

20

Fecha de presentación: marzo, 2021

Fecha de aceptación: mayo, 2021

Fecha de publicación: julio, 2021

PERCEPCIÓN DE RIESGO

VS COVID-19 EN CENTROS HOSPITALARIOS DE SANTIAGO DE CUBA

RISK PERCEPTION VS COVID-19 IN HOSPITAL CENTERS IN SANTIAGO DE CUBA

Yorkys Santana González¹

E-mail: yorkyys@uo.edu.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6645-3385>

Nelsa María Sagaró del Campo²

E-mail: nelsa@infomed.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1964-8830>

Luis Eugenio Valdés García³

E-mail: valdez@infomed.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1613-4305>

¹ Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba.

³ Academia de Ciencias de Cuba. Instituto Finlay de Vacunas Santiago de Cuba. Cuba.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Santana González, Y., Sagaró del Campo, N. M., & Valdés García, L. E. (2021). Percepción de riesgo vs Covid-19 en centros hospitalarios de Santiago de Cuba. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(4), 195-206.

RESUMEN

A pesar de las acciones llevadas a cabo por las instituciones gubernamentales y dirección de salud en Santiago de Cuba ha ocurrido un incremento en el número de casos confirmados de Covid-19 provocando la necesidad de incrementar las camas hospitalarias para el aislamiento y tratamiento de enfermos y contactos demandando mayor número de trabajadores de la salud y de apoyo para estos servicios entre los cuales se ha observado un incremento de casos y por esta razón se consideró necesario caracterizar la percepción de riesgo sobre la Covid-19 que poseen contactos de casos confirmados y trabajadores de la salud que laboran en estas instituciones para lo cual se diseñó un estudio cualitativo donde participaron 106 sujetos, de ellos 70 contactos de casos y 36 trabajadores de salud. Los resultados mostraron que existe una contradicción entre la percepción de los sujetos sobre la negatividad - mortalidad de la enfermedad y las acciones para evitar contagiarse, así como la percepción de riesgo se considera sólo en las creencias de susceptibilidad percibida y los beneficios percibidos y no en las barreras percibidas, la autoeficacia funcional y la señal para la acción, mostrando una baja percepción desde la creencia en salud en estos sujetos.

Palabras clave: Percepción de riesgo, susceptibilidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia funcional, señal para la acción, personal de salud y contactos de casos confirmados.

ABSTRACT

Despite the actions carried out by government institutions and health department in Santiago de Cuba, there has been an increase in the number of confirmed cases of Covid-19, causing the need to increase hospital beds for isolation and treatment. of patients and contacts demanding a greater number of health and support workers for these services, among which an increase in cases has been observed and for this reason it was considered necessary to characterize the perception of risk about Covid-19 who have case contacts confirmed and health workers who work in these institutions, for which a qualitative study was designed in which 106 subjects participated, of them 70 case contacts and 36 health workers. The results showed that there is a contradiction between the perception of the subjects about the negativity - mortality of the disease and the actions to avoid getting infected, as well as the perception of risk is considered only in the beliefs of perceived susceptibility and the perceived benefits and not in the perceived barriers, functional self-efficacy and the signal for action, showing a low perception from the belief in health in these subjects.

Keywords: Risk perception, perceived susceptibility, perceived benefits, perceived barriers, functional self-efficacy, signal for action, health personnel, and contacts of confirmed cases

INTRODUCCIÓN

Santiago de Cuba en la primera etapa de enfrentamiento a la Covid 19, se reportó 51 casos confirmados y 3 fallecidos y luego de más de seis meses sin enfermos, se reinicia la transmisión a mediados de noviembre del 2020.

El arribo de viajeros internacionales y la violación de los protocolos establecidos por algunos de estos, sus familiares y vecinos fue el detonante inicial de la actual situación epidemiológica.

Las medidas de prevención y control aplicadas durante esta pandemia han sido muy similares en la mayoría de los países, pero su efectividad depende del cumplimiento por parte de la sociedad y el papel decisivo de los gobiernos. Estas medidas se basan en la epidemiología clásica descrita, para detectar, aislar, tratar los enfermos y dar seguimiento a los contactos, además de establecerse las cuarentenas, restricción de la movilidad de las personas, evitar aglomeraciones. Por otra parte, las medidas están en correspondencia con las directrices, protocolos y recomendaciones de la OMS para la prevención, mitigación, preparación, respuesta y recuperación (Trilla, 2020). Lo que está en correspondencia con lo implementado en el territorio nacional.

Hasta el día 14 de febrero de 2021 se registraban 4345 casos confirmados a la Covid-19 y 65 630 contactos, acumulándose 4021 ingresos en los centros de aislamiento y hospitales en la Provincia).

En esta situación se muestra la contradicción entre el aislamiento social orientado por la dirección de salud pública y el gobierno cubano, la percepción de riesgo sobre la enfermedad y las acciones realizadas por el pueblo en función de satisfacer sus necesidades materiales y afectivas durante esta etapa.

En el presente estudio se considera la percepción como el proceso cognoscitivo, a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido (Oviedo, 2008).

En Cuba la comunicación de riesgos es un proceso interactivo de intercambio de información y opinión entre individuos, grupos e instituciones y no escasean libros, artículos y hasta sitios web, que orientan sobre la información y comunicación sobre los riesgos para la salud (Gamhewagea, 2016).

Son abundantes las orientaciones y recomendaciones de los organismos internacionales, que servirían de base para desarrollar un estudio riguroso que definitivamente

confirme la carencia de percepción de riesgo ante las amenazas que han surgido y que afectan el nivel de salud en la población. Durante la realización del estudio se puede elevar esa baja o ausente percepción, a través de informar a los ciudadanos sin alarmas ni terrores, con elementos convincentes, que les permitan conocer y enfrentar correctamente los riesgos (Martínez, 2017).

Serrano (2015), afirma que el estado cubano tiene como objetivo lograr una mayor calidad de vida y bienestar social para todas las familias, por medio de actuaciones de prevención, asistencia e inserción social a través del cumplimiento de funciones esenciales como la prevención, protección y rehabilitación, a partir de la promoción de estrategias de actuación. Acciones que se encuentran en la base de la percepción de riesgo que se desarrolla a nivel individual y social.

