

**CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE  
CONTRAER EL CORONAVIRUS EN TRABAJADORES DEL  
SECTOR DE SERVICIOS**

**AREVALO SALAS ERIKA PATRICIA  
BENEDETTI BERNAL MARIA CAROLINA  
CORREA ALVAREZ OSCAR MAURICIO  
DE LA ROSA SANCHEZ SOREDIS MALENA**

**Profesores Tutores**

**MARTHA MENDINUETA MARTÍNEZ  
ERIKA PALACIO DURAN  
YANETH HERAZO BELTRÁN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
BARRANQUILLA, 2021**

## AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan duro y lleno de dificultades como el desarrollo de un trabajo de investigación el análisis y objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas para este trabajo.

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión de la Dra. Aliz Herazo Beltrán a quien nos gustaría expresar nuestro más sincero agradecimiento, por hacer posible este estudio. Así mismo, agradecemos su paciencia, dedicación y tiempo para que esto saliera de manera exitosa.

Nos gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas y colegas nos han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo. Así mismo a la población participante y motivación a realizar este estudio debido al impacto severo que genera el COVID-19 en la salud pública a nivel mundial siendo una batalla que debemos luchar y ganar como humanidad.

## TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN .....	1
2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTICACION .....	1
3. OBJETIVOS .....	5
4. MARCO TEORICO .....	13
5. DISEÑO METODOLOGICO.....	19
6. RESULTADOS.....	22
7. DISCUSION .....	29
8 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS .....	35
10. ANEXOS.....	36

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector de servicios.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal en 735 trabajadores de empresas del sector económico Servicios. Se usó el Modelo de Creencias en Salud para explorar cuatro dimensiones: Susceptibilidad percibida, Severidad percibida, Beneficios y Barreras percibidas; el cuestionario constaba de 24 preguntas, cada categoría contenía cinco (5) ítems, más cuatro preguntas adicionales sobre comportamientos y actitudes dirigidas a mejorar la salud general, dimensión denominada Motivación para la salud. El cuestionario utilizó la Escala de Borg de 0-100 y las respuestas a cada pregunta fueron Nada en absoluto, Débil, Moderado, Fuerte y Máximo.

**Resultados:** El 64,3% percibe como moderada y máxima la creencia de un posible contagio del coronavirus en los diferentes ámbitos y entornos del diario vivir. La actividad de lavado de manos y aplicación de gel de alcohol con regularidad el 48.6% de los colaboradores opinan que es factible mientras que el resto opinan que no es relevante para prevenir el contagio. El 40,7% de los sujetos participantes en el estudio consideran fuerte la posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario.

**Conclusión:** Existe una tendencia a percibir el Covid-19 como una enfermedad que pone en riesgo la vida propia y de los demás, sin embargo, se presentan dificultades relacionadas con el desarrollo de hábitos que reduzcan la probabilidad de contagio del virus SARS-Cov-2, causante de la enfermedad ya mencionada.

**Palabras clave:** Covid-19, creencias en salud, trabajadores

## 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El COVID-19, fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020, lo que conllevó a tomar medidas como el aislamiento y/o distanciamiento social con el fin de reducir la transmisión del virus y evitar que personas sanas entren en contacto con personas infectadas (1). La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, las personas infectadas experimentan una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se pueden recuperar sin necesidad de un tratamiento especial; aunque, las personas mayores o con problemas médicos subyacentes como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades graves o de morir (2). Se han observado 135.646.617 casos confirmados de COVID-19 y 2,930,732 muertes a nivel mundial, en Colombia son 2.518.715 casos confirmados y 65.608 muertes (3).

El virus COVID-19 se propaga principalmente a través de gotitas de saliva o secreciones nasales cuando una persona infectada tose o estornuda, por lo que es necesario el cumplimiento de medidas claves como son el distanciamiento social, el uso de tapabocas o mascarilla facial, el lavado de manos y evitar sitios con baja circulación de aire (4). En este escenario el afrontamiento de esta problemática que afecta a nivel mundial es importante y clave para sobrellevar y aprender a desarrollar diferentes estrategias que permitan a las personas mantener rutinas tanto físicas como mentales para así prevenir el contagio y exposición al virus (1).

Entre las reacciones emocionales a esta situación está el miedo ante los diversos riesgos que podrían causar problemas a la salud e incluso la muerte, sentimiento que evita la exposición lo que puede resultar peligroso, desencadenando comportamientos de seguridad como la adopción de las medidas de prevención necesarias como lavado de manos, uso de tapabocas y distanciamiento social (5).

Lo contrario a la percepción de peligro ante una situación de riesgo es cuando el miedo es insuficiente y se ignoran los riesgos y las medidas preventivas recomendadas (6). La gestión de una crisis comienza con la percepción del riesgo y la adopción de medidas para reducir ese riesgo y prever todos los aspectos de la crisis; el riesgo de una pandemia mundial ha aumentado en los últimos tiempos, pero la percepción de ese riesgo no se ha ajustado a la realidad, lo cual inquieta porque una buena percepción del riesgo contribuye a asumir con responsabilidad todos los protocolos para evitar el contagio (7).

Esta situación compleja a causa de la emergencia sanitaria ha colocado una carga adicional sobre los gobiernos y las autoridades de salud, y es la implementación de medidas que generen conciencia para que la población tenga acertadas percepciones del riesgo para la salud, sin embargo, muchas personas no acatan estas guías; los grupos de mayor edad, las mujeres y los que trabajan de manera presencial, se perciben más vulnerables a la enfermedad, también consideran que las medidas adoptadas por el gobierno, como el distanciamiento social, cuarentena, entre otros, no son suficientes y apoyan medidas más estrictas de salud pública (8). La percepción de riesgo de COVID-19 varía entre profesionales de la salud portugueses y la población en general, el 54,9% del personal de la salud creían que había una alta probabilidad de infectarse en contraste con el 24% de la población; en cuanto al aislamiento preventivo una mayoría significativa de ambos grupos confía en su efectividad para controlar este virus (9).

