

## PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PREVENCIÓN EN UN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA: CASO INFLUENZA A (H1N1), 2009

### RISK PERCEPTION AND PREVENTION IN A HEALTH EMERGENCY CONTEXT: CASE INFLUENZA A (H1N1), 2009

Carro Pérez, Ennio Héctor<sup>1</sup> y Hernández Gómez Arturo Secundino<sup>2</sup>

Universidad Autónoma de Tamaulipas

#### RESUMEN

El estudio de la percepción de riesgo y su relación con el uso de estrategias de prevención puede aportar información sobre cómo opera la conducta preventiva en situaciones de peligro eminente. El objetivo del presente trabajo fue conocer la evaluación que hicieron personas residentes de la zona conurbana del sur de Tamaulipas, México, sobre el riesgo de verse afectadas por el virus de la influenza A H1N1 y las medidas de prevención que adoptaron, durante los meses de abril a mayo del 2009. La muestra fue de 60 sujetos voluntarios que respondieron a un cuestionario mixto y escala de percepción de riesgo a través de correo electrónico. Se encontró que las medidas de prevención más frecuentes fueron: evitar lugares públicos (69.5%), faltar al trabajo o escuela (68.3%), y el uso del cubre boca (40%). Por otra parte se observó que aquellos que decidieron acatar alguna de las medidas preventivas recomendadas por las instituciones de salud evaluaron como más peligrosa y contagiosa la influenza A H1N1 que aquellos que no lo hicieron ( $p < .05$ ).

**Palabras clave:** *percepción de riesgo, conducta preventiva, emergencia sanitaria, influenza A H1N1, sur de Tamaulipas.*

#### ABSTRACT

The study of risk perception and its relation with the use of prevention strategies can provide information on how preventive behavior works in situations of imminent danger. The objective of the present study was to know the evaluation made by residents of the southern area of Tamaulipas, Mexico, on the risk of being affected by the influenza virus A H1N1 and the prevention measures they adopted during the months of April to May 2009. The sample consisted of 60 volunteers who responded to a mixed questionnaire and risk perception scale through e-mail. The most frequent prevention measures were: avoidance of public places (69.5%), absence from work or school (68.3%), and use of mouth cover (40%). On the other hand, it was observed that those who decided to follow one of the preventive measures recommended by the health institutions evaluated as more dangerous and contagious the A H1N1 influenza than those who did not ( $p < .05$ ).

**Keywords:** *risk perception, preventive behavior, health emergency, A H1N1 influenza, southern Tamaulipas.*

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Tamaulipas, Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico Aplicado al Comportamiento (CIDETAC), Profesor investigador, Tel. 241 2000, ext. 3768, Correo electrónico: ennio\_carro@yahoo.com

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Tamaulipas, Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, Profesor investigador.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación de la percepción de riesgo sobre un evento se considera un elemento fundamental para explicar las acciones preventivas que puede tener un conjunto de individuos o comunidad, en este sentido hay evidencia empírica que sugiere que la percepción de un evento como amenazante permite la emisión de comportamientos consecuentes (Apiñaniz et al., 2010). La literatura científica sobre la cultura del riesgo, prevención y resiliencia, han sido prolíficas en cuanto a catástrofes y afectaciones hacia poblaciones diversas, así, se pueden encontrar publicaciones sobre desastres naturales, hidrometeorológicos o sanitarios y a partir de los mismos, se localizan de forma abundante normas oficiales sobre guías, planes, manuales y diversas estrategias para la prevención y protección contra desastres como el de la Organización Panamericana de la Salud (2003), la Organización de las Naciones Unidas (2010), la Comunidad Europea (2010) y el del Centro Nacional de Prevención de Desastres (Secretaría de Gobernación, 2013), por citar solo algunos. No obstante, otros trabajos hacen referencia al impacto de los desastres y amenazas a la seguridad sanitaria y salud pública como el Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005), los desastres y la Salud Pública (Noji, 2000) y, la Vigilancia epidemiológica en situaciones de desastre (OMS, 2002). También algunas publicaciones están enfocadas desde la perspectiva teórica a aspectos relacionados con la mitigación de los desastres a través de los medios de comunicación social (Rodríguez y Terry, 2006), los diagnósticos y la vulnerabilidad urbana (Rodríguez, 2002) o desde el enfoque educativo para concientizar sobre los fenómenos naturales y los desastres sociales (Zapata, 2006).

