

Actitudes y percepciones de la población de La Habana sobre la COVID-19

Attitudes and perceptions of the population of Havana about COVID-19

Juan Rubén Herrera-Masó¹ <https://orcid.org/0000-0002-0259-0708>

Alain M. Chaple-Gil^{2,3*} <https://orcid.org/0000-0002-8571-4429>

Ernesto Boris Rodríguez-Ledesma² <https://orcid.org/0000-0003-3259-0263>

Luisa Hernández-Alarcón¹ <https://orcid.org/0000-0001-8661-2259>

Carlos L. Pérez-Hernández⁴ <https://orcid.org/0000-0002-7063-6843>

Gisselle Fernández-Peña⁴ <https://orcid.org/0000-0002-5339-8118>

Nidia Márquez-Morales¹ <https://orcid.org/0000-0002-2249-4801>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Vicerrectoría Académica. Dirección de Ciencia e innovación Tecnológica. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. Departamento Carrera de Estomatología. La Habana, Cuba.

³Universidad Autónoma de Chile. Facultad de Ciencias de la Salud. Temuco, Chile.

⁴Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. Departamento de Bioquímica. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: alain.chaple@uautonoma.cl

RESUMEN

Introducción: Cualquier estrategia diseñada para aumentar la percepción de riesgo involucra procesos de cambio o modificación de las actitudes subyacentes.

Objetivo: Explorar las actitudes y percepciones de la población de La Habana sobre la COVID-19.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Métodos: Estudio descriptivo transversal en una población de 2012 habaneros que, de forma anónima y voluntaria, respondieron un cuestionario en línea distribuido en redes sociales entre mayo y junio de 2021. Se emplearon variables sobre la caracterización demográfica y las relacionadas con el objeto de estudio agrupadas en causas a las que atribuyen la situación epidemiológica actual: sociales, estatales y externas. Se utilizó la prueba estadística *ji* cuadrado y el modelo de los residuos corregidos.

Resultados: Los participantes de los municipios de Playa (14,1 %), Plaza de la Revolución (13,2 %) y Diez de Octubre (12,7 %) fueron los más frecuentes. Las 3 causas predominantes según más del 80 % fueron “Violación del distanciamiento social”, “Resquebrajamiento de la disciplina social” y “Celebración y festividades”. De la dimensión estatal se destacaron, violaciones del distanciamiento social, apertura de los aeropuertos y eliminación de las pesquisas activas. El 43,5 % de las respuestas a 14 de las 32 señaladas por los encuestados, están relacionadas con la baja percepción de riesgo de la población.

Conclusiones: No es posible atribuir la situación epidemiológica por la COVID-19 en La Habana, solo a la baja percepción de riesgo de la sociedad; este es un fenómeno multicausal con causas atribuidas a la acción/ inacción estatal y al comportamiento social.

Palabras clave: percepción de riesgo; causas; población; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Any strategy designed to increase the perception of risk involves processes of change or modification of the underlying attitudes.

Objective: To explore the attitudes and perceptions of the population of Havana about COVID-19.

Methods: Cross-sectional descriptive study was carried out in a population of 2012 citizens of Havana who, anonymously and voluntarily, answered an online questionnaire distributed on social networks between May and June 2021. Variables on demographic characterization and those related to the object of study were used grouped into causes to which they attribute the current epidemiological situation: social, state and external. The chi-square statistical test and the corrected residuals model were used.

Results: Participants from the municipalities of “Playa” (14.1%), “Plaza de la Revolución” (13.2%) and “Diez de Octubre” (12.7%) were the most frequent. The 3 predominant causes according to more than

80 % were “Violation of social distancing”, “Breakdown of social discipline” and “Celebration and festivities”. Of the state dimension, violations of social distancing, opening of airports and elimination of active investigations stood out. 43.5 % of the responses to 14 of the 32 indicated by those surveyed are related to the population's low perception of risk.

Conclusions: It is not possible to attribute the epidemiological situation due to COVID-19 in Havana, only to the low perception of risk in society; This is a multicausal phenomenon with causes attributed to state action / inaction and social behavior.

Keywords: risk perception; causes; population; COVID-19.

