

## **Percepción de riesgo de contagio del COVID-19 en personal de salud**

Fiorella Perez Mogrovejo, Juana Villaseca Cruz, Pierina Cubillas Espinoza,  
Fiorella Rivera Cruzatt y Eli Malvaceda-Espinoza  
*Universidad San Ignacio de Loyola, Perú*

---

Se buscó analizar la percepción de riesgo de contagio de COVID-19 en personal de salud en Lima y Callao. Se siguió un enfoque cualitativo con un diseño de análisis temático reflexivo. Se entrevistó a 15 participantes. Se encontró que la percepción del riesgo de contagio giró en torno a los conocimientos previos, el estado emocional pasó del miedo a la calma. Asimismo, la percepción fue afectada por la influencia sociocultural, tanto del ambiente laboral, institucional, relacional, las creencias y la vocación de servicio; así como por las experiencias personales, que comprenden las situaciones de riesgo y carga emocional negativa. Se concluye que, la percepción de riesgo se centra en los conocimientos y emociones, relacionados a aspectos sociales, culturales e individuales.


*Palabras clave:* evaluación del riesgo, percepción, personal de salud, COVID-19

### **Perception of risk of contagion of COVID-19 in health personnel**


The aim of this study was to analyze the perceived risk of COVID-19 infection among health personnel in Lima and Callao. We followed a qualitative approach with a reflexive thematic analysis design. Fifteen participants were interviewed. It was found that the perception of the risk of infection revolved around previous knowledge, the emotional state went from fear to calm. Likewise, the perception was affected by the sociocultural influence of the work environment, institutional, relational, beliefs and service vocation; as well as by personal experiences, which include risk situations and negative emotional charge. It is concluded that the perception of risk is centered on knowledge and emotions, related to social, cultural, and individual aspects.

*Keywords:* risk assessment, perception, health personnel, COVID-19

Fiorella Pérez Mogrovejo  <https://orcid.org/0000-0002-4231-7124>

Juana Villaseca Cruz  <https://orcid.org/0000-0003-2576-136X>

Pierina Cubillas Espinoza  <https://orcid.org/0000-0002-9661-1062>

Fiorella Rivera Cruzatt  <https://orcid.org/0000-0002-3507-956X>

Eli Malvaceda-Espinoza  <https://orcid.org/0000-0001-9506-4741>

Toda la correspondencia correspondiente a este artículo debe ser dirigida a la Dr. Eli Malvaceda-Espinoza. Av. La Fontana 550, La Molina 15024, Lima Perú. Email: emalvaceda@usil.edu.pe



### **Percepção do risco de contágio da COVID-19 em profissionais de saúde**

O objetivo era analisar o risco percebido de infecção por COVID-19 entre o pessoal de saúde em Lima e Callao. Seguimos uma abordagem qualitativa com um projeto de análise temática reflexiva. Quinze participantes foram entrevistados. Constatou-se que a percepção do risco de infecção girava em torno do conhecimento prévio, o estado emocional passou do medo para a calma. A percepção também foi afetada por influências socioculturais, como ambiente de trabalho, institucional, relacional, crenças e vocação de serviço, assim como experiências pessoais, incluindo situações de risco e carga emocional negativa. Conclui-se que a percepção de risco está centrada no conhecimento e nas emoções, relacionadas aos aspectos sociais, culturais e individuais.

*Palavras-chave:* avaliação de risco, percepção, pessoal de saúde, COVID-19

### **Perception du risque de contagion du COVID-19 chez le personnel de santé**

L'objectif était d'analyser la perception du risque d'infection par le COVID-19 parmi le personnel de santé à Lima et Callao. Nous avons suivi une approche qualitative avec une analyse thématique réflexive. Quinze participants ont été interrogés. Il a été constaté que la perception du risque d'infection tournait autour des connaissances préalables, l'état émotionnel passant de la peur au calme. La perception a également été influencée par des facteurs socioculturels, tels que l'environnement de travail, les institutions, les relations, les croyances et la vocation de service, ainsi que les expériences personnelles, qui comprennent les situations à risque et la charge émotionnelle négative. Il est conclu que la perception des risques est centrée sur les connaissances et les émotions, liées à des aspects sociaux, culturels et individuels.

*Mots-clés:* évaluation des risques, perception, personnel de santé, COVID-19

---

A fines de 2019 se propagó el SRAS-CoV-2 ocasionando un gran número de decesos alrededor del mundo (World Health Organization [WHO], 2023a); en ese sentido, a junio de 2023, más de 6 millones de personas fallecieron, mientras que se reportaron 768 millones de casos confirmados de coronavirus (WHO, 2023b). De manera que, también se incrementó la demanda hospitalaria (Pan American Health Organization [PAHO] 2021). Frente a esta situación, el personal de salud se consolidó como la primera línea de defensa; no obstante, presentaron un desgaste físico y mental, debido a la sobrecarga laboral, la falta de recursos materiales y humanos, ello añadido al contagio y deceso de conocidos y familiares, lo que los llevó a una mayor exposición de sufrir síndromes psicológicos y físicos, generando un mayor riesgo al contagio (Das et al., 2021; Gorini et al., 2020; Saltos et al., 2022).

En Estados Unidos y México, uno de cada siete casos de contagios pertenece a los trabajadores de salud (PAHO, 2020). Mientras que en Perú, el contagio es más común entre el personal técnico y de enfermería (80%), en comparación a los residentes (70%) y el personal médico asistencial (50%) (Vera, 2021). Al respecto, el personal de enfermería presentó una mayor sensación de riesgo de contagio, a diferencia de otros profesionales de la salud (Simione & Gnagnarella, 2020; Puci et al., 2020). Asimismo, el temor al contagio no solo se contempló en los trabajadores, sino en las personas de su entorno como familia y amistades (Blanco-Donoso et al., 2021). Lo anterior, motivó al personal de salud a tomar medidas preventivas en el hogar, tales como el autoaislamiento o usar los equipos de protección, lo cual evitaba el contacto físico (Shahzad et al., 2020).

Al respecto, Perú atravesó diversas olas de contagio, siendo la primera entre julio y septiembre de 2020 una de las más letales (WHO, 2023b). Dicha situación afectó el riesgo percibido, lo cual acentuó diversas afecciones en la salud mental del personal, llegado a presentar

síntomas de ansiedad, depresión, estrés y temor a contraer el virus (Martín & Pacheco, 2021), así como insomnio, estrés postraumático, burnout, incluso fatiga por compasión (Lai et al., 2020; Kang et al., 2020; Rossi et al., 2020). En consecuencia, tanto el sistema de salud como los mismos profesionales sufrieron un colapso (Moya-Salazar et al., 2022), experimentando un sentimiento de insuficiencia a nivel profesional y emocional, pese a los conocimientos teóricos y prácticos que poseían (Danet, 2021). Por lo mencionado, resulta importante comprender la percepción de riesgo de contagio, la cual está sujeta al contexto social y cultural de las personas al condicionar un comportamiento preventivo (Matar-Khalil et al., 2021).

