

PERCEPCIÓN DE RIESGO DURANTE LA COVID-19: UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

RISK PERCEPTION DURING COVID-19 – A VIEW FROM SOCIAL PSYCHOLOGY

Julio César Casales F.

Facultad de Psicología, Universidad de la Habana.

RESUMEN

Diversos estudios relacionados con el control y la transmisión de enfermedades nos ayudan a identificar el fenómeno de la percepción de riesgos como el recurso fundamental en la batalla contra la COVID-19. El presente artículo tiene como objetivos contribuir a la comprensión de la naturaleza de ese proceso perceptivo desde la psicología social. Las expresiones comportamentales indicativas del mayor o menor grado de existencia de dicha percepción guardan estrecha relación con las actitudes humanas y los sistemas de creencias que les sirven de soporte. Por tanto, cualquier estrategia diseñada para el aumento de la percepción de riesgos involucra inevitablemente los procesos de cambio o modificación de las actitudes subyacentes. En el artículo se discuten los modelos que destacan la importancia del diseño de mensajes que consideren la diversidad de características de sus receptores, que al aumentar su eficacia para el desarrollo de actitudes favorables hacia los protocolos preventivos de salud aumentan (en consecuencia) los niveles de percepción de riesgos.

Palabras clave: actitudes humanas, comportamiento humano, factores de riesgo.

ABSTRACT

Various studies related to the control and transmission of diseases help us to identify the phenomenon of risk perception as the fundamental resource in the battle against COVID-19. The present article aims to contribute to the understanding of the nature of this perceptive process through social psychology. The behavioural expressions that indicate the greater or lesser degree of existence of this perception are closely related to human attitudes and the belief systems that support them. Therefore, any strategy designed to increase risk perception inevitably involves the processes of change or modification of underlying attitudes. The article discusses the models that highlight the importance of designing messages that consider the diversity of characteristics of their recipients, which by increasing their effectiveness in developing favorable attitudes towards preventive health protocols increase (consequently) the levels of risk perception.

Keywords: human attitudes, human behaviour, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Como sabemos, la rápida expansión de la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19), identificado en la provincia de Hubei, en China, es motivo de preocupación mundial y ha sido declarada por el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una emergencia de salud pública

al nivel de pandemia. Por tales motivos la Organización Panamericana de la Salud y la OMS (2020) brindaron orientaciones a los líderes de la región sobre cómo comunicar la información acerca de la enfermedad y expertos de la organización han entrenado a las autoridades de salud en los principios de la comunicación de riesgos durante emergencias de salud pública. Sobre estas bases, la Dirección Nacional de Docencia Médica del MINSAP organizó la capacitación de los profesionales de la salud en nuestro país (MINSAP, 2020). Informar a la población acerca de los riesgos para la salud que representa la enfermedad, así como las medidas que pueden tomar para protegerse resulta clave con vistas a reducir las probabilidades de que las personas se infecten y para mitigar su propagación. De manera que cada vez más se pone en claro que el aumento de la percepción de riesgos constituye el recurso fundamental en la batalla contra la COVID-19. El presente artículo tiene precisamente como objetivos contribuir modestamente a la comprensión de la naturaleza de ese proceso desde la psicología social como ciencia: la importancia y pertinencia de sus principios, leyes, principales categorías y herramientas básicas de trabajo. Va dirigido especialmente a profesionales, directivos de organizaciones, activistas, líderes comunitarios y demás personas encargadas de la elaboración y transmisión de mensajes relacionados con la COVID-19, toda vez que se encuentran en posibilidad de multiplicar esta experiencia y convertirse en importantes agentes de cambio.

A pesar de que la COVID-19 constituye una enfermedad reciente, tanto en nuestro país como en el extranjero se han desarrollado diferentes estudios en los últimos veinte años que patentizan las consecuencias de la baja percepción de riesgos en el área de salud. Estos se centran principalmente en epidemias relacionadas con las infecciones de transmisión sexual (ITS-VIH), el tabaquismo y consumo de drogas (adicciones), el dengue (focos del *Aedes Aegypti*), el problema de la transmisión de enfermedades en comunidades insalubres, así como el tema de la percepción de riesgos en salud ocupacional. Estas investigaciones aportan importantes experiencias –que pueden resultar de utilidad en este nuevo campo– acerca de las peculiaridades de la variable “percepción de riesgos”, los factores que la condicionan, así como las estrategias de su abordaje y los resultados alcanzados (Ibarra, Inda, Fernández y Báez, 2000; Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002; Rodríguez y Álvarez, 2006; Sierra, 2008; Bárzaga, 2010; García, 2010; Maltez, 2010; Suárez y Campos, 2010; Vera, Varela y Macía, 2010; Uribe, Verdugo y Zacarías, 2011; Latorre y Pantoja, 2012; Lima y Tullo, 2017).