Recibido: 09/11/2021

Aprobado: 11/12/2021

INTRODUCCIÓN

Según la estadística del Ministerio de Salud Pública con relación a la COVID-19 hasta el 30 junio de 2021,⁽¹⁾ en Cuba se habían diagnosticado con la enfermedad 193 945 pacientes, de los cuales se mantenían ingresados 16 557; de ellos, 16 373 tienen una evolución clínica estable y han fallecido 1 302 cubanos, para una letalidad de 0,67 %. Mundialmente, en 190 países y 30 territorios se reportan 182 794 034 casos confirmados de la COVID-19, con 11 487 125 casos activos y 3 957 208 fallecidos, para una letalidad de 2,16. En el continente americano se reporta el 40 % del todos los casos del mundo (73 332 553 casos confirmados), con 7 455 273 activos y 1 918 589 fallecidos, para una letalidad de 2,62 %.

Un estudio realizado por la empresa de gestión de datos IPSOS,⁽²⁾ entre el 13 y el 15 de marzo de 2020, sobre la opinión pública acerca del coronavirus reveló que este se percibía como una amenaza global pero no personal, en especial entre los más jóvenes. En varios países los encuestados percibían que los medios de comunicación habían exagerado la gravedad del alcance del brote de coronavirus: España (29 %); Japón (30 %); Francia (31 %); Canadá (32 %); Australia (36 %); EE.UU. (39 %); Alemania (40 %); Gran Bretaña (41 %); Rusia (42 %) e Italia (62 %).

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Cuadra y otros⁽³⁾ advierten que las pandemias producen importantes impactos psicológicos, entre los que sobresalen la percepción de más o menos riesgo de la integridad física y psicológica propia y de la comunidad, de las organizaciones y los grupos sociales; por la enfermedad pandémica y la alteración del ciclo vital de las personas. El análisis de los estudios empíricos revisados permitió clasificar el impacto psicológico de una pandemia en varias dimensiones: emocional; cognitiva; conductual; salud mental; organizacional y psicosocial.

Epstein y *Sloman*, citados por *Stanojlovic*,⁽⁴⁾ asumen que el riesgo se percibe, evalúa y controla de 2 maneras fundamentales: por un lado, riesgo como análisis objetivo, que incluye lógica, razón y reflexión científica relacionada con la evaluación y la toma de decisiones; y por otro, el riesgo como sentimiento referido a reacciones instintivas, intuitivas y automáticas al peligro.⁽⁵⁾

Pell del Río y otros⁽⁶⁾ refieren la percepción de riesgo como un proceso cognoscitivo del hombre, el cual influye en las características y gravedad del riesgo, las experiencias vividas, la cantidad y calidad de la información, los valores individuales y sociales, y los conocimientos sobre el fenómeno que causa el riesgo. Por otro lado *Casales*⁽⁷⁾ refiere que es una construcción social, determinada por el juicio subjetivo que la persona hace sobre las características y la gravedad de una amenaza.

Cualquier estrategia diseñada para el aumento de la percepción de riesgo, involucra inevitablemente los procesos de cambio o modificación de las actitudes subyacentes hacia los indicadores de riesgo definidos en el protocolo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la COVID-19. Entre ellos se destacan, el uso de mascarillas, el distanciamiento social y la higienización sistemática de las manos; pero la modificación de actitudes constituye un complejo proceso que no se resuelve solo, ni simplemente, a partir de la información suministrada.

Chauvin y otros⁽⁸⁾ consideran que la mayoría de las investigaciones sobre la percepción de riesgo se ha centrado en dos preguntas claves: “¿Por qué ciertos riesgos se perciben como más peligrosos que otros por la población general?” y “¿Por qué los individuos se diferencian en su percepción del riesgo asociado a un mismo peligro?”

Asegura *Matute*⁽⁹⁾ que “el miedo y la ansiedad agudiza los sesgos, porque no nos dejan pensar con claridad. Pero hoy más que nunca debemos tratar de evitarlos”.

Un mes después que el Director General de la OMS, el doctor *Tedros Adhanom Ghebreyesus*, declaró a la COVID-19 como una pandemia de envergadura mundial,⁽¹⁰⁾ avizoraba la necesidad de acometer procesos complejos de comunicación, para enfrentar la situación de crisis agravada, que se avecinaba debido a 3 amenazas principales: la no percepción del riesgo, la duración de la crisis y sus efectos colaterales.