La percepción de riesgo se define como un proceso cognitivo conductual que se desarrolla en el plano subjetivo, siendo un reflejo general de un objeto o fenómeno de la realidad que hace consciente la amenaza que este genera para el individuo (García, 2021). Dicha percepción comprende componentes cognitivos, emocionales, socioculturales y experienciales (Dryhurst et al., 2020; Savadori & Lauriola, 2021). Los aspectos cognitivos hacen referencia a todo lo que el sujeto conoce y comprende respecto al riesgo al que se encuentra expuesto; en este caso, el conocimiento de la enfermedad, dicho conocimiento proviene en parte de la información que se encuentra en el medio social del individuo (Dryhurst et al., 2020; Zhong et al., 2021), cabe mencionar que una información negativa o difusa incrementa la percepción del riesgo (Yildirim & Güler, 2022; Mora-Rodríguez & Melero-López, 2021).

En cuanto a los aspectos emocionales, estos se refieren al sentir de la persona respecto a la probabilidad del riesgo para padecer coronavirus, siendo una amenaza para su bienestar mental (Plascencia & Castellanos, 2023). Cuando los juicios cognitivos y afectivos divergen, las reacciones afectivas son más dominantes en el proceso (Van der Linden, 2017). Al respecto, Uribe et al. (2020) indicaron que las emociones desempeñan un papel fundamental en la capacidad de adaptación de las personas ante los cambios en su entorno; en este sentido, el miedo puede influir en las acciones preventivas que toman. En esta línea, Tomás-Cardoso et al. (2022) indicaron que el personal de salud

que se ciñó a los protocolos establecidos en su centro de trabajo y los percibió como insuficientes, presentó escasez de recursos personales para el afrontamiento de la situación, desarrollando trastornos como ansiedad y depresión, conduciendo a un aumento de la percepción de riesgo y la falta de control de este.

En cuanto al aspecto sociocultural, este busca comprender cómo las estructuras culturales y sociales interactúan con el análisis técnico del riesgo que hacen las personas, lo cual termina influyendo en su percepción y respuesta al riesgo. En este punto confluyen los factores intrínsecos (valores, actitudes positivas o negativas, creencias y conocimientos) y extrínsecos (condiciones socioambientales, políticas, económicas e institucionales) (Paek & Hove, 2017). Al respecto, en aquel personal de salud que estuvo en contacto físico con los pacientes con COVID-19, donde no existían los suficientes equipos de protección de seguridad, se incrementó su percepción de riesgo por factores extrínsecos (Quiñones-Laveriano et al., 2022). Sin embargo, la percepción del riesgo disminuyó cuando se hizo mayor la creencia de que al conocer las medidas de protección, el riesgo disminuiría (Gomez et al., 2022).

Finalmente, la experiencia del personal de salud influye en la relación entre el nivel afectivo y los juicios de riesgo, ello dependiendo de los pensamientos acerca del impacto negativo del virus, de manera que, de acuerdo con la interpretación de la experiencia con el virus, habrá una mayor o menor percepción de riesgo (Dryhurst et al., 2020; Van der Linden, 2017). Así, el personal de salud que atendió de manera directa a pacientes con COVID-19 experimentó altas cargas emocionales como angustia, incluso síntomas de depresión, ya sea porque estuvieron involucrados en el tratamiento de la enfermedad o ante el deceso de los pacientes, dicha exposición les generó una mayor percepción de riesgo (Quiñones-Laveriano et al., 2022).

A pesar de la importancia de la percepción del riesgo en el personal de salud en el contexto de pandemia, aún existen escasos estudios cualitativos que busquen conocer en profundidad dicha percepción, particularmente en los ámbitos cognitivo, emocional y en las prácticas ante el riesgo de contagio del COVID-19 en personal de salud del Perú.

De ahí es que la problemática a estudiar exija un abordaje que permita conocer en profundidad este fenómeno. Ante ello, la presente investigación plantea analizar la percepción de riesgo de contagio del COVID-19 en personal de salud de primera línea en Lima y Callao.

## **Metodología**

### ***Diseño***

Se realizó una investigación cualitativa de diseño de análisis temático reflexivo (Braun & Clarke, 2022), el cual permite identificar los temas más relevantes, expresados por los participantes a través de códigos y categorías identificados en sus narrativas.

### ***Participantes***

Se contó con la participación de 15 profesionales de la salud que estuvieron en primera línea de atención frente al COVID-19, en diferentes centros hospitalarios de Lima y Callao. Se utilizó una estrategia de muestreo intencional (Robinson, 2014) porque se buscó una mayor homogeneidad entre los participantes. Se consideró como criterios de inclusión, a participantes con residencia en Lima y Callao, que ejerzan como médicos/as o enfermeros/as que hayan atendido a pacientes con COVID-19 directamente durante un periodo mínimo de 15 días. Asimismo, se excluyó a aquellos que se encuentren con alguna enfermedad aguda al momento de las entrevistas. El acceso a los participantes se dio a través del muestreo referenciado (Robinson, 2014).

En cuanto a las características de los participantes, se contó con ocho hombres y siete mujeres. Sus edades fluctúan entre los 25 y 58 años (promedio de 36.5). Nueve son personales de enfermería y seis de medicina. Siete tienen hijos y el restante, no. En cuanto a residencia, nueve viven en Lima y seis en el Callao. Así también, seis de los participantes se contagiaron de COVID-19, dos no brindaron dicha información y el restante, indicó que no se había contagiado. Asimismo,

diez personas sufrieron la pérdida o contagio de personas cercanas, tres de ellos no manifestaron dicha información y solo dos participantes no atravesaron por la situación de contagio de personas cercanas (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Caracterización de los participantes*

