

Octubre, 2021

Síntesis Rápida de Evidencia

¿Cuál es el efecto de la comunicación de riesgos en el contexto de pandemia?

Chile ha experimentado diversos desafíos comunicacionales a propósito de la pandemia por COVID-19. En contextos de desastre o epidemias es necesario contar con el compromiso de la población, de modo que adhieran a las acciones que promueven su bienestar y disminuyen su exposición a los potenciales riesgos. Esta síntesis de evidencia busca evaluar el efecto de la comunicación de riesgos e identificar sus potenciales barreras, facilitadores y recomendaciones.

Componentes de la pregunta

Población: población general

Intervención: estrategias de comunicación de riesgos en pandemia.

Comparación: sin intervención.

Outcome: incidencia, adherencia o intención de realizar conductas de autocuidado, percepción del riesgo del virus, vacunación, etc.

Mensajes clave

Respecto al efecto de las **estrategias de comunicación de riesgos en pandemias o epidemias causadas por:**

- **Enfermedades respiratorias virales:**
 - La comunicación de riesgos podría disminuir la incidencia de la enfermedad y aumentar la intención de adoptar conductas preventivas (Certeza de la evidencia BAJA).
 - Existe incertidumbre sobre su efecto en la adopción de conductas preventivas, percepción del riesgo de la enfermedad, percepción de efectividad de las vacunas y en la tasa o intención de vacunación (Certeza de la evidencia MUY BAJA).
- **Enfermedades de transmisión vectorial:**
 - En este caso es incierto que la estrategia tenga impacto en la incidencia de la enfermedad (Certeza de la evidencia MUY BAJA), pero podría aumentar la adopción de conductas preventivas (Certeza de la evidencia BAJA).
- La confianza en el emisor y su credibilidad son esenciales en la estrategia de comunicación de riesgos. Influyen en la elección de las fuentes de información y se asocian con una mayor adopción de medidas de prevención del contagio.
- La confianza del público en las autoridades y la entrega de información clara, honesta y transparente, aumenta las posibilidades de adherirse a las campañas de vacunación en emergencias sanitarias.

Documento disponible en <https://etesa-sbe.minsal.cl/index.php/publicaciones/>

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención.

¿Cómo fue preparado este resumen?

Esta síntesis basa su metodología en las “[Herramientas SUPPORT](#)”, instrumento destinado a orientar los métodos para que gestores o diseñadores de políticas informen sus decisiones por evidencia.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Evidencia respecto a barreras, facilitadores y recomendaciones internacionales.
- Consideraciones de implementación (aplicabilidad, equidad, costo- efectividad, viabilidad, etc).

✗ Esta síntesis no incluye

- Recomendaciones explícitas sobre cómo desarrollar una política pública u organizar el sistema de salud para su implementación.

Se utilizan **10 revisiones sistemáticas**

¿Quién solicitó esta síntesis?

La Coordinación Nacional de Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, del Ministerio de Salud de Chile.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la comunicación de riesgos se refiere al intercambio en tiempo real, de información, recomendaciones y opiniones, entre expertos y/o funcionarios y personas que se enfrentan a una amenaza (riesgo) para su sobrevivencia, su salud o su bienestar económico o social (1). El objetivo es entregar las herramientas para que un grupo expuesto a un riesgo pueda tomar decisiones informadas para mitigarlos, realizando acciones efectivas de autocuidado (1–3).

La comunicación de riesgos utiliza diversas técnicas de comunicación y en diferentes niveles de la población (población general o grupos específicos; motivación comunitaria o individual). La comunicación de riesgos requiere comprender las percepciones, creencias, conocimientos y prácticas de todas las partes interesadas. A su vez, para ser efectiva debe identificar y abordar desde un principio la desinformación y otros desafíos comunicacionales (1).

En el Ministerio de Salud, el Reglamento Sanitario Internacional orienta el fortalecimiento de capacidades básicas para prevenir la transmisión de enfermedades y preparar condiciones para responder ante cualquier evento de salud de importancia. La comunicación de riesgos está entre las capacidades básicas a fortalecer (3).

A lo largo de la pandemia se han presentado diferentes desafíos en cuanto a la comunicación de riesgos. En el inicio, existía escaso conocimiento de la enfermedad y su prevención; posteriormente surgió alta incertidumbre con respecto a la seguridad y efectividad de las vacunas. Actualmente, Chile está experimentando una baja en los casos de COVID-19 (4), producto de efectivas estrategias de salud pública. Este reciente escenario plantea nuevos desafíos en términos comunicacionales y de percepción del riesgo por parte de la población, así como de las actitudes hacia la prevención del contagio.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron Revisiones Sistemáticas que respondieran la pregunta en las bases de datos MEDLINE y EMBASE a través de OVID, Epistemonikos y Health Systems Evidence, con fecha 03/09/2021. Ver estrategias de búsqueda en [Anexo 1](#).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisoras de manera independiente identificaron las revisiones pertinentes, y seleccionaron los estudios primarios según los siguientes criterios:

Inclusión: intervenciones de comunicación del riesgo en epidemias o pandemias provocadas por enfermedades infecciosas a causa de virus respiratorios, intestinales, exantemáticos o de transmisión vectorial. Solo se seleccionaron estudios primarios con diseño estudios aleatorizados controlados (ECA).

Exclusión: intervenciones relacionadas con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, infecciones hepáticas o neurológicas, intervenciones exclusivamente educativas o centradas en la relación médico-paciente.

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

Dos revisoras de manera independiente extrajeron la información relevante a partir de las Revisiones Sistemáticas. Cuando éstas no reportaban adecuadamente los resultados presentados, se recurrió a los estudios primarios incluidos en estas revisiones.

Resumen de Hallazgos

La búsqueda de evidencia arrojó 565 publicaciones a partir de las bases de datos indicadas (recuadro Metodología). De éstas, se excluyeron 512 por estar duplicadas o no cumplir con los criterios de inclusión. Se revisaron los textos completos de 53 RS potencialmente relevantes, para finalmente seleccionar **10 revisiones publicadas entre 2013 y 2021** (5–14). La Tabla 1 resume las principales características de las revisiones incluidas.

A los estudios primarios incluidos en las revisiones utilizadas, se les aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los aplicados a las revisiones (recuadro Metodología). De las revisiones seleccionadas, dos incluyen estudios primarios que evalúan el efecto de estrategias de comunicación de riesgos en contexto de epidemia o pandemia (5,10). Ambas RS incluyen en total 60 estudios primarios, de los cuales **8 son estudios controlados aleatorizados (ECA) que reportan desenlaces relevantes** y son los utilizados para presentar los hallazgos de efecto de esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE) (15–22).