La percepción y la evaluación del riesgo dependen, desde luego, de la persona que lo afronte y su posición en la estructura social, es decir, en los campos de experiencia posibles, así como del contexto concreto donde pueda ocurrir. Los distintos colectivos sociales que mantienen determinados estilos de vida, perciben, evalúan y reaccionan ante los riesgos de maneras diferentes. El concepto de percepción se entiende y explica desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como creencia y actitud (Aguilera & Pindado, 2006).

Debido a la alta contagiosidad del virus y al número cada vez mayor de casos confirmados, se conoce que los pacientes y el personal de salud pueden padecer situaciones de miedo a la muerte y presentar sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad (Huarcaya, 2020). Sin embargo, hasta ahora, la atención de salud mental a los pacientes y profesionales de la salud afectados por la epidemia de COVID-19 ha sido subestimada (Piña, 2020). El primer impacto de la epidemia es la crisis misma. Los pacientes relacionados con infección por SARS-CoV-2, sean casos confirmados o sospechosos, pueden experimentar temor a presentar una infección con un nuevo virus potencialmente mortal, y aquellos que se hallan en cuarentena pueden experimentar aburrimiento, soledad e ira (Legido, et al., 2020).

Debido al aumento de los casos confirmados en trabajadores de salud y los contactos de casos confirmados ingresados en los centros de aislamientos y hospitales, surge la necesidad de caracterizar y explicar la percepción de riesgo que poseen las personas sobre la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio mixto empleando la metodología cuantitativa para la obtención de la muestra y la cualitativa

para profundizar en las características de la percepción de riesgo que poseen los individuos participantes y la elaboración de profundos argumentos analíticos en su estudio.

Los escenarios donde se desarrolló el estudio fueron el hospital clínico quirúrgico Ambrosio Grillo de Santiago de Cuba y los centros de aislamiento creados en el municipio para vigilancia de contactos y sospechosos: hospital de campaña Veguitas, escuela idiomática de salud y Universidad de Oriente, todos ellos clasificados como los de mayor complejidad por la cantidad de sujetos que podían admitir y el período de estudio se extendió del 5 al 15 de diciembre de 2020, lo cual coincide con la última etapa de la nueva normalidad en la provincia declarada por las autoridades de salud.

La población de estudio se conformó por los contactos de casos confirmados ingresados en centros de aislamiento para vigilancia y los trabajadores de la salud dedicados a la atención de casos confirmados de COVID-19 y contactos de estos casos ingresados para vigilancia.

De estos se obtuvo una muestra aleatoria simple a partir de la base de datos de ingresos hospitalarios del departamento de registros médicos de cada centro de hospitalización, cuyo tamaño se calculó según la fórmula de tamaño para una proporción (Ver ecuación 1).

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 + (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q} \quad (1)$$

En donde, N = tamaño de la población, Z = nivel de confianza, p = probabilidad de éxito o proporción esperada, q = probabilidad de fracaso d = precisión o error máximo admisible en términos de proporción.

La muestra quedó conformada por 70 contactos de casos confirmados ingresados en centros de aislamiento para vigilancia y 36 trabajadores de la salud, de ellos 20 médicos, 12 enfermeros y 4 técnicos de laboratorio, para un total de 106 unidades de análisis.

Los criterios de inclusión para seleccionar a los sujetos fueron los siguientes:

- No poseer alguna enfermedad psiquiátrica.
- Desear colaborar con la investigación.
- Estar en el centro u hospital como mínimo 5 días.
- Ser mayor de edad (18 años o más).
- Haber salido del centro u hospital a la hora de realizarle la entrevista y la observación.

Se realizó una amplia búsqueda en las bases de datos bibliográfica en internet. Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron la entrevista y la observación para abordar las diversas situaciones que se presentaban en los centros de aislamiento y hospitales.

Los instrumentos de entrevista y guía de observación fueron elaborados por los propios autores y contaron con 20 preguntas, 18 relacionadas con el modelo de creencia en salud (susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, autoeficacia funcional, barreras percibidas y señal para la acción) cada uno en 3 preguntas estandarizadas, y 2 generales con los datos demográficos.

Las entrevistas fueron aplicadas por epidemiólogos, psicólogos y sociólogos de la Universidad de Oriente, en el periodo de diciembre 2020- enero 2021, previamente entrenados. Se contó con el consentimiento informado de los entrevistados y se respetó su identidad, trabajando en estricto margen de confidencialidad profesional.

Para conocer las características generales de la muestra estudiada los datos demográficos se contabilizaron con medidas absolutas y relativas.

El resto de las variables se analizó y evaluó a través del análisis de contenido (Cáceres, 2008). El análisis se realizó por las dimensiones del modelo de creencia de salud (Soto, et al., 1997) y a partir de sus dimensiones se analizaron las variables susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, autoeficacia funcional, barreras percibidas y señal para la acción.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los trabajadores de la salud entrevistados el mayor porcentaje se encontraba entre los 41 y 60 años de edad, existió un equilibrio entre el sexo femenino y masculino y la principal comorbilidad que poseían fue la hipertensión arterial (tabla 1).

Tabla 1. Características de los trabajadores de la salud entrevistados (N= 36).

Característica	No.	%
• Grupo de edades (años)		
20 - 40	12	33,33
41 - 60	24	66,67
• Sexo		
Femenino	20	55,56
Masculino	16	44,44
• Comorbilidades		

Hipertensión arterial	19	52,78
Asma Bronquial	3	8,33
Alergia	3	8,33

En los contactos de casos confirmados entrevistados el mayor porcentaje se encontraba entre los 41 y 60 años de edad, existió un equilibrio entre el sexo femenino y masculino y la principal comorbilidad que poseían también fue la hipertensión arterial (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los contactos de casos confirmados entrevistados (N= 70).

Característica	No.	%
• Grupo de edades (años)		
Menor de 20	7	10,00
20-40	22	31,43
41-60	29	41,43
Mayor de 60	12	17,14
• Sexo		
Femenino	37	52,86
Masculino	33	47,14
• Comorbilidades		
Hipertensión arterial	32	45,71
Diabetes Mellitus	4	5,71
Asma Bronquial	3	4,29
Alergia	3	4,29
Glaucoma	3	4,29
Hipertiroidismo	3	4,29

Análisis por variables

Susceptibilidad percibida para los contactos de casos confirmados

Esta variable recoge dos aspectos: los conocimientos que se poseen sobre la enfermedad y las causas que la originan en el ser humano.