Seudónimo	Sexo	Edad	Profesión	Hijos	Lugar de residencia	Contagiados	Contagio de personas cercanas
Alberto	M	38	Enfermero	Sí	Lima	Sí	Sí
Gianlu	F	37	Enfermera	No	Lima	No	Sí
Pablo	M	48	Enfermero	Sí	Lima	No precisa	No precisa
Luz	F	25	Enfermera	No	Lima	No precisa	Sí
Guerrera	F	42	Enfermera	Sí	Lima	Sí	Sí
Carlos	M	23	Médico	No	Lima	No	Sí
Lara	F	33	Médica	No	Callao	No	No precisa
Bianca	F	58	Enfermera	Sí	Lima	Sí	No
Franco	M	26	Enfermero	No	Lima	Sí	No
Mateo	M	30	Médico	No	Callao	No	Sí
Lucas	M	43	Médico	No	Callao	No	Sí
Alonso	M	32	Médico	Sí	Callao	Sí	No precisa
Gabriel	M	28	Médico	No	Lima	No	Sí
Carmen	F	39	Enfermera	Sí	Callao	Sí	Sí
Lucía	F	46	Enfermera	Sí	Callao	No	Sí

***Técnicas de recojo de información***

Se utilizó la entrevista en profundidad semiestructurada (Brinkmann, 2013). La guía de entrevista fue construida a partir de una matriz de categorización basada en los planteamientos de Dryhurst et al. (2020) y Van der Linden (2017). Para evaluar la rigurosidad se auditó a través de jueces expertos, especialistas en el tema en cuestión.

Asimismo, se realizó la entrevista piloto para evaluar la flexibilidad de las preguntas, con base en ello, se realizó los ajustes correspondientes a las preguntas, omitiendo preguntas redundantes y no afines al objetivo (Tabla 2). En el desarrollo de las entrevistas, se tomó nota del lenguaje no verbal.

**Tabla 2**

*Tópicos y Preguntas orientadoras*

Tópicos	Preguntas
Aspectos cognitivos	¿Qué conoce sobre las formas de contagio del COVID-19?, De las mencionadas, ¿Cuáles serían las que identifica en su centro de trabajo? ¿Cómo percibe usted el riesgo de contagio en su centro de labores? ¿Cuál considera que es el riesgo al que se expone con el contagio?
Aspectos emocionales	¿Cómo se sintió durante su primera experiencia asistiendo a pacientes COVID-19? ¿Este sentimiento ha cambiado en la actualidad? ¿Qué sentimientos le genera el pensar que puede llegar a contagiarse de COVID-19 por ejercer su labor? ¿Qué siente cuando se expone a los pacientes sin un adecuado equipo de protección?
Aspectos socioculturales	¿Qué comportamientos desarrolló durante su trabajo frente al riesgo de contagio? ¿Cree que sus compañeros de trabajo cumplen con las medidas de seguridad frente al COVID-19? ¿Qué piensas en relación a ello? ¿Qué piensa respecto a las medidas impuestas en el sector salud, desde el gobierno durante la pandemia?
Experiencia personal	¿De qué manera el constante contacto directo con pacientes contagiados, ha afectado su vida diaria ¿Qué sentimientos le genera el que algún familiar o compañero se haya o esté o esté contagiado de COVID-19?



### ***Procedimiento***

Se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Escuela de Postgrado de la Universidad Privada Unión [2022- CE-EPG-0000124]. Mediante un personal de salud que se desempeñó como informante clave, se contactó a los potenciales participantes que cumplieran con los criterios establecidos, se les explicó el objetivo del estudio, así como las actividades a realizar después de aceptar la invitación al estudio. Posterior a la confirmación de su participación, se coordinó la realización de la entrevista. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera virtual a través de una plataforma de videollamadas. Antes de iniciar con las mismas, se les solicitó la aceptación verbal del consentimiento informado. Luego de ello, se dio inicio a la entrevista, donde se le solicitó a la persona que se ubique en un lugar de preferencia de su hogar. Por otro lado, se realizó la sesión de manera individual con cada uno de los participantes. Cada entrevista duró aproximadamente 50 minutos y fueron desarrolladas por las autoras de este estudio. No se realizó pago alguno por la participación en las entrevistas. Asimismo, se utilizaron seudónimos brindados por los mismos participantes. Por último, las entrevistas fueron grabadas y transcritas de manera literal. Cabe mencionar que todas las transcripciones de las entrevistas fueron devueltas a los participantes, a fin de que puedan verificar su contenido y brindar comentarios de ser necesario. Las entrevistas fueron realizadas entre mayo y junio de 2021.

### ***Análisis de información***

Se efectuó un análisis temático reflexivo (Braun & Clarke, 2022). En primer lugar, se realizó la familiarización con la información, para lo cual se leyeron y generaron citas de las transcripciones, considerando como citas a todas aquellas secciones de texto que responden al objetivo de investigación. Posteriormente, se realizó la codificación temática de las citas, así se asignaron códigos que representan conceptualmente el contenido de las narrativas; este proceso se inscribe en el primer ciclo de codificación (Saldaña, 2013). Posteriormente, se realizó

la generación, revisión y definición de temas, lo cual va de la mano con el segundo ciclo de codificación. En este momento se redujeron los códigos generados inicialmente (a través del método comparativo constante) y se organizaron en un mapa semántico. Finalmente, se realizó la redacción del informe, en el cual se describió la información analizada. El análisis fue realizado por los miembros del equipo de investigación, asimismo, todo desacuerdo en la codificación se solucionó a partir del consenso entre codificadores, donde a partir de una discusión interna se llegó a un acuerdo. Para el análisis, se utilizó como apoyo el Software ATLAS.ti 22.

Para brindar una mayor rigurosidad al análisis, se siguieron las tácticas de generación de significado (Miles et al., 2014), tales como la búsqueda de patrones (representatividad) que permitió evidenciar la distribución de los códigos en las entrevistas, considerando representativos a aquellos presentes en todos los documentos. Se consideró además el conteo de códigos, el cual evidencia el número de veces que estos aparecen en las entrevistas, así se consideraron frecuentes a aquellos mayores o iguales al promedio de la suma de los totales de los códigos. Finalmente, la factorización (densidad) que evidencia el poder explicativo del código a través de sus relaciones, en tal sentido, se consideró densos a aquellos códigos que cuentan con un número de vinculaciones mayores o iguales al promedio de vinculaciones totales.

Se siguieron los criterios de rigurosidad, tales como la credibilidad al realizar la devolución de las transcripciones y resultados a los participantes para que puedan brindar la conformidad de las mismas, cabe mencionar que no hubieron desacuerdos, por lo cual no fue necesario complementar el reporte final. Asimismo, la dependencia al realizar el consenso en la codificación por parte de los investigadores. Por otro lado, al realizar el análisis con el uso de un programa especializado en análisis cualitativo, se puede verificar todo el proceso realizado, con lo cual se responde al criterio de conformabilidad (Mertens, 2015). Finalmente, se siguió el criterio de auditoría en cuanto a la revisión que se llevó a cabo del instrumento para el recojo de información (Kei, 2018).