Las anteriores aproximaciones, si bien contribuyen al conocimiento de la vulnerabilidad, capacidad de respuesta, prevención y afectaciones materiales de los eventos meteorológicos y sanitarios, dejan de lado los aspectos psicosociales de la acción preventiva, como los significados o percepciones de los individuos ante las situaciones de riesgo. Perspectivas teóricas y empíricas sobre el rumor y su perpetuación, como las de Allport y Postman (1976), Shibutani o Kapferer (Ritter, 2000), y Zires (2005) en México, o sobre las representaciones sociales (Moscovici, 1986) y el papel de la interacción en la construcción social del riesgo pueden ser útiles, más no suficientes, en la tarea de obtener un cuerpo de conocimientos más robusto al respecto.

Por lo anterior y con la intención de contribuir al estudio del riesgo y la prevención en situaciones de emergencia sanitaria desde una perspectiva psicosocial, el interés del presente estudio fue conocer la evaluación que hicieron personas residentes de la zona conurbana del sur de Tamaulipas, específicamente de los municipios de Madero y Tampico, Tamaulipas, México, sobre el riesgo de verse afectadas por el virus de la influenza AH1N1 y las medidas de prevención que adoptaron en su caso, durante los meses de abril a mayo del 2009 cuando se declaró por diversas instituciones de salud nacionales e internacionales la alerta sanitaria relativa a la influenza inicialmente porcina y posteriormente humana (Oehmichen-Bazán y Paris, 2010; Chávez, Figueroa y Cébulo, 2011; Jiménez-Corona, Aguilar-Díaz, León-Solis, Morales-Virgen y Ponce de León-Rosales, 2012). Éste esfuerzo se suma al de otros estudios que han revisado diversas variables asociadas al significado, las actitudes y la percepción de la influenza AH1N1 en diferentes contextos nacionales o institucionales (Velásquez, Contreras, Salazar y Chacón, 2009; Chávez, Figueroa y Cébulo, 2011; Torres, Matsui y Aranda, 2012; Mondragón, Hermelin, y Moreno, 2013; Apiñaniz et al., 2010; Agüero, Nebot, Pérez, López y García, 2011; Jiménez-Corona, Aguilar-Díaz, León-Solis, Morales-Virgen y Ponce de León-Rosales, 2012), y que en conjunto han aportado datos para comprender de mejor manera el comportamiento de las personas bajo condiciones de alerta, sin embargo el presente trabajo enriquece la evidencia hasta ahora acumulada en México, donde las investigaciones se centraron fundamentalmente en solo algunas regiones, por lo que no se cuenta con información publicada de todo el país, por otra parte en términos metodológicos el trabajo trato de evaluar las variables durante los meses de mayor alarma de la contingencia sanitaria y no en posteriores a ella, con lo que se cuenta con un dato con menor sesgo cognitivo el cual se produce a medida que variables asociadas al recuerdo como la significación del evento o carga emocional, la atención, la exposición o repetición, el tipo de información entre otras interfieren de diferente manera a partir de que se incrementa la distancia temporal entre el evento o hecho y el recuerdo del mismo (Algarabel, Pitarque y Dasí, 2002; Manzanero, 1994; Craik y Tulving, 1980; Bartlett, 1932/1995).