I. DESARROLLO

1.1. Conceptualización de la percepción de riesgo

Tener percepción de riesgo en este contexto de salud es ser consciente de la probabilidad que uno tiene de adquirir determinada enfermedad (en nuestro caso el coronavirus), en las diferentes circunstancias en las que operan los factores de riesgo. Quiere decir que se concientiza la amenaza que el objeto (virus) representa para la salud del individuo. Por ello, algunos autores la han definido también como la vulnerabilidad percibida por la persona de considerarse en riesgo o no de enfermar.

Por tanto, nos referimos a un fenómeno atravesado por la subjetividad humana, ya que se trata de la probabilidad subjetiva de que una consecuencia negativa le ocurra al sujeto. La ponderación de los elementos psicológicos, personales, culturales y sociales en el juicio subjetivo es aún objeto de debate. Las personas construyen su propia realidad y evalúan los riesgos de acuerdo a sus percepciones subjetivas. Por ello es que en algunas pruebas psicológicas elaboradas para medir la percepción de riesgo se le pide a la persona lo siguiente:

Evalúe cuál considera que sea su probabilidad de contagio con respecto al coronavirus.

Expresa su respuesta seleccionando una de las alternativas en la siguiente escala de 5 grados:

Muy probable	Bastante probable	Algo probable	Poco probable	Nada probable

1.1.1. Diferencias entre riesgo y percepción de riesgo

Para mayor claridad en el análisis, es importante entender la diferencia entre riesgo y percepción de riesgo. Riesgo en epidemiología es la probabilidad de un evento. Sin embargo, la percepción de riesgo es una construcción social que está determinada por el juicio subjetivo que la persona hace sobre las características y la gravedad de una amenaza. Se plantea así una distinción importante. Un evento puede ser evaluado como de muy alto riesgo por una persona, en términos de su probabilidad de ocurrencia, pero la persona tener muy baja percepción de riesgo, pues considera que a ella no le va a tocar, es decir, considera que es muy poco probable que a ella la afecte.

1.1.2. Percepción de riesgo y diferencias individuales

La percepción de riesgo no resulta un proceso similar para todos los grupos y tipos de personas, por ello debe destacarse el importante papel de las diferencias individuales. Las personas pueden estar sometidas a idénticos factores de riesgos, es decir a factores de riesgos comunes (una serie de condiciones que resulten potencialmente dañinas para la salud), pero no todas tener idéntica percepción de tales riesgos. Pueden tener percepciones completamente diferentes del grado en que dichas condiciones las puedan afectar. Un individuo puede pensar, por ejemplo, que estar en un basurero es efectivamente una condición objetiva de riesgo, pues ahí están los gérmenes, virus y bacterias, pero a la vez creer que tiene una condición particular que lo protege y que no tienen otros que sí se van a infectar. Puede pensar que esa condición particular es, por ejemplo, ser hijo de Babalú Ayé (uno de los orishas de la religión yoruba), y que por eso no va a contagiarse. De manera que los factores de riesgo constituyen condiciones objetivas potencialmente dañinas, pero la percepción de riesgo está atravesada por la subjetividad de cada uno.

No sabemos cuántas personas lo piensan de esa manera, pero sabemos que se trata de determinado segmento poblacional sobre el que hay que actuar y educar. Estas personas pueden convertirse en un eslabón de la cadena de transmisión de la enfermedad, al no cumplir rigurosamente el protocolo sanitario. El que se siente invulnerable usa el nasobuco para que las autoridades no lo multen, pero toca las paredes, las barandas y los pasamanos y cuando llega a su casa no se higieniza las manos, por lo que puede infectar a otros y la cadena de contagio se extiende. Por eso nuestro trabajo como profesionales de la psicología debe estar enfocado en elevar la percepción de riesgo de ese tipo de personas. A veces resulta difícil, pero hay que introducirle en su sistema de creencias (erróneas) que hay que seguir los protocolos sanitarios indicados por el MINSAP, pues lo que realmente cura es la medicina, algo extensamente demostrado por la salud pública cubana, tanto en Cuba como en muchas partes del mundo. El primer paso para alcanzar las conductas pro-salud es convencer a la persona de la asociación que existe entre determinadas conductas y determinadas consecuencias negativas, o la vinculación de determinadas conductas con determinados resultados positivos.