## Resultados

De acuerdo con el análisis se puede señalar cinco temáticas de relevancia en torno a la percepción de riesgo de contagio del COVID-19 en personal de salud de primera línea. Estos son los conocimientos, el estado emocional ante el riesgo de contagio, las prácticas de cuidado, las experiencias personales y la influencia sociocultural (Figura 1).

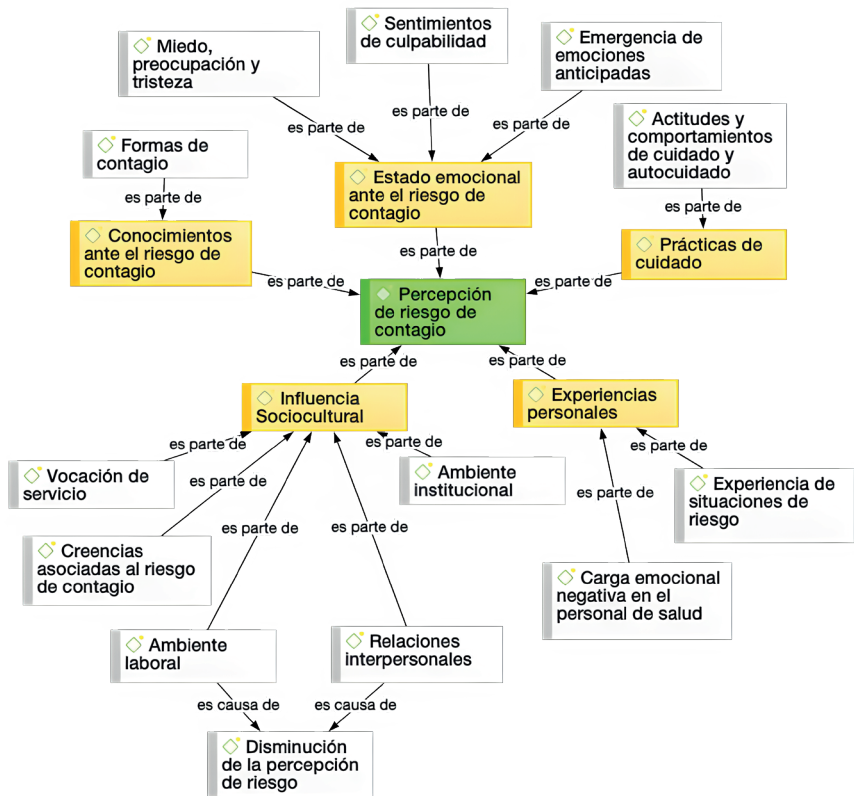


Figura 1. Mapa semántico

### ***Conocimientos ante el riesgo de contagio***

Los conocimientos teóricos y técnicos acerca del COVID-19 permiten rastrear la percepción de riesgo de contagio; en ese sentido, durante la primera ola de pandemia, surgió una etapa de incertidumbre, donde el personal de salud experimentó sensaciones de inquietud a causa del desconocimiento del virus (formas de contagio de la enfermedad y tratamiento de los pacientes), lo cual los condujo a percibir un alto riesgo de contagio.

En primera instancia cuando los empecé a atender, pues bueno, sí era complicado porque no había bastante información referente a cómo era el proceso de contagio viral, no sabía si inmediatamente me podría contagiar o si nada más podía ser el huésped y transmitir el virus. (Franco, 26 años, enfermero).

Sin embargo, tras recibir las capacitaciones externas y autodidactas, sumado a la experiencia adquirida a través de la asistencia a pacientes o la de sus colegas, poseen un mejor manejo de su percepción de riesgo de contagio, mediante el reconocimiento de formas de contagio por parte del personal de salud: la directa, que refiere a acciones realizadas por el profesional (contacto directo con un objeto contaminante o el mal uso de equipos de protección personal), de otro lado, la indirecta, que hace referencia a cuando el contagio se origina a partir de factores externos al profesional (colegas contagiados que al no hacer un uso correcto del protocolo de seguridad, contagian a los demás, o las insuficientes medidas de bioseguridad en el centro de labores).

Hay colegas que ante el mínimo error de cogerse mal la cara, la boca al sacarse los EPP (Equipos de Protección Personal) y no haberse lavado las manos con jabón, se han contagiado. [...] han sido colegas que se han contagiado en casa y han llevado al trabajo y a la hora del refrigerio no guardaban a distancia que se dice que también se debía de guardar, [...] y a veces las reuniones sin guardar la distancia, al conversar y reír. (Gianlu, 37 años, enfermera).

De acuerdo con el análisis, se puede observar que luego de una etapa de incertidumbre, el personal de salud adquiere gradualmente conocimientos

teóricos y técnicos al respecto de la enfermedad. Asimismo, identifican formas de contagio directas e indirectas, dentro de su espacio de trabajo. Este conocimiento les ayuda a aminorar su percepción de riesgo.

### ***Estado emocional ante el riesgo de contagio***

Este estado hace referencia a las emociones que el equipo de salud experimenta frente al COVID-19; de esa manera, durante la primera ola, manifestaron miedo, preocupación y tristeza, a causa del desconocimiento de un posible contagio.

Al inicio empezamos con mucho temor, [...] la primera reacción que tuve fue miedo, el temor de que si me contagio podría morir, porque eso era lo que se reflejaba en ese momento ¿no?, [...] como personal de salud me sentí con mucho miedo. (Guerrera, 42 años, enfermera)

Así, los profesionales de salud vivenciaron un desgaste emocional, estas emociones estuvieron presentes durante su jornada laboral y en sus hogares, al pensar que contagiaron a sus familiares: “salía más cansado psicológica o mentalmente que a veces de lo físico, y eso a veces uno llegaba a casa y era terrible porque uno tenía miedo de que alguien de la familia le pasará eso”. (Pablo, 48 años, Enfermero). Otra situación contemplada fue el temor por el riesgo de contagio a sus familiares y posterior desarrollo de la enfermedad en el personal de salud. Esta situación conllevó a sentimientos de culpabilidad debido a las consecuencias de ejercer su labor: “más que todo mi temor es por la gente que me rodea, porque puede ser que tú el que se contagia, pero aun así vives con esas personas y las puedes contagiar [...] ahí está el verdadero temor”. (Luz, 25 años, Enfermera).