En cuanto a una descripción más detallada sobre la influenza AH1N1 y la forma en la que ésta se presentó en el año 2009 en México, ya existen publicaciones que han

realizado revisiones o crónicas al respecto, por lo que no se considera necesario efectuarlas nuevamente, por lo que se remite al lector a trabajos como los de Oehmichen-Bazán y Paris (2010), y Chávez, Figueroa y Cébulo (2011), basta decir que el evento por sí mismo constituyó un episodio relevante de salud pública y por tal motivo un escenario valioso para observar los comportamientos de los individuos en situaciones de emergencia. En éste sentido, se espera que los resultados obtenidos permitan, en lo general, tener un mejor conocimiento del papel que tiene la percepción del riesgo de un evento en el comportamiento de prevención y afrontamiento, y por otra parte ayuden a la planeación de estrategias públicas para aumentar la conducta preventiva y mejorar las reacciones de los individuos frente a este tipo de contingencias en contextos mexicanos.

## METODOLOGÍA

### a) Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística de 60 sujetos voluntarios, ambos sexos (Hombres=28.8%, Mujeres=71.2%), con una edad promedio de 26.61 años ( $\sigma=8.61$ ), trabajadores y estudiantes de dos instituciones de educación superior del sur de Tamaulipas, específicamente de las localidades de Tampico y Ciudad Madero.

### b) Instrumentos

Se empleó un cuestionario mixto en formato electrónico, en el que se incluyó una ficha de datos generales de los participantes, ítems cerrados y abiertos sobre medidas preventivas adoptadas, así como una escala para la percepción de riesgo del evento, intensidad de la afectación y control de la misma; aplicados en el intervalo de afectación de los sucesos mediante correo electrónico.

Específicamente se emplearon ítems cerrados de carácter dicotómico que permitieron clasificar a los participantes mediante el sexo o por su adopción o no de medidas preventivas, y abiertos que evaluaron el seguimiento de medidas preventivas particulares hacia la influenza sugeridas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Secretaría de Salud (SSA), como el uso del cubre bocas, lavado de manos, medicina preventiva, vacunación, evitar lugares públicos y evitar asistir al trabajo o la escuela cuando lo indicaran las autoridades sanitarias.

Considerando la percepción del riesgo, cómo una estimación subjetiva del daño o deterioro que puede producir un evento a la salud del individuo (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002), la escala empleada, sustentada en el formato Likert, estuvo integrada por diez ítems, que midieron en diez grados la percepción de los participantes hacia el control, la peligrosidad, la posibilidad de contagio y letalidad de la influenza en el entorno más inmediato, el local y el externo a su residencia.

### **c) Procedimiento**

La fase de recolección de datos se inició durante el período de afectación más intenso del evento o suceso desencadenante -la crisis sanitaria de *AH1N1*-, correspondiente a los meses de marzo, abril y mayo de 2009, dentro del cual se recomendó por parte de la Secretaría de Salud el cese temporal de las actividades escolares en el país. Antes de la interrupción de actividades escolares ocurrida a finales el 27 de abril, se efectuó una primera aproximación a la comunidad estudiantil y trabajadora de las instituciones educativas con fines de conocimiento del entorno. A partir de ésta se elaboró un registro de correos electrónicos de los sujetos de interés, a los cuales se envió una invitación a participar en el estudio de manera voluntaria, obteniendo el consentimiento a ser encuestados de 80 de ellos. Durante la fase de interrupción de actividades escolares en la región de observación, acontecida en la última semana de abril y primera de mayo de 2009, se envió el cuestionario por correo electrónico a los participantes, solo 60 de ellos respondieron y devolvieron el cuestionario antes de que las instituciones escolares reiniciaran las actividades, es importante señalar que no todos los participantes suspendieron sus actividades laborales durante el estudio. El tratamiento de las respuestas se realizó con el programa de análisis estadístico SPSS.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a la Influenza, las medidas de prevención mayormente utilizadas, por la muestra en general, fueron evitar lugares públicos (69.5%) y el uso del cubre bocas (40%), las menos, la vacuna y fármacos preventivos, empleándose como medida en menos del 20% de los casos (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

*Medidas preventivas empleadas por la muestra.*

Medida preventiva	(%)
Evitar lugares públicos	69.5
Ausencia laboral o escolar	68.3
Uso de cubre boca	40.0
Salir región de afectación	35.6
Toma de medicina preventiva	16.7
Vacunación	5.1