Uno de los factores que pueden influir en la baja o alta percepción de riesgo de las personas y el nivel de aceptación de las medidas de mitigación son los medios de comunicación, la difusión de noticias falsas e información engañosa puede resultar en una percepción incorrecta del riesgo (10). Se han reportado percepciones erróneas sobre el virus, entre ellas, la sobrestimación de la probabilidad de muerte en las personas contagiadas, un nivel alto riesgo de muerte por COVID-19 en los niños, la creencia que el solo uso de mascarillas bastaba para evitar el contagio, hacer lavados en la nariz con solución salina y tomar antibióticos eran métodos

efectivos para prevenir el contagio (11). En Colombia encontró que el 15% de los participantes informaron un alto estrés percibido asociado con COVID-19, el cual se relacionó con las estrategias inconsistentes percibidas adoptadas por las autoridades de salud en vista de las recomendaciones científicamente verificadas (12).

Todos estos estudios reflejan que la percepción de riesgo para la salud que genera el coronavirus varía según los diferentes aspectos sociodemográficos, lo que genera el aumento de creencias erróneas y desinformación que conlleva a un probable aumento de los casos de COVID-19, por ello, el grupo de estudiantes de la Especialización en Seguridad y Salud en el trabajo se plantean el siguiente interrogante ¿Cuáles son las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector de servicios?

Actualmente, el mundo se encuentra en una situación compleja a causa de la emergencia sanitaria que ha causado la enfermedad del coronavirus (COVID-19), que ha evolucionado rápidamente convirtiéndose en una pandemia (13), por ello, estudiar las percepciones del riesgo a contagiarse por COVID 19 de las personas es importante porque no ha sido investigado en la región caribe colombiana y por tanto, proporciona nueva información sobre las respuestas de la población trabajadora a la cuarentena y que deben ser consideradas por las autoridades sanitarias para mejorar los canales de comunicación con el público general disminuyendo los efectos psicosociales de la pandemia.

Este proyecto permitirá obtener datos objetivos sobre las percepciones de riesgo de los trabajadores durante la cuarentena para comparar con información de otras regiones de Colombia u otros países. Se espera que este proyecto aporte un diagnóstico de la situación de salud de los colombianos para futuras políticas públicas y para que las empresas contribuyan mediante programas de educación para la salud a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas saludables de sus colaboradores. Lo anterior redundará en menores tasas de contagio porque en la

medida en que la personas asuman el autocuidado según las recomendaciones actuales, el beneficio es colectivo. El proyecto contó con recursos económicos para sustentar los gastos necesarios para el desarrollo adecuado y óptimo de la investigación, y de esta manera, se pudo obtener una información de calidad que permita tomar mejores decisiones. Al mismo tiempo, se contó con el recurso humano para las tutorías temática y metodológicas necesarias para el desarrollo del estudio, adicional a esto, para desarrollar el tema de la investigación se tuvo acceso a información científica relevante y actualizada a través de las bases de datos que aporta la Universidad Simón Bolívar. Igualmente, la investigación contó con la buena actitud de los sujetos de estudio, facilitando el trabajo de los investigadores.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL

Determinar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector de servicios

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas, laborales y de salud de los trabajadores.
- Determinar la susceptibilidad percibida sobre la probabilidad de infección por coronavirus en los sujetos de estudio.
- Establecer la severidad percibida por los trabajadores con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas.
- Describir los beneficios percibidos por los trabajadores por la efectividad de los mecanismos adoptados para prevenir la infección.
- Identificar las barreras percibidas de los trabajadores para respetar las normas y instrucciones para proteger y evitar la infección por coronavirus.
- Establecer la motivación de los trabajadores hacia acciones para mejorar la salud.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) postula que los mensajes lograrán un cambio de comportamiento óptimo si se dirigen con éxito a la percepción de barreras, beneficios, autoeficacia y de amenaza; se basa en seis constructos predicen el comportamiento de salud: riesgo de susceptibilidad, gravedad del riesgo, beneficios para la acción, barreras para la acción, autoeficacia y señales para la acción (14). Teoriza que las creencias de las personas tienen sobre si están en riesgo de contraer una enfermedad o problema de salud, y sus percepciones de los beneficios de tomar medidas para evitarlo, influyen en su disposición a actuar (15). El MCS fue desarrollado en la década de 1950 por psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para explicar el fracaso generalizado de las personas para participar en programas para prevenir y detectar enfermedades y posteriormente, el modelo se amplió para estudiar las respuestas de las personas a los síntomas y sus comportamientos en respuesta a una enfermedad diagnosticada, en particular la adherencia a los regímenes médicos (16).

El MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud y las creencias que las personas tienen sobre los síntomas de enfermedades diagnosticadas; la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas (17). Dentro del contexto de la salud este comportamiento depende de dos variables: el deseo de evitar enfermarse y la creencia de que una acción saludable evitará que el individuo se enferme (18). El MCS se basa en una perspectiva sociocognitiva para explicar el fracaso de algunas personas en el uso de conductas preventivas de salud para la detección temprana de enfermedades, la respuesta del paciente a los síntomas y la atención médica; la teoría plantea la hipótesis de que es probable que

las personas adopten una determinada conducta relacionada con la salud en la medida en que perciban que podrían contraer la enfermedad o ser susceptibles al problema; creen que el problema tiene consecuencias graves o interferirá con su funcionamiento diario; cree que la intervención o acción preventiva será eficaz para reducir los síntomas; y percibir pocas barreras para emprender acciones (19).

El MCS se ha usado en una variedad de entornos de salud pública, entre ellos, ayudar a aumentar las tasas de detección voluntaria del cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, para dejar de fumar, uso de anticonceptivos, cuidado dental y alimentación saludable; la capacidad del modelo para explicar y predecir una variedad de comportamientos relacionados con la salud se ha validado en varios dominios y entre poblaciones de amplio rango, igualmente, para diseñar muchas intervenciones de salud exitosas (20).

### 3.2 Constructos del Modelo de Creencias en Salud

Los cinco componentes principales del modelo la susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios y barreras percibidos y señales para la acción son el núcleo para las intervenciones que intentan reducir los factores de riesgo para diferentes enfermedades (15, 16).

**Susceptibilidad percibida:** La susceptibilidad percibida se refiere a las creencias sobre la probabilidad de contraer una enfermedad o afección. Hace referencia a la probabilidad de que un individuo le asigne a la vulnerabilidad al desarrollo de una condición de salud, es decir, es la creencia subjetiva que una persona tiene respecto a la probabilidad de adquirir una enfermedad o estado dañino como resultado de un comportamiento particular. La susceptibilidad percibida explica que las personas estarán más motivadas para comportarse de manera saludable si creen que son vulnerables a un determinado resultado de salud negativo. La percepción personal de riesgo o vulnerabilidad es importante en la promoción de la adopción de comportamientos o conductas que reduzcan el riesgo, en otras palabras, la

susceptibilidad percibida es predictiva de una serie de acciones para fomentar la salud (20).