Tales situaciones les generaron la emergencia de emociones anticipadas (temor, miedo y tristeza), que surgen ante la previsión de ciertos eventos futuros en el contexto de riesgo de contagio.

Me sentiría, no triste por lo que realizo, sino más con miedo por lo que se vendría más adelante, porque no sé cómo puede proceder la enfermedad [...] puede ser leve en otra persona y puede presentarse muy grave ¿no?. (Carlos, 23 años, Médico).

Posteriormente, los participantes indican que con el descubrimiento de las vacunas y ante un posible segundo contagio, el cual perciben como menos peligroso, ya no sentían tanto temor al contagio y aplicarían la información adquirida para hacerle frente. “Ese temor de volver a contagiarme ya se me quitó ¿no? ya cuando me expuse al trabajo y me puse la vacuna ya no sentí ese mismo riesgo y temor”. (Alberto, 38 años, Enfermero).

Cabe resaltar una diferencia entre el personal de enfermería y el médico, siendo este último quién refirió una menor intensidad de las emociones. Asimismo, se halló diferencias en cuanto a personal perteneciente al rango etario de 20 a 30, quien refirió no sentir un alto temor al contagio, a diferencia de quienes pertenecen a un rango de 35 en adelante.

### ***Prácticas de cuidado***

La percepción de riesgo de contagio trajo consigo la generación de prácticas actitudinales y conductuales en el personal de salud. Así, en un primer momento donde prevaleció una elevada percepción de riesgo de contagio, se generaron actitudes y comportamientos de cuidado y autocuidado, donde el personal de salud buscó seguir los protocolos de atención en forma rigurosa (uso de EPP y mascarillas) alejarse de los pacientes, sobreprotegerse y aislarse de su familia para evitar contagiarlos.

La mayoría de los profesionales de salud que se encuentran a cargo de pacientes COVID se limitan un poco en ese sentido, porque solamente con el hecho de que él [el paciente] pueda estar infectado en el mismo hospital o la misma clínica, te da ese sentimiento de miedo, de que puedes estar contagiado y que estás en riesgo. (Carlos, 23 años, médico).

Posteriormente, al adquirir una mayor experiencia en la atención de pacientes, y a raíz de la aplicación de las vacunas, se evidenció un cambio de actitud, así el personal de salud se tornó más cercano y afectivo al paciente, sin descuidar su autocuidado y el cuidado hacia su

familia. Al respecto refieren sentir una mayor seguridad para su atención y también una menor percepción de riesgo.

Ahora, tenemos más seguridad, hemos adquirido más habilidad en cuanto a cómo atenderlos más rápido y tener menos contacto, y también en ver la parte emocional de los pacientes. Al inicio nuestro temor era el estar más tiempo con ellos. En cambio ahora, en estos últimos meses, conversamos, tratamos de darle más ánimo al paciente, tratamos de que se comunique con su familia, como el celular no está permitido, a veces se le ha prestado celular, o por carritas. Nuestra atención ha cambiado a diferencia del inicio, y es por la seguridad que sentimos ahora. (Lucía, 46 años, Enfermera).

### ***Experiencias personales***

Este aspecto hace referencia a las vivencias de riesgo de contagio de COVID-19 que el personal de salud experimentó, lo cual influyó en su percepción de riesgo de contagio. Al respecto, el personal experimentó situaciones de riesgo, que le generó a posteriori una mayor percepción de riesgo, ya sea por un inadecuado manejo o cuidado de los pacientes, o la falta de cuidados del personal de salud a su alrededor.

El primer paciente que atendí fue un paciente varón, aproximadamente de 80 años, ingresó con dificultad respiratoria y esa tos excesiva, esa tos que caracteriza a esta enfermedad [...] yo tenía mi máscara [...], y el señor no llevaba nada, yo sentía que al toser botaría las gotitas de saliva y me contagie, era bastante mi temor, miedo. [...], respiré hondo y lloré de la impotencia viendo a la paciente. ¿Y el riesgo?, ahí mismo se me pasó el riesgo ‘Si me contagio ¿Qué va a ser de mí?’, porque yo vivo con mi mamá que es vulnerable, mi hermana también. (Lucía, 46 años, Enfermera).

Ligado a lo anterior, las experiencias de manejo de situaciones de riesgo en aquellos casos de pacientes con resultados fatales, o con un dificultoso proceso de recuperación, generó una carga emocional negativa en el personal de salud. Dicha carga estresante se relaciona con los sentimientos de frustración, impotencia, y tristeza por parte del personal, lo cual incrementó su percepción de riesgo de contagio.

[...] Lamentablemente a mí me tocó atender el primer caso fallecido, y fue pues un trauma, ¿qué te digo? me marcó mucho porque, sobre todo, la impotencia que como personal de salud rescatando que nuestra profesión es un servicio de vocación de atender a las personas que de ti necesitan, y bueno, perseverar la salud, y ver a la persona pues que se muere delante de ti y que tú no puedes hacer nada frente a eso, es algo que te frustra, [...] llega un momento pues que definitivamente te pones a pensar ¿no?, a analizar, son personas que van en busca de ayuda, [...] y te piden que no lo dejes morir, o sea toda esa situación, es [...] desde un estrés[...] hasta una depresión. (Carmen, 39 años, enfermera).

Lo chocante es que te sentías impotente, porque tú al ver un paciente que se pone mal, tú tienes que actuar, ya sabes lo que tienes que hacer para que el paciente se recupere, pero lamentablemente acá tú recién iniciaban a comprender las necesidades para el paciente, pero se moría y venía otro, se moriría, venía otro más y se moría sin siquiera haber sido atendidos, llegaba a la camilla y moría. Era bastante chocante, más era la impotencia de no poder hacer lo posible para que se recupere y no poder salvarlo porque todo ya se llenaba y llegaban ya cadáveres. (Bianca, 58 años, Enfermera).

### ***Influencia sociocultural***

De acuerdo a lo mencionado por los participantes, el contexto social y cultural en el cual se encuentran afecta su percepción de riesgo de contagio. En el ambiente laboral, se reconoció que, en su mayoría, las medidas adoptadas por el gobierno en el sector salud (protocolo de acción, capacitaciones al personal de salud, elementos de bioseguridad, infraestructura) no fueron suficientes para garantizar un entorno laboral que aminorara el riesgo de contagio: “Acá en el servicio nos pidieron hacer flujogramas para poder atender pacientes COVID, pero [¿Qué pasa] si no tenemos la infraestructura para separar áreas para que entre solo paciente COVID y por otro solo entre el paciente no COVID?”. (Lara, 33 años, Médica).