Por otra parte, como la percepción del riesgo no es la misma en todas las personas, la actitud y los comportamientos frente a la prevención pueden ser diferentes. Por eso es importante el trabajo con las actitudes humanas, una categoría central para la psicología social. Quiere esto decir que, al plantearnos

el problema de la percepción de riesgos y su importancia para las conductas pro-salud, debe tenerse presente que las expresiones comportamentales indicativas del mayor o menor grado de la existencia de dicha percepción tienen como trasfondo –o descansan sobre– las actitudes humanas y los sistemas de creencias que les sirven de soporte a estas. Por tanto, cualquier estrategia diseñada para el aumento de la percepción de riesgos involucra inevitablemente los procesos de cambio o modificación de las actitudes subyacentes hacia los indicadores de riesgo definidos en el protocolo establecido por la OMS para la COVID-19, entre los que destacan el uso de mascarillas, el distanciamiento social y la higienización sistemática de las manos. Pero como indica la literatura científica sobre el tema, la modificación de las actitudes constituye un complejo proceso que no se resuelve solo, ni simplemente, a partir del suministro de información (Casales, 2017).

1.2. Actitudes humanas y predicción de la conducta

Nos corresponde ahora detenernos un poco en el análisis de las actitudes. Las actitudes humanas constituyen construcciones psicológicas con una base emocional muy fuerte, por lo que generalmente no se modifican con facilidad. Han de ser definidas a partir de la integración de las bases conceptuales de autores claves en este campo, como Fishbein, Allport y Hiebsch. Teniendo en cuenta estas orientaciones, consideramos que las actitudes constituyen predisposiciones aprendidas al reaccionar consistentemente ante un objeto, fenómeno o situación, de una manera favorable o desfavorable. Como características esenciales deben considerarse que se trata de estructuras psicofisiológicas, que poseen un carácter anticipatorio y regulador, que orientan y dinamizan el comportamiento y que resultan dependientes de las normas grupales y los valores sociales (Casales, 2017).

Por lo que se conoce, de conformidad con el Modelo de la Comunicación Persuasiva, fundamentado en el programa de investigaciones del Grupo de la Universidad de Yale, bajo la dirección de C. Hovland (Casales, 2017), las actitudes se forman a partir de todo un sistema de creencias, conocimientos, informaciones y experiencias que sirven de soporte, pero que pueden (o no) estar validadas por la realidad. De cualquier modo afectan, en determinadas circunstancias y contextos, las percepciones y comportamientos de las personas. Por ello, debe ser muy cuidadoso el diseño de estrategias para la modificación de las actitudes, de forma que tengan un impacto favorable en las percepciones, especialmente las relacionadas con el tema de la salud y la transmisión de enfermedades.

Como destaca Casales (2017), en el importante modelo sobre modificación de actitudes referenciado anteriormente, los mensajes dirigidos al público sobre el tema de la salud deben tener argumentos referentes a las consecuencias indeseables que se derivan de la no adopción de los patrones comportamentales recomendados; han de ser negativos, pero no excesivos. Las apelaciones al temor suelen ser muy utilizadas en la promoción de cambios actitudinales relativos a la salud y la prevención de enfermedades. Sin embargo, en los Programas de Comunicación de Riesgos (PCR) se debe evitar alarmar a las personas. Si la alarma es excesiva, se genera un alto nivel de estrés o ansiedad, y como consecuencia podrían activarse mecanismos psicológicos de defensa para contrarrestarlo. Uno de estos mecanismos podría consistir en la desvalorización (o desestimación) de la fuente generadora del estrés (en este caso el riesgo) que se comunica, produciéndose en consecuencia una disminución de la percepción de dicho riesgo, algo que también puede ser explicado en términos de la Teoría de la Disonancia Cognitiva de L. Festinger. (Casales, 2017). De acuerdo con este modelo conceptual, saber que uno está expuesto a una condición de muy alto riesgo (de conformidad con los mensajes que recibe) y saber que como consecuencia de tal condición su salud podría resultar dañada constituyen dos elementos cognitivos que producen disonancia. La disonancia cognitiva constituye una condición que genera estrés y malestar. Para disminuir la disonancia (restablecer la calma y reducir la ansiedad generada) algunas personas podrían autoconvencerse de que el riesgo no resulta tan elevado. De manera

que el mecanismo psicológico que podría permitirles restablecer la calma consistiría en la disminución de la percepción de riesgo, que como se ha dicho no resulta beneficioso. De todos modos, se ha demostrado que el poder de persuasión aumenta cuando el nivel de temor suscitado va acompañado de determinadas indicaciones sobre cómo hacer frente al peligro expuesto en el mensaje.