Las comparaciones efectuadas, mediante ji-cuadrada<sup>1</sup>, entre aquellos que mencionaron adoptar o no las medidas de prevención oficiales, refieren la existencia de diferencias en el comportamiento preventivo inmediato, es decir aquel que se asume de manera inicial ante la contingencia, como es el uso del cubre boca o quedarse en casa ( $p \leq .05$ ), los cuales no requieren de terceros o de una planeación mayor como el salir o abandonar la región de emergencia sanitaria, ésta última medida junto con las de índole médico como la vacunación y la administración de medicina preventiva fueron similares en ambos grupos (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

*Medidas preventivas utilizadas por grupos de adoptantes y no adoptantes.*

	n	Cubre boca*		Medicina		Vacunación		A. Laboral**		E. lugares públicos**		Salir de la región		
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Adoptantes	N	45	22	23	8	37	3	42	35	10	8	37	16	28
	%	75	48.9	51.1	17.8	82.2	6.7	93.3	77.8	22.2	17.8	82.2	36.4	63.6
No adoptantes	N	15	2	13	2	13	0	14	6	9	9	6	5	10
	%	25	13.3	86.7	13.3	86.7	0	100	40	60	60	40	33.3	66.7

\*sig.  $\leq .05$ ; \*\*sig.  $\leq .01$

<sup>1</sup> La ji-cuadrada se consideró apropiada tomando en cuenta el nivel de medida de las variables, la muestra no probabilística y en consecuencia asumir la probable falta de normalidad de las puntuaciones.

A pesar de no contar con suficiente evidencia para establecer diferencias estadísticas, como en el caso de la vacunación o uso de medicina preventiva, el grupo de adoptantes supero en porcentaje al que no siguió las recomendaciones oficiales en la mayoría de las medidas de prevención observadas, salvo en la evitación de lugares públicos, donde los no adoptantes fueron más frecuentes.

Adicionalmente para observar si el sexo podría ser una variable diferencial en la adopción de medidas preventivas, se efectuó un análisis comparativo entre hombres y mujeres mediante ji-cuadrada, de tal manera solo se encontraron variaciones significativas en dos aspectos, en la adopción de las medidas preventivas generales oficiales y la asistencia al trabajo o a la escuela, así las mujeres asumieron más que los hombres, conductas generales para prevenir la infección ( $p \leq .05$ ). A pesar de lo anterior, de manera específica no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aunque sean estas últimas más precavidas respecto a las medidas recomendadas por las instituciones de salud. Un aspecto notable en la muestra analizada fue que los hombres hayan utilizado, en términos porcentuales, más la vacunación y la medicina preventiva, sin embargo, como ya se señaló esto no fue significativo por lo que se debe tomar con cautela (Ver Tabla 3).

Tabla 3.

*Medidas preventivas utilizadas por hombres y mujeres.*

	n	Adopción MP*		Cubre boca		Medicina		Vacunación		A. Laboral*		E. lugares públicos		Salir de la región		
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No			
Hombres	n	17	10	7	6	11	5	12	1	15	8	9	6	11	7	10
	%	28.	58.	41.	35.	64.	29.	70.	6.2	93.8	47.	52.	35.	64.7	41.	58.
Mujeres	n	42	35	7	18	24	5	37	2	40	32	10	10	32	14	27
	%	71.	83.	16.	42.	57.	11.	88.	4.8	95.2	76.	23.	23.	76.2	34.	65.
		2	3	7	9	1	9	1			2	8	8		1	9

\*sig.≤

Otra información a destacar que se desprende de los resultados anteriores, es el hecho de que solo en las medidas preventivas que se obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres, se obtuvieron porcentajes de uso o adopción mayores al cincuenta por ciento lo que no ocurrió con las otras medidas evaluadas donde los registros

estuvieron por debajo de éste umbral porcentual, por ejemplo en el empleo de la vacunación y la medicina preventiva la proporción de hombres o mujeres que la utilizaron fue menor al treinta por ciento.