En línea con lo anterior, los participantes indicaron el gobierno tomó medidas de protección para el personal de salud de primera línea,



evidencia de ello es que priorizó la vacunación del personal de salud, esto último contribuyó a la disminución de la percepción de riesgo en dicho personal. “Pero me siento más aliviada ahora que estoy vacunada, con la vacuna que he recibido como que ya el miedo es un poquito menos”. (Lucía, 46 años, Enfermera)

Por otro lado, se encuentra la influencia del ambiente institucional en el cual desempeñan sus actividades, aquí se diferencian las entidades de salud públicas (hospitales) y privadas (clínicas), siendo esta última percibida como prestadora de una mayor seguridad laboral al brindar y renovar equipos de protección de forma constante, lo cual contribuyó a que el personal de salud de este sector percibiese un menor riesgo de contagio.

En el caso de un hospital de Minsa y Essalud [Públicos], realmente al principio te podrían dar un equipo por semana o cada 15 días y eso era lo que tenías que volverte a poner o te comprabas [...]. En un centro privado sí te dan todo el equipamiento [...] el hecho de tener la protección de la mascarilla y que las otras personas tanto los pacientes como el personal tengan la mascarilla, disminuye el riesgo, pero aún persiste. (Carlos, 23 años, Médico).

Ligado a lo anterior, las relaciones interpersonales dentro del centro laboral contribuyeron a la reducción de la percepción de riesgo de contagio. Ello debido a que existió la percepción de que los colegas cumplían y respetaban los protocolos reduciendo así el riesgo en el centro.

Sí, al menos en nuestro servicio todos se cuidaron, todos ingresaron con la profilaxis, con todos los criterios para protegerse contra la COVID-19 quirúrgica. Y como ya estamos acostumbrados a que todo lo que tocas es estéril y si te pones guantes también no puedes tocar nada, entonces ya estábamos un poco más preparados para esto. Y como nosotros intervenimos la vía aérea y estamos muy cercanos a contaminantes usamos protección extra siempre, todos se cuidan bastante. (Lara, 33 años, médica).

Otro elemento sociocultural son las creencias asociadas al riesgo de contagio, al respecto, si bien en un inicio los participantes refirieron

adscribirse a los postulados del método científico, sin embargo, también evidenciaron creencias particulares, tales como la de creer que siempre estuvieron contagiados, pero con síntomas leves. “Es que en todo momento uno creía que estaba enfermo ¿no?, porque a veces tenía un dolor de cabeza o un poco de dolor de garganta y ya pensaba que tenía COVID”. (Lara, 33 años, Médica). Por otro lado, consideraron que el ser personal de salud les dio ventaja para evitar el contagio, así al tener conocimientos sobre las medidas de protección para el afrontamiento de la COVID-19, como frente al uso de los elementos de protección, generó en los participantes una creencia del manejo del riesgo de contagio. “Nuestras bases generales que tenemos de los conocimientos [académicos] nos han ayudado a enfrentar de cierto modo dentro de las situaciones [...] Entonces, todo eso ha hecho que tengamos un poquito de ventaja respecto a las personas comunes”. (Pablo, 48 años, enfermero).

Por otro lado, más de la mitad de los participantes manifestaron creencias propias de la religión, considerando a Dios como un ente protector ante la enfermedad. Asimismo, consideraron a la situación de pandemia como una prueba frente a la cual enfrentarse, incluso empleando rituales como persignarse u orar antes de empezar su turno de trabajo. “Yo pedí a Dios [...] ‘Dios ayúdame para poder ayudar, Cuídame para poder cuidar’, era parte del miedo que uno pasa y por eso [busca] recurrir a alguien y ese alguien es Dios”. (Pablo, 48 años, Enfermero).

Finalmente, un factor sociocultural compartido por los participantes a nivel general y expresado a nivel personal fue la vocación de servicio, la cual fue orientada por su formación como personal de salud. Dicha vocación conllevó a que el personal de salud ejerza el servicio aún a pesar de percibir un mayor riesgo. Ello se menciona como parte de su rol como personal de salud, donde indican que resaltó su lado humanitario, sensible y empático frente a sus pacientes.

Yo creo que a ningún médico se le pasa por la cabeza como que dejarlo atrás y como que hacerse a un lado ¿no? Nosotros siempre nos hemos caracterizado por darle frente a toda situación. Pero la labor es esa, siempre tratamos de ayudar a las personas. (Lucas, 43 años, Médico).

En síntesis, se puede señalar que la influencia sociocultural en torno a la percepción del riesgo de contagio en el personal de salud, se encuentra conformada por aquella proveniente del ambiente institucional, laboral, relacional en el cual desempeñaron sus actividades. Asimismo, por las creencias asociadas al contagio, así como por la vocación de servicio del personal de salud.

## **Discusión**

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la percepción de riesgo de contagio de COVID-19 en el personal de salud de primera línea, de Lima y Callao. Para ello, se analizaron 15 entrevistas semiestructuradas aplicadas a dicho personal. Los resultados evidencian cinco elementos asociados a la percepción de riesgo, tales como los conocimientos y el estado emocional ante el riesgo de contagio, prácticas de cuidado, experiencias personales y la influencia sociocultural.

En cuanto a los conocimientos ante el riesgo de contagio, se identificó que durante la primera ola de pandemia hubo una mayor incertidumbre, sin embargo, posterior a ello los participantes adquirieron una mayor capacitación, sumado al inicio de la vacunación. En tal sentido, los conocimientos ante el riesgo de contagio, formas de transmisión, mecanismos paliativos o la experiencia en el tratamiento de los pacientes fueron elementos importantes para la elaboración de juicios subjetivos frente al posible contagio de COVID-19. Ello se alinea a lo planteado por García (2021) en cuanto a que el conocimiento del fenómeno actúa sobre la percepción de riesgo a poseer.

Así, una situación inicial de incertidumbre conlleva a un menor conocimiento preciso de la enfermedad y a una mayor cantidad de información difusa respecto a sus consecuencias. Ello concuerda con Yildirim y Güler (2022) y Mora-Rodríguez y Melero-López (2021), quienes mencionan que al exponerse a contenidos informativos poco claros y sensacionalistas, se incrementa la percepción de riesgo. Sin embargo, cuando el personal de salud adquiere información mediante capacitaciones

o experiencia, la percepción de riesgo cambia a un nivel que oscila entre medio a bajo, lo cual coincide con diversas investigaciones al respecto (García, 2021; Dryhurst et al., 2020; Paek & Hove, 2017).