Las otras 8 RS no miden efecto, pero presentan consideraciones y sugerencias para planificar una comunicación de riesgos exitosa. Los estudios primarios incluidos en estas RS son de tipo descriptivo, cualitativo y de corte transversal sobre la elaboración de estrategias de comunicación de riesgos y las percepciones de la población con respecto a ellas (6–9,11–14).

De esta manera, los hallazgos aquí presentados se han separado en dos secciones: Hallazgos de efecto y Factores a considerar en las estrategias de comunicación de riesgos.

Los hallazgos del efecto de las estrategias de comunicación de riesgos en pandemias causadas por **infecciones virales respiratorias**, y la evaluación de la certeza de la evidencia de los *outcomes* más relevantes (recuadro Certeza) se reportan en la Tabla 2. La descripción de estas estrategias se incluye en las Tablas 4 y 5. La Tabla 4 describe las estrategias de los estudios que evalúan la percepción del riesgo, conocimiento de la enfermedad o la adherencia a las intervenciones de autocuidado. La Tabla 5 describe las estrategias de los estudios que analizan la percepción o adherencia a la vacunación pandémica.

Por su parte, la Tabla 3 incluye los hallazgos de efecto y certeza de evidencia de las intervenciones de comunicación de riesgos en pandemia o epidemia por **infecciones de transmisión vectorial** y su descripción se detalla en la Tabla 6.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA GRADE	
ALTA 	Esta investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto será sustancialmente diferente es baja
MODERADA 	Esta investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es moderada.
BAJA 	Esta investigación entrega alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es alta.
MUY BAJA 	Esta investigación no entrega una indicación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es muy alta.



Tabla 1. Resumen de las revisiones incluidas en esta SRE

Objetivos de esta SRE: Estimar el efecto de las estrategias de comunicación de riesgos en contexto de pandemia.	
Fechas de búsqueda de las revisiones incluida en esta SRE: 6 revisiones sistemáticas (RS) realizaron las búsquedas previo a la pandemia por COVID-19, incluyen fechas entre el 1 de enero del 2002 y el 20 de diciembre del 2019. Cuatro revisiones no establecieron límites temporales en sus búsquedas de literatura.	
Componentes	Descripción
Diseños de estudio	Se identificaron 6 revisiones sistemáticas, 1 revisión narrativa, 1 revisión de alcance (<i>scoping review</i>) y 2 síntesis rápidas de evidencia.
Población	Población en riesgo por enfermedades transmisibles por virus respiratorios, gastrointestinales, exantemáticos y vectores virales.
Intervenciones	Estrategias comunicacionales enfocadas en diferentes niveles territoriales y grupos de actores de interés, utilizando diversos métodos y medios de comunicación.
Desenlaces (<i>outcomes</i>)	Conocimiento de la enfermedad, de los mecanismos de transmisión y de las medidas de autocuidado; percepción del riesgo de la enfermedad y de las vacunas; adherencia a las conductas de autocuidado; y percepción sobre la utilidad de la información entregada ante una emergencia sanitaria.
Ámbitos	Pandemia o epidemia





Hallazgo 1. Efecto de las estrategias de comunicación del riesgo en pandemias o epidemias causadas por enfermedades respiratorias virales.

La comunicación de riesgos podría disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas y aumentar la intención de adoptar conductas preventivas. Sin embargo, existe baja confianza en la calidad metodológica de los estudios que sustentan estos resultados. Por otro lado, existe considerable incertidumbre respecto a si puede tener un efecto en la adopción de conductas, percepción del riesgo de infección en la tasa o vacunación.

Tabla 2. Resumen de Hallazgo 1.

Resultado de Salud (Outcome)	Nº de estudios / Nº participantes	Efecto	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
Incidencia de enfermedad	1 ECA, 533.416 estudiantes de 60 escuelas	La incidencia de influenza A y B confirmada por laboratorio por cada 1.000 estudiantes fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de control durante el período de observación de 12 semanas ($p < 0,001$). Entre la semana 9 y 12 se reportaron 2,00 episodios de influenza A y B por 1.000 estudiantes en el grupo intervención y 4,15 en el grupo control (15).	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	La comunicación de riesgos podría disminuir la incidencia de enfermedades respiratorias virales. La certeza de la evidencia es BAJA.
Adopción de la conducta preventiva	2 ECA, 616 personas	<ul style="list-style-type: none"> - La tasa de lavado de manos al día en el grupo de intervención fue más alta a las 4 semanas que en el grupo de control [M: 4,40 y M: 4,04, respectivamente; $p < 0,001$, Cohen d: 0,42] y permanecieron más altas a las 12 semanas [M: 4,45 y M: 4,12, respectivamente; $p < 0,001$, Cohen d= 0,34](16). - La intervención no se relacionó con un aumento significativo de la higiene de las manos [OR: 0,96 IC: 95%: 0, 49 a 1,88] o buenas prácticas al toser [OR: 1,19 IC 95%: 0,81 a 1,76] (17). 	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}	Es incierto que la comunicación de riesgos tenga un impacto en la adopción de conductas preventivas de enfermedades respiratorias virales. Certeza de la evidencia es MUY BAJA.
Intención de adoptar conductas preventivas	2 ECA, 601 personas	<ul style="list-style-type: none"> - La intención de lavarse las manos al día aumentó más desde el inicio hasta las 4 semanas en el grupo de intervención que en el grupo de control M [DE]: 6,13 [1,18] y 4,96 [1,71], respectivamente; Cohen d=0,80. Se mantuvo más alta a las 12 semanas: M [DE]: 6,06 [1,21] y 4,96 [1,68]; Cohen d=0,75 (16). - La combinación de mensajes de alta amenaza de infección y mensajes que incluyen conductas de afrontamiento se relacionó con actitudes positivas significativamente más altas hacia el lavado de manos. Tamaño del efecto - Partial eta squared [η^2]: 0,15 (20). 	⊕⊕○○ BAJA ^a	La comunicación de riesgos podría aumentar la intención de adoptar conductas preventivas de enfermedades respiratorias virales. La certeza de la evidencia es BAJA.
Percepción de riesgo ante la enfermedad	3 ECA, 518 personas	<ul style="list-style-type: none"> - La intervención no fue efectiva para cambiar la percepción y creer que la influenza es una enfermedad moderada a extremadamente grave [OR: 1,2; IC 95%: 0,3 a 4,1](17). - La comunicación narrativa comparada con la ausencia de mensaje se relacionó con una mayor percepción de riesgo de la influenza. Narrativa M [EE] = 6,49 [0,18] vs Control: M[EE] 5,83 [0,19]; $p < 0,05$(19). - El grupo intervención no presentó diferencias significativas en las creencias o percepción del riesgo con respecto al grupo control [M(DE):23,5 (3,1); M(DE): 24,6 (2,9); $p=0,102$] ni sobre la gravedad de la infección [M(DE): 23,6(30,0) vs M(DE): 24,4(3,1); $p=0,516$](10,18). 	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}	Es incierto el impacto que tiene la comunicación de riesgos en la percepción del riesgo ante enfermedades respiratorias virales. La certeza de la evidencia es MUY BAJA.