**Severidad percibida:** Los sentimientos sobre la gravedad de contraer una enfermedad o de dejarla sin tratar incluyen evaluaciones de las consecuencias médicas y clínicas (por ejemplo, muerte, discapacidad y dolor) y posibles consecuencias sociales (como los efectos de las condiciones en el trabajo, la vida familiar y relaciones sociales). La severidad percibida se refiere a qué tan graves cree un individuo que serán las consecuencias de desarrollar la condición de salud, se trata de la creencia subjetiva de un individuo en el alcance del daño que puede causar la adquisición de la enfermedad o el estado insalubre, como resultado de un comportamiento particular. Es más probable que un individuo tome una acción para prevenir la enfermedad si cree en los posibles efectos negativos fisiológicos, psicológicos y sociales que resultan de enfermarse, aunque, si el resultado de salud indeseable no tiene un gran impacto en la vida del individuo, no estará motivado para actuar para evitarlo incluso cuando esté en riesgo (21).

**Beneficios percibidos:** creencias de la persona con respecto a los beneficios percibidos de las diversas acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad. Otras percepciones no relacionadas con la salud, como los ahorros financieros relacionados o complacer a un miembro de la familia, también pueden influir en las decisiones de comportamiento (16). Otros autores la definen como la opinión subjetiva de un individuo sobre el valor o la utilidad de realizar un comportamiento de salud para compensar la amenaza percibida; el beneficio percibido motiva a tomar medidas para cambiar el comportamiento con la creencia de que el comportamiento de precaución prevendrá efectivamente la condición y proporcionará importantes beneficios positivos (22).

**Barreras percibidas:** aspectos negativos de una acción de salud en particular que pueden actuar como impedimentos para emprender los comportamientos recomendados. se refiere a la evaluación subjetiva de un individuo de las

dificultades o los obstáculos asociados con la conducta objetivo. Las personas no realizan un comportamiento a pesar de su creencia sobre su beneficio de tomar la acción para reducir la amenaza si la barrera supera el beneficio; la barrera a menudo se relaciona con las características de la medida de promoción de la salud, por ejemplo, puede resultar caro, doloroso, inconveniente y desagradable, las cuales alejan a la persona de adoptar el comportamiento adecuado (23).

**Señales para la acción:** factores para instigar la acción, como eventos corporales, o eventos ambientales, como publicidad en los medios. Indica un desencadenante de la conducta de salud cuando se mantienen las creencias adecuadas, las señales para la acción podrían incluir señales externas como una campaña en los medios de comunicación, influencia social o señales internas como un cambio negativo en el estado corporal o la percepción de los síntomas. De manera más general, las señales para la acción pueden ser eventos, personas o cosas que incitan a las personas a cambiar su comportamiento (23).

**La autoeficacia:** Es un término que se utiliza para describir la creencia de un individuo sobre su capacidad para realizar el comportamiento en cuestión (24). Las creencias de autoeficacia determinan cómo las personas se sienten, piensan, se motivan y se comportan. Tales creencias producen estos diversos efectos a través de cuatro procesos principales que incluyen procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección.

### 3.3 COVID 19

A finales de 2019, se presentó en la ciudad de Wuhan en China varios casos de neumonía; el nuevo coronavirus responsable de este brote se denominó SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa el virus se le llamó COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019); el contagio se produce de persona a personas y las tasas de letalidad inicialmente oscilaron entre el 2,5% y el 3%, 4,5 lo que provocó una respuesta global (25). Lo anterior, motivó la implementación de una serie de medidas para la mitigación del contagio, entre ellas el aislamiento social obligando

que las personas permanezcan en sus hogares el mayor tiempo posible y eviten las reuniones y aglomeraciones, asimismo, el lavado de manos, el distanciamiento social al menos entre 1 y 2 m de distancia de los demás y el uso de tapabocas permanente (2). La COVID-19 se caracteriza por fiebre alta, dificultad para respirar, tos seca y neumonía atípica y generalmente se confirma mediante una prueba de ARN positiva o una tomografía computarizada de los pulmones, también se observa la pérdida súbita del olfato y el gusto, en casos graves se produce el síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a alrededor del 3% de los infectados a la muerte (26).

Además, se observaron dolor de cabeza, mareos, debilidad generalizada, vómitos y diarrea; se reconoce que los síntomas respiratorios de COVID-19 son heterogéneos, que van desde síntomas mínimos hasta una hipoxia significativa con síndrome de distres respiratorio agudo, que puede aparecer en tiempos tan cortos como 9 días, lo que sugiere que los síntomas respiratorios podrían progresar rápidamente; la mortalidad es mayor en la población de adultos mayores y la incidencia es mucho menor en los niños (27). La infección por COVID-19 produce diversos síntomas y morbilidad según la genética, el origen étnico, la edad y la ubicación geográfica individual; la fisiopatología de COVID-19 incluye destrucción de células epiteliales pulmonares, trombosis, hipercoagulación y fuga vascular que conduce a sepsis. Estos eventos conducen al síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y la consiguiente fibrosis pulmonar en los pacientes. Los factores de riesgo de COVID-19 incluyen enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes (28).

La infección puede transmitirse por portadores asintomáticos, presintomáticos y sintomáticos y el tiempo promedio desde la exposición hasta el inicio de los síntomas es de 5 días, el 97,5% de las personas que desarrollan síntomas lo hacen en 11,5 días (29). Entre las medidas de salud pública para controlar la epidemia por COVID 19 está la contención comunitaria que va desde el aumento del distanciamiento social hasta la cuarentena en toda la comunidad (30). Diversas

comunidades han respondido positivamente a las intervenciones obligatorias de salud pública implementadas a nivel nacional, actitud que genera un mayor conocimiento y una mejor conciencia de los riesgos relacionados con la pandemia COVID-19 y la consecuente necesidad de un comportamiento seguro y responsable (31).