De otro lado, en cuanto al estado emocional ante el riesgo de contagio, los participantes manifestaron miedo y preocupación ante un posible escenario de contagio suyo y/o de familiares. Ello concuerda con lo señalado por Gorini et al. (2020), y Simione y Gnagnarella (2020), quienes encontraron sintomatología de ansiedad y depresión en el personal de salud, evidenciando dificultades para manejar el estrés o las emociones surgidas a partir de su labor. Asimismo, estos sentimientos se han extendido ante el riesgo de contagio a los familiares, siendo los profesionales de enfermería quienes los vivenciaron en mayor intensidad y presentaron un gran agotamiento emocional. Ello es coincidente con los estudios de Gorini et al. (2020) y Puci et al. (2020), debido a que son tales profesionales quienes tuvieron una asistencia directa a los pacientes y durante más tiempo en la jornada, lo cual generó que la percepción de riesgo de contagio hacia otros sea mayor.

Por otro lado, en cuanto a las prácticas de cuidado, en los primeros meses el personal de salud optó por el aislamiento y autocuidado, concordando con lo mencionado por diversos estudios (Shahzad et al., 2020; Tomás-Cardoso et al., 2022). Estas prácticas de cuidado hacen referencia al uso de medidas preventivas, seguimiento estricto de protocolos, aislamiento, uso de los equipos de protección y cuidado ante el riesgo de contagio. Ello se puede explicar debido a la amenaza de contagio que perciben, optando por protegerse y evitar contagios para ellos, sus familiares y personas del entorno.

Además, las experiencias del personal de salud frente al COVID-19 generaron una carga emocional negativa a partir del manejo complejo de los pacientes, lo cual origina que puedan presentar una mayor percepción de riesgo. Ello es concordante con diversos estudios (Puci et al., 2020; Shahzad et al., 2020, Gorini et al., 2020), quienes indican que el personal médico presenta una carga emocional negativa al tener un trato directo con los pacientes y afrontar la pérdida de familiares, pacientes y colegas.

Finalmente, en cuanto a la influencia sociocultural, esta se encuentra relacionada al ambiente institucional, laboral, relacional, a las creencias y vocación personal, lo cual concuerda con Paek y Hove (2017), quienes encontraron que el riesgo está influenciado por factores culturales, sociales y personales. En línea con lo anterior, los participantes evidenciaron tanto las deficiencias de las condiciones brindadas por las instituciones de salud pública, y por el lado contrario, lo reportado en clínicas privadas, ambas situaciones afectaron su percepción de riesgo. Ello concuerda con Kang et al. (2020) quienes señalaron que, a medida que el centro de labores presente pocos recursos o infraestructura mínima para mantener los protocolos de bioseguridad sugeridos para el cuidado del personal y los pacientes, el personal presentará mayor temor y ansiedad ante un potencial contagio. De lo anterior se puede desprender que las prácticas orientadas al autocuidado del personal de salud cambian a medida que se reduce la percepción del riesgo (García, 2021; Paek & Hove, 2017). Al respecto, el personal de salud manifestó la creencia de que, al conocer sobre las medidas de protección y seguirlas, no se irían a contagiar, lo que concuerda con Gomez et al. (2022), quienes indican que la percepción del riesgo disminuye al conocer más sobre la enfermedad.

Este estudio se presenta como un acercamiento al entendimiento de la percepción de riesgo de contagio del COVID-19 en personal de salud de primera línea de Lima y Callao. A partir del mismo se logra evidenciar que los participantes presentan un conocimiento ante el riesgo de contagio. Del mismo modo, el estado emocional ante el riesgo de contagio, comprende sentimientos como el miedo preocupación, tristeza, culpa, así como emociones anticipatorias ante un posible contagio de los familiares. Se encuentran además las prácticas de cuidado y autocuidado de los participantes, así como las experiencias personales ante las situaciones de riesgo, lo cual les condujo una carga emocional negativa. Finalmente, se encontró la influencia sociocultural sobre los participantes, ello incluyó al ámbito y ambiente laboral, institucional, las creencias asociadas al riesgo de contagio así como la vocación de servicio.

Entre las limitaciones, se puede señalar que existió dificultad para el acceso a los participantes, debido al reducido tiempo con el que contó el personal de salud. Otra de las limitaciones estriba en no haber realizado una triangulación de fuentes o técnicas de recojo de información, pudiendo brindar un mayor conocimiento del fenómeno.

### ***Conclusiones***

A modo de conclusión, se puede señalar que la percepción del riesgo de contagio en personal de salud se evidencia a través de cinco elementos de relevancia. Por un lado, los conocimientos ante el riesgo de contagio, van desde la incertidumbre de la enfermedad y su diagnóstico, hasta una mayor certeza en cuanto a su atención y formas de contagio. Del mismo modo, el estado emocional ante el riesgo de contagio cambió de acuerdo al momento de la pandemia: pasando del miedo, preocupación, tristeza y culpabilidad, a una relativa calma en la pandemia. Por otra parte, la percepción de riesgo se vio afectada por influencia sociocultural, lo cual incluye las medidas institucionales oportunas, la percepción del cuidado personal e interpersonal, así como las creencias en torno al contagio.

Otro elemento de importancia son las experiencias personales que influyen en su percepción del riesgo, en tal sentido, las experiencias de manejo de pacientes, casos complejos de tratamiento o fallecimiento puede generar una mayor percepción de riesgo; sin embargo, una mayor experiencia con los pacientes, así como la aplicación de vacunas contribuyó a generar una menor percepción de riesgo. Finalmente, se puede señalar que la percepción de riesgo de contagio puede conllevar a la generación de prácticas de cuidado, las cuales implican actitudes y comportamientos que van desde la sobreprotección y aislamiento, hasta la cercanía, autocuidado y cuidado por su familia, según sea el momento del análisis.

Se recomienda a futuras investigaciones el recojo de información longitudinal, lo cual permita hacer un seguimiento y observar el cambio en las percepciones de riesgo de los participantes. Finalmente, se sugiere explorar los temas menores que aparecieron en la presente investigación, tales como afrontamiento psicológico ante la percepción de riesgo.

