



**Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología**

**DETERMINANTES PSICOSOCIALES DEL USO DE MASCARILLA EN PÚBLICO
DESDE LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA EN HABITANTES
ADULTOS DE CHILE**

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción
para optar al grado de Licenciado en Psicología

**POR VICENTE ANTONIO FASCE OLMOS, DIEGO ESTEBAN GARCÍA MOYA,
NICOLÁS SEBASTIÁN SAN MARTÍN ALVARADO, MARIO EDUARDO VALDÉS
VIDAL, JAIRO YONATTAN VALLADARES REYES**

Profesor Guía: Dr. Claudio
Enrique Bustos Navarrete

Concepción, Chile 2022

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Tabla de contenido

Resumen.....	9
Introducción.....	10
Contextualización COVID-19 en el Mundo y Chile.....	10
Planteamiento del Problema.....	16
Marco Teórico.....	22
Teoría de la Conducta Planificada de Icek Ajzen y Martin Fishbein (1985-2010).....	24
Especificidad, Intención, Compatibilidad y Otros Aspectos Metodológicos.....	26
Creencias Conductuales y Actitudes.....	28
Creencias Normativas y Norma Social Percibida.....	33
Creencias de Control y Control Conductual Percibido.....	36
Críticas y Desafíos al Marco Conceptual de Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planificada.....	40
Revisión Sistemática de Investigaciones Relacionadas a Creencias, Actitudes, Norma Social Percibida, Control Conductual Percibido/Autoeficacia e Intención del Uso de Mascarilla en relación con enfermedades respiratorias contagiosas.....	43
Proceso de Búsqueda y Selección de Archivos.....	43
País de Origen de la Investigación y Variables de Estudio Consideradas.....	46
Relación Entre Variables Referidas a Intervenciones No Farmacéuticas y País de Origen del Estudio.....	48
Relación Entre Variables Asociadas a la Teoría de la Conducta Planificada y País de Origen del Estudio.....	50
Relación Entre Variables Asociadas al Modelo de Creencias en Salud y País de Origen del Estudio.....	52
Relación Entre Variables Sociodemográficas y País de Origen del Estudio.....	54
Enfoques y Diseño de Investigación.....	54
Análisis de Población, Muestra y Muestreo.....	56
Análisis de Instrumentos.....	59
Análisis de Procedimientos.....	60
Análisis de Resultados.....	62
Resultados del Mapeo.....	62
Actitudes.....	62

Norma social percibida.....	64
Autoeficacia.....	64
Creencias.....	65
Resultados de la Revisión de Texto Completo.....	67
Relación entre las Variables Predictoras y la Intención Conductual (Variables-Intención).....	67
73	
Relación entre la Intención Conductual y la Conducta (Intención-Conducta)..	74
Planteamiento de Objetivos, Hipótesis y Supuestos.....	75
Objetivo General.....	76
Objetivos Específicos.....	76
Hipótesis.....	77
Supuesto.....	78
Método.....	78
Diseño de Investigación.....	78
Participantes.....	79
Instrumentos.....	83
Procedimiento.....	86
Validación del Instrumento.....	87
Recogida de Datos.....	89
Análisis de Datos.....	91
Consideraciones Éticas.....	93
Resultados.....	97
Resultados Cuantitativos.....	97
Descriptivos.....	97
Descripción de la Conducta en Relación al Tiempo de Uso.....	99
Variables Sociodemográficas.....	101
Diferencias entre Género y Variables.....	101
Diferencias entre Zona Geográfica y Variables.....	103
Relación entre Zona de Residencia y Variables.....	104
Relación entre Ocupación y Variables.....	105
Relación entre Edad y Variables.....	108

Relación entre Tiempo de Uso de la Mascarilla y Variables.....	110
Relación entre Nivel Educativo y Variables.....	111
Variables de la Teoría de la Conducta Planificada.....	111
Correlaciones entre Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido con Intención.....	111
Correlaciones entre Actitud, Norma Social Percibida, Control Conductual Percibido e Intención con Conducta de Uso de Mascarilla.....	112
Efecto de la Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido sobre la Intención.....	113
Efecto de la Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido sobre la Conducta.....	114
Efecto de la Actitud, Norma Social Percibida, Control Conductual Percibido y la Intención sobre la Conducta.....	114
Análisis de ruta.....	115
Análisis de Dominancia.....	117
Síntesis de los resultados cuantitativos.....	120
Resultados Cualitativos.....	122
Análisis Temático.....	122
Actitud.....	124
La Utilidad de la Mascarilla.....	124
La Incomodidad de la Mascarilla.....	127
Norma Social Percibida.....	128
Referentes Principales.....	128
Uso de la Mascarilla por Referentes.....	129
Control Conductual Percibido.....	130
Factores que Propician o Dificultan el Uso de Mascarilla	130
La Mascarilla como Deber o Imposición Social.....	132
La Obligatoriedad de la Mascarilla.....	132
La Mascarilla como Medio de Control Social.....	133
Conclusión del análisis temático.....	135
Discusión.....	136
Diferencia de Medias en Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido sobre el Uso de Mascarilla.....	138

Diferencias Sociodemográficas en Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido sobre el Uso de Mascarilla.....	141
Diferencias de las Variables Respecto del Género.....	141
Diferencias de las Variables Respecto de la Zona Geográfica.....	142
Diferencias de las Variables Respecto de la Edad.....	143
Diferencias de las Variables Respecto del Nivel Educativo.....	144
Diferencias de las Variables Respecto de la Ocupación.....	144
Diferencias de las Variables Respecto del Área de Residencia.....	145
Valor Predictivo de la Actitud, la Norma Social Percibida y el Control Conductual Percibido sobre la Intención Conductual.....	145
Diferencias en el Aporte a la Varianza entre Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido sobre la Intención Conductual	147
Correlación de la Actitud, la Norma Social Percibida, el Control Conductual Percibido y la Intención Conductual con la Conducta Pasada de Cubrir Nariz y Boca Permanentemente con Mascarilla al Estar en Espacios Públicos de Alta Concurrencia.....	149
Creencias Asociadas al Uso de Mascarilla.....	150
Limitaciones del Estudio.....	151
Fortalezas del Estudio.....	152
Conclusiones.....	153
Referencias.....	155
Apéndice A. Cuestionario sobre datos sociodemográficos y variables de la TCP.....	178
Apéndice B. Entrevista individual semiestructurada sobre las creencias respecto al uso de mascarilla.....	185
Apéndice C. Documento Consentimiento Informado (Entrevista Cognitiva).....	187
Apéndice D. Documento Consentimiento Informado (Etapa Piloto).....	190
Apéndice E. Material de reclutamiento.....	193
Apéndice F. Documento Consentimiento Informado (Etapa Cuantitativa).....	196
Apéndice G. Documento Consentimiento Informado (Etapa Cualitativa).....	199

Índice de tablas

Tabla 1	Diseño de investigación de los estudios cuantitativos.....	55
Tabla 2	Correlaciones de actitudes, norma social percibida, control conductual percibido, autoeficacia e intención conductual.....	69
Tabla 3	Efecto de las actitudes, norma social percibida, control conductual percibido y autoeficacia sobre la intención conductual.....	71
Tabla 4	Distribución etaria por ubicación geográfica.....	81
Tabla 5	Ocupación de los participantes.....	82
Tabla 6	Valores de confiabilidad de escalas.....	85
Tabla 7	Planificación de las actividades a realizar el segundo semestre 2021 organizadas por quincenas.....	90
Tabla 8	Descriptivos por escala.....	97
Tabla 9	Distribución de la conducta de acuerdo a la cantidad de días y horas que los participantes han estado en espacios públicos de alta concurrencia en los últimos 7 días.....	99
Tabla 10	Diferencias por género en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta.....	102
Tabla 11	Diferencias por zona geográfica en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta.....	104
Tabla 12	Diferencias por región (zona de vivienda) en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta.....	105
Tabla 13	Diferencias por ocupación en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta.....	106
Tabla 14	Correlación entre el nivel educativo y el tiempo de uso de la mascarilla, y la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta.....	114
Tabla 15		

Matriz de correlaciones producto-momento de Pearson entre las variables del estudio.....	112
Tabla 16	
Spearman de las variables con la conducta.....	112
Tabla 17	
Efecto de las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido sobre la intención conductual	113
Tabla 18	
Efecto de las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido sobre la conducta.....	114
Tabla 19	
Efecto de las actitudes, la norma social percibida, el control conductual percibido y la intención conductual sobre la conducta.....	115
Tabla 20	
Resultados del bootstrapping de 1000 re-muestras para el análisis de dominancia.....	119



Índice de ilustraciones

Figura 1	
Representación gráfica del funcionamiento general de la TCP.....	25
Figura 2	
Diagrama prisma del proceso de revisión de literatura.....	45
Figura 3	
Etapas del diseño del estudio.....	86
Figura 4	
Distribución de variable días.....	100
Figura 5	
Gráficos de dispersión.....	108
Figura 6	
Análisis de ruta de la Teoría de la Conducta Planifica para el uso de mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en adultos chilenos.....	115
Figura 7	
Análisis de dominancia.....	117



Resumen

La pandemia por COVID-19 ha generado millones de muertes, obligando a gobiernos a implementar medidas sanitarias como el uso de mascarilla, conducta determinada por factores psicosociales que deben estudiarse para lograr eficacia en su implementación. **Objetivo:** Conocer de qué manera influyen las creencias, actitudes, norma social percibida y control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. **Metodología:** Enfoque mixto insertado transversal con predominio de lo cuantitativo sobre lo cualitativo. Se utilizó un muestreo no probabilístico de voluntarios por cuotas (usuarios de Facebook e Instagram mayores de edad de todo Chile) contactados mediante publicidad (n=975). La etapa cuantitativa descriptivo-correlacional consideró un cuestionario en línea para explicar la relación entre actitudes, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta pasada de usar mascarilla. La etapa cualitativa contempló una entrevista para identificar las creencias conductuales, normativas y de control más importantes. **Resultados:** Aunque la actitud tuvo menor importancia explicativa que la norma social percibida y el control conductual percibido sobre la intención conductual de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia, las tres variables reportaron un efecto positivo y significativo sobre dicha intención. La intención evidenció, asimismo, una relación positiva y significativa con la conducta en estudio. Las creencias más importantes refieren a la eficacia de la mascarilla y su rol en el control social. Se discuten las implicaciones para investigaciones futuras.

Palabras Clave: Teoría de la Conducta Planificada, Uso de Mascarilla, Creencias,

Actitudes, Norma social percibida, Control conductual percibido, Intención conductual, Medidas de prevención, COVID-19.

Introducción

Contextualización COVID-19 en el Mundo y Chile

Con fecha 30 de diciembre de 2019, la oficina China de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue informada sobre casos de una nueva neumonía de etiología desconocida detectada en la ciudad de Wuhan, China (World Health Organization, 2020a). Posteriormente, y luego de las investigaciones correspondientes, las autoridades de este país identificaron un nuevo tipo de coronavirus, el cual fue aislado el 7 de enero de 2020, y cuyo cuadro clínico fue denominado como COVID-19 por la OMS el 11 de febrero del mismo año (Guo et al., 2020).

Tiempo después, esta enfermedad comenzaría a propagarse rápidamente hacia otros países, ante lo cual, la OMS la declararían como pandemia el 11 de marzo de 2020 (World Health Organization, 2020b). Al día de hoy, un año y medio más tarde (junio de 2021), el mundo sigue siendo fuertemente afectado por el COVID-19, el cual se ha convertido en la primera pandemia por coronavirus documentada en la historia y, a la vez, en la quinta pandemia registrada después de la gripe española de 1918 (Y-C. Liu et al., 2020). Tales son las magnitudes en cifras que, hasta el día 14 de junio de 2021, esta enfermedad ha sido contraída por aproximadamente 175.000.000 personas y ha generado un total de 3.792.777 muertes en todo el mundo (World Health Organization, 2021c).

El COVID-19 ha sido conceptualizado, preliminarmente, como una enfermedad respiratoria aguda causada por el virus SARS-CoV-2 (Mboowa et al., 2021) y posteriormente como una enfermedad vascular (Siddiqi et al., 2021) que tiene como

principales síntomas la fiebre, tos seca y cansancio, además de problemas más serios como dificultad para respirar, pérdida del olfato y gusto, dolor en el pecho y reducción en el habla o movimiento (World Health Organization, 2021a). Junto a lo anterior, precisa destacar que la enfermedad también puede presentarse de forma asintomática en ciertas personas, aunque esta población seguiría siendo activa en la transmisión del virus y representaría entre el 15% y 45% de las infecciones totales en todo el mundo (Vermund y Pitzer, 2021). Es así que para el diagnóstico efectivo del COVID-19, diversos laboratorios han creado métodos varios, siendo el más efectivo y utilizado a nivel mundial el método de detección viral del laboratorio RT-PCR, el cual consiste en analizar la carga viral presente en la mucosa de las personas a través de hisopados nasofaríngeos y orofaríngeos, teniendo mayor confiabilidad a la hora de dar menos falsos negativos y falsos positivos (Sánchez et al., 2021).

En cuanto al espectro clínico de este cuadro, en una extensa revisión del panorama global, Sánchez et al. (2021) nos resumen que, de los contagios registrados, las infecciones consideradas leves comprenden aproximadamente el 80,9% de los casos, en tanto que las severas el 13,8% y las críticas el 4,7%. Así también, la edad se ha relacionado con la gravedad de la enfermedad y, si bien en China los pacientes entre 30 y 65 años fueron los más afectados, la tendencia en Europa y el resto del mundo ha mostrado a los adultos mayores como la población de mayor riesgo y prevalencia de la enfermedad en relación a la severidad de las consecuencias de las que podrían ser víctimas. A su vez, la misma revisión indica que se ha registrado un aumento progresivo de las hospitalizaciones en función del grupo etario, teniendo hospitalizaciones del 1% en afectados menores de 29 años, 4% en aquellos de entre 50 y 59 años, y 18% en mayores de 80. En cifras totales, se estima que un 20% de la

población infectada requiere de hospitalización, de los cuales un 10% demanda cuidados generales, un 5% cuidados intermedios y el otro 5% cuidados intensivos debido a la gravedad de los síntomas desarrollados, llegando eventualmente a necesitar ventilación mecánica. Finalmente, los autores de la revisión nos ilustran sobre las comorbilidades que constituyen factores de riesgo en la eventual evolución de un cuadro severo de COVID-19, entre las cuales encontramos las enfermedades crónicas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades pulmonares, las enfermedades renales, el cáncer, la obesidad, y hábitos asociados al consumo de drogas.

En relación a las formas de transmisión, la literatura nos sugiere dos principales vías de contagio del SARS-CoV-2; una directa a través de la inspiración de las microgotas y aerosoles infectados producidos por la tos, el estornudo y la comunicación entre las personas; y una indirecta mediante el contacto preliminar con objetos y superficies contaminadas (fómites) y el contacto subsecuente con la mucosa respiratoria u ocular (Loffi et al., 2020; L. Zhou et al., 2021). Es así que, teniendo en cuenta la elevada contagiosidad del virus (Martín et al., 2021), su alta tasa de mortalidad, la ausencia de contramedidas médicas efectivas y la desconocida eficacia de los medicamentos antivirales disponibles (Ita, 2021; Salian et al., 2021), la Organización Mundial de la Salud decidió establecer diversas medidas preventivas como protocolos oficiales contra la propagación del COVID-19 y su mitigación, entre las cuales se encuentran la higienización constante de las manos con alcohol o su lavado frecuente con agua y jabón, evitar tocar los ojos y rostro, mantener distancia física y social, utilizar mascarilla sobre nariz y boca, sanitizar superficies, entre otras (Fielmua et al., 2021).

Finalmente, y tratándose el COVID-19 de una enfermedad que hasta el momento no tiene cura inducida, el único método que parece ser el llamado a dar fin a la pandemia es la inoculación. Así, múltiples laboratorios como Pfizer, Sinovac, Astrazeneca, Cansino, entre otros, han desarrollado sus vacunas en pos de dar un alto a la propagación de esta enfermedad. De esta manera, según los datos que provee la organización estadística Our World in Data (2021), hasta el día 15 de junio del año 2021 un total de 2,4 billones de dosis han sido administradas a lo largo del mundo, con un aproximado de 32,6 millones de dosis siendo aplicadas a diario, dando por resultado que un 20,8% de la población mundial haya recibido ya al menos una dosis de alguna vacuna aprobada por la OMS. El problema sería que, en países de bajo ingreso, según reportan, el total de la población alcanzada por las campañas de inoculación sería tan solo de un 0,8%, por lo que aún hay trabajo por realizar, en especial de cara a estas regiones menos privilegiadas en el acceso a recursos sanitarios.

Ya expuesto el panorama a nivel global, es tiempo ahora de abordar lo que ocurre en nuestro país respecto de esta emergencia sanitaria. En Chile, hasta el día 15 de junio de 2021, se ha registrado un total de 1.487.239 personas diagnosticadas con COVID-19, de las cuales 1.413.414 se recuperaron, mientras que los fallecimientos atribuidos a la enfermedad alcanzaron la cifra de 30.865 muertes (Ministerio de Salud, 2021a).

Debido a la gran capacidad de transmisión del virus, y siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, el Gobierno de Chile junto al Ministerio de Salud han implementado diversas medidas preventivas obligatorias para evitar el contagio de la población. Entre estas directrices se encuentran: el uso de

mascarillas de cualquier material (ya sea de fabricación artesanal o industrial) en la vía pública, espacios comunes de condominios, espacios cerrados, ascensores o funiculares y en el transporte público o privado sujeto a pago; el mantenimiento de distanciamiento físico de mínimo 1 metro lineal entre las personas; y la práctica de higiene, limpieza y desinfección de los lugares en los que concurren constantemente personas (Gobierno de Chile, 2020).

A su vez, el ente gubernamental también estableció una estrategia denominada Plan “Paso a Paso nos cuidamos” que refiere a un “proceso gradual en el que se van imponiendo o levantando las restricciones sobre las personas y comunidades y las actividades en el contexto de la pandemia” (Gobierno de Chile, 2021b, p. 1). Dentro de este plan se detallan diversos “pasos” entre los cuales las comunas del país circulan dependiendo de su situación epidemiológica, siendo el paso de menor nivel la cuarentena (la población no puede salir de su hogar a menos que cuente con un permiso especial) y el de mayor nivel la apertura inicial (es el paso con mayores libertades, pero aún existen pequeñas restricciones como la prohibición de reuniones de más de 30 personas) (Gobierno de Chile, 2021b). En línea con lo establecido, y en función de este plan de acción, según datos recogidos de la página Chile Atiende (2021), hasta el 15 de junio, 139 comunas del país se encuentran en estado de cuarentena, 154 en estado de transición (2do paso), 34 en estado de preparación (3er paso) y 18 en estado de apertura inicial, lo cual da cuenta de la gravedad actual del cuadro COVID-19 en nuestro contexto. Lo anterior se confirma en un informe de ICOVID CHILE (2021) en donde al día 10 de junio de 2021, debido a la dinámica de contagios a nivel nacional, la ocupación de las camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) está en su nivel máximo de carga de infectados activos desde que

comenzó la pandemia. Finalmente, agregan que la tasa nacional de casos nuevos por cada 100.000 habitantes es de 36, y para que la pandemia pueda considerarse como en “vías a ser controlada” se necesita que dicha tasa sea de 10 casos por cada 100.000 habitantes.

No obstante, uno de los aspectos positivos más notorios en la lucha contra el COVID-19 en nuestro país es la alta cantidad de vacunas administradas a la población gracias a la campaña “Yo Me Vacuno” impulsada por el Gobierno y el Ministerio de Salud. Así lo indican los registros de Our World in Data (2021) que evidencian que, hasta el 15 de junio, 9,01 millones de personas (47% de la población) han sido inoculadas con todas las dosis correspondientes a su vacuna, mientras que 2,63 millones (14% de la población) han sido vacunadas parcialmente. Estas cifras posicionan a nuestro país como la cuarta nación a nivel mundial con mayor cantidad de personas inoculadas en proporción con su población total, con aproximadamente un 60% del total de habitantes con al menos una dosis administrada, siendo solamente superados por Canadá, Israel y Reino Unido.

A pesar de lo expuesto, las personas vacunadas deben ser cautelosas, esto debido a que la Organización Mundial de la Salud ha establecido que los inoculados deben seguir manteniendo las medidas preventivas como el uso de mascarilla, ya que las vacunas, si bien reducirían los efectos de un contagio, no aseguran totalmente la prevención de la infección ni la transmisión subsecuente del virus, es decir, los individuos vacunados aún presentan el riesgo de contagiar a otros (2021b). Esto se confirma al observar que, en Chile, a pesar de la alta cantidad de inoculaciones, se siguen registrando con frecuencia un aproximado de 5.000 casos nuevos casi a diario y, hasta el 15 de junio, se reporta un total de 41.868 casos activos confirmados por el

Ministerio de Salud (2021b). Tal es la gravedad de la situación que inclusive el Center for Disease Control Prevention (CDC) emitió una alerta en la cual recomiendan no viajar a Chile debido a su situación actual (2021).

Planteamiento del Problema

Lo expuesto en relación a las medidas de prevención disponibles para mitigar la transmisión y propagación del SARS-CoV-2, y en específico lo señalado sobre el uso de mascarilla, nos permite la formulación de algunas nociones en torno a la importancia de la referida conducta en el actual contexto de emergencia sanitaria.

En primer lugar, si bien hoy el uso de mascarilla emerge como la principal medida de prevención recomendada por la Organización Mundial de la Salud, dicha conducta preventiva no ha estado exenta de polémicas. El mismo ente, en un inicio, declaró el uso de mascarilla como ineficiente sobre la población general no infectada, señalando que su implementación solo se traduciría en un incremento del contacto con los ojos y la cara, aumentando así el riesgo de contagiarse por esa vía. Sin embargo, lo anterior fue refutado por diversos estudios que establecieron que un mayor uso de mascarillas reduce la transmisión del SARS-CoV-2, protege contra dicho contagio en lo personal, y se establece como una medida fundamental de aplicar en todo contexto (Bragazzi et al., 2021; Howard et al., 2021; Rader et al., 2021). Por otra parte, diversos estudios de carácter observacional han presentado evidencia que sugiere que las mascarillas ayudan a mitigar la transmisión de COVID-19 dentro de una comunidad (Ju et al., 2021). Así, ante las pruebas sucesivas de su error, la organización en referencia reconoció haberse equivocado en sus primeras declaraciones y reafirmó la efectividad de las mascarillas como una de las prácticas más importantes en la prevención de la infección por coronavirus (Taylor y Asmundson, 2021).

En segundo lugar, el uso de mascarillas se nos presenta como la medida de prevención preferida por la población. Así, aunque la controversia inicial puede haber propiciado el despliegue temprano de creencias y actitudes negativas contra esta medida preventiva, si se tiene en consideración la dificultad práctica de comprometerse con otras conductas, el uso de mascarilla surge como la medida preventiva predilecta para disminuir la propagación del virus en las situaciones en que, por ejemplo, la práctica del distanciamiento social se ve dificultada. Al analizar la adopción de medidas preventivas por parte de la población chilena, un informe entregado por el Monitoreo Nacional de Síntomas y Prácticas COVID-19 en Chile (MOVID-19) realizado en enero de 2021, da cuenta de esta realidad, en donde se expone que el 56% de las personas respeta el distanciamiento físico, un 67% lavan sus manos constantemente y un 93% utiliza siempre mascarilla fuera del hogar. Sin embargo, pese a que dichas cifras indican que el uso de mascarilla es una medida adoptada por la gran mayoría de la población chilena al encontrarse fuera del hogar, esta no refiere específicamente a la utilización correcta de la misma, es decir, la acción de cubrir nariz y boca permanentemente al estar en un espacio público de alta concurrencia (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En tercer lugar, el uso de mascarilla se constata como medida de prevención efectiva ante las falencias de las campañas de inoculación. Si atendemos a los datos expuestos en relación al escenario de inoculación a nivel global (Our World in Data, 2021), aquellos países que no han tenido acceso pleno a la vacunación masiva deberán optar por fortalecer las medidas preventivas no farmacéuticas como el uso de mascarilla. Igualmente, en el contexto chileno, es esencial brindar apoyo a los sectores de la población que rehúsen la administración de la vacuna reforzando su adherencia a

las medidas de prevención disponibles.

Por lo anterior, y aunque parece clara la importancia del uso de la mascarilla en el actual contexto de emergencia sanitaria, conocer las razones que determinan el uso correcto de mascarilla se vuelve prioritario si lo que se busca es el desarrollo de intervenciones efectivas que nos permitan anticiparnos a futuras emergencias sanitarias de este tipo.

En tal sentido, diversos modelos teóricos pueden ser utilizados para conocer los aspectos subyacentes a la conducta de utilizar la mascarilla facial, en el marco de su explicación, predicción, y eventual modificación. Así lo indica una revisión realizada por Taylor et al. (2006), la cual revela que las teorías más empleadas en el contexto de comportamientos de salud son el Modelo de Creencias en Salud (MCS) de la U.S. Public Health Service, la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y la Teoría de la Conducta Planificada (TCP), ambas de Martin Fishbein e Icek Ajzen. De estos 3 modelos, sin embargo, el MCS ha evidenciado tener una menor capacidad predictiva en comparación a la TAR y la TCP, y entre estas últimas, la TCP ha logrado predecir un mayor porcentaje de la variación del comportamiento general que la TAR. Sumado a lo anterior, diversos estudios han respaldado que la TCP de Fishbein y Ajzen presenta una alta eficacia para predecir las intenciones de las personas y sus comportamientos (Armitage y Conner, 2001; McEachan et al., 2011). Así, y en vista de lo expuesto, la Teoría de la Conducta Planificada se alza, a nuestro juicio, como aquel marco conceptual que nos brinda mayor riqueza y sustento a la hora de entender de manera integral una extensa variedad de factores, en tanto constructos, que puedan influir sobre la conducta del uso correcto de mascarilla, es decir, cubrir nariz y boca con la misma.

Dada la evidencia, si tenemos en consideración la importancia del uso de mascarilla como medida de prevención y que el marco de la Teoría de la Conducta Planificada nos puede ofrecer nociones respecto de los aspectos que subyacen a su efectivo despliegue como conducta, cabe preguntarse entonces *¿De qué manera se relacionan las creencias, actitudes, norma social percibida y control conductual percibido con la intención y la conducta de utilizar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia por parte de la población chilena?*

De manera preliminar, nuestra revisión de la literatura disponible a la fecha reveló que las creencias vinculadas a las normativas gubernamentales, a la confianza en la comunidad científica y a la efectividad de la mascarilla como método de prevención del COVID-19 ejercen una importante influencia con relación a la adopción de esta medida. Asimismo, constatamos que a lo largo de las diversas poblaciones observadas existe una tendencia general a tener actitudes favorables respecto al uso de mascarilla y una relación positiva entre las actitudes y dicha conducta. Por otra parte, también evidenciamos que los individuos de mayor edad adhieren más a la utilización de la mascarilla, mientras que las personas más jóvenes tienden a un menor uso de esta. Finalmente, y dada la gran variabilidad entre los diferentes resultados observados en nuestra revisión, no parece haberse logrado esclarecer el rol del control conductual percibido sobre la conducta en estudio, en tanto que las actitudes y la norma social percibida parecen tener una mayor influencia sobre la intención de utilizar mascarilla en las diversas muestras analizadas.

Sin perjuicio de los hallazgos presentados, la revisión de la literatura llevada a cabo para el presente trabajo reveló un notorio vacío de conocimiento e investigación en cuanto a las razones que subyacen a la utilización de mascarilla en la región

latinoamericana. Es así que ante tal falta de datos no podemos afirmar que el rol e interrelación de los constructos de la TCP en la explicación que fundamenta el uso de mascarilla en Asia, Europa y Norteamérica sean equivalentes en Latinoamérica o nuestro país, y si bien esperamos resultados similares, no podemos soslayar la posibilidad de encontrar relaciones diferentes en función, por ejemplo, de las diferencias culturales que existen entre los continentes. Dicho esto, la solución lógica al problema aquí aludido se encontrará en la medida en que se realicen investigaciones en nuestra zona, hecho al que buscamos contribuir con el presente trabajo. Además, cabe mencionar que, al 24 de junio del año 2021, un estudio de Bronfman et al. (2021) publicado el 11 de mayo corresponde a la única investigación de fácil acceso llevada a cabo en Chile que buscó determinar los factores que influyen la adopción de medidas preventivas en el actual contexto de emergencia sanitaria y desde el marco de la TCP. En dicho trabajo, sin embargo, se optó por incluir el uso de mascarilla dentro de una categoría amplia de medidas preventivas, sin llegar a profundizar en esta y sin incluir la medición de la intención asociada a tal conducta.

Finalmente, y debido a la falta de claridad evidenciada en la literatura revisada en lo que respecta al rol del control conductual percibido/autoeficacia sobre la intención conductual y la utilización de mascarilla como conducta en específico (Chung et al., 2018; Lee, 2021; H. Duong et al., 2021) parece necesario involucrar dicho constructo en una investigación que pretenda esclarecer tal carencia. En esta línea, y considerando que de las investigaciones revisadas solo una adoptó un enfoque cualitativo, también se hace patente la importancia de incluir aspectos de dicho carácter en los trabajos, que permitan y propicien un mayor entendimiento de las creencias que están a la base de los constructos de la TCP.

En consideración de lo anterior, optamos por realizar una investigación que contribuya a llenar las brechas de conocimiento encontradas en la revisión de la literatura para entregar un mayor entendimiento de las razones que subyacen y han determinado previamente el uso de mascarilla. Por otra parte, buscamos contrastar si dichas razones, a la luz de la TCP, se corresponden con las evidenciadas en la literatura de los distintos contextos culturales. Lo anterior podría ayudar en el sustento de políticas públicas en materia de salud que permitan orientar las estrategias de prevención o mitigación del COVID-19 a través del uso correcto de mascarilla, así como también a la construcción de una futura línea investigativa en Latinoamérica centrada en la explicación de conductas de prevención tales como el uso de mascarilla, lavado de manos y distancia social, en el contexto de emergencias sanitarias. Así, en los siguientes apartados, se ofrecerá una síntesis ordenada del estudio realizado a los postulados de la Teoría de la Conducta Planificada (TCP), profundizando en cada uno de los constructos que componen el modelo explicativo de la conducta e incluyendo algunas críticas derivadas de la observancia del referido marco conceptual.

De manera subsecuente, se expondrá en detalle el trabajo de revisión sistemática llevado a cabo, en donde se constata el estado de las investigaciones dedicadas a indagar sobre la influencia que los determinantes psicosociales, contemplados por la TCP, exhiben sobre el uso de mascarilla. Al respecto, se presentarán las relaciones encontradas entre los países que albergaron la realización de tales investigaciones y las variables incluidas en los mismos; el análisis de los enfoques y diseños de investigación predominantes en la generalidad de los estudios revisados; el análisis de las poblaciones, instrumentos y procedimientos considerados por los trabajos en cuestión; y, por último, el exhaustivo análisis a los resultados

constatados en los documentos escrutados.

Posteriormente, se procurará un abordaje sobre la finalidad perseguida por la propuesta en elaboración. En tal sentido, se llevará a cabo tanto el planteamiento del objetivo general de nuestra investigación, como así también la exposición de los objetivos específicos que permitan operativizar la meta principal. Por añadidura, se darán a conocer las hipótesis y supuestos que sustentan nuestra línea investigativa.

Luego, serán descritos los detalles de la metodología adoptada para la realización de nuestra propuesta. En esa línea se expondrá el tipo de diseño seleccionado; la caracterización de los participantes del estudio y la forma en que estos fueron escogidos; el instrumento diseñado para la recolección de datos y el procedimiento.

Finalmente, se presentarán los resultados, exponiendo en primer lugar los obtenidos mediante la etapa cuantitativa y en segundo lugar los obtenidos en la etapa cualitativa. Luego, estos serán discutidos a la luz de lo obtenido mediante la revisión sistemática, respondiendo a las hipótesis planteadas inicialmente. Se concluirá indicando la importancia de la presente investigación para la psicología como disciplina científica y para las políticas de salud públicas.

Marco Teórico

A grandes rasgos, para esta sección de nuestro trabajo nos proponemos realizar una descripción extensiva del modelo conceptual que guía nuestra investigación, es decir, la Teoría de la Conducta Planificada, para comprender en profundidad cada uno de los constructos de la misma y su relevancia y significancia a la hora de explicar y predecir la intención y conducta de las personas.

En tal sentido, se ofrece en primer lugar una panorámica en relación al esquema general de la Teoría y nociones metodológicas preliminares de la misma, y a continuación se expone la caracterización de los siguientes elementos: Creencias Conductuales y Actitudes; Creencias Normativas y Norma Social Percibida; Creencias Conductuales y Control Conductual Percibido.

Acto seguido, se expondrán algunas de las principales críticas, limitaciones y desafíos que distintos autores han realizado y encontrado en relación al marco de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planificada, al tiempo que se hará mención de las respuestas que los autores de la teoría han dado a dichas críticas y comentarios.

Posteriormente, y una vez finalizada la descripción y caracterización del marco conceptual de nuestra investigación, presentaremos de manera exhaustiva nuestro proceso de revisión sistemática de la literatura científica dirigido a indagar sobre los siguientes tópicos centrales: TCP, uso de mascarilla y COVID-19. Así, distintos apartados integrarán la información recogida mediante la exposición y relación de las diversas variables y resultados encontrados en nuestra revisión, para de esta forma facilitar la comprensión del proceso y el análisis llevado a cabo. Los constructos de la TCP también serán analizados y relacionados en función de los datos recolectados, de manera de otorgar respaldo científico a los planteamientos y fundamentos de nuestra redacción.

Por último, finalizamos nuestro marco teórico con el planteamiento de los objetivos general y específicos que nos proponemos en el curso de esta investigación, en suma de las hipótesis y supuestos que esperamos encontrar y contrastar.

Teoría de la Conducta Planificada de Icek Ajzen y Martin Fishbein (1985-2010)

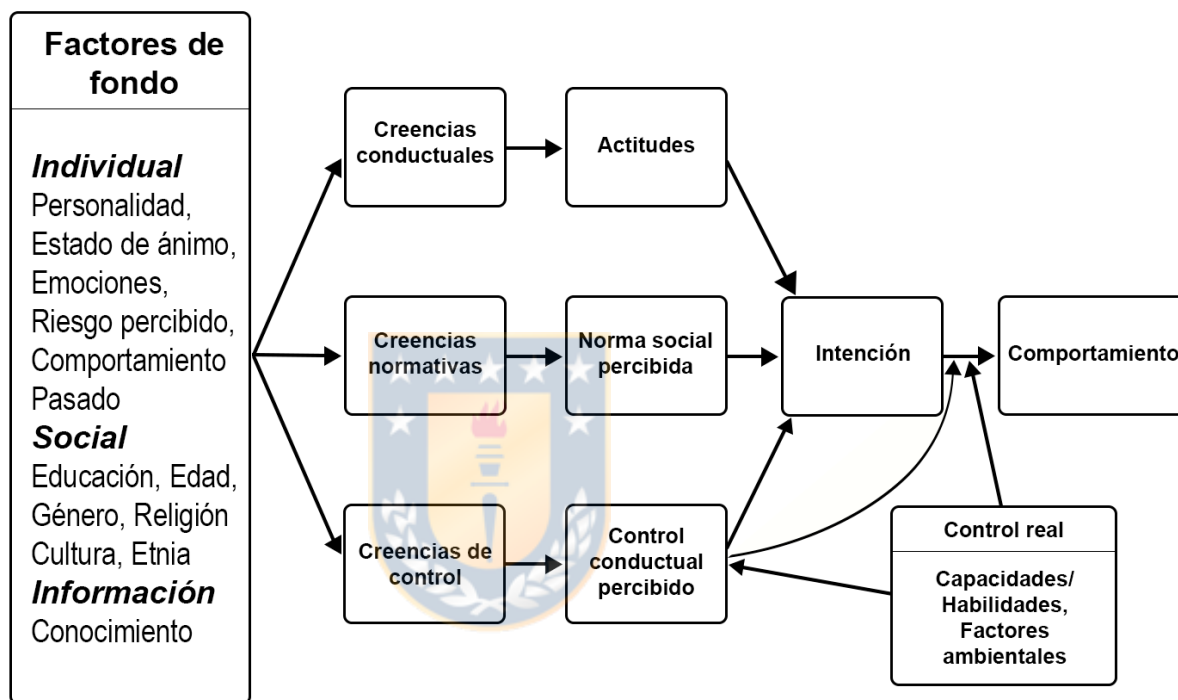
Los esfuerzos puestos en Ciencias Sociales para describir, explicar, predecir y controlar el comportamiento humano han sido múltiples y variados. Sin embargo, aunque las personas despliegan diferentes tipos de comportamientos, desde el marco conceptual que ofrece la Teoría de la Conducta Planificada de Icek Ajzen y Martin Fishbein (Ajzen, 1991; Ajzen y Fishbein, 1980; Ajzen y Fishbein, 2005; Fishbein y Ajzen, 1975; Fishbein, 2000), los procesos que subyacen a tales actuaciones serían esencialmente los mismos y pueden ser objeto de estudio haciendo referencia a un pequeño conjunto de constructos explicativos.