En la Figura 1 se muestran los pacientes según la forma en que perciben la enfermedad. La mayor cantidad la perciben como algo muy malo y expresan: *“es una enfermedad muy contagiosa que ha venido a complicarnos la existencia”*, *“es una enfermedad traicionera y mortal que no sé cómo se puede adquirir”*. Una pequeña cantidad la considera como un catarro fuerte que puede ser adquirido en el aire.



Figura 1. Porcentaje de personas según la forma en que se percibe la enfermedad.

En los estudios de González, et al. (2021), señalan que en el caso de la COVID-19 las acciones que deben ejecutar los sujetos, por ejemplo, el uso del nasobuco, el lavado frecuente de las manos y las modificaciones en las formas de interaccionar, se relacionan con estilos de vida, transformaciones que se logran a largo plazo, por lo que las personas sienten que tienen que realizar un esfuerzo para cumplir con todas estas medidas.

Para que los sujetos logren comportamientos protectores, necesitan sentir que la COVID-19 es un peligro para la salud que les puede afectar, lo que sin lugar a dudas contribuirá al inicio y mantenimiento del cambio. En nuestro estudio al indagar sobre las causas que generan la enfermedad los sujetos contactos de casos confirmados refieren: el 92.85 % considera que es causada porque las personas no usan los nasobucos; el 90 % porque las personas no se lavan las manos; el 85.75 % porque no se mantienen alejados de las otras personas; 74.28 % por la falta de conciencia de las personas; el 72.82% por la falta de higiene personal y el 71.42 % por estar entre muchas personas sin nasobuco. Ninguno de los sujetos entrevistados refiere entre las causas de contagio, la posibilidad de visitas o compartir con viajeros recién llegados de otros países, respuesta que emerge como una externalización de sus respectivas responsabilidades individuales a factores externos y no al carácter sistémico de este tipo de relaciones y actividades que ejecutan sin cumplir lo informado y clarificado por las autoridades sanitarias de nuestro país.

Susceptibilidad percibida en los trabajadores de salud

Ante la pregunta sobre las acciones que realiza cuando atiende a un paciente, la mayoría, según refieren, se protege. Algunas expresiones son: *“yo uso todo el día mi nasobuco y la careta y no me la quito nunca”*, *“cuando sé que tengo que atender a un paciente me pongo todo lo que lleva la protección, desde nasobucos hasta la sobrebata”*, *“trato de evitar el contacto directo con estos pacientes, lo mío es servir la comida, pero sin tocarlos”* (Figura 2).

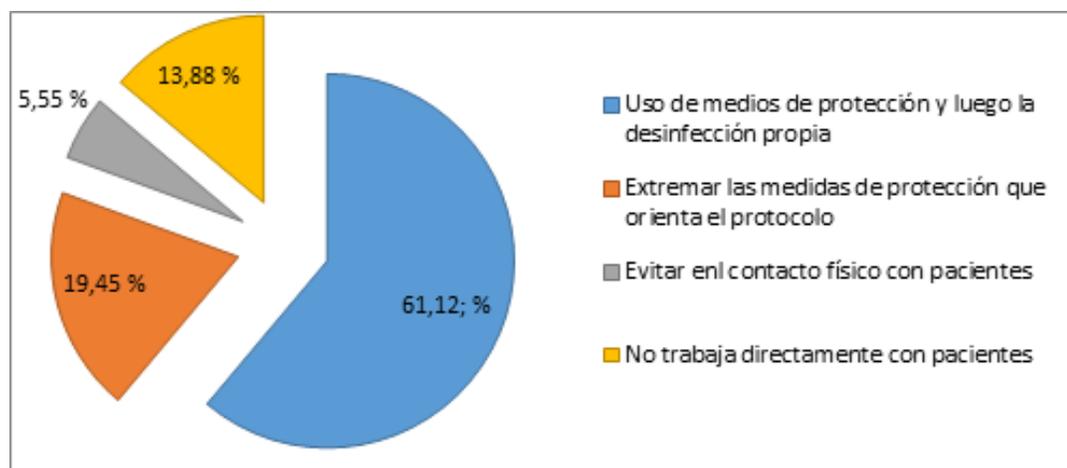


Figura 2. Porcentaje de trabajadores de la salud según acciones de protección que realizan frente al paciente.

En el país se han desarrollado un conjunto de acciones en centros de trabajo, educacionales y comunidades con la participación activa de los profesionales de la salud y las instituciones estatales, para que el pueblo ganara en conocimientos respecto a las medidas de prevención y control frente a la COVID-19, pero aún es insuficiente el impacto en la conciencia social sobre la necesidad del uso de los medios de protección como hábito de uso cotidiano y no sólo en los momentos de encuentro con otras personas posibles infectadas.

Cuando se indaga sobre la rutina diaria en la institución ningún sujeto mencionó la posibilidad de ocupar el tiempo ocio en algún tipo de recreación. Algunas expresiones nos muestran: *“lo primero que hago es higienizar todo lo que me rodea en el trabajo y luego bañarme bien para limpiarme toda”*, *“cumplir con mi trabajo diario, desde las 6 am hasta las 9 pm cada día”*, *“trabajar y trabajar, es lo único que hago aquí en este centro”*. Las respuestas se muestran en la Figura 3.

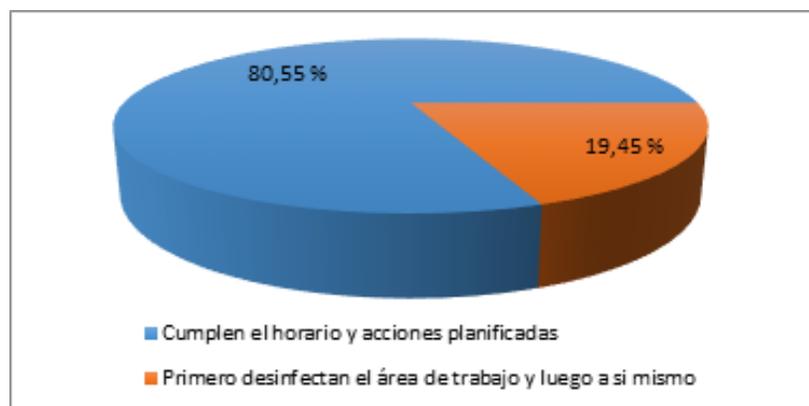


Figura 3. Porcentaje de trabajadores de la salud según acciones de protección que realizan frente al paciente.