Algunos autores hacen referencia al trabajo de Stanojlovic (2015), en el que se enfoca el problema de la percepción social de riesgo. Desde su perspectiva, resulta esencial que los mensajes tengan un alto contenido emocional para que dejen un impacto en las personas y produzcan un cambio de actitud y comportamiento. Aprovecho la ocasión para disentir de esa afirmación, basado en los resultados del extenso programa de investigaciones desarrollado por el Grupo de la Universidad de Yale (Casales, 2017). Este modelo constituye un referente importante en la modificación de actitudes, aunque también lo es el de L. Festinger sobre disonancia cognitiva y el de Petty y Cacioppo (1996), definido como Modelo de la Probabilidad de Elaboración. Resulta necesario realizar aquí una digresión para sintetizar los aspectos fundamentales planteados por estos autores, por la importancia complementaria que puede tener para la comprensión del proceso de cambio que estamos considerando.

De acuerdo con el modelo de Petty y Cacioppò, uno de los modelos cognitivos importantes para explicar como se produce la persuasión, cuando recibimos un mensaje referente a la salud, que es el caso que nos ocupa, podemos analizarlo tanto racionalmente como proceder de forma casi automática. Esto quiere decir que el receptor dispone de dos estrategias principales para decidir si acepta o no el mensaje: la ruta central o la ruta periférica, las cuales reflejan diferentes cantidades de esfuerzo cognitivo. La estrategia de la ruta central se da cuando el receptor intenta realizar una evaluación crítica del mensaje, para lo cual analiza detenidamente los argumentos presentados, evalúa las posibles consecuencias que de ellos se derivan y los pone en relación con sus conocimientos previos sobre el tema. Se trata, por tanto, de elaborar de forma sistemática una serie de pensamientos en torno al mensaje. La segunda estrategia, denominada ruta periférica, ocurre cuando la gente no tiene la motivación o la capacidad de realizar un proceso tan detenido de evaluación del mensaje, aun tratándose de un tema de salud. El procesamiento periférico describe el cambio de actitud que ocurre sin necesidad de mucho pensamiento en torno al contenido del mensaje. En este caso, las actitudes se ven más afectadas por elementos externos al propio mensaje. De manera que, por elaboración, básicamente se entiende que el receptor se implique en pensamientos relevantes al tema. Cuando la probabilidad de elaboración es muy elevada, el receptor está utilizando la ruta central; cuando es muy baja está utilizando la ruta periférica.

Conviene señalar que en ambos casos puede haber persuasión (por ejemplo, con respecto al cumplimiento de los protocolos de salud indicados). Lo que ocurre es que la naturaleza del proceso persuasivo es diferente en cada caso. Las actitudes cambiadas a través de la ruta central parecen perdurar más que las cambiadas a través de la ruta periférica. Inicialmente ambas rutas hacia la persuasión pueden producir niveles similares de cambio de actitud, pero más tarde el cambio producido a través de la ruta periférica tiende a desaparecer, lo que puede implicar abandono en el cumplimiento de las prácticas preventivas de salud. Además, parece ser que los cambios producidos mediante la ruta central son más resistentes a posteriores intentos de persuasión que los cambios producidos a través de la ruta periférica. Además, las actitudes cambiadas a través de la ruta central están más íntimamente relacionadas con el comportamiento que los cambios vía ruta periférica.

Luego de esta digresión, volvamos al punto de mi discrepancia con respecto a lo expresado por Stanojlovic (2015). Puedo plantear que uno de los grandes atisbos del Grupo de Yale ha consistido en demostrar en su programa de investigaciones que la efectividad de los mensajes persuasivos depende, entre otros factores como la fuente y la estructura del mensaje, de las características del receptor. Quiere decir que un mismo mensaje puede ser efectivo en determinados receptores, pero no en otros.