A partir de la formulación del modelo expuesto en Predicting and Changing Behavior por Fishbein y Ajzen (2010), como se ve en la Figura 1, la teoría establece que ciertos factores de fondo tales como la personalidad, la cultura, el comportamiento pasado, el conocimiento, entre otros, generan en el individuo determinadas creencias conductuales, creencias normativas y, también, creencias de control. A su vez, son estas creencias las que devienen en disposiciones más generales y fuertes, a saber; actitudes (valoración favorable o desfavorable de un comportamiento en función de la evaluación de las consecuencias que este traerá), normas subjetivas (percepción que un individuo tiene sobre la posición de los demás respecto de sus comportamientos) y control conductual percibido (creencias sobre la capacidad de la realización de un comportamiento independiente de las barreras que existan para ello) (Ajzen, 1991; Fielmua et al., 2021). Es en la consideración e interrelación de estos tres factores donde tienen origen las intenciones conductuales (disposición certera de realizar una conducta, y elemento de mayor valor predictivo en la teoría), lo cual, sumado a las

variables contextuales reales, determinará finalmente la realización (o no) de un determinado comportamiento (Fishbein y Ajzen, 2010).

Figura 1

Representación gráfica del funcionamiento general de la TCP



Nota. Adaptado de Schematic presentation of the reasoned action model (p. 24), por M. Fishbein y I. Ajzen, 2010. En Predicting and Changing Behavior.

Cabe destacar, además, que cada vez que una persona lleva a cabo una conducta, existe un proceso de retroalimentación basado en las consecuencias de dicha acción, todo lo cual puede, eventualmente, modificar las creencias del individuo y, de manera consecuente, las actitudes, normas e intenciones, es decir, la teoría considera el cambio conductual. De esta forma, la probabilidad de efectuar la conducta a futuro aumentará o disminuirá en función de esta retroalimentación dinámica (Fishbein y Ajzen, 2010).

Dada la riqueza conceptual de la teoría, se posiciona como un gran modelo de explicación, estudio y predicción de la conducta y el comportamiento en el área de las ciencias sociales. Sin embargo, antes de adentrarnos con mayor profundidad en cada uno de los componentes del modelo, resulta necesario abordar algunas cuestiones metodológicas expuestas por los mismos autores.

Especificidad, Intención, Compatibilidad y Otros Aspectos Metodológicos

A la hora de establecer las directrices para medir la conducta en estudio, los autores entregan ciertas pautas que se deben tener en consideración con el objeto de salvaguardar la validez del estudio y, por tanto, su utilidad. Así, el primer y más crucial paso a llevar a cabo en el entendimiento y predicción de la conducta de interés consiste en definirla dentro de sus niveles de especificidad. En este sentido, se puede entender que la conducta está compuesta por la acción llevada a cabo, el objetivo hacia el cual se dirige, el contexto en el que se efectúa y el momento en que sucede. Lo anterior implica que un solo cambio en alguna de estas cuatro variables constituirá una conducta diferente, por lo cual los investigadores deben precisar de antemano y con claridad las variables específicas de la conducta a estudiar para asegurar que los participantes de la investigación manejen una sola definición y concepción de la misma. Sin perjuicio de lo recién expuesto, por otra parte, se debe evitar trabajar con una categoría definida con excesiva especificidad, puesto que un nivel demasiado profundo de esta suele ser de escasa o nula utilidad teórica (Fishbein y Ajzen, 2010).

Sobre esta línea, y de manera breve, las intenciones comportamentales son los indicadores finales (en la teoría) de la disposición que una persona tiene con respecto a la realización de algún comportamiento o conducta, tal como las acabamos de caracterizar, y pueden ser expresadas en frases del tipo “voy a hacer...”, “planeo

realizar...”, “trataré de llevar a cabo...”. Así, la dimensión esencial subyacente que caracteriza una intención sería el estimado subjetivo que una persona hace de la probabilidad percibida de llevar a cabo algún comportamiento, y, dado que la intención es el último constructo de la TCP y resultado de la relación entre los constructos anteriores, se configura como aquel concepto de mayor valor predictivo de cara a la realización de una conducta (Fishbein y Ajzen, 2010). En relación a esto, un metaanálisis reveló que las intervenciones que tenían como resultado un gran cambio en la intención, tienen una gran probabilidad de también cambiar el comportamiento de los individuos (Webb y Sheeran, 2006).

Lo anterior toma importancia en el marco del llamado principio de compatibilidad, el cual según los autores es esencial para asegurar la validez predictiva de un estudio basado en esta teoría. Este refiere a que la medición de la intención debe ser compatible con el comportamiento en los cuatro niveles de especificidad previamente establecidos, es decir, que involucre exactamente la misma acción, objetivo, contexto y momento que la medida del comportamiento (Fishbein y Ajzen, 2010).

Luego de la definición de una conducta en relación a los cuatro elementos de especificidad ya mencionados, resulta posible proceder a la recopilación de información y medición de los constructos asociados a la misma. Debido a que la observación directa de la conducta de los participantes es en muchos casos virtualmente imposible, la forma más accesible de obtener datos es mediante auto reportes o cuestionarios autogenerados contestados por los participantes de una investigación. Sin embargo, debido a que los datos pueden modificarse a voluntad y de manera deliberada, los autores dejan a criterio y responsabilidad de los investigadores

el tomar medidas en la construcción de los cuestionarios y escalas para reducir la cantidad de información sesgada que atente contra la validez del estudio (Fishbein y Ajzen, 2010).

Una última consideración relevante a destacar es la denominada brecha Intención- Conducta. Este fenómeno se define como la aparente contradicción entre las intenciones que las personas manifiestan en relación a llevar a cabo determinado comportamiento y, por otra parte, lo que realmente hacen (Fishbein y Ajzen, 2010). Es decir, la gente tiende a actuar en concordancia con sus intenciones cuando no tienen el objetivo de llevar a cabo algún comportamiento socialmente deseable, mientras que, por el contrario, cuando pretenden llevar a cabo un comportamiento de tal carácter, tienen una importante probabilidad de **no** actuar en base a su intención (Fishbein y Ajzen, 2010).

Habiendo expuesto estas consideraciones metodológicas relevantes para Fishbein y Ajzen, podemos proseguir en la profundización de los constructos que componen la Teoría de la Conducta Planificada.

Creencias Conductuales y Actitudes

Uno de los constructos centrales de la teoría es el concepto de actitud, el cual ha tenido múltiples interpretaciones y definiciones según el campo teórico de estudio y ha sido ampliamente utilizado para explicar y predecir la conducta. Ya señalaba su importancia en 1935 Gordon Allport (citado en Fishbein y Ajzen, 1975) al decir que las actitudes eran el concepto más distintivo e indispensable de la psicología social. Desde la perspectiva tradicional de dicha corriente las actitudes se definen como evaluaciones globales y relativamente estables que los individuos hacen sobre varios aspectos del mundo social (Morales et al., 2007). En la teoría aquí presente, sin embargo, las

entendemos como una tendencia o disposición latente a responder con un grado de favorabilidad o desfavorabilidad hacia un objeto de actitud determinado (conducta, planteamiento, ideología, persona, etc.), teniendo como principal característica su dimensión valorativa/evaluativa, todo lo cual predispone a la acción en la medida en que contribuye e influye sobre la posterior intención de realizar (o no) una conducta; de ahí la importancia del constructo como predictor de la conducta (Fishbein y Ajzen, 2010).

En un principio, y dentro de las múltiples concepciones asignadas al término, se tendía a asociar actitud con afecto, en tanto tener una actitud implicaba un afecto positivo o negativo hacia el objeto de la valoración, no obstante, tal conceptualización se ha dejado de lado en la medida en que se han ido entendiendo los afectos como un sistema de respuesta con un componente somático caracterizado por algún grado de arousal subyacente, configurándose más como un aspecto emocional, mientras que las actitudes como un elemento valorativo consistente. Sin perjuicio de lo anterior, en ningún caso se niega la importancia o la influencia de los afectos o emociones sobre las actitudes (Fishbein y Ajzen, 2010), sino más bien valoramos la consistencia evaluativa de las actitudes por sobre lo meramente afectivo (Fishbein y Ajzen, 1975).

Una división teórica bastante interesante de las actitudes, y decimos teórica porque en la práctica no responde a un proceso cognitivo consciente, es aquella que categoriza la actitud en una dimensión instrumental, por una parte, y una experiencial por la otra. Así, la dimensión instrumental correspondería a la valoración o evaluación asignada según la utilidad percibida del constructo medido (sirva de ejemplo las categorías benéfico-perjudicial; importante- irrelevante) mientras que la dimensión experiencial respondería a la valoración asignada, como su nombre lo indica, a la

experiencia (sirva de ejemplo las categorías placentero-doloroso; entretenido-aburrido). De manera global, sin embargo, la evaluación final de una conducta u objeto de actitud tiende, aunque no en la totalidad de los casos, a ser o positiva o negativa dependiendo de la mayor importancia asignada, en función de las diferencias individuales, ya sea a lo experiencial o lo instrumental. De esta forma, conservamos el eje central de la actitud como una evaluación consistente (Fishbein y Ajzen, 2010).

Caracterizadas ya las actitudes, se hace necesario ahora referirnos a su origen y contextualización. Es aquí donde toman relevancia las teorías de la expectativa-valor (expectancy-value theories), y en especial el modelo de decisión conductual de Edwards (citado en Fishbein y Ajzen, 1975) basado en el valor/utilidad esperado, el cual nos señala que al momento de evaluar una conducta, los aspectos a tomar en cuenta son, por un lado, las expectativas de resultado (consecuencias esperadas), y por otro la valoración subjetiva de esas consecuencias. Para efectos de la Teoría de la Conducta Planificada, lo anterior se posiciona en estrecha relación con las creencias y las actitudes que devienen de estas, por lo que la mencionada teoría de expectativa-valor se configura como el cimiento sobre el cual se explica y se relaciona el origen y la importancia de las actitudes (y su estrecha relación con las creencias) en el marco de la TCP.

Así Fishbein y Ajzen (2010) nos ilustran que las actitudes no solo son causadas directamente por las creencias vinculadas al objeto de actitud en tanto evaluación de estas, sino que, además, ambas se forman de manera simultánea y automática en un proceso espontáneo dado por la experiencia. Entonces, a medida que el individuo se relaciona con el mundo y atraviesa distintos eventos en la vida, asocia características, cualidades, atributos y expectativas a determinadas situaciones/conductas/personas

(creencias), y de manera conjunta, las valoraciones/evaluaciones correspondientes (actitudes). Las creencias, entonces, pueden definirse como la percepción subjetiva de que realizar una conducta desencadenará determinadas consecuencias—creencias conductuales—, o que cierto objeto de actitud posee determinado atributo, mientras que las actitudes corresponderían a la valoración inmediata asociada a dichos atributos o consecuencias. De esta manera, se concluye que se tendrán actitudes favorables frente a conductas/objetos que posean consecuencias/atributos deseables para el individuo, y actitudes desfavorables si, por el contrario, las consecuencias/atributos son evaluados negativamente (Fishbein y Ajzen, 2010).

Llegados a este punto y habiendo establecido la relación entre creencias y actitudes, cabe precisar, sin embargo, que no todas las creencias son estrictamente relevantes a la hora de determinar las actitudes. Según la teoría, de hecho, son solo un grupo específico y reducido de creencias, a saber, las creencias salientes, las que tienen influencia directa y preceden a las actitudes, al tiempo que son relevantes para la conducta futura. Estas creencias salientes corresponden a aquellas de mayor disposición a la conciencia y fácil accesibilidad a la memoria respecto de determinado objeto/conducta, y se estima que habitualmente no superan la cifra de 3 a 5 elementos de fuerte arraigo (Fishbein y Ajzen, 2010). Para identificar dichas creencias bastaría con elicitar y registrar aquellos pensamientos que, sin esfuerzo cognitivo, lleguen a la mente de un individuo cuando le sea presentada una propuesta de acción. En última instancia, y sobre las creencias, es importante tener en consideración dos cosas. En primer lugar, las creencias y sus actitudes correspondientes son de carácter subjetivo, y pueden verse afectadas por todo tipo de sesgos, prejuicios, y demás errores cognitivos, o simplemente alejarse de la realidad “objetiva”. Y, en segundo lugar, al

provenir de la experiencia, las creencias pueden cambiar a lo largo de nuestras vidas y reconstruirse a medida que interactuamos con el mundo. Esto resulta importante en tanto una modificación de creencias supondría también la modificación en las actitudes asociadas (Fishbein y Ajzen, 2010).

Finalmente, nos parece relevante mencionar que las creencias sobre un objeto no son necesariamente consistentes, ya que, tal como señalan los autores, en ciertas situaciones tiene lugar una coexistencia de reacciones favorables y desfavorables frente a un mismo tópico en función de la evaluación diferente de los aspectos instrumentales y experienciales del mismo, es decir, se tienen simultáneamente actitudes positivas y negativas frente a un objeto/acción, lo que recibe el nombre de ambivalencia. Este fenómeno se da de manera particularmente frecuente en conductas asociadas a la salud, donde desde la perspectiva instrumental puede haber consenso general sobre los beneficios de una actividad (por ejemplo, realizar ejercicio físico), y sin embargo, desde la perspectiva experiencial, la evaluación puede distar mucho y ser desfavorable si un individuo ha tenido experiencias negativas previas asociadas a dicha conducta (dolor, fatiga, cansancio generalizado), si la conducta no es de su agrado, o si no percibe que realizar dicha acción dependa de él (Fishbein y Ajzen, 2010). No obstante lo anterior, la actitud generalizada frente a involucrarse en una determinada conducta dependerá de qué valoración tenga más peso para la persona en función de la importancia asignada a lo instrumental por sobre lo experiencial o viceversa, y eso determinará en mayor medida la futura intención conductual.

Para cerrar, diversos han sido los métodos destinados a la medición de las actitudes, y sin embargo, en el análisis de la literatura revisada por Fishbein y Ajzen (2010), los autores mencionan que, de manera general, la medición de las creencias

conductuales y actitudes subsecuentes se realiza en función de dos factores: la fuerza de la creencia conductual, y la evaluación de las consecuencias esperadas de esa conducta. De esta forma, el grado o la fuerza de la creencia se tiende a medir a través de escalas unipolares —en tanto solo se busca conocer la intensidad y el arraigo de una creencia dada— mientras que la valoración y evaluación de las consecuencias se tiende a medir en escalas bipolares en función de un diferencial semántico —en la medida en que, según las diferencias individuales y factores de fondo, pueden asignarse valoraciones positivas (favorabilidad) o valoraciones negativas (desfavorabilidad) a estas consecuencias/atributos—, todo lo cual se enmarca en la definición de una determinada conducta en los cuatro elementos del principio de especificidad de la teoría (Fishbein y Ajzen, 2010).

Creencias Normativas y Norma Social Percibida

Un segundo constructo de relevancia para la teoría es la norma social percibida, la cual pretende dar cuenta del efecto del ambiente social sobre las intenciones y conductas de las personas. Desde el marco conceptual de la acción razonada, las normas son entendidas como la presión social que un sujeto percibe para realizar (o no) determinada conducta (Fishbein y Ajzen, 2010). De esta manera, mientras mayor sea la presión social percibida, mayor será la probabilidad de formar una intención para realizar tal conducta; en otras palabras, la norma predispone la intención conductual. De acuerdo al modelo de los autores, existirían dos fuentes de presión normativa como factores contribuyentes en la formación de la norma social percibida, a saber, las normas requeridas (injunctive norms) y las normas descriptivas (descriptive norms) (Ajzen y Fishbein, 2005; Cialdini et al., 1990; Fishbein, 2000; Fishbein y Ajzen, 2010). Las primeras aluden a la percepción de aquello que los otros

requieren de nosotros, esto es, lo que prescriben, desean o esperan de nuestras conductas (p. ej., “los demás dicen que yo debería salir a trotar en las mañanas”); las segundas, en cambio, refieren a las percepciones sobre las conductas que otros individuos realizan, es decir, lo que creemos que realmente hacen (p. ej., “los demás salen a trotar en las mañanas”).

Vale la pena realizar una acotación con respecto al nombre que lleva la variable predictora en discusión: la norma social percibida. Originalmente, la Teoría de la Acción Razonada denominó a este factor como norma subjetiva (Ajzen, 1991; Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975), y se utilizó para referirse exclusivamente a lo que en este apartado llamamos normas requeridas, es decir, las prescripciones o proscipciones que individuos o grupos importantes para la persona imponen sobre su conducta. No obstante, como se ha dicho en los párrafos anteriores, la norma social percibida recoge tanto las normas requeridas como las normas descriptivas; ya no trata solo sobre lo que otros requieren de nosotros, sino también sobre lo que aquellos realmente hacen. Debido a que en sus orígenes la norma social percibida recibió el nombre de norma subjetiva, se tiende a usar estos términos de modo intercambiable, es decir, para referirse tanto a la norma requerida como a la descriptiva. Con el fin de hacer nuestra exposición lo más clara posible, preferiremos, de ahora en más, la expresión norma social percibida siempre que sea posible.

Ahora bien, de la misma forma en que las actitudes derivan de un conjunto de creencias conductuales salientes, la teoría plantea que la norma social percibida deriva de un conjunto de creencias normativas salientes. Las creencias normativas requeridas son definidas como las creencias de que otros individuos o grupos importantes para la persona aprueban o desaprueban determinada conducta, en tanto que las creencias

normativas descriptivas corresponden a las creencias de que tales referentes realizan (o no) dicha conducta (Fishbein y Ajzen, 2010). Ambos tipos de creencias normativas determinan finalmente las normas requeridas y descriptivas, respectivamente. Sin embargo, según la teoría, las normas no provienen de la relación con cualquier individuo o grupo, sino que son elaboradas sobre la base de las prescripciones normativas o la conducta efectiva de referentes consistentemente disponibles, fácilmente accesibles, o significativos para la persona, esto es, de referentes salientes. Así, en síntesis, la norma social percibida tendría lugar a partir de las normas requeridas y descriptivas, las cuales están determinadas, a su vez, por un conjunto de creencias normativas que son reportadas por los referentes salientes.

Expuesto lo anterior, cabe señalar que para medir las creencias normativas no solamente son considerados los referentes salientes, sino también su peso relativo en la conducta específica que se está midiendo. Los autores, de hecho, son enfáticos en afirmar que las personas no estarán motivadas para cumplir con los requerimientos de sus referentes en todo momento y en el mismo grado (p. ej, cuando se trata de la salud, la opinión de un médico probablemente pesará más que la de un esposo/a). Debido a esto es que plantean la necesidad de medir la motivación para cumplir con cada referente específico, toda vez que ello permite asegurar a cada referente un peso proporcional en la formación de la norma requerida (Fishbein y Ajzen, 2010). Para conocer cuáles son los referentes salientes e identificar las creencias normativas asociadas, los autores sugieren elicitar dichas creencias con un formato de respuesta abierta. Asimismo, recomiendan construir una lista estándar de las creencias normativas salientes modales en la población, preguntando a una muestra representativa acerca de individuos o grupos que aprobarían o desaprobarían la

conducta estudiada. La lista final de referentes salientes estaría conformada por aquellos individuos o grupos mencionados con mayor frecuencia en el proceso de elicitación previo; y el cuestionario estandarizado final evaluaría las creencias normativas y la motivación para cumplir respecto de cada uno de dichos referentes modales.

El escenario para la medición de las normas descriptivas es más confuso, pues, dada su reciente adición al modelo, han sido estudiadas con menor frecuencia que las normas requeridas (Fishbein y Ajzen, 2010). Aún así, y de forma similar al caso de la norma requerida, puede construirse una lista de referentes salientes descriptivos modales en la población para medir las creencias normativas descriptivas. Es preciso mencionar que se ha planteado un análogo de la motivación para cumplir con el nombre de identificación con los referentes, cuyo objetivo sería sopesar la influencia de cada referente saliente en la formación de la norma descriptiva. Sin embargo, los autores han considerado la evidencia empírica como insuficiente para sustentar la inclusión de este constructo a la teoría (Fishbein y Ajzen, 2010).

Creencias de Control y Control Conductual Percibido

Se define al control conductual percibido como las expectativas generales de las personas con respecto al grado en que creen son capaces de realizar un comportamiento determinado, hasta qué punto consideran tener los recursos solicitados y en qué medida creen que pueden superar cualquier obstáculo que puedan encontrar (Fishbein y Ajzen, 2010). Tal definición resultó ser muy similar al constructo de autoeficacia propuesto por Albert Bandura (1991), por lo cual Ajzen y Fishbein procuraron una diferenciación conceptual sobre la base de cuestiones metodológicas que refieren, en específico, a la forma de medición.

De esta manera, el control conductual puede medirse realizando preguntas directas que reflejen aspectos consistentes con la definición y conceptualizando la conducta en función del principio de compatibilidad (Fishbein y Ajzen, 2010). Por su parte, la medición de la autoeficacia requiere que los individuos respondan a una serie de elementos sobre los que evalúan la certeza que tienen de poder realizar una determinada conducta en distintos contextos y en relación a distintas categorías de comportamiento (Bandura, 1997). A pesar de tal distinción, se llegó a la conclusión de que las percepciones de control conductual y las expectativas de autoeficacia pueden ser medidos utilizando los mismos ítems alusivos a la especificidad de conducta, las posibles barreras percibidas para su despliegue, la percepción de control sobre el desempeño en el transcurso de su realización, su inclusión en una categoría de comportamientos y, por último, su orientación al logro de una meta (Fishbein y Ajzen, 2010).

Como alternativa a lo anterior, se acometieron distinciones empíricas entre los elementos que permiten evaluar la dificultad percibida de realizar un comportamiento (fácil- difícil), de aquellos que miden el control sobre su desempeño (Trafimow et al., 2002). Sin embargo, se concluyó que los elementos que aluden a la facilidad o dificultad tienden a cargar con mayor frecuencia en lo que teóricamente se conoce como autoeficacia (Fishbein y Ajzen, 2010), lo cual no se tradujo en una contribución a la tarea de delimitar los constructos en pugna, ni en un nivel teórico ni mucho menos en un nivel empírico.

Por tanto, se dirige la atención sobre los dos factores en que se separa el constructo de control conductual percibido, a saber, las expectativas de autoeficacia y control percibido. Sobre esto, se propone que tal distinción funciona de mejor manera

si cada uno de estos factores se denominan como capacidad y autonomía, respectivamente. Así, el primero haría referencia a la creencia de que el individuo es capaz de realizar un determinado comportamiento, incluyendo los juicios sobre la facilidad o dificultad percibida para realizarlo. Por otra parte, el segundo factor alude al grado de control sobre la realización del comportamiento, considerando en esto los juicios de que el desempeño de esta conducta depende de la agencia personal de quien la despliega. De lo anterior deriva, entonces, que ambos factores representan aspectos contenidos de manera latente en los dos constructos (Fishbein y Ajzen, 2010).

Se acomete un último intento de aclaración en función de la distinción que se realiza entre fuentes de control internas (habilidades y la fuerza de voluntad que se localizan de manera interna en el individuo) y fuentes de control externas (demandas de tareas o acciones que se ubican externamente) (Fishbein y Ajzen, 2010). En relación a esto se concluye que tanto el control conductual percibido como la autoeficacia son conceptualmente independientes del locus interno o externo, pero que ambos reflejan las creencias de las personas respecto de la presencia de las fuentes de control (Fishbein y Ajzen, 2010). Así, lo que realmente interesa respecto del constructo es que este refiere a la medida en que las personas creen que los factores de control están presentes y cómo se percibe que estos pueden facilitar o impedir la ejecución y el desempeño de la conducta en consideración. Esto último sugiere que serían las creencias respecto de los factores internos y externos las que determinarían el grado o nivel general del control conductual percibido sobre el desempeño de un comportamiento en específico. Nos referimos con esto a las creencias de control conductual, las cuales aumentan o reducen la capacidad percibida para realizar una

conducta y pueden basarse en experiencias pasadas respecto a dicho comportamiento, o pueden ser influenciadas tanto por información de segunda mano como por observaciones efectuadas a las experiencias de otros en relación a la conducta a desplegar (Fishbein y Ajzen, 2010).

Sobre la función que cumpliría en el modelo, el control conductual modera la relación existente entre la intención y la conducta. Fishbein y Ajzen (2010) sostienen que incluso si en una persona se constata una actitud positiva y una percepción favorable de la presión social en relación a un determinado comportamiento, esto podría no ser suficiente por sí solo para la formación de la intención y, de manera subsecuente, el despliegue de la conducta. Es más, si las actitudes y percepciones de la presión social apoyan el desempeño del comportamiento, cuanto mayor sea el control conductual percibido, más fuerte debería ser la intención de realizar el comportamiento en cuestión (Fishbein y Ajzen, 2010).

Finalmente, así como resulta posible obtener medidas directas del control conductual percibido al preguntar a las personas si creen que son capaces (o no) de realizar una conducta de interés, las creencias de control subyacentes se pueden obtener solicitando a los individuos que enumeren aquellos factores que creen les pueden facilitar o dificultar la realización de la conducta en cuestión (Fishbein y Ajzen, 2010). Además, para obtener datos cuantitativos sobre las creencias de control elicidadas, se puede pedir a las personas que respondan a preguntas que refieran a cada factor de control enunciado, con la finalidad de evaluar, por una parte, la fuerza de las creencias de control y, por otra, la potencia de dicha creencia en relación a si facilita o impide el desempeño de la conducta a medir (Fishbein y Ajzen, 2010).

Críticas y Desafíos al Marco Conceptual de Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planificada

A pesar de la efectividad de la TCP para explicar y predecir los comportamientos de las personas, esta teoría no ha estado exenta de críticas. Así, por ejemplo, Sniehotta et al. (2014) han propuesto que la Teoría de la Conducta Planificada debería “retirarse” en base a distintas aprehensiones, entre ellas; que la TCP tiene un foco exclusivo en la racionalidad, dejando de lado las influencias inconscientes y el rol de las emociones; que tiene una limitada validez predictiva; que no teoriza cómo cambian las cogniciones; que no ayuda a desarrollar intervenciones útiles, etc. Y, si bien en un primer momento estas afirmaciones podrían parecer un obstáculo para la utilización del modelo, Ajzen (2014) ha contraargumentado cada crítica.

En primer lugar, el autor ha sido constante en enfatizar que la TCP no propone que las personas son racionales o se comportan de manera racional, sino que solo estipula que las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido se generan razonablemente a partir de las creencias, sin importar cómo estas se formaron. En relación a la pérdida de validez predictiva, Ajzen responde, primeramente, que en ciertos casos esta se explicaría a raíz de diversos eventos que pueden ocurrir en el espacio temporal luego de la medición de la intención conductual y previo a la realización de la conducta; eventos que, finalmente, terminan modificando la intención previa. En segundo lugar, y ya no como un problema de la TCP, contesta que en otros casos se tiende a medir los constructos de la teoría con una cantidad limitada de ítems, lo cual también reduce la validez predictiva. Finalmente, con respecto a las últimas 2 críticas, Ajzen argumenta que la TCP no es una teoría abocada estrictamente al cambio conductual, sino que tiene como objetivo central explicar y predecir la

intención y el comportamiento de las personas. Sin perjuicio de lo anterior, la teoría puede servir como un buen marco de referencia para diseñar intervenciones efectivas, tal como lo demuestran estudios que la utilizaron para este propósito y encontraron fuertes efectos sobre los comportamientos (Jemmott et al., 1998; Murphy y Brubaker, 1990; Sanderson y Jemmott, 1996).

Desde otro punto de vista, según el principio de suficiencia de la teoría, esta debería tener la capacidad de predecir el desempeño de cualquier comportamiento considerando las intenciones para llevarlo a cabo y el correspondiente control conductual percibido. Por lo tanto, la inclusión de más elementos no debería mejorar la predicción de ninguna de las variables mencionadas (Fishbein y Ajzen, 2010). No obstante lo anterior, otros autores han propuesto que los elementos contenidos en la teoría pueden no ser suficientes para explicar la totalidad de las intenciones y acciones de las personas (Conner y Armitage, 1998). Considerando que la TCP fue desarrollada precisamente añadiendo los constructos del control conductual percibido a la teoría de la acción razonada original, y que el modelo integrativo continuó aquella tradición agregando las normas descriptivas a la TCP (Fishbein y Ajzen, 2010), los autores se muestran abiertos a la posibilidad de agregar nuevos constructos a la teoría, pero no sin entregar una serie de normas que consideran adecuadas a fin de mantener la parsimonia.

En primer lugar, las variables propuestas deben ser específicas al comportamiento, adecuándose al principio de compatibilidad y pudiendo ser definidas en términos de acción, objetivo, contexto y momento. En segundo lugar, debería ser posible concebir las variables propuestas como factores causales que determinan la intención y la acción, lo que implica que una modificación en la adición propuesta

debería ser capaz de producir un cambio en la intención o el comportamiento. En tercer lugar, las variables deberían ser conceptualmente independientes de los predictores existentes de la teoría y no ser redundantes. En cuarto lugar, el factor considerado debería ser, potencialmente, aplicable a un amplio rango de comportamientos estudiados por los científicos del área social. Finalmente, la variable propuesta debería mejorar de manera consistente la predicción de intenciones o comportamiento para formar parte definitiva de la teoría (Fishbein y Ajzen, 2010).

Por otro lado, una importante crítica metodológica versa sobre la validez de los cuestionarios como instrumentos de medición, ya que responderlos puede llevar a los participantes a considerar temas relacionados con la conducta estudiada que no habían sido salientes antes de responder, esto es, el cuestionario puede hacer salientes ciertas creencias conductuales, normativas o de control que no habrían sido accesibles de no haberse contestado el cuestionario. Ante esto, los autores reconocen que los instrumentos pueden influir en el fenómeno que están estudiando. Sin embargo, estas dificultades son parcialmente sorteadas al incluir una etapa de elicitación de creencias en formato de respuesta abierta (Fishbein y Ajzen, 2010). Asimismo, la preocupación por la presentación personal de los participantes puede llevarles a crear un grado de coherencia interna entre los componentes de la teoría que no existía antes de completar el cuestionario (Budd, 1987). No obstante, los intentos experimentales para confirmar este sesgo de consistencia no han sido concluyentes, por lo que se requiere más investigación al respecto (Fishbein y Ajzen, 2010). Por último, pedir a alguien estimar su conducta futura, es decir, medir una intención conductual determinada, puede impactar considerablemente la realización de dicha conducta. Así, por ejemplo, se ha visto que expresar la intención de comprar un auto

puede incrementar la conducta de compra (Morwitz et al., 1993). Los autores responden a estas críticas aludiendo a que no cuestionan realmente la validez predictiva de las intenciones, pues la correlación entre las intenciones y el comportamiento sigue siendo alta (Fishbein y Ajzen, 2010).

Hasta lo aquí expuesto, hemos intentado cubrir de la mejor manera posible los aspectos más relevantes de la Teoría de la Conducta Planificada. Nuestros esfuerzos se han centrado tanto en definir de manera global el modelo, como también en caracterizar cada constructo de manera particular. Finalizamos la referida exposición con algunas de las principales críticas dirigidas a esta línea teórica y, en la medida de lo posible, las respuestas que los autores han dado a estas. A continuación presentamos los resultados de los estudios analizados en nuestra revisión sistemática en la línea de la TCP y la utilización de mascarilla en la transmisión de enfermedades respiratorias contagiosas.

Revisión Sistemática de Investigaciones Relacionadas a Creencias, Actitudes, Norma Social Percibida, Control Conductual Percibido/Autoeficacia e Intención del Uso de Mascarilla en relación con enfermedades respiratorias contagiosas

Proceso de Búsqueda y Selección de Archivos

Para la revisión de literatura científica, nos centramos en realizar una indagación sistemática sobre lo existente en esta temática a nivel mundial para tener conocimiento sobre cómo y dónde se han estudiado las conductas preventivas, y en especial el uso de mascarilla, a la luz de los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada. La búsqueda fue realizada en las bases de datos Web of Science, SCOPUS y SciELO en tanto que la organización, delimitación y análisis de los

documentos se realizó a través de la plataforma privada Buhos (Bustos et al., 2018).

Los criterios para la inclusión de un texto fueron los siguientes:

1. Contiene constructos asociados a la Teoría de la Conducta Planificada (creencias, actitudes, norma social percibida, control conductual percibido/autoeficacia, intención)
2. Toma en consideración el uso de mascarilla o cobertura facial
3. Refiere a la prevención de la influenza, SARS o COVID-19
4. Fue publicado entre el año 2016 y 2021

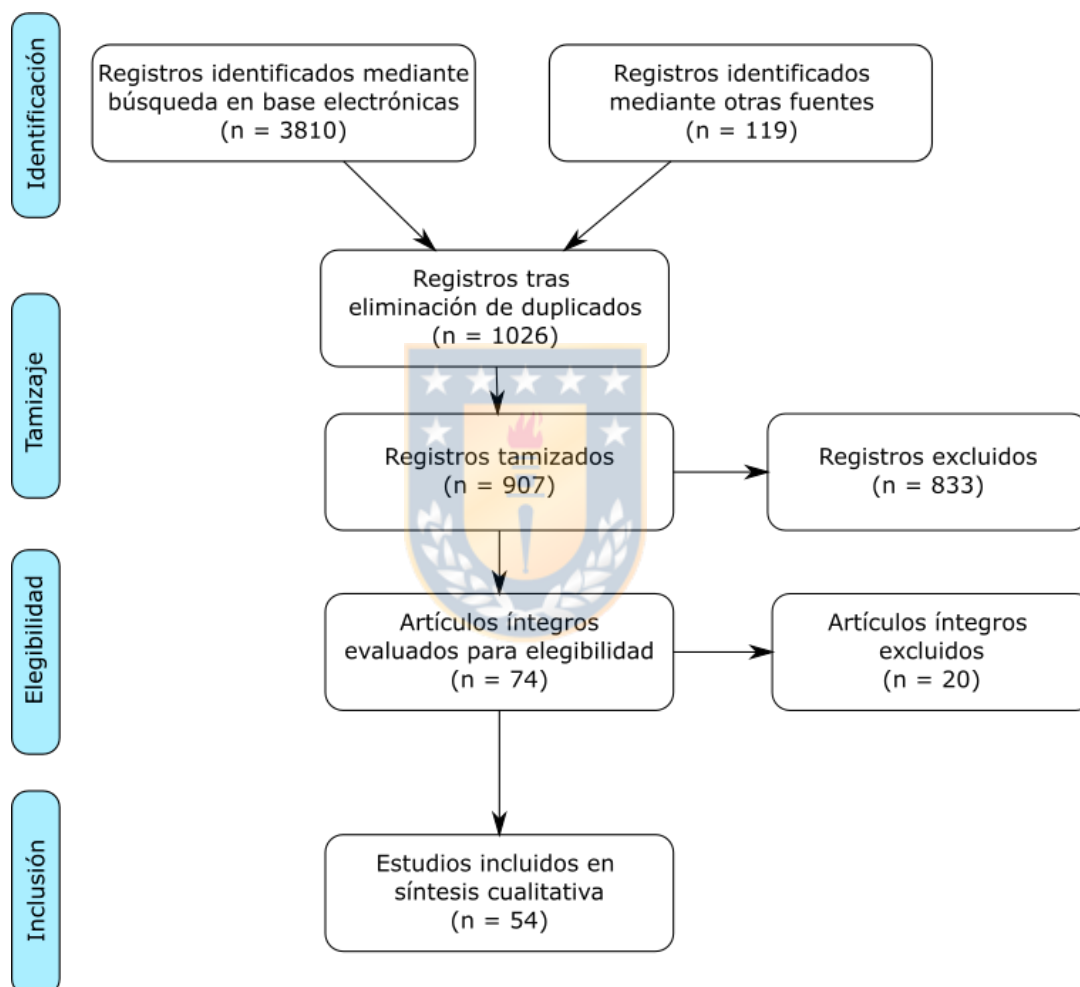
Como resultado de la búsqueda, terminada el día 13 de mayo de 2021, se identificó un total preliminar de 3.929 trabajos que cumplieron con los criterios preestablecidos, número que descendió a 1.026 luego de eliminar los duplicados. El proceso en detalle se grafica en el diagrama PRISMA (Moher et al., 2009) de la Figura 2.

De manera posterior, se realizó un primer proceso de tamizaje que incluyó la lectura del título y el resumen y una votación de inclusión/exclusión de estudios, la cual permitió la exclusión de un gran porcentaje de trabajos identificados que, a pesar de referir a alguno de los criterios de búsqueda, orientaban sus esfuerzos a líneas de investigación que no responden al sentido de nuestra propuesta. El procedimiento de votación se llevó a cabo de la siguiente manera: (1) cada uno de los 907 estudios fue asignado aleatoriamente y revisado por 3 personas de manera independiente; (2) fueron eliminados los artículos que obtuvieron 2 y 3 votos negativos; (3) fueron incluidos los artículos que obtuvieron 3 votos positivos; (4) los artículos que obtuvieron 2 votos positivos fueron revisados en conjunto por los investigadores para asegurar que cumplieran plenamente los criterios de inclusión. Como resultado de este proceso

se obtuvo un total de 74 estudios que, de manera íntegra, fueron objeto de la siguiente etapa de evaluación.

Figura 2

Diagrama prisma del proceso de revisión de literatura



De los 74 artículos elegidos en la fase previa, el total de estudios se redujo a la cifra de 54 documentos científicos al considerar en consenso que 20 documentos no cumplían con los criterios de inclusión. Los 54 artículos finales fueron incluidos para un subsecuente proceso de categorización. En este tercer y último proceso, llevado a cabo de manera rigurosa, escogimos un total de 11 investigaciones para un análisis

completo pormenorizado, mientras que las 43 restantes fueron seleccionadas para un mapeo generalizado de la información contenida. Los criterios para seleccionar a los textos de revisión completa fueron: (1) que tuvieran como fundamento la TCP y (2) que hablaran sobre el uso de mascarilla en contexto de enfermedades respiratorias contagiosas.