En cuanto a la percepción de riesgo de los integrantes de la muestra, para su evaluación se empleó una escala de diez puntos, considerando la máxima o mínima probabilidad de ocurrencia de los siguientes aspectos relacionados con la influenza: control de la enfermedad; contagio; peligrosidad; letalidad; adquisición de la enfermedad; adquisición de la enfermedad por un conocido o familiar; riesgo de contagio fuera de Tamaulipas, en la entidad, en la región, y en la ciudad. El aspecto valorado como más probable o de mayor riesgo fue el contagio fuera de Tamaulipas, especialmente en la Ciudad de México y área conurbana ( $\bar{x} = 7.3$ ), por el contrario el riesgo a contagiarse dentro de la ciudad o adquirir la enfermedad fue medio a bajo ( $\bar{x} = 4.7$ ), lo que podría explicar la baja frecuencia de uso de medidas médicas de prevención. La prueba de Kolmogorov-Smirnov reportó valores de normalidad idóneos en las puntuaciones de la mayoría de los aspectos valorados ( $p > .05$ ), solo en dos no se cumplió inicialmente con esto, en lo relativo al control de la enfermedad y la probabilidad de contagio en la Ciudad de México, en éste caso la normalidad pudo lograrse con la exclusión de valores atípicos, que representaron el treinta y cinco por ciento de los puntajes para esos dos aspectos, lo que si bien representa un alto porcentaje de eliminación no violentaron el principio de homocedasticidad estadística en las posteriores comparaciones entre los grupos. En cuanto a la consistencia de las puntuaciones a través del coeficiente Alfa de Cronbach, ésta fue alta considerando los valores atípicos y sin ellos, ( $\alpha = .905$ ;  $\alpha_{\text{sin atípicos}} = .907$ ).

Con el propósito de reducir los aspectos de percepción de riesgo referidos con anterioridad se efectuaron dos Análisis Factoriales Exploratorios (AFE), de componentes principales y rotación varimax, el primero considerando el total de los puntajes para todos los aspectos y un segundo eliminando los valores atípicos ya referidos. En ambos casos se extrajeron tres factores de los diez originales, casi idénticos en su contenido: a) Control de la enfermedad; b) Probabilidad de contagio; y c) Peligrosidad (Ver Tabla 4). El KMO (.805) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < .05$ ) fueron apropiados.

Tabla 4.

*Factores de percepción de riesgo extraídos y cargas factoriales, con y sin valores atípicos.*

	Con atípicos			Sin atípicos		
	Contagio	Peligrosidad	Control	Contagio	Peligrosidad	Control
Contagio en Tamaulipas	.905			.942		
Contagio en Tampico y área conurbana	.874			.884		
Contagio entidades del país	.803			.840		
Contagio de la influenza	.775			.711		
Contagio CDMX y E. México	.593			.656		
Letalidad		.917			.918	
Contagiarme		.740		.603		
Peligrosidad		.733			.758	
Contagio familiar		.686		.682		
Control			.993			.901

Los factores extraídos mediante la técnica de AFE que coinciden con algunos de los encontrados por Aragonés, Talayero y Olivos (2010), tuvieron una ligera variación en los ítems o variables que los integraron antes y después de la exclusión de los valores atípicos, así los aspectos relativos a la posibilidad de contagio del participante y de un familiar fueron cargados junto con los demás ítems relacionados al contagio de la influenza con lo que se logró una mayor coherencia, al menos desde un nivel semántico. Por lo anterior se eligió la solución factorial obtenida sin los valores atípicos para las comparaciones entre los grupos de adoptantes de medidas preventivas y, de hombres y mujeres.