La susceptibilidad percibida en estos sujetos se dispone en el cumplimiento del deber y la responsabilidad del trabajo como fuente de percibir alguna reacción contra la enfermedad, el tiempo ocupacional se relaciona directamente con la necesidad que poseen de eliminar la enfermedad y sentir alivio, para lo cual el miedo al contagio de la enfermedad se transforma en accionar para eliminarla a través del trabajo en esta institución.

En los estudios de Morales (2020) este autor refiere que, con la implementación de precauciones estándar, en el ámbito de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, entre las que se encuentran la higiene de las manos, uso de equipos de protección personal y el cuidado del medio ambiente, se puede disminuir la posibilidad del contagio por el virus y contribuir a controlar la diseminación de este. En nuestro estudio los profesionales de salud entrevistados emitieron una contradicción en la relación directa que debe expresarse entre conocimiento de la enfermedad y la conducta a seguir para protegerse de la misma. Contradicción que emerge debido a las tensiones y el estrés continuado que vive

el personal de salud en estas instituciones donde las exigencias verticales y horizontales respecto a tratamiento, cuidado, cumplimiento de protocolos y algunas insatisfacciones sobre el acondicionamiento material, generan acciones contra protocolos y ponen a estos sujetos en riesgo directo frente a la enfermedad.

Gravedad percibida para los contactos de casos confirmados

Esta variable se refiere a las formas de adquirir la enfermedad y la reacción de los sujetos ante la posibilidad de estar contagiados con la misma.

Las formas de adquirir la enfermedad variaban respecto a las respuestas, lo que se observa en la Figura 4.

El mayor porcentaje de los sujetos entrevistados refiere no reconocer las formas en que se pueden contagiar, lo cual determina la posibilidad de contraer la enfermedad con mayor probabilidad y disminuye la percepción de riesgo frente a la posibilidad real de contagiarse. Algunas respuestas indican esta valoración: *“No tengo ni idea de cómo me contagié”*. *“No sé porque estoy aquí”*. *“Solo me dijeron que tenía la posibilidad de estar contagiado y me trajeron a este centro”*.

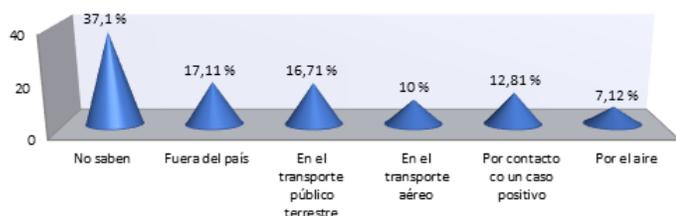


Figura 4. Porcentaje de personas según la forma referida de adquirir la enfermedad.

Lorenzo, et al. (2020), señalaron que en las personas después de esta pandemia, han aumentado el temor a la enfermedad viral, el aburrimiento, el estrés por las pérdidas ocasionadas, la caída o complicación de proyectos, entre otros resultados de importancia. Prevalen manifestaciones emocionales, tales como miedo, frustración, enojo, ambivalencia, desorganización, aburrimiento, tristeza, sentimiento de soledad, sensación de encierro, ansiedad, entre otros. Nuestros resultados mostraron que en los contactos de casos confirmados al informársele sobre la posibilidad de estar contagiado con la enfermedad las reacciones más frecuentes fueron miedo, depresión, impresión negativa, evocar a Dios; preocupación por los familiares y asombro. Refieren miedo (31.42 %); depresión (17.14 %); impresión negativa (15.71 %); evocar a Dios (14.28 %); preocupación por los familiares (12.85 %) y asombro (10 %).

Estas reacciones demuestran que las personas asumen la enfermedad como un peligro, y valoran las consecuencias que esta puede generar en los familiares que conviven con ellos o con las personas que han tenido contacto en los días posibles de contagio, además de las dudas y malestares que generan el conocer sobre la mortalidad de la enfermedad y la vivencia de poder dar positivo a ella. Algunas de las valoraciones se refieren a: *“Yo rápidamente pensé en mi familia y si la podía haber contagiado”*. *“me quedé pensando en lo mortal de esta enfermedad”*. *“me quedé sin palabras y muy asombrada, no sabía qué hacer”*.

Las acciones en los seres humanos no necesariamente implican las cosas que se hacen en la cotidianidad, ellas tienen de base recuerdos, idiosincrasias, prejuicios, estereotipos, acciones mentales, vivencias, fantasías, emociones, sentimientos, experiencias de vida compartidas y asimiladas durante mucho tiempo. Por ende, las conductas de protección y asimilación de la enfermedad como una posibilidad real de contagio pasan por todos los prismas antes mencionados y puede existir un conocimiento de la enfermedad, pero este por sí solo no moviliza la conducta en función de realizar determinadas acciones para protegerse de ella.

Gravedad percibida en los trabajadores de salud

En su reporte Soláz, et al. (2020), resaltan la labor enaltecedora de los médicos y enfermeros en los centros de aislamiento, los cuales constituyen el eslabón fundamental del trabajo epidemiológico en contra de la COVID-19. Ellos trabajaron directamente con contactos directos o indirectos de pacientes portadores del virus. Para este grupo de trabajadores es importante cumplir con las normas de seguridad para el contacto con estos pacientes, deben utilizar todos los medios de protección: nasobucos, gorros, botas, batas, guantes y realizar la desinfección periódica de lugares comunes. Según nuestros resultados, el personal de salud refirió el 27.77 % tener miedo al contagio cuando presta atención clínica a los pacientes; el 22.22 % enfermar por no asumir y cumplir con el protocolo de seguridad establecido; el 16.66 % considera que no tiene miedo si se usan correctamente los medios de protección establecidos. No obstante, todo el personal de salud se mantiene en los centros hasta que son relevados a los 14 días.

Ante el cumplimiento del uso de los medios de protección, el 47.22 % reconoce que la institución brinda algunos medios de protección, pero faltan otros, ejemplo: la careta; el 36.11 % considera que se establecen todos los medios de protección; el 11.11 % señala que se cambian constantemente los nasobucos y se usan las sustancias

desinfectantes y el 5.55 % expresa que sólo se usan por parte de los sujetos por mantener su cuidado propio. Aspectos que son manejados como barreras que pueden obstaculizar el adecuado cuidado de este personal e influir en su contagio ante la enfermedad. Expresiones como: *“yo siento que puedo enfermarme en cualquier momento”, “sino cumple el protocolo... de seguro se puede enfermar, eso es así”, “yo tengo mucho miedo a contagiarme porque sé que me aíslan y no puedo ver a mi familia”*, manifiestan lo cuantificado anteriormente.