Con el fin de facilitar la organización de la información y obtener un documento final de nuestra revisión de literatura, completamos un formulario de análisis cualitativo de los resultados y aspectos relevantes de cada uno de los estudios seleccionados. El formulario de análisis para el mapeo incluyó los siguientes elementos: origen del estudio, enfoque de investigación, diseño, variables del estudio, participantes, instrumentos y resultados, en tanto que el formulario para la revisión del texto completo, además de los elementos anteriores, incluyó también procedimiento, análisis de datos y modelos teóricos utilizados. El reporte final de los resultados se encuentra en el siguiente enlace <https://osf.io/a96zh/>

País de Origen de la Investigación y Variables de Estudio Consideradas

Se contemplaron trabajos realizados en 27 países. De la cantidad total de estudios (n=54) seleccionados, la mayor parte fueron realizados en Asia, en donde se constató una concentración del 46,29% (n=25) del total de las investigaciones. Sobre dicho porcentaje, casi la mitad de esos estudios fueron realizados en la República Popular de China (n=12), mientras que los restantes tuvieron lugar en Rusia (n=1), Bangladesh (n=1), Arabia Saudita (n=1), Corea del sur (n=2), Hong Kong (n=1), India (n=1), Japón (n=2), Pakistán (n=3) y Vietnam (n=1).

A la mayoría antes identificada, le sigue en magnitud el conjunto de estudios realizados en Norteamérica. Lo anterior, en razón de que en dicho continente se

llevaron a cabo el 37,03% (n=20) del total de estudios, repartidos estos entre Estados Unidos (n=19) y Canadá (n=1).

Sobre las restantes investigaciones, sus realizaciones se distribuyeron entre los continentes de Europa, África y Oceanía. Así, en el continente europeo se identifican los estudios que tuvieron lugar en Alemania (n=2), Austria (n=1), Croacia (n=1), España (n=2), Francia (n=2), Italia (n=1), Polonia (n=3), Reino Unido (n=4), Rusia (n=1) y Suecia (n=1). Por su parte, en África se distinguen los estudios realizados en Etiopía (n=3), Ghana (n=1), Nigeria (n=1) y Uganda (n=1). Por último, entre los trabajos localizados en Oceanía se visualizan aquellos que tuvieron por sede Australia (n=2) y Nueva Zelanda (n=2). La organización de los estudios en relación al continente y, de forma específica, respecto del país en donde fueron desarrollados, nos permite vislumbrar la ausencia de formulaciones científicas en Sudamérica. Por otra parte, pese a que el estudio realizado por Bronfman et al. (2021) corresponde al único de tal carácter llevado a cabo en Chile, este fue publicado de manera posterior a la realización de nuestra revisión sistemática, razón por la cual no fue incluido en los datos entregados recién expuestos.

Ahora bien, con la finalidad de lograr una mejor visualización de las variables contempladas por los estudios en análisis, procedimos a la generación de las siguientes categorías: Intervenciones no farmacéuticas, Variables asociadas a la Teoría de la Conducta Planificada, Variables asociadas al Modelo de Creencias en Salud y Variables sociodemográficas. Por otra parte, y con el objeto de esclarecer las tendencias de cada región geográfica para la inclusión de las variables mencionadas, se establecieron las siguientes relaciones: Relación Entre Variables Referidas a Intervenciones No Farmacéuticas y País de Origen del Estudio, Relación Entre

VARIABLES ASOCIADAS A LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA Y PAÍS DE ORIGEN DEL ESTUDIO, RELACIÓN ENTRE VARIABLES ASOCIADAS AL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD Y PAÍS DE ORIGEN DEL ESTUDIO, RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PAÍS DE ORIGEN DEL ESTUDIO.

En resumen, la mayoría de los estudios fueron realizados en China y Estados Unidos, y hay escasez de investigación sobre la conducta de estudio en Sudamérica.

Relación Entre Variables Referidas a Intervenciones No Farmacéuticas y País de Origen del Estudio.

La adherencia al uso de mascarilla, el distanciamiento social, el lavado de manos y el adecuado hábito para toser figuran como las principales conductas que clasificamos como intervenciones no farmacéuticas. Se incluye en esta categoría a todas aquellas conductas que en algunos estudios no fueron especificadas, pero sí denominadas como conductas de prevención.

Como se observa, un 64,81% (n=35) del total de estudios incluyó como variable el comportamiento de adherencia al uso de mascarilla, en donde 20 de los 27 países lo contemplaron. Además, y a pesar de que un 28,57% de dichos trabajos tuvieron lugar solo en los Estados Unidos (n=10), el análisis por continentes muestra una distribución casi homogénea. Al respecto, del total de estudios que consideran el uso de mascarilla, Asia se adjudica un 34,28% (n=12), Europa un 25,71% (n=9) y Norteamérica un 31,42% (n=11).

En relación a los trabajos que incluyeron como variable de estudio a las restantes conductas categorizadas como intervenciones no farmacéuticas, para la conducta de distanciamiento social se identificaron solo estudios realizados en Norteamérica y Asia, en donde un 83,33% (n=5) del total tuvo lugar en Estados Unidos y solo un estudio fue llevado a cabo en la República Popular de China (n=1). Sobre el

lavado de manos, solo un trabajo realizado en Ghana (n=1) y otro en China (n=1) lo contemplaron como variable. Así también, se logra visualizar que para la conducta que refiere al adecuado hábito para toser se cuenta solo una investigación, la cual tuvo lugar en Corea del Sur (n=1).

Para cerrar esta categoría, de los estudios que contemplaron como variable las conductas generales de prevención (n=20), un 35% (n=7) del total tuvo lugar en Europa, un 25% (n=5) en Norteamérica, un 25% en Asia (n=5), un 10% (n=2) en Oceanía y un 5% (n=1) en África.

Se constata que la mayoría de los trabajos estudiaron como variable la adherencia al uso de mascarilla. Por otra parte, en cuanto a los estudios que contemplaron las conductas categorizadas como intervenciones no farmacéuticas, se constata que la mayoría de estos tuvieron lugar en Estados Unidos. Finalmente, los estudios que contemplaron las conductas generales de prevención, la mayoría fueron realizados en Europa, Norteamérica y Asia.

En síntesis, un 64% de los estudios se enfocó en la conducta de uso de mascarilla como variable exclusiva. Asimismo, el porcentaje de estudios que incluyeron la variable uso de mascarilla se repartió de manera relativamente homogénea entre Asia, Europa y Norteamérica.

Relación Entre Variables Asociadas a la Teoría de la Conducta Planificada y País de Origen del Estudio. Respecto de la categoría denominada Variables asociadas a la Teoría de la Conducta Planificada, se investigó cuál de los factores del modelo (creencias, actitudes, norma social percibida, control conductual percibido/autoeficacia e intención) fue el más y el menos utilizado como variable de estudio.

El constructo de Actitudes es el que se utiliza con mayor frecuencia, apareciendo en 37 trabajos como variable de estudio. En estos se consideraron aquellas actitudes evocadas hacia el SARS-CoV-2, actitudes sobre las medidas de prevención contra el virus, actitudes hacia la orden gubernamental de utilizar mascarilla, actitudes “anti-mascarilla” y, de nuestro interés, las actitudes hacia el uso de mascarilla.

En relación a la distribución geográfica de los estudios que contemplaron a la variable Actitudes, un 21,62% (n=8) tuvo lugar en Europa; un 29,72% (n=11) en Norteamérica; un 13,51% (n=5) en África; un 29,72% (n=11) en Asia y, finalmente, un 5,40% (n=2) en Oceanía. Como se aprecia en los datos, existe una concentración de investigaciones sobre actitudes tanto en Norteamérica —Estados Unidos (n=10) y Canadá (n=1)— como así mismo en Asia — China (n=4)—. Esto último nos da luces respecto de la importancia otorgada por la comunidad científica al estudio de las actitudes, por sobre otros constructos, en relación a la adopción de conductas de prevención en el marco de la emergencia sanitaria a nivel mundial.

En segundo lugar, se identificaron un total de 16 estudios que incluyeron como variable al constructo de Creencias. Dentro de estos, se distinguió la indagatoria realizada respecto de creencias relacionadas a la percepción de amenaza, creencias en la ciencia, creencias en teorías conspirativas y, foco de nuestro interés, creencias

sobre el uso de mascarilla ($n=6$). Así, del total de estudios ($n=16$), un 43,75% ($n=7$) fue realizado en Norteamérica, un 37,5% ($n=6$) en Asia, un 12,5% ($n=2$) en Oceanía y un 6,25% ($n=1$) en África. Un rápido análisis sobre los datos ordenados deja a la vista que el mayor porcentaje de estudios sobre creencias se concentró en Norteamérica, y sobre todo en Estados Unidos ($n=6$). Resulta llamativa la ausencia de investigaciones en Europa que consideren al referido constructo como variable de estudio.

Sobre las formulaciones que consideraron a la Norma social percibida, se contabilizó un total de 11 investigaciones que la incluyeron como variable. De ese total, un 45,45% ($n=5$) correspondió a Norteamérica, todos de EEUU; un 45,45% ($n=5$) correspondió a Asia, distribuidos entre China ($n=1$), Corea del Sur ($n=2$), Japón ($n=1$) y Pakistán ($n=1$); y un 9% ($n=1$) tuvo lugar en Europa, específicamente en España. Como se deduce a partir de los datos expuestos, ni en África ni en Oceanía se registran investigaciones que contemplen a la norma social percibida como variable de estudio.

Ahora bien, puesto que desde una perspectiva teórica la Autoeficacia y el Control conductual percibido son concebidos prácticamente como sinónimos, las investigaciones que contemplaron a dichos constructos como variable de estudio pueden ser objeto de un análisis compartido. Sobre el primero de los constructos, se distinguieron variables alusivas a la percepción de autoeficacia en relación al uso de mascarilla, eficacia de respuesta frente al COVID-19 e, incluso, la autoeficacia percibida por mujeres embarazadas en relación al SARS-CoV-2. Respecto del control conductual percibido, los estudios que incluyeron a dicha variable lo hicieron en relación a la capacidad percibida para utilizar la mascarilla. Del total de trabajos que fueron identificados ($n=11$), un 54,5% ($n=6$) tuvo lugar en Asia, específicamente, en

China (n=4) y Corea del Sur (n=2). Además, nuevamente Estados Unidos concentra gran porcentaje de investigaciones: un 45,45% (n=5) del total tuvo lugar en el referido país, enfocando sus esfuerzos en el estudio del constructo de autoeficacia. Por añadidura, todo lo anterior devela la inexistencia de estudios que contemplaran las variables antes mencionadas en Europa, África y Oceanía.

Por último, finalizando con esta categoría, del total de investigaciones (n=8) que consideraron al constructo de Intención como variable de estudio, el 50% (n=4) fue realizado en la República Popular de China, un 37,5% (n=3) en Estados Unidos y un 12,5% (n=1) en Etiopía, distinguiendo la ausencia de formulaciones que indaguen sobre la intención de las personas en Europa y Oceanía.

En conclusión, el constructo de actitud fue estudiado con mayor frecuencia que la norma social percibida y el control conductual percibido. En particular, fue estudiado con mayor frecuencia en Norteamérica y Asia. Además, 16 estudios investigaron las creencias, de los cuales la mayoría fueron realizados en Norteamérica. Finalmente, los estudios sobre la norma social percibida (n=11) fueron realizados principalmente en Norteamérica y Asia, mientras que la mayoría de los estudios sobre control conductual percibido/autoeficacia (n=11) fueron realizados en Asia.

Relación Entre Variables Asociadas al Modelo de Creencias en Salud y País de Origen del Estudio. Dada la importancia que ha tenido este modelo en la línea investigativa aquí presente y su relación habitual con la TCP, nos limitaremos a entregar una somera conceptualización del mismo. Dicha teoría nos dice que las acciones preventivas que se llevan a cabo (o no) son una función de factores tales como: la preocupación general de un individuo por su salud: el riesgo que percibe de adquirir una enfermedad: la severidad percibida de dicha enfermedad: la relación

beneficios-costos de realizar la acción preventiva en tanto barreras o facilitadores psicosociológicos: y las señales o indicadores de información-acción que focalizan la atención de la persona en conductas preventivas (Páez et al., 1994). Ahora, para dar lugar al análisis de los factores que fueron agrupados dentro de la categoría Variables asociadas al Modelo de Creencias en Salud, se investigó sobre cuál de los constructos pertenecientes al modelo (Barreras percibidas, Beneficios percibidos, Susceptibilidad percibida, Severidad percibida y Señales para la acción) fue el más y el menos estudiado.

De esta manera, en los estudios constatados se incluyeron tanto a las barreras como a los beneficios percibidos en relación a las medidas de distanciamiento social, del uso de mascarilla y, en general, todos los alusivos a la adherencia a conductas de prevención en salud frente al COVID-19. Del total de estudios que contemplaron el constructo Barreras percibidas (n=6), un 50% (n=3) se realizó en Asia, específicamente en Arabia Saudita (n=1) y China (n=2); un 33,3% (n=2) en Norteamérica, todos en Estados Unidos; y un 16,6% (n=1) en Europa, en específico, en España.

De manera similar, de la cantidad total de investigaciones que incluyeron como variable al constructo Beneficios percibidos (n=4), el 50% (n=2) se realizó en Norteamérica, específicamente en Estados Unidos. Sobre el restante 50% (n=2), este se distribuye en Asia, identificando a China (n=1) y a Pakistán (n=1) como las respectivas sedes de estudio.

Respecto de las investigaciones que incluyeron al constructo de Susceptibilidad percibida (n=4), un 75% (n=3) se desarrolló en Estados Unidos y un 25% en China (n=1). De manera idéntica, las investigaciones que incluyeron al constructo de Severidad percibida (n=4), un 75% (n=3) se realizó en Norteamérica y un 25% (n=1) en

Asia. Por último, para el constructo Señales para la acción se identificó sólo un estudio (n=1), llevado a cabo en Asia, específicamente, en la República Popular de China.

La observación de los datos antes expuestos nos permite concluir la ausencia de investigaciones en África y Oceanía que incluyan al conjunto de variables asociadas al Modelo de Creencias en Salud. Adicionalmente, se puede mencionar que los estudios que incluyeron al Modelo de Creencias en Salud se repartieron equitativamente entre China y Estados Unidos.

Relación Entre Variables Sociodemográficas y País de Origen del Estudio. Para ir finalizando el apartado, hemos de remitirnos a la revisión de la categoría Variables sociodemográficas, la cual contempla a aquellos estudios que incluyeron algún factor referido a sexo, edad, estado civil, nivel académico, ingresos económicos, condiciones laborales, etc., de manera conjunta o individual. En ese sentido, de la cantidad total de estudios que incluyeron algún factor sociodemográfico como variable (n=21), un 33,3% (n=7) se realizó en Norteamérica, un 28,5% (n=6) en Asia, un 19% (n=4) en Europa, un 14% (n=3) en África y un 4,7% (n=1) en Oceanía.

Enfoques y Diseño de Investigación

Antes de describir los resultados en relación a los enfoques y diseños de investigación del análisis realizado se hace necesario señalar que, para los estudios donde no se explicitó el diseño de investigación adoptado, este fue deducido a partir de la información proporcionada por el título, objetivo del estudio, método, análisis de los resultados y discusión. Además, y en la misma dinámica, los trabajos en los que se encontró al menos un análisis correlacional entre las variables investigadas, y sin embargo no especificaron su diseño, fueron considerados como estudios

correlacionales. Por último, decidimos incorporar únicamente investigaciones cuantitativas en la Tabla 1 debido a que solo encontramos un estudio cualitativo.

Tabla 1

Diseño de investigación de los estudios cuantitativos

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	TRANSVERSAL	LONGITUDINAL	TOTAL
CORRELACIONAL	44	1	45
DE PANEL	0	1	1
DE TENDENCIAS	0	1	1
DESCRIPTIVO	3	0	3
OBSERVACIONAL	1	0	1
EXPLORATORIO	2	0	2
TOTAL	50	3	53

Del total de estudios revisados (n= 54), la mayoría tienden a adoptar un enfoque cuantitativo (98,15%; n=53). A su vez, como se muestra en la Tabla 1, dentro de este enfoque se constata una mayor frecuencia de diseños transversales (94,34%; n=50) y correlacionales (84,91%; n=45), evidenciados en un 83,02% (n=44) de los estudios. Por otro lado, los estudios transversales de tipo descriptivo (5,66%; n=3), observacional (1,89%; n=1) y exploratorio (3,77%; n=2) son escasos. En contraste a

los diseños transversales, la cantidad de estudios longitudinales es reducida, encontrándose solamente un 5,66% (n=3) presente en la literatura revisada, de los cuales uno es de tipo correlacional (33,33%), uno es de tendencias (33,33%) y uno de panel (33,33%). En resumen, la gran mayoría de los estudios revisados adoptó un enfoque cuantitativo con diseño transversal y correlacional.

Respecto del único estudio cualitativo, este fue de tipo transversal descriptivo y se enfocó en describir las creencias de enfermeras de distintos países con respecto a las mascarillas.

Análisis de Población, Muestra y Muestreo

Se constató una gran dispersión entre los tamaños de las muestras de los estudios revisados, siendo la más pequeña de 118 y la mayor de 22.005 participantes. En consecuencia, y a fin de comparar los datos de forma eficaz, estos se organizaron dentro de 6 intervalos establecidos en función de la cantidad de participantes: [100-500[; [500-1.000[; [1.000-1.500[; [1.500-2.000[; [2.000-7.000[; [7.000<[. Así, se obtiene una media de 2.296,59, una mediana de 951 y una desviación estándar de 4.392,83.

Se determinó que un 27,77% (n=15) de los estudios contó con una muestra constituida por más de 100 y menos de 500 participantes; un 22,22% (n=12) de los estudios contó con una muestra constituida por 500 o más participantes y menos de 1.000; un 22,22% (n=12) de los estudios contó con una muestra constituida por 1.000 o más participantes y menos de 1.500; un 3,70% (n=2) de los estudios contó con una muestra formada por 1.500 o más participantes y menos de 2.000; un 14,81% (n=8) de los estudios contó con una muestra formada por 2.000 o más participantes y menos de

7.000; y, finalmente, un 9,25% (n=5) de los estudios contó con una muestra superior a los 7.000 participantes.

De esta manera, se constata que existe una tendencia a trabajar con muestras inferiores a los 1.000 participantes, encontrándose un 50% (n=27) de los estudios dentro de esta categoría y, específicamente, teniendo un 27,77% (n=15) de estos una muestra menor a 500 participantes, siendo este el intervalo de mayor envergadura. A la vez, existe gran variabilidad en el tamaño de la muestra de aquellos estudios con más de 2.000 y menos de 7.000 participantes; el menor de ellos trabajó con 2.078 personas y el mayor con 4.087. Finalmente, la dispersión aumenta al considerar los estudios con más de 7.000 participantes, habiendo trabajado el más pequeño de estos con 7.658 individuos y el mayor habiendo recogido datos de 22.005 personas.

En relación al tipo de población que constituye las diferentes muestras, un 75,92% (n=41) de los estudios afirmó haber seleccionado a individuos de la población general. Por otra parte, un 7,40% (n=4) de los estudios incluyó solo a estudiantes de algún grado académico u otro, mientras que un 5,55% (n=3) incluyó exclusivamente a trabajadores de algún rubro. Finalmente, un 11,11% (n=6) de los estudios empleó criterios específicos que no se enmarcan dentro de los ya mencionados, tales como considerar exclusivamente a mujeres embarazadas, hombres, minorías pertenecientes a Asia del Sur, individuos de más de 60 años o adultos infectados con COVID-19.

De lo anterior se desprende que en la gran mayoría de los estudios se opta por trabajar con individuos representativos de una población general sin establecer mayores criterios de exclusión, mientras que en los casos en donde se selecciona a individuos de características específicas, los grupos con los que más se trabaja son los estudiantes y los trabajadores de algún rubro, respectivamente.

Respecto a la forma de establecer el contacto con la muestra, un 64,81% de los estudios (n=35) recurrió a internet. En este sentido, el reclutamiento de participantes voluntarios en línea es una herramienta muy utilizada en la investigación. En específico, se constató que, de manera exclusiva, un 9,25% (n=5) de los estudios utilizó Amazon MTurk, un 7,40% (n=4) utilizó Qualtrics y un 7,40% (n=4) utilizó Prolific, mientras que un 18,51% (n=10) de los estudios recurrió a otros servicios de carácter similar tales como Ipsos, Macromill Embrain, Questionnaire Star, Social Science Research Solutions, Respondi, YouGov, Lucid y Cross Marketing. Por otra parte, los servicios de correo electrónico y las redes sociales como Facebook, WhatsApp, WeChat, Sina Weibo y otras de tipo local, también constituyen una alternativa viable para la consecución de la mencionada tarea, siendo empleadas por un 18,51% (n=10) de los estudios. Cabe destacar que un trabajo de gran envergadura empleó el servicio Qualtrics en conjunto con redes sociales, por lo que fue considerado en una categoría propia y representa un 1,85% (n=1) de las investigaciones en cuestión. Por otra parte, se observa que un 14,81% (n=8) de los estudios contactó a sus participantes de manera presencial, a la vez que un 3,70% (n=2) lo hizo utilizando aquel método junto al contacto por internet. Finalmente, un 1,85% (n=1) de los estudios revisados empleó una encuesta telefónica, mientras que en un 18,51% (n=10) no se entregó información en detalle acerca del método empleado para contactar a su muestra.

Al tomar en cuenta el carácter del contexto mundial de emergencia sanitaria, la utilización de internet para llevar a cabo el trabajo científico se configura como una opción más viable que el contacto presencial, este último utilizado solo por un margen reducido de estudios.

Respecto al tipo de muestreo empleado por los estudios revisados pudimos determinar que la mayoría de los estudios, a saber, un 64,81% (n=35), empleó un muestreo de tipo no probabilístico, como bola de nieve, conveniencia y/o por voluntarios, mientras que un 9,25% (n=5) de los estudios declaró específicamente haber empleado un muestreo probabilístico. Por otra parte, el 25,92% (n=14) restante no entregó detalles acerca del muestreo que utilizó.

A modo de resumen, existió una gran dispersión entre los tamaños de las muestras de los estudios, en donde el mayor porcentaje lo constituyen muestras compuestas por entre 100 y 500 participantes. Igualmente, la mayoría de los estudios se realizaron en población general; la mayoría de los estudios contactaron a los participantes a través de internet (18,5% lo hizo a través de servicios de correo electrónico y redes sociales); y la mayoría de los estudios empleó un muestreo de tipo no probabilístico.

Análisis de Instrumentos

Se llevó a cabo un análisis de los instrumentos utilizados por los estudios para evaluar sus variables en función del origen de estos. Se constató que un 62,96% (n=34) de los estudios desarrolló instrumentos propios, los que estaban compuestos por cuestionarios para evaluar diferentes aspectos de los participantes, tales como sus datos sociodemográficos, sus actitudes respecto al uso de mascarilla, su tendencia política, entre otros. Asimismo, un 9,25% (n=5) de los trabajos declararon haber adaptado algún instrumento preexistente para fines propios, mientras que un 11,11% (n=6) empleó exclusivamente instrumentos estandarizados y no originales. Un 3,70% (n=2) de los estudios utilizó simultáneamente instrumentos originales y preexistentes, a la vez que un 1,85% empleó instrumentos preexistentes adaptados con fines propios

(n=1). Finalmente, un 11,11% (n=6) de las investigaciones no entregó detalles esclarecedores en relación al instrumento empleado.

Lo expuesto indica que existe una tendencia a confeccionar instrumentos originales para llevar a cabo las mediciones correspondientes, y que el porcentaje de estudios que emplean instrumentos preexistentes es reducido. En ocasiones, se observa además la adaptación de instrumentos preexistentes y su utilización en conjunto a instrumentos propios, todo en función de los propósitos de cada estudio.

Análisis de Procedimientos

De todos los documentos contemplados en nuestra revisión, llegamos al consenso final de profundizar en detalle sobre un total de 11 estudios (Barile et al., 2021; Callow et al., 2020; Chung et al., 2018; H. Duong et al., 2021; Fielmua et al., 2021; Fisher et al., 2020; Irfan et al., 2021; Kim et al., 2020; Lee, 2021; Thoma et al., 2021; M. Zhou et al., 2021). El criterio para seleccionarlos respondió a que estos tuvieran como fundamento la Teoría de la Conducta Planificada o varios de sus constructos como eje central, y que relacionaran dicha línea teórica con la conducta preventiva del uso de mascarilla en enfermedades respiratorias contagiosas tales como la Influenza, el SARS o el COVID-19.

Se encontró que 8 de los 11 estudios, al haberse realizado casi todos en tiempos de pandemia, utilizaron como metodología central diversos tipos de encuestas en línea, en tanto que solo 2 se desarrollaron presencialmente a través de observación y entrevista directa.

Respecto de los modelos teóricos más utilizados como fundamento de estas investigaciones, destaca la Teoría de la Conducta Planificada, siendo implementada en 9 de los 11 documentos. En los 3 trabajos restantes, la TCP se utiliza en conjunto con

el Modelo de Creencias en Salud (MCS), por lo que podríamos concluir que, cuando se trata de estudiar, explicar y/o predecir conductas en salud, estos parecen ser los modelos predominantes. De cualquier forma, una característica común en los estudios revisados es la inclusión de más de un modelo teórico (o aspectos de modelos teóricos) para el análisis de sus respectivos propósitos, y así, además de la TCP y el MCS, figura el empleo del Modelo Integrativo de Predicción de la Conducta (1 estudio), el Modelo de Procesamiento Dual (1 estudio), la Teoría de la Autodeterminación (1 estudio) y dos estudios que incluyen múltiples modelos teóricos de otras corrientes. En línea con lo anterior, podemos establecer que las teorías sociales- cognitivas son las predilectas a la hora de estudiar el comportamiento y las creencias humanas.

Si bien, la TCP fue utilizada en 9 estudios, la razón por la cual nuestra revisión en profundidad abarcó 11 documentos responde a que, en los 2 restantes, apreciamos que al menos uno o más constructos específicos de la teoría fueron abordados como eje central de dichas investigaciones y nos reportan conclusiones de utilidad.

En cada estudio se realizaron diversos análisis estadísticos para obtener y relacionar sus resultados, en los que se emplearon diferentes softwares para cumplir con dichos fines.

Así, se identifica que en 4 estudios se utilizó SPSS, mientras que en 2 estudios se utilizó AMOS. Por otra parte, los softwares R 4.0.1, SAS, JASP y Mplus fueron utilizados en un estudio cada uno. Por último, solo un trabajo no especificó el software empleado.

En síntesis, 8 de los 11 estudios, seleccionados para el análisis de procedimientos, utilizaron como metodología encuestas en línea. Además, el modelo

teórico más utilizado como fundamento teórico fue la Teoría de la Conducta Planificada.

Análisis de Resultados

Resultados del Mapeo.

El análisis de los resultados del mapeo arroja luz sobre las relaciones constatadas entre las variables de interés y la importancia predictiva de cada una de ellas sobre el uso de mascarillas.

Actitudes. Los resultados del mapeo nos ofrecen nociones sobre las relaciones constatadas entre la variable actitud y los antecedentes sociodemográficos alusivos al género, la edad, el nivel educativo, la zona de residencia, la ocupación e, incluso, la orientación política de los participantes.

En primer lugar, diversos estudios reportan mejores actitudes hacia el uso de mascarilla o conductas de prevención en participantes mujeres (Al Naam et al., 2021; Galasso et al., 2020; Izhar et al., 2021), de mayor edad (Al Naam et al., 2021; Izhar et al., 2021) y con mayor nivel educativo (Al Naam et al., 2021). Asimismo, existe cierta evidencia de que vivir en áreas rurales (Izhar et al., 2021) y estar empleado (Al Naam et al., 2021) se relaciona con actitudes positivas hacia tales conductas.

Desde el ámbito profesional de la salud, tanto estudiantes de medicina (Matusiak et al., 2020) como trabajadores de esta área presentaron actitudes positivas hacia el uso de mascarilla (Singh et al., 2020). Sobre los primeros, el estudio mostró que los estudiantes de medicina usaron mascarillas con mayor frecuencia y por más tiempo que los estudiantes de otras carreras.

En cuanto a la prevalencia de las actitudes, todos los estudios, excepto uno, reportaron actitudes mayoritariamente positivas hacia el uso de mascarilla (M. Duong

et al., 2021; Izhar et al., 2021; Marendic et al., 2020; Reuben et al., 2021; Sikakulya et al., 2021; Wong et al., 2020; Xu y Cheng, 2021). Sin embargo, en el estudio que constató actitudes mayoritariamente negativas, estas no estuvieron relacionadas con la práctica de las conductas, esto es, a pesar de las actitudes negativas, los participantes se adherieron al uso de mascarilla y demás prácticas preventivas (Rahman et al., 2020).

La masculinidad también ha sido estudiada desde el punto de vista de las actitudes y las conductas de salud. En este caso, se ha documentado que cumplir con las normas masculinas tradicionales contribuye a formar actitudes negativas hacia el uso de mascarilla (Mahalik et al., 2021).

Otra variable estudiada por los investigadores ha sido la orientación política. A este respecto, en Estados Unidos se han asociado las actitudes positivas hacia el uso de mascarilla con tendencias políticas liberales (Xu y Cheng, 2021).

En general, los estudios coinciden en que las actitudes son un fuerte predictor de la adopción de conductas de prevención y del uso de mascarilla (Azene et al., 2020; Marendić et al., 2020; Reuben et al., 2021; Taylor y Asmundson, 2021; Wondimu et al., 2020; Xu et al., 2020). Así, por ejemplo, un trabajo realizado en Etiopía mostró que las personas con actitudes favorables hacia las medidas preventivas tuvieron una probabilidad 2,54 veces mayor de adherirse a ellas (Azene et al., 2020); y otra investigación llevada a cabo en Croacia reveló que las actitudes fueron un predictor más importante que los conocimientos en el uso de equipos de protección personal (Marendić et al., 2020). Otro estudio identificó que el no uso de mascarilla estuvo relacionado con actitudes negativas determinadas por las creencias de que estas son inefectivas y por la reactancia psicológica (Taylor y Asmundson, 2021).

Norma social percibida. Los resultados del mapeo nos permiten constatar la atención puesta por los investigadores al estudio de la norma social percibida y su relación con la conducta de medidas preventivas contra el SARS-CoV-2.

La literatura sobre las normas sociales y el uso de mascarilla es escasa. Dentro de todos los textos comprendidos en nuestro mapeo, solamente uno — realizado en Japón— incluyó a las normas en su análisis. Para ser exactos, este estudio se enfocó en la percepción sobre la conformidad a las normas sociales. Los investigadores encontraron una correlación fuerte entre la percepción de las normas y el uso de mascarilla (Nakayachi et al., 2020).

Autoeficacia. Los resultados del mapeo nos permiten constatar la atención puesta por los investigadores al estudio de la autoeficacia y su valor predictivo sobre conductas de prevención, en específico al uso de mascarilla.

A diferencia de las actitudes, los resultados sobre la autoeficacia son contradictorios. De los 6 estudios presentes en el mapeo, 4 encontraron una relación positiva significativa entre la autoeficacia y el uso de la mascarilla o las conductas de prevención (Berg y Lin, 2020; Koebele et al., 2021; Niu et al., 2020; Roberts y David, 2021). La autoeficacia se asoció a la probabilidad de usar siempre mascarilla (Koebele et al., 2021), y también se correlacionó positivamente con el compromiso en las conductas de prevención (Berg y Lin, 2020; Roberts y David, 2021). Sin embargo, los 2 estudios restantes no mostraron una relación significativa (Mo et al., 2021; Rui et al., 2021). En una investigación de 6 oleadas (6 wave survey) realizada en China, la autoeficacia se asoció significativamente a la conducta únicamente en la primera oleada (Rui et al., 2021). En la misma línea, un estudio encontró que la autoeficacia — con respecto a contagiarse uno mismo o contagiar a otros de la enfermedad— no se

asoció de manera estadísticamente significativa al uso de mascarilla (Mo et al., 2021).

Creencias. Los resultados del mapeo nos permiten constatar que existe una gran variabilidad entre las creencias asociadas al uso de mascarilla.

Se ha hablado de creencia en la ciencia (Stosic et al., 2021), creencias basadas en ideas equivocadas sobre la prevención (Hornik et al., 2021; Wong et al., 2020), creencias apocalípticas sobre el COVID-19 (Resnicow et al., 2021) y creencias conspirativas (Resnicow et al., 2021; Prichard y Christman, 2020). En términos generales, estos estudios sugieren que la confianza en la ciencia está positivamente asociada a las conductas de prevención, mientras que las creencias basadas en ideas equivocadas, las creencias apocalípticas y las creencias conspirativas están negativamente relacionadas a dichas conductas.

Por otra parte, existen estudios realizados en el marco del Modelo de Creencias en Salud que han examinado las creencias de severidad y susceptibilidad percibida (Bressington et al., 2020; Tong et al., 2020). Resulta de particular interés un trabajo cualitativo multicéntrico sobre creencias de salud realizado en enfermeros/as, que investigó creencias sobre el modo de transmisión del patógeno, la duración del uso y el manejo general de la mascarilla, y encontró diferencias sustantivas dentro de y entre los países participantes (Omura et al., 2020).

Las creencias sobre la eficacia de las mascarillas fueron estudiadas con mayor frecuencia que cualquier otra. En el marco de la TCP, estas creencias pueden clasificarse como creencias conductuales o expectativas de resultados, pues apuntan a la capacidad de las mascarillas para prevenir el contagio de la enfermedad. En particular, 5 estudios trabajaron con dichas creencias explícitamente (Gray et al., 2020; Kantor y Kantor, 2020; Natnael et al., 2021; Omura et al., 2020; Shahnaz et al., 2020).

Los resultados apoyan la idea de que creer en la eficacia de las mascarillas está relacionado positivamente con su uso y con la adherencia a conductas de prevención (Gray et al., 2020; Kantor y Kantor, 2020; Natnael et al., 2021).

El vínculo entre las creencias y las autoridades fue recurrente en la literatura consultada (Margraf et al., 2020; Mata et al., 2021; Prichard y Christman, 2020; Resnicow et al., 2021; Tong et al., 2020). La confianza en las instituciones gubernamentales se asoció tanto de forma positiva como negativa con la adherencia a las conductas de protección (Prichard y Christman, 2020; Tong et al., 2020), no obstante, en un estudio no se relacionó de significativamente (Mata et al., 2021). De manera preliminar, se ha sugerido que estas discrepancias podrían ser explicadas por el efecto moderador de la orientación política sobre la relación entre la confianza en la autoridad y las prácticas de prevención (Prichard y Christman, 2020). Así, en EEUU la confianza en las autoridades estuvo relacionada con el conservadurismo y el apoyo a Donald Trump, quien personalmente ha rechazado el uso de la mascarilla (Prichard y Christman, 2020). Las diferencias en la orientación política y en los gobiernos podrían explicar estas diferencias, pero se requiere más investigación al respecto. En la línea de las normas, también se han estudiado las normas de masculinidad, y se ha observado una relación negativa entre la identificación con las normas tradicionales masculinas y el uso de mascarilla (Palmer y Peterson, 2020).

Por último, solo un estudio hizo alusión a las creencias de control, entendidas como la facilidad percibida para implementar la conducta de prevención. En este caso, la conveniencia de usar mascarilla —es decir, la facilidad para implementar la medida— se relacionó con la implementación de medidas no farmacéuticas (Kantor y Kantor, 2020).

En síntesis, hubo un mayor énfasis puesto en el estudio de la actitud como constructo, encontrándose actitudes mayoritariamente positivas en relación a las distintas variables sociodemográficas contempladas en la literatura. En contraste, existió un menor énfasis puesto en el estudio de los constructos de norma social percibida y autoeficacia. Respecto del estudio de la autoeficacia, se hallaron resultados contradictorios. Además, se constató una gran variabilidad de creencias dentro de los estudios del mapeo, siendo la más estudiada la creencia sobre de la eficacia de las mascarillas.

Resultados de la Revisión de Texto Completo.

Relación entre las Variables Predictoras y la Intención Conductual (Variables-Intención). En la revisión de texto completo, 9 de las 11 investigaciones estudiaron la relación de las actitudes, norma social percibida y control conductual percibido/autoeficacia, y la intención conductual (relación variables-intención). De esos 9, 7 estudiaron en específico la intención de usar mascarilla, mientras que 2 analizaron la intención de realizar conductas de prevención de modo general, dentro de las cuales se encuentran el uso de mascarilla, el distanciamiento social, quedarse en casa, entre otras.

La literatura sobre la relación variables-intención de usar mascarilla no es del todo homogénea. Dos estudios encontraron una asociación significativa entre las tres variables predictoras y la intención conductual. Así, en el estudio de Chung et al. (2018) —realizado en el contexto de la influenza—, las actitudes ($\beta=0,23$, $p<0,01$), la norma social percibida ($\beta=0,21$, $p<0,01$) y el control conductual percibido ($\beta=0,46$, $p<0,01$) tuvieron un efecto positivo y significativo sobre la intención de usar mascarilla. De un modo similar, el estudio de Barile et al. (2020) —realizado esta vez en el contexto

de pandemia por COVID-19— encontró una correlación significativa y positiva de las actitudes, norma social percibida y autoeficacia con la intención. A diferencia de estos estudios, en H. Duong et al. (2021) solo las actitudes y la norma social percibida, y no la autoeficacia, tuvieron un efecto significativo sobre la intención.