El MCS se ha utilizado para comprender los comportamientos de salud del público durante la pandemia, ayudando a determinar las percepciones del público hacia el distanciamiento físico y demás medidas de contención, utilizando las cuatro construcciones clave del modelo; la información de las noticias y los informes de los medios, las acciones de políticas gubernamentales y los comentarios del público durante el brote, alteran el comportamiento de un individuo en cuanto a las barreras, los beneficios, la autoeficacia y la amenaza percibidos (32). Los autores explican que la percepción de susceptibilidad es el factor más importante para influir en el cumplimiento del uso de la máscara y para aumentar esta susceptibilidad se deberían incrementar los procesos de educación sobre las infecciones respiratorias, lo cual ayuda a aumentar los beneficios percibidos por el público, que luego también pueden contribuir a aumentar el cumplimiento del uso de mascarillas (33).

## 4 DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 Tipo de Estudio

Esta investigación utilizó un enfoque cuantitativo y el tipo de estudio fue descriptivo transversal porque en un momento dado se evaluaron las variables de estudio.

### 5.2 Delimitación Espacial y Temporal

Esta investigación se realizó en personas que residen en la costa caribe colombiana, durante el periodo de marzo y abril de 2021.

### 5.3 Población de Estudio. Muestra y Muestreo

La población total de estudio está constituida por todos los trabajadores de empresas del sector económico Servicios. Participaron 735 personas mayores de 18 años y se excluyen las personas con discapacidad auditiva y visual.

### 5.4 Variables de estudio

Tabla 1. Operacionalización de variables

Macrovariables	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
Sociodemográficas	Sexo	Condición biológica que diferencia a los hombres de las mujeres	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculina
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos
	Estrato Socioeconómico	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, para el cobro diferencial, es decir, para asignar subsidios y cobrar sobrecostos o contribuciones.	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
	Estado Civil	Situación conyugal	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado

					Divorciado Unión Libre Viudo
	Nivel Educativo	Conjunto de grados que un padre siguió en un establecimiento académico	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Técnica Tecnológica Profesional Postgrado
Laborales	Jornada laboral	Tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo para la cual fue contratado.	Cualitativa	Nominal	Diurna Nocturna
	Antigüedad en el trabajo	Duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador	Cualitativa	Ordinal	Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Más de 5 años
	Horas laboradas por día	Número total de horas efectivamente trabajadas en 1 día	Cualitativa	Ordinal	Menos de 8 horas 8 horas Más de 8 horas
Antecedentes de salud	Diagnóstico de COVID 19	Diagnóstico médico luego de la técnica de laboratorio reacción en cadena de la polimerasa (PCR)	Cualitativa	Nominal	Si No
Creencias en salud	Susceptibilidad percibida	Conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Severidad percibida	Creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Beneficios percibidos	Eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Barreras percibidas	Dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Motivación para la salud	Problemas generales de salud que se adoptan para mejorar la salud (dieta, ejercicio, etc.)	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte

					Máximo
--	--	--	--	--	--------

**5.5 FUENTES:** En esta investigación se usaron fuentes primarias porque la información se obtuvo de forma directa de los trabajadores que hicieron parte de la población de estudio.

### **5.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La población total de estudio está constituida por todos los trabajadores de empresas del sector económico Servicios. Participaron 735 personas mayores de 18 años y se excluyen las personas con discapacidad auditiva y visual.

El cuestionario que incluyó cada uno de los instrumentos de medición de las variables de estudio, se aplicó vía correo electrónico. Previo a la aplicación de los instrumentos de evaluación, se solicitó el consentimiento informado. El acercamiento a los individuos se realizó a través de la oficina de Talento Humano de cada empresa.

La encuesta contiene preguntas sobre las características sociodemográficas de los sujetos tales como: rango de edad del que responde, sexo, edad, nivel educativo, y estrato socioeconómico. Igualmente, se indaga por las características laborales: jornada laboral, antigüedad en el trabajo y horas laboradas por día. Se usó el MCS para explorar cuatro dimensiones: Susceptibilidad percibida, Severidad percibida, Beneficios y Barreras percibidas; el cuestionario constaba de 24 preguntas, cada categoría contenía cinco (5) ítems, más cuatro preguntas adicionales sobre comportamientos y actitudes dirigidas a mejorar la salud general, dimensión denominada Motivación para la salud. El cuestionario utilizó la Escala de Borg de 0-100 y las respuestas a cada pregunta fueron Nada en absoluto, Débil, Moderado, Fuerte y Máximo (34).

**5.7 Aspectos éticos:**

De acuerdo con la Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 y su Artículo 11, la presente investigación es considerada sin riesgo porque las técnicas y métodos de investigación utilizados fueron entrevistas y cuestionarios, los cuales no representaron daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

**5.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.**

El procesamiento de los datos y análisis de la información se realizó mediante el paquete estadístico el software SPSS versión 24.0 (licencia Universidad Simón Bolívar). Las variables categóricas se analizan mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las cuantitativas medias y desviación estándar.

## 5 RESULTADOS

La Tabla 2 muestra que de los 735 sujetos que participaron en el estudio el 51,6% de los participantes fueron del sexo femenino. En cuanto al rango de edad, la mayoría 78,5% se encuentra en el rango de edad de 27 a 59 años. El 73,1% son de estrato socioeconómico bajo. En relación con el estado civil, el 47,5% se encuentra sin pareja. 77,4% de los trabajadores del sector servicios son de un nivel de escolaridad alto, se distinguen menos personas con un nivel de escolaridad bajo.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Femenino	379	51,6
Masculino	356	48,4
<b>Rango de Edad</b>		
18 a 26 años	137	18,6
27 a 59 años	577	78,5
Mayor de 60 años	21	2,9
<b>Estrato Socioeconómico</b>		
Estrato bajo	537	73,1
Estrato alto	198	26,9
<b>Estado civil</b>		
Con pareja	386	52,5
Sin pareja	349	47,5
<b>Nivel educativo</b>		
Nivel bajo	166	22,6
Nivel alto	569	77,4

En la Tabla 3 se observa que en el 94% de los trabajadores que participaron en este estudio su jornada laboral es la diurna. Mientras que el porcentaje de horas laborales varía, la mayoría labora 8 horas (62,9%) y el 24% de los trabajadores cumple su jornada por más de las 8 horas. En la recolección de estos datos se concluye que la variable tiempo de antigüedad laboral fue mayor por un 44,5% de uno a cinco años.