<p>Percepción de la efectividad de las vacunas</p> <p>2 ECA, 183 personas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La exposición a la intervención se relacionó con creencias significativamente más altas de que la vacuna contra la influenza fue efectiva [OR: 5,6, p=0,003](20). - Aumentaron creencias positivas sobre que la vacuna contra la influenza era eficaz (OR: 5,6; IC 95%: 1,7 a 18,5) (17). 	 MUY BAJA <small>a,c</small>	<p>La comunicación del riesgo podría aumentar la percepción de efectividad de las vacunas. Sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA</p>
<p>Tasa de vacunación o intención de vacunarse</p> <p>3 ECA, 518 personas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La intervención no contribuyó a aumentar significativamente las tasas de inmunización. Se reportó 15,8% en el grupo de intervención y 9,2% en el grupo control; p=0,21 (17). - La exposición a la intervención no se relacionó con una intención de vacunación significativamente mayor en el grupo intervención comparado con el grupo control: M [DE]:36,7 [18] versus M [DE]: 30,5 [18]; p=0,211(18). - La exposición a la intervención no se asoció con una intención de vacunar significativamente mayor que el grupo control. Tamaño del efecto - Partial eta squared [η^2]: 0,006; p=0,416 (19). 	 MUY BAJA <small>a,c</small>	<p>La comunicación del riesgo podría no tener efecto en la tasa de vacunación o intención de vacunarse. Sin embargo la certeza de la evidencia es MUY BAJA.</p>
<p>GRADE: Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado; OR: Odds Ratio; M: Media; DE: Desviación Estándar; EE: Error Estándar.</p> <p>a. Para cuatro estudios(16–19) se reutilizó el nivel de certeza de la evidencia establecido por una síntesis rápida de evidencia que aplicó los criterios GRADE(10). En el quinto estudio (15), no incluido en la síntesis rápida, se aplicaron los criterios GRADE por parte de las autoras de esta SRE.</p> <p>b. Se baja dos niveles de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, por ausencia de enmascaramiento.</p> <p>c. Los estudios(17,18) fueron categorizados con certeza de la evidencia MUY BAJA, mientras que el estudio (16,19,20) con BAJA. Se estableció como MUY BAJA el nivel de la certeza de la evidencia para los outcomes adopción de la conducta preventiva, percepción del riesgo, percepción de la efectividad de las vacunas y tasa de vacunación.</p> <p>d. Se bajó un nivel de certeza de la evidencia por inconsistencia de los resultados obtenidos por los estudios.</p>			



Hallazgo 2. Efecto de las estrategias de comunicación del riesgo en pandemias o epidemias causadas por enfermedades de transmisión vectorial.

Existe alta incertidumbre sobre si la comunicación de riesgos podría disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas por garrapatas. Por su parte, las estrategias podrían aumentar la adopción o intención de adoptar conductas preventivas, sin embargo, existe baja confianza en la calidad metodológica de los estudios que sustentan estos resultados.

Tabla 3. Resumen de Hallazgo 2.

Resultado de Salud (Outcome)	Efecto relativo (95% CI) -- N° de participantes N° diseño de estudio (ref)	Efectos absolutos anticipados (95% IC)			Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Sin comunicación del riesgo	Con comunicación del riesgo	Diferencia		
Incidencia de enfermedades	RR: 0,76 (0,56 a 1,10) -- N° de participantes: 30.164 1 ECA (21)	6 por 1.000 personas	5 por 1.000 personas	1 menos por 1.000 (3 menos a 1 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c}	Es incierto que la comunicación de riesgos tenga un impacto en la incidencia de enfermedades de transmisión vectorial.
Adopción de la conducta preventiva	no aplica -- 30.458 participantes 2 ECA (21,22)	- El grupo intervención fue significativamente más propenso a tomar precauciones que el grupo control. 58% del grupo intervención lo hizo en comparación con un 39% del grupo control; p<0,0001(21). - Se observaron diferencias significativas. Las personas del grupo intervención fueron entre 2,4 [IC 95%: 1,3 a 4,4] a 4,6 [IC 95%: 2,7 a 7,97] veces más propensas en realizar conductas de protección personal, en comparación al grupo control (22).			⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	La comunicación de riesgos podría aumentar la adopción de conductas preventivas de enfermedades de transmisión vectorial. La certeza de la evidencia es BAJA.

GRADE: Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation; **IC 95%:** Intervalo de confianza del 95%; **ECA:** Estudios Controlado Aleatorizado; **RR:** Riesgo Relativo.

a. La evaluación de riesgo de sesgo fue realizada por las autoras de esta SRE aplicando los criterios GRADE.

b. Se disminuyeron dos niveles de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo: recuento incompleto y por desenlace reportado por el participante.

c. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por imprecisión. El intervalo de confianza del efecto incluye tanto beneficio como riesgo.

Descripción de las intervenciones y principales resultados de las estrategias de comunicación de riesgos en pandemia o epidemia causadas por enfermedades respiratorias virales.

Este grupo de estrategias se describen en dos tablas. La tabla 4 resume intervenciones dirigidas a cambiar las percepciones de riesgo y conductas de autocuidado, mientras que la tabla 5 se centra en intervenciones enfocadas en mejorar las percepciones o adherencia de las vacunas.

Tabla 4. Incidencia, percepción del riesgo, conocimiento de la enfermedad o adherencia a intervenciones no farmacológicas de autocuidado

