t = 2.67$; $p = 0.000$) con el malestar emocional de la población, mientras que las competencias socioemocionales mantiene una relación negativa y significativa con el malestar emocional ($B = -0.174$; $t = -2.27$; $p = 0.000$).

El modelo general (MG) de la percepción del Covid-19 fue significativo y mantuvo relaciones explicativas del malestar emocional ($R^2 = 0.473$) con los tres constructos de creencias de sanación ($B = 0.145$; $t = 9.43$; $p = 0.000$), compras innecesarias ($B = 0.033$; $t = 2.052$; $p = 0.000$), competencias socioemocionales ($B = -0.152$; $t = -9.989$; $p = 0.000$) y preocupación y pensamiento catastrófico ($B = 0.642$; $t = 40.63$; $p = 0.000$), siendo este último constructo el componente de mayor nivel explicativo del malestar emocional. El resto de los modelos conservan grandes semejanzas con el modelo general de percepción del Covid-19 y con el modelo de la región Occidente; sin embargo, el modelo de regresión lineal de la región Noroeste no mantiene relación entre las compras innecesarias y las competencias socioemocionales con el malestar emocional y solamente las creencias de sanación ($B = 0.230$; $t = 2.89$; $p = 0.000$) y la preocupación y pensamiento catastrófico ($B = 0.668$; $t = 8.24$; $p = 0.000$) conservan una relación explicativa con el malestar emocional ($R^2 = 0.483$).

A partir de los datos anteriores es posible señalar que la preocupación y pensamiento catastrófico se relaciona en gran medida en el desarrollo del malestar emocional de los mexicanos participantes en el estudio ($p = 0.000$) y las competencias socioemocionales de regulación emocional con relaciones significativas en todos los modelos elaborados ($p = 0.000$), aunque en menor medida que la preocupación y pensamiento catastrófico (tabla 4).

Tabla 4. Modelos de regresión lineal.

Variables predictoras		B	Error típico	<i>B</i>	T	R2
Modelo General de Percepción COVID-19	Creencias y sanación	0.228	0.024	0.145*	9.493	0.473
	Compras innecesarias	0.091	0.044	0.033*	2.052	
	Competencias socioemocionales	-0.173	0.017	-0.152*	-9.989	
	Preocupación y pensamiento catastrófico	0.629	0.015	0.642*	40.634	
Modelo 1 Región Centro Sur	Creencias y sanación	0.197	0.068	0.122*	2.875	0.413
	Compras innecesarias	0.121	0.111	0.048	1.093	
	Competencias socioemocionales	-0.196	0.047	-0.175*	-4.174	
	Preocupación y pensamiento catastrófico	0.536	0.040	0.592*	13.560	
Modelo 2 Región Noreste	Creencias y sanación	0.218	0.028	0.142*	7.772	0.482
	Compras innecesarias	0.081	0.054	0.028	1.511	
	Competencias socioemocionales	-0.172	0.020	-0.155*	-8.512	
	Preocupación y pensamiento catastrófico	0.643	0.019	0.645*	34.357	
Modelo 3 Región Noroeste	Creencias y sanación	0.474	0.164	0.230*	2.891	0.483
	Compras innecesarias	-0.184	0.230	-0.066	-0.801	
	Competencias socioemocionales	-0.082	0.106	-0.062	-0.770	
Modelo 4 Región Occidente	Preocupación y pensamiento catastrófico	0.638	0.077	0.668*	8.240	0.514
	Creencias y sanación	0.399	0.149	0.206*	2.671	
	Compras innecesarias	0.193	0.273	0.059	0.706	
	Competencias socioemocionales	-0.210	0.092	-0.174*	-2.276	
	Preocupación y pensamiento catastrófico	0.639	0.082	0.637*	7.805	

Nota. Modelos de regresión lineal múltiple; ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, es importante señalar que, efectivamente, existe una percepción acerca de la pandemia del Covid-19 asociada con la preocupación y el pensamiento catastrófico, relacionado directamente con el malestar emocional. Esta relación entre preocupación, pensamiento catastrófico y malestar emocional con las compras innecesarias coincide con lo señalado por Tuesca, Rodríguez & Moreno (2017), al mencionar las dificultades que existen en aspectos de comunicación y ética frente a una epidemia, donde la toma de decisiones, siguiendo a Villamil (2010), se hace desde el miedo social ante una catástrofe y ante lo inesperado, buscando anticipar con ello un escenario completamente caótico que puede traer consecuencias directas e inmediatas en un corto plazo.