Los principales miedos que genera la enfermedad está en el orden del contagio, lo cual se relaciona directamente con la exposición constante a noticias de riesgos y miedos que profundizan sensaciones de victimización, de malestar y vulnerabilidad personal. Algunas redes sociales, promueven una victimización indirecta. La percepción de que podemos ser las siguientes víctimas de la enfermedad. En estas situaciones de riesgos, la dimensión emocional-afectiva de los procesos de recepción de información supera la dimensión cognitiva. El riesgo no solo se expresa en cálculo de probabilidades, sino también en la experiencia de incertidumbre y malestar.

Al preguntar sobre los casos positivos del personal de salud que han salido de los centros de aislamiento y hospitales, las respuestas refieren: el 80.55 % responde que sí ha habido casos de trabajadores de la salud contagiados en los centros de aislamiento y hospitales, por incumplimiento de los protocolos de seguridad y el 19.44 % refiere no tener conocimiento sobre casos confirmados de positivos en los centros de aislamiento y hospitales. Las expresiones siguientes muestran lo referido anteriormente: *“me preocupa mucho porque me informaron que aquí salieron 4 casos positivos de médicos”, “el que no cumple con los protocolos, de seguro se infecta con esta pandemia”, “no sé si ha habido algún caso”*.

Los sujetos perciben la enfermedad en su relación directa con las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral de ser humano o sobre sus relaciones familiares, vecinales, de amistad, laborales, etc.) y por el incumplimiento de los protocolos de seguridad establecidos, lo cual entra en contradicción con la cantidad de casos positivos del personal de salud que han surgido en los centros de aislamiento, lo cual no genera en si misma acciones saludables, sino al contrario genera más riesgo y exposición a la enfermedad.

Sobre la posibilidad de adquirir la enfermedad en el centro de aislamiento se responde: el 66.66 % refiere que se puede infectar si no usa correctamente los medios de protección porque están en un centro donde existe la

enfermedad, el 22.22 % refiere que no hay ninguna posibilidad de adquirirla en el centro y el 11.11 % refiere que es más fácil adquirirla en la calle que en el centro de aislamiento. Criterios directos expresan: *“es una realidad, sino te proteges, te infectas... y más aquí que esta el virus en cualquier lugar”, “yo creo que aquí estamos más protegidos que afuera”, “en la calle es más fácil adquirirlo que aquí dentro”*.

Aunque el mayor número de sujetos asume que es posible adquirir la enfermedad en los centros de aislamiento y hospitales, existe un porcentaje no despreciable que aún no ha incorporado y asimilado la posibilidad de enfermarse en ese contexto, lo cual disminuyen la gravedad percibida en el total de la muestra y las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad.

Beneficios percibidos para los contactos de casos confirmados

Los beneficios percibidos ante esta enfermedad refieren las formas en que las personas se cuidan para poder evitar la enfermedad y las medidas que deben tomar para lograr mantenerse saludables.

El 92.86 % de los entrevistados refiere que se deben evitar las aglomeraciones, usar el nasobuco, lavarse las manos, usar el hipoclorito y el alcohol para la desinfección al llegar a los diferentes lugares y ponerlo en la casa para evitar el contagio. El 7.14% refiere aislarse más de la familia y ningún entrevistado refiere aislarse de los viajeros nacionales o internacionales. Refieren: *“debemos usar siempre el nasobuco, hasta en la casa”*. *“no meterse en los tumultos”*. *“visitar a la familia lo menos posible”*. Estas afirmaciones expresan el poseer un conocimiento real de las acciones que pueden evitar el contagio de esta enfermedad, pero aun no reconocen las formas de contagio por interacción con los viajeros, acciones que más casos positivos está generando en la provincia actualmente.

Los sujetos entrevistados valoraban más las posibles consecuencias que podría traer la enfermedad que las formas de evitarlas y las acciones realizadas que les conllevaron a estar entre los contactos de casos confirmados con posibilidad de ser positivos, así como también los malestares que generaban el estar aislados en centros de aislamiento con régimen de cero contactos con el exterior.

Beneficios percibidos en los trabajadores de salud
Sobre los beneficios que brindan el uso de los medios de protección en el enfrentamiento a la Covid-19 los sujetos entrevistados responden: el 30.55% responde que

se debe usar para evitar la enfermedad como medio de protección, el 25 % para impedir el riesgo de contraer la enfermedad al contactar con los pacientes positivos, el 22.22 % para evitar la propagación de la enfermedad, el 16.66 % señala que nos permite mantenernos sanos y el 5.55 % refiere que debemos usarlo para no enfermarnos. Algunas expresiones fueron: *“se usa para evitar contagiarme”*, *“si me cuidó evito contagiarme y contagiar a mi familia y demás personas”*.

En nuestra provincia las pancartas elaboradas con mensajes educativos de fácil comprensión, sirvieron de apoyo durante su realización, además de ubicarse en distintas áreas en todo el contexto; así como el acompañamiento mediante un plan de información para la orientación y preparación de la población a través de los medios de comunicación sobre las medidas de protección y su cumplimiento, no obstante aún existen personas que no usan correctamente los medios de protección o simplemente no los usan. En estos sujetos el único beneficio del uso de los medios de protección está en la creencia de evitar el contagio y no en incorporarlo como acción cotidiana que guía su seguridad diaria y la de sus diferentes redes sociales.

Cuando se pregunta sobre los riesgos a los cuales está sometido en el centro de aislamiento los sujetos responden: el 61.11 % refiere que al no usar correctamente los medios de protección en cada momento y no cumplir con la bioseguridad; el 22.22 % afirma el poder contraer la enfermedad por ser tan contagiosa; para el 11.11 % señala el poderse enfermar con un paciente o un compañero en el centro y el 5.55 % considera que no corren riesgo allí. Las principales opiniones fueron: *“estoy en riesgo cada día y más si no uso los medios de protección”*, *“es muy contagiosa y cualquiera puede enfermarse”*, *“cada persona aquí puede contagiarme, debo cuidarme mucho”*.