El objetivo de la presente investigación fue explorar las actitudes y percepciones de la población de La Habana sobre la COVID-19.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la población de La Habana, Cuba, desde mayo hasta julio del año 2021, sobre la opinión de la población, relacionado con las causas que consideran sobre la situación actual referente a la pandemia de la COVID-19 en el país.

Se aplicó una encuesta online en Google Form, que fue respondida por ciudadanos de todos los municipios de La Habana, acerca de la percepción sobre las causas atribuibles a la situación epidemiológica actual de la pandemia en este territorio.

La encuesta fue distribuida por grupos poblaciones de interés ciudadano en Telegram® y otras redes sociales; se mantuvo en línea durante 2 meses.

Variables de estudio

Caracterización demográfica de la población: sexo, grupo de edades, número de residentes en la vivienda, nivel escolar y municipio de residencia.

Relacionadas con el objetivo del estudio: causas atribuibles a la situación epidemiológica actual, agrupadas en causas sociales, estatales y externas.

Estatales:

- E1. Reapertura de hoteles, reservaciones en playas y centros turísticos.
- E2. Incorrecta evaluación de los riesgos potenciales.
- E3. Ayuda brindada por el gobierno a pasajeros con la COVID-19 del crucero británico.

- E4. Violación del distanciamiento social (reuniones, transporte público...).
- E5. Eliminación de las pesquisas activa de casos sospechosos en la comunidad.
- E6. Apertura de aeropuertos (entrada de viajeros del exterior).
- E7. Baja eficacia de la acción policial y penal para evitar violaciones de la ley sobre la COVID-19
- E8. Débil vigilancia y aplicación de las medidas de prevención en los centros laborales.
- E9. No aplicación de pesquisa activa en aglomeraciones públicas, centros laborales y otros sitios de alto riesgo.
- E10. Demoras en el aislamiento de los casos positivos detectados
- E11. Irregularidades en la transportación de casos positivos a centros de aislamiento
- E12. Demoras en la comunicación de los resultados de PCR a los sospechosos.*
- E13. Deterioro de las condiciones de vida en los centros de aislamiento.
- E14. Desgaste del sistema de salud por la duración de la pandemia, estrés, cansancio...
- E15. Descontrol de la evolución y seguimiento de la pandemia en las comunidades
- E16. Relajamiento por cansancio o desgaste de hacerlo durante tanto tiempo

Sociales:

- S1. Exceso de confianza por la disminución inicial de casos positivos y la baja mortalidad.
- S2. No cree que el uso de la mascarilla, el lavado de las manos o el distanciamiento social reduzca el contagio de la COVID-19.
- S3. Exceso de optimismo por bajas tasas con relación al mundo (medicamentos, vacunas, protocolos, sistema de salud...).
- S4. Aglomeraciones públicas (colas en tiendas, bancos, oficinas de trámites...).
- S5. Baja percepción de riesgo individual y social.
- S6. Resquebrajamiento de la disciplina social (visitas, desplazamiento, celebraciones...).
- S7. Celebración y festividades de fin de año, cumpleaños, fiestas religiosas.
- S8. Hospedaje de viajeros provenientes del exterior en casas de familiares y de alquiler.

- S9. Falta de control de las familias sobre los menores y jóvenes en las comunidades.
- S10. Violación de las medidas de cuarentena por viajeros recedentes del exterior.
- S11. Ocultamiento por los contagiados de los contactos con otras personas.
- S12. Resistencia y negación de los contagiados a ingresar en centros de aislamiento.
- S13. Pesimismo, desconfianza...de que la situación va mejorar.
- S14. Circulación de informaciones falsas sobre la enfermedad, sus consecuencias y medidas para enfrentarlas.

Externas:

- EX1. Aparición de nuevas variantes y patrones de mutación del virus.

Procesamiento de la información

La base datos de esta investigación se encuentra el repositorio de datos de Zenodo.⁽¹¹⁾ Las variables individuales se dicotomizaron (Si/No) para su procesamiento.