ENFERMEDAD País / Diseño de estudio Descripción de la Intervención	Hallazgos
<p>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Reino Unido / Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Intervención basada en la Web (5,10,16) La intervención consistió en cuatro seminarios en línea que presentan información sobre la prevención de la influenza. La información incluyó: la necesidad de comportamientos protectores, la importancia de lavarse las manos, los métodos para lavarse las manos y los conceptos erróneos sobre el lavado de manos y el virus de la influenza. Las sesiones en línea se alojaron en un sitio web con recursos adicionales proporcionados a los participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La tasa de lavado de manos en el grupo de intervención fue más alta a las 4 semanas que en el grupo de control (media 4,40 y media 4,04, respectivamente; $p < 0,001$, Cohen $d = 0,42$) y permanecieron más altas a las 12 semanas (media 4,45 y media 4,12, respectivamente; $p < 0,001$, Cohen $d = 0,34$) (16). - La intención de lavarse las manos aumentó más desde el inicio hasta las 4 semanas en el grupo de intervención que en el grupo de control 4,96 (1,71) y 6,13 (1,18), respectivamente; Cohen $d = 0,80$ (16).
<p>INFLUENZA, DIARREA, CONJUNTIVITIS Egipto / Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Campaña intensiva basada en la escuela (5,15) Se pidió a los niños de las escuelas del grupo intervención que se lavaran las manos dos veces al día. Se desarrollaron folletos específicos para cada nivel educacional; cada uno incluía un conjunto de 12 juegos y actividades divertidas que promovían el lavado de manos, al menos 1 actividad por semana. Se elaboró una canción especial para promover la higiene de las manos y se tocó con regularidad en las escuelas. También se distribuyeron folletos informativos a los padres para reforzar los mensajes entregados en las escuelas. El programa duró 12 semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La incidencia de influenza A y B confirmada por laboratorio por cada 1.000 estudiantes fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de control durante el período de observación de 12 semanas ($p < 0,001$). Entre la semana 9 y 12 se reportaron 2,00 episodios de influenza A y B por 1.000 estudiantes en el grupo intervención y 4,15 en el grupo control (15). - La incidencia de ausentismo por enfermedad del grupo intervención fue de 5,7 (RIQ: 3,4–7,6) por 100 estudiantes-semanas, en comparación al 7,2 (3,3–9,5) del grupo control ($p < 0,01$) (15). - En comparación con los resultados del grupo de control, en el grupo de intervención las ausencias generales causadas por enfermedad similar a la influenza y la influenza confirmada por laboratorio se redujo en un 40% y 50%, respectivamente ($p < 0,0001$ para cada enfermedad) (15).
<p>INFLUENZA Reino Unido/ Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Mensajes en línea (10,20) Los participantes recibieron mensajes en línea basados en la teoría, que variaba en el nivel de amenaza percibida asociada con la infección. Los mensajes contenían información sobre el equipo médico, la necesidad de comportamientos preventivos, la conexión entre lavarse las manos y la infección por gripe, recomendaciones de expertos para lavarse las manos y pautas prácticas para lavarse las manos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La combinación de mensajes de alta amenaza de infección y mensajes que incluyen conductas de afrontamiento se relacionó solo con actitudes positivas significativamente más altas hacia el lavado de manos. Tamaño del efecto - Partial eta squared [η^2]: 0,15 (20). - La exposición a la intervención se relacionó con creencias significativamente más altas de que la vacuna contra la influenza fue efectiva [OR: 5,6, $p = 0,003$], que había acciones que podían tomar para prevenir la influenza [OR: 3,2, $p = 0,03$] y que era poco probable que la vacunación causara una reacción grave [OR = 4,4, $p = 0,02$] (20).

Tabla 5. Comunicación del riesgo para la adherencia a campañas de vacunación en pandemia o epidemia

ENFERMEDAD País / Diseño de estudio Descripción de la intervención	Hallazgos
<p>INFLUENZA Estados Unidos / Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Programa en el lugar de trabajo (5,10,17) Evaluamos una intervención de promoción de la salud basada en Programa de registros de salud controlados personalmente (PRSP) utilizando un diseño de ensayo controlado aleatorio. Se reclutó para participar a los empleados de los lugares de trabajo de una empresa que informaron sobre un acceso confiable a Internet y un uso del correo electrónico al menos una vez cada 2 días. Se proporcionaron PRSP a todos los participantes para la administración de la encuesta, y se entregaron mensajes de salud personalizados y específicos sobre la enfermedad y la prevención de la influenza a los participantes del grupo de intervención. Los participantes del grupo de control recibieron mensajes sobre salud cardiovascular y protección solar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El programa no contribuyó a aumentar las tasas de inmunización en el grupo intervención. El 15,8% (13/82) de los miembros del hogar en el grupo de intervención y el 9,2% (7/76) del grupo de control recibió la vacuna antigripal durante el período de estudio (p=0,21)(17). - La intervención no se relacionó con un aumento significativo de la higiene de las manos [OR: 0,96 IC: 95%: 0, 49 a 1,88] o buenas prácticas al toser [OR: 1,19 IC 95%: 0,81 a 1,76]; p>0,05 (17). - La intervención no fue demostrablemente efectiva para cambiar la percepción y creer que la influenza es una enfermedad moderada a extremadamente grave (OR: 1,2; IC 95%: 0,3 a 4,1)(17). - Aumentaron algunas creencias positivas sobre que la vacuna contra la influenza era eficaz (OR: 5,6; IC 95%: 1,7 a 18,5), que había acciones que podían tomar para prevenir la gripe (OR: 3,2; IC 95%: 1,1 a 9,2), y que es poco probable que la vacuna contra la influenza cause una reacción grave (OR: 4,4; IC 95% = 1,3 a 15,3)(17).
<p>INFLUENZA Estados Unidos / Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Mensajes escritos (10,18) Mensajes escritos diseñados para abordar las preocupaciones sobre la seguridad y la eficacia de la vacunación entre los negros de 50 años o más. Los participantes fueron asignados al azar para leer los mensajes de seguridad de la vacuna (VSM) desarrollados para el estudio (condición de tratamiento) o la declaración de información de la vacuna (VIS) que se les da actualmente a quienes reciben la vacuna (condición de control).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La exposición a la intervención VSM no se relacionó con creencias significativamente mayores de susceptibilidad o gravedad de la infección respecto al grupo control VIS (10,18): <ul style="list-style-type: none"> - Creencia en la susceptibilidad a la influenza VSM-M (DE): 23,5 (3,1); VIS-M(DE): 24,6 (2,9); p=0,102. - Creencia en la gravedad de la influenza VSM-M (DE): 23,6 (30,0) vs VIS-M (DE): 24,4 (3,1); p=0,516. - La exposición a la intervención no se relacionó con una intención de vacunación significativamente mayor. VSM-M (DE):36,7 (18) vs VIS- M(DE): 30,5 (18). p=0,211 (18).
<p>INFLUENZA: H1N1 Estados Unidos / Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Campaña masiva con mensajes narrativos o didácticos (10,19). El estudio contó con dos brazos de intervención, la primera de mensajes narrativos, donde las personas leyeron historias de personas mayores (65 años o más) afectadas por la influenza que posteriormente se vacunaron. La segunda consistía en un mensaje didáctico, diseñado en torno a las percepciones y creencias identificadas por un grupo focal. Se evaluó percepción del riesgo, percepción de la eficacia de la vacuna, vacunas anteriores contra la influenza, comprensión y credibilidad, y datos demográficos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados mostraron que la comunicación narrativa, en comparación con la ausencia de mensaje se relacionó con una mayor percepción del riesgo de influenza(10,19). [Narrativa M (SE) = 6,49 (0,18) vs Control: M (SE) 5,83 (0,19) p <0,05]. No se produjeron diferencias al comparar los mensajes narrativos con los didácticos [Didáctica: [M (SE) b = 6,36 (0,19) p> 0,05] (19) - La exposición con la comunicación narrativa se relacionó con una mayor autoeficacia de la vacunación en comparación con el control sin mensaje [Narrativa: M(SE) = 7.43 (0.15) vs Control: M(SE)a = 6,93 (0,16) p < 0,05]; no se produjeron diferencias entre los mensajes narrativos y didácticos [Didáctica: M(SE)b = 7,20 (0,16) p > 0,05](19) - La exposición a la intervención no se relacionó con una intención de vacunar significativamente mayor. Tamaño del efecto - Partial eta squared [η^2]: 0.006; p=0,416 (19).