En estas valoraciones podemos apreciar que la percepción de la gravedad del proceso tiene relación con el subsecuente comportamiento y este último con una práctica de riesgo, debido a que, aunque se conocen los riesgos que pueden generar el estar laborando en este tipo de centro, no se asumen como responsabilidad individual exclusiva, sino que se ubican las responsabilidades fuera del ámbito personal. Cuando el individuo es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de su conducta, es porque la iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos.

Autoeficacia funcional para los contactos de casos confirmados

En la autoeficacia funcional se valora sobre la actuación de las personas ante la pandemia y las acciones que podrían hacer para prevenir la enfermedad.

En este sentido los sujetos entrevistados destacan las respuestas que se muestran en la Figura 5. Algunas referencias se expresan como: *“La población es muy indisciplinada y no se cuidan”*, *“no ir a las colas y si van, evitar acercarse a las otras personas”*, *“que le pongan multas bien caras a los que incumplan”*. Estas valoraciones no incluyen las percepciones propias de sus acciones y las repercusiones que estas han traído para su vida en la actualidad. Esto muestra que aun la responsabilidad de la salud individual del cubano se deposita en el sistema de salud y no en la persona, lo cual coadyuva a disminuir la percepción de riesgo y aumentar el contagio en la población.

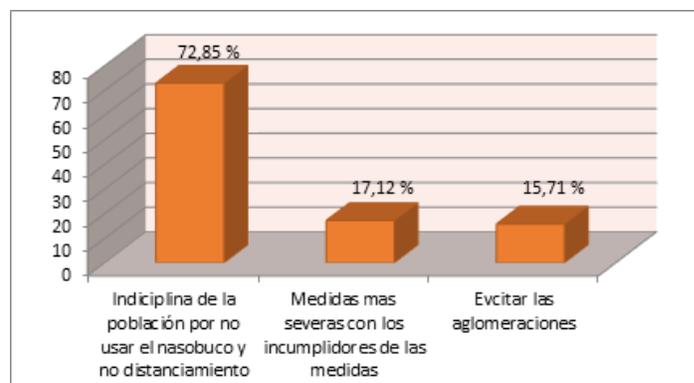


Figura 5. Porcentaje de personas según su autoeficacia funcional.

Las acciones que consideran los sujetos entrevistados que se podrían hacer para evitar la enfermedad varían: el 58.57 % expresa que no se debe hacer más nada, solo cumplir con las medidas de protección a nivel individual y social; el 14.28 % mantener el distanciamiento social; el 14.28 % no sabe qué acciones se deberían realizar y el 12.85 % refiere aislar a las personas que vienen del extranjero.

Los sujetos refieren: *“no debe hacerse más nada, sólo cumplir las medidas ya elaboradas”*, *“aislar a todo el que llegue de afuera”*, *“mantenerse en las casas, que no salgan la gente”*. La autoeficacia funcional sobre la enfermedad se manifiesta en medidas externas a la responsabilidad y asunción de la prevención individual y se deposita en las medidas elaboradas por el gobierno y el estado cubano.

Autoeficacia funcional en los trabajadores de salud

Al preguntar sobre las medidas que recomienda para la población en la pandemia actual, los sujetos responden:

el 72.22 % refiere que debe el usarse del nasobuco, el hipoclorito de sodio, el lavado de las manos y el uso de los medios de protección establecidos por el MINSAP; el 11.11 % que deben distanciarse de los familiares que lleguen de viaje hasta comprobar su estado negativo a la Covid; el 11.11 % que no deben prestar los objetos personales; el 8.33 % señala que deben salir sólo lo necesario y no hacer visitas sin motivos importantes y el 5.55 % el deben cuidar a los niños, las embarazadas y los adultos mayores en la sociedad. Se aprecian expresiones como: *“deben aislarse más y evitar las aglomeraciones”, “no se debe visitar a nadie en este tiempo, eso es peligro seguro”, “a los viajeros hay que mantenerlos lo más lejos posible, porque pueden tener la enfermedad y no saberlo”*.

Sobre la medida que se debe tomar cuando se violan los protocolos de seguridad en la institución por cualquier persona, los entrevistados responden: el 69.44 % afirma que deben ser multados con altas cuotas; el 13.88 % no sabe qué medida se debe asumir y el 16.66 % medidas disciplinarias al personal de salud y aislamiento sanitario a los contactos de casos positivos. Se muestran expresiones como: *“multa bien alta para todo el que no use el nasobuco”, “no sé qué medida se pueda tomar”, “hay que poner medidas disciplinarias en las instituciones también”*.

Barreras percibidas para los contactos de casos confirmados

Este indicador hace referencia a las barreras que pueden presentarse en el uso de los medios de protección u otras acciones que impidan el mantenerse saludable ante la propagación de la enfermedad.

Las principales barreras que se perciben en esta enfermedad se describen como: el 65.71 % considera que nada puede impedir el uso de los medios de protección en la actualidad; el 12.85% refiere no saber que pueda obstaculizar el uso de los mismos; el 8.57 % refiere la indisciplina social por parte de la población que no desea usar esos medios; el 7.14% asegura que se puede obstaculizar el uso de los medios de protección al faltar los baños podálicos en los lugares públicos y el 5.71 % expresa la mala calidad de los medios de protección que se usan.

Algunas ideas expresan: *“no sé qué podría impedir que lo usáramos”, “algunos guantes y nasobucos son malos y se rompen rápidamente”, “la indisciplina... porque las personas no usan los nasobucos”*.

Se valora que las personas están conscientes que los medios de protección son una alternativa para evitar el contagio, y que existen aún un conjunto de elementos que pueden obstaculizar su uso racional y eficaz para evitar

la enfermedad, no obstante, todos los contactos que estuvieron ingresados en los centros de aislamiento y hospitales de una forma u otra violaron los protocolos de los usos de los medios de protección, lo cual los llevó a estar en ese centro.

Barreras percibidas en los trabajadores de salud

Ante la pregunta de cómo se establecen el uso de los medios de protección en la institución, se evidencian las siguientes respuestas: el 47.22 % reconoce que la institución brinda algunos medios de protección pero faltan otros, ejemplo: la careta; el 36.11 % considera que se establecen todos los medios de protección; el 11.11 % cuando se cambian constantemente los nasobucos y se usan las sustancias desinfectantes y el 5.55 % expresa que solo se usan por parte de los sujetos por el cuidado propio. Algunas opiniones fueron: *“nos faltan sobre batas y algunas botas de gomas para protegernos mejor”, “se cumplen con el uso de los medios de protección porque si no, nos enfermamos”*.

