

Investigación

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN GUÍA PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN DE RIESGO DURANTE CRISIS SANITARIAS

GUIDELINES FOR EFFECTIVE RISK COMMUNICATION DURING HEALTH CRISES

Angelina Dois

MSc, RN

Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador OPS/OMS

adois@uc.cl

<https://orcid.org/0000-0003-2978-6644>

Loreto Fernández-González

PhD

Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez

loreto.fernandez@falp.org

<https://orcid.org/0000-0001-5026-6438>

Alejandra Martínez-Pereira

PhD

Center for Technology and Behavioral Health, Geisel School of Medicine at Dartmouth

marcela.maria.alejandra.martinez.pereira@dartmouth.edu

<https://orcid.org/0000-0002-4379-0415>

Luis Villarroel

PhD

Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile

lv@med.puc.cl

<https://orcid.org/0000-0001-9603-937X>

Moisés Russo

MD

Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales, Chile

moises.russo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0944-5244>

Dino Sepúlveda

MSc, MD

Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Chile

dinosepulvedav@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5568-0950>

Paulina Bravo

PhD

Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile

paulina.bravo@falp.org

<https://orcid.org/0000-0001-7378-6487>

Artículo recibido el 06 de febrero de 2024. Aceptado en versión corregida el 30 de julio de 2024.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La pandemia COVID-19 evidenció la necesidad de contar con estrategias de comunicación de riesgo efectivas y contextualizadas al territorio, para la toma de decisión informada de la comunidad. **OBJETIVO.** describir la construcción y validación por expertos de una Guía de Buenas Prácticas para Comunicación de Riesgo durante una crisis sanitaria (GBP-CR) en el contexto chileno. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio multi método y de validez de constructo para los elementos de evaluación de la guía. **RESULTADOS.** Se construyó una GBP-CR que aborda contenidos teóricos sobre comunicación de riesgo (CR), institucionalización de la estrategia, su enfoque y análisis del contexto de implementación. Incluye recomendaciones para construir, transmitir y evaluar el mensaje para una CR efectiva y rúbricas para valorar tres aspectos centrales de los comunicados. **CONCLUSIÓN.** Se construyó la primera Guía de Buenas Prácticas para la Comunicación de Riesgo durante una crisis sanitaria basada en evidencia y ajustada a la realidad local.

Palabras clave: Comunicación de riesgo, COVID-19, crisis sanitaria, promoción de salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The COVID-19 pandemic evidenced the need for effective risk communication strategies that promote informed community decision making. **OBJECTIVE.** to describe the construction and validation process by experts of a Guideline for Best Practice for Risk Communication during a health crisis (GBP-RC) in the Chilean context. **METHODS.** A multi methods study and validity study was carried out for the evaluation elements of the guideline. **RESULTS.** A GBP-RC was built that addresses central theoretical contents on risk communication (RC), ways of institutionalizing the strategy, its approach,

and analysis of the implementation context. It includes recommendations on how to build, transmit and evaluate the message for an effective RC and rubrics to assess three central aspects of the CONCLUSION. The first Guideline for Best Practices for Risk Communication was built during a health crisis based on evidence and adjusted to the local reality.

Key words: Risk communication, COVID-19, health crisis, health promotion.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.2.595-607

INTRODUCCIÓN

La teoría de la comunicación de riesgo considera tres áreas de acción: industria, medioambiente y salud, las que se encuentran vinculadas entre sí. Respecto de salud, las personas tienen el derecho a recibir información relevante, veraz, oportuna, comprensible y efectiva sobre su salud ⁽¹⁾. Esto les permite aumentar el control sobre sus vidas ⁽²⁾ y ejercer su autonomía, a través de la participación en el cuidado de su salud ⁽³⁾. Para poder tomar decisiones informadas, las personas y comunidades deben acceder a información sobre riesgos sanitarios de sus entornos, particularmente durante crisis y situaciones que pueden amenazar la vida diaria. La crisis por COVID-19 produjo un alto volumen de información que se transmitió a la comunidad por múltiples canales, con lenguaje cargado de tecnicismos que dificultaron su comprensión y otras, con información falsa o engañosa ⁽⁴⁾, los que en muchos casos no fueron un aporte al inicio de la crisis sanitaria por COVID-19. Las redes sociales y la prensa atemorizaron a las personas dando cuenta de aspectos particulares de la realidad por sobre el bienestar poblacional ⁽⁵⁾, lo que sumado a una baja alfabetización en salud de la

población y a la falta de entrenamiento de los profesionales de la salud para comunicar riesgos de forma efectiva, dificultaron la comprensión que la comunidad pudo alcanzar de la información entregada y su relación con la percepción del riesgo ⁽⁶⁾.