En ésta estimación del riesgo los que realizaron las acciones sugeridas por la SSA tuvieron una puntuación media mayor, en los tres factores, que aquellos que no las efectuaron, de tal forma percibieron a la influenza de mayor riesgo pero también más controlable, sin embargo ninguna de estas diferencias fue significativa (Ver Tabla 5). Por otra parte, en un análisis sobre las medidas de prevención específicas y los tres factores, se encontró que aquellas personas que realizaron alguna de las recomendadas para evitar contagios, como el uso de medicina preventiva, vacunación o evitar asistir al trabajo o la escuela, asignaron puntajes más altos en los factores *Contagio* y *Peligrosidad*, que aquellos que no las siguieron ( $p < .05$ ), es decir evaluaron más peligrosa y contagiosa a la enfermedad, lo que resulta consistente con lo encontrado por Aragonés, Talayero y Olivos (2010).

Tabla 5.

*Factores de percepción de riesgo por Adoptantes de medidas preventivas y por sexo.*

		n	( $\bar{x}$ )	DE	T	sig.
Control	Adoptantes	31	8.4516	1.23393	.402	.690
	No adoptantes	8	8.2500	1.38873		
	Hombres	12	9.0833	.90034	2.317	.026*
	Mujeres	26	8.1154	1.30620		
Contagio	Adoptantes	43	5.8068	2.16756	1.689	.097
	No adoptantes	15	4.7238	2.04645		
	Hombres	17	5.8627	2.49039	.789	.434
	Mujeres	40	5.3613	2.06275		
Peligrosidad	Adoptantes	43	6.6279	2.31993	1.389	.170
	No adoptantes	15	5.6333	2.58061		
	Hombres	17	7.3529	2.54193	2.096	.041*
	Mujeres	40	5.9250	2.27176		

\*sig.≤.05

Contra lo esperado, considerando los resultados previos, los hombres obtuvieron puntajes más altos que las mujeres en todos los factores de riesgo percibido, lo que de alguna manera es inconsistente con el mayor porcentaje de mujeres que optaron por las medidas generales de prevención, así los hombres a pesar de considerar de mayor riesgo la influenza que las mujeres no fueron consecuentes en su prevención respecto a ellas. Este hallazgo donde se muestra la inconsistencia de lo percibido con lo realizado ha sido encontrado en otros estudios donde se ha evaluado la percepción de riesgo sobre una adicción y la probabilidad de enfermar por ésta adicción (Suárez y Campos, 2010), sin embargo el resultado debe merecer una mayor atención a futuro, particularmente por que las diferencias se encuentran en el factor control y peligrosidad, lo que a la luz de los resultados no parece inconsistente ya que solo se actuó preventivamente cuando se consideró peligrosa y/o contagiosa la enfermedad, y por estar asociada al sexo.

## CONCLUSIONES

Lo analizado y presentado hasta el momento supone que la conducta preventiva solo se emite cuando el evento se percibe como altamente peligroso y/o contagioso, de tal manera se puede suponer que la poca prevención observada por parte de sectores de la población en situaciones de riesgo sanitario o bien climático, como las observadas en el caso que nos ocupa o los desastres recientes producidos por huracanes como *Ingrid* y *Manuel* en septiembre del 2013, se debe a una estimación del evento de bajo riesgo, por

lo que ningún programa preventivo debería despreciar los procesos perceptuales de los individuos, en particular cuando se realizan estimaciones optimistas del evento, calificándolo como mínimamente peligroso o cuyas consecuencias son altamente controlables.

De manera pormenorizada, a partir de lo expuesto, podemos establecer que:

- Los individuos de la muestra se distinguen entre aquellos que afirmaron seguir en lo general las medidas recomendadas por la SSA y la OMS, y los que siguieron solo una medida u otra diferente a las recomendadas, lo que produjo resultados distintos y en casos significativos.
- Los adoptantes de las medidas recomendadas por las instituciones de salud difirieron en las conductas de prevención inmediatas, que aquellos que no las siguieron. Estas medidas inmediatas son aquellas que el individuo pudo realizar de manera más rápida como respuesta a la contingencia sanitaria, como usar el cubre boca o quedarse en casa.
- En cuanto a la comparación entre hombres y las mujeres respecto a la prevención, se encontraron diferencias en lo general más no en lo específico, así las mujeres fueron más precavidas que los hombres al usar de manera acumulada uno o más medidas.
- El riesgo percibido es mayor en los que siguen medidas preventivas que en los que no lo siguen, sin embargo no es concluyente.
- El riesgo percibido es mayor en los hombres que en las mujeres, sin embargo ellas son más activas en la prevención.
- Los factores de riesgo extraídos tienen consistencia con otros estudios, especialmente los referidos a la *Peligrosidad* o letalidad de la enfermedad y el *Contagio* de la misma. De igual manera, estos factores parecen encontrarse asociados con haber realizado alguna medida preventiva definitiva o de mayor protección como la vacunación.
- De esto se puede afirmar, a manera de hipótesis, que la percepción de riesgo puede encontrarse relacionada con la emisión de conductas preventivas en eventos que suponen un riesgo, como el sanitario aquí analizado, los ambientales e inclusive en aquellos que producen accidentes laborales o de tránsito, siempre que estos eventos sean evaluados como altamente peligrosos o letales, y contagiosos o bien probables de padecer.

## REFERENCIAS

- Agüero S., F., Nebot A., M., Pérez G., A., López M., M.J. y García C., X. (2011). Actitudes y comportamientos preventivos durante la pandemia de gripe (H1N1) 2009 en España. *Rev. Esp. Salud Pública*. 85 (1), 73-80.
- Algarabel, S., Pitarque, A. y Dasí, C. (2002). Efecto del tipo de información sobre el esfuerzo cognitivo y el estado de consciencia asociado al recuerdo. *Psicothema*. 14 (2), 393-398.
- Allport, G. y Postman, L. (1976). *Psicología del rumor*, Buenos Aires: Psique.
- Apiñaniz, A., López-Picado, A., Miranda-Serrano, E., Latorre, A., Cobos, R., Parraza-Díez, N.,... y Aizpuru, F. (2010). Estudio transversal basado en la población sobre la aceptabilidad de la vacuna y la percepción de la gravedad de la gripe A/H1N1: opinión de la población general y de los profesionales sanitarios. *Gac Sanit*. 24(4), 314-320.
- Aragonés T., J.I., Talayero S., F., Olivos, P. (2010). Percepción del riesgo de la gripe A (H1N1) desde el "paradigma psicométrico". *Revista de Psicología Social*. 25 (3), 271-282.
- Bartlett, F.C. (1932/1995). *Remembering. A Study in Experimental and Social Psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Chávez C., M., Figueroa D., R. y Cébulo V., A. (2011). Percepción de la influenza A H1N1 de embarazadas y la conducta del cuidado en México. *Cuicuilco*. 52, 273-289.
- Craik, F. y Tulving, E. (1980). Profundidad de procesamiento y retención de palabras en la memoria episódica. *Estudios de Psicología*. 1(2), 110-146.
- Comunidad Europea (2010). Dirección general de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea. Comunidad Europea. Francia. Recuperado en: <http://www.jbntv.org/index.php/component/content/article/50-nacionales/817-comision-europea-inicia-7-proyectos-para-prevenir-desastres-en-honduras> (4/08/2014).
- Jiménez-Corona, M.E., Aguilar-Díaz, F. del C., León-Solis, L.E., Morales-Virgen, J.J. y Ponce de León-Rosales, S. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la influenza A(H1N1) 2009 y la vacunación contra influenza pandémica: resultados de una encuesta poblacional. *Salud Pública de México*. 54(6), 607-615.
- Lameiras F., M., Rodríguez C., Y. y Dafonte P., S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*. 14 (2), 255-261.
- Manzanero, A.L. (1994): Recuerdo de sucesos complejos: Efectos de la recuperación múltiple y la tarea de recuerdo en la memoria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 4 (1), 9-23. Recuperado el 14 de febrero de 2016, en [http://eprints.ucm.es/6175/1/Anuario\\_94.pdf](http://eprints.ucm.es/6175/1/Anuario_94.pdf)
- Mondragón, L., Hermelin, D. y Moreno L., J. (2013). La gripe H1N1 y los noticieros de tv en Colombia: entre las representaciones del riesgo y las resonancias de imaginarios. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 6 (2), 174-205. Disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones/>
- Moscovici, S. (1986). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós
- Noji, E. (2000). Impacto de los desastres en la salud pública. Colombia: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado en: <http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc12833/doc12833.htm> (2/08/2014).