Aquí la barrera se manifiesta más en el área de la mente y no de la conducta, lo cual imposibilita la emergencia de tomar medidas alternativas para superar los déficits y escasez de medios de protección que se pueden ausentar durante el trabajo en estos centros.

Cuando se pregunta que puede obstaculizar el uso de los medios de protección en la actualidad responden: el 30.55 % considera que puede obstaculizarlo el ciclo tan largo en que se demora el cambio de los medios de protección; el 22.22 % la no disponibilidad de los medios de protección en las instituciones; el 13.88 % que puede obstaculizar es el incumplimiento de los protocolos; el 13.88 % por la escasez de recursos y medios el 11.11 % no tener suficientes medios de protección para cumplir las medidas higiénicas y el 8.33 % refiere que nada puede obstaculizarlo, porque hay recursos disponibles para todos. Valoraciones directas como: *“es mucho tiempo que pasa entre cuando te dan guantes y caretas y nasobucos y eso puede influir en que no lo usemos correctamente”, “no hay muchos recursos y eso es negativo acá en el centro”, “aquí hay de todos los medios y debemos usarlos todos”*.

Consideramos que cuando la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarán definitivamente como barreras, impidiendo definitivamente la acción, como sucede en estos sujetos entrevistados. Aquí se muestran las barreras como fuertes, la cuales generan un conflicto difícil

de resolver más aun cuando el sujeto dispone de otros cursos de acción alternativos, de igual eficacia, pero con menos barreras o de menor aversividad.

En estudios anteriores realizado por Hernández (2020), determinaron que existe una relación estrecha entre la percepción de riesgo, la práctica preventiva de las personas frente a la COVID-19 y el sexo, explicándolo desde el miedo, la incertidumbre y la angustia, sin embargo, emerge también un sentido de humanismo, responsabilidad y cuidado junto con la puesta en valor de la dimensión social de las personas y la posibilidad de reflexionar que otorgaría como consecuencia positiva la situación de aislamiento social. En nuestros resultados, la prevención ante la amenaza de contagiarse es baja y se limita por las inadecuadas prácticas sociales y de protección contra la enfermedad. En el caso del personal de salud que labora en estos centros aun con las condiciones de aislamiento mantienen su humanismo y responsabilidad en la atención a los pacientes y contactos de casos confirmados

Señal para la acción para los contactos de casos confirmados

En este indicador se explicita la relación que tiene la enfermedad con la vida cotidiana y las personas que se consideran más vulnerables para contagiarse con la misma.

La relación de la enfermedad con la vida cotidiana muestra que el 58.57 % no sabe qué relación puede existir entre la enfermedad y la vida cotidiana; el 31.42 % refiere que se relaciona con la vida cotidiana porque está en todas las esferas de la vida del ser humano; el 5.71 % considera que no tiene nada que ver con la vida cotidiana y el 4.28 % considera que la relación que existe es que debemos cambiar nuestras formas de convivir.

Algunas respuestas refieren: *“esta enfermedad está en todos los lugares a los cuales vamos”*, *“no veo ninguna relación”*. Estas valoraciones nos muestran que la acción aun no genera cocimientos de asunción de modificaciones por parte de la población y se mantiene la resistencia al cambio ante los protocolos de seguridad que se aplican en el país, siendo aún el riesgo a contraer la enfermedad alto, pues a menor nivel de asunción de cambios de roles mayor nivel de exposición ante la enfermedad.

Los resultados de Díaz-Rodríguez, et al. (2020) mostraron que el 34,52 % de los adultos mayores estudiados presentaron un nivel de conocimiento inadecuado sobre las medidas sanitarias necesarias para contener el contagio de la COVID-19 antes de la intervención educativa, mientras que posterior a esta solo el 2,38 % presentó tal nivel. El presente estudio halló que los contactos de casos confirmados consideraron que las personas más vulnerables

a contraer la enfermedad sólo el 14.28 % considera a las personas mayores de edad con problemas de salud. A esto se suma también que el 72.85 % de los contactos de casos confirmados valoran que existe aún un comportamiento indisciplinado por parte de la población respecto al uso de los medios de protección y el distanciamiento social lo que genera mayor aumento del contagio individual.

Algunas de las expresiones fueron: *“yo creo que todo el mundo está expuesto a esta mortífera enfermedad”*, *“los viejitos son los que más deben cuidarse por todas las enfermedades que tienen”*, *“en los centros de aislamiento estamos más expuestos que afuera”*, *“yo creo que son las embarazadas y los niños que debemos aislar más para protegerlos”*. Estas respuestas nos muestran que las personas valoran la posibilidad de que cualquier ser humano puede ser vulnerable ante la enfermedad, pero sólo este criterio no genera cambios de conductas para sumir las nuevas formas de interactuar en la vida cotidiana a partir de la necesidad del aislamiento social.

Se siente aún la enfermedad como una problemática del otro y no del sujeto que se entrevista. Podemos apreciar una disonancia cognitiva respecto a la negatividad de la enfermedad para el contagio propio.

Señal para la acción en los trabajadores de salud

En las investigaciones de Hernández (2020), se refiere que el 35,32% (101 encuestados) poseían conocimientos inadecuados de prácticas preventivas y reconocen a la COVID -19 como enfermedad grave y los que tienen prácticas preventivas adecuadas, tienen el criterio que es una enfermedad simple 21,23% (61 encuestados), al estar informados de las complicaciones y los principales grupos de riesgos que tienen una mayor letalidad. Entre nuestros resultados, al indagar sobre la posibilidad de que exista en la institución algún riesgo de contraer la enfermedad, las principales respuestas son: el 66.66 % afirma que cuando se viola lo establecido en los protocolos; el 38.33 % porque las condiciones no son óptimas para enfrentar la enfermedad; el 19.44 % por estar en contacto directo con casos positivos y el 5.55 % por la poca percepción de riesgo que sobre la enfermedad existe. Algunos criterios muestran lo siguiente: *“Si violo lo establecido seguro que correo riesgo de enfermarme y enfermar a los demás”*, *“hay poca percepción sobre lo mortal y contagiosa de esta enfermedad y eso es muy negativo para el trabajo nuestro”*.