En cuanto al uso de mensajes o argumentos racionales en contraposición a los emocionales, que es a lo que se refiere lo planteado por Stanojlovic, se demostró que el argumento emocional resulta efectivo en ciertos tipos de sujetos (auditorios), pero completamente inefectivo en otros. De manera que no se puede afirmar que en los mensajes orientados a la comunicación de riesgos en salud sea imprescindible el componente emotivo. Eso funciona para cierto tipo de receptores, pero resulta contraproducente para otros, que podrían tener más bien el conocido “efecto boomerang”. De manera que nuestra tarea consiste en identificar con suficiente precisión cuales son, y cuáles no, los receptores específicos en los que resulta efectiva cada una de dichas aproximaciones, para de este modo elevar la efectividad de nuestros mensajes o comunicaciones.

De lo anterior se deriva que hay que tomar en consideración las características de los receptores con vistas al diseño del mensaje para lograr el cambio de actitudes. Sin pretender ser exhaustivo, pueden considerarse las siguientes características: nivel cultural (y/o grado de escolaridad), su inteligencia, su autoestima, su *locus* de control, sus experiencias anteriores y conocimientos, su grado de exposición a otras fuentes alternativas de información, su grado de ego-implicación (que nos permitiría evaluar la “distancia psicología” a la cual debiéramos situarnos para que el mensaje resulte efectivo), el grado en que el procesamiento o nivel de elaboración del mensaje por parte del receptor se produce a través de la ruta central, en contraste con la periférica, en el sentido de lo planteado por Petty y Cacioppò (1996), etcétera. Tenemos, especialmente los psicólogos, que hacer un trabajo muy técnico.

1.3. Los factores que afectan la percepción de riesgo

De conformidad con lo anterior, debe plantearse que la literatura que analiza los factores que influyen en la mayor o menor percepción de riesgo de los receptores presenta una gran diversidad, entre los que se encuentran el nivel socioeconómico y sociocultural y factores psicosociales como valores, costumbres y experiencia anterior. Destacan nuevamente factores sociodemográficos como la edad, la escolaridad, el sexo, la religión, el grado de adecuación del conocimiento (experiencias) que se tiene en relación con las características de la enfermedad, su grado de exposición al riesgo y especialmente sus sistemas de creencias (erróneas o no), que nos permitan identificar el grado de distorsión de la información que se recibe. También deben analizarse los siguientes factores:

- La infravaloración del riesgo personal (y sobrevaloración del ajeno)

Consiste en la tendencia a atribuirnos menos riesgos a nosotros mismos que a los demás, sin tener razones válidas para ello.

- La habituación al riesgo

Significa que al realizar de forma habitual comportamientos de riesgo sin que tengan consecuencias negativas, acaban por no parecer arriesgados. Por tanto, este fenómeno de habituación puede traer como consecuencia “desensibilizar” a las personas de los riesgos potenciales.

- La ilusión de invulnerabilidad

Supone creerse a salvo del peligro de manera infundada, como resultado de un optimismo no realista. Estas personas pueden aceptar que existe un riesgo, pero no creer que puedan ser dañadas ellas o su familia. Incluso algunos pueden creer en “algo” que les dará protección o los salvará. Aunque existan reglas de profilaxis que estén bien demostradas, pueden existir personas que no crean en eso, por lo que no sientan la necesidad de cumplir el protocolo establecido para prevenir la COVID-19. Esto indica la importancia de tener en cuenta el sistema de creencias que sirve de soporte a diferentes actitudes. Nuevamente se pone de manifiesto lo indispensable de considerar a los receptores como pieza clave, pero en sus características diferenciales.

- Las fuentes de conocimiento

Resulta particularmente importante considerar el tema de las fuentes del conocimiento como un factor fundamental que influye en la baja percepción de riesgo. En el estudio de Lima y Tullo (2017) sobre percepción de riesgo ante eventos de salud se identificaron las preferencias de los sujetos de investigación de medios para informarse sobre temas específicos de salud. Las opciones eran las siguientes:

- Redes sociales: Facebook, Whatsapp
- Internet: sitios web, blogs, prensa *on line*
- Televisión por cable
- Correo electrónico
- Hablando con otras personas
- Radio
- Prensa impresa
- Televisión

Un resultado importante en relación con los medios utilizados por las personas para informarse puso de manifiesto lo siguiente: la alta preferencia por los medios digitales (redes sociales y medios *on line*) como fuentes de información sobre temas generales y de salud.