En este sentido, la relación entre malestar emocional con las creencias de sanación tiene sentido a la luz de lo señalado por la OPS/OMS (2016) al mencionar que, en los escenarios para hacer frente a las epidemias, los aspectos psicosociales y de malestar social son los grandes ausentes en la planificación para hacerle frente, de tal suerte que el imaginario social empieza a encontrar sus propias respuestas socio-culturales o terapias culturales, según Fourasté (1992), frente a la percepción de incertidumbre (paranoia social) al sentir amenazada su vida y la vida de muchas personas, además del temor al contagio, que agrava la situación existente.

Desde esta perspectiva se puede entender que ante un mayor malestar emocional existe la necesidad social de encontrar elementos que permitan dar una sensación de esperanza y seguridad para enfrentar positivamente situaciones de alto impacto social como las pandemias, elementos que normalmente, desde el abordaje científico, llevan tiempo y todo un procedimiento importante de análisis experimental. Las creencias de sanación no necesitan de todos estos protocolos: bastan explicaciones empíricas o la propia convicción al ofrecer respuestas casi inmediatas, presentadas con la certeza de

quienes las sugieren para encontrar condiciones donde, siguiendo a Vanegas *et al.* (2008), se abre espacio la fe para que el milagro ocurra y, con ello, la tan anhelada sensación de protección y certidumbre.

Sin embargo, las creencias de sanación no son los únicos aspectos que pueden ofrecer respuestas en escenarios de alto impacto social como el de la pandemia del Covid-19, sino también las competencias socioemocionales, sobre todo las de regulación emocional (Bisquerra & Pérez, 2007), presentan una relación inversa frente al malestar emocional, coincidiendo con lo señalado por Rendón (2015) y Colunga & García (2016), al mencionar que las competencias socioemocionales con los que cuentan los seres humanos pueden conformar sus únicos recursos disponibles para enfrentar las situaciones adversas, integrando valores, conocimientos y habilidades sociales y emocionales que se movilizan en la actuación en la realidad para lograr mayores niveles de adaptación personal, familiar, social, académica, vocacional y profesional.

En este sentido, siguiendo a Bisquerra & Pérez (2007), las competencias socioemocionales de regulación emocional (la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada; tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; tener la capacidad para autogenerarse emociones positivas) son aquellas que pueden aportar factores de protección sociales y emocionales frente al malestar emocional en el contexto de pandemia del Covid-19 que se está experimentando actualmente.

Por otro lado, se puede entender que algunos resultados mantengan mayor fuerza en distintas regiones del país, como la media superior en preocupación, pensamiento catastrófico y malestar social en la región Noroeste o el mayor alcance explicativo de la relación directamente significativa entre la preocupación, el pensamiento catastrófico y las creencias sobre sanación con el malestar emocional, y una relación negativa y significativa con el malestar emocional de la población en la región Occidente. Esto se debe a que el contexto social y cultural es distinto en las diferentes regiones del país, lo cual constituye en sí mismo un estudio que merece ser retomado posteriormente y que exceden el objetivo de la presente investigación. Es importante señalar que los elementos de actitudes sociales e individuales de personalidad, además de componentes culturales establecidos por las características de cada región analizada, representan las formas de manejo de la situación de salud como bien refieren Bolaños (2016), Bericat (2016) y Martins *et al.* (2018). Finalmente, con los resultados de esta investigación se establece la relación entre la percepción social desde el malestar emocional de los mexicanos y con las creencias de sanación, compras innecesarias, preocupación y pensamiento catastrófico y competencias socioemocionales, el cual resultó un modelo significativo de relaciones de los constructos analizados.

Conclusiones

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se pretende tener un acercamiento al abordaje socioemocional sustentado para hacer frente a situaciones de contingencia, donde la percepción social de preocupación y malestar emocional que se experimenta muestra la necesidad de contar con elementos que permitan construir, junto con la población, factores de protección, como el desarrollo de competencias socioemocionales, buscando dar cauce a las emociones que, siguiendo a Barrera (2010), son las que regulan la atención, controlan el entorno, buscan los acontecimientos que son relevantes para la adaptación y alertan a la conciencia cuando estos se producen.