Descripción de las intervenciones y principales resultados de estrategias de comunicación del riesgo en pandemia o epidemia por enfermedades de transmisión vectorial

Tabla 6. Incidencia, percepción del riesgo, conocimiento de la enfermedad o adherencia a intervenciones no farmacológicas de autocuidado

ENFERMEDAD País / Diseño de estudio Descripción de la Intervención	Hallazgos
<p>VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL Estados Unidos / Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Programa escolar de educación (5,22) Esta intervención se centró en educar sobre el conocimiento, las actitudes y la realización de conductas de protección personal respecto al virus del Nilo Occidental. El plan de estudios del grupo intervención incluía la biología de los mosquitos y la prevención de las picaduras de mosquitos basado en Neato Mosquito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se observaron diferencias en el comportamiento de protección personal, donde las personas del grupo intervención fueron 2,4 [IC 95%: 1,3 - 4,4] veces más propensas a usar mangas largas; 2,9 [IC 95%: 1,7 - 4,97] veces más propensas a usar pantalones en el exterior; y 4,6 [IC 95%: 2,7 - 7,97] veces más propensas a desechar agua estancada, en comparación al grupo control(22). - Se produjeron cambios significativos tanto en el conocimiento general sobre los mosquitos, como en el conocimiento sobre la enfermedad: el grupo intervención duplicó la probabilidad de responder correctamente a las preguntas, en comparación con el grupo control (22).
<p>LYME Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR GARRAPATAS (TBI) Estados Unidos / Estudio controlado aleatorizado</p> <p>Intervenciones de artistas callejeros para conciencia del riesgo y promover conductas protectoras (5,21) Programa educativo para pasajeros de transbordadores que viajaban a un área endémica en el sureste de Massachusetts. La intervención consistió en un acto de comunicación persuasiva de 15 minutos, interactuando con el público y empleando el humor. El mensaje cubría la gravedad y la probabilidad de adquirir lyme (para aumentar la susceptibilidad percibida) y los beneficios de evitar garrapatas y comportamientos de búsqueda / eliminación, cómo evitar lyme y aumentar la tranquilidad. El grupo control recibió educación para la prevención de lesiones en bicicletas y patines. Se midieron las tasas de TBI y los comportamientos preventivos y de verificación de garrapatas durante tres veranos en 30.164 pasajeros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hubo tasas más bajas (pero no significativas) de TBI entre los participantes que recibieron educación sobre TBI en comparación con los participantes de control que recibieron educación sobre seguridad en bicicleta [RR: 0,79; IC 95%: 0,56 a 1,10] y una reducción del riesgo del 60% entre los que recibieron educación sobre TBI en comparación al grupo control [RR: 0,41; IC 95%: 0,18 a 0,95] (21). - Los participantes educados en TBI también fueron significativamente más propensos a tomar precauciones (usar repelente, ropa protectora, limitar el tiempo en las áreas de garrapatas) y revisarse ellos mismos en busca de garrapatas. Grupo intervención lo hizo en un 58%, mientras que el grupo control lo hizo en 39%; p<0,0001 (21).

Factores a considerar en las estrategias de comunicación del riesgo y el involucramiento comunitario

En la evidencia se reportaron algunos factores que podrían favorecer u obstaculizar las estrategias de comunicación del riesgo. Cabe destacar que esta evidencia que se describe a continuación no fue evaluada en términos de calidad.

Sobre la confianza depositada en el emisor del mensaje

- La **confianza en la fuente de la recomendación (instituciones, líderes, gobiernos)**, se asoció en mayor fuerza con el cumplimiento de medidas de autocuidado frente a potenciales contagios. Existen estudios que muestran que la confianza y la credibilidad del emisor son los elementos esenciales en todas las estrategias de comunicación de riesgos y afectan significativamente la elección de las fuentes de información y las actitudes de las personas hacia el mensaje recibido (8,13,14).
- La **confianza en las autoridades sanitarias o de gobierno previa a la crisis**, tiene un impacto positivo en la adherencia de la población a la vacunación u otras medidas de cuidado preventivo. Ocurriendo el efecto contrario cuando no hay confianza en las autoridades (13).
- La **confianza en los funcionarios públicos y la recomendación de un médico** respecto a la vacunación, tiene un impacto positivo en la aceptación de la vacunación por parte de las personas (14).
- La **pérdida de confianza en las autoridades y en los medios de comunicación**, vinculada a la percepción de conflictos de intereses, se asocia a un rechazo a las estrategias nacionales, en particular la vacunación masiva (13).

Sobre la precisión, claridad y veracidad de la información entregada

- La **información clara y honesta brindada por las autoridades**, sobre la vacunación contra la influenza pandémica, se asoció a una mayor percepción de las personas de estar suficientemente informadas y a una mayor probabilidad de vacunarse (14).
- En poblaciones con particularidades culturales asociadas a identidades territoriales, creencias o uso de dialectos, **la información transmitida a través de los líderes comunitarios** se percibió como más creíble que la información entregada por los funcionarios de salud del gobierno (8).
- La **influencia de algunos actores** puede determinar el comportamiento preventivo de algunos grupos de la población. Existen personas influyentes que actúan como distractores o jueces de la información en salud, interpretándola erróneamente y difundiendo conclusiones equivocadas, por ejemplo representantes de comunidades antivacunas o personas públicamente expuestas con bajo acceso a información fidedigna. Incluso, se ha encontrado que la ciencia también puede ser fuente de conocimiento erróneo, a través del uso de metodologías sesgadas o evidencia de mala calidad (6).