El texto de Kim et al. (2020) investigó el impacto que ha tenido el uso de mascarilla durante la pandemia por COVID-19 en las actividades recreativas de los ciudadanos surcoreanos. Las actividades recreativas fueron agrupadas en actividades físicas (p. ej., ir al gimnasio) y actividades no físicas (p. ej., visitar un café). El uso de mascarilla se midió con una escala de tres puntos compuesta por las categorías: siempre, a veces y nunca. En cuanto a las actividades físicas, las actitudes influyeron significativamente en la intención conductual de quienes usaron la mascarilla siempre ($\beta=0,27$, $p<0,01$, 1,7%, $R^2=0,17$), a veces ($\beta=0,26$, $p<0,01$, 0,7%, $R^2=0,07$) y nunca ($\beta=0,42$, $p<0,01$, 2,2%, $R^2=0,22$), en orden decreciente. En este grupo, el control conductual percibido solo influyó en la intención de quienes usaron siempre la mascarilla ($\beta=0,25$, $p<0,01$). En cuanto a las actividades no físicas, las actitudes se asociaron significativamente con la intención conductual de quienes usaron la mascarilla siempre ($\beta=0,32$, $p<0,01$, 2,0%, $R^2=0,20$), a veces ($\beta=0,29$, $p<0,01$, 1,4%, $R^2=0,14$) y nunca ($\beta=0,26$, $p<0,01$, 0,9%, $R^2=0,09$), en orden decreciente. Esta vez, el control conductual se asoció significativamente a la intención solo en los grupos que siempre ($\beta=0,21$, $p<0,01$) y a veces ($\beta=0,18$, $p<0,04$) usaron mascarilla. La Tabla 2 muestra las correlaciones de las variables de la TCP presentadas en las investigaciones de la revisión.

Tabla 2

Correlaciones de actitudes, norma social percibida, control conductual percibido, autoeficacia e intención conductual

Estudio	Variable dependiente	Actitudes	Norma social percibida	Control conductual percibido	Autoeficacia
H. Duong et al., 2021	Intención de usar mascarilla	r=0,660**	r=0,700**	-	r=0,460**
Lee, 2021	Intención de tomar acciones preventivas	-	r=0,738***	-	r=0,736***
Chung et al., 2018	Intención de usar mascarilla	r=0,450***	r=0,390***	r=0,570***	-
Irfan et al., 2021	Disposición a usar mascarilla (intención)	r=0,417 ^{Sl}	r=0,571 ^{Sl}	-	-

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, Sl=sin información

Los análisis de Irfan et al. (2021) y M. Zhou et al. (2021) tienen en común haber utilizado las variables de la TCP de manera parcial o modificada. Por ejemplo, en M. Zhou et al. (2021) se empleó la Teoría Unificada de Aceptación y Uso de Tecnología (UTAUT). La UTAUT mide la intención conductual, pero plantea sus constructos explicativos basándose en múltiples teorías de la conducta, tales como el Modelo de Aceptación de Tecnología (TAM), la Teoría Sociocognitiva o la TCP. Su variable “influencia social” se fundamenta en la norma social percibida, y la variable “condiciones facilitadoras” está inspirada en el control conductual percibido. Además, la variable “expectativas de la conducta” (performance expectancy) se asemeja considerablemente a las creencias conductuales, y las “expectativas del esfuerzo” (effort expectancy) son muy similares a las creencias de control. Habiendo aclarado estas similitudes, los resultados del estudio evidencian que las expectativas de la conducta ($\beta=0,55$, $p<0,001$), las expectativas del esfuerzo ($\beta=0,45$, $p<0,001$) y la influencia social ($\beta=0,25$, $p<0,001$) están asociadas de manera significativa a la intención de usar mascarilla. En Irfan et al. (2021), la intención conductual es conceptualizada como disposición pública a usar mascarilla. Si bien los autores se basan en la TCP, proponen un modelo expandido que incluye las siguientes variables: actitudes, normas sociales, precio de las mascarillas, percepción de riesgo de la pandemia, beneficio percibido de las mascarillas y la no disponibilidad de mascarillas. Como puede verse, solo las actitudes y la norma social percibida mantuvieron su sentido original luego de la ampliación del modelo. Los resultados mostraron que tanto las actitudes como las normas sociales estuvieron relacionadas de manera positiva y significativa con la disposición pública a usar mascarilla. Por otra parte, la no disponibilidad ($\beta=-0,10$, $p<0,001$, $R^2=0,74$) y el precio de las mascarillas ($\beta=-0,00$,

$p < 0,001$, $R^2 = 0,74$) se asociaron de manera negativa y significativa con la intención pública de utilizarlas. De las variables relacionadas positivamente, las normas sociales tuvieron más peso que las actitudes en la intención de usar mascarilla, en tanto que la no disponibilidad tuvo mayor peso que el precio de las mascarillas dentro de las variables relacionadas negativamente con la intención. Los análisis de regresión presentados en las investigaciones son expuestos en la Tabla 3.

Tabla 3

Efecto de las actitudes, norma social percibida, control conductual percibido y autoeficacia sobre la intención conductual

Estudio	Variable dependiente	Actitudes	Norma social percibida	Control conductual percibido	Autoeficacia	R ²
H. Duong et al., 2021	Intención de usar mascarilla	$\beta = 0,290^{**}$ *	$\beta = 0,240^{**}$ *	-	$\beta = 0,050$;	-
Lee, 2021	Intención de tomar acciones preventivas	-	$\beta = 0,410^{**}$ *	-	$\beta = 0,486^{***}$	-

Chung et al., 2018	Intención de usar mascarilla	$\beta=0,230^*$	$\beta=0,210^{**}$	$\beta=0,460^{**}$	-	-
Irfan et al., 2021	Disposición a usar mascarilla (intención)	$\beta=0,090^*$	$\beta=0,110^{**}$	-	-	0,74

Nota. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Fielmua et al. (2021) dan un giro particular a la aplicación de la TCP. La investigación fue realizada con un diseño observacional cuantitativo, seleccionado en virtud del objetivo del estudio: observar el comportamiento de la población ghanesa en los centros comerciales. Los investigadores recorrieron 50 tiendas de retail, observando el uso de mascarilla y el distanciamiento social de los clientes (n=751). Debido a la naturaleza principalmente observacional del estudio, no fue posible evaluar la relación entre la intención y la conducta; sin embargo, los autores sugieren que las actitudes y el control conductual percibido son claves para combatir la pandemia por COVID-19. A nuestro parecer, en el marco de la TCP, estas conclusiones no serían apropiadas, puesto que los tres factores predictores del modelo no fueron medidos directamente, sino que fueron inferidos de manera retrospectiva a partir de la observación de la conducta.

La relación variables-intención de realizar conductas de prevención fue analizada por los estudios de Lee (2021) y Callow et al. (2020). Lee (2021) realizó una investigación sobre la intención de tomar acciones preventivas apoyándose en el

Modelo de Creencias de Salud y la TCP. El estudio solamente midió la autoeficacia y la norma social percibida. Luego del análisis se observó que tanto la autoeficacia como la norma social percibida se correlacionaron de manera positiva y significativa con la intención. Por otra parte, el texto de Callow et al. (2020) se realizó en una población de adultos mayores de 60 años, y se enfocó en la intención de mantener el aislamiento social, es decir, quedarse en casa, practicar el distanciamiento social y usar la mascarilla en espacios públicos. A través de un análisis ANCOVA, los autores encontraron que la norma social percibida ($F=21,55$, $p<0,001$) y las actitudes ($F=21,55$, $p<0,001$) tuvieron un efecto significativo sobre la intención conductual, más no el control conductual percibido ($F=0,49$, $p=0,48$).

A modo síntesis, la mayoría de los estudios contemplados en la revisión sistemática, reportaron un efecto positivo y significativo de los constructos de actitud, norma social percibida y control conductual percibido sobre la intención conductual de usar mascarilla. Lo anterior tuvo lugar tanto en los estudios que consideraron el sentido original de los constructos incluidos en la Teoría de la Conducta Planificada, como así mismo en aquellas investigaciones que consideraron el análisis de las variables de manera modificada o parcial.

Relación entre las Variables Predictoras (Actitud, Norma Social Percibida, Control Conductual Percibido) y la Conducta. En la bibliografía consultada, 3 estudios analizaron el efecto de las variables predictoras directamente sobre la conducta (relación variables-conducta) (Fisher et al., 2020; Thoma et al., 2021; M. Zhou et al., 2021). La variable dependiente en Fisher et al. (2020) y M. Zhou et al. (2021) fue el uso de mascarilla, mientras que en Thoma et al. (2021) fueron las conductas de prevención.

Fisher et al. (2020) hallaron que las actitudes positivas y la norma social percibida estuvieron asociadas significativamente con la conducta de uso de mascarilla. Por otra parte, en el estudio de M. Zhou et al. (2021) las condiciones facilitadoras (análogo del control conductual percibido en la UTAUT) fueron determinantes de la conducta de uso. El trabajo de Thoma et al. (2021) utilizó una versión simplificada de la TCP. Su cuestionario lo conformaron tres preguntas: una sobre la efectividad de las conductas de prevención para medir actitudes; otra sobre la medida en que amigos o parientes realizaron la conducta para medir la norma social percibida; y una última sobre la facilidad para realizar la conducta, que pretendió medir el control conductual percibido. Vale la pena mencionar que las actitudes y el control conductual percibido se midieron de manera parcial, y que la medición de la norma social percibida realmente corresponde únicamente a la norma descriptiva. Teniendo esto en mente, un análisis de regresión jerárquico no encontró un efecto significativo ni de la norma social percibida ($p=0,17$, $R^2=0,49$) ni de las actitudes ($p=0,64$, $R^2=0,49$) sobre las conductas de prevención, pero sí un efecto significativo del control conductual percibido ($p<0,001$, $R^2=0,49$) en la adopción de conductas preventivas.

Relación entre la Intención Conductual y la Conducta (Intención-Conducta). Hubo 4 investigaciones que examinaron la relación intención-conducta, todas las cuales midieron la intención de usar mascarilla. Resulta interesante destacar que dos de estos estudios se centraron específicamente en el uso de mascarilla de tela (Barile et al., 2021; Fisher et al., 2020). En 3 de ellos la intención conductual de usar mascarilla se asoció significativamente con la conducta de uso. En particular, Fisher et al. (2020) encontraron que la prevalencia estimada de la intención se asoció con el uso de mascarilla de tela; M. Zhou et al. (2021) hallaron que la intención conductual fue un

determinante positivo de la conducta, moderado por el género, la educación, los ingresos y el estado civil; y en Barile et al. (2021) la intención conductual de usar mascarilla de tela predijo el uso de esta y el de otros tipos de mascarilla. En este último estudio, la norma social percibida funcionó como moderador de la relación intención-conducta; esto es, la probabilidad de realizar la conducta fue mayor en quienes tuvieron la intención, si antes observaron a otros usar mascarilla.

En contraste, el trabajo de Chung et al. (2018) no encontró un efecto significativo de la intención sobre la conducta de uso de mascarilla ($\beta=0,05$, $p=0,70$). Esta investigación fue realizada en el año 2018, en Hong Kong, con el objetivo de prevenir el contagio de la influenza. La brecha intención-conducta fue explicada por los autores aludiendo a dos razones: algunos participantes reportaron sentirse seguros durante la evaluación debido a que el investigador ya estaba usando una mascarilla, lo que los habría disuadido de utilizarla; y otros participantes declararon que el uso de la mascarilla les habría dificultado respirar.

En general, los estudios muestran que la actitud y la norma social percibida estuvieron significativamente asociadas con la conducta de uso de mascarilla. Asimismo, las actitudes y el control conductual percibido fueron medidos de manera parcial. Por último, hay resultados dispares al analizar el efecto de la intención sobre la conducta de usar mascarilla.

Planteamiento de Objetivos, Hipótesis y Supuestos

A modo de resumen, nuestro análisis de la literatura reveló que las creencias vinculadas a las normativas gubernamentales, a la confianza en la comunidad científica y a la efectividad de la mascarilla como método de prevención del COVID-19 ejercen una importante influencia con relación a la adopción de esta medida. Asimismo,

constatamos que a lo largo de las diversas poblaciones observadas existe una tendencia general a tener actitudes favorables respecto al uso de mascarilla y una relación positiva entre las actitudes y dicha conducta. Por otra parte, también evidenciamos que los individuos de mayor edad adhieren más a la utilización de la mascarilla, mientras que las personas más jóvenes tienden a un menor uso de esta.

Finalmente, y dada la gran variabilidad entre los diferentes resultados observados en nuestra revisión, no parece haberse logrado esclarecer el rol del control conductual percibido sobre la conducta en estudio, en tanto que las actitudes y la norma social percibida parecen tener una mayor influencia sobre la intención de utilizar mascarilla en las diversas muestras analizadas.

Habiendo expuesto lo anterior, y recalcando la escasa documentación científica del presente tema en nuestro país y continente, proponemos los siguientes objetivos de investigación, hipótesis y supuestos. Las hipótesis serán contrastadas mediante el análisis cuantitativo de los datos, mientras que los supuestos serán objeto de análisis de la etapa cualitativa del estudio.

Objetivo General

Conocer de qué manera influyen las creencias, actitudes, norma social percibida y control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena.

Objetivos Específicos

- Conocer las creencias conductuales, creencias normativas y creencias de control relacionadas con la intención y conducta pasada de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

- Describir las actitudes, norma social percibida, control conductual percibido e intención relacionadas a la conducta pasada de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

- Analizar la relación que existe entre las actitudes, la norma social percibida, el control conductual percibido, la intención y la conducta pasada de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

- Determinar la influencia relativa de las actitudes, norma social percibida y control conductual percibido sobre la intención conductual y la conducta pasada del uso permanentemente de mascarilla sobre nariz y boca al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

Hipótesis

Puesto que la revisión de la literatura reveló que existe una tendencia general de las personas a tener actitudes favorables respecto al uso de mascarilla, que los estudios constataron una relación positiva entre las actitudes y la conducta en referencia; y que varias formulaciones postulan que las actitudes y la norma social percibida parecen tener una mayor influencia sobre la intención de utilizar mascarilla en las diversas muestras analizadas, resulta posible proponer la verificación o refutación de las siguiente hipótesis:

1. Las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido tendrán un efecto positivo y significativo sobre la intención conductual de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

2. Las actitudes tendrán una mayor importancia que la norma social percibida y el control conductual percibido para explicar la intención conductual de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

3. La intención conductual tendrá una relación positiva y significativa con la conducta pasada de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

Supuesto

Por añadidura a las hipótesis recién propuestas, y teniendo en consideración que la revisión a la literatura reveló que las creencias vinculadas a las normativas gubernamentales, a la confianza en la comunidad científica y a la efectividad de la mascarilla como método de prevención del COVID-19 ejercen una importante influencia con relación a la adopción de esta medida, resulta plausible formular el siguiente supuesto de investigación:

1. Las creencias conductuales salientes estarán vinculadas con la percepción de efectividad de la mascarilla como medio de prevención.

Método

Diseño de Investigación

El diseño de investigación seleccionado fue de tipo mixto insertado de temporalidad transversal, con predominio de lo cuantitativo sobre lo cualitativo, como está descrito en Creswell et al. (2003). La etapa principal consistió en un estudio cuantitativo. descriptivo-correlacional, en el cual se cursó un cuestionario en línea con el fin de explicar la relación entre las tres variables predictoras de la TCP, la intención

conductual y la conducta pasada de cubrir nariz y boca con mascarilla. La etapa insertada corresponde a un estudio cualitativo que complementa al cuantitativo, enfocándose en las creencias conductuales, normativas y de control a fin de comprender mejor la relación antes descrita. Los resultados obtenidos fueron integrados en un análisis final que comprende una interpretación cuantitativa y cualitativa de los datos.

La etapa cualitativa del estudio se enmarca dentro de un diseño fenomenológico (Hernández et al., 2010), en el cual se aplicó una entrevista semiestructurada con el objetivo de ahondar en las experiencias de los participantes y conocer sus creencias conductuales, normativas y de control sobre el uso de mascarilla.

Participantes

Este estudio contempló como población a los habitantes chilenos mayores de 18 años distribuidos en todas las regiones del país usuarios de la red social Facebook y/o Instagram. Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico de voluntarios por cuotas a través de la publicidad de Facebook e Instagram. Fueron escogidas dichas redes sociales debido a que permiten seleccionar a la muestra según criterios de ubicación geográfica (región), sexo y rango etario y, además, para disminuir el posible sesgo muestral que podría existir a causa de la distribución etaria de los usuarios de tales redes, pues la población de usuarios de Facebook en Chile se encuentra mayoritariamente entre las edades de 22-51 años, mientras que en Instagram la mayoría de los usuarios se encuentra entre las edades de 13-35 años (Cadem, 2019). La cuota de participantes de cada red social fue determinada luego de la etapa piloto

para lograr que todos los grupos etarios del país se encuentren correctamente representados.


Se consultó el Censo 2017 para estimar preliminarmente la cantidad de participantes de la muestra según grupos etarios, zonas del país y sexo. Los grupos etarios que conforman la muestra son los siguientes: 18-29 años, 30-39 años, 40-59 años y 60 o más años. El primer grupo etario corresponde a la denominada adultez emergente, caracterizada en Chile por los estudios de Barrera-Herrera y Vinet (2017) y Barrera-Herrera et al. (2020). Los siguientes grupos corresponden a la adultez joven, adultez media y adultez tardía, según la clasificación de las etapas del desarrollo de Papalia et al. (2009). De igual forma, se consideran las siguientes 4 macro-zonas del país: Norte (regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Atacama), Centro (regiones de Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Maule, Ñuble y Biobío), Metropolitana (región Metropolitana) y Sur (regiones de Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes). Tomando como referencia un mínimo de 128 participantes —estimado según el método descrito en Cohen (1988), usando una correlación mínima de 0,4, un poder de 95% y un nivel de significación del 5%— y del Censo 2017 provistos por el Instituto Nacional de Estadísticas (2017), esperábamos contar con un total aproximado de 148 participantes.

Un total de 2.026 personas ingresaron inicialmente al link del instrumento montado en la plataforma LimeSurvey. Posteriormente, de 1.374 personas que aceptaron participar de la investigación y firmaron el consentimiento informado, 24 fueron excluidas por no cumplir con nuestros criterios de selección, quedando un total de 1.350 participantes elegibles. Luego de haber excluido aquellos casos con información faltante para la realización del trabajo posterior, la muestra final estuvo

constituida por 975 participantes, con una media de edad de 40,44 y una desviación estándar de 14,69. La distribución etaria de la muestra se organiza de la siguiente manera: un 26,1% de los participantes pertenece a la adultez emergente (18-29 años), un 29,8% a la adultez joven (30-39 años), un 30,3% a la adultez media (40-59 años) y finalmente un 13,8% a la adultez tardía (60 o más años). En cuanto a la distribución geográfica de los participantes, un 7,9% pertenece a la macrozona norte, en tanto que un 39,4% a la macrozona centro, un 15,3% a la macrozona sur, y un 37,4% a la región metropolitana. Para mayor detalle, la distribución etaria de la muestra por ubicación geográfica se grafica en la Tabla 4.

Tabla 4

Distribución etaria por ubicación geográfica



	Norte	Centro	Metropolitana	Sur	TOTAL
18-29	16	92	106	40	254
30-39	18	105	122	46	291
40-59	26	131	95	43	295
60+	17	56	42	20	135
TOTAL	77	384	365	149	975

Del total de participantes, un 45,5% se identifica como hombre, un 52,1% como mujer, un 1,3% como no binario, y un 1% como otro/no especificado. Un 10,9% de la muestra vive solo, mientras que el 89,1% restante reside con más personas en el mismo hogar, siendo los acompañantes más frecuentes la pareja (44,3%), los hijos (34,6%) y los padres (32,1%). Respecto del nivel educacional, un

39,6% del total de la muestra cuenta con estudios superiores completos, un 24,8% con estudios superiores incompletos, un 10,2% con postgrado completo, un 3,1% con postgrado incompleto, un 18,9% con educación media completa, un 3% con educación media incompleta, un 0,3% con educación básica completa, y un 0,2% con educación básica incompleta. Finalmente, la ocupación actual de los participantes se organiza como se presenta en Tabla 5.

Tabla 5

Ocupación de los participantes

Ocupación	n	Porc (%)
Empleado/a de tiempo completo	329	33,7
Empleado/a de tiempo parcial	59	6,1
Trabajador/a por cuenta propia (independiente)	204	20,9
Jubilado	65	6,7
Trabajo doméstico no remunerado (dueño/a de casa)	59	6,1
Cuidador/a no remunerado/a	21	2,2
Desempleado/a	59	6,1
Estudiante	155	15,9
Inactivo/a	19	1,9
Otro	5	0,5
Total	975	100

Respecto a la etapa cualitativa, inicialmente se proyectó la realización de entrevistas a 20 individuos que permitieran esclarecer las creencias conductuales,

normativas y de control y, con ello, profundizar en la comprensión de las relaciones constatadas durante la etapa cuantitativa de nuestra investigación. Sin embargo, debido al menor tiempo de trabajo disponible con el que contó nuestro equipo de investigación, como consecuencia del retraso en la revisión, aprobación y autorización de nuestro proyecto por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, se optó por llevar a cabo un proceso de entrevistas a 5 participantes con un muestreo de variación máxima, procurando resguardar que tanto las macrozonas geográficas, los distintos géneros y la mayoría de los rangos etarios, así como distintos niveles de intención conductual estuvieran representados. De esta manera, la muestra para la etapa cualitativa fue intencionada en base a los criterios recién mencionados, y derivada del marco de participantes de la etapa cuantitativa.



Instrumentos

Luego de una revisión de los instrumentos empleados en la literatura estudiada, optamos por la propia confección de nuestro cuestionario. Fishbein y Ajzen (2010) afirman que para realizar un estudio basado en la TCP es necesario especificar las conductas y variables psicológicas dentro de los 4 criterios de especificidad de esta teoría (acción, objetivo, contexto y momento), por lo que no es posible construir instrumentos estandarizados e identificar indicios de validez, excepto en el caso de aquellas conductas definidas en situaciones similares.

Además, consideramos que los instrumentos empleados por otros estudios (Barile et al., 2020; Bronfman et al., 2021; Irfan et al., 2021; Thoma et al., 2021) no responden a las sugerencias y pautas entregadas por los autores, especialmente, aquellas relacionadas con la profundidad de las mediciones correspondientes a cada

constructo de la TCP, debido a que solían incluir solo un ítem para medir cada variable —mientras que Fishbein y Ajzen recomiendan emplear de 3 a 6 ítems para ello— o simplemente no estaban formulados acorde a los lineamientos de la teoría. A raíz de lo expuesto es que decidimos seguir las directrices entregadas en *Predicting and Changing Behavior* (2010) para la construcción de nuestros instrumentos, además de adaptar algunos ítems de un estudio realizado por Bustos (2018) que utilizó la TCP para analizar la intención de investigadores respecto a publicar replicaciones en psicología.

Es así que, para la etapa cuantitativa, se diseñó un cuestionario compuesto por tres secciones. La primera consiste en preguntas creadas para recolectar datos sociodemográficos del individuo, específicamente, relativos a la edad, género, nivel educativo, ocupación y región, con el objetivo de caracterizar a la población. La segunda sección se enfoca en ítems que miden directamente los constructos de Actitudes, Norma social percibida, Control conductual percibido, Intención y Conducta presentes en la TCP. La tercera y última sección busca invitar a los participantes de la encuesta a proporcionar datos de contacto para formar parte de un proceso de recolección de opiniones sobre el uso de mascarilla mediante la realización de una entrevista individual.

Con respecto a la sección 2, para medir el constructo de Actitudes se crearon 4 ítems de diferencial semántico de 7 puntos con el fin de constatar la valoración que tiene el individuo en relación a la conducta en estudio. Las respuestas están representadas por los pares de adjetivos “innecesario-necesario”, “perjudicial-beneficioso”, “desagradable-gradable” y “incómodo-cómodo”.

A su vez, se crearon 4 ítems para medir el constructo de Norma social percibida, 4 para medir el Control conductual percibido, 2 para medir la Intención conductual y 1 para medir la Conducta Pasada. Todos los ítems, exceptuando los de la conducta pasada, adoptan el formato de escalas Likert de 7 puntos cuyos extremos están representados por las valoraciones completamente en desacuerdo y completamente de acuerdo. Para medir el constructo de la conducta pasada se utilizó una escala Likert de 5 puntos cuyos extremos están representados las frecuencias nunca y siempre. Además, se incluyeron 2 preguntas adicionales que indagan sobre si la persona utilizó o no mascarilla en los últimos 7 días. El instrumento completo puede ser consultado en el Apéndice A.

Sobre los valores de confiabilidad del instrumento, se constata una alta consistencia (mayor a 0,8) en las escalas de actitud, norma social percibida e intención conductual, en tanto que una buena consistencia (entre 0,6 y 0,8) para el control conductual percibido, por lo que, en conclusión, el instrumento aplicado es fiable. Lo anterior se presenta de manera organizada en la Tabla 6.

Tabla 6

Valores de confiabilidad de las escalas de actitud, norma social percibida, control conductual percibido e intención

Variables	Alfa	Omega
Actitud	0,878	0,844
Norma Social Percibida	0,925	0,929

Control Conductual Percibido	0,68	0,794
Intención	0,975	0,975

La cantidad de ítems confeccionados para medir los constructos de Actitudes, Norma social percibida, Control conductual percibido e Intención conductual fue decidida tomando en cuenta los planteamientos de Fishbein y Ajzen (2010), quienes recomiendan utilizar entre 3 a 6 ítems en la consecución de esta tarea, puesto que una cantidad menor de estos implicaría una pérdida de la validez predictiva. Por otra parte, para medir el constructo Conducta se empleó solo una pregunta, puesto que al tratarse de un elemento con únicamente dos posibles alternativas (realización de la conducta o no realización de esta), no existe mayor variabilidad en las respuestas a conseguir.

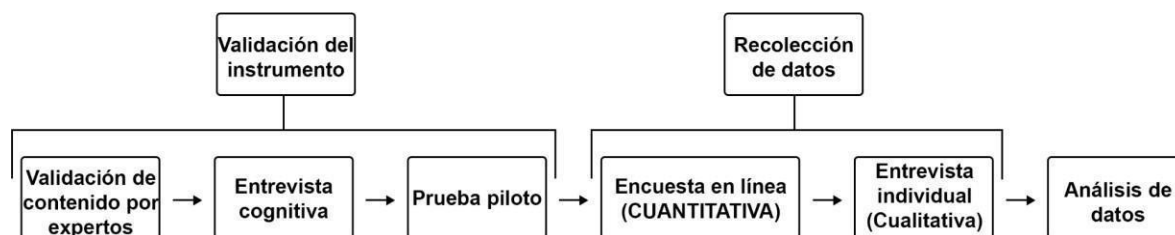
Sobre la entrevista cualitativa, esta es de carácter individual semiestructurada y sus preguntas se encaminan principalmente a la evaluación de: (1) los aspectos positivos y negativos de la utilización de mascarilla, (2) los factores que favorecen o dificultan su uso, y (3) la valoración que personas relevantes para el individuo hacen al respecto. La pauta de entrevista utilizada se encuentra en el Apéndice B.

Procedimiento

El procedimiento se divide, a grandes rasgos, en una etapa de validación del instrumento, una etapa de recolección de datos y una etapa de análisis de los datos. Estas están representadas gráficamente en la Figura 3.

Figura 3

Etapas del diseño del estudio



Validación del Instrumento

La validación de los instrumentos contó con tres subetapas: (1) una validación del contenido por expertos, (2) una tanda de entrevistas cognitivas y (3) la prueba piloto.

En la subetapa de validación del contenido por expertos, la encuesta y la pauta de entrevista fueron sometidas al escrutinio de 5 jueces. El objetivo de esta etapa fue asegurar la validez de contenido del cuestionario, esto es, que los ítems reflejen “el dominio de contenido (conocimientos, habilidades o destrezas)” que se desea estudiar (Urrutia et al., 2014, p. 548).

Para ello, se contactó a dos profesionales del área de la salud y a otros tres profesionales expertos en conductas de salud con el fin de que ejercieran como jueces. Dos profesionales fueron contactados de manera inicial, para posteriormente proseguir con dos más y, por último, con el juez final. Ambos instrumentos fueron evaluados en línea, e incluyeron instrucciones para los jueces y una definición de los constructos a evaluar. La calidad de los ítems/preguntas fue evaluada con tres preguntas tipo Likert de 5 puntos por cada sección del cuestionario y pauta de entrevista, basadas en los criterios de: claridad de los ítems/preguntas, pertinencia de los ítems/preguntas y suficiencia de los ítems/preguntas para abarcar el constructo. Asimismo, se añadió un

campo de texto que permitió a los profesionales hacer comentarios sobre cada sección y sobre los instrumentos de modo general.

Luego de realizar las modificaciones pertinentes al instrumento cuantitativo y a la entrevista cualitativa, sus versiones finales fueron evaluadas en la subetapa de entrevistas cognitivas. Por entrevista cognitiva entendemos una entrevista a una muestra intencionada en la cual “los participantes piensan en voz alta mientras llevan a cabo la actividad solicitada”, lo que permite dilucidar los procesos cognitivos ocurridos en el transcurso de contestar el cuestionario y la entrevista cualitativa (Urrutia et al., 2014, p. 555). Esta instancia también entrega información sobre la validez de constructo, pues permite conocer si los participantes han entendido los ítems/preguntas del modo en que los investigadores los han concebido. Los participantes de esta subetapa derivaron de una muestra intencionada de 4 personas de las distintas macrozonas del país. Para llevar a cabo las entrevistas, se utilizó el método de consulta directa, en el cual se preguntó sobre las razones detrás de la respuesta, las dificultades para contestar y los significados atribuidos a cada ítem tanto de manera concurrente como retrospectiva, es decir, a medida que el participante iba avanzando por los ítems, como al final de cada sección (Miller et al., 2014). Las entrevistas fueron grabadas para facilitar el posterior análisis de la información recogida. El protocolo de consentimiento informado para la entrevista cognitiva está anexado en el Apéndice C.

La tercera y última etapa fue una prueba piloto para la validación del cuestionario. El objetivo de esta etapa fue evaluar la claridad del instrumento según los siguientes criterios: (1) estimar cuánta gente por grupo etario ingresaría al enlace del cuestionario en cada red social, (2) estimar la tasa de respuesta del instrumento

completo, (3) medir el nivel de comprensión del cuestionario. En esta etapa, de manera equivalente a la posterior aplicación final de nuestra metodología, un anuncio fue publicado en la red social Facebook y la red social Instagram para probar que el procedimiento y la recolección de datos fueran los adecuados. La instancia piloto consistió de dos fases, en las cuales las plataformas correspondientes fueron modificadas para llegar a población de distintos sexos, edades, zonas, etc. de manera de poder estimar y controlar con mayor asertividad la muestra de la aplicación final del estudio. El protocolo de consentimiento informado para la prueba piloto se encuentra adjunto en el Apéndice D. Luego de realizar las modificaciones pertinentes tanto al instrumento como a la plataforma utilizada y al algoritmo de la publicidad de las redes para alcanzar con los propósitos de nuestra muestra objetivo, la etapa piloto dio paso a la fase oficial de recogida de datos.

Recogida de Datos

Una vez obtenidos los instrumentos definitivos, procedimos a realizar una convocatoria abierta de voluntarios chilenos mayores de 18 años pertenecientes a las 4 macrozonas del país mediante la publicación de anuncios en la red social Facebook e Instagram (este material de reclutamiento puede ser visualizado en el Apéndice E). El anuncio se mantuvo activo durante 10 días (27/11/2021 - 06/12/2021) y contuvo un enlace que dirigió a los participantes al dominio mascarillasenchile.cl, donde encontraron la encuesta cuantitativa creada mediante la aplicación de desarrollo de encuestas en línea LimeSurvey, la cual permite mantener la información cifrada (Limesurvey GmbH, 2021). En primera instancia, se presentó a los voluntarios un consentimiento informado, que puede ser consultado en el Apéndice F, el cual debió ser aceptado para continuar a la primera sección del cuestionario en la que se

Aprobación de comités internos de la		X X X	
Universidad	3		
Aprobación de comité externo (Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción)	5		X X X X X
Juicio de expertos	2		X X
Planificación del muestreo	1		X
Entrevista cognitiva y prueba piloto	1		X
Aplicación de cuestionarios y			X X
entrevistas	2		
Análisis de datos	1		X
Redacción de manuscrito final	1		X
Entrega final	1		X

Análisis de Datos

Los datos recabados durante la etapa cuantitativa fueron exportados, desde la plataforma LimeSurvey, a una matriz en Microsoft Excel para su respectivo análisis. Posteriormente, dicha matriz fue exportada al software de análisis R en su versión 4.1.2 para llevar a cabo los análisis descriptivos, de correlaciones, de regresión y de dominancia correspondientes utilizando un nivel de significancia del 5%.

Calculamos la consistencia interna para las escalas de actitudes, norma social percibida, control conductual percibido e intención conductual mediante el coeficiente alfa de Cronbach y Omega. Asimismo, para describir dichas variables obtuvimos la

media y desviación estándar de las medidas de actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta pasada para el total de participantes.

Con el fin de distinguir diferencias significativas en género, ocupación y zona geográfica de residencia (macrozona y tipo de zona), empleamos pruebas ANOVA de una vía sin aplicar pruebas de normalidad por grupo, ya que al tener estos un tamaño elevado se asume que la distribución de medias será normal por el Teorema del Límite Central. Por otra parte, utilizamos el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la relación entre las variables de estudio con el nivel de educación y horas de uso de la mascarilla. Finalmente, al explorar la relación entre edad y las variables en estudio, se constató que esta tuvo forma de U, por lo cual se calculó la fuerza de dicha relación utilizando R^2 con Polinomio de Grado 2.

Para contrastar las hipótesis 1 y 3 utilizamos una matriz producto-momento de Pearson a fin de conocer las correlaciones entre las actitudes, la norma social percibida, el control conductual percibido y la intención conductual. Asimismo, utilizamos una matriz de correlación de Spearman para conocer las correlaciones entre las variables mencionadas y la conducta de cubrir nariz y boca con mascarilla. Para conocer el efecto de las variables predictoras sobre la intención tanto como sobre la conducta se realizó un análisis de ruta y un análisis de regresión múltiple que modeló las actitudes, norma social percibida y control conductual percibido contra la intención conductual, y luego con la conducta de cubrir nariz y boca con mascarilla.

En el caso de la hipótesis 2, para conocer la importancia de las actitudes y demás variables sobre la intención conductual se utilizó un análisis de dominancia, que define la importancia de una variable como el aporte en varianza explicada al ser agregada a modelos donde previamente no estaba considerada (Budesu, 1993;

Budescu y Azen, 2004). Para conocer la generalización de tales resultados se aplicó al análisis de dominancia un bootstrapping de 1.000 re-muestras.

Para la etapa cualitativa se realizó un análisis temático (AT), técnica de investigación que permite identificar, analizar y reportar patrones (temas) dentro de los datos cualitativos (Braun y Clarke, 2006). La finalidad de lo anterior fue identificar las creencias salientes modales, esto es, el conjunto de creencias más frecuentes en la población. Para lograr dicho objetivo, realizamos un análisis de frecuencias de los temas principales, organizados según el tipo de creencia, cuya información derivó de codificaciones realizadas a las transcripciones de las entrevistas llevadas a cabo con los participantes.

Finalmente, para garantizar la validez del análisis cualitativo, los datos recogidos en las entrevistas individuales fueron revisados por dos a tres investigadores de manera consensuada con el fin de asegurar la dependencia del análisis, es decir, que los datos sean revisados por diferentes personas y que estas generen temas similares (Hernández et al., 2010).

Consideraciones Éticas

En tanto consideraciones éticas que garantizaron la segura participación de los sujetos en el estudio, se contempló el resguardo y la confidencialidad de la información obtenida al identificar a los participantes por medio de un número asignado automáticamente según el orden en que estos respondieron el cuestionario en la plataforma LimeSurvey. Lo anterior se amparó en el correspondiente consentimiento informado alusivo a la participación libre y voluntaria de la muestra, y, por sobre todo, en el respeto hacia la integridad física y mental de los participantes.

De esa manera se procedió a brindar toda la información concerniente a los objetivos perseguidos, el alcance de la propuesta, la metodología utilizada, los posibles riesgos asociados y, además, comunicar sobre todo aspecto que pudiera asociarse a las implicancias que la participación en el estudio pudiera reportar.

Además, se informó de manera escrita a los participantes del estudio respecto de la forma en que se haría efectivo el seguro resguardo de la información recopilada y, a su vez, cómo el uso de esta se orientaría netamente a fines académicos.

En un mismo sentido, procuramos que los participantes conocieran su derecho a participar libremente del estudio y su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento del curso de la misma. Con el fin de salvaguardar la vida, salud, intimidad y dignidad de todas las personas, y en especial de los participantes del estudio, los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2017) fueron observados con detenimiento. Así, la vida y salud de los participantes se vieron resguardadas en la medida en que, al trabajar exclusivamente con instrumentos en línea, no expusimos a los individuos al riesgo de contagio por COVID-19 u otras infecciones que supondría el contacto y/o citación presencial de los mismos. En cuanto a la intimidad y dignidad, estas se vieron cubiertas por el respeto estricto a las medidas de confidencialidad éticas que suponen el resguardo de la identidad y privacidad de cada participante durante todo el transcurso de la investigación, además de utilizar una plataforma virtual que permitió mantener la información cifrada.