## Referencias

- Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Amutio, A., Gallego-Alberto, L., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2021). Stressors, Job Resources, Fear of Contagion, and Secondary Traumatic Stress Among Nursing Home Workers in Face of the COVID-19: The Case of Spain. *Journal of Applied Gerontology, 40*(3), 244-256. <https://doi.org/10.1177/0733464820964153>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Sage.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative Interviewing*. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/qualitative-interviewing-9780199861392?cc=pe&lang=en&>
- Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. *Medicina clínica, 156*(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Das, S., Singh, T., Varma, R., & Arya, Y. K. (2021). Death and Mourning Process in Frontline Health Care Professionals and Their Families During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 624428. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624428>
- Dryhurst, S., Schneider, C., Kerr, J., Freeman, A., Recchia, G., Van der Bles, A., Spiegelhalter, D., & Van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research, 23*(7-8), 994-1006. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
- García, C. (2021). Percepciones de riesgo laborales en la era Post Covid-19. *Know and Share Psychology, 2*(1), 7-13. <https://doi.org/10.25115/kasp.v2i1.3869>
- Gomez, A. C., Rojas, Y. L., & Sanchez, E. A. (2022). Creencias y prácticas de autocuidado en profesionales de enfermería en UCI durante la pandemia COVID-19. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 24*. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.cpap>
- Gorini, A., Fiabane, E., Sommaruga, M., Barbieri, S., Sottotetti, F., La Rovere, M., Tremoli, E., & Gabanelli, P. (2020). Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second

- month of the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 537-544. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.007>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Kei, B. (2018). Empirical verification of the “TACT” framework for teaching rigour in qualitative research methodology. *Qualitative Research Journal*, 18(3), 262-275. <https://doi.org/10.1108/QRJ-D-17-00012>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Martín, E., & Pacheco, T. (2021). Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia COVID-19. *Cuaderno de crisis y emergencias*, 1(20), 71-89. [https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1\\_2021\\_impacto\\_psicologico.pdf](https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1_2021_impacto_psicologico.pdf)
- Matar-Khalil, S., Ortiz, M. J., & González-Campos, J. (2021). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la percepción de riesgo de contagio de COVID-19 en población colombiana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(4), 512-520. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9298>
- Mertens, D. (2015). *Research and Evaluation in Educational and Psychology: Integrating Diversity with Qualitative, Quantitative and Mixed Methods* (4th ed.). SAGE.
- Miles, M., Huberman, M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Sage.



- Mora-Rodríguez, A., & Melero-López, I. (2021). Seguimiento informativo y percepción del riesgo ante la Covid-19 en España. *Revista Científica de Educomunicación*, 29(66), 71-81. <https://doi.org/10.3916/C66-2021-06>
- Moya-Salazar, J., Saciga-Saavedra, W., Cañari, B., & Contreras-Pulache, H. (2022). Depression in healthcare workers from the COVID-19 Care and Isolation Center -Villa Panamericana: a single-center prospective study in Peru. *Einstein*, 20, eAO6707. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2022AO6707](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022AO6707)
- Paek, H., & Hove, T. (29 de marzo 2017). *Risk Perceptions and Risk Characteristics*. Oxford Research Encyclopedia of Communication. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.283>
- Pan American Health Organization. (2020). *Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas*. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>
- Pan American Health Organization. (2021). *Hospitalizations and deaths of younger people soar due to COVID-19*, PAHO Director reports. <https://www.paho.org/en/news/5-5-2021-hospitalizations-and-deaths-younger-people-soar-due-covid-19-paho-director-reports>
- Plascencia, J., & Castellanos, C. (2022). Estados emocionales agudos en pobladores mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Revista De Psicología*, 41(1), 377-400. <https://doi.org/10.18800/psicologia.202301.014>
- Puci, M., Nosari, G., Loi, F., Puci, G., Montomoli, C., & Ferraro, O. (2020). Risk Perception and Worries among Health Care Workers in the COVID-19 Pandemic: Findings from an Italian Survey. *Healthcare*, 8(4), 535. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040535>
- Quiñones-Laveriano, D. M., Guillen-Vidarte, H., Benavides-Luyo, C., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2022). Perception of risk to

- Covid-19 and mental health indicators in workers of a Peruvian hospital: An Analytical cross-sectional study. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 22(2), e8708. <http://doi.org/10.5867/medwave.2022.02.002513>
- Robinson, O. (2014). Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5), 1-4. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. SAGE.
- Salto, I., Paravic, T., & Burgos, M. (2022). Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista Eugenio Espejo*, 16(2), 153-158. <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.15>
- Savadori, L., & Lauriola, M. (2021). Risk Perception and Protective Behaviors During the Rise of the Covid-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 577331. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577331>
- Shahzad, F., Du, J., Khan, I., Fateh, A., Shahbaz, M., Abbas, A., & Wattoo, M. (2020). Perceived Threat of COVID-19 Contagion and Frontline Paramedics' Agonistic Behaviour: Employing a Stressor–Strain–Outcome Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5102. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145102>
- Simione, L., & Gnagnarella, C. (2020). Differences Between Health Workers and General Population in Risk Perception, Behaviors, and Psychological Distress Related to COVID-19 Spread in Italy. *Frontiers In Psychology*, 11(1), 2166. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02166>

- Tomás-Cardoso, R., Talayero, F., & Amérigo, M. (2022). La percepción del riesgo de contagio por COVID-19 y su efecto en los comportamientos de protección de la salud en contextos de salutogénesis. *Revista Crítica de Ciencias Sociais*, 128, 89-110. <https://doi.org/10.4000/rccs.13448>
- Uribe-Alvarado, J. I., Valadez, A., Molina, N., & Acosta, B. (2020). Percepción de riesgo, miedos a infectarse y enfermarse de COVID-19 y variables predictoras de confinamiento social en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 12(1), 35-44. <https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/361>
- Van der Linden, S. (2017). *Determinants and measurement of climate changerisk perception, worry, and concern*. The Oxford Encyclopedia of Climate Change Communication. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228620.013.318>
- Vera, B. A. (2021). Factores de riesgo para Covid-19 en el personal de salud del Servicio de Emergencia del hospital María Auxiliadora, marzo diciembre 2020. *Horizonte Médico*, 21(3), e1382.
- World Health Organization. (2023a). *Coronavirus disease (COVID-19)*. World Health Organization. [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2023b). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. World Health Organization. <https://covid19.who.int/>
- Yildirim, M., & Güler, A. (2022). Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study. *Death studies*, 46(5), 1065-1072. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1784311>
- Zhong, Y., Liu, W., Lee, T., Zhao, H., & Ji, J. (2021). Risk perception, knowledge, information sources and emotional states among COVID-19 patients in Wuhan, China. *Nursing Outlook*, 69(1), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.005>

Recibido: 21/01/2023

Revisado: 14/02/2023

Aceptado: 20/10/2023