Los resultados se exportaron a una hoja de cálculo de Microsoft Excel® y se llevaron al sistema estadístico SPSS Versión 25 en el cual se realizó:

- Elaboración de distribuciones de frecuencias de las variables sociodemográficas
- Análisis de correlaciones bivariadas entre las variables sexo, ocupación, grupo de edades, nivel educativo, rango de la cantidad de residentes,
- Empleo de tablas de contingencia con la utilización del modelo de residuos corregidos⁽¹⁾ y la prueba estadística *ji* cuadrado (χ^2) para establecer relaciones estadísticamente significativas entre valores de celdas y variables.

Aspectos éticos: la investigación fue aprobada por la Vicerrectoría Académica de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Fue realizada por profesores de la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica de esta entidad y de la Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón.

RESULTADOS

Predominaron los participantes del sexo femenino y los grupos de edades no arrojaron diferencias estadísticamente significativas. La muestra de participantes en la encuesta estuvo conformada por 2 012 residentes en los 15 municipios de la capital con predominio de los municipios de Playa (14,1 %), Plaza de la Revolución (13,2 %) y Diez de Octubre (12,7 %). Los municipios de Regla, Habana Vieja y Cotorro registraron las menores cifras de respuesta, con 1,5; 1,8 y 2,4 % respectivamente. El 40 % de los participantes en la encuesta residen en 3 municipios de la capital (tabla 1).

Tabla 1 - Participantes por municipios de residencia

Municipio	n	%
Playa	284	14,1
Plaza de la Revolución	266	13,2
Diez de Octubre	255	12,7
Boyeros	173	8,6
Cerro	156	7,8
Marianao	144	7,2
La Lisa	137	6,8
Centro Habana	122	6,1
Arroyo Naranjo	119	5,9
Habana del Este	92	4,6
Guanabacoa	75	3,7
San Miguel del Padrón	73	3,6
Cotorro	48	2,4
Habana Vieja	37	1,8
Regla	31	1,5
Total	2012	100

El análisis de correlaciones bivariadas mediante el coeficiente *rho* de Spearman indica que son significativas (**) al nivel 0,01 (bilateral) para un nivel de confianza del 99 % y un margen de error admisible del 1 % entre las variables: sexo - grupo de edades (SB= 0,000 < 0,01); sexo - ocupación (SB= 0,005 < 0,01) y grupo de edades - ocupación (SB= 0,000 < 0,01). En sentido inverso entre rango de cantidad de residentes - grupo de edades; nivel - ocupación (SB= 0,000 < 0,01); se observa también una relación inversa entre rango de edades y rango de la cantidad de residentes en el núcleo (SB= 0,000 < 0,01). La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral) para un nivel de confianza de 95 % y un error del 5 % entre el rango de edades y el nivel educativo de los encuestados (SB= 0,011 < 0,05).

Más del 60 % de los encuestados atribuyeron la situación actual de la COVID-19 en La Habana a las causas que se recogen en la tabla 2.

Tabla 2 - Causas atribuidas a la situación de la COVID-19 en La Habana

Causas	n	%
E4. Violación del distanciamiento social	1805	89,7
S6. Resquebrajamiento de la disciplina social	1711	85,0
S7. Celebración y festividades de fin de año, cumpleaños...	1613	80,2
S4. Aglomeraciones públicas	1591	79,1
S5. Baja de la percepción de riesgo individual y social	1590	79,0
EXT1. Aparición de nuevas variantes y patrones de mutación	1479	73,5
E6. Apertura de aeropuertos	1444	71,8
E5. Eliminación de pesquisa activa de casos sospechosos ...	1396	69,4
E8. Débil vigilancia y medidas preventivas en centros laborales	1379	68,5
E1. Reapertura de hoteles, playas y centros turísticos	1332	66,2
E12. Demoras en la comunicación de resultados de PCR	1289	64,1
S1. Exceso de confianza por disminución de casos positivos y baja mortalidad	1238	61,5

Las 3 causas predominantes según las percepciones de más del 80 % de los participantes en la encuesta fueron: la violación del distanciamiento social, el resquebrajamiento de la disciplina social y la celebración de actividades y festividades de fin de año, cumpleaños, motivos religiosos, entre otras.

Entre las causas relacionadas con la dimensión estatal sobresalen: violaciones del distanciamiento social; apertura de aeropuertos y eliminación de la pesquisa activa en la comunidad.