En Chile existían algunas orientaciones generales desde el Ministerio de Salud y a partir de algunas experiencias locales pero que carecían de una estrategia que permitiera articular los mensajes de los tomadores de decisiones o sociedades técnicas en comunicación de riesgo. El escenario de la pandemia dio oportunidad a partir de la experiencia vivida y no de un escenario potencial para desarrollar lineamientos para comunicar riesgo en salud que permitieran a la autoridad sanitaria construir y comunicar mensajes de manera clara, transparente y comprensible, siendo un aporte para la crisis que se vivía y una preparación para otras situaciones críticas en salud ⁽⁷⁾.

Este manuscrito describe el proceso de diseño y validación de una Guía de Buenas Prácticas para la Comunicación de Riesgo durante una crisis sanitaria (GBP-CR).

MATERIAL Y METODO

Estudio multi métodos en 5 etapas:

1) Revisión sistemática de literatura para identificar buenas prácticas en comunicación de riesgo reportadas a nivel mundial. Se incluyeron publicaciones en español e inglés, desde el año 2005 al 2021, con acceso libre a texto completo en bases de datos como PubMed, Web of Science, PROQUEST y Scopus. La información fue levantada entre el 1 de febrero y el 31 de marzo de 2021 (N.º de protocolo en PROSPERO: CRD42021234443) ⁽⁸⁾

2) Entrevistas en profundidad a 10 expertos internacionales en comunicación de riesgo y crisis sanitaria (dos expertos de Oceanía, uno de Asia, tres de Europa, dos de Norteamérica y dos de América Latina). Los datos se recolectaron entre diciembre 2020 y marzo 2021 utilizando muestreo por conveniencia. El criterio de finalización fue la saturación de los datos. Las entrevistas fueron transcritas verbatim ⁽⁷⁾.

3) Análisis de contenido de las entrevistas utilizando la propuesta de Kyngäs ⁽⁹⁾ y síntesis de información recolectada, lo que permitió construir la versión 1 de la GBP-CR.

4) Validación de contenido a través de un Delphi electrónico ^(10,11) con profesionales nacionales expertos en comunicación en salud, comunicación de riesgo y crisis sanitaria.

El marco muestral inicial del estudio Delphi fueron 57 expertos nacionales. Criterios de inclusión: personal sanitario de atención primaria, urgencias o cuidados intensivos, del servicio Salud Responde (línea telefónica disponible en Chile para información

sanitaria), epidemiólogos, tomadores de decisiones/gestores en salud, jefes de Servicios de Salud y de Corporaciones Municipales, académicos vinculados a la comunicación de riesgo y representantes de pacientes. Se determinó el Coeficiente de Competencia de Experto (Kcomp), utilizando como criterio de selección un valor ≥ 0.8 ^(8,9) lo que redujo la muestra a 20 participantes.

Se realizaron dos rondas de cuestionarios semiestructurados para alcanzar acuerdos y consensos. En la primera ronda, se creó un cuestionario para evaluar la primera versión de la GBP-CR, que incluyó preguntas relacionadas a la pertinencia y la claridad del contenido. Se obtuvo una tasa de respuesta de 100% con un coeficiente de concordancia $\geq 75\%$ para todos los ítems evaluados. Los ítems que no alcanzaron concordancia fueron modificados acogiendo las recomendaciones de los expertos. Al concluir esta ronda, los resultados fueron analizados por el equipo investigador utilizando el método propuesto por Kyngäs ⁽⁹⁾ lo que permitió construir la segunda versión de la GBP-CR. El objetivo del segundo cuestionario fue consolidar y validar los resultados obtenidos en la consulta previa, solicitar a los expertos que indicaran su grado de acuerdo con la propuesta y que argumentaran sus razones en el caso de no estarlo. Lo anterior permitió construir la versión final de la GBP-CR. La tasa de respuesta del segundo cuestionario fue 80%, finalizando el proceso al conseguir el nivel de consenso de las respuestas para todos los componentes de la guía.

Para el análisis cuantitativo se usaron medidas de tendencia central y de

dispersión de los valores asignados a cada reactivo por cada experto, reordenados en función de los valores medios obtenidos.