- Las **narrativas de desinformación y contenidos engañosos** comúnmente inducen miedo, ansiedad y desconfianza en el gobierno y en las instituciones de salud. Se ha descubierto que las publicaciones engañosas sobre el virus del Zika son más populares que las publicaciones que difunden información certera (6).
- **En relación con la información basada en la evidencia en la prensa**, algunos estudios analizaron si la información pública sobre las vacunas se basaba en ensayos o estudios clínicos científicos. La mayoría de los estudios encontró falta de precisión en la información proporcionada por las notas de prensa, omitiendo en alta proporción la evidencia que respalda los argumentos a favor o en contra de la vacunación (omisión en el 70% y 93% de las notas de prensa, respectivamente) (7).
- **La desinformación** es producto también de la falta de información completa, inexactitudes y numerosos errores en los argumentos y en la lógica de los mensajes proporcionados por los defensores de la anti-inmunización, y en algunas ocasiones en los mensajes proporcionados por las autoridades sanitarias (7).

Sobre el involucramiento de los individuos y la comunidad

- El comportamiento del público en una crisis está impulsado por motivos racionales y emocionales que a veces son contradictorios. Estos diferentes motivos desafían el diseño de una comunicación eficaz. La comunicación de riesgos debe lograr la **participación y el compromiso del público, generar confianza y empoderar** a la población abordando tanto la incertidumbre como la emocionalidad en los procesos informativos y comunicacionales(12).
- Un **modelo de comunicación de riesgos bidireccional y horizontal** en comparación con un modelo lineal y vertical se asocia a mayor diálogo y confianza con el público. La comunicación del riesgo eficaz involucra a la población objetivo identificando sus conocimientos, preocupaciones, valores, prioridades y percepción del riesgo (9,13).
- En epidemias anteriores, las **intervenciones de participación de la comunidad centradas en comunicación de riesgos** incluyeron actores influyentes, líderes (tradicionales, religiosos, y gobernantes), organizaciones comunitarias y religiosas, comités de gestión de la salud, voluntarios, entre otros actores clave (9).
- La participación de la comunidad debe ser un **proceso colaborativo, continuo y transparente** que incluya tempranamente a los miembros de la comunidad reconocidos como actores legítimos, capaces de representar e influir en la comunidad. Las comunidades deben participar identificando problemas y diseñando códigos de intervenciones y respuestas (9).
- Los mensajes de comunicación de riesgos deben contar con una **perspectiva local o territorial, no provocar miedo, ser respetuosos**, adaptados a los contextos culturales y apoyarse en ejemplos identificables. También se necesita un mecanismo de retroalimentación regular para el seguimiento y la corrección de las estrategias, que revele cómo están cambiando los conocimientos, las creencias y las prácticas para una participación inclusiva y significativa (9).

- Los ejercicios de consulta pública deben balancear las asunciones personales de los comunicadores con las **reales opiniones de los participantes**. En una consulta de políticas de vacunación, el enfoque consultivo de abajo hacia arriba que involucró a las partes interesadas desde el principio, logró modificar las creencias sesgadas de los expertos y autoridades, ayudando a preparar una estrategia de comunicación de riesgos basada en el conocimiento y la realidad local (13).

Sobre los medios de comunicación masivos y redes sociales

- Los **medios de comunicación masivos** ejercen una fuerte influencia en el conocimiento y en la percepción del riesgo por parte del público. La exposición a medios de comunicación masivos aumentó la adopción de medidas preventivas y la preocupación por el entorno social durante los brotes de SARS y MERS (11).
- En la epidemia por SARS [años 2002-2004] los periódicos y la televisión fueron las principales fuentes de información, mientras que en el MERS [brote en 2014] fueron las redes sociales. Todos estos medios contribuyeron a la adopción de medidas preventivas. Sin embargo, **la exposición a redes sociales** aumentó además las emociones de miedo e ira que se asociaron a mayor percepción del riesgo (11).
- El conocimiento experto de las autoridades sanitarias se distribuye ampliamente en las redes sociales. Sin embargo, de la misma forma se propagan los **contenidos de salud engañosos** y reverberan entre comunidades virtuales que, finalmente, rechazan las recomendaciones de los expertos y la evidencia científica. La desinformación sobre salud y la infodemia¹ pueden propagarse fácilmente entre ciertas comunidades virtuales con creencias e intereses similares (6).
- No solo es preocupante la fácil diseminación de publicaciones engañosas en las redes sociales, sino la **falta de corroboración de la veracidad** de los mensajes contenidos en ellas. Estudios recientes han demostrado una alta correlación entre los tweets o publicaciones de las redes sociales y la información reportada en los artículos de prensa (6).
- Twitter, como servicio de microblogueo, puede ser **muy rápido para propagar conocimientos sobre salud basados en evidencia**, y los videos de YouTube se pueden usar fácilmente para aumentar el conocimiento sobre temas epidemiológicos específicos (o preocupaciones relacionadas) que pueden ser difíciles de transmitir a través de otros canales de comunicación (6).

Sobre las desigualdades en el acceso a la información

- Las **personas con diferentes niveles educativos** dependían de diferentes fuentes de información en la pandemia por H1N1, siendo la televisión la fuente más popular para las personas con menores niveles de educación; e Internet para las personas con educación superior (14).

¹ Infodemia: sobreabundancia de información, en línea o en otros formatos, e incluye los intentos deliberados por difundir información errónea para socavar la respuesta de salud pública y promover otros intereses de determinados grupos o personas. OMS (2013) *Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa*.

- Analizar las **dimensiones sociales y culturales de las pandemias** de manera complementaria al análisis de “datos duros”, contribuye a expresar el riesgo potencial y la incertidumbre de manera significativa a personas que no son epidemiólogas o educadoras de la salud (13).
- Para reducir las desigualdades de comunicación durante una emergencia sanitaria, los funcionarios de salud pública deben **centrar sus esfuerzos de comunicación en los jóvenes, los menos educados y los indigentes** porque hay evidencia de que estas son las personas en riesgo de no conocer la amenaza de la enfermedad, percibirla como de bajo riesgo y tener menos probabilidades de adherirse a los comportamientos de prevención recomendados (14).