En cuanto a los riesgos reportados por el desarrollo de nuestra investigación, estos refirieron a los riesgos cotidianos que supone el uso de una plataforma virtual y la manipulación de implementos tecnológicos. Si bien existen riesgos al trabajar con

información privada, se tomaron todos los resguardos para que ésta permaneciera totalmente confidencial.

Sobre los beneficios de nuestro proyecto, estos se dirigen a la contribución de conocimiento y saberes teóricos a la comunidad científica local y global.

Las consideraciones éticas expuestas fueron escritas considerando el completo respeto de los principios generales establecidos en el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999). Asimismo, sobre los aspectos relativos a la investigación en psicología, el presente estudio vela por el bienestar y derechos de los participantes, y se incluyó un proceso de consentimiento informado diseñado para comunicar plenamente a los participantes sobre sus derechos y sobre los objetivos del estudio.

Cumplimos con la norma ética de respeto al tomar en cuenta los principios de confidencialidad explicitados anteriormente. Por otra parte, respetamos la norma de justicia procurando que todos los participantes de nuestra investigación respondieran un mismo instrumento, sin que sus diferencias y características individuales supusieran un cambio en el trato o en el procedimiento. Finalmente, consideramos que los beneficios generados por nuestro estudio serán percibidos de manera directa exclusivamente por la comunidad científica, lo que implica que, eventualmente, pueden traducirse en beneficios para la población general.

En el caso de las entrevistas, como las respuestas no son anónimas, para garantizar al participante la confidencialidad de las respuestas y el apego estricto a protocolos, la firma del consentimiento se realizó en línea, mediante el servicio proveído por Hellosign, que permite la firma digital tanto del participante, como del investigador y del representante del centro patrocinante.

Con la finalidad de consignar la formalización de todas las consideraciones antes expuestas, se solicitó y concedió como aval la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética de Investigación del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción; del Comité de Ética de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (VRID); y finalmente del Comité de Ética del Servicio de Salud de Concepción. Se requirió la aprobación de este último pues los participantes son personas externas a la Universidad, y el estudio, al tratar sobre una conducta de salud (uso de mascarilla), puede ser considerado como una investigación biomédica de acuerdo a la Ley N° 20.120.



Resultados

A continuación, se expondrán los resultados de la presente investigación a partir de la información obtenida de nuestro análisis de datos. Esta exposición será dividida en dos grandes apartados.

En primer lugar, se presentarán los datos cuantitativos, en donde se incluyen los descriptivos de nuestra muestra y variables. Posteriormente, se expone tanto la relación de los datos sociodemográficos con las variables de interés, como así también la relación de las variables de estudio entre sí. De igual manera, se detalla el método a través del cual se obtuvieron tales resultados.

En segundo lugar, se describirán los resultados obtenidos para el apartado cualitativo, en donde se observará un análisis y categorización de las creencias que tienen algunos de nuestros participantes con respecto al uso de mascarilla. Para facilitar la comprensión, tales creencias serán ordenadas en 7 grandes temas, de los cuales 5 se relacionan directamente con la Teoría de la Conducta Planificada.

Resultados Cuantitativos

Descriptivos

Con el objetivo de describir las variables, se obtuvo tanto la media como la desviación estándar de las medidas de actitud, norma social percibida, control conductual percibido e intención para el total de participantes (n=975). En el caso de la conducta pasada, debido a que no todas las personas reportaron haber salido durante los últimos 7 días previos a su participación en nuestro estudio, el total de respuestas disminuye a 884. De esta manera, las medidas de los descriptivos se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8

Descriptivos para las variables de actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta

Variables	M	DE	Mínimo	Máximo
Actitud	-0,52	1,974	-3	3
Norma Social Percibida	4,754	1,946	1	7
Control Conductual Percibido	4,658	1,632	1	7
Intención	4,712	2,47	1	7
Conducta	4,033	1,331	1	5

A partir de la tabla, se puede observar que la actitud de los participantes refleja que estos, en promedio, valoran de manera negativa el uso de mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia. Por otra parte, las variables de norma social percibida, control conductual percibido e intención conductual, evaluadas mediante ítems tipo Likert de 7 puntos, obtuvieron una media sobre los 4 puntos (valores neutros a altos), lo que significa que los participantes, en promedio, perciben que: (1) sus referentes refuerzan la conducta; (2) la conducta depende de factores que están bajo su control; y (3) es probable que lleven a cabo la conducta. Además, la media de tal conducta es cercana a 4, lo que implica que, durante los 7 días previos a la realización del estudio, los participantes utilizaron casi

siempre la mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

Descripción de la Conducta en Relación al Tiempo de Uso

En concreto, el tiempo de uso de la mascarilla por día durante la última semana previa a la participación de los individuos en nuestro estudio se presenta en la Tabla 9.

Tabla 9

Distribución de la conducta de acuerdo a la cantidad de días y horas que los participantes han estado en espacios públicos de alta concurrencia en los últimos 7 días

	Horas											S/D	TOTAL
	<1	1	2	3	4	5	6	7	8	>8			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89	89
1	30	31	30	20	15	7	3	2	3	1	4	4	146
2	22	27	46	30	25	10	4	2	3	1	1	1	171
3	9	18	38	30	21	15	6	0	10	1	1	1	149
4	5	12	23	13	18	2	12	3	1	3	1	1	93
5	7	9	19	16	14	21	10	4	15	15	0	0	130
6	1	1	4	5	5	4	6	3	11	4	0	0	44
7	4	11	25	12	8	19	12	6	23	31	2	2	153

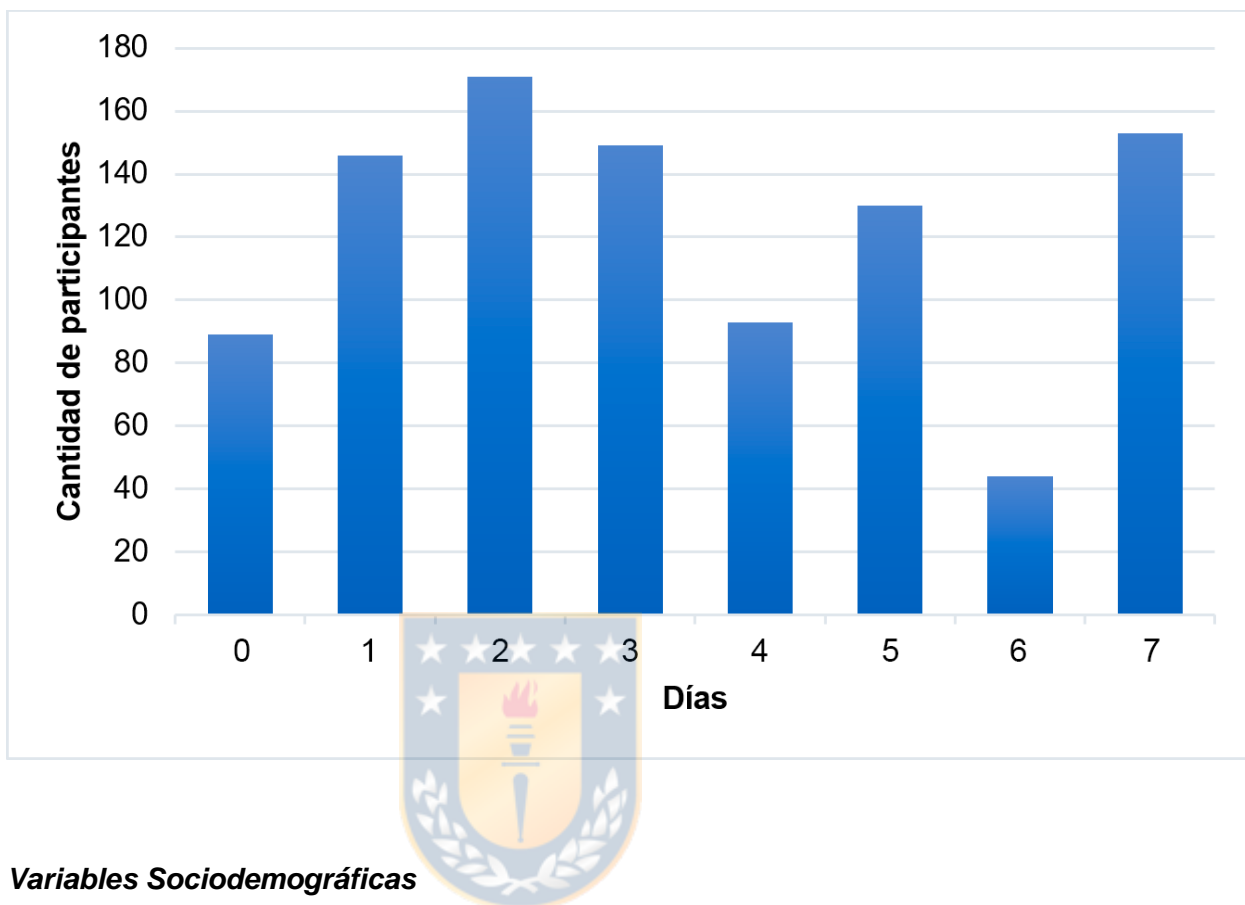
TOTAL	78	109	185	126	196	78	53	20	66	56	98	975
--------------	-----------	------------	------------	------------	------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

Nota. S/D=sin datos

En total, 89 participantes no salieron a espacios públicos de alta concurrencia en los últimos 7 días previos a la encuesta. En general, la muestra se distribuyó de manera relativamente equitativa en cuanto a la cantidad de días en los cuales los participantes estuvieron en espacios públicos de alta concurrencia en la última semana, sin embargo, existe un alza en la cantidad de individuos que salieron 2 días de la semana (respuesta más común) y 7 días de semana (segunda respuesta más común). Con respecto a las horas, gran parte de los sujetos estuvo en espacios públicos de alta concurrencia entre 1 y 4 horas del día, siendo 4 horas la respuesta más común. En relación a la cantidad de días que los participantes reportaron salir, la Figura 4 nos muestra la distribución correspondiente.

Figura 4

Gráfico de la distribución de la conducta de acuerdo a la cantidad de días que los participantes han estado en espacios públicos de alta concurrencia en los últimos 7 días



Variables Sociodemográficas

Diferencias entre Género y Variables. Para distinguir la existencia de diferencias significativas por género de los participantes en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y uso de mascarilla sobre nariz y boca se utilizó una prueba ANOVA de una vía, cuyos resultados reportaron diferencias significativas para cada variable. Se constató que el género no binario no presenta diferencias significativas entre las variables en estudio, a la vez que figura con un puntaje alto para todas estas. Por otra parte, se encontró que existen diferencias sustanciales de las variables entre el género femenino y masculino. En relación con la actitud frente a las mascarillas, se evidencia una actitud más neutral en el género femenino ($M=-0,32$, $DE=1,97$) en comparación con una más negativa por parte del

género masculino ($M=-0,78$, $DE=1,95$). Para la norma social percibida, se evidencia una mayor influencia en el género femenino ($M=5,94$, $DE=1,87$) que en el masculino ($M=4,51$, $DE=2,01$). Respecto del control conductual percibido, en el género femenino se reporta un mayor control ($M=4,77$, $DE=1,62$) que en el masculino ($M=4,51$, $DE=1,62$). Finalmente, tanto la intención como la conducta del uso de mascarilla también se da más en el género femenino que en el masculino. Si bien significativas, las diferencias encontradas son débiles con η^2 en el rango entre 0,01 y 0,02. Los resultados en detalle se presentan en la Tabla 11.

Tabla 10

Diferencias por género en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta

Variables	Femenino		Masculino		No Binario		F	Valor-p	ES(η^2)
	M	DE	M	DE	M	DE			
ACT	-0,322	1,968	-0,779	1,952	1,038	1,513	F(2, 962)=10,64	<0,001	0,02
NOR SP	4,94	1,874	4,511	2,013	6,269	0,657	F(2, 962)=9,90	<0,001	0,02
CON CP	4,774	1,625	4,511	1,625	5,731	0,965	F(2, 962)=5,98	0,003	0,01
INT	4,987	2,376	4,35	2,533	6,423	1,656	F(2, 962)=11,29	<0,001	0,02

COND	4,15	1,264	3,884	1,393	4,636	0,924	F(2, 871)=5,50	0,004	0,01
-------------	------	-------	-------	-------	-------	-------	----------------	-------	------

Nota. ACT=Actitud, NOR SP=Norma Social Percibida, CON CP=Control Conductual Percibido, INT=Intención, COND=Conducta

Diferencias entre Zona Geográfica y Variables. Para evaluar la existencia de diferencias significativas por zona geográfica de los participantes en relación con las variables de estudio se empleó una prueba ANOVA de una vía, de la cual se constata que existen diferencias significativas según la macrozona en la que se encuentren las personas sobre las variables de norma social percibida, control conductual percibido e intención conductual. De esta forma, la norma social percibida es más elevada en la región metropolitana (M=4,99, DE=1,85), seguida de la macrozona sur (M=4,7, DE=1,84), la macrozona centro (M=4,67, DE=1,99), y teniendo menor influencia en la macrozona norte (M=4,14, DE=2,25). Respecto del control conductual percibido, se evidencia un mayor control en la región metropolitana (M=4,87, DE=1,60), seguido de la macrozona sur (M=4,63, DE=1,63), la macrozona centro (M=4,57, DE=1,61), y nuevamente existiendo valores más bajos en la macrozona norte (M=4,16, DE=1,75). Finalmente, siguiendo la misma línea que en las variables anteriores, se constata una mayor intención de cara al uso de la mascarilla en la región metropolitana (M=4,97, DE=2,4), seguido de la macrozona sur (M=4,65, DE=2,48), luego la macrozona centro (M=4,63, DE=2,48), y por último la macrozona norte (M=4,02, DE=2,65). En las variables de actitud y conducta no se encontraron diferencias significativas según la zona geográfica. Con respecto a la fuerza de las relaciones, se observan relaciones débiles para las variables de norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta ($\eta^2=0,01$), en tanto que se observa una relación insignificante

para la variable de actitud ($\eta^2=0$). Los resultados en detalle pueden verificarse en la Tabla 11.

Tabla 11

Diferencias por zona geográfica en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta

Variable	Centro		Metropolitana		Norte		Sur		F	Valor- p	ES(e ta ²)
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE			
ACT	-0,519	2,031	-0,435	1,873	-0,928	2,152	-0,516	1,966	F(3, 971)=1,32	0,265	0
NOR SP	4,667	1,987	4,998	1,847	4,14	2,245	4,7	1,836	F(3, 971)=4,82	0,002	0,01
CON CP	4,569	1,612	4,868	1,603	4,162	1,749	4,626	1,629	F(3, 971)=4,85	0,002	0,01
INT	4,634	2,477	4,967	2,395	4,019	2,648	4,648	2,477	F(3, 971)=3,50	0,015	0,01
COND	3,985	1,382	4,136	1,266	3,743	1,501	4,051	1,246	F(3, 880)=1,93	0,123	0,01

Nota. ACT=Actitud, NOR SP=Norma Social Percibida, CON CP=Control Conductual Percibido, INT=Intención, COND=Conducta

Relación entre Zona de Residencia y Variables. Respecto de la región (zona de vivienda) de los participantes, una prueba ANOVA de una vía nos indica que no existen diferencias significativas entre vivir en una zona urbana, una zona rural y una

zona intermedia para con las variables de nuestro estudio. La Tabla 12 grafica estos resultados en detalle.

Tabla 12

Diferencias por región (zona de vivienda) en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta

Variables	Intermedia		Rural		Urbana		F	Valor-p	ES (eta ²)
	M	DE	M	DE	M	DE			
ACT	-0,517	1,999	-0,888	2,022	-0,490	1,966	F(2, 972)=1,22	0,294	0
NOR SP	4,594	1,953	4,55	1,94	4,794	1,946	F(2, 972)=0,91	0,404	0
CON CP	4,658	1,593	4,358	1,532	4,682	1,645	F(2, 972)=1,19	0,305	0
INT	4,715	2,533	4,062	2,591	4,765	2,446	F(2, 972)=2,45	0,087	0,01
COND	3,991	1,322	3,879	1,415	4,052	1,326	F(2, 881)=0,51	0,600	0

Nota. ACT=Actitud, NOR SP=Norma Social Percibida, CON CP=Control Conductual Percibido, INT=Intención, COND=Conducta

Relación entre Ocupación y Variables. Para determinar la relación entre la ocupación de los participantes con las variables de estudio se empleó una prueba ANOVA de una vía, de la cual se constata la existencia de diferencias significativas por ocupación para cada variable. En general, la fuerza de tales relaciones es de débil a moderada con valores eta² que oscilan entre 0,08 a 0,12. Excluyendo la categoría otros (n=5) para efectos del análisis, se observa que en relación con la actitud, la ocupación que presenta un nivel más bajo es la categoría de independientes (M=-1,52, DE=1,80),

en tanto que son los estudiantes quienes poseen una actitud más favorable hacia el uso de mascarilla ($M=0,53$, $DE=1,5$). Para la norma social percibida, donde se constata un menor impacto de esta es en la categoría de independientes ($M=3,95$, $DE=2,06$), en tanto que la mayor susceptibilidad a tal variable la presentan los estudiantes ($M=5,63$, $DE=1,32$). Respecto al control conductual percibido, donde es menor es en los trabajadores independientes ($M=4,02$, $DE=1,55$), mientras que el control más alto sobre el uso de mascarilla lo perciben los estudiantes ($M=5,46$, $DE=1,30$). La intención conductual más baja se evidencia en la categoría de independientes ($M=3,40$, $DE=2,52$), mientras que la más alta se constata en los estudiantes ($M=6,18$, $DE=1,55$). Finalmente, tal como el patrón ya identificado, quienes reportan el menor uso de mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia son los trabajadores independientes ($M=3,39$, $DE=1,54$), y aquellos que más despliegan la conducta son los estudiantes ($M=4,57$, $DE=0,90$). Para mayor detalle sobre las correlaciones entre las ocupaciones de los participantes y las variables de interés, la Tabla 13 presenta los resultados.

Tabla 13

Diferencias por ocupación en relación a la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta

Ocupación	Estadísticos	Variables				
		ACT	NOR SP	CON CP	INT	COND
Otros	M	-1,05	3,3	3,9	3,6	3,5
	DE	2,576	2,858	2,219	3,13	1,915

TDNR	M	-0,381	4,792	4,708	4,72	4,192
	DE	2,022	1,873	1,679	2,364	1,138
CNR	M	-0,143	4,512	4,19	4,31	4,056
	DE	1,87	1,845	1,637	2,222	1,305
DES	M	-0,737	4,559	4,441	4,415	3,804
	DE	2,102	2,083	1,691	2,425	1,429
ETC	M	-0,557	4,748	4,688	4,771	4,116
	DE	1,931	1,961	1,677	2,479	1,259
ETP	M	-0,657	4,835	4,576	4,737	4,089
	DE	1,938	1,935	1,627	2,487	1,339
EST	M	0,532	5,631	5,46	6,181	4,566
	DE	1,496	1,323	1,302	1,547	0,904
INAC	M	0,224	5,237	4,961	5,553	4,375
	DE	1,598	1,353	1,185	1,545	1,088
INDEP	M	-1,518	3,949	4,02	3,402	3,391
	DE	1,803	2,057	1,553	2,521	1,54
JUB	M	0,189	5,338	4,942	5,238	4,25
	DE	2,118	1,777	1,473	2,273	1,225

F	F(9, 965)=13,62	F(9, 965)=9,24	F(9, 965)=9,00	F(9, 965)=15,06	F(9, 874)=8,71
Valor-p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
ES (eta²)	0,11	0,08	0,08	0,12	0,08

Nota. TDNR=Trabajador doméstico no remunerado; CNR=Cuidador no remunerado; DES=Desempleado; ETC=Empleado de tiempo completo; ETP=Empleado de tiempo parcial; EST=Estudiante; INAC=Inactivo; INDEP=Independiente; JUB=Jubilado

Relación entre Edad y Variables. En cuanto a la relación entre la edad de los participantes para con la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención conductual y uso de mascarilla, y su influencia sobre estas, la representación gráfica del análisis de regresión polinomial realizado para cada variable se presenta en la Figura 5.

Figura 5

Gráficos de dispersión de la relación entre la edad y las variables de estudio



Nota. Gráfico a: Relación entre edad y actitud; Gráfico b: Relación entre edad y norma social percibida; Gráfico c: Relación entre edad y control conductual percibido; Gráfico d: Relación entre edad e intención; Gráfico e: Relación entre edad y conducta.

Como se puede observar en la Figura 5, se aprecia un claro patrón asociado a la edad, en tanto los participantes jóvenes y mayores, es decir, en la adultez emergente (18-29 años) y la adultez tardía (60 o más) presentan valores más elevados en relación a todas las variables, mientras que el valor mínimo se encuentra en las edades intermedias, es decir, en la adultez joven (30-39) y, por sobre todo, en la adultez media (40-59).

Como las relaciones antes presentadas no son lineales y, en consecuencia, no se puede hacer uso de un coeficiente r de Pearson, se calculó un modelo polinómico de grado 2 (cuadrático) para obtener los valores de R^2 a fin de determinar la fuerza de la relación. Se constató que hay una relación de débil a moderada entre la edad y cada variable. La fuerza de las relaciones edad-actitud ($R^2=0,10$) y edad-intención ($R^2=0,11$) es moderada, en tanto que la fuerza de las relaciones edad-norma ($R^2=0,08$), edad-control ($R^2=0,08$) y edad-conducta ($R^2=0,06$) es débil.

Relación entre Tiempo de Uso de la Mascarilla y Variables. Para describir la relación entre el tiempo de uso de la mascarilla con la actitud, norma social percibida, control conductual percibido e intención conductual se empleó una matriz de correlaciones de Spearman, cuyos resultados muestran que solo en la norma social percibida se encuentra un resultado significativo, obteniéndose un valor de correlación de $-0,08$, el cual indica una relación inversamente proporcional entre el tiempo de uso y la norma social. Los resultados con las correlaciones se presentan en la Tabla 14.

Relación entre Nivel Educativo y Variables. Finalmente, para analizar la relación del nivel educativo de los participantes con la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y tiempo de uso de la mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia se empleó una matriz de correlaciones de Spearman. Los resultados del coeficiente indican que no se encuentra una influencia significativa del nivel educacional de los participantes sobre las variables de estudio. El gráfico de los resultados obtenidos se presenta en la Tabla 14.

Tabla 14

Correlación entre el nivel educativo y el tiempo de uso de la mascarilla, y la actitud, norma social percibida, control conductual percibido, intención y conducta

	Educación	Tiempo de Uso	
Actitud	-0,06	-0,04	
Norma Social Percibida	0,03	-0,08	*
Control Conductual Percibido	0,04	-0,06	
Intención	0	-0,06	
Conducta	-0,03	-0,06	

Variables de la Teoría de la Conducta Planificada

Correlaciones entre Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido con Intención. Para calcular las correlaciones que existen entre las variables de actitud, norma social percibida y control conductual percibido con la intención de usar mascarilla, empleamos una matriz de correlaciones product-

momento de Pearson. Los valores obtenidos nos indican una relación significativa y fuerte de estas variables sobre la intención. Los resultados de la correlación de las variables entre sí y para con la intención conductual se presentan en la Tabla 15.

Tabla 15

Matriz de correlaciones producto-momento de Pearson entre las actitud, norma social percibida y control conductual percibido con intención

	NOR SP		CON CP		INT	
ACT	0,72	**	0,78	**	0,81	**
NOR SP	1	**	0,77	**	0,84	**
CON CP			1	**	0,84	**

Nota. ACT=Actitud, NOR S=Norma Social Percibida, CON CP=Control Conductual Percibido, INT=Intención

Correlaciones entre Actitud, Norma Social Percibida, Control Conductual Percibido e Intención con Conducta de Uso de Mascarilla. Para calcular la relación de las variables anteriormente descritas con la conducta del uso de mascarilla se utilizó una matriz de Spearman, cuyos resultados reflejan una relación significativa y fuerte de las variables de interés sobre la conducta. En detalle, los valores obtenidos se exponen en la Tabla 16.

Tabla 16

Matriz de correlaciones de Spearman de las actitud, norma social percibida, control conductual percibido e intención con la conducta

Conducta		
Actitud	0,72	**
Norma Social Percibida	0,7	**
Control Conductual Percibido	0,72	**
Intención	0,78	**

Efecto de la Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual

Percibido sobre la Intención. Utilizamos un modelo de regresión para determinar el efecto de las variables predictoras sobre la intención conductual. De tal cálculo se obtuvo que la actitud, con un coeficiente de 0,28, la norma social percibida, con un coeficiente de 0,39, y el control conductual percibido, con un coeficiente de 0,31, tienen un efecto positivo y significativo sobre la intención conductual. Asimismo, se observa que el modelo de regresión explica un 82,44% de la varianza. Las medidas del modelo se presentan en la Tabla 17.

Tabla 17

Efecto de las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido sobre la intención conductual

	β	E.E.	Valor t	Valor-p	R ²
(Intercepto)	0	0,013	0	1	0,824

Actitud	0,284	0,023	12,58	<0,001***
Norma Social Percibida	0,392	0,022	17,66	<0,001***
Control Conductual Percibido	0,315	0,025	12,70	<0,001***

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Efecto de la Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual

Percibido sobre la Conducta. Al modelar las tres variables contra la conducta, se observa un efecto positivo y significativo de estas sobre la conducta. En tanto que la actitud presenta un coeficiente cercano al de la norma social percibida (0,32 y 0,39 respectivamente), el control conductual percibido presenta un valor más bajo que las variables anteriores (0,14). Las medidas del modelo se presentan en la Tabla 18.

Tabla 18

Efecto de las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido sobre la conducta

	β	E.E.	Valor t	Valor-p	R^2
(Intercepto)	-0,018	0,021	-0,864	0,388	0,609
Actitud	0,320	0,036	8,922	<0,001***	
Norma Social Percibida	0,397	0,035	11,222	<0,001***	
Control Conductual Percibido	0,138	0,039	3,516	<0,001***	

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Efecto de la Actitud, Norma Social Percibida, Control Conductual

Percibido y la Intención sobre la Conducta. Al predecir la conducta usando como variables la intención, actitud, norma social percibida y control conductual percibido, se observa un efecto significativo de todas las variables sobre la conducta, excepto del control conductual percibido, lo cual indica que su efecto está mediado por la intención.

Mientras la intención presenta un coeficiente más alto (0,6), la norma social percibida y la actitud presentan unos valores similares (0,17 y 0,14 respectivamente). Las medidas en concreto del modelo se presentan en la Tabla 19.

Tabla 19

Efecto de las actitudes, la norma social percibida, el control conductual percibido y la intención conductual sobre la conducta

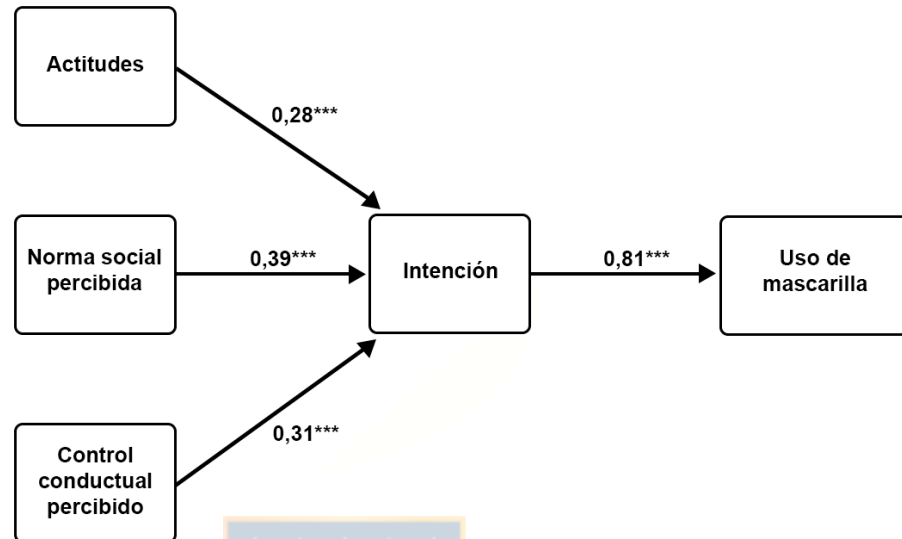
	β	S.E.	Valor t	Valor-p	R^2
(Intercepto)	-0,206	0,019	-1,062	0,288	0,669
Actitud	0,144	0,036	3,994	<0,001***	
Norma Social Percibida	0,165	0,037	4,410	<0,001***	
Control Conductual Percibido	-0,470	0,039	-1,207	<0,001***	
Intención	0,598	0,048	12,568	0,228	

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Análisis de ruta. Al predecir la conducta del uso de mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia usando la variable de intención, se observa un efecto positivo y significativo de esta sobre la conducta ($\beta=0,81$, $p < 0,001$). El análisis de ruta se presenta de manera resumida en la Figura 6.

Figura 6

Análisis de ruta de la Teoría de la Conducta Planifica para el uso de mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en adultos chilenos



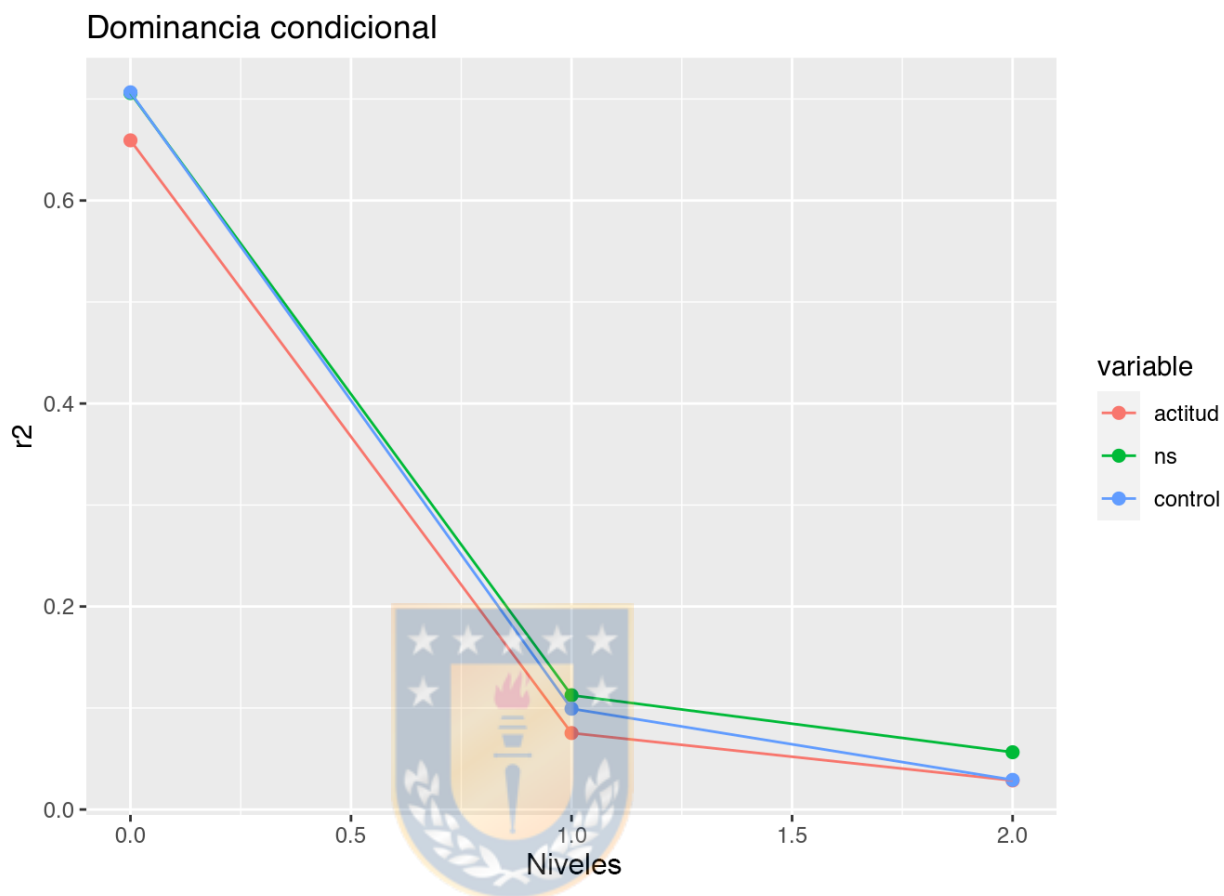
Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$



Análisis de Dominancia. Finalmente, empleamos un análisis de dominancia para conocer el aporte en varianza explicada de cada variable de interés sobre la intención de usar de mascarilla, es decir, su predicción. En líneas generales, se aprecia con claridad la dominancia permanente de la norma social percibida y el control conductual percibido sobre la actitud para la explicación de la intención conductual, en tanto que para la relación entre la norma y el control hay una menor claridad conforme varían los modelos del análisis. De los resultados obtenidos, se constata que en todos los submodelos en los cuales se pueden agregar las variables a analizar (dominancia completa), la norma social percibida y el control conductual percibido son quienes aportan una mayor varianza explicada por sobre la actitud para la intención conductual. Ahora bien, en submodelos del mismo tamaño (dominancia condicional), la norma social percibida y el control conductual percibido aportan nuevamente mayor predicción que la actitud. Finalmente, en el promedio del aporte de cada variable a todos los submodelos posibles (dominancia general), la variable que más aporta varianza explicada, es decir, predicción sobre la intención de usar mascarilla, es la norma social percibida con un valor de 0,29, en tanto que los valores generales de dominancia para el control conductual percibido y la actitud son de 0,28 y 0,25 respectivamente. De cualquier forma, la dominancia de esta variable sobre las otras es leve, y todas aportan valor predictivo a la intención conductual. Para mayor información, la Figura 7 grafica la dominancia condicional de las variables.

Figura 7

Análisis de dominancia condicional de las variables de actitud, norma social percibida y control conductual percibido para la intención conductual



Para visualizar cómo se generalizarían los resultados anteriores a una población mayor, se realizó un bootstrapping de 1.000 re-muestras, cuyos resultados nos indican que, respecto tanto a la dominancia completa como a la condicional, la norma social percibida siempre aporta mayor valor predictivo a la intención conductual que la actitud, mientras que las relaciones entre norma social percibida y control conductual percibido, y control conductual percibido con actitud son menos consistentes entre las distintas re-muestras. No obstante, analizando la dominancia general de las variables, en un 97% de las re-muestras la norma social percibida explicaría mayor varianza que la actitud, en tanto que en un 91% de los casos el control conductual percibido tendría mayor impacto en la varianza que la actitud, y

finalmente, en un 80% de tales situaciones la norma social percibida aportaría una mayor varianza explicada que el control conductual percibido. Así, lo anterior implica que al generalizar los resultados obtenidos a la población, la norma social percibida, en promedio, seguiría prediciendo en mayor medida la intención de usar mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia por sobre el control conductual percibido, y este, a su vez, aportaría un mayor porcentaje a esta predicción que la actitud. La Tabla 20 expone en detalle los resultados del bootstrapping realizado.

Tabla 20

Resultados del bootstrapping de 1000 re-muestras para el análisis de dominancia

Dominancia	i	k	Dij	mDij	SE.Dij	Pij	Pji	Pnojj	Rep
Completa	ACT	NOR SP	0	0,031	0,148	0,015	0,954	0,031	0,954
	ACT	CON CP	0	0,265	0,279	0,031	0,501	0,468	0,501
	NOR SP	CON CP	0,5	0,746	0,256	0,497	0,006	0,497	0,497
Condicional	ACT	NOR SP	0	0,031	0,148	0,015	0,954	0,031	0,954
	ACT	CON CP	0	0,265	0,279	0,031	0,501	0,468	0,501
	NOR SP	CON CP	0,5	0,746	0,256	0,497	0,006	0,497	0,497
General	ACT	NOR SP	0	0,028	0,165	0,028	0,972	0	0,972
	ACT	CON CP	0	0,081	0,273	0,081	0,919	0	0,919
	NOR SP	CON CP	1	0,808	0,394	0,808	0,192	0	0,808

Nota. ACT=Actitud, NOR S=Norma Social Percibida, CON CP=Control Conductual

Percibido, INT=Intención, COND=Conducta

Síntesis de los resultados cuantitativos

A grandes rasgos, y a modo de resumen, los resultados cuantitativos nos indican que en nuestra muestra se constata una media de actitud negativa hacia la conducta en estudio, mientras que para las variables de norma social percibida, control conductual percibido e intención conductual los valores son más altos. Respecto a la medición de la conducta, los participantes reportaron haber usado casi siempre la mascarilla las veces que estuvieron en espacios públicos de alta concurrencia los últimos 7 días previos a la realización de la encuesta.

En cuanto a las diferencias por género, se identifica un patrón consistente de mayores valores para todas las variables en las mujeres que en los hombres, mientras que respecto a la zona geográfica en la que viven los participantes se constataron diferencias significativas para las variables de norma social percibida, control conductual percibido e intención conductual, donde los valores más bajos se encuentran en la macrozona norte y los más altos en la región metropolitana. Por otra parte, vivir en una zona urbana, rural o intermedia no influye de manera significativa sobre las variables de estudio.

Respecto de la ocupación de los participantes, se observa una clara directriz en nuestra muestra que sitúa a los trabajadores independientes como aquel grupo con valores más bajos para cada variable en contraposición a los estudiantes, donde se encuentran los valores más altos en los constructos de interés. En cuanto a la relación entre la edad de los individuos y las variables de estudio, se observa un fenómeno particular en el que los valores más bajos para cada escala se encuentran en las edades intermedias, y en especial cercano a los 40-49 años, mientras que los puntajes son mayores en las edades más jóvenes y las más avanzadas, aunque se reconoce

que la estructuración de la muestra puede ser un factor contribuyente a la distribución tales resultados, al existir una mayor cantidad de individuos en los rangos etarios intermedios.