**Tabla 2. Características laborales de los sujetos de estudio.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Jornada laboral</b>		
Diurna	691	94,0
Nocturna	44	6,0
<b>Horas laboradas al día</b>		
Menos de 8 horas	96	13,1

8 horas	462	62,9
Más de 8 horas	177	24,1
<b>Antigüedad en el trabajo</b>		
Menos de 1 año	153	20,8
Entre 1 y 5 años	327	44,5
Más de 5 años	255	34,7

En la Tabla 4 se muestra que el 20% de los participantes han tenido COVID 19, lo que corresponde a 147 personas.

**Tabla 4. Diagnóstico de COVID 19**

<b>COVID 19</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	588	80,0
Si	147	20,0

De acuerdo con el nivel de susceptibilidad percibida se observa una apreciación débil en un 35% de los encuestados en cuanto a la creencia de un posible contagio del coronavirus en los diferentes ámbitos y entornos del diario vivir de las personas, mientras que el 64,3% lo percibe como moderada y máxima esa posibilidad. Por otro lado, se observa que un 46% tiene una apreciación débil de la posibilidad de contagio al tener contacto con grupos de exposición como las multitudes y/o pacientes, la exposición a lugares como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños u o aglomeraciones y transporte público. Se observa una percepción débil de un 46,1% de la relación entre su estado general de salud y la probabilidad de contraer el virus. 54,3% tiene una percepción ante la probabilidad de que los síntomas de fiebre por encima de 37,8 °C y dolor en el cuerpo durante 2 días sea una gripe en lugar de un coronavirus es débil en un porcentaje de 41,6%, mientras que una percepción fuerte ante la posibilidad de que si sea coronavirus se observó en un 29,4% (Tabla 5).

**Tabla 5. Susceptibilidad percibida: conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
El riesgo que corro de contraer el coronavirus en mi rutina diaria es		
Nada en absoluto	26	3,5
Débil	258	35,1
Moderado	241	32,8
Fuerte	165	22,4
Máximo	45	6,1
Mi exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes) es:		
Nada en absoluto	63	8,6
Débil	338	46,0
Moderado	202	27,5
Fuerte	100	13,6
Máximo	32	4,4
Mi exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público, entre otros es:		
Nada en absoluto	26	3,5
Débil	339	46,1
Moderado	208	28,3
Fuerte	121	16,5
Máximo	41	5,6
Según mi estado de salud general, mi probabilidad de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	31	4,2
Débil	399	54,3
Moderado	222	30,2
Fuerte	66	9,0
Máximo	17	2,3
La probabilidad de que los síntomas de fiebre por encima de 37,8 °C y dolor en el cuerpo durante 2 días sea una gripe en lugar de un coronavirus es:		
Nada en absoluto	51	6,9
Débil	306	41,6
Moderado	216	29,4
Fuerte	133	18,1
Máximo	29	3,9

En la Tabla 6 se muestra que el 35,5 % de los participantes considera que, ante un contagio por el coronavirus, la intensidad de los síntomas sería débil, en cuanto a la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus lo consideraron un 51%. En relación con la posibilidad de quedar comprometido para hacer sus actividades físicas se observó que el 45,7 % la considera débil. En relación con que las personas al contraer el virus si van a presentar dificultad respiratoria, el 60,4% tienen una creencia entre moderada y máxima.

**Tabla 6. Severidad percibida: creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si contraigo el coronavirus, la intensidad de mis síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería:		
Nada en absoluto	107	14,6
Débil	261	35,5
Moderado	184	25
Fuerte	170	23,1
Máximo	13	1,8
Si contraigo el coronavirus, creo que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona es:		
Nada en absoluto	62	8,4
Débil	375	51
Moderado	174	23,7
Fuerte	106	14,4
Máximo	18	2,4
Si contraigo el coronavirus, la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer mis actividades diarias es:		
Nada en absoluto	56	7,6
Débil	336	45,7
Moderado	148	20,1
Fuerte	157	21,4
Máximo	38	5,2
Si contraigo el coronavirus, mi dificultad respiratoria sería:		
Nada en absoluto	64	8,7
Débil	374	50,9
Moderado	154	21
Fuerte	125	17
Máximo	18	2,4
Creo que la mayoría de las personas tendrán síntomas graves es:		
Nada en absoluto	21	2,9
Débil	270	36,7
Moderado	278	37,8
Fuerte	143	19,5
Máximo	23	3,1

En la Tabla 7 se describen los beneficios percibidos de las medidas de prevención. El 71.8% de los trabajadores del sector servicio creen que el quedarse en casa no garantiza las posibilidades de contraer coronavirus. El 59.8% participantes de este estudio perciben entre moderado, fuerte y máximo que teniendo síntomas leves la posibilidad acudir al servicio de salud y poder obtener un diagnóstico lo puede lograr de manera moderada. De los 735 encuestados el

48,3% opina que el hecho de utilizar antigripal y antipiréticos la posibilidad de infectarse por coronavirus es débil no es en su totalidad seguro. El hecho de caminar con mascarilla o tapabocas por las calles o asistir al trabajo el 65,2% de los participantes piensa que es una medida débil. La actividad de lavado de manos y aplicación de gel de alcohol con regularidad el 48,6% de los colaboradores opinan que es factible mientras que el resto opinan que no es relevante para prevenir el contagio.

el 40,7% de los sujetos participantes en el estudio consideran fuerte la posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario.