Entre las causas referidas de la situación actual, relativas a la dimensión social, predominaron respuestas que lo atribuyen a violaciones de las medidas de distanciamiento social (85,0 %), el resquebrajamiento de la disciplina social (80,2 %), celebración de festividades por diversos motivos (79,1 %), aglomeraciones públicas (79,1 %) y la baja percepción de riesgo individual y social (79,0 %).

Tabla 3 - Residuos corregidos y prueba *ji* cuadrado (dimensión estatal)

Variable 1	Variable 2	RC > 1,96	Ji cuadrado	SA(b) < 0,05
E4. Violación del distanciamiento social	Sexo= M	2,1	$\chi^2_1= 4,29$	0,038
E7. Baja eficacia de la acción policial y penal ...	Sexo= M	2,3	$\chi^2_1= 5,14$	0,023
E16. Relajamiento, cansancio o desgaste por prolongación del virus	Sexo= M	2,2	$\chi^2_1= 4,91$	0,027
	Edad= 26-30	2,7	$\chi^2_{10}= 14,5$	0,148
E1. Reapertura de hoteles, playas y centros turísticos	Edad= hasta 20 años	2,5	$\chi^2_{10}= 11,6$	0,307
E2. Incorrecta evaluación de los riesgos potenciales	Sexo=M	4,0	$\chi^2_1= 15,6$	0,000
	Desocupado	2,2	$\chi^2_4= 8,31$	0,081
E10. Demoras en el aislamiento de casos positivos...	Nivel= Pre	2,5	$\chi^2_4= 8,60$	0,035
	Ocupación= Desocupado	2,1	$\chi^2_4= 5,83$	0,212
E1. Reapertura de hoteles, playas y centros turísticos	Ocupación= Estudiante	2,3	$\chi^2_4= 5,74$	0,219
E8. Débil vigilancia y medidas de prevención en centros laborales	Municipio= Centro Habana	2,7	$\chi^2_{14}= 20,98$	0,102
E14. Desgaste del sistema de salud...	Municipio= Hab. Vieja	2,7	$\chi^2_{14}= 20,9$	0,015

RC= residuo corregido; SA (b)= significación asintótica (bilateral); RES= relación estadística significativa.

Según la tabla 3 existe significación estadística; el valor de los residuos corregidos es mayor que 1,96 y la significación asintótica bilateral inferior a 0,05 para los valores de las variables: sexo= masculino vs. E4, E7, E16 y E2; ocupación= estudiante vs. E1; desocupado vs. E2 y E10; edad= hasta 20 años y de 26-30 años vs. E16 y E1; municipio= Centro Habana y Habana Vieja vs. E8 y E14.

Según los resultados de la prueba *ji* cuadrado y con una significación asintótica (bilateral) inferior a 0,05 se aprecian relaciones estadísticas en las tablas de contingencia de las variables sexo vs. E2, E4, E7 y E16; nivel educativo vs. E10 (demoras en el aislamiento de los casos positivos) y municipio vs. E14 (desgaste del sistema de salud por la prolongada duración de la pandemia).

Tabla 4 - Residuos corregidos y pruebas *ji* cuadrado (dimensión social)

Variable 1	Variable 2	RC > 1,96	<i>Ji</i> cuadrado	SA(b) < 0,05
S3. Exceso de optimismo por bajas tasas de contagio, medicamentos, vacunas, protocolos...	Sexo= M	2,6	$\chi^2_{1=}$ 6,926	0,008
	Municipio= Plaza	2,7	$\chi^2_{14=}$ 14,558	0,409
S2. No cree que el uso de mascarilla, lavado de manos o distanciamiento social reduzca el contagio ...	Nivel=Pre	4,8	$\chi^2_{3=}$ 36,961	0,000
	Nivel= Secundaria	3,3		
	Ocupación= Ama casa	2,6	$\chi^2_{4=}$ 11,108	0,025
	Edad=+65	3,1	$\chi^2_{10=}$ 17,85	0,057
S12. Resistencia y negación a ingresar en centros de aislamiento	Nivel= Primaria	2,1	$\chi^2_{3=}$ 5,647	0,130
	Municipio= Plaza	2,7	$\chi^2_{14=}$ 17,998	0,207
S1. Exceso de confianza por disminución de casos positivos y baja mortalidad	Ocupación= Estudiante	2,1	$\chi^2_{4=}$ 5,767	0,217
S4. Aglomeraciones públicas	Ocupación= Ama casa	2,4	$\chi^2_{4=}$ 9,182	0,057
	Municipio= A. Naranjo	2,3	$\chi^2_{14=}$ 15,491	0,345
S6. Resquebrajamiento de la disciplina social	Edad= 60-65	2,4	$\chi^2_{10=}$ 11,487	0,321
S9. Falta de control familiar sobre menores y jóvenes	Edad= 36-40	2,1	$\chi^2_{10=}$ 6,729	0,751
S14. Circulación de falsas informaciones sobre el virus...	Edad= 51-55	2,9	$\chi^2_{10=}$ 16,579	0,084
S5. Baja de la percepción de riesgo individual y social	Municipio= San Miguel	2,1	$\chi^2_{14=}$ 16,557	0,281
S13. Pesimismo, desconfianza que la situación va mejorar.	Municipio= Regla	2,4	$\chi^2_{14=}$ 13,224	0,509