En cuanto a la relación entre el tiempo de uso de la mascarilla con las variables de la investigación, se constató que solo hay una relación significativa para con la norma social percibida, la cual es inversamente proporcional al tiempo de uso. Sobre el nivel educativo de la muestra, se evidencia que este no genera diferencias significativas para ninguna de nuestras variables de interés.

En lo que refiere a las correlaciones entre las variables de interés, se obtuvo una relación fuerte y significativa de la actitud, la norma social percibida y el control conductual percibido para la intención conductual, como así también de las variables anteriores con la conducta del uso de mascarilla. Un modelo de regresión nos entrega que la actitud, norma social percibida y control conductual percibido tienen un efecto positivo y significativo sobre la intención conductual, explicando un 82,44% de dicha varianza. Asimismo, para la conducta del uso de mascarilla, las variables anteriores también reflejaron un efecto positivo y significativo sobre esta.

Finalmente, un análisis de dominancia nos permitió observar que del 82,44% de la varianza mencionada anteriormente, la norma social percibida tiene una dominancia general sobre las otras variables, aunque leve. Así, tanto en la dominancia completa, como condicional y general, se evidencia que la norma social percibida aporta mayor valor predictivo a la intención conductual que el control conductual percibido, y este a su vez un mayor valor que la actitud. Tal patrón fue generalizado a 1000 re-muestras a través de un bootstrapping que confirmó las diferencias en dominancia constatadas inicialmente. De cualquier forma, en todos los escenarios las diferencias son leves y,

por tanto, todas las variables son importantes para la predicción y explicación de la intención de usar mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia.

Resultados Cualitativos

Análisis Temático

Para la descripción de los resultados obtenidos de las entrevistas cualitativas de nuestro estudio empleamos un análisis temático de la información recabada. Este, se define como un método que permite identificar, analizar y reportar patrones o temas en datos cualitativos, para lo cual organiza y describe los datos con detalle y brevedad (Braun y Clarke, 2006).

Para lo anterior se utilizó una muestra intencionada de 5 integrantes, la que fue escogida con el fin de incluir a sujetos con puntajes bajos, medios y altos de intención pertenecientes a las 4 macrozonas de Chile. Se identificará a cada individuo mediante los siguientes códigos:

S1: Hombre, adulto tardío, perteneciente a la macrozona centro, que posee una baja actitud, una baja norma social percibida, un bajo control conductual percibido y una baja intención conductual acerca del uso de mascarilla. La persona utilizó mascarilla dentro de los 7 días anteriores a la realización de la encuesta.

S2: Persona no binaria, adulto emergente, perteneciente a la macrozona norte, que posee una baja actitud, una alta norma social percibida, un alto control conductual percibido y una alta intención conductual acerca del uso de mascarilla. La persona utilizó mascarilla dentro de los 7 días anteriores a la realización de la encuesta.

S3: Mujer, adulta media, perteneciente a la macrozona centro, que posee una alta actitud, una alta norma social percibida, un alto control conductual percibido y una

alta intención conductual acerca del uso de mascarilla. La persona utilizó mascarilla dentro de los 7 días anteriores a la realización de la encuesta.

S4: Mujer, adulta media, perteneciente a la macrozona sur, que posee una baja actitud, una baja norma social percibida, un alto control conductual percibido y una baja intención conductual acerca del uso de mascarilla. La persona no utilizó mascarilla dentro de los 7 días anteriores a la realización de la encuesta.

S5: Hombre, adulto emergente, perteneciente a la macrozona metropolitana, que posee una alta actitud, una alta norma social percibida, un alto control conductual percibido y una alta intención conductual acerca del uso de mascarilla. La persona utilizó mascarilla dentro de los 7 días anteriores a la realización de la encuesta.

Como resultado del análisis temático, fue posible distinguir 7 temas de importancia. En tal sentido, 5 de estos se relacionaron de manera directa con la Teoría de la Conducta Planificada, y se ubicaron respectivamente en los constructos de actitud (utilidad de la mascarilla; incomodidad de la mascarilla), norma social percibida (referentes principales; uso de la mascarilla por referentes) y control conductual percibido (factores que propician o dificultan el uso de mascarilla). Por otra parte, 2 de los temas definidos no se enmarcaron en estricto rigor dentro de los constructos teóricos, pero fueron incluidos debido a su constante aparición en las entrevistas realizadas (la obligatoriedad de la mascarilla; la mascarilla como medio de control social).

Actitud.

La Utilidad de la Mascarilla. Una idea recurrente en el discurso de los participantes es la sensación de seguridad que entrega o no el uso de mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia, extendiéndose esto también a la utilidad de la misma en dicho contexto. Así, 3 de los entrevistados (S2, S3 y S5) consideran que la mascarilla es útil como medida preventiva y reportan una sensación de seguridad al usarla:

S2: Obviamente, es un autocuidado y también cuidar al otro.

S3: Es un medio de protección para el COVID, y no solamente para el COVID, sino también puede ser para el resfrío, para no contaminar a otra persona [...] en estos momentos con epidemia es súper, porque te cubren la nariz, te cubren la boca, y así menos contagios.

S5: Te hace sentir un poco más seguro con esta cuestión que, cuando empezó uno no sabía nada de la cuestión y andaba muerto de miedo po'.

En el caso de dichos entrevistados, parece surgir un patrón actitudinal respecto a los factores que llevan a la utilización de mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia, el cual estaría dado por los sentimientos de seguridad generados por su uso, y entre los cuales se encuentran el conocimiento científico (S2), la experiencia previa (S3) o la confianza en la mascarilla como una medida preventiva de utilidad (S5):

S2: Independiente de que la gente la use o no, voy a seguir usando ya que existen motivos científicos para usarla, no es algo que si creo en esto no me va a pasar nada, son hechos (risas).

S3: De hecho, yo siempre he utilizado la mascarilla, no es ahora nomás. Siempre la he utilizado. Cuando había resfrío, cuando teníamos que usar guantes, siempre hemos usado lo mismo.

S5: Positivo es que da un poquito más de seguridad [...] Esto te da como un poquito más de seguridad, ocupar la mascarilla [...] Negativo, claro, todo lo que te dije, que menos protección, no te da seguridad.

Por el contrario, 2 de los entrevistados (S1 y S4) expresan que la mascarilla es inútil como medida preventiva y para la protección del contagio por COVID-19:

S1: La mascarilla tanto, la que normalmente se anda vendiendo no sirve para nada [...] la mascarilla no es una buena medida, nunca ha sido una buena medida y la gente ahora la usa porque está asustada [...] si yo me hubiera dado cuenta de que la mascarilla sí detiene el COVID, perfecto, pero no es así, no es así [...] el virus pasa exactamente igual, es como tratar de cazar pajaritos con una red de pescadores (risas).

S4: No sé, yo creo que es negativo para el que la usa, la sensación que da, ¿me entiendes? [...] De hecho para eso fueron también creo diseñadas las mascarillas, para ser utilizadas en un ambiente estéril, para personal de salud, no para controlar virus.

Estos entrevistados además señalan que cualquier sensación de seguridad entregada por el uso de la mascarilla corresponde a una falsa seguridad, afirmando que aquello podría ser problemático al aumentar el tiempo que las personas circulan en la vía pública al sentirse protegidas de un contagio por COVID-19:

S1: Para mí la mascarilla está hablando de una falsa seguridad, porque el virus se mantiene exactamente igual, si las personas no tienen un buen sistema se van a enfermar exactamente igual usando o no usando la mascarilla [...] a la gente le da tranquilidad, y eso es lo que las hace circular, y al hacerlos circular entonces están propensos a contraer el COVID.

S4: Yo creo que lamentablemente está esa sensación de seguridad de usarla y la gente no se la saca. De hecho, en el auto andan solos con la mascarilla. Entonces yo creo que llegó y se va a quedar por mucho tiempo, y muchas otras medidas también, lamentablemente.

A esto se suma la percepción del uso de mascarilla como un factor capaz de generar estados de terror:

S4: Claro, algo que impacta, claro [...] Da la sensación de que estamos viviendo un proceso terrible cuando uno sale a la calle, si no fuera por eso sería todo normal.

Ahora bien, al indagar en mayor profundidad sobre las razones que fundamentan las actitudes negativas hacia el uso de mascarilla por parte de estos individuos, parece surgir otro patrón actitudinal que dice relación con sus experiencias previas de las personas, puesto que afirman haber vivenciado en el pasado momentos de exposición a un potencial contagio de alguna enfermedad, reportando no haber sufrido consecuencias negativas a pesar de no haber utilizado mascarilla o medidas preventivas:

S1: Yo creo que en el año 57 o 54, yo en ese tiempo tendría unos 10 años, y hubo en ese tiempo una epidemia aquí en Chile, la famosa influenza, y en ese tiempo toda la gente se sanó simplemente con hierbas, y a nadie vio con mascarilla [...] También hubo un problema con la tuberculosis, estamos hablando ya de 30, 40, 50, 60 años atrás, eso está claro, y también uno conversaba con personas que tenían tuberculosis y [...] nunca se usó la famosa mascarilla ni mucho menos.

S4: De hecho yo tres años antes que pasara esto yo cuidé a mi mamá, una persona enferma, nunca la usé. He visitado en el hospital gente enferma antes de, y cuando uno ahora piensa “debería usarla quizás cuando entro al hospital” debería usar mascarilla. Pero no, nunca, nunca, así que espero que no tenga que nunca usarla [...] No te digo que soy una negacionista, no, sino que es mi experiencia.

La Incomodidad de la Mascarilla. Un patrón asociado a las actitudes y creencias vinculadas al uso de mascarilla, y que fue posible de identificar en la totalidad de las entrevistas realizadas, es el de la incomodidad que presenta dicha conducta. En efecto, solo un entrevistado (S2) se mantuvo más bien neutral al respecto, señalando que las molestias surgidas por el uso de mascarilla no resultaban demasiado importantes:

S2: Hay gente que dermatológicamente le afecta tanto por el acné, o de repente por las alergias que les surgen, pero igual son como casos muy raros, son casos muy extremos de acné, entonces no encuentro que sea tanto lo negativo mientras que no sea tan prolongada la exposición a la mascarilla.

Por otra parte, 4 de los entrevistados (S1, S3, S4 y S5) reportaron experimentar incomodidad durante el uso de mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia. En concreto, ciertos factores que hacen del uso de mascarilla una incomodidad fueron expuestos, tales como el sudor, el calor o la falta de oxígeno:

S1: Pero ahora al usar las mascarillas le ponían un plástico entre medio, ahora les decía yo que eso también es otro error porque se produce la famosa hipoxia.

S3: Lo negativo que hay, uno transpira mucho [...] hay gente que tiene molestia en la nariz, molestia al respirar.

S4: Claro, en espacios cerrados, con calor, no sé, yo no me imagino a la gente en Santiago, pero está acostumbrada a usarla.

S5: Es incómoda, cuesta respirar, te da calor, todo.

Así, independientemente de la posición positiva o negativa que se tenga sobre el uso de mascarilla, existe consenso en la incomodidad que esta puede generar bajo circunstancias tanto específicas como generales.

Por último, uno de los entrevistados (S1) señaló que la mascarilla no solo es incómoda, sino también contraproducente y perjudicial por los síntomas que genera, los cuales pueden ser similares a los del contagio por COVID-19:

S1: Mucha gente si usted se da cuenta, sobre todo la gente de edad, en determinado momento se bajan la mascarilla y empiezan a respirar, porque se produce una contaminación, yo me estoy autocontaminando con el CO2 que estoy botando, porque no permito que salga, entonces al respirar vuelvo a respirar el CO2, y empiezo a tener unos síntomas muy parecidos al caso del COVID, me empieza a aumentar la temperatura, me cuesta respirar, que son los síntomas del COVID, entonces también se me puede acusar de que tengo el COVID y no, lo que pasa es que me produce la mascarilla una hipoxia.

Norma Social Percibida.

Referentes Principales. La totalidad de los entrevistados reportó como referentes principales a los integrantes de su núcleo familiar, estableciendo un patrón:

S1: Bueno, los más importantes es mi propia familia pues, y yo soy importante para mí también.

S4: Bueno, mi núcleo familiar, mi hijo y mi esposo.

S5: De mi círculo cercano. Mi polola, mi mamá, mi hermana y mi abuela.

Además, si bien 2 entrevistados (S2 y S3) mencionaron también a sus amistades como referentes, de igual manera incluyeron a integrantes de su núcleo familiar, concordando con el patrón mencionado anteriormente:

S2: Bueno, mi hermana, mis amigos, más que nada mis amistades en general. Como que por compromiso diría mi familia también del resto, pero obviamente que como personas quiero que se cuiden como respeto mínimo, básico, pero como personas más queridas a lo mejor no las incluiría (risas) como personas más cercanas o queridas.

S3: Mi familia. Mis amigos y gente que conozco también alrededor que son conocidos e igual importantes [...] Pero para mí es importante mi núcleo familiar.

Uso de la Mascarilla por Referentes. Se observó que 4 de los entrevistados (S2, S3, S4 y S5) reportaron que las personas identificadas como referentes significativos desplegaban la conducta en estudio de igual manera que ellos, compartiendo sus ideas al respecto tanto en el caso de una actitud positiva como de una actitud negativa:

S2: Sí, todas las personas mencionadas, por lo mismo, no creo que se opongan a menos que sea como estar comiendo, pero aislándose de la gente si es que hay muchas personas, pero fuera de eso por lo general hay una permanencia del uso del equipo de protección personal.

S3: Sí, mis amigos, los conocidos, todos usan mascarilla. Incluso usan guantes, andan con su alcohol gel, con todas las medidas protocolares, ellos andan en mano. Así que, también aprueban que es mejor usar mascarilla, independientemente de si transpiramos o si respiramos un poco mal.

S4: Por supuesto, porque ya hemos conversado. Mi hijo ya tiene 20 años, mi esposo es un poco mayor que yo, pero ninguno impone la idea del otro, pero sí estamos de acuerdo en muchísimas cosas. O sea, aquí en mi casa de hecho cuando hubo cuarentena, nosotros pegamos un cartel afuera que decía “en esta casa no se usan mascarillas, siéntase libre de entrar” [tanto la participante como sus referentes comparten el no uso de la mascarilla].

S5: Todas [sus referentes usan mascarilla].

Tan solo uno de los entrevistados (S1) mencionó que sus referentes no comparten sus ideas respecto al uso de mascarilla y su actitud negativa hacia la conducta. De cualquier forma, se evidencia una tolerancia en tal núcleo familiar acerca de la diferencia de opiniones y actitudes:

S1: Yo tengo 4 hijos y 6 nietos, hay dos casados en realidad, me faltan los otros dos menores, es eso o no se quieren ir todavía (risas), pero yo les permito sí. Por ejemplo, mi hijo incluso se puso las 3 vacunas, por obligación del trabajo, usa mascarilla por obligación del trabajo. Mi esposa también se puso las 3 vacunas, ellos tienen pleno derecho a tomar sus determinaciones y en ese sentido no los obligo, pero les planteo mi posición, y ellos también plantean su propia posición y yo la respeto [...] con respecto a mi familia hay tolerancia respecto a esas cosas, ellos no me pueden obligar y yo tampoco los puedo obligar.

Se concluye que los referentes más importantes son la familia y las amistades, y que, de manera general, estos comparten tanto las actitudes como las conductas de los participantes en relación al uso de mascarilla.

Control Conductual Percibido.

Factores que Propician o Dificultan el Uso de Mascarilla. En relación a los factores internos y externos que influyen sobre el uso de mascarilla, los entrevistados reportaron múltiples elementos que propician o dificultan el despliegue de la conducta, los que se relacionan principalmente con el clima, la presencia de otros individuos en la vía pública, la legislación vigente o ciertas condiciones dermatológicas:

S1: De primera, andaba la policía, andaban personas pasando multas a las personas que no usaban la mascarilla.

S2: Hay veces en que siento que se me ha alterado un poco el acné con el tema de la mascarilla, pero igual no sé si es por la alimentación, por tema de hormonas o simplemente porque sí nomás, porque puede haber un montón de cosas que pueden afectar ahí.

S3: Que garugue, que ande mucha humedad. Eso puede ser, porque eso transpira. De repente, mucho sol o que alguien esté muy cerca mío. Eso me podría incomodar,

porque van a mirar que solamente yo estoy usando mascarilla. En caso de que no hubiera pandemia, me incomodaría.

S4: Antes tú no podías salir a la calle sin mascarilla porque la misma gente se encargaba de encararte.

S5: Factores internos puede ser. Puta, si me vengo en bici, como en la calle, () donde no tenga contacto como tan cercano con alguien que pueda andar [...] Claro, de vuelta del carrete cuando estás solo, ahí también [no usaría la mascarilla].

Sin embargo, a pesar de las dificultades existentes, algunos entrevistados (S2, S3 y S5) se mantienen firmes en la postura de utilizar la mascarilla a toda costa, evidenciando capacidad para soportar las molestias expresadas:

S2: No, independiente del calor, creo que es lo mínimo que me podría afectar, para eso me saco el chaleco o algo, pero la mascarilla es como lo mínimo que me afectaría [...] Realmente el acné no es algo que me acompleje así que aún así no es como tan invasivo o incómodo.

S3: ¿De no usarla? No, yo igual la usaría. Es por sí o por no.

S5: Yo trabajo con gente, entonces tengo que estar con la mascarilla todo el día puesta, y entonces es muy incómodo [...] Uso dos mascarillas puestas y ando con alcohol gel en la mochila.

Finalmente, un aspecto en particular mencionado por una de las entrevistadas (S3) como un factor que facilitaría el uso de mascarilla tanto en lo personal como para el resto de las personas refiere a la calidad o propiedades de la misma:

S3: Una mejor mascarilla en sí. Que se mejore la mascarilla, que no transpire tanto. En mi caso, yo no transpiro ni tengo problemas, pero con mis amigos, con mis compañeros, me dicen que sí. Tendrían que mejorarse las mascarillas y mejorarse este sistema, u otro tipo de utilidad darle a la mascarilla en cuanto a uno. O sea, uno se la

pone, pero mejorar el objeto, que en este caso es la mascarilla. Eso como que favorece.

La Mascarilla como Deber o Imposición Social. A pesar de no relacionarse con ningún concepto de la TCP en concreto, las siguientes temáticas fueron incluidas en nuestro análisis debido a la frecuencia con las que fueron abordadas por los participantes. Mientras una imposición estaría más ligada a la percepción de una obligatoriedad originada por una presión externa y heterónoma, un deber hablaría más de un código válido e interno que la propia autonomía de las personas dictaría para la conducta. En cualquier caso, tal sentido de obligatoriedad o influencia no vendría de los referentes significativos de los individuos y, por lo tanto, eso explica la no inclusión de estas ideas bajo el constructo de norma social percibida.

La Obligatoriedad de la Mascarilla. Se observó que 4 de los entrevistados (S1, S2, S4 y S5) manifestaron que consideraban la obligatoriedad del uso de mascarilla como un deber o, yendo más lejos, una imposición social propiciada por la información existente respecto al COVID-19 y sus consecuencias. De esta manera, 2 de los entrevistados (S2 y S5), quienes manifestaron una actitud positiva hacia el uso de mascarilla, dijeron estar de acuerdo con el primer punto:

S2: No me afectaría el que un grupo decida usarla o no, seguiría con el uso.

S5: Yo creo que es necesario. Yo creo que es necesario y la gente que no opina lo mismo o que hace como escándalo por lo mismo no me entra en la cabeza. No, no puedo entenderlo.

Por otra parte, 2 de los sujetos entrevistados (S1 y S4), con una actitud negativa hacia el uso de mascarilla, concordaron con la segunda noción, denunciando el carácter impositivo de la conducta como una vulneración a la libertad individual apoyada por las personas que están de acuerdo con esta:

S1: No, es que uno debería tener la libertad de dejar la mascarilla, porque normalmente a las personas en el trabajo se les obliga a usar la mascarilla, aún cuando no están enfermos [...] Para mí debería ser una opción, porque en el fondo están coartando mi libertad, y están yendo contra la propia constitución, no la que van a elegir ahora sino la propia constitución, que explícitamente dice que yo tengo derecho a la libertad, en cambio yo no puedo ser libre este momento, simplemente estoy reprimido en ese sentido.

S4: Obviamente el sistema, la propaganda, los medios de comunicación, empoderó a cualquier persona, incluso hasta ahora te piden pase de movilidad, a una persona que quiere hacer Zumba en una sede (), yo no podría ir porque no tengo pase de movilidad, por ejemplo.

La Mascarilla como Medio de Control Social. Resulta relevante observar cómo en las entrevistas surgen diferentes apreciaciones acerca de la mascarilla como una forma de controlar a la población por parte de élites poderosas. En este sentido, 2 de los entrevistados que manifestaron una actitud positiva hacia la conducta en estudio (S2 y S5) se refirieron a la existencia de colectivos de individuos en contra del uso de mascarilla, los que denominaron “grupos anti-mascarilla”. En relación a ello, los entrevistados dijeron no estar de acuerdo con las ideas compartidas por estos grupos, afirmando tener capacidad para no verse influenciados por estas:

S2: Siempre va a haber gente necia que no va a hacer caso, pero son cosas más puntuales, o casos más de histeria colectiva, de repente, como que con todo esto de los anti-vacunas o anti-mascarillas, no sé.

S3: No sé si funciona conmigo, como toda esta, este movimiento anti-mascarilla, que por suerte no hay tantos en Chile, pero no, pero no me afectarían a mí.

Por el contrario, en el caso de los entrevistados con una actitud negativa hacia el uso de mascarilla (S1 y S4) parece haber un consenso con respecto a que el uso de esta es considerado como un método de control hacia las personas ejercido por parte de los gobiernos, o incluso por una élite poderosa:

S1: Para mí es una forma de controlar a las personas, para tenerlas en sus casas [...] ahora se está hablando de un nuevo orden mundial, las grandes élites están controlando a la gente, y han inventado muchas formas.

S4: Yo sinceramente creo que en este momento es un tema de control más que de salud el uso de mascarilla.

Finalmente, en el caso de un entrevistado (S1), tales comentarios fueron acompañados de ideas conspirativas acerca de la manipulación que hacen los gobiernos tanto de las personas como de la información existente acerca del COVID-19:

S1: He estado conversando con las personas, y frente a cualquier cosa las personas mueren por COVID, y no por otra cosa (sarcasmo). Por ejemplo, el caso de una hermana mía, su compañero tenía un alzheimer pero súper avanzado, lo llevaron al hospital y poco después ¡se murió de COVID!, cuando ya era un sonámbulo, no conversaba ya, no reconocía a nadie, entonces tuvo un problema, lo llevaron al hospital, y curiosamente le informan a mi hermana que su pareja había muerto de COVID, e incluso lo enterraron al cementerio rápidamente y ni siquiera mi hermana estuvo tan cerca, tuvo que ver el entierro de lejos. Tengo otro caso de otra hermana que el esposo de su hija () a ese lo internaron, si hubiera tenido COVID, se hubiera enfermado mi hermana, su hija y la sobrina, ¡pero no pasó nada!, entonces están haciendo aumentar la cantidad de enfermos y de muertes por COVID. Yo tengo 4 casos parecidos de parientes míos (), a nivel de país simplemente las personas que están muriendo de COVID son personas que ya tienen alguna enfermedad, y normalmente

son personas de edad. Si usted recuerda la primera persona que murió de COVID en Chile fue una señora en Santiago que tenía cáncer y tenía 80 años, y en el informe del diario dice ¡se murió de COVID! (risas) [...] Imagínese, no se hizo ninguna autopsia a las personas que murieron llamativamente de COVID, simplemente se murió de COVID, y al cementerio se llevó. Pero qué estudios se hicieron realmente sobre eso a las personas que murieron. ¿Se hicieron? No, porque simplemente llegó la información desde la Organización Mundial de la Salud de que se tenía que enterrar a las personas. Entonces para mí se está manipulando a las personas [...] se están falseando un poco los datos con respecto al COVID.

Conclusión del análisis temático

Los resultados del análisis temático presentan coherencia al compararse con los resultados cuantitativos, puesto que ambos dan cuenta de los mismos factores actitudinales en relación al uso de mascarilla, a saber, las percepciones sobre la utilidad de la misma y el consenso general sobre la incomodidad de su uso cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia.

En el caso de los individuos con una actitud positiva hacia el uso de mascarilla, parece existir un patrón actitudinal que propicia el despliegue de la conducta, y que guarda relación con la sensación de seguridad que esta entrega. En tal sentido, los entrevistados reportaron creencias vinculadas con el conocimiento científico, la experiencia previa o la confianza en la mascarilla como medida preventiva útil. Por otra parte, en aquellos individuos con una actitud negativa hacia la conducta en estudio, el patrón parece estar dado por la creencia en la inutilidad de la mascarilla como medida preventiva, la que sería sustentada por la experiencia previa en lo que respecta a la ausencia de consecuencias negativas pese a la no utilización de esta.

Se confirma que los integrantes del núcleo familiar corresponden a los referentes salientes señalados con mayor frecuencia, a los que en ocasiones se suman las amistades cercanas. Por otra parte, se constató que dichos referentes no siempre despliegan la conducta en estudio de la misma forma que los entrevistados.

En cuanto a los factores internos y externos que influyen sobre el uso de mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia, los entrevistados reportaron las condiciones climáticas, la presencia de otros individuos en la vía pública, la legislación vigente o ciertas condiciones dermatológicas como elementos de importancia y que podrían tener un impacto en el despliegue de la conducta.

Finalmente, los entrevistados entregaron apreciaciones sobre el uso de mascarilla como un deber o imposición social. Al respecto, aquellos que se refirieron a lo anterior y que tenían una actitud positiva hacia la conducta, señalaron no estar de acuerdo con la idea de la mascarilla como un medio de control, afirmando contar con la capacidad para no verse influenciados por los grupos que concuerdan con dicha premisa. Por el contrario, los individuos con una actitud negativa hacia la conducta manifestaron creencias asociadas con la mascarilla como una privación a la libertad y un medio de control por parte del gobierno o una élite poderosa.

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue conocer de qué modo influyen las creencias, actitudes, norma social percibida y control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. A la luz de lo anterior, como resultados principales se obtuvieron los siguientes:

- 1) La actitud, la norma social percibida y el control conductual percibido reportaron una relación directa y significativa sobre la intención conductual de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.
- 2) Las actitudes tuvieron una menor importancia que la norma social percibida y el control conductual percibido para explicar la intención conductual de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.
- 3) La intención conductual presentó una relación directa y significativa con la conducta pasada de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia.
- 4) Las creencias conductuales salientes estuvieron vinculadas principalmente con la percepción de efectividad y utilidad de la mascarilla como medio de prevención, así como con las incomodidades que acarrea su uso.
- 5) Las creencias normativas salientes demostraron que los integrantes del núcleo familiar, pareja y amigos correspondían a los principales referentes de los participantes. Estos habitualmente tuvieron algún impacto sobre el despliegue de la conducta en estudio.
- 6) El uso de mascarilla fue frecuentemente categorizado por los participantes como una obligación, cuyo sentido de obligatoriedad difirió según se percibió dicha conducta como un deber propio o como una imposición social externa.

Diferencia de Medias en Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido sobre el Uso de Mascarilla

En primer lugar, se constató que la norma social percibida, el control conductual percibido y la intención conductual obtuvieron valores neutros a altos para dichos constructos, lo que implica que los referentes de los participantes refuerzan la conducta, que la conducta depende de factores que están bajo su control y que es probable que lleven a cabo la conducta. Esto se confirma al comprobar que los participantes reportaron utilizar casi siempre la mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente al estar en espacios públicos de alta concurrencia.

En relación con la actitud, se encontró que la media para esta variable fue negativa, esto es, los participantes valoraron de manera negativa el uso de mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia. Estos resultados contrastan con los datos recogidos en el mapeo, en el cual se encontró que, dentro de los estudios que analizaron la relación de la actitud y las conductas de prevención, todos excepto uno reportaron actitudes mayoritariamente positivas hacia el uso de mascarilla (H. Duong et al., 2021; Izhar et al., 2021; Marendic et al., 2020; Reuben et al., 2021; Sikakulya et al., 2021; Wong et al., 2020; Xu y Cheng, 2021). En el único estudio en que se constataron actitudes mayoritariamente negativas hacia la conducta en estudio, se indicó que los participantes se adhirieron al uso de mascarilla y demás medidas preventivas a pesar de aquello (Rahman et al., 2020), lo que coincide con los resultados de nuestro estudio.

Debido a que en la literatura especializada revisada hubo una mayor cantidad de investigación asociada al estudio de la actitud, nos dedicaremos a continuación a discutir los resultados presentados anteriormente en mayor detalle.

De manera preliminar, se podría suponer que las discrepancias encontradas entre la literatura y nuestro estudio se deben a diferencias metodológicas con respecto a la forma de medir el constructo. Si consideramos la distinción entre la actitud experiencial e instrumental (Fishbein y Azjen, 2010), una posibilidad es que los estudios enfocados en la medición del componente instrumental de la actitud hubieran arrojado resultados más positivos. Sin embargo, al revisar las investigaciones aludidas, ninguna fue realizada en el marco de la TCP, por lo cual las actitudes fueron medidas usando definiciones disímiles y no resulta posible categorizar los ítems en instrumentales o experienciales.

Así, podría pensarse que las discrepancias antes mencionadas se deben a diferencias teóricas, es decir, a diferencias en la definición misma del constructo. Esta explicación tiene respaldo, en vistas de que 5 de los 7 estudios revisados se enmarcan dentro del modelo de Knowledge, Attitudes and Practices (KAP). Efectivamente, la conceptualización de actitud según el modelo KAP parece ser más laxa que la trabajada por la TCP, a saber, el constructo entendido como la valoración positiva o negativa de los atributos de la conducta. Es más, en ninguno de estos textos siquiera se hace mención de una definición precisa del constructo medido. Así, el estudio de Marendic et al. (2020) utiliza una escala de actitud de 10 ítems, algunos de los cuales miden la conducta (“uso el equipo de protección personal”), las creencias/conocimientos (“las mascarillas y los guantes me protegen de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus”, “los profesionales de la salud tienen un mayor riesgo de contraer COVID-19”) o incluso la norma social percibida (“el equipo de protección es extremadamente importante en mi ambiente [negocio, familia, etc]”). En la misma línea, la escala de actitud utilizada por Reuben et al. (2021) pregunta por la

intención conductual (“¿usarías mascarilla?”), y no sólo con respecto al uso de mascarilla, sino que también con respecto a otras conductas de salud como la higiene de manos o el distanciamiento social. Podría citarse también la investigación de Sikakulya et al. (2021), que empleó una escala de actitud de 3 ítems, de los cuales uno que midió el control conductual percibido (¿confías en que puedes usar la mascarilla correctamente?) y solo uno midió creencias conductuales/actitud (“Usar la mascarilla puede protegerte del COVID-19”). Es posible concluir, entonces, que los estudios discutidos trabajan con definiciones de actitud diferentes a la utilizada por la TCP, lo cual podría explicar las discrepancias descritas.

Por otra parte, considerando que los estudios revisados en la etapa de mapeo se condujeron en fases iniciales de la pandemia por COVID-19, ciertas diferencias relacionadas con el desarrollo de la misma podrían estar asociadas a percibir de manera más negativa las consecuencias desagradables del uso de mascarilla o a percibir menos beneficios de la conducta. Dichas diferencias podrían corresponder a la disminución de los casos diarios reportados, la relajación de algunas normativas como la eliminación del estado de catástrofe y las restricciones de movilidad (Gobierno de Chile, 2021a), y un incremento de la población con esquema completo de vacunación, que a la fecha del 15 de junio de 2021 correspondía a 9,01 millones de personas (Our World in Data, 2021), mientras que al 17 de diciembre corresponde a 15,8 millones de personas (Ministerio de Salud, 2021c). En tal sentido, futuras investigaciones de corte longitudinal podrían ayudar a esclarecer estas dudas.

Finalmente, una última razón que puede explicar la existencia de una actitud mayoritariamente negativa hacia el uso de mascarilla es que la estructura de nuestra muestra se concentra principalmente en las edades intermedias, es decir, en los

rangos de la adultez joven y la adultez media, los cuales son los grupos etarios que presentan una actitud más negativa. Así, la concentración de respuestas en este tramo de la población podría estar arrastrando la media de la actitud de manera desproporcionada hacia lo negativo.

Adicionalmente, podríamos comparar estos resultados con el estudio realizado en Chile por Bronfman et al. (2021). Tal investigación midió la actitud con una escala de 6 ítems tipo Likert de 5 puntos, y arrojó una media de la actitud negativa. Estos datos se condicen con los resultados encontrados por nuestro estudio, aunque no se puede realizar una comparación directa puesto que no utilizaron los lineamientos de los autores de la TCP, quienes establecen que la evaluación de la actitud debe realizarse a partir de ítems de diferencial semántico. Así, la escala desarrollada por los autores se centra en los “beneficios” y las “barreras” implicadas en la conducta y se basa tanto en elementos experienciales como instrumentales de la actitud.

Diferencias Sociodemográficas en Actitud, Norma Social Percibida y Control

Conductual Percibido sobre el Uso de Mascarilla

Diferencias de las Variables Respecto del Género

Se constató que las personas de género femenino tuvieron puntajes más altos que las de género masculino en todas las variables en estudio, a la vez que desplegaron la conducta más frecuentemente. Respecto a la actitud, estos resultados coinciden con los estudios analizados en el mapeo, en los cuales se reportaron actitudes más positivas hacia el uso de mascarilla o conductas de prevención en participantes mujeres (Al Naam et al., 2021; Galasso et al., 2020; Izhar et al., 2021). En este sentido, la presencia de actitudes más negativas en hombres podría deberse al cumplimiento de las normas masculinas tradicionales, pues se ha observado que estas

contribuyen a formar actitudes negativas hacia el uso de mascarilla (Mahalik et al., 2021). Cabe destacar que si bien los individuos de género no binario presentaron un puntaje mayor para todas las variables en comparación a las personas de género masculino y femenino, no se pueden realizar mayores interpretaciones debido a que el grupo está compuesto por muy pocos participantes, por lo que los resultados son inestables.

Ahora bien, Callow et al. (2020) afirman que el género no tiene un efecto significativo en la variable de actitud. Sin embargo, en el caso de este estudio, dicho resultado podría estar asociado al bajo poder de este para detectar diferencias, puesto que la muestra utilizada estuvo compuesta por una mayor proporción de mujeres (76,9%) que de hombres (23,1%), siendo el tamaño de esta relativamente pequeño (n=242).

Sobre la intención, Irfan et al. (2021) encontraron que esta estaba influenciada de manera significativa por el género de los individuos. Estos resultados también revelaron que las mujeres exhibieron mayores conductas de prevención que otros grupos de la sociedad, lo que se condice con lo encontrado en nuestro estudio.

Diferencias de las Variables Respecto de la Zona Geográfica

Se encontraron diferencias significativas en norma, control conductual percibido e intención conductual, pero no en actitud y conducta, de acuerdo a la zona geográfica a la que pertenecen los participantes. En general, la zona metropolitana obtuvo puntajes más altos para todas las variables, seguida de la zona sur, la zona centro, y por último la zona norte. Si bien en la literatura no existe evidencia similar al respecto, ya que nuestros resultados se circunscriben únicamente a nivel nacional, se puede hipotetizar que estos vienen dados por la menor concentración de personas en la zona

norte, a diferencias de regiones con mayor densidad poblacional, como la zona metropolitana o la zona centro.

Diferencias de las Variables Respecto de la Edad

En nuestro estudio se puede constatar una relación en forma de U entre la edad y las variables en estudio, a saber, estas fueron más altas en los grupos de menor y mayor edad, y menor en los grupos intermedios.

Con respecto a la actitud, dentro la literatura revisada en el mapeo se observó una actitud más positiva en personas de mayor edad (Al Naam et al., 2021; Izhar et al., 2021). Tales diferencias podrían darse por el carácter de nuestra muestra, la que estuvo concentrada en individuos de rango etario intermedio. Así, la considerable presencia de estos, que corresponden al grupo con una actitud más negativa hacia el uso de mascarilla, podría explicar la relación en forma de U entre dicha variable y la edad.

No obstante, Callow et al. (2020) afirman que la edad no tiene un efecto significativo en la variable de actitud. Sin embargo, en el caso de este estudio, dicho resultado podría deberse a que se llevó a cabo empleando una muestra compuesta en su totalidad por personas mayores a 60 años, grupo que pareciera ser bastante homogéneo en sus actitudes frente al uso de mascarilla.

Por otra parte, Thoma et al. (2021) mencionaron que la edad ejerce una influencia significativa en el uso de mascarilla, pero no entregan mayor información acerca de la distribución de acuerdo a los diferentes grupos etarios.

Adicionalmente, Irfan et al. (2021) encontraron que la intención estaba influenciada de manera significativa por la edad de los individuos. Estos resultados

también revelaron que las personas mayores desplegaron más la conducta que otros grupos etarios.

En conclusión, es difícil comparar nuestros resultados con la literatura existente, puesto que los rangos etarios de los participantes de dichos estudios se encuentran bastante restringidos.