**Tabla 7. Beneficios percibidos: eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si me quedo en casa, mis posibilidades de contraer el coronavirus son:		
Nada en absoluto	116	15,8
Débil	528	71,8
Moderado	54	7,3
Fuerte	28	3,8
Máximo	9	1,2
Si tengo síntomas leves (fiebre, tos, dolor corporal y secreción nasal) la posibilidad de acudir al servicio de salud y tener un diagnóstico es:		
Nada en absoluto	32	4,4
Débil	264	35,9
Moderado	182	24,8
Fuerte	141	19,2
Máximo	116	15,8
Si tomo antigripal y antipiréticos, la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus es:		
Nada en absoluto	111	15,1
Débil	355	48,3
Moderado	179	24,4
Fuerte	73	9,9
Máximo	17	2,3
Si uso una mascarilla o tapabocas, el riesgo de contraer el coronavirus al caminar por la calle o en el trabajo es:		
Nada en absoluto	53	7,2
Débil	479	65,2
Moderado	116	15,8
Fuerte	62	8,4
Máximo	25	3,4
Creo que el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad es:		
Nada en absoluto	29	3,9
Débil	349	47,5

Moderado	107	14,6
Fuerte	169	23,0
Máximo	81	11,0

En cuanto a las barreras percibidas en la Tabla 8 se observa que el 26,4% de los encuestados consideran máximo su capacidad de trabajar desde casa o de forma remota. En relación con la posibilidad de perder el trabajo si trabaja desde casa de los 735 encuestados el 40,1% la perciben débil. Asimismo, se observa que el 36,2% cree que la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde su trabajo en lugar del transporte público no constituye un riesgo. Con respecto a la posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas el 29,5% la valora como débil. Por otro lado, se logra evidenciar que el 40,7% de los sujetos participantes en el estudio consideran fuerte la posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario.

**Tabla 8. Barreras percibidas: dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mi capacidad para trabajar desde casa o de forma remota es:		
Nada en absoluto	91	12,4
Débil	173	23,5
Moderado	112	15,2
Fuerte	165	22,4
Máximo	194	26,4
Creo que, si trabajo en casa, la posibilidad de perder mi trabajo es:		
Nada en absoluto	161	21,9
Débil	295	40,1
Moderado	84	11,4
Fuerte	113	15,4
Máximo	82	11,2
Creo que la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público es:		
Nada en absoluto	110	15,0
Débil	266	36,2
Moderado	127	17,3
Fuerte	137	18,6
Máximo	95	12,9
La posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas es:		
Nada en absoluto	57	7,8
Débil	217	29,5
Moderado	184	25,0
Fuerte	157	21,4

Máximo	120	16,3
La posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario es:		
Nada en absoluto	14	1,9
Débil	151	20,5
Moderado	185	25,2
Fuerte	299	40,7
Máximo	86	11,7

En cuanto a la motivación general o medidas a tomar para minimizar el impacto de un posible contagio, se denota una claridad respecto a las precauciones a tener en cuenta referente al cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para minimizar las probabilidades de contraer el virus como lavándose las manos la percepción es fuerte con un 36,1 % para un total de 265 encuestados. Ante la percepción de que si toman un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es débil con un 48,2%. Se observa un nivel de percepción débil ante la posibilidad de que Si usan una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo, hay menor riesgo de contagiarse con el coronavirus (65,4%).

**Tabla 9. Motivación para la salud: problemas generales de salud que se adoptan para mejorar la salud (dieta, ejercicio, etc.)**

	Frecuencia	Porcentaje
Creo que la oportunidad de "lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus" es:		
Nada en absoluto	13	1,8
Débil	146	19,9
Moderado	110	15,0
Fuerte	265	36,1
Máximo	201	27,3
Si tomo un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	39	5,3
Débil	354	48,2
Moderado	242	32,9
Fuerte	66	9,0
Máximo	34	4,6
Si uso una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo, mi riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	45	6,1
Débil	481	65,4
Moderado	129	17,6
Fuerte	53	7,2
Máximo	27	3,7

Creo que, si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas, mi riesgo de no contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	35	4,8
Débil	451	61,4
Moderado	139	18,9
Fuerte	80	10,9
Máximo	30	4,1

## 6. DISCUSIÓN

El COVID-19 es una pandemia mundial que ha creado desafíos sin precedentes para los profesionales de las ciencias de la salud; les corresponde abordar una categoría medular en esta contingencia epidemiológica, ante la percepción de riesgo. Los resultados muestran que la mayoría de participantes presentan una percepción de riesgo alta y media frente a la enfermedad y sus consecuencias, destacándose el temor a la muerte de un familiar o a enfermar gravemente, también se identificó que los encuestados presentan una baja percepción de riesgo para los componentes relacionados con la probabilidad de contagiarse en situaciones de alta transmisión viral, por lo que no adoptan de manera adecuada las medidas de autocuidado y aislamiento social.

Los resultados de esta investigación muestran que la mayoría de la población percibe un riesgo alto ante los síntomas presentados ante el COVID 19. Estos resultados coinciden con los resultados de la investigación realizada en Irán, en la cual el 50% de la población la consideró como una enfermedad grave y letal. Por otro lado según las respuestas del 69,1% de los participantes, considera que esta epidemia tuvo efectos muy negativos en su rutina y actividades diarias, esta converge con los porcentajes obtenidos en la investigación relacionada con las barreras percibidas en cuanto a las dificultades para respetar las reglas o instrucciones de prevención (35).

En cuanto a las medidas preventivas ante el COVID 19 la mayoría considera que el uso de la mascarilla en momentos de exposición disminuye el riesgo de contraer el virus, igual que el lavado de manos y aplicación de gel de alcohol con regularidad. Lo anterior concuerda con los hallazgos de otra investigación en la cual los participantes del estudio estuvieron de acuerdo con las medidas preventivas como el uso de mascarilla en un 84%, regular lavado de manos (89%), uso de desinfectantes de manos (89,62%) (36). Más de la mitad de las personas del

presente estudio consideran que el evitar salir de casa disminuye el riesgo de exposición, se puede relacionar con la percepción de la población evaluada por Honarvar et al. (35) quienes consideran que la práctica apropiada más frecuente es la reducción de los desplazamientos innecesarios fuera del hogar (72,1%).

La actual pandemia de Covid-19, producida por una cepa mutante de coronavirus, ha generado en todo el mundo, en el siglo 21, una severa crisis económica, social y de salud, nunca vista, los autores explican que muchos países en el mundo hacen vigilancia genómica, la cual consiste en que a un grupo de pacientes se les realiza una toma de pruebas de la nueva cepa, en estos estudios, se encontró que existen hasta siete variaciones en el genoma, por lo tanto, es más transmisible el virus y se adhiere más a las personas (37). Los estudios sugieren que esta nueva variante puede ser entre 50 a 70 por ciento más contagiosa, la buena noticia es que no aumenta la letalidad y no hay evidencia hasta el momento que esta nueva cepa sea dominante y debilite las vacunas que hoy se están aplicando en los diferentes países del mundo.