RC= residuo corregido; SA (b)= significación asintótica (bilateral); RES= relación estadística significativa.

En la tabla 4 se observa que existe una significación estadística en los valores de las celdas para los residuos corregidos mayores que 1,96 y significación asintótica bilateral inferior a 0,05 para las variables: sexo= masculino y municipio= Plaza vs. S3 (exceso de optimismo por bajas tasas de contagio, medicamentos, vacunas, protocolos...); nivel (primario o secundario), ocupación= ama de casa y edades mayores de 65 años vs. S2 (no cree que el uso del nasobuco, lavado de las manos o distanciamiento social reduzca contagio); nivel= primaria y municipio= Plaza vs. S12; ocupación= estudiante vs. causa 13; ocupación = ama de casa y municipio= Arroyo Naranjo vs. S4 (aglomeraciones públicas); municipio= San Miguel del Padrón vs. S5 y Regla vs. S3; edad= 60-65 vs. S6; edad= 36-40 años vs. S9 (falta de control familiar sobre menores y jóvenes) y edad= 51-55 vs. S14.

Las pruebas de *ji* cuadrado evidencian relaciones estadísticamente significativas, con una significación asintótica (bilateral) inferior a 0,05 entre las variables: sexo vs. S3 (exceso de optimismo por bajas tasas de contagio, medicamentos, vacunas, protocolos, sistema de salud...); nivel educativo, ocupación y edad vs. S2 (no cree que el uso del nasobuco, el lavado de las manos o distanciamiento social reduzca el contagio de la COVID-19); Ocupación vs. S4 (aglomeraciones públicas...).

El 43,5 % (13 411) de las respuestas a 14 de las 32 señaladas por los encuestados están relacionadas con la baja percepción de riesgo de la población habanera en el enfrentamiento a la pandemia.

Es de significar que 1 479 (73,5 %) de los encuestados le atribuye una alta importancia a la aparición de nuevas variantes y patrones de mutación del virus en el deterioro gradual de la situación epidemiológica de la pandemia en Cuba.

DISCUSIÓN

Más del 70 % de los encuestados le atribuye una alta importancia en el deterioro gradual de la situación epidemiológica de la pandemia en La Habana, a la baja percepción de riesgo individual y social, a la aparición de nuevas variantes y patrones de mutación del virus; causas que han contribuido al incremento de la tasa de contagios y los índices de mortalidad en los primeros 6 meses de 2021.

Cuba ha pasado por las 3 fases de enfrentamiento a la pandemia, con aumento de los casos por día y de los fallecimientos.⁽¹⁾ Los ciudadanos, luego de haber vivido todas estas etapas, tienen una percepción sobre las presentes causas o motivos del recrudecimiento de la situación epidemiológica en el país.

Las acciones de comunicación para afrontar una crisis de esta magnitud se inician con la percepción del riesgo y la adopción de medidas para reducir los riesgos.^(10,12,13) *Medina-Mínguez*⁽¹⁰⁾ cita a *Mitroff* y *Pearsons* y alega que, si las personas son capaces de percibir el riesgo en situaciones epidemiológicas como la tratada, pueden ser controladas de una manera más fácil. Si se aplica esta afirmación a la situación pandémica actual, no se podría iniciar la gestión de la crisis cuando se diagnostica el primer contagio, sino cuando se percibe el riesgo de que el contagio se produzca.⁽¹⁰⁾

Pañellas y otros,⁽¹⁴⁾ en una encuesta aplicada a 478 cubanos residentes en Cuba y el exterior, hace alusión a dimensiones de tipo social, pero también estatal, este último de vital importancia para la contención de la pandemia.