Diferencias de las Variables Respecto del Nivel Educativo

Sobre el nivel educativo, los resultados del mapeo mostraron una relación entre niveles más altos de actitud y un mayor nivel educativo (Al Naam et al., 2021). Esto contrasta con los resultados obtenidos en el presente estudio, los cuales no arrojaron diferencias significativas por nivel educativo para ninguna de las variables. En la investigación de Al Naam (2021), más del 50% de los participantes contaban con educación universitaria, es decir, la muestra concentró a participantes con altos niveles educativos, de manera similar a nuestro estudio. Así, las diferencias entre los resultados de ambos estudios no pueden ser explicadas por diferencias en la variabilidad de la muestra, por lo que se requiere de más investigación al respecto.

Diferencias de las Variables Respecto de la Ocupación

Respecto de la ocupación, la literatura existente encontró una relación entre estar empleado y actitudes positivas hacia las conductas de prevención (Izhar et al., 2021). Estos resultados son parcialmente apoyados por nuestro estudio, pues, si bien existen actitudes mayoritariamente positivas hacia la conducta en los participantes en situación de empleados, se constató un nivel más alto de actitud en los grupos inactivos, estudiantes y jubilados.

Es especialmente llamativo el caso de los trabajadores independientes, cuya actitud hacia la conducta en estudio fue considerablemente menos favorable que en los otros grupos. Se podría hipotetizar que esto se da debido a que las restricciones

impulsadas por el contexto de emergencia sanitaria tuvieron un efecto negativo económicamente más significativo para dicho grupo de la población.

Diferencias de las Variables Respecto del Área de Residencia

Por otro lado, la revisión bibliográfica mostró evidencia de que vivir en áreas rurales, en lugar de urbanas, se relaciona con actitudes positivas hacia las conductas de prevención (Izhar et al., 2021). En contraste, nuestro estudio encontró que la actitud fue mayoritariamente negativa en áreas rurales y no se constataron diferencias significativas entre los grupos según zona de vivienda (urbanas, rurales e intermedias).

Valor Predictivo de la Actitud, la Norma Social Percibida y el Control Conductual Percibido sobre la Intención Conductual

La primera hipótesis de nuestro estudio postulaba que las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido tendrían un efecto positivo y significativo sobre la intención conductual de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia, lo que pudo ser corroborado por nuestra investigación. Al respecto, los resultados obtenidos permitieron constatar una relación significativa y fuerte de las variables predictoras sobre la intención conductual en estudio, con una regresión que explica un 82,44% de la varianza. Esto se condice con los hallazgos de Barile et al. (2021), quienes también evidenciaron que las 3 variables de la TCP tienen un efecto positivo y significativo en la intención conductual. Si comparamos nuestro coeficiente de determinación con lo reportado en la literatura presente en la revisión sistemática (Irfan et al., 2021), se puede observar que el R^2 de nuestro modelo de regresión es muy alto. Al considerar el meta-análisis realizado por McEachan et al. (2011), los valores del R^2 para conductas de salud se encuentran entre 0,36 y 0,51, esto es, son significativamente más bajos. El

alto valor del coeficiente de determinación podría deberse a que nuestras variables presentaron altos índices de confiabilidad y nuestra muestra fue relativamente grande y variada, lo que habría permitido apreciar con mayor claridad la relación entre las variables. Además, las respuestas asociadas a las variables de actitud e intención conductual son altamente polares, lo cual puede explicar que aparezcan correlaciones tan fuertes.

Al comparar nuestros resultados con el estudio realizado por Chung et al. (2018), observamos que los coeficientes de regresión de las variables predictoras son similares (entre 0,2 y 0,4) a los de nuestro estudio y, además, todas tuvieron un efecto positivo y significativo sobre la intención. Sin embargo, en dicho estudio fue el control conductual percibido la variable con un coeficiente más elevado, a diferencia de en nuestro trabajo, en el cual la variable con el coeficiente de regresión más alto fue la norma social percibida. A este respecto, nuestros resultados son similares a los vistos en el estudio realizado en Chile por Bronfman et al. (2021), quienes también encontraron que la norma social percibida fue la variable que presentó un mayor coeficiente de regresión en el modelo.

En cuanto al valor predictivo de las actitudes, nuestros hallazgos concuerdan con lo encontrado en el mapeo, en el que dicha variable ejerció influencia en la adopción de conductas de prevención y del uso de mascarilla (Azene et al., 2020; Marendic et al., 2020; Reuben et al., 2021; Taylor y Asmundson, 2021; Wondimu et al., 2020; Xu et al., 2020). A pesar de esto, es relevante mencionar que en el estudio de Bronfman et al. (2021) realizado en Chile, la actitud no presentó una influencia estadísticamente significativa en la adopción de las medidas preventivas. Sin embargo, lo anterior podría deberse a que los autores de esta investigación midieron este

constructo mediante una escala Likert de 5 puntos, lo cual está en contra de las directrices de Fishbein y Ajzen (2010), pues estos establecen que la actitud debe ser medida por ítems de diferencial semántico.

Diferencias en el Aporte a la Varianza entre Actitud, Norma Social Percibida y Control Conductual Percibido sobre la Intención Conductual

Nuestra segunda hipótesis sostenía que, en comparación a las demás variables, la actitud tendría una mayor importancia para explicar y predecir la intención de cubrir permanentemente nariz y boca con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia, tal como se evidenció en algunos de los estudios analizados en nuestra revisión sistemática (Azene et al., 2020; Marendić et al., 2020; Reuben et al., 2021; Taylor y Asmundson, 2021; Wondimu et al., 2020; Xu et al., 2020). Sin embargo, esto se vió refutado tras la realización del análisis de dominancia.

De esta manera, al calcular el aporte en varianza explicada de cada variable, se obtuvo que, para nuestra muestra, la norma social percibida y el control conductual percibido son las variables que, aunque ligeramente, presentan un mayor valor explicativo en los modelos de dominancia completa y dominancia condicional. Además, en el promedio del aporte de cada variable a todos los modelos posibles, o dominancia general, la variable que más aporta varianza explicada, es decir, predicción sobre la intención de usar mascarilla, es la norma social percibida, pese a tener una dominancia leve sobre las otras variables de estudio.

En añadidura, mediante un bootstrapping de 1.000 re-muestras descubrimos que al generalizar tales resultados, la dominancia de la norma social percibida y el control conductual percibido sobre la actitud para explicar y predecir la intención conductual se hace constante y consistente, por lo que, incluso replicando el trabajo

realizado, la actitud explicaría menos diferencia en varianza que las demás variables de interés. De cualquier forma, al constatarse diferencias leves en los análisis realizados, no se puede negar la importancia que cada una de las variables tiene sobre la intención en estudio, y así, tanto la norma social percibida como el control conductual percibido y la actitud han de ser consideradas si se quiere, a futuro, predecir la intención de usar mascarilla, o fomentar tal conducta.

La relevancia ligeramente mayor de la norma social percibida, en comparación con las otras variables, podría ser explicada por el hecho de que la conducta en estudio corresponde a una que es altamente visible por los demás, particularmente el núcleo familiar. Esta idea concordaría con lo planteado por Barile et al. (2021), quienes establecieron que observar que otros individuos están utilizando mascarilla es un predictor importante para la adherencia a dicha medida cuando se tiene la intención realizarla. En relación al contexto chileno, la familia es percibida como una estructura social de mayor importancia frente a otras como el trabajo, las amistades o la religión, permitiendo que los chilenos se piensen a sí mismos como indisociables de sus vínculos familiares (Araujo y Martuccelli, 2012). Así, existiría una gran presión por acatar el mandato familiar ante el uso de mascarilla, ya sea para utilizarla o no, lo que podría explicar por qué la norma social percibida tendría una relevancia mayor en el contexto de este país.

Con respecto al control conductual percibido, pese a que los individuos en un lugar público de alta concurrencia no constituyen los referentes principales de una persona, el no utilizar mascarilla en dicho espacio puede conllevar a un rechazo o castigo social, lo que podría traducirse en un mayor despliegue de la conducta a fin de evitar las repercusiones negativas de esto último.

Finalmente, en base a lo descubierto mediante la revisión sistemática, desde un principio consideramos que la variable de actitud sería la de mayor aporte predictivo en relación a la conducta de usar mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia. No obstante, tras la obtención de nuestros resultados, queda en evidencia la importancia de los constructos teóricos como conjunto, y no por separado, en la predicción y explicación de la conducta. Tomando en cuenta que las variables dominantes no son tales por un margen significativo, afirmar que una de estas en solitario es la que aporta el mayor valor predictivo no presentaría ninguna ventaja, así como trabajar sobre una sola de estas a fin de generar una mayor adherencia a las conductas preventivas no sería de especial utilidad.

Correlación de la Actitud, la Norma Social Percibida, el Control Conductual Percibido y la Intención Conductual con la Conducta Pasada de Cubrir Nariz y Boca Permanentemente con Mascarilla al Estar en Espacios Públicos de Alta Concurrencia

Se corrobora la tercera hipótesis de nuestra investigación, en tanto la intención conductual tiene una relación positiva y significativa con la conducta pasada de cubrir nariz y boca permanentemente con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia. Asimismo, todas las variables presentan una relación significativa y fuerte sobre el despliegue de la conducta, siendo el efecto menos significativo el del control conductual percibido, cuyo efecto está mediado por la intención.

Estos resultados concuerdan con lo planteado por Barile et al. (2020), quienes encontraron una asociación significativa entre intención conductual y la conducta. En discrepancia con la literatura revisada, en la cual no se esclareció el rol de la norma

social percibida y del control conductual percibido, encontramos que dichos constructos ejercieron una influencia significativa en el despliegue de la conducta en estudio.

Creencias Asociadas al Uso de Mascarilla

Mediante los resultados del análisis temático de las entrevistas cualitativas, encontramos que las creencias sobre la utilidad de la mascarilla influyeron sobre su uso, siendo este mayor en aquellas personas que la consideraban como una medida preventiva efectiva. Esto concuerda con lo expuesto por la literatura (Gray et al., 2020; Kantor y Kantor, 2020; Natnael et al., 2021) y con lo establecido en nuestro supuesto, en el cual se afirmó que las creencias conductuales salientes estarían vinculadas con la percepción de efectividad de la mascarilla como medio de prevención.

Se encontró que en el caso de las personas con una actitud positiva hacia el uso de mascarilla parece existir un patrón que motiva el uso de esta, y que se encuentra sustentado en la sensación de seguridad que la misma ofrece. Esta sensación se apoyaría en elementos como la confianza en el conocimiento científico, la experiencia previa y la percepción de la mascarilla como una medida preventiva útil. En el caso de los individuos con una actitud negativa hacia el uso de mascarilla, el patrón parece estar dado principalmente por la experiencia previa de haberse enfrentado a situaciones que propiciaban un posible contagio de otras enfermedades sin haber sufrido consecuencias negativas, a pesar de no utilizar medidas preventivas.

La idea de la mascarilla como un medio de control social fue declarada por todos los sujetos. Los individuos con una actitud positiva hacia la conducta señalaron no estar de acuerdo con que las mascarillas sean un medio de control social, atribuyéndolo a la falta de conocimiento y reportando una alta capacidad para resistir a tales ideas. Por otra parte, los individuos con una actitud negativa manifestaron que el

uso de mascarilla corresponde a una medida impulsada por parte del gobierno o de una élite poderosa, lo que perciben como una privación de la libertad individual. Esto se encuentra en la línea de lo planteado por Resnicow et al. (2021), quienes señalaron que la presencia de creencias conspirativas, tales como la verdad acerca del COVID-19 siendo ocultada al público, la creación y propagación del COVID-19 por una élite poderosa para controlar a la gente y los medios de comunicación haciendo parecer el COVID-19 más peligroso de lo que en realidad es, podrían generar una menor adherencia a medidas preventivas. Por otra parte, nuestros resultados se contraponen a lo señalado por Prichard y Christman (2020), quienes afirmaron que las creencias conspirativas no influyeron directamente en la tendencia a utilizar mascarilla.

Limitaciones del Estudio

Al ser seleccionada la muestra a través de publicidad en redes sociales, se excluyó a la población chilena que no participa activamente en estas, sea ello por opción, edad, acceso, o por la falta de habilidades y conocimientos suficientes para el manejo del internet. Además, si bien Instagram y Facebook corresponden a dos de las redes sociales más utilizadas en Chile (Branch, 2021), esto no implica que el total de la población cibernauta las utilice activamente.

El conocimiento y habilidad limitada para el uso de internet y sus plataformas, así como la falta de acceso al mismo, pudo haber supuesto dificultades para responder a la totalidad de nuestro instrumento en línea, impidiendo la participación en la investigación a un gran grupo de personas. Lo anterior podría ser una de las razones que expliquen que el número final de nuestra muestra (n=975), que solo consideró casos con el total de los ítems respondidos, resultara considerablemente menor al

número de personas que ingresó al enlace del cuestionario (n=2.026), o al de aquellas que aceptaron el consentimiento en dicha plataforma (n=1.374).

En la muestra final hubo una mayor cantidad de integrantes con una edad entre 30 y 40 años, lo cual influyó en los resultados obtenidos al calcular el efecto de la edad de los participantes sobre las variables de estudio. Finalmente, también se observa una muestra con amplia inclinación a un nivel educativo alto y escasa presencia de personas con educación incompleta, lo cual limita la generalización de los resultados para poblaciones de tales características.

Finalmente, al presentar un diseño transversal, el estudio solo pudo medir la conducta pasada, no siendo estrictamente un modelo predictivo de la conducta. De acuerdo con los lineamientos de Fishbein y Ajzen (2010), es necesario realizar un estudio longitudinal en el cual la actitud, norma y control conductual percibido sean analizados junto con la intención para predecir en un segundo momento la conducta de interés.

Fortalezas del Estudio

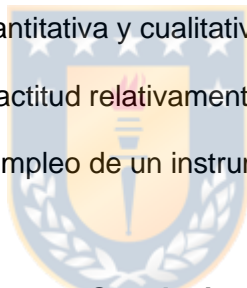
La revisión sistemática de la literatura científica llevada a cabo con el fin de fundamentar el marco teórico nos permitió sentar una sólida base para la comparación de nuestros resultados y los obtenidos por investigaciones realizadas tanto en el hemisferio occidental como en el oriental, lo que también facilitó identificar las carencias en materia de investigación acerca de las razones detrás del uso de mascarilla en contextos de emergencias sanitarias en la región latinoamericana.

La muestra final de nuestro estudio, la cual estuvo constituida por 975 individuos, sobrepasó más de 6 veces el total inicial de 148 personas con las que esperábamos contar. Esto permitió la inclusión de participantes de todas las

macrozonas geográficas del país, de distintos rangos etarios y distribuidos de manera relativamente equitativa por género, dando por resultado una muestra de gran volumen y diversidad.

El presente trabajo estudió la totalidad de los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada siguiendo los lineamientos del modelo que Fishbein y Ajzen (2010) otorgan para la confección de los ítems. Además, nuestro instrumento fue revisado por 5 jueces expertos en materia de salud e investigación y sus escalas mostraron una alta fiabilidad.

Por último, el empleo de una modalidad mixta para recabar y analizar información de naturaleza cuantitativa y cualitativa contribuye a la comprensión de las creencias que subyacen a la actitud relativamente negativa frente al uso de mascarilla, lo que no es reflejado por el empleo de un instrumento cuantitativo por sí solo.



Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue conocer de qué modo influyen las creencias, actitudes, norma social percibida y control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla cubriendo nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena.

Podemos concluir que el objetivo de la investigación se cumplió, toda vez que se pudo observar la influencia que ejercen las variables predictoras del modelo sobre la intención y la conducta en estudio. Esto emerge como un antecedente de importancia en el entendido de que las políticas públicas en materia de salud requieren de la comprensión profunda de los factores que deben ser contemplados a la hora de su formulación y efectiva implementación.

Los resultados confirman dos de las hipótesis planteadas, a saber, que la actitud, la norma social percibida y el control conductual percibido reportaron un efecto positivo y significativo sobre la intención conductual de cubrir nariz y boca permanentemente con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia; y que la intención conductual tuvo una relación positiva y significativa con la conducta pasada de cubrir nariz y boca permanentemente con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia. Por otra parte, las actitudes tuvieron una menor importancia que las demás variables predictoras para explicar la intención conductual de cubrir nariz y boca permanentemente con mascarilla al estar en espacios públicos de alta concurrencia, refutando nuestra segunda hipótesis.

La norma social percibida corresponde a la variable con mayor valor predictivo para la intención de utilizar mascarilla para cubrir nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia. Sin embargo, no lo es por un amplio margen, lo que indica la importancia de dar crédito al peso de todas las variables en conjunto para la predicción de la conducta.

Finalmente, nuestros resultados contribuyen a la consolidación de una línea investigativa centrada en las conductas de prevención en emergencias sanitarias en Latinoamérica. Además, esperamos que estos datos también puedan ser de utilidad para el desarrollo de futuras campañas de prevención en salud, especialmente desde el presente contexto de emergencia por la pandemia del COVID-19, en la medida en que entregan comprensión acerca de los determinantes psicosociales que subyacen a la intención de llevar a cabo la conducta preventiva del uso de mascarilla. Con esta información, las autoridades pueden enfocar sus esfuerzos en impactar sobre las variables de estudio para generar una mayor adherencia a dicha medida.

Referencias

*Aquellas referencias marcadas con asterisco corresponden a los documentos científicos incluidos en nuestra revisión sistemática.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (2005). *The influence of attitudes on behaviour*. En Albarracín, D., Johnson, B. y Zanna, M. (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp. 173-221). Lawrence Erlbaum.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 178-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Ajzen, I. (2014). The theory of planned behaviour is alive and well, and not ready to retire: A commentary on Sniehotta, Priesseau, and Araújo-Soares. *Health Psychology Review*, 9(2), 131-137. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.883474>

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice- Hall.

*Al Naam, Y., Elsafi, S., Alkharraz, Z., Alfahad, O., Al-Jubran, K. y Al Zahrani, E. (2021). Community practice of using face masks for the prevention of COVID-19 in Saudi Arabia. *PLoS ONE*, 16(2), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247313>

Araujo, K y Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes: Retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. LOM Edición.

Armitage, C. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.

<https://doi.org/10.1348/014466601164939>

Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.

<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

*Azene, Z., Merid, M., Muluneh, A., Geberu, D., Kassa, G., Yenit, M., Tilahun, S., Gelaye, K., Mekonnen, H., Azagew, A., Wubneh, C., Belay, G., Asmamaw, N., Agegnehu, C., Azale, T., Tamiru, A., Rade, B., Taye, E., Taddese, A., ... Alemayeyu, M. (2020). Adherence towards COVID-19 mitigation measures and its associated factors among Gondar City residents: A community-based cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 15(12), 1-15.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244265>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Henry Holt & Company.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287.

[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)

*Barceló, J. y Sheen, G. (2020). Voluntary adoption of social welfare-enhancing behavior: Mask-wearing in Spain during the COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(12), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242764>

- *Barile, J., Guerin, R., Fisher, K., Tian, L., Okun, A., Van Den Esschert, K., Jeffers, A., Gurbaxani, B., Thompson, W. y Prue, C. (2021). Theory-based behavioral predictors of self-reported use of face coverings in public settings during the COVID-19 pandemic in the United States. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(1), 82-88. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa109>
- Barrera-Herrera, A. y Vinet, E. (2017). Adulthood emerging and cultural characteristics of the stage in Chilean university students. *Terapia Psicológica*, 35(1), 47-56. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
- Barrera-Herrera, A., Vinet, E. y Ortiz, M. (2020). Evaluación de la adultez emergente en Chile: Validación del IDEA - extendido en universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 28(1), 46- 61. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100047>
- *Berg, M. y Lin, L. (2020). Prevalence and predictors of early COVID-19 behavioral intentions in the United States. *Translational Behavioral Medicine*, 10(4), 843-849. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa085>
- Bragazzi, N., Mahroum, N., Damiani, G., Dzevela, J. y Wu, J. (2021). Effectiveness of community face mask use on COVID-19 epidemiological trends and patterns in Italy: Evidence from a “translational” study. *Infectious Diseases*, 53(4), 252-254. <https://doi.org/10.1080/23744235.2021.1883731>
- Branch. (23 de abril de 2021). Estadísticas de la situación digital de Chile en el 2020-2021. <https://branch.com.co/marketing-digital/estadisticas-de-la-situacion-digital-de-chile-en-el-2020-2021/>

- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- *Bressington, D., Cheung, T., Lam, S., Suen, L., Fong, T., Ho, H. y Xiang, Y-T. (2020). Association between depression, health beliefs, and face mask use during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.571179>
- Bronfman, N., Repetto, P., Cisternas, P. y Castañeda, J. (2021). Factors influencing the adoption of COVID-19 preventive behaviors in Chile. *Sustainability*, 13(10), 1-13. <https://doi.org/10.3390/su13105331>
- Budd, R. (1987). Response bias and the theory of reasoned action. *Social Cognition*, 5(2), 95- 107. <https://doi.org/10.1521/soco.1987.5.2.95>
- Budescu, D. y Azen, R. (2004). Beyond global measures of relative importance: Some insights from dominance analysis. *Organizational Research Methods*, 7(3), 341-350. <https://doi.org/10.1177/1094428104267049>
- Budescu, D. (1993). Dominance analysis: A new approach to the problem of relative importance of predictors in multiple regression. *Psychological Bulletin*, 114(3), 542-551. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.542>
- Bustos, C., Morales, M., Salcedo, P. y Díaz, A. (2018). Buhos: A web-based systematic literature review management software. *SoftwareX*, 7, 360-372.
<https://doi.org/10.1016/j.softx.2018.10.004>

- Bustos, C. (2018). *Teoría de la conducta planificada e intención de publicar replicaciones en psicología [Tesis de Doctorado, Universidad de Concepción]*. Repositorio Bibliotecas Universidad de Concepción.
- Cadem. (2019). *El Chile que viene. Uso de redes sociales: marzo 2019*.
<https://www.cadem.cl/encuestas/el-chile-que-viene-uso-de-las-redes-sociales/>
- *Callow, M., Callow, D. y Smith, C. (2020). Older adults' intention to socially isolate once COVID- 19 stay-at-home orders are replaced with "safer-at-home" public health advisories: A survey of respondents in Maryland. *Journal of Applied Gerontology*, 39(11), 1175-1183. <https://doi.org/10.1177/0733464820944704>
- Center for Disease Control Prevention (CDC). (17 de junio de 2021). *COVID-19 in Chile*. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/covid-4/coronavirus-chile>
- Chile Atiende. (15 de junio de 2021). *Coronavirus (COVID-19) / comunas en cuarentena*. <https://www.chileatiende.gob.cl/coronavirus/cuarentena>
- *Chung, P-K., Zhang, C-Q., Liu, J-D., Chan, D. K-C., Si, G. y Hagger, M. (2018). The process by which perceived autonomy support predicts motivation, intention, and behavior for seasonal influenza prevention in Hong Kong older adults. *BMC Public Health*, 18(65), 1- 9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4608-x>
- Cialdini, R., Reno, R. y Kallgren, C. (1990). A focus theory of normative conduct: Recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(6), 1015-1026.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.6.1015>

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de ética profesional*.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.).

Lawrence Erlbaum Associates.

Conner, M. y Armitage, C. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429-1464. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x>

Creswell, J., Plano Clark, V., Gutmann, M. y Hanson, W. (2003). *Advanced mixed methods research design*. En A. Tashakkori y C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social behavioral research* (pp. 209-240).

*Duong, M., Nguyen, H. y Duong, B. (2021). A cross-sectional study of knowledge, attitude, and practice towards face mask use amid the COVID-19 pandemic amongst university students in Vietnam. *Journal of Community Health*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10900-021-00981-6>

*Duong, H., Nguyen, H., McFarlane, S. y Nguyen, L. (2021). Risk perception and COVID-19 preventive behaviors: Application of the integrative model of behavioral prediction. *Social Science Journal*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/03623319.2021.1874176>

*Fielmua, N., Guba, B. y Mwingyine D. (2021). Hand hygiene and safety behaviours at shopping centres in COVID-19: An observation in Wa township in Ghana. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, 11(3), 442-452. <https://doi.org/10.2166/washdev.2021.240>

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Publishing Company.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press: Taylor & Francis Group.

<https://doi.org/10.4324/9780203838020>

Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273-278.

<https://doi.org/10.1080/09540120050042918>

*Fisher, K., Barile, J., Guerin, R., Esschert, K., Jeffers, A., Tian, L., Garcia-Williams, A., Gurbaxani, B., Thompson, W. y Prue, C. (2020). Factors associated with cloth face covering use among adults during the COVID-19 pandemic - United States, april and may 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(28), 933-937.

<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6928e3>

*Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard, S. y Foucault, M. (2020).

Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(44), 27285-27291.

<https://doi.org/10.1073/pnas.2012520117>

Gobierno de Chile. (2021a). *Actualización al plan paso a paso nos cuidamos*.

https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/031121_Documento_Actualizacion_Paso_a_Paso_V04.pdf

Gobierno de Chile. (2021b). *Estrategia gradual “paso a paso nos cuidamos”*.

https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/210429_Plan_Paso_a_Paso.pdf

Gobierno de Chile. (2020). *Paso a paso nos cuidamos: Protocolo nacional “modo*

COVID de vida”. https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/Protocolo-Nacional-091120.pdf

*Gray, L., Macdonald, C., Tassell-Matamua, N., Stanley, J., Kvalsvig, A., Zhang, J., Murton, S., Wiles, S., Puloka, V., Becker, J., Johnston, D. y Baker, M. (2020). Wearing one for the team: Views and attitudes to face covering in New Zealand/Aotearoa during COVID-19 alert level 4 lockdown. *Journal of Primary Health Care*, 12(3), 199-206. <https://doi.org/10.1071/HC20089>

Guo, Y-R., Cao, Q-D., Hong, Z-S., Tan, Y-Y., Chen, S-D., Jin, H-J., Tan, K-S., Wang, D-Y. y Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, 7(11), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>

*Hornik, R., Kikut, A., Jesch, E., Woko, C., Siegel, L. y Kim, K. (2021). Association of COVID-19 misinformation with face mask wearing and social distancing in a nationally representative US sample. *Health Communication*, 36(1), 6-14. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1847437>

Howard, J., Huang, A., Li, Z., Tufekci, Z., Zdimal, V., Van Der Westhuizen, H., Von Delft, A., Price, A., Fridman, L., Tang, L-H., Tang, V., Watson, G., Bax, C., Shaikh, R., Questier, F., Hernandez, D., Chu, L., Ramirez, C. y Rimoin, A. (2021). An evidence review of face masks against COVID-19. *PNAS*, 118(4), 1-12. <https://doi.org/10.1073/pnas.2014564118>

ICOVID CHILE. (2021). *Ocupación de camas UCI por menores de 50 años se triplicó respecto al peak del 2020. Urge vacunarlos.*
[https://uploads.strikinglycdn.com/files/abf423c4-b016-4560-b8db-fdfede6b2d48/44%2C%20ICOVID%2C%20informe%20\(2\).pdf](https://uploads.strikinglycdn.com/files/abf423c4-b016-4560-b8db-fdfede6b2d48/44%2C%20ICOVID%2C%20informe%20(2).pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Población total por sexo y área urbana-rural, según edad simple [Data set]*. https://www.ine.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/cuadros-estadisticos/censo-2017/1_1_poblacion.xls?sfvrsn=6e892fb2_4

*Irfan, M., Akhtar, N., Ahmad, M., Shahzad, F., Elavarasan, R., Wu, H. y Yang, C. (2021). Assessing public willingness to wear face masks during the COVID-19 pandemic: Fresh insights from the theory of planned behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 1-22.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18094577>

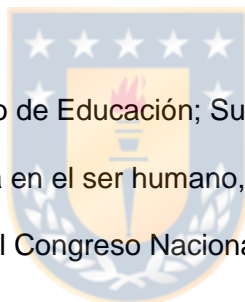
Ita, K. (2021). Coronavirus disease (COVID-19): Current status and prospects for drug and vaccine development. *Archives of Medical Research*, 52(1), 15-24.
<https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.09.010>

- *Izhar, R., Husain, S., Tahir, M., Husain, S. y Hussain, S. (2021). Knowledge, attitudes, and practices of the Pakistani population regarding facemasks during the COVID-19 pandemic. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 33(2-3), 209-302. <https://doi.org/10.1177/1010539521997261>
- Jemmott, J., Jemmott, L. y Fong, G. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *JAMA*, 279(19), 1529-1536. <https://doi.org/10.1001/jama.279.19.1529>
- Ju, J., Boisvert, L. y Zuo, Y. (2021). Face masks against COVID-19: Standards, efficacy, testing and decontamination methods. *Advances in Colloid and Interface Science*, 292, 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.cis.2021.102435>
- *Kantor, B. y Kantor, J. (2020). Non-pharmaceutical interventions for pandemic COVID-19: A cross-sectional investigation of US general public beliefs, attitudes, and actions. *Frontiers in Medicine*, 7(384), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00384>
- *Kim, Y-J., Cho, J-H. y Kang, S-W. (2020). Study on the relationship between leisure activity participation and wearing a mask among Koreans during COVID-19 crisis: using TPB model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207674>
- *Koebele, E., Albright, E., Dickinson, K., Blanch-Hartigan, D., Neuberger, L., Deleo, R., Shanahan, E. y Roberts, J. (2021). Perceptions of efficacy are key determinants

of mask-wearing behavior during the COVID-19 pandemic. *Natural Hazards Review*, 22(3), 1-6. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)NH.1527-6996.0000489](https://doi.org/10.1061/(ASCE)NH.1527-6996.0000489)

*Krzyżak, K., Kościelecka, K., Kuć, A., Kubik, D. y Męcik-Kronenberg, T. (2020). Masks - protection or danger? analysis of social attitudes towards the order to cover mouth and nose during the COVID-19 pandemic. *Wiadomości Lekarskie*, 73(8), 1641-1649. <https://doi.org/10.36740/wlek202008110>

*Lee, J-W. (2021). COVID-19 preventive action intention determinants-focused on the expanded health belief model. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(1), 1425-1432.



Ley 20120 de 2006 [Ministerio de Educación; Subsecretaría de Salud Pública]. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 22 de septiembre de 2006.

Limesurvey GmbH. (2021). *Limesurvey: An open source survey tool*. LimeSurvey GmbH.

Liu, Y-C., Kuo, R-L. y Shih, S-R. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical Journal*, 43(4), 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.04.007>

*Liu, Z., Geng, H., Chen, H., Zhu, M. y Zhu, T. (2020). Exploring the mechanisms of influence on COVID-19 preventive behaviors in China's social media users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238766>

- Lotfi, M., Hamblin, M. y Rezaei, N. (2020). COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. *Clinica Chimica Acta*, 508, 254-266.
<https://doi.org/10.1016/j.cca.2020.05.044>
- *Mahalik, J., Bianca, M. y Harris, M. (2021). Men's attitudes toward mask-wearing during COVID- 19: Understanding the complexities of mask-ularity. *Journal of Health Psychology*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/1359105321990793>
- *Marendić, M., Bokan, I., Buljan, I., Dominiković, P., Suton, R. y Kolčić, I. (2020). Adherence to epidemiological measures and related knowledge and attitudes during the coronavirus disease 2019 epidemic in Croatia: A cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 61(6), 508-517.
<https://doi.org/10.3325/CMJ.2020.61.508>
- *Margraf, J., Brailovskaia, J. y Schneider, S. (2020). Behavioral measures to fight COVID-19: An 8-country study of perceived usefulness, adherence and their predictors. *PLoS ONE*, 15(12), 1-22.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243523>
- Martín, J., Tena, N. y Asuero, A. (2021). Current state of diagnostic, screening and surveillance testing methods for COVID-19 from an analytical chemistry point of view. *Microchemical Journal*, 167, 1-20.
<https://doi.org/10.1016/j.microc.2021.106305>
- *Mata, F., Martins, P., Lopes-Silva, J., Mansur-Alves, M., Saeri, A., Grundy, E., Slattery, P. y Smith, L. (2021). Age and education moderate the relationship between confidence in health and political authorities and intention to adopt COVID-19

health-protective behaviours. *International Journal of Sociology and Social Policy*. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-01-2021-0007>

*Matusiak, Ł., Szepietowska, M., Krajewski, P., Białynicki-Birula, R. y Szepietowski, J. (2020). Face masks use during the COVID-19 pandemic: Differences in attitudes and practices between medical and non-medical students. A survey of 2256 students in Poland. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 29(10), 1201-1203. <https://doi.org/10.17219/ACEM/126295>

Mboowa, G., Musoke, D., Bulafu, D. y Aruhomukama, D. (2021). Face-masking, an acceptable protective measure against COVID-19 in Ugandan high-risk groups. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(2), 502-513. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1174>

McEachan, R., Conner, M., Taylor, N. y Lawton, R. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>

Miller, K., Chepp, V., Wilson, S. y Padilla, J. (2014). *Cognitive interviewing methodology*. John Wiley & Sons Inc.

Ministerio de Salud (MINSAL). (15 de junio de 2021a). *Casos confirmados en Chile COVID-19*. <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>

Ministerio de Salud (MINSAL). (15 de junio de 2021b). *COVID-19: 11 regiones disminuyen sus nuevos casos en los últimos 7 días y 10 en los últimos 14*.

<https://www.minsal.cl/covid-19-11-regiones-disminuyen-sus-nuevos-casos-en-los-ultimos-7-dias-y-10-en-los-ultimos-14/>

Ministerio de Salud (MINSAL). (17 de diciembre de 2021c). *Vacunación campaña SARS-CoV-2. Total país.*

https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9037e283-1278-422c-84c4-16e42a7026c8§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

*Mo, P., Fong, V., Song, B., Di, J., Wang, Q. y Wang, L. (2021). Association of perceived threat, negative emotions, and self-efficacy with mental health and personal protective behavior among chinese pregnant women during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), 1-19. <https://doi.org/10.2196/24053>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., [The PRISMA Group]. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Monitoreo Nacional de Síntomas y Prácticas COVID-19 en Chile (MOVID-19). (2021). *Coronavirus impact monitor: Policy, access, control and transectorial consequences.* <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/01/Estudio-MOVID-IMPACT-Enero-2021.pdf>

Morales, F., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología social*. Tercera edición. McGraw-Hill Education.

Morwitz, V., Johnson, E. y Schmittlein, D. (1993). Does measuring intent change behavior?. *Journal of Consumer Research*, 20(1), 46-61.

<https://doi.org/10.1086/209332>

Murphy, W. y Brubaker, R. (1990). Effects of a brief theory-based intervention on the practice of testicular self-examination by high school males. *Journal of School Health*, 60(9), 459- 462. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1990.tb05977.x>

*Nakayachi, K., Ozaki, T., Shibata, Y. y Yokoi, R. (2020). Why do Japanese people use masks against COVID-19, even though masks are unlikely to offer protection from infection? *Frontiers in Psychology*, 11, 1-12.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01918>

*Natnael, T., Alemnew, Y., Berihun, G., Abebe, M., Andualem, A., Ademe, S., Tegegne, B. y Adane, M. (2021). Facemask wearing to prevent COVID-19 transmission and associated factors among taxi drivers in Dessie City and Kombolcha Town, Ethiopia. *PLoS ONE*, 16(3), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247954>

*Niu, Z., Wang, T., Hu, P., Mei, J. y Tang, Z. (2020). Chinese Public's engagement in preventive and intervening health behaviors during the early breakout of COVID-19: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), 1-12.