- Oehmichen-Bazán, C. y Paris P., M. D. (2010). El miedo ante el riesgo global: apuntes sobre la emergencia del virus A/H1N1 y el Turismo. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*. 1, 161-185.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Vigilancia epidemiológica sanitaria en situaciones de desastre. Organización Mundial de la Salud. Suiza. [http://www.preventionweb.net/files/2032\\_VL206903.pdf](http://www.preventionweb.net/files/2032_VL206903.pdf) (2/08/2014).
- Organización Mundial de la Salud (2005). Reglamento Sanitario Internacional. Organización Mundial de la Salud. Suiza. Recuperado en: [http://www.who.int/ihr/IHR\\_2005\\_es.pdf](http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf) (4/08/2014).
- Organización de las Naciones Unidas (2010). Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York. Recuperado en: [http://www.eird.org/perfiles-paises/perfiles/index.php/Socios\\_en\\_acci%C3%B3n](http://www.eird.org/perfiles-paises/perfiles/index.php/Socios_en_acci%C3%B3n) (1/08/2014).
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Guías para la elaboración de los planes nacionales de salud en situaciones de desastres y emergencias en los países centroamericanos. Organización Mundial de la Salud. Suiza. Recuperado en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/paho\\_guia\\_planes\\_saludmental.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/paho_guia_planes_saludmental.pdf) (2/08/2014).
- Ritter, M. (2000). El rumor: un análisis epistemológico. Argentina: Comunicar. Recuperado en: [www.goldinritter.com.ar/es/documentos/documentos.html](http://www.goldinritter.com.ar/es/documentos/documentos.html). (3/08/2014).
- Rodríguez, A. y Terry, B. (2006). Comunicación social, preparativos y mitigación de desastres: visión de futuro. Cuba: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032006000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032006000200007&script=sci_arttext) (6/08/2014).
- Rodríguez, J. (2002). Los desastres naturales en Mexicali, B. C.: Diagnóstico sobre el riesgo y la vulnerabilidad urbana. México: Frontera Norte. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13602704> (6/08/2014).
- Secretaría de Gobernación (2013). Centro Nacional de Prevención de Desastres. Secretaría de Gobernación de México. México. Recuperado en: <http://www.cenapred.unam.mx/es/ServiciosTecnicos/Asuntos/Internacional/> (2/08/2014).
- Suárez L., N. y Campos P., E. (2010). Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez". *Revista Cubana de Salud Pública*. 36 (2), pp. 125-131. Recuperado el 13 de junio de 2016 en <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu05210.pdf>
- Torres L., T.M., Matsui S., O.J. y Aranda B., C. (2012). Dimensiones culturales del concepto de influenza humana en estudiantes y docentes de ciencias de la salud que favorecen o dificultan su prevención. *Desacatos*. 39, 45-56.
- Velásquez P., L., Contreras C., G. A., Salazar N., R.G. y Chacón S., J. (2009). Percepción social y actitudes de los trabajadores del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ante la alerta epidemiológica de la influenza humana A H1N1 en México durante el 2009. *Medicina Interna de México*. 25(6), 450-453.
- Zapata, R. (2006). Los efectos de los desastres en 2004 y 2005: la necesidad de adaptación de largo plazo. México: Revista Estudios y Perspectivas. Recuperado en: <http://www.cepal.org/publicaciones/Mexico/3/LCMEXL733/L733.pdf> (8/08/2014).
- Zires, M. (2005). *Del rumor al tejido cultural y saber político*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.