González y otros,⁽¹⁵⁾ en una encuesta aplicada a 242 residentes de un consejo popular del municipio de Manzanillo, de la provincia Granma, demuestran que la percepción de riesgo de la población es inadecuada, motivo expresado como causante del agravamiento de la situación pandémica de ese territorio.

El cierre operativo de la crisis pandémica se debe llevar a cabo, cuando no exista contagio alguno. En este momento los gobiernos deben adoptar políticas que garanticen este estatus. Es entonces cuando las epidemias derivan en otras crisis colaterales de tipo económico y social, que aumentan el desgaste de los gobiernos. Si no tienen prudencia pueden caer en improvisaciones que cobren la eficacia de una nueva gestión.⁽¹⁰⁾

Se aprecia, además, que 17 de las 32 posibles causas, están relacionadas con la dimensión estatal, en lo relativo a la acción o inacción estatal para enfrentar la pandemia.

Aunque en bajas proporciones hay otras percepciones interesantes por su connotación, más allá de las cifras.

- Se reconoce la propagación de informaciones falsas sobre la COVID-19 (134 personas).

- No creen que el uso de la mascarilla, el lavado de las manos o el distanciamiento social reduzca el contagio de la COVID-19 (203 personas).
- Perciben pesimismo y desconfianza en que se pueda vencer al virus (286 personas).
- Señalan la negativa y resistencia de contagiados a ingresar en los centros de aislamiento, para evitar que otras personas puedan contagiarse (366 personas).

Es de significar que las percepciones de la población sugieren determinados sesgos cognitivos de los participantes, al establecer valoraciones sobre argumentos espurios o poco fundamentados sobre la capacidad de reproducción y contagio de la COVID-19.⁽¹⁶⁾

Desde la percepción de la población se evidencia que no es posible atribuir la compleja situación epidemiológica que atraviesa La Habana, debido a la pandemia de la COVID-19, solamente a la consecuencia de la baja percepción de riesgo de la sociedad, ya que es un fenómeno multicausal en el cual subyacen numerosas causas atribuidas a la acción o inacción estatal y al comportamiento social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAP-Cuba. Sitio Oficial del Ministerio de Salud Pública- Categoría COVID-19. La Habana: Ministerio de Salud Pública- Cuba; 2021 [actualizado: 11/07/2021; acceso: 10/07/2021]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/category/COVID-19/>
2. Castellanos V. Estudio de la opinión pública acerca de la crisis del coronavirus: opiniones recogidas entre el 13 y el 15 de marzo de 2020. España: IPSOS, Global Wave 4; 2020. [acceso: 10/07/2021]. Disponible en: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-03/estudio_de_la_opinion_publica_sobre_la_crisis_del_coronavirus.pdf
3. Cuadra-Martínez D, Castro-Carrasco PJ, Sandoval-Díaz J, Pérez-Zapata D, Mora Dabancens D. COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. Rev Méd Chile. 2020 [acceso: 10/07/2021]; 148(8): [aprox. 16 pp.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000801139&script=sci_arttext