Sobre la percepción del riesgo y actitudes hacia la vacunación

- Los artículos revelaron que diferentes poblaciones tienen **actitudes y percepciones de riesgo distintivas** con respecto a la adherencia de la vacuna contra el H1N1, lo que influye en la comunicación entre el gobierno y el público (6).
- Existen **barreras dominantes recurrentes ante la vacunación** contra infecciones virales en contexto de pandemia, relacionadas con la percepción del riesgo del público sobre las vacunas. Entre éstas: barreras generadas por la desconfianza en los gobiernos y las autoridades; barreras cognitivas por una baja percepción del riesgo de contagio que lleva a creer que “una persona sana no necesita vacunarse”; miedo a los efectos secundarios de la vacuna; preocupaciones sobre la seguridad de la vacuna y el proceso de fabricación; y una percepción de que la vacuna ofrece protección parcial o incompleta (12).
- En Francia un estudio afirmó que se debía **aumentar drásticamente la percepción del riesgo** de la enfermedad por H1N1, para incrementar la proporción de personas vacunadas y que no se concentrara solamente en adultos mayores. Sin embargo, otro estudio francés concluyó que el uso del miedo en los mensajes de prevención del H1N1 llevó a las personas a evitar fuentes de información, a subestimar el riesgo de la enfermedad y finalmente rechazar la vacunación (13).
- En Corea del Sur las **estrategias basadas en el miedo** mejoraron la educación sobre la influenza más que las basadas en el humor; sin embargo, **ninguna de las estrategias condujo a un cambio de comportamiento**. En Turquía el miedo a la influenza no aumentó la vacunación, pero modificó los comportamientos diarios (por ejemplo, aumentó la higiene) (13).
- **Los mensajes breves, comparado con mensajes largos, son más eficaces** para promover la salud de las personas, específicamente en las campañas de vacunación destinadas a combatir la vacilación ante las vacunas y, por lo tanto, promover la adherencia a la vacunación (6).

Consideraciones de Implementación

Para el análisis de las consideraciones de implementación, durante la selección de títulos, abstracts y texto completo, se seleccionaron revisiones sistemáticas que pudieran entregar antecedentes para el análisis de la aplicabilidad de la evidencia al contexto local, consideraciones económicas, de equidad y de monitoreo y evaluación.

A continuación, se presentan algunas consideraciones que contribuyen a interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de Aplicabilidad

La evidencia contemplada proviene de intervenciones realizadas en más de 25 países a través de todos los continentes. Gran parte de los estudios fueron desarrollados en China, Corea del Sur, Egipto, Estados Unidos, Francia, Italia, Reino Unido, entre otros. Se debe considerar que las diferencias culturales, así como las diferencias de los sistemas sociales y los sistemas de salud, podrían limitar la aplicabilidad de esta evidencia al contexto chileno.

Ninguno de los estudios evaluó específicamente los efectos de estrategias de comunicación de riesgos en la percepción del riesgo o la adherencia a medidas preventivas para mitigar la transmisión del SARS-CoV-2. Por tipo de enfermedad, los estudios que mejor se aproximan a la pregunta de esta síntesis son aquellos que abordan enfermedades provocadas por virus respiratorios. Sin embargo, las epidemias o pandemias de este siglo por H1N1, SARS o MERS, no tuvieron las altas tasas de transmisión - tanto sintomática como asintomática - y de mortalidad de la actual pandemia por COVID-19.

No obstante lo anterior, las estrategias de comunicación de riesgos para promover una efectiva adherencia a las medidas preventivas y de mitigación en epidemias durante las últimas dos décadas, ofrecen lecciones y recomendaciones relevantes para las actuales condiciones de la pandemia COVID-19.

Consideraciones Económicas

No se encontraron estudios de costos, evaluación económica o balance de costo-beneficio sobre estrategias de comunicación de riesgos.

Algunos estudios señalan que el uso de redes sociales como medio de comunicación masivo, puede ser una alternativa eficaz y económica, en comparación con campañas comunicacionales en televisión o prensa escrita. Sin embargo, se deben contemplar estrategias de mitigación contra las campañas de desinformación e información maliciosa, que también son de fácil difusión a través de las redes sociales (13).

Consideraciones de Equidad

Una de las revisiones destaca que los determinantes sociales e individuales de una población (educación, ingresos, etnia) pueden conducir a desigualdades en la exposición (individual o grupal) a los mensajes de comunicación de salud pública, así como en la capacidad de acceder, procesar y actuar sobre la información. Tales desigualdades pueden generar disparidades entre segmentos de la población en la capacidad de cumplir con los comportamientos preventivos recomendados (14).

La exposición a los medios de comunicación puede variar según el nivel educativo. La evidencia de pandemias anteriores observó que las personas con menor educación están más expuestas a la televisión en lugar de los periódicos u otros medios de comunicación. Este resultado sugiere la necesidad de construir y mantener durante el transcurso de la pandemia, la colaboración entre las agencias de salud pública y los medios de comunicación para difundir información de manera oportuna y precisa, evitando altibajos en el flujo de información y desarrollando una estrategia que contrarreste la inevitable propagación de rumores sobre la seguridad de las prácticas recomendadas (por ejemplo, la inmunización) y sobre el impacto general de la amenaza de la enfermedad (14).

Los canales de comunicación no tradicionales (por ej., la asociación con líderes locales u organizaciones comunitarias) deberían usarse para llegar a los más vulnerables y aquellos que necesitan una mejor comprensión de los riesgos y las acciones necesarias para poder protegerse. Los niveles de alfabetización de los mensajes de comunicación deben satisfacer las necesidades de información de las personas con menor educación (14).

Otra revisión reporta que por lo general la participación comunitaria se limitó al diseño y a la planificación de estrategias de comunicación de riesgos, pero no se informó que se incluyera en la implementación de las actividades(9).

Consideraciones de Monitoreo y Evaluación

Es relevante considerar que las estrategias de comunicación de riesgos pueden tomar muchas formas, respondiendo a objetivos y marcos conceptuales diversos. Asimismo, las formas de comunicar evolucionan en el tiempo, dependiendo de las tecnologías disponibles, del contexto y los discursos instalados, y del nivel de involucramiento de los ciudadanos.

De esta forma, podría ser necesario monitorear la publicación de nueva evidencia que evalúe directamente los efectos que han tenido las estrategias de comunicación de riesgos en el contexto de la pandemia del COVID-19 y frente a una creciente utilización de redes sociales como medios de información y comunicación.

Información Adicional

Citación sugerida

Kuhn-Barrientos, Lucy; Ibarra-Castillo, Carolina. Síntesis Rápida de Evidencia ¿Cuál es el efecto de la comunicación de riesgos en el contexto de pandemia? Octubre 2021. Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia; Departamento ETESA/SBE; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Palabras Clave