Las ciencias sociales contribuyen a generar espacios de análisis y crítica ante crisis sanitarias como la experimentada a nivel mundial con el Covid-19, un tipo de coronavirus que provocó el descontrol en las sociedades. En este sentido, el análisis de lo social y emocional permite comprender que los individuos

rompen con los equilibrios que vienen construyendo a lo largo del tiempo e incluso de las generaciones, al estar inmersos en una pandemia de este tipo. Estas situaciones conflictúan procesos culturales, emocionales y sociales que fuerzan la necesidad de encontrar estrategias de afrontamiento.

Las sociedades se movilizan tanto de manera negativa como positiva, en tal sentido, estos posicionamientos hacen que los sentimientos y emociones negativas de las personas incrementen y a su vez vuelvan más compleja la crisis sanitaria, al involucrar elementos sociales que, lejos de ayudar a calmar la angustia y tomar medidas que prevengan los contagios, se salen de control. Por otro lado, las movilizaciones positivas incluyen la solidaridad por ayudar al otro, profesionalmente como personalmente, además de sentimientos de empatía hacia quienes se han contagiado. Se desarrollan iniciativas desde instancias privadas y públicas como estrategias de afrontamiento para disminuir los malestares internos desarrollados en ámbitos personales, laborales, y emocionales.

Es importante trabajar con las características de afrontamiento ante una crisis que tienen las personas a fin de que los gobernantes integren estrategias de acción en este rubro para que las sociedades puedan aminorar su malestar emocional. Lo anterior está fundamentado en lo que establece la Organización Mundial de la Salud con respecto a que actualmente la planificación social de los gobernantes se caracteriza por tener ausentes los aspectos psicosociales y de malestar emocional en sus planes de manejo (OPS/OMS, 2016).

Conflictos de intereses

Los autores de este estudio no tenemos conflictos de intereses con el artículo presentado

Referencias

- Agüero, F., Nebot, M., Pérez, A., López, M. J., & García, X. (2011). Actitudes y comportamientos preventivos durante la pandemia de gripe (H1N1) 2009 en España. *Revista Española de Salud Pública*, 85(1). http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n1/09_original_breve2.pdf
- Alvarez-Aztoraga, A., García-Azorín, D., Hernández, M., de la Red, H., Sotelo, E., Uribe, F., & Guerrero, A. L. (2019). Pensamiento catastrófico ante el dolor: Presencia en una población de migranosos. *Neurología*, 1275(5), 1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.10.005>
- Barrera, J. A. (2010). El miedo colectivo: El paso de la experiencia individual a la experiencia colectiva. *El Cotidiano*, (159), 5-10. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32512747002.pdf>
- Bedoya, C., & Velásquez, A. (2014). Análisis de la incidencia del miedo en la organización desde la perspectiva psicobiológica. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 351-362. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rpc.v23n2.38635>
- Bericat, E. (2016). Problemas sociales, estructuras afectivas y bienestar emocional. En A. Trinidad & M. Sánchez (eds.), *Marcos de análisis de los problemas sociales. Una mirada desde la sociología* (pp. 83-103). Madrid, España. Editorial La Catarata. https://www.researchgate.net/publication/290431514_Problemas_sociales_estructuras_afectivas_y_bienestar_emocional
- Bernales, M., Chandía, A., & San Martín, M. J. (2019). Malestar emocional en pacientes de cuidados paliativos: Desafíos y oportunidades. *Revista Médica de Chile*, 147(6), 813-814. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000600813>
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. doi: <https://doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>
- Bolaños, L. P. (2016). El estudio socio-histórico de las emociones y los sentimientos en las Ciencias Sociales del siglo XX. *Revista de Estudios Sociales*, 55, 178-191. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/9762>