5) Estudio de validez de criterio concomitante: se realizaron entrevistas cognitivas en modalidad presencial y remota a personas de la sociedad civil, para asegurar la validez de los criterios de evaluación propuestos en la GBP-CR ⁽¹²⁾. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, residente en Chile, no tener formación en salud y ser usuario/a del sistema de salud chileno. El criterio de finalización fue la saturación de los datos y se hizo análisis de contenido utilizando el método propuesto por Kyngäs ⁽⁹⁾.

El estudio y el Consentimiento Informado fueron aprobados por el Comité

Ético Científico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Aprobación N.º 200511014). Todos los participantes de las etapas de validación de la GBP-CR firmaron consentimiento informado.

RESULTADOS

Los datos corresponden a los resultados de la validación por expertos nacionales de la GBP-CR.

La edad de los participantes varió en un rango entre 41 y 50 años, en su mayoría fueron mujeres. De acuerdo con la profesión la mayoría de los expertos eran médicos y periodistas/comunicadores. (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los expertos participantes

	n	%
Sexo		
Mujer	14	70,0
Hombre	6	30,0
TOTAL	20	100,0
Rankgo de edad (años)		
30-40	4	20,0
41-50	10	50,0
51-60	5	25,0
61 y más	1	5,0
TOTAL	20	100,0
Profesión		
Médica/o	6	30,0
Enfermera/o	3	15,0
Psicóloga/o	3	15,0
Periodista/comunicación	4	20,0
Otra área	4	20,0
TOTAL	20	100,0

Área de desempeño		
Gestión	7	35,0
Docencia	4	20,0
Investigación	6	30,0
Otra área	3	15,0
TOTAL	20	100,0

AÑOS de experiencia		
1-10	13	65,0
11 y más	7	35,0
TOTAL	20	100,0

Se construyó una Guía de Buenas Prácticas para la Comunicación de Riesgo (GBP-CR) durante una crisis sanitaria ⁽¹³⁾ que contiene una explicación respecto de su propósito, público objetivo y forma de uso. Luego se abordan los contenidos teóricos centrales para comprender el concepto de comunicación de riesgo, formas de institucionalizar la estrategia abordando factores estructurales, enfoque de la estrategia y el análisis del contexto para su implementación y se incluyen recomendaciones sobre cómo construir, transmitir y evaluar el mensaje para una comunicación de riesgo efectiva.

Hubo discrepancias entre los expertos en dos aspectos específicos, el primero hacía referencia a explicar con mayor precisión la diferencia entre comunicación de riesgo y comunicación en crisis, ya que algunas personas podían confundir las características de la intervención en uno y otro caso. El segundo aspecto se relacionaba con la necesidad de relevar la participación de las

personas, incluyendo en el proceso las experiencias y conocimientos de los distintos grupos, comunidades o territorios.

Además, se recogieron comentarios sobre cómo enfrentar el desafío comunicacional que evidenció la crisis sanitaria:

“Esta crisis demostró la complejidad de la comunicación y también de la comprensión de los riesgos. Por ejemplo, no se explicita la importancia de los aspectos relacionales de la comunicación como la confianza (tanto en los expertos en salud como en las autoridades). (...) La comunicación no solo contribuye a la entrega oportuna de información, sino a la generación de significados y sentidos colectivos, un aspecto que tuvo numerosas falencias en esta crisis” (P14; R6¹)

“Si bien se entiende que debe haber orientaciones generales centralizadas, cada lugar/terri-

¹ P: identificador de la pregunta del cuestionario;
R: identificador de respuesta a la pregunta

torio/región tiene su propia cultura y las estrategias deben dar la posibilidad de adaptación local” (P25; R9)

El análisis de las respuestas permitió construir la segunda versión de la GBP-CR que fue sometida a la segunda ronda Delphi. El análisis recogió las discrepancias entre expertos, como también la problematización de algunos puntos que podían ser profundizados vinculados a la necesidad de incorporar algunos ejemplos de mensajes y criterios específicos para la credibilidad del mensajero.

Como parte del diseño de la estrategia, se debe considerar el mecanismo para su evaluación, lo que permite conocer el logro del objetivo propuesto y realizar de manera iterativa modificaciones para maximizar su impacto. Para ello se diseñaron rúbricas basadas en la evidencia científica disponible y en el consenso de los expertos consultados para valorar tres aspectos centrales de los comunicados: a) el mensajero o vocero, b) el contenido del mensaje y c) el canal del mensaje (Tablas 2-4).