El virus COVID 19, ha causado una severa pandemia a nivel mundial, desatando pánico y alarma universal, ha generado colapso del sistema sanitario en muchas regiones del planeta, por ser muy contagioso, causando miles de muertes especialmente en adultos mayores con comorbilidades como diabetes mellitus o hipertensión arterial. Es importante tener en cuenta que esta nueva cepa encontrada corresponde a una parte de la evolución normal del virus es un proceso esperable y las medidas de prevención deben ser las mismas, incluyendo el uso del tapabocas, el aislamiento social y evitar al máximo las aglomeraciones.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales conclusiones de este proyecto son las siguientes: Existe una tendencia a percibir el Covid-19 como una enfermedad que pone en riesgo la vida propia y de los demás, sin embargo, se presentan dificultades relacionadas con el desarrollo de hábitos que reduzcan la probabilidad de contagio del virus SARS-Cov-2, causante de la enfermedad ya mencionada.

La mayor participación fue personas de sexo femenino, las edades entre los 27 a 59 años, de estrato socioeconómico y nivel educativo bajo. La mayoría de los encuestados laboran en jornada diurna y 8 horas diarias. La susceptibilidad percibida sobre la probabilidad de infección por coronavirus en los sujetos de estudio fue débil. La severidad percibida por los trabajadores con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas fue débil, en cuanto a la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus.

Describir los beneficios percibidos por los trabajadores por la efectividad de los mecanismos adoptados para prevenir la infección, los trabajadores del sector servicio creen que el quedarse en casa no garantiza las posibilidades de contraer coronavirus. La Identificación de las barreras percibidas de los trabajadores para respetar las normas, instrucciones para proteger y evitar la infección por coronavirus los encuestados consideran máximo su capacidad de trabajar desde casa o de forma remota.

Con base en los resultados se plantean las siguientes recomendaciones: Para los trabajadores cumplir con las medidas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud junto con los decretos emitidos por la entidad departamental. Las empresas deben realizar evaluaciones constantes de riesgos y mecanismos de respuestas de emergencias. Se recomienda para las entidades de salud de ciudades realizar

programas de que fomenten la promoción y prevención del COVID 19, programas dirigidos a la salud mental.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Emerson, KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e81. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>.
2. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus. Genova; 2020
3. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2021.
4. Patiño-Lugo D, Vélez M, Velásquez S, Vera-Giraldo C, Vélez V, Marín I, et al. Non-pharmaceutical interventions for containment, mitigation and suppression of COVID-19 infection. *Colomb. Med*. 2020; 51(2): e4266. <https://doi.org/10.25100/cm.v51i2.4266>.
5. Valero, N; Vélez, M; Durán, A; Portillo, M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enferm Inv*. 2020;5(3):63-70.
6. Engelhard IM, van Uijen SL, van Seters N, Velu N. The effects of safety behavior directed towards a safety cue on perceptions of threat. *Behavior Therapy*. 2015; 46(5): 604-610. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.12.006>.
7. Medina MR. COVID-19: La no percepción del riesgo. *Más Poder Local*. 2020; 4: 34-35
8. De Coninck D, d'Haenens L, Matthijs K. Perceived vulnerability to disease and attitudes towards public health measures: COVID-19 in Flanders, Belgium. *Pers Individ Dif*. 2020; 166:110220. doi: 10.1016/j.paid.2020.110220.
9. Peres D, Monteiro J, Almeida M, Ladeira R. Risk Perception of COVID-19 Among the Portuguese Healthcare Professionals and General Population. *J Hosp Infect*. 2020;105(3):434–7. doi: 10.1016/j.jhin.2020.05.038.
10. Motta Zanin G, Gentile E, Parisi A, Spasiano D. A Preliminary Evaluation of the Public Risk Perception Related to the COVID-19 Health Emergency in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(9):3024. doi: 10.3390/ijerph17093024.
11. Geldsetzer P. Use of Rapid Online Surveys to Assess People's Perceptions During Infectious Disease Outbreaks: A Cross-sectional Survey on COVID-19. *J Med Internet Res*. 2020; 22(4):e18790. doi: 10.2196/18790.

12. Pedrozo-Pupo John Carlos, Pedrozo-Cortés María José, Campo-Arias Adalberto. Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(5): e00090520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090520>.
13. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. 2020.
14. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Commun*. 2015;30(6):566-76. doi: 10.1080/10410236.2013.873363.
15. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:399-418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103604.
16. Champion V, Skinner C. The Health Belief Model. In: *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. Glanz K, Rimer B and K. Viswanath. 4th ed. 2008.
17. Cabrera AG, Tascón GJ, Lucumí CD. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Rev Fac Nal Salud Pública*. 2001; 19(1): 91-101.
18. Rodríguez IH, Mendoza ZD, Vasquez Giler, M. El Modelo de Creencia de Salud (HBM): un análisis bibliométrico. *FACSALUD-UNEMI*. 2020; 4(7): 43-54.
19. Henshaw E, Freedman-Doan C. Conceptualizing mental health care utilization using the Health Belief Model. *Clin Psychol Sci Prac*. 2009; 16 (4): 420-439. doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x
20. Orji R, Vassileva J, Mandryk R. Towards an effective health interventions design: An extension of the Health Belief Model. *J Public Health Inform*. 2012; 4(3):e9, 2012
21. Carico RR Jr, Sheppard J, Thomas CB. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. *Res Social Adm Pharm*. 2021; 17(1):1984-1987. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.03.017.

22. Finfgeld DL, Wongvatunyu S, Conn VS, Grando VT, Russell CL. Health belief model and reversal theory: a comparative analysis. *J Adv Nurs*. 2003; 43(3):288-97. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02712.x.
23. Janz NK, Becker MH (1984) The health belief model: a decade later. *Health Educ Q* 11:1-47 <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
24. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
25. Centers for Disease Control and Prevention. Implementation of mitigation strategies for communities with local COVID-19 transmission. 2020.
26. Pérez AM, Gómez TJ, Dieguez GR. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev haban cienc méd*. 2021; 19( ): e3254.
27. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. *Clin Immunol*. 2020; 215:108427. doi: 10.1016/j.clim.2020.108427.
28. Pollard CA, Morran MP, Nestor-Kalinowski AL. The COVID-19 pandemic: a global health crisis. *Physiol Genomics*. 2020 Nov 1;52(11):549-557. doi: 10.1152/physiolgenomics.00089.2020.
29. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020; 324(8):782-793. doi: 10.1001/jama.2020.12839.
30. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020; 27(2):taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
31. Xu Y, Lin G, Spada C, Zhao H, Wang S, Chen X, et al. Public Knowledge, Attitudes, and Practices Behaviors Towards Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During a National Epidemic-China. *Front Public Health*. 2021; 9:638430. doi: 10.3389/fpubh.2021.638430.