- Casado-Mejía, R., Brea-Ruiz, M. T., Torres-Enamorado, D., Albar-Marín, M. J., Botello-Hermosa, A., Santos-Casado, M., & Casado-Rojas, I. (2016). Motivaciones y experiencias emocionales del primer equipo multidisciplinario hospitalario entrenado para atender casos de Ébola en Andalucía (2014-2016). *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 242-249. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.003>
- Castro, L. K., De León, C. A., Acevedo, J., & Ramírez, C. (2018). Resilience processes, engagement and emotional competencies, in professionals attending elder people in violence situations in Saltillo, Coahuila and Monterrey, Nuevo León, Mexico. *Actualidades en Psicología*, 32(125), 33-50. doi: <https://doi.org/10.15517/ap.v32i125.32528>
- Colunga, S. S., & García, R. J. (2016). Intervención educativa para desarrollar competencias socioemocionales en la formación académica. *Humanidades Médicas*, 16(2), 317-335. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66926>
- Cortegiani, A., Ingoglia, G., Ippolito, M., Giarratano, A., & Einav, S. (2020). A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *Journal of Critical Care*, 57, 279-283. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.005>
- Costa, P., de Lima, A., & Silva, S. (2018). Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria. *Revista Enfermería Global*, 17(4), 538-549. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267431>
- Fernández, A. M. (2012). Psicología de masas, identidad social, epidemias y rumores: La influenza en México. *Sociológica*, 27(76), 189-230. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000200006
- Fourasté, R. (1992). *Introducción a la etnopsiquiatría*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- Organización Mundial de la Salud, Ebola virus disease – Democratic Republic of Congo (2014). *Reporte de la OMS Ebola virus disease – Democratic Republic of Congo*. Recuperado de: https://www.who.int/csr/don/2014_09_10 Ebola/en/
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2016). *Protección de la Salud Mental y Atención Psicosocial en situaciones de Epidemias*. https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), e00054020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>
- Pérez-González, J., & Pena, M. (2011). Construyendo la ciencia de la educación emocional. *Journal of Parents and Teachers*, (342), 32-35. <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresmaestros/article/view/317>
- Ramos, Y., Cabrera, A., & González, B. (2016). Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *MediSur*, 14(36), 727-736. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180049659008.pdf>
- Rendón, A. (2015). Educación de la competencia socioemocional y estilos de enseñanza en la educación media. *Sophia*, 11(2), 237-256. <https://www.redalyc.org/pdf/4137/413740778009.pdf>
- Rodríguez, C. (2020). Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *Journal of Negative & No positive results*, 5(6), 583-588. doi: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3662>
- Soru, M. F., Boris, L. D., Carreras, X., & Duero, D. G. (2012). Creencias populares sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1(1), 94-115. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/2901>
- Torres, E. (2018). Competencias socioemocionales y creencias de autoeficacia como predictores del burnout en docentes mexicanos. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 17(35), 15-27. doi: <https://doi.org/10.21703/rexe.20181735torres1>
- Tuesca, R., Rodríguez, N., & Moreno, C. (2017). Validación de cuestionario sobre percepciones y creencias de epidemia. Una estrategia para aprendizaje en el aula. *CINAIC 2017*. doi: https://doi.org/10.26754/cinaic.2017.000001_051

- Vanegas, B. C., Chaves, M. P., Beltrán, G., Díaz, E., Estrada, M. D. P., Gonzalez, Y., & Muñoz, A. (2008). Creencias populares acerca de la curación del cáncer de próstata y cérvico uterino y experiencias de pacientes en una institución de salud de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 3(3), 69-76. doi: <https://doi.org/10.18270/rce.v3i3.1404>
- Vega-Vega, O., Arvizu-Hernández, M., Domínguez-Cherit, J. G., Sierra-Madero, J., & Correa-Rotter, R. (2020). Prevención y control de la infección por coronavirus SARS-COV-2 (COVID 19) en unidades de hemodiálisis. *Salud Pública de México*, 62(3), 341-347. doi: <https://doi.org/10.21149/11330>
- Villamil, R. (2010). La propagación del miedo en las sociedades contemporáneas. La influenza en México. *El Cotidiano*, (159), 21-23. https://www.redalyc.org/pdf/325/Resumenes/Resumen_32512747004_1.pdf
- Vieira, M. (28 de marzo de 2020). Una encuesta analiza el impacto psicológico de la pandemia en las enfermeras. *Diario Enfermero*. <https://diarioenfermero.es/una-encuesta-analiza-el-impacto-psicologico-de-la-pandemia-en-los-enfermeros/>