Tabla 2: *Rúbrica para evaluar el mensajero*

Criterio de valoración	Completamente logrado	Medianamente logrado	No logrado
Demuestra coherencia entre las acciones realizadas por el comunicador o mensajero y el mensaje que quiere transmitir (cuando el mensaje es específicamente la recomendación de una acción por parte de la comunidad)			
Para mensaje audiovisual: Hace contacto visual con la audiencia, evitando la lectura del mensaje que va a comunicar Su vestuario es adecuado al contexto de la crisis Evita uso de lenguaje técnico Demuestra nivel de preparación en la oratoria (fluidez en el lenguaje, evita titubeos y muletillas, demuestra tranquilidad y seguridad al hablar) Responde con tranquilidad a las preguntas (cuando corresponda) Transmite empatía con la comunidad y la situación que se está viviendo			
Demuestra un alto nivel de experticia en la temática (dependiente del tipo de mensaje que se quiera comunicar)			

Tabla 3: *Rúbrica para evaluar el contenido del mensaje*

Criterio de valoración	Completamente logrado	Medianamente logrado	No logrado
El objetivo es claro: Informar Clarificar Actualizar, desmentir información falsa Requerir alguna acción de la comunidad Promover la acción comunitaria, desde la perspectiva de la solidaridad			
Transmite empatía por la situación crítica que se vive y reconoce las emociones que puedan surgir asociadas a ella			
Usa lenguaje simple, claro, consistente y específico para: Comunicar la evidencia disponible Comunicar la evidencia faltante o vacíos del conocimiento Comunicar la incertidumbre frente a eventos futuros Comunicar conocimientos emergentes Comunicar información demandada por la comunidad			
La cantidad de información entregada es suficiente para lograr el objetivo planteado			

Tabla 4: *Rúbrica para evaluar el canal de comunicación*

Criterio de valoración	Completamente logrado	Medianamente logrado	No logrado
Es adecuado a la caracterización de la audiencia a la que se quiere llegar			
Nivel de cobertura de los medios de comunicación masivos			
El tipo de medio de comunicación es adecuado para el objetivo del mensaje que se quiere transmitir			

Para la validez de criterio se hizo una invitación abierta a participar a miembros de la sociedad civil. Finalmente se contó con la participación de 15 personas, en su mayoría mujeres que realizaban actividades laborales fuera del hogar, cuya edad fluctuó en un rango entre 30 y 39 años. A partir del análisis de las entrevistas fue posible identificar dos categorías que dan cuenta de los elementos

centrales de una comunicación de riesgo efectiva frente a situaciones de crisis sanitaria (Tabla 5). La primera se refiere a las características del mensajero respecto de la forma de comunicar y la confianza que inspira y la segunda, al contenido y claridad del mensaje, el formato y el canal de comunicación seleccionado.

Tabla 5. *Elementos centrales de una comunicación de riesgo efectiva.*

Tema	Sub-tema
Características del mensajero/a	Forma de comunicar: postura dialogante, tranquilidad, tono voz neutral, espontaneidad y cercanía con el público objetivo, lenguaje coloquial. Confianza en el mensajero
Contenido del mensaje	Comprensión y claridad Formato y canal de comunicación

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Este artículo reporta el proceso de construcción y validación por expertos de la primera guía para la Comunicación de Riesgo durante una crisis sanitaria desarrollada en Chile, a partir de la pandemia de COVID-19.

Frente a una emergencia y crisis sanitaria, se espera que el Estado, los organismos públicos y privados y los actores relevantes respondan adecuadamente a la amenaza, conteniendo los posibles daños que pudieran surgir debido a esta situación crítica. Para ello es fundamental la institucionalización de la estrategia comunicacional, es decir, que esté integrada transversalmente en el Estado, como parte medular de la respuesta frente a la crisis, para transmitir

información pertinente y oportuna a la población sobre los eventuales riesgos relacionados a su salud y bienestar. Esta institucionalización se puede materializar a través de una oficina o departamento de comunicación de riesgo, como se ha reportado en experiencias internacionales, con estructuras culturales e institucionales homogéneas que ayudan a responder de forma eficaz y con estrategias, recursos, procedimientos, ejecución y evaluación de prácticas comunicacionales transmitidas y destinadas a la ciudadanía en el contexto de una emergencia sanitaria ^(14, 15, 16).