32. Sesagiri Raamkumar A, Tan SG, Wee HL. Use of health belief model-based deep learning classifiers for COVID-19 social media content to examine public perceptions of physical distancing: Model Development and Case Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020; 6(3):e20493. doi: 10.2196/20493.
33. Sim SW, Moey KS, Tan NC. The use of facemasks to prevent respiratory infection: a literature review in the context of the Health Belief Model. *Singapore Med J.* 2014;55(3):160-7. doi: 10.11622/smedj.2014037.
34. Costa MF. Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Rev Saude Publica.* 2020;54:47. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002494.
35. Honarvar, B., Lankarani, K.B., Kharmandar, A. et al. Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and field-based study from Iran. *Int J Public Health.* 2020; 65:731-739. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01406-2>
36. Habib MA, Dayyab FM, Iliyasu G, Habib AG. Knowledge, attitude and practice survey of COVID-19 pandemic in Northern Nigeria. *PLoS One.* 2021;16(1):e0245176. doi: 10.1371/journal.pone.0245176.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Lo que se conoce de la nueva cepa del COVID-19. Bogotá;

## ANEXOS

**PROYECTO: CREENCIAS Y PERCEPCIONES DE LOS TRABAJADORES SOBRE LA PROBABILIDAD DE CONTRAER EL  
CORONAVIRUS**

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

Sector de la empresa: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_ M \_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estrato Socioeconómico: Estrato 1 \_\_ Estrato 2 \_\_ Estrato 3 \_\_ Estrato 4 \_\_ Estrato 5 \_\_ Estrato 6 \_\_

Estado Civil: Soltero \_\_ Casado \_\_ Divorciado/Separado \_\_ Unión Libre \_\_ Viudo \_\_

Nivel Educativo: Primaria \_\_ Secundaria \_\_ Técnica \_\_ Tecnológica \_\_ Profesional \_\_ Postgrado \_\_

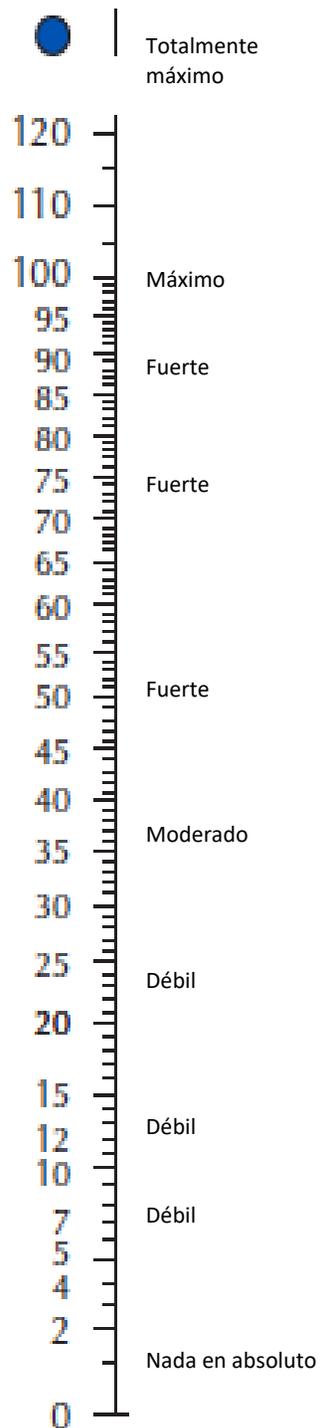
Empresa: \_\_\_\_\_

Jornada laboral: Diurna \_\_\_\_\_. Nocturna \_\_\_\_\_

Horas laboradas por día: \_\_\_\_\_

Años de antigüedad en el trabajo: Menos de un año \_\_\_\_\_. Entre 1 a 5 años \_\_\_\_\_. Más de 5 años \_\_\_\_

Diagnóstico de COVID 19: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Susceptibilidad percibida: conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus	
1. El riesgo que corro de contraer el coronavirus en mi rutina diaria es:	
2. Mi exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes) es:	
3. Mi exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público, entre otros es:	
4. Según mi estado de salud general, mi probabilidad de contraer el coronavirus es:	
5. La probabilidad de que los síntomas de fiebre por encima de 37,8 °C y dolor en el cuerpo durante 2 días sea una gripe en lugar de un coronavirus es:	
Severidad percibida: creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas.	
1. Si contraigo el coronavirus, la intensidad de mis síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería:	
2. Si contraigo el coronavirus, creo que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona es:	
3. Si contraigo el coronavirus, la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer mis actividades diarias es:	
4. Si contraigo el coronavirus, mi dificultad respiratoria sería:	
5. Creo que la mayoría de las personas tendrán síntomas graves es:	
Beneficios percibidos: eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección	
1. Si me quedo en casa, mis posibilidades de contraer el coronavirus son:	
2. Si tengo síntomas leves (fiebre, tos, dolor corporal y secreción nasal) la posibilidad de acudir al servicio de salud y tener un diagnóstico es:	
3. Si tomo antigripal y antipiréticos, la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus es:	
4. Si uso una mascarilla o tapabocas, el riesgo de contraer el coronavirus al caminar por la calle o en el trabajo es:	
5. Creo que el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad es:	
Barreras percibidas: dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención	
1. Mi capacidad para trabajar desde casa o de forma remota es:	
2. Creo que, si trabajo en casa, la posibilidad de perder mi trabajo es:	
3. Creo que la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público es:	
4. La posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas es:	
5. La posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario es:	
Motivación para la salud: problemas generales de salud que se adoptan para mejorar la salud (dieta, ejercicio, etc.)	
1. Creo que la oportunidad de "lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus" es:	
2. Si tomo un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es:	
3. Si uso una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo, mi riesgo de contraer el coronavirus es:	
4. Creo que, si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas, mi riesgo de no contraer el coronavirus es:	