En públicos con preferencia por los medios digitales se tiene un mayor riesgo de distorsión de la información que en aquellos que utilizan los canales oficiales del gobierno: televisión, radio y prensa escrita. Pero determinado segmento de la población ya no prefiere informarse de esa manera y ello puede traer como consecuencia mayores dificultades para el aumento de su percepción de riesgos.

De todo lo anterior se deriva cuán importante resulta que al promover estrategias de intervención – programas preventivos– se comprenda la diferente percepción de riesgo que las personas pueden tener en dependencia de una gran diversidad de factores que la afectan. En relación con la modificación de actitudes se debe tener presente que de acuerdo con los fundamentos de la dinámica de los mensajes persuasivos, conforme al modelo de análisis del Grupo de la Universidad de Yale, para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta tiene que cambiar previamente los pensamientos o las creencias del receptor del mensaje (Hovland, Janis & Kelly, 1953). Es decir, un punto clave de ese particular proceso de modificación de actitudes es que la eficacia de un mensaje persuasivo reside en la capacidad para modificar una serie de creencias ya interiorizadas por el receptor, mediante el uso de incentivos. Los investigadores del Grupo de Yale consideran que este cambio en las creencias se produciría siempre que el receptor recibiera unas creencias distintas a las suyas y estas fueran acompañadas de incentivos. Los receptores pensarán sobre los mensajes, y si los entienden y los encuentran aceptables o interesantes los aceptarán; si no, los rechazarán. Convencer a los demás modificando sus creencias y opiniones no es tarea fácil. Debido a su complejidad y a la cantidad de aspectos internos y externos al sujeto que se encuentran implicados, modificar una actitud puede resultar arduo, pero viable. El papel de la disonancia cognitiva resulta importante en el sentido siguiente: el malestar que se experimenta por la falta de correspondencia entre las creencias del sujeto (por ejemplo, acerca del valor de las indicaciones de los protocolos de salud) y la información que recibe tiende a una búsqueda del reajuste de alguno de los elementos involucrados, para disminuir la discrepancia y minimizar la tensión psicológica o disonancia experimentada. El grado de disonancia se verá influido por el tipo de incentivo que se acompaña, que en este caso consiste en evitar una enfermedad que puede ser grave personal, familiar y socialmente. Deberá hacerse énfasis en los beneficios del cambio en todas

sus dimensiones. La implicación personal, a partir de la comprensión de la elección en la dirección adecuada, no arbitraria y fundamentada, resulta esencial. Téngase presente que en la lógica del Modelo de la Disonancia Cognitiva los beneficios y recompensas son mejores que grandes presiones externas (Hovland *et al.*, 1953).

En resumen, un programa eficaz para el desarrollo de la percepción de riesgos implica identificar y desmontar los elementos cognoscitivos (creencias erróneas) que disminuyen dicha percepción, pues generan actitudes negativas y comportamientos inadecuados en relación con la implementación de las medidas orientadas por el MINSAP acerca del cumplimiento de los protocolos sanitarios de seguridad.

Los receptores se convierten en una pieza clave. La consideración de las diferencias individuales resulta esencial en el trabajo comunitario, que debería practicarse preferentemente con un enfoque de estudio de caso, de forma directa y con atención individualizada (en la medida de lo posible), puesto que una estrategia general para modificar la percepción de riesgos tendrá una efectividad solo relativa, al no considerar las diferentes aproximaciones en el diseño del mensaje que respondan a las diferencias individuales. Las estrategias han de ser específicas conforme a las características de las diferentes personas, que permitan adecuar en mejor medida las estrategias de cambio.

CONSIDERACIONES FINALES

La literatura científica demuestra que cuando las personas se involucran directamente en el proceso de tomar decisiones vinculadas con los problemas que las afectan aumentan sus niveles de comprensión y compromiso. Además, exhiben un comportamiento más apropiado con respecto al riesgo de que se trate, como expresión de la elevación de los niveles relacionados con la percepción de tales riesgos. En el caso de nuestro país se constata que, en lo referente al cumplimiento de los protocolos de salubridad orientados por el MINSAP y los niveles de control de los brotes de la enfermedad, se deben intensificar las medidas para las próximas etapas, lo que implica continuar trabajando en el desarrollo de la percepción de riesgo en algunos segmentos poblacionales.