<https://doi.org/10.2196/19995>

- *Omura, M., Stone, T., Petrini, M. y Cao, R. (2020). Nurses' health beliefs about paper face masks in Japan, Australia and China: A qualitative descriptive study. *International Nursing Review*, 67(3), 341-351. <https://doi.org/10.1111/inr.12607>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf
- Our World in Data. (15 de junio de 2021). *Coronavirus (COVID-19) vaccinations*. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42(2), 141-149.
- *Palmer, C. y Peterson, R. (2020). Toxic mask-ularity: The link between masculine toughness and affective reactions to mask wearing in the COVID-19 era. *Politics and Gender*, 16(4), 1044-1051. <https://doi.org/10.1017/S1743923X20000422>
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. Tercera edición. McGraw-Hill Education.
- *Prichard, E. y Christman, S. (2020). Authoritarianism, conspiracy beliefs, gender and COVID-19: Links between individual differences and concern about COVID-19, mask wearing behaviors, and the tendency to blame China for the virus. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597671>

- Rader, B., White, L., Burns, M., Chen, J., Brilliant, J., Cohen, J., Shaman, J., Brilliant, L., Kraemer, M., Hawkins, J., Scarpino, S., Astley, C. y Brownstein, J. (2021). Mask-wearing and control of SARS-CoV-2 transmission in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Digital Health*, 3(3), 148-157.
[https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30293-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30293-4)
- *Rahman, S., Akter, A., Mostari, K., Ferdousi, S., Ummon, I., Naafi, S., Rahman, M., Uddin, M., Tasmin, S., Uddin, M., Lopa, S. Amin, S., Miah, M., Saha, T., Rahim, M. y Hossain, S. (2020). Assessment of knowledge, attitudes and practices towards prevention of coronavirus disease (COVID-19) among Bangladeshi population. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 46(2), 73-82.
<https://doi.org/10.3329/bmrcb.v46i2.49015>
- *Resnicow, K., Bacon, E., Yang, P., Hawley, S., Van Horn, M. y An, L. (2021). Novel predictors of COVID-19 protective behaviors among US adults: Cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), 1-11 .
<https://doi.org/10.2196/23488>
- *Reuben, R., Danladi, M., Saleh, D. y Ejembi, P. (2021). Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: An epidemiological survey in North-Central Nigeria. *Journal of Community Health*, 46, 457-470.
<https://doi.org/10.1007/s10900-020-00881-1>
- *Roberts, J. y David, M. (2021). Improving predictions of COVID-19 preventive behavior: Development of a sequential mediation model. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), 1-10. <https://doi.org/10.2196/23218>

- *Rui, J., Yang, K. y Chen, J. (2021). Information sources, risk perception, and efficacy appraisal's prediction of engagement in protective behaviors against COVID-19 in China: Repeated cross-sectional survey. *JMIR Human Factors*, 8(1), 1-15. <https://doi.org/10.2196/23232>
- Salian, V., Wright, J., Vedell, P., Nair, S., Li, C., Kandimalla, M., Tang, X., Carmona, E., Kalari, K. y Kandimalla, K. (2021). COVID-19 transmission, current treatment, and future therapeutic strategies. *Molecular Pharmaceutics*, 18(3), 754-771. <https://doi.org/10.1021/acs.molpharmaceut.0c00608>
- Sánchez, A., Miranda, C., Castillo, C., Arellano, N. y Tixe, T. (2021). COVID-19: Fisiopatología, historia natural y diagnóstico. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 98-114. <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.13>
- Sanderson, C. y Jemmott, J. (1996). Moderation and mediation of HIV-prevention interventions: Relationship status, intentions, and condom use among college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(23), 2076-2099. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1996.tb01788.x>
- *Shahnaz, S., Arain, M., Anwar, K. y Anwar, R. (2020). Assessment of knowledge, beliefs and myths regarding the use of mask in COVID-19 outbreak in Karachi, Pakistan. *Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 43(2), 191-198. <https://doi.org/10.21608/BFSA.2020.127414>
- *Si, H., Shen, L., Liu, W. y Wu, G. (2021). Uncovering people's mask-saving intentions and behaviors in the post-COVID-19 period: Evidence from China. *Sustainable Cities and Society*, 65, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2020.102626>

- Siddiqi, H., Libby, P. y Ridker, P. (2021). COVID-19 – A vascular disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 31(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2020.10.005>
- *Sikakulya, F., Ssebuufu, R., Mambo, S., Pius, T., Kabanyoro, A., Kamahoro, E., Mulumba, Y., Muhongya, J. y Kyamanywa, P. (2021). Use of face masks to limit the spread of the COVID-19 among western Ugandans: Knowledge, attitude and practices. *PLoS ONE*, 16(3), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248706>
- *Singh, A., Agrawal, P., Gautam, A., Kumar, D., Garg, R. y Pursnani, N. (2020). Knowledge, attitude, and practices of healthcare workers in non-covid areas of the hospital regarding the use of face mask to limit the spread of the novel coronavirus disease (COVID-19): An institutional cross-sectional online survey. *Journal of SAFOG*, 12(3), 137-141. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1802>
- Sniehotta, F., Presseau, J. y Araújo-Soarez, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review*, 8(1), 1-7. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.869710>
- *Stosic, M., Helwig, S. y Ruben, M. (2021). Greater belief in science predicts mask-wearing behavior during COVID-19. *Personality and Individual Differences*, 176, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110769>
- Taylor, D., Bury, M., Camping, N., Carter, S., Garfield, S., Newbould, J. y Rennie, T. (2006). *A review of the use of the health belief model (HBM), the theory of reasoned action (TRA), the theory of planned behaviour (TPB) and the trans-*

theoretical model (TTM) to study and predict health related behaviour change.

University of London.

- *Taylor, S. y Asmundson, G. (2021). Negative attitudes about facemasks during the COVID-19 pandemic: The dual importance of perceived ineffectiveness and psychological reactance. *PLoS ONE*, 16(2), 1-15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246317>
- *Thoma, V., Weiss-Cohen, L., Filkuková, P. y Ayton, P. (2021). Cognitive Predictors of precautionary behavior during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 1- 17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589800>
- *Tong, K., Chen, J. H., Yu, E. y Wu, A. (2020). Adherence to COVID-19 precautionary measures: Applying the health belief model and generalised social beliefs to a probability community sample. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1205-1223. <https://doi.org/10.1111/aphw.12230>
- *Tukachinsky, R. y Vendemia, M. (2021). Effects of news and threat perceptions on Americans' COVID-19 precautionary behaviors. *Communication Reports*, 34(2), 65-77. <https://doi.org/10.1080/08934215.2021.1907428>
- Trafimow, D., Sheeran, P. y Conner, M. (2002). Is perceived behavioural control a multidimensional construct? Perceived difficulty and perceived control. *British Journal of Social Psychology*, 41(1), 101-121.
<https://doi.org/10.1348/014466602165081>
- Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M. y Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558.

- Vermund, S. y Pitzer, V. (2021). Asymptomatic transmission and the infection fatality risk for COVID-19: Implications for school reopening. *Clinical Infectious Diseases*, 72(9), 1493- 1496. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa855>
- Webb, T. y Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? a meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.249>
- *Wondimu, W., Ayenew, A., Kidnau, A., Niguse, W., Geremaw, M., Ayele, G., Ashenafi, M. y Berchedi, A. (2020). Factors associated with coronavirus disease 2019 prevention practices in three zones of Southwest Ethiopia: Community-based cross-sectional study. *International Journal of General Medicine*, 13, 1603-1611. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S288067>
- *Wong, C., Chen, J., Chow, K., Law, B., Chan, D., So, W., Leung, A. y Chan, C. (2020). Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 amongst ethnic minorities in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217878>
- World Health Organization (WHO). (14 de junio de 2021a). *Coronavirus*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
- World Health Organization (WHO). (15 de junio de 2021b). *COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice>

World Health Organization (WHO). (2020a). *Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report - 1*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

World Health Organization (WHO). (14 de junio de 2021c). *Weekly operational update on COVID-19*. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---14-june-2021>

World Health Organization (WHO). (11 de marzo de 2020b). *Who director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

*Xu, H., Gan, Y., Zheng, D., Wu, B., Zhu, X., Xu, C., Liu, C., Tao, Z., Hu, Y., Chen, M., Li, M., Lu,

Z. y Chen, J. (2020). Relationship between COVID-19 infection and risk perception, knowledge, attitude, and four nonpharmaceutical interventions during the late period of the COVID-19 epidemic in China: Online cross-sectional survey of 8158 adults. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), 1-19. <https://doi.org/10.2196/21372>

*Xu, P. y Cheng, J. (2021). Individual differences in social distancing and mask-wearing in the pandemic of COVID-19: The role of need for cognition, self-control and risk attitude. *Personality and Individual Differences*, 175, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110706>

*Zhou, M., Long, P., Kong, N. y Campy, K. (2021). Characterizing Wuhan residents' mask- wearing intention at early stages of the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 104(8), 1868-1877.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.020>

Zhou, L., Ayeh, S., Chidambaram, V. y Karakousis, P. (2021). Modes of transmission of SARS- CoV-2 and evidence for preventive behavioral interventions. *BMC Infectious Diseases*, 21(496), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06222-4>



Apéndice A. Cuestionario sobre datos sociodemográficos y variables de la TCP

Sección 1

A continuación, se le presentará una serie de preguntas destinadas a recabar datos sociodemográficos, las cuales serán de carácter confidencial y solo serán revisadas por el equipo de investigación.

1) ¿Cuántos años tiene?:

2) ¿Cuál es tu género?:

(1) Femenino, (2) Masculino, (3) No binario, (4) Otro/Prefiero no especificar.

3) ¿Vive usted con alguien actualmente?:

(1) Sí, (2) No, vivo solo/a.

4) ¿Con quién vive usted actualmente?:

(1) Pareja, (2) Padre/Madre, (3) Hermanos/as, (4) Hijos/as, (5) Abuelos/as, (6) Amigos/as, (7) Conocidos/as, (8) Otros familiares (tíos/as, primos/as, etc.).

5) ¿Cuál es su nivel educativo actualmente?:

(Los niveles educativos incompletos refieren tanto a personas que no llegaron hasta el final de dicho nivel, o bien actualmente lo están cursando, pero no lo han finalizado).

(1) Básica incompleta o inferior, (2) básica completa, (3) Media incompleta, (4) Media completa, (5) Superior incompleta, (6) Superior completa, (7) Postgrado incompleto, (8) Postgrado completo.

6) ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual?:

(1) Empleado/a de tiempo completo, (2) Empleado/a de tiempo parcial, (3) Trabajador/a por cuenta propia (independiente), (4) Jubilado, (5) Trabajo doméstico no remunerado (dueño/a de casa), (6) Cuidador/a no remunerado/a (cuidado de hijos/enfermos/personas mayores), (7) Desempleado/a, (8) Estudiante, (9) Inactivo/a, (10) Otro.

7) ¿En qué región vive actualmente?:

(1) Región de Arica y Parinacota, (2) Región de Tarapacá, (3) Región de Antofagasta, (4) Región de Atacama, (5) Región de Coquimbo, (6) Región de Valparaíso, (7) Región Metropolitana de Santiago, (8) Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, (9)

Región del Maule, (10) Región de Ñuble, (11) Región del Biobío, (12) Región de La Araucanía, (13) Región de Los Ríos, (14) Región de Los Lagos, (15) Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, (16) Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.

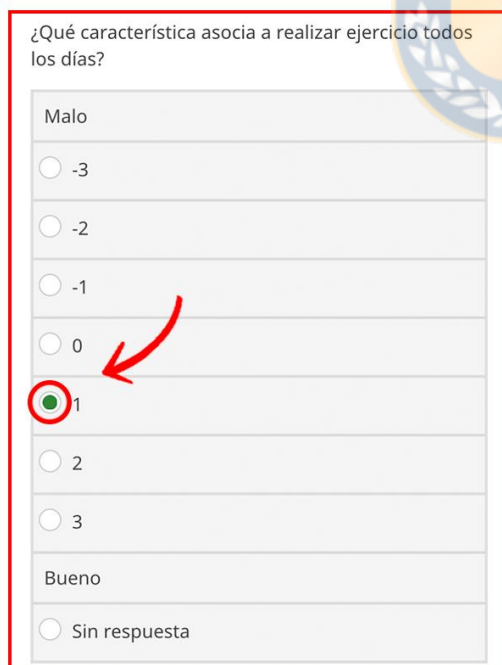
8) ¿En qué tipo de zona vive actualmente?:

(1) Zona urbana, (2) Zona intermedia (entre lo urbano y lo rural), (3) Zona rural.

Sección 2

A continuación, se le presentarán preguntas relacionadas a la conducta de ***cubrir su nariz y boca con mascarilla de manera permanente cuando se encuentra en espacios públicos de alta concurrencia***, tales como *centros comerciales, supermercados, ferias, plazas y calles con mucho tránsito, largas filas, etc.* Seleccione la casilla que mejor represente su posición en relación a los 2 extremos presentados.

En caso de necesitar ayuda para contestar, puede consultar el siguiente ejemplo para dispositivos móviles:



¿Qué característica asocia a realizar ejercicio todos los días?

Malo

-3

-2

-1

0

1

2

3

Bueno

Sin respuesta

En el ejemplo anterior la opción escogida fue 1, por lo cual la respuesta está ***más cerca de lo bueno que de lo malo*** en relación a realizar ejercicio todos los días.

Pensando en la conducta de cubrir su nariz y boca con mascarilla permanentemente al estar en un espacio público de alta concurrencia ¿Qué características le asocias a ella? Seleccione la opción que mejor represente tu opinión (recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas).

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Innecesario								Necesario
Perjudicial								Beneficioso
Desagradable								Agradable
Incómodo								Cómodo

A continuación, seleccione en qué grado está de acuerdo con las siguientes afirmaciones, considerando la siguiente escala de respuesta:

- 1.- Completamente en desacuerdo
- 2.- Muy en desacuerdo
- 3.- En desacuerdo
- 4.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 5.- De acuerdo
- 6.- Muy de acuerdo
- 7.- Completamente de acuerdo



	1	2	3	4	5	6	7
Las personas que son importantes para mí, dentro de mi círculo cercano (familia, amigos y pareja), piensan que yo debería utilizar mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando estoy en un espacio público de alta concurrencia.							

<p>Las personas que son importantes para mí, fuera de mi círculo cercano (que no son familia, amigos ni pareja), valorarían positivamente que yo utilizara mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando estoy en un espacio público de alta concurrencia.</p>							
<p>Creo que las personas que son importantes para mí, dentro de mi círculo cercano (familia, amigos y pareja), utilizan mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando están en espacios públicos de alta concurrencia.</p>							
<p>Creo que las personas que son importantes para mí, fuera de mi círculo cercano (que no son familia, amigos ni pareja), utilizan mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando están en espacios públicos de alta concurrencia.</p>							
<p>Estoy seguro de que puedo utilizar mascarilla permanentemente sobre nariz y boca cuando estoy en un espacio público de alta concurrencia.</p>							
<p>Creo que puedo soportar las molestias que implica utilizar mascarilla sobre nariz y boca cuando estoy en un espacio público de alta concurrencia.</p>							

Considero que solo depende de mí utilizar mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando estoy en un espacio público de alta concurrencia.							
Creo que pueden existir situaciones fuera de mi control que me impedirían utilizar mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando estoy en un espacio público de alta concurrencia.							
Tengo la intención de utilizar mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando esté en espacios públicos de alta concurrencia.							
Utilizaré mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando esté en espacios públicos de alta concurrencia.							

Teniendo en consideración la última semana ¿Cuántos días ha estado usted en espacios públicos de alta concurrencia?

(1) Ningún día, (2) 1 día, (3) 2 días, (4) 3 días, (5) 4 días, (6) 5 días, (7) 6 días, (8) 7 días.

¿Cuántas horas de los últimos 7 días ha estado usted en espacios públicos de alta concurrencia?

(1) Menos de 1 hora por día, (2) 1 hora por día, (3) 2 horas por día, (4) 3 horas por día, (5) 4 horas por día, (6) 5 horas por día, (7) 6 horas por día, (8) 7 horas por día, (9) 8 horas por día, (10) más de 8 horas por día.

A continuación, seleccione la opción que más lo represente considerando la siguiente escala de respuesta:

- 1.- Nunca
- 2.- Casi nunca
- 3.- A veces
- 4.- Casi siempre
- 5.- Siempre

	1	2	3	4	5
Teniendo en consideración los últimos 7 días ¿Qué tan frecuentemente usted ha utilizado mascarilla sobre nariz y boca permanentemente cuando ha estado en espacios públicos de alta concurrencia?					

Sección 3

A nosotros nos interesaría mucho conocer las razones por las cuales usted considera que el uso de la mascarilla para cubrir nariz y boca es positivo o negativo, así como las opiniones de sus cercanos con respecto a esta conducta y los factores que facilitan o dificultan su uso.

¿Estaría dispuesto/a a participar en una entrevista individual en modalidad online para indagar en estas razones? La duración aproximada es de 20 minutos. En caso de aceptar, usted será contactado dentro de los próximos días (desde la realización de esta encuesta) para coordinar la fecha de la reunión. Es necesario mencionar que la entrevista será grabada para analizar posteriormente la información, pero solo los investigadores tendrán acceso a estas grabaciones. La identificación e identidad de los y las participantes no será difundida de ninguna manera.

Sí, desde participar

No, no deseo participar

Si usted está dispuesto/a, solicitamos su teléfono o correo electrónico para contactarle (esta información solo será utilizada para este fin y ningún otro).

Teléfono:

Correo electrónico:

A continuación seleccione la plataforma que más le acomode para realizar la reunión:

Google Meet

Zoom

WhatsApp (Videollamada)

Gracias por su interés en nuestra encuesta. Ante cualquier duda o consulta, por favor dirigirla al investigador responsable Claudio Bustos.

Correo: clbustos@udec.cl



Apéndice B. Entrevista individual semiestructurada sobre las creencias respecto al uso de mascarilla

- 1) ¿Qué medidas de prevención emplea usted contra el COVID-19?
- 2) ¿Qué piensa usted acerca del uso de la mascarilla para cubrir nariz y boca permanentemente en espacios públicos de alta concurrencia por las personas en Chile?
- 3) ¿Qué aspectos positivos y/o negativos destacas sobre usar o no (usar) mascarilla para cubrir de manera permanente nariz y boca cuando usted está en espacios públicos de alta concurrencia?

En caso de que el/la encuestado/a no mencione alguno de los siguientes temas, se preguntará directamente sobre:

- Aspectos positivos sobre el uso
 - Aspectos negativos sobre el uso
 - Aspectos positivos sobre el no uso
 - Aspectos negativos sobre el no uso
- 4) ¿Quiénes son las personas más importantes para usted?
 - 5) De ellas, ¿Quiénes aprobarían que usted utilizase mascarilla para cubrir nariz y boca de manera permanente al estar en espacios públicos de alta concurrencia?
 - 6) ¿Quiénes lo rechazarían?
 - 7) De ellas, ¿Quiénes utilizarían mascarilla para cubrir nariz y boca de manera permanente al estar en espacios públicos de alta concurrencia?
 - 8) ¿Quiénes no la utilizarían?
 - 9) ¿Qué factores favorecerían que usted utilizase mascarilla para cubrir nariz y boca de manera permanente cuando te encuentras en espacios públicos de alta concurrencia?

En caso de que el/la encuestado/a no mencione alguno de los siguientes temas, se preguntará directamente sobre:

- Factores a favor internos
 - Factores a favor externos
- 10) ¿Qué factores dificultarían que usted utilizase mascarilla para cubrir nariz y boca de manera permanente cuando se encuentra en espacios públicos de alta concurrencia?

En caso de que el/la encuestado/a no mencione alguno de los siguientes temas, se preguntará directamente sobre:

- Factores en contra internos
- Factores en contra externos

11) ¿Qué desearía usted para el futuro en relación al uso de mascarillas?



Apéndice C. Documento Consentimiento Informado (Entrevista Cognitiva)



Universidad de Concepción

Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología

Consentimiento Informado

Investigador responsable: Claudio Bustos Navarrete (Contacto: +56 9 53528246)

Equipo investigador: Vicente Fasce Olmos – Diego García Moya – Nicolás San Martín Alvarado – Mario Valdés Vidal – Jairo Valladares Reyes

Patrocinador: Universidad de Concepción

Proyecto: “Determinantes psicosociales del uso de mascarilla en público desde la Teoría de la Conducta Planificada en habitantes adultos de Chile”

La primera parte de este documento le entrega información sobre la investigación, incluyendo riesgos y beneficios, para que usted pueda decidir si desea participar de forma libre y voluntaria. La segunda parte, contiene un formulario de consentimiento informado que registra su aceptación voluntaria de participar en la investigación y permite dejar constancia del acuerdo al Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, a la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y al Comité de Ética del Servicio de Salud Concepción. Además, como garantía de las condiciones de su participación, una copia del consentimiento informado le será enviado a su correo electrónico con los datos de contacto de los investigadores si así lo requiere.

Información sobre la Investigación

Somos un grupo de estudiantes de la carrera de Psicología, de la Universidad de Concepción, encargados de la presente investigación que tiene por objetivo conocer de qué manera influyen las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena.

Su colaboración en la entrevista cognitiva implica contestar una encuesta electrónica de 25 ítems, con una duración aproximada de 10 minutos, mientras un investigador le realiza preguntas para conocer su comprensión de los ítems del cuestionario. Posteriormente deberá contestar una entrevista de una duración aproximada de 20 minutos. Ambas instancias serán grabadas para poder recopilar la información necesaria para la investigación. El objetivo de esta fase es comprender si quien

contesta el cuestionario ha entendido las preguntas del modo en que los investigadores las han concebido.

Así como su participación en este estudio es libre y voluntaria, también usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin consecuencias y sin la necesidad de dar explicaciones al respecto. Las respuestas que usted diera hasta el momento de su retiro serán almacenadas y analizadas, pero si usted requiere eliminarlas puede solicitarlo en cualquier momento.

Su participación en el estudio no será recompensada de manera económica y no presenta riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea. Sin embargo, su colaboración resulta muy valiosa puesto que los resultados obtenidos serán de gran aporte para la comunidad científica.

Las respuestas recogidas por la encuesta serán tratadas de forma confidencial, identificando su participación por medio de un número asignado automáticamente según el orden en que usted haya respondido el cuestionario en la plataforma LimeSurvey. por lo que su nombre no será divulgado. Los investigadores responsables se harán cargo de la custodia de los datos recopilados, los cuales serán utilizados solo para los fines académicos de la presente investigación. Por último, los resultados de este estudio serán compartidos con los participantes, antes que con el público general.

En el caso de requerir más información la puedo solicitar al investigador responsable Claudio Bustos Navarrete, clbustos@udec.cl, +56 9 53528246. Si le surge alguna duda sobre sus derechos como sujeto de investigación, puede contactar al Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, Dr. Nelson Pérez, al e-mail cec@ssconcepcion.cl, o al teléfono +56-41-2722745.

Formulario de Consentimiento Informado

He sido invitado a participar de la entrevista cognitiva de una investigación destinada a conocer de qué manera influyen las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. He tomado conocimiento de los objetivos del estudio y su procedimiento asociado.

Entiendo que no obtendré recompensa económica por participar y que el estudio no supone riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea, pero que mi colaboración será un gran aporte para la comunidad científica.

Comprendo que mi participación es libre y voluntaria, por lo que puedo negarme a ser parte del estudio o retirarme del mismo cuando así lo estime, sin que ello implique consecuencias o la necesidad de dar explicaciones.

Como garantía de las condiciones de mi participación, una copia de este consentimiento será enviada a mi correo electrónico con la información necesaria para contactar al investigador si así lo requiero. Las otras copias quedarán en poder de la institución responsable y otra en poder de los investigadores.

Este documento ha sido revisado por el Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Fecha ___/___/_____

_____ Nombre del(la) participante

Firma

Yo, el que suscribe, investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

Fecha ___/___/_____

_____ Nombre de Investigador(a) responsable

Firma

Fecha ___/___/_____

_____ Director centro de investigación o su delegado/Ministro de Fé

Firma

Apéndice D. Documento Consentimiento Informado (Etapa Piloto)



Universidad de Concepción

Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología

Consentimiento Informado

Investigador responsable: Claudio Bustos Navarrete (Contacto: +56 9 53528246)

Equipo investigador: Vicente Fasce Olmos – Diego García Moya – Nicolás San Martín Alvarado – Mario Valdés Vidal – Jairo Valladares Reyes

Patrocinador: Universidad de Concepción

Proyecto: “Determinantes psicosociales del uso de mascarilla en público desde la Teoría de la Conducta Planificada en habitantes adultos de Chile”

La primera parte de este documento le entrega información sobre la investigación, incluyendo riesgos y beneficios, para que usted pueda decidir si desea participar de forma libre y voluntaria. La segunda parte, contiene un formulario de consentimiento informado que registra su aceptación voluntaria de participar en la investigación y permite dejar constancia del acuerdo al Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, a la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y al Comité de Ética del Servicio de Salud Concepción. Además, como garantía de las condiciones de su participación, una copia del consentimiento informado le será enviado a su correo electrónico con los datos de contacto de los investigadores si así lo requiere.

Información sobre la Investigación

Somos un grupo de estudiantes de la carrera de Psicología, de la Universidad de Concepción, encargados de la presente investigación que tiene por objetivo conocer de qué manera influyen las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena.

Su colaboración en esta etapa piloto implica contestar una encuesta electrónica de 25 ítems, de una duración aproximada de 10 minutos. El objetivo de esta fase es evaluar la proporción de personas que contestarán el cuestionario y la claridad del mismo.

Así como su participación en este estudio es libre y voluntaria, también usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin consecuencias y sin la necesidad de dar explicaciones al respecto. Las respuestas que usted diera hasta el

momento de su retiro serán almacenadas y analizadas, pero si usted requiere eliminarlas puede solicitarlo en cualquier momento.

Su participación en el estudio no será recompensada de manera económica y no presenta riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea. Sin embargo, su colaboración resulta muy valiosa puesto que los resultados obtenidos serán de gran aporte para la comunidad científica.

Las respuestas recogidas por la encuesta serán tratadas de forma confidencial, identificando su participación por medio de un número asignado automáticamente según el orden en que usted haya respondido el cuestionario en la plataforma LimeSurvey. por lo que su nombre no será divulgado. Los investigadores responsables se harán cargo de la custodia de los datos recopilados, los cuales serán utilizados solo para los fines académicos de la presente investigación. Por último, los resultados de este estudio serán compartidos con los participantes, antes que con el público general.

En el caso de requerir más información la puedo solicitar al investigador responsable Claudio Bustos Navarrete, clbustos@udec.cl, +56 9 53528246. Si le surge alguna duda sobre sus derechos como sujeto de investigación, puede contactar al Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, Dr. Nelson Pérez, al e-mail cec@ssconcepcion.cl, o al teléfono +56-41-2722745.

Formulario de Consentimiento Informado

He sido invitado a participar de la etapa piloto de una investigación destinada a conocer de qué manera influyen las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. He tomado conocimiento de los objetivos del estudio y su procedimiento asociado.

Entiendo que no obtendré recompensa económica por participar y que el estudio no supone riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea, pero que mi colaboración será un gran aporte para la comunidad científica.

Comprendo que mi participación es libre y voluntaria, por lo que puedo negarme a ser parte del estudio o retirarme del mismo cuando así lo estime, sin que ello implique consecuencias o la necesidad de dar explicaciones.

Como garantía de las condiciones de mi participación, una copia de este consentimiento será enviada a mi correo electrónico con la información necesaria para contactar al investigador si así lo requiero. Las otras copias quedarán en poder de la institución responsable y otra en poder de los investigadores.

Este documento ha sido revisado por el Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Haga click en la opción que corresponda:

[Botón 1] Acepto participar del estudio

[Botón 2] No deseo participar del estudio



Apéndice E. Material de reclutamiento

La publicidad presentada en este apartado refiere solamente a cómo será vista en dispositivos móviles, sin embargo, se debe destacar que esta se adaptará a otras plataformas como computadores.

Publicidad en Sección de Noticias de Facebook

Investigación Mascarillas en Chile Publicidad · 🌐

¡Hola! ¿Cómo estás?
Queremos invitarte cordialmente a participar de nuestra investigación dedicada a comprender las razones por las cuales utilizas (o no) mascarilla en estos tiempos de pandemia.

Para esto te invitamos a responder un sencillo cuestionario de menos de 10 minutos.

¡Tu opinión es muy valiosa para la ciencia y para nuestro proyecto de tesis universitaria!

¿Nos cooperas? ¡Te esperamos!

Y TÚ ¿QUÉ OPINAS DEL USO DE MASCARILLA?

TE INVITAMOS A RESPONDER UN SENCILLO CUESTIONARIO QUE TE TOMARÁ **MENOS DE 10 MINUTOS**
¡TU OPINIÓN ES MUY VALIOSA PARA LA CIENCIA Y PARA NUESTRO PROYECTO DE TESIS UNIVERSITARIA!

¿NOS COOPERAS? TE ESPERAMOS!

MASCARILLASENCHILE.INVESTIGAC...
Y tú ¿Qué opinas del uso de mascarilla? [VER MÁS](#)

👍 Me gusta 💬 Comentar ➦ Compartir

Publicidad en Feed de Instagram

The image shows a screenshot of an Instagram post. At the top, the word "Instagram" is written in its signature font. Below it, the profile name "Investigación Mascarillas en Chile" is displayed with a small profile picture icon and a "Publicidad" (Advertisement) label. The main content is a blue and red graphic with white and yellow text. The text asks for opinions on mask usage and invites participation in a short survey. A cartoon illustration of a man wearing a purple jacket and a blue face mask is on the right. At the bottom of the graphic, there is a red banner with white text and a circular logo featuring a star and a laurel wreath.

Y TÚ ¿QUÉ OPINAS DEL USO DE MASCARILLA?

TE INVITAMOS A RESPONDER UN SENCILLO CUESTIONARIO QUE TE TOMARÁ **MENOS DE 10 MINUTOS**

¡TU OPINIÓN ES MUY VALIOSA PARA LA CIENCIA Y PARA NUESTRO PROYECTO DE TESIS UNIVERSITARIA!

¿NOS COOPERAS? TE ESPERAMOS!

Ver más >

¡Hola! ¿Cómo estás?

Queremos invitarte cordialmente a participar de nuestra investigación dedicada a comprender las razones por las cuales utilizas (o no) mascarilla en estos tiempos de pandemia.

Para esto te invitamos a responder un sencillo cuestionario de menos de 10 minutos.

¡Tu opinión es muy valiosa para la ciencia y para nuestro proyecto de tesis universitaria!

¿Nos cooperas? ¡Te esperamos!

Publicidad en Historias de Instagram



Investigación Mascarillas en Chile
Publicidad

Y TÚ ¿QUÉ OPINAS DEL
USO DE **MASCARILLA?**

TE INVITAMOS A RESPONDER
UN SENCILLO CUESTIONARIO
QUE TE TOMARÁ **MENOS DE
10 MINUTOS**

¡TU OPINIÓN ES
MUY VALIOSA
PARA LA
CIENCIA Y
PARA NUESTRO
PROYECTO DE
TESIS
UNIVERSITARIA!

¿NOS COOPERARÁS?
¡TE ESPERAMOS!

Ver más

The advertisement is a vertical Instagram story with a dark blue background. At the top left, there is a profile picture of a person wearing a mask and the text 'Investigación Mascarillas en Chile' and 'Publicidad'. To the right of the profile picture are three dots and a close icon. The main text is in white and yellow, asking for opinions on mask use and inviting participation in a 10-minute survey. A cartoon illustration of a man in a purple jacket and mask is on the right. At the bottom, there is a red banner with white text and a 'Ver más' button.

Apéndice F. Documento Consentimiento Informado (Etapa Cuantitativa)



Universidad de Concepción

Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología

Consentimiento Informado para Participantes

Investigador responsable: Claudio Bustos Navarrete (Contacto: +56 9 53528246)

Equipo investigador: Vicente Fasce Olmos – Diego García Moya – Nicolás San Martín Alvarado

– Mario Valdés Vidal – Jairo Valladares Reyes

Patrocinador: Universidad de Concepción

Proyecto: “Determinantes psicosociales del uso de mascarilla en público desde la Teoría de la Conducta Planificada en habitantes adultos de Chile”

La primera parte de este documento le entrega información sobre la investigación, incluyendo riesgos y beneficios, para que usted pueda decidir si desea participar de forma libre y voluntaria. La segunda parte, contiene un formulario de consentimiento informado que registra su aceptación voluntaria de participar en la investigación y permite dejar constancia del acuerdo al Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, a la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y al Comité de Ética del Servicio de Salud Concepción. Además, como garantía de las condiciones de su participación, una copia del consentimiento informado le será enviado a su correo electrónico con los datos de contacto de los investigadores si así lo requiere.

Información sobre la Investigación

Somos un grupo de estudiantes de la carrera de Psicología, de la Universidad de Concepción, encargados de la presente investigación que tiene por objetivo conocer de qué manera influyen las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. Su colaboración en este estudio implica contestar una encuesta electrónica de 25 ítems, de una duración aproximada de 10 minutos.

Así como su participación en este estudio es libre y voluntaria, también usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin consecuencias y sin la necesidad de dar explicaciones al respecto. Las respuestas que usted diera hasta el momento de su retiro serán almacenadas y analizadas, pero si usted requiere eliminarlas puede solicitarlo en cualquier momento.

Su participación en el estudio no será recompensada de manera económica y no presenta riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea. Sin embargo, su colaboración resulta muy valiosa puesto que los resultados obtenidos serán de gran aporte para la comunidad científica.

Las respuestas recogidas por la encuesta serán tratadas de forma confidencial, identificando su participación por medio de un número asignado automáticamente según el orden en que usted haya respondido el cuestionario en la plataforma LimeSurvey. por lo que su nombre no será divulgado. Los investigadores responsables se harán cargo de la custodia de los datos recopilados, los cuales serán utilizados solo para los fines académicos de la presente investigación. Por último, los resultados de este estudio serán compartidos con los participantes, antes que con el público general.

En el caso de requerir más información la puedo solicitar al investigador responsable Claudio Bustos Navarrete, clbustos@udec.cl, +56 9 53528246. Si le surge alguna duda sobre sus derechos como sujeto de investigación, puede contactar al Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, Dr. Nelson Pérez, al e-mail cec@ssconcepcion.cl, o al teléfono +56-41-2722745.

Formulario de Consentimiento Informado

He sido invitado a participar en una investigación destinada a conocer de qué manera influyen las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. He tomado conocimiento de los objetivos del estudio y su procedimiento asociado.

Entiendo que no obtendré recompensa económica por participar y que el estudio no supone riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea, pero que mi colaboración será un gran aporte para la comunidad científica.

Comprendo que mi participación es libre y voluntaria, por lo que puedo negarme a ser parte del estudio o retirarme del mismo cuando así lo estime, sin que ello implique consecuencias o la necesidad de dar explicaciones.

Como garantía de las condiciones de mi participación, una copia de este consentimiento será enviada a mi correo electrónico con la información necesaria para contactar al investigador si así lo requiero. Las otras copias quedarán en poder de la institución responsable y otra en poder de los investigadores.

Este documento ha sido revisado por el Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Claudio Bustos Navarrete
Doctor en Psicología

Universidad de Concepción
Investigador responsable

Haga click en la opción que corresponda:

[Botón 1] Acepto participar del estudio

[Botón 2] No deseo participar del estudio



Apéndice G. Documento Consentimiento Informado (Etapa Cualitativa)



Universidad de Concepción

Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de Psicología

Consentimiento Informado para Participantes

Investigador responsable: Claudio Bustos Navarrete (Contacto: +56 9 53528246)

Equipo investigador: Vicente Fasce Olmos – Diego García Moya – Nicolás San Martín Alvarado

– Mario Valdés Vidal – Jairo Valladares Reyes

Patrocinador: Universidad de Concepción

Proyecto: “Determinantes psicosociales del uso de mascarilla en público desde la Teoría de la Conducta Planificada en habitantes adultos de Chile”

La primera parte de este documento le entrega información sobre la investigación, incluyendo riesgos y beneficios, para que usted pueda decidir si desea participar de forma libre y voluntaria. La segunda parte, contiene un formulario de consentimiento informado que registra su aceptación voluntaria de participar en la investigación y permite dejar constancia del acuerdo al Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, a la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y al Comité de Ética del Servicio de Salud. Además, como garantía de las condiciones de su participación, una copia del consentimiento informado le será enviado a su correo electrónico con los datos de contacto de los investigadores si así lo requiere.

Información sobre la Investigación

Somos un grupo de estudiantes de la carrera de Psicología, de la Universidad de Concepción, encargados de la presente investigación que tiene por objetivo conocer de qué manera influyen las creencias en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. Su colaboración en este estudio implica contestar una entrevista individual de una duración aproximada de 20 minutos, la cual será grabada para poder analizar posteriormente la información.

Así como su participación en este estudio es libre y voluntaria, también usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin consecuencias y sin la necesidad de dar explicaciones al respecto. Las respuestas que usted diera hasta el

momento de su retiro serán almacenadas y analizadas, pero si usted requiere eliminarlas puede solicitarlo en cualquier momento.

Su participación en el estudio no será recompensada de manera económica y no presenta riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea. Sin embargo, su colaboración resulta muy valiosa puesto que los resultados obtenidos serán de gran aporte para la comunidad científica.

Las respuestas recogidas por la encuesta serán tratadas de forma confidencial, identificando su participación por medio de un número asignado automáticamente según el orden en que usted haya respondido el cuestionario en la plataforma LimeSurvey. por lo que su nombre no será divulgado. Los investigadores responsables se harán cargo de la custodia de los datos recopilados, los cuales serán utilizados solo para los fines académicos de la presente investigación. Por último, los resultados de este estudio serán compartidos con los participantes, antes que con el público general.

En el caso de requerir más información la puedo solicitar al investigador responsable Claudio Bustos Navarrete, clbustos@udec.cl, +56 9 53528246. Si le surge alguna duda sobre sus derechos como sujeto de investigación, puede contactar al Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, Dr. Nelson Pérez, al e-mail cec@ssconcepcion.cl, o al teléfono +56-41-2722745.

Formulario de Consentimiento Informado

He sido invitado a participar en una investigación destinada a conocer las creencias que están a la base de las actitudes, la norma social percibida y el control conductual percibido que influyen en la intención y conducta pasada de usar mascarilla en espacios públicos de alta concurrencia en la población chilena. He tomado conocimiento de los objetivos del estudio y su procedimiento asociado.

Entiendo que no obtendré recompensa económica por participar y que el estudio no supone riesgos más allá de los que pudiera suponer el utilizar una plataforma en línea, pero que mi colaboración será un gran aporte para la comunidad científica.

Comprendo que mi participación es libre y voluntaria, por lo que puedo negarme a ser parte del estudio o retirarme del mismo cuando así lo estime, sin que ello implique consecuencias o la necesidad de dar explicaciones.

Como garantía de las condiciones de mi participación, una copia de este consentimiento será enviada a mi correo electrónico con la información necesaria para contactar al investigador si así lo requiero. Las otras copias quedarán en poder de la institución responsable y otra en poder de los investigadores.

Este documento ha sido revisado por el Comité de Ética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción y el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Claudio Bustos Navarrete
 Doctor en Psicología
 Universidad de Concepción
 Investigador responsable

Fecha ___/___/_____

_____ Nombre del(la) participante

 Firma

Yo, el que suscribe, investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará al participante una copia de esta información.

Fecha ___/___/_____

_____ Nombre de Investigador(a) responsable

 Firma



Fecha ___/___/_____

_____ Director centro de investigación o su delegado/Ministro de Fé

 Firma