4. Stanojlovic M. Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*. 2015 [acceso: 11/07/2021]; 5(1): [aprox. 12 pp.] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5353616>
5. Slovic P, Peters E. Risk perception and affect. *Current directions in psychological science*. 2006 [acceso: 11/07/2021]; 15(6): [aprox. 4 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>
6. Pell del Río SM, Valdés Santiago D, Gil Rodríguez AL, Amador Romero FJ, Cairo Pell KS, Paneque Quevedo AA, et al. Percepción de riesgo durante el confinamiento por COVID-19 en una muestra cubana: resultados preliminares. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2021 [acceso: 11/07/2021]; 11(1): [aprox. 9 pp.]. Disponible en: <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/912>
7. Casales JC. Percepción de riesgo durante la COVID-19: una mirada desde la psicología social. *Revista Cubana de Psicología*. 2020 [acceso: 10/07/2021]; 2(2): [aprox. 9 pp.] Disponible en: <http://www.psicocuba.uh.cu/index.php/PsicoCuba/article/view/24>
8. Chauvin B, Hermand D, Mullet E. New Age Beliefs and Societal Risk Perception 1. *Journal of Applied Social Psychology*. 2008 [acceso: 11/07/2021]; 38(8): 2056-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2008.00380.x>
9. Matute Greño HM. Nuestra mente nos engaña: sesgos y errores cognitivos que todos cometemos. Shackleton books S.L.; 2019.
10. Medina Mínguez R. COVID-19: La no percepción del riesgo. *Más Poder Local*. 2020 [acceso: 11/08/2021]; (41): 34-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7407219.pdf>
11. Chaple-Gil AM, Herrera-Maso R. Base de datos- Población y percepción de riesgo y causas de la situación de la Pandemia de la COVID-19 en La Habana, Cuba. [Dataset] 2021. Zenodo. Disponible en: <http://doi.org/10.5281/zenodo.5039407>
12. Abbasi-Kangevari M, Kolahi AA, Ghamari SH, Hassanian-Moghaddam H. Public knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 in Iran: Questionnaire study. *JMIR Publ Heal Surveil*. 2021 [acceso: 11/08/2021]; 7(2): [aprox. 14 pp.]. Disponible en:

<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85101865180&doi=10.2196%2f21415&partnerID=40&md5=cf9e4a1b478d04235e31b52007fc1fe0>

13. Elharake JA, Shafiq M, McFadden SM, Malik AA, Omer SB. The Association of COVID-19 Risk Perception, County Death Rates, and Voluntary Health Behaviors among U.S. Adult Population. *J Infect Dis.* 2021; 2021: jiab131. DOI: 10.1093/infdis/jiab131

14. Pañellas Álvarez D, Arango Rodríguez L, Díaz Álvarez C, Capote Santana NT. COVID 19: Percepciones de cubanos residentes en Cuba y en el exterior. *Revista Novedades en Población.* 2020 [acceso: 10/07/2021]; 16(32): [aprox. 24 pp.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782020000200407

15. González Gacel JF, Soler Sánchez YM, Pérez Rosabal E, González Sábado RI, Pons Delgado SV. Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo. *Multimed.* 2021 [acceso: 10/07/2021]; 25(1): [aprox. 12 pp.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000100003

16. Moreno Proaño G. Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica.* 2020 [acceso: 07/07/2021]; 9(2):251-5. Disponible en:

<http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/314>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Esta investigación no contó con el apoyo financiero de ninguna institución; se desarrolló con los recursos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Juan Rubén Herrera-Masó y Alain M. Chaple-Gil.*

Curación de datos: *Ernesto Boris Rodríguez-Ledesma, Luisa Hernández-Alarcón, Carlos L. Pérez-Hernández, Gisselle Fernández-Peña, Nidia Márquez-Morales.*

Análisis formal: *Juan Rubén Herrera-Masó y Alain M. Chaple-Gil.*

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Investigación: *Ernesto Boris Rodríguez-Ledesma, Luisa Hernández-Alarcón, Carlos L. Pérez-Hernández, Gisselle Fernández-Peña, Nidia Márquez-Morales.*

Metodología: *Juan Rubén Herrera-Masó, Alain M. Chaple-Gil.*

Administración del proyecto: *Juan Rubén Herrera-Masó y Alain M. Chaple-Gil.*

Validación: *Juan Rubén Herrera-Masó y Alain M. Chaple-Gil.*

Visualización: *Juan Rubén Herrera-Masó y Alain M. Chaple-Gil.*

Redacción – borrador original: *Juan Rubén Herrera-Masó, Alain M. Chaple-Gil, Ernesto Boris Rodríguez-Ledesma, Luisa Hernández-Alarcón, Carlos L. Pérez-Hernández, Gisselle Fernández-Peña, Nidia Márquez-Morales.*

Redacción – revisión y edición: *Juan Rubén Herrera-Masó, Alain M. Chaple-Gil, Ernesto Boris Rodríguez-Ledesma, Luisa Hernández-Alarcón, Carlos L. Pérez-Hernández, Gisselle Fernández-Peña, Nidia Márquez-Morales.*