La negatividad expresada por el personal de salud soslaya la relación directa que debe expresarse entre conocimiento de la enfermedad y la conducta a seguir para protegerse de la misma. Contradicción que emerge debido

a las tensiones y el estrés continuado que vive el personal de salud en estas instituciones donde las exigencias verticales y horizontales respecto a tratamiento, cuidado, cumplimiento de protocolos y algunas insatisfacciones sobre el acondicionamiento material generan acciones contra protocolares y ponen a estos sujetos en riesgo directo frente a la enfermedad.

Al indagar sobre la relación de la enfermedad con la vida cotidiana, las principales respuestas fueron: el 36.11 % afirman que se debe aprender a convivir con la enfermedad y su espacio en la vida cotidiana; el 19.44 % considera que hay que aprender a protegerse de la enfermedad que está en todas partes; el 19.44 % porque la enfermedad afecta la vida cotidiana; el 13.88 % porque al haber escasez de productos la gente sale a buscarlo y se contagia con el virus al estar en el ambiente. Los criterios que muestran estos porcentajes son: *“hay que vivir con la enfermedad y cuidarse porque está en cada lugar de nuestra vida”*, *“esta enfermedad genera muchos malestares en cada acción que realizamos cada día”*, *“la gente no se queda en casa, al tener necesidades sale a buscar la comida fuera de casa y ahí está el peligro”*.

Aún no se moviliza la conducta en función de buscar y/o crear alternativas para la propia protección y el sentido de responsabilidad que esto debe generar. Cuando no se asume el riesgo como parte de la individualidad e incorporación subjetiva entonces aparece la soledad asociada con el sentimiento de haber sido excluido del mundo y sus seres queridos, el malestar o la rabia ante la posibilidad de ser contagiado por la negligencia de *“otros”*, el aburrimiento y frustración por no estar conectado a la rutina habitual de la vida.

Todos estos procesos se conectan con las diversas noticias que salen en las redes sociales que contribuyen a la inseguridad constante (el virus está en todas partes y seguro te puede enfermar) el sentimiento de ansiedad económica material (no hay productos en las tiendas, los precios se han elevado, el costo de la vida aumenta y se escasean los recursos de primera necesidad en el país) y el miedo a la enfermedad (los centros de salud están saturados y hay más posibilidad de enfermarse), lo cual puede obstaculizar la implementación de medidas de contingencias fáciles y razonables.

CONCLUSIONES

La percepción de riesgo en estos sujetos entrevistados se considera sólo en las creencias de susceptibilidad percibida y los beneficios percibidos y no en las barreras percibidas, la autoeficacia funcional y la señal para

la acción. Mostrándonos una baja percepción de riesgo, por parte de estos sujetos, desde las creencias de salud.

Los sujetos entrevistados no muestran miedo a enfermarse y consideran baja la posibilidad de ser infectados, lo que sugiere la necesidad de profundizar en un futuro en los aspectos psicológicos que movilizan el comportamiento a favor o en contra del autocuidado y cumplimiento de las medidas de protección para evitar contagiarse. Estos resultados pueden explicar por qué la población santiaguera a pesar de la difusión de las medidas de prevención, se manifiestan poco responsables al respecto y con ausencia de una percepción de riesgo acorde a la esperada por el ministerio de salud cubano.

Las acciones que deben ejecutar los sujetos, por ejemplo, el uso del nasobuco, el lavado frecuente de las manos y las modificaciones en las formas de interactuar, se relacionan con estilos de vida, transformaciones que se logran a largo plazo, por lo que las personas sienten que tienen que realizar un esfuerzo para cumplir con todas estas medidas y no las incorporan inmediatamente a su estilo de vida y su cotidianidad, generando contradicciones entre el deber actuar y el actuar cotidiano para evitar la enfermedad.

La repercusión de la pandemia tiene un efecto más allá del inminente, con implicaciones psicológicas entre la población como el incremento de las emociones negativas, el aumento de la sensibilización hacia los riesgos y la disminución de emociones positivas.

Existe una contradicción entre la percepción de los sujetos sobre la negatividad-mortalidad de la enfermedad y las acciones para evitar contagiarse.

La percepción de riesgo que poseen los sujetos aún no movilizan su conducta en función de acciones de prevención para evitar el contagio de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, M., & Pindado, J. (2006). Nuevos enfoques en comunicación y salud: perspectivas de investigación. *Comunicar*, 26, 13-20.
- Cáceres, P. (2008). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 2(1), 53-82.
- Díaz-Rodríguez, Y. L., Vargas-Fernández, M. A., & Quintana-López, L. A. (2020). Efectividad de una Intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de la COVID-19 en adultos mayores. *Universidad Médica Pinareña*, 16(3).

- Gamhewagea, G. (2016). Risk communication. A moving target in the fight against infectious hazards and epidemics. *Weekly Epidemiologic Record*, 91(7), 82-7.
- González Gacel, J. F., Soler Sánchez, Y. M., Pérez Rosabal, E., González Sábado, R. I., & Pons Delgado, S. V. (2021). Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo. *Multimed*, 25(1), 34-42.
- Hernández Pupo, A. (2020). Percepción de riesgo ante la COVID-19 desde la perspectiva de género. (Ponencia). *Primera Jornada Virtual de Psiquiatría*, Holguín, Cuba.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 32-41.
- Legido, H., Mateos, J. T., Regulez, V., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health* 32, 12-21.
- Lorenzo Ruiz, A., Díaz Arcaño, K., & Zaldívar Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 3-8.
- Martínez, S. (2017). Uso y abuso del término percepción de riesgo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 412-418.
- Morales, D. (2020). Acciones del personal de salud del área estomatológica en relación a la COVID-19. *Revista Cubana de Estomatología*, 57(1).
- Oviedo, G. (2008). Percepción en Psicología. *Revista de estudios Sociales*, 18(1), 40-44.
- Piña Ferrer, L. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*, 4(7), 188-199.
- Serrano, Y. (2015). El estado en Cuba. Reflexiones en torno a su encargo social en relación con las familias. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*. 2(2), 74-100.
- Soláz Martí, E., Adán Socarrás, L., & Morales Yera, R. A. (2020). Papel del personal de salud en la prevención de la COVID-19. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 705-709.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R., & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341.
- Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Medicina Clínica*, 154(5), 172-182.