La percepción del riesgo está relacionada con factores objetivos y subjetivos que impactan en los modos de actuar de los individuos ⁽¹⁷⁾. Dependiendo

de esta percepción de riesgo, las personas tomarán decisiones sobre su salud. Durante los procesos de crisis las personas adquieren, procesan y utilizan la información de forma particular y modificarán sus conductas en función de su percepción de riesgo a lo largo del tiempo ^(7,18). Por ello, el propósito de los mensajes que se entreguen debe ser ayudar a aumentar el control que perciban sobre su propia salud y el manejo de los posibles riesgos asociados a la crisis que se enfrenta. Para asegurar su pertinencia local y cultural, la validación de expertos en Chile fue fundamental para su aplicabilidad en el país. La promoción de la salud debe fortalecer la equidad y apuntar a la producción de políticas públicas que no solo incluyan al sector estrictamente sanitario.

Comunicar riesgo tiene como fin ayudar a que las personas decidan informadamente acciones en pro de su salud. Por ello, la GBP-CR está diseñada para ser utilizada por autoridades y actores claves de múltiples ámbitos, con un lenguaje claro y orientado a la práctica, tanto en la forma como en el contenido de los mensajes. La GBP-CR provee recomendaciones para elaborar una estrategia de comunicación de riesgo en crisis sanitarias de manera oportuna y efectiva. Además, brinda una pauta para la evaluación de comunicados sanitarios, desde la perspectiva de la comunicación de riesgo, que sirva para establecer planes de mejora e identificar puntos críticos que deben ser considerados para aumentar la efectividad de una estrategia comunicacional.

Dentro de las fortalezas del presente trabajo destacan su rigor

metodológico a través de un enfoque multi-método y secuencial, considerando literatura científica, opinión de expertos internacionales y el aporte de expertos locales para una construcción contextualizada a la realidad nacional. Estos tres pilares son fundamentales en el desarrollo de una estrategia con pertinencia territorial, promoviendo una integración de voces no jerárquica en línea con la descolonización de la salud global y la promoción de la salud ⁽¹⁹⁾ y se aseguró su aceptabilidad, testeándola con personas de la sociedad civil que se encontraban viviendo la crisis por COVID-19 en el momento de su participación. Por último, la guía desarrollada ha quedado a disposición de la comunidad y las autoridades para ser utilizada de forma libre y transparente, y podría ser adaptada para reflejar las necesidades de otras realidades y situaciones de crisis.

En cuanto a las limitaciones, la inclusión y participación de los expertos consultados pudo verse afectada por haberse realizado este proyecto en el contexto de la pandemia de COVID-19. Asimismo, la participación vía remota puede haber resultado en la exclusión de aquellas personas sin acceso a internet, o con una alfabetización digital deficiente.

CONCLUSIÓN

Se presenta la primera guía de comunicación de riesgo durante crisis sanitaria creada considerando la realidad local chilena y validada por expertos con diversas disciplinas y áreas de experticia lo que permitió consensuar opiniones para preparar mensajes sanitarios efectivos que permitan a las personas y comunidades tomar decisiones informadas, durante

períodos de alta incertidumbre y fatiga de información. Se espera que esta guía apoye los procesos de institucionalización de una estrategia de comunicación de riesgo que permita a las personas aumentar el control sobre sus vidas, durante crisis sanitarias, lo que es relevante cuando se deben enfrentar espacios institucionales altamente burocráticos y refractarios al cambio. En un escenario de crecientes tensiones globales y un cambio climático cada vez más irreversible, es esencial proveer a las comunidades de herramientas para promover su salud y bienestar de forma dinámica y adaptada a necesidades culturales concretas.

Aunque el proceso de investigación incluyó diversos expertos en Chile, es posible que sus opiniones no representen a todos aquellos que trabajan en el área de la comunicación en salud. Futuras investigaciones deberían considerar el testeado de la guía con comunicados de salud, que permita confirmar la inclusión de los elementos esenciales para la comunicación de riesgo y su adaptación a distintos contextos y tipos de crisis sanitarias.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Fuente de financiación: Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID) [Concurso de Asignación Rápida ANID COVID0386]. ANID no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito. La presente investigación no ha recibido ayudas

específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud [Internet]. 2012. [citado el 11 de octubre de 2023] Disponible en <https://www.leychile.cl/N?i=1039348&f=2012-10-01&p=>.
- (2) OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera conferencia internacional en promoción de salud 1986. [citado el 11 de octubre de 2023] Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- (3) Bravo P, Dois A, Contreras A, Soto G, Mora I. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. Rev Panam de Salud Publica [Internet]. 2018 [citado el 11 de octubre de 2023];42:e133. Disponible en <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.133>
- (4) Zarocostas J. How to fight an infodemic. The Lancet. 2020 Feb 29;395(10225):676.
- (5) Fernández González L, Bravo Valenzuela P. Expertos y redes sociales: ¿Cómo comunicarnos en tiempos de pandemia?. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Abr [citado el 12 oct. 2023] ; 148(4): 560-561. Disponible en:

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000400560&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400560>.
- (6) Valenzuela JP, Torres D. Lost in Translation: Sesgos y la información en la pandemia de COVID-19. *Rev. Chil. Anest.* [Internet]. 2020 [citado el 9 de oct. 2023]; 49(3): 401-07 Disponible en: <https://10.25237/revchil anestv49n03.019>
- (7) Bravo P, Martínez-Pereira A, Fernández-González L, et al What is needed to effectively communicate risk during a health crisis? A qualitative study with international experts based on the COVID-19 pandemic *BMJ Open* [Internet]2023[citado el 9 de oct. 2023];13: e067531. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067531>
- (8) Bravo P, Fernandez L, Russo M, Villarroel L, Dois A, Sepúlveda D, et al. Strategies for risk communication in the context of a health crisis. [Internet]. *PROSPERO* 2021 CRD42021234443. Disponible en: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021234443
- (9) Kyngäs H. Qualitative Research and Content Analysis. In: Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M, editors. *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Finland: Springer; 2020, p. 3-11.
- (10) Varela Ruiz M, Díaz Bravo L, García Durán R. Descripción y usos de la técnica Delphi en investigaciones del área de salud. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2012 [citado el 9 de oct. 2023];1(2):90-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=349736303007>
- (11) García V, Aquino S, Guzmán A, Medina A. El uso del método Delphi como estrategia para la valoración de indicadores de calidad en programas educativos a distancia. *Revista CAES* [Internet]. 2012 [citado el 6 de oct. 2023]; 3 (1): 200-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945837>
- (12) Carvajal A, Centeno C, Watson R., Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2011 [citado el 2 jun. 2023]; 34 (1): 63-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es.
- (13) Bravo P, Martínez A, Dois A, Fernández L, Sepúlveda D, Villarroel L, et al. Guía de buenas prácticas para la comunicación de riesgo durante una crisis sanitaria. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2021.
- (14) You J. Lessons from South Korea's Covid-19 Policy Response. *Am Rev Public Adm.* [internet] 2020 [citado el 2 de oct. de 2023];50(6-7):801-8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0275074020943708>
- (15) Updegraff JA, Emanuel AS, Gallagher KM, Steinman CT. Framing Flu Prevention-An Experimental Field Test of Signs Promoting Hand Hygiene During the 2009-2010 H1N1 Pandemic. *Heal Psychol.* [Internet] 2011[citado el 8 de oct.

- 2023];30(3):295-9. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1037/a0023125>.
PMID: 21553973.
- ⁽¹⁶⁾Macassi S. Comunicación para el cambio de comportamientos y estrategias sanitaria del gobierno peruano frente al COVID-19. *Chasqui Rev Latinoam Comun.* [Internet]. 2020 citado el 8 de oct. 2023];1(145):235-58. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718838>
- ⁽¹⁷⁾Thakadu OT, Reetsang NP. Communicating livestock disease risks in Ngamiland: the case of contagious bovine pleuropneumonia. *South African Geogr J* [Internet]. 2019 [citado el 8 de oct. 2023]; 101(2):192-209. Disponible en:
- <https://doi.org/10.1080/03736245.2019.1581080>
- ⁽¹⁸⁾Centers for Disease Control and Prevention. *Psychology of a Crisis 2019 Update CERC : Psychology of a Crisis.* US Dep Homel Secur [Internet]. 2019 [citado el 8 de oct. 2023];2-16. Disponible en: https://www.cdc.gov/healthcommunication/risk_communication.html
- ⁽¹⁹⁾Kwete X, Tang K, Chen L, Ren R, Chen Q, Wu Z, Cai Y, Li H. Decolonizing global health: what should be the target of this movement and where does it lead us?. *Global Health Research and Policy.* 2022 Jan 24 [citado el 8 de oct. 2023];7(1):3. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41256-022-00237-3>.