SARS-Cov-2, COVID-19, comunicat*, risk*; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis ha sido revisada por Dino Sepúlveda Viveros, Jefe del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia, DIPLAS.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Las autoras declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. OPS/OMS. Comunicación de riesgos y brotes [Internet]. [citado 9 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/comunicacion-riesgos-brotes>
2. Universidad de Chile. Qué y cómo informar en pandemia: La comunicación de riesgo en la mira [Internet]. 2021 [citado 9 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://uchile.cl/noticias/174460/que-y-como-comunicar-en-pandemia-la-comunicacion-de-riesgo-en-la-mira>
3. Ministerio de Salud de Chile. Manual de comunicación del riesgo en emergencias y desastres en salud [Internet]. 2020. Disponible en: <https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/04/MANUAL-COMUNICACION-DE-RIESGO-MINSAL-Versi%C3%B3n-1.0-18-diciembre-2020.pdf>
4. Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico n°150 enfermedad por SARS-COV-2 (COVID-19) Chile [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.minsal.cl/150o-informe-epidemiologico-informe-estrategia-nacional-de-tt-a-e-incidencia-y-gravedad-de-casos-covid-19-segun-antecedentes-de-vacunacion/>
5. Schiavo R, May Leung M, Brown M. Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings. *Pathog Glob Health*. 1 de marzo de 2014;108(2):76-94.
6. Alvarez-Galvez J, Suarez-Lledo V, Rojas-Garcia A. Determinants of Infodemics During Disease Outbreaks: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2021;9:236.
7. Catalan-Matamoros D, Peñafiel-Saiz C. How is communication of vaccines in traditional media: a systematic review. *Perspect Public Health*. 1 de enero de 2019;139(1):34-43.
8. Owoyemi A, Okolie EA, Omitiran K, Amaechi UA, Sodipo BO, Ajumobi O, et al. Importance of Community-Level Interventions During the COVID-19 Pandemic: Lessons from Sub-Saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 9 de agosto de 2021 [citado 8 de septiembre de 2021];1(aop). Disponible en: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/aop/article-10.4269-ajtmh.20-1533/article-10.4269-ajtmh.20-1533.xml>
9. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, Claro V de, Mago E, Diallo AA, et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health*. 1 de octubre de 2020;5(10):e003188.
10. Winograd DM, Fresquez CL, Egli M, Peterson EK, Lombardi AR, Megale A, et al. Rapid review of virus risk communication interventions: Directions for COVID-19. *Patient Educ Couns*. 1 de agosto de 2021;104(8):1834-59.
11. Yu YJ, Park YS, Keller A, Noh J-W, Cha J. A Mixed-Methods Systematic Review of the Impacts of Coronavirus on Society and Culture. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2021;18(2):491.
12. Gesser-Edelsburg A, Stolerio N, Mordini E, Billingsley M, James JJ, Green MS. Emerging Infectious Disease (EID) Communication During the 2009 H1N1 Influenza Outbreak: Literature Review (2009-2013) of the Methodology Used for EID Communication Analysis. *Disaster Med Public Health Prep*. abril de 2015;9(2):199-206.
13. Barrelet C, Bourrier M, Burton-Jeangros C, Schindler M. Unresolved issues in risk communication research: the case of the H1N1 pandemic (2009–2011). *Influenza Other Respir Viruses*. septiembre de 2013;7(Suppl 2):114-9.
14. Lin L, Savoia E, Agboola F, Viswanath K. What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 21 de mayo de 2014;14:484.
15. Talaat M, Afifi S, Dueger E, El-Ashry N, Marfin A, Kandeel A, et al. Effects of hand hygiene campaigns on incidence of laboratory-confirmed influenza and absenteeism in



- schoolchildren, Cairo, Egypt. *Emerg Infect Dis.* abril de 2011;17(4):619-25.
16. Yardley L, Miller S, Schlotz W, Little P. Evaluation of a Web-based intervention to promote hand hygiene: exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 9 de diciembre de 2011;13(4):e107.
 17. Bourgeois FT, Simons WW, Olson K, Brownstein JS, Mandl KD. Evaluation of influenza prevention in the workplace using a personally controlled health record: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 14 de marzo de 2008;10(1):e5.
 18. Wray RJ, Buskirk TD, Jupka K, Lapka C, Jacobsen H, Pakpahan R, et al. Influenza vaccination concerns among older blacks: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* mayo de 2009;36(5):429-434.e6.
 19. Prati G, Pietrantonio L, Zani B. Influenza vaccination: the persuasiveness of messages among people aged 65 years and older. *Health Commun.* 2012;27(5):413-20.
 20. Miller S, Yardley L, Little P, PRIMIT team. Development of an intervention to reduce transmission of respiratory infections and pandemic flu: measuring and predicting hand-washing intentions. *Psychol Health Med.* 2012;17(1):59-81.
 21. Daltroy LH, Phillips C, Lew R, Wright E, Shadick NA, Liang MH. A controlled trial of a novel primary prevention program for Lyme disease and other tick-borne illnesses. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ.* junio de 2007;34(3):531-42.
 22. LaBeaud AD, Glinka A, Kippes C, King CH. School-Based Health Promotion For Mosquito-Borne Disease Prevention in Children. *J Pediatr.* octubre de 2009;155(4):590-2.

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

MEDLINE y EMBASE, a través de OVID

Fecha de ejecución de la búsqueda: 03/09/2021

- 1 exp COVID-19/ or exp SARS-CoV-2/ or exp Pandemics/ or exp Epidemics/ or exp Viruses/ or covid*.mp. or "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2".mp. or "novel coronavirus".mp. or "2019 novel coronavirus".mp. or "coronavirus disease 2019".mp. or "coronavirus disease-19".mp. or "2019-ncov".mp. or cv19*.mp. or "cv-19".mp. or "cv 19".mp. or "n-cov".mp. or ncov*.mp. or "sars-cov-2".mp. or sars2.mp. or pandemic*.mp. or epidemic*.mp. or endemic*.mp. or virus*.mp. [mp=ti, ab, hw, tn, ot, dm, mf, dv, kw, fx, dq, nm, kf, ox, px, rx, ui, sy]
- 2 ((risk* or strateg* or practice*) and communicat*).mp. [mp=ti, ab, hw, tn, ot, dm, mf, dv, kw, fx, dq, nm, kf, ox, px, rx, ui, sy]
- 3 1 and 2
- 4 limit 3 to (humans and (meta analysis or "systematic review"))

HEALTH SYSTEM EVIDENCE

Fecha de ejecución de la búsqueda: 03/09/2021

(risk* OR strateg* OR practice*) AND communicat* AND (covid* OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "novel coronavirus" OR "2019 novel coronavirus" OR "coronavirus disease 2019" OR "coronavirus disease-19" OR "2019-ncov" OR cv19* OR "cv-19" OR "cv 19" OR "n-cov" OR ncov* OR "sars-cov-2" OR sars2 OR pandemic* OR epidemic* OR endemic* OR virus*)

EPISTEMONIKOS

Fecha de ejecución de la búsqueda: 03/09/2021

(risk* OR strateg* OR practice*) AND communicat* AND (covid* OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" OR "novel coronavirus" OR "2019 novel coronavirus" OR "coronavirus disease 2019" OR "coronavirus disease-19" OR "2019-ncov" OR cv19* OR "cv-19" OR "cv 19" OR "n-cov" OR ncov* OR "sars-cov-2" OR sars2 OR pandemic* OR epidemic* OR endemic* OR virus*)