Sin un conocimiento adecuado de las características de los receptores, con respecto a las variables fundamentales que afectan la percepción de riesgos (especialmente en lo referente a sus conocimientos, experiencias, sistemas de creencias, mitos, estereotipos, características individuales y psicosociales), no se podrán diseñar estrategias y mensajes apropiados para un programa exitoso que modifique las actitudes y comportamientos relacionados con el cumplimiento de los protocolos sanitarios orientados por el MINSAP.

Resulta importante que a nivel comunitario los miembros se conviertan en agentes activos de salud al tratar de difundir ellos mismos informaciones, actitudes y pautas de conducta. El hecho de que la membresía cobre protagonismo en las acciones que se llevan a cabo no solo desarrolla las actitudes y recursos individuales, sino que contribuye a crear un ambiente social en el que los mensajes resultan mejor recibidos, pues adquieren significado al ser construidos desde un aprendizaje colectivo.

Hemos tomado como base de nuestra orientación tres importantes modelos sobre persuasión y modificación de actitudes, desarrollados por la Psicología Social como disciplina científica: El Modelo de la Comunicación Persuasiva de C. Hovland y el Grupo de la Universidad de Yale; el Modelo de la Disonancia Cognitiva de L. Festinger y el Modelo de la Probabilidad de Elaboración de R. Petty y J. Cacioppo. Estos modelos, considerados desde una perspectiva complementaria, pueden hacer una valiosa contribución al diseño de estrategias de cambio, con vistas a elevar los niveles de percepción de riesgos en esta batalla contra la COVID-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bárzaga, Y. (2010). Factores que determinan la baja percepción del riesgo de ITS en adolescentes de nivel medio. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 2(21), pp. 49-60.
- Casales, J. (2017). *Fundamentos de psicología social*. La Habana, Cuba: Editorial Universitaria Félix Varela.
- García, J. (2010). Adolescencia y percepción de riesgo. *Health and Addictions*, 10(1). Recuperado de <http://www.haaj.org/es/editorial-adolescencia-y-percepcion-de-riesgo>
- Hovland, C., Janis, I. & Kelly, H. (1953). *Communication and Persuasion: Psychological Studies of Opinion Change*. New Haven, Estados Unidos: Yale University Press.
- Ibarra, A., Inda, J., Fernández, N. y Báez, R. (2000). Percepción de riesgos en una comunidad insalubre. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 16(5), pp. 436-441.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, F. (2002). Evolución de la percepción de riesgos de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios españoles. *Psicothema*, 14(2), pp. 255-261.
- Latorre, P. y Pantoja, A. (2012). Diseño y validación de una escala de percepción de riesgo en actividades físico-deportivas escolares. *Retos*, (21), pp. 25-29.
- Lima, P. y Tullo, E. (2017). Percepción de riesgo ante eventos de salud urbana en trabajadores de epidemiología en Paraguay. *Revista de Comunicación y Salud*, 7(1), pp. 61-79. Recuperado de [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2017.7\(1\).61-79](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2017.7(1).61-79)
- Maltez, D. (2010). Percepción de riesgo para contraer dengue. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2319/1/Percepcion-de-riesgo-para-contraer-Dengue.html>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Coronavirus, COVID-19: capacitación de los profesionales, residentes, internos, trabajadores y estudiantes de salud*. La Habana, Cuba: Dirección Nacional de Docencia Médica.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2020). Orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51837-covid-19-orientaciones-para-comunicar-sobre-la-enfermedad-por-el-coronavirus-2019&category_slug=materiales-cientificos-tecnicos-7992&Itemid=270&lang=es
- Petty, R. & Cacioppo, J. (1996). *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Iowa, Estados Unidos de América: Wm. C. Brown Company Publisher.
- Rodríguez, A. y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), pp. 143-160.
- Sierra, D. (2008). Percepción de riesgo en acciones y situaciones para focos del mosquito *Aedes Aegypti*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1235/1/Percepcion-de-riesgo-en-acciones-y-situaciones-para-focos-del-mosquito-Aedes-aegypti-.html>
- Stanojlovic, M. (2015). Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 5(1), pp. 96-107.
- Suárez, N. y Campos, 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. 102-110.
- Uribe, J., Verdugo, J. y Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), pp. 47-55.
- Vera, A., Varela, L. y Macía, F. (2010). El estudio de la percepción del riesgo y salud ocupacional: una mirada desde los paradigmas de riesgo. *Ciencia y Trabajo*, 12(35), pp. 243-250.