

**CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE
CONTRAER EL CORONAVIRUS EN TRABAJADORES DE LOS
SECTORES SALUD Y SOLIDARIO**

**REBOLLO GOMEZ YILIBETH LORAINE
REYES DE LA HOZ VANIRA ROSA
RIVERA DE LA ROSA LEYANIS LICETH
ROJAS CASTILLO JERLYS YULIETH**

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

“Primeramente agradezco a Dios por haberme permitido realizar mis estudios de posgrado en el momento justo. A mi madre que partió al encuentro con el Señor quien fue mi principal motor, le doy como ofrenda este título por su paciencia y amor madre mía. A mi padre quien me motivó siempre a salir adelante. A mi esposo por su apoyo incondicional y respaldo durante todo este tiempo. A mis hermanos por encomendarme en sus oraciones a la virgen María y poder culminar con éxito esta gran meta. Y finalmente por cada uno de los docentes, directora y tutores de esta prestigiosa Universidad Simón Bolívar, por hacer de nosotros unos excelentes especialistas”.

Jerlys Yulieth Rojas Castillo

“Gracias a Dios nuestro creador, a mis padres y abuelos maternos por haberme formado como la persona que soy hoy en día; a mis hermanos, mi compañero de vida y mi hijo quienes han sido una pieza fundamental en este camino y me han motivado a seguir adelante, pero sobre todo, este logro lo dedico principalmente a mi Madre, por su apoyo incondicional, su amor, comprensión, motivación y paciencia, pues sin ella no lo habría logrado”.

Leyanis Liceth Rivera de la Rosa

“Mis agradecimientos van dirigidos a quien me ha guiado y me ha dirigido siempre por en el sendero correcto, **Dios**.

Gracias a quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional: Padres, hermana y esposo, dedico este título a ustedes y a mi hijo, quienes sin esperar nada a cambio me entregan todo; en un año lleno de inesperadas situaciones pudimos culminar este logro, de la manera que menos lo imaginamos, pero haciéndolo posible gracias a Dios.

Y gracias en especial a la hermosa empresa para la cual trabajo, quien confió en mis capacidades y sin dudarlo me brindó la oportunidad de hacer uno de mis sueños realidad”.

Yilibeth Loraine Rebollo Gómez

“Dedico principalmente este logro a DIOS quien es mi principal motor y quien me dio las fuerzas para culminar con éxito este anhelado triunfo, a mis padres Dubys De la Hoz y Ricardo Reyes, a mis hermanos por estar siempre para mí, por ser mi guía y ese apoyo constante que me impulsa a cumplir mis sueños, en especial quiero agradecer infinitamente a Guillermo Valencia que a pesar de una prueba tan dura que nos tocó vivir podemos ver finalizar esta gran etapa por la misericordia de DIOS, desde el día uno confiaste en mí, y en mis capacidades para lograr esta meta, sin ti nada de esto hubiese sido posible y por último pero no menos importante gracias a la universidad Simón Bolívar y a los profesores que hicieron parte de este proceso integral de formación”.

Vanira Rosa Reyes De la Hoz.

TABLA DE CONTENIDO

1.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
2.	OBJETIVOS	9
2.1.	GENERAL	9
2.2.	ESPECÍFICOS	9
3.	MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	10
3.1	Constructos del Modelo de Creencias en Salud	11
4	DISEÑO METODOLÓGICO	16
4.1	Tipo de Estudio	16
4.2	Delimitación Espacial y Temporal	16
4.3	Población de Estudio. Muestra y Muestreo	16
4.4	Variables de estudio	16
4.5	FUENTES.	18
4.6	PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	18
4.7	Aspectos éticos.	19
4.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.	19
5	RESULTADOS	20
5.	DISCUSIÓN	30
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
7	BIBLIOGRAFÍA.	36
8	ANEXOS	41

Objetivo: Determinar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores de los sectores salud y solidario.

Materiales y Métodos: Se utilizó un enfoque cuantitativo y tipo de estudio descriptivo transversal. La población total de estudio fueron de 123 trabajadores del sector salud y solidario mayores de 18 años, de los cuales 85 fueron de sexo femenino y 38 del sexo masculino, residentes en la costa caribe colombiana, durante el periodo de marzo y abril de 2021 excluyendo personas con discapacidad auditiva y visual. El instrumento es el cuestionario (escala de Borg de 0- 100 y las respuestas a cada pregunta fueron Nada en absoluto, Débil, Moderado, Fuerte y Máximo) de medición de las variables de estudio, que se aplicó vía correo electrónico.

Resultados: Se encontró que al evaluar la susceptibilidad percibida de contagio por los trabajadores del sector salud y solidario es de moderado y máximo en su rutina diaria, y en cuanto a la severidad de los síntomas serían de débiles a nulos. También se encontró que en cuanto a los beneficios percibidos consideran que las posibilidades de contraer coronavirus son débiles o nulos. En cuanto a los beneficios percibidos, consideran que es débil e inexistente la posibilidad de contraer el virus; y a barreras percibidas, sería entre moderado a máximo el grado de dificultad de su capacidad de trabajo desde casa. Sobre las motivaciones que tienen las personas para mejorar su salud, en su gran mayoría de encuestados respondieron de moderado a máximo las medidas de bioseguridad.

Conclusión: Es posible determinar que los trabajadores encuestados tienen una percepción moderada a débil de contraer el virus en sus tareas de rutina diaria y no se sienten expuestos a contraer el virus en lugares donde suele haber multitud de personas como centros comerciales, transporte público, entre otros escenarios.

Palabras clave: Creencias, percepción, riesgo, COVID 19, contagio.

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 conlleva 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 se encontró que el 15% de los participantes informaron un alto estrés percibido asociado con COVID-19, el cual se relaciona 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 de los sectores salud y solidario?

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 las 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 de los sectores salud y solidario

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 e instrucciones para proteger y evitar la infección por coronavirus.
- Establecer la motivación de los trabajadores hacia acciones para mejorar la salud.

3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

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 sí 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 socio cognitiva 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).

3.1 Constructos del Modelo de Creencias en Salud

Los cinco componentes principales del modelo son 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.

3.2 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 distrés 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, pre sintomáticos 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).

4.1 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.

4.2 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.

4.3 Población de Estudio. Muestra y Muestreo

La población total de estudio está constituida por todos los trabajadores de empresas de Salud y Solidario. Participaron 123 personas mayores de 18 años y se excluyeron las personas con discapacidad auditiva y visual.

4.4 Variables de estudio

Tabla 1. Operacionalización de variables

Macro variables	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

4.5 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.

4.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

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).

4.7 Aspectos éticos.

De acuerdo con la Resolución 008430 del 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.

4.8 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 analizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las cuantitativas medias y desviación estándar.

5 RESULTADOS

En la tabla 2, se observa las características sociodemográficas de los sujetos de este estudio, del cual la mayoría de encuestados fueron mujeres con un 69,1%, siendo el rango de edad de 27 a 59 años más participativo con un 76,4%; a su vez, la mayoría de encuestados fueron de estrato bajo con un 81,3%. También, el 50,4% de los encuestados no tienen pareja y el 72,4% posee un nivel educativo alto.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	85	69,1
Masculino	38	30,9
Rango de Edad		
18 a 26 años	27	22
27 a 59 años	94	76,4
Mayor de 60 años	2	1,6
Estrato Socioeconómico		
Estrato bajo	100	81,3
Estrato alto	23	18,7
Estado civil		
Con pareja	61	49,6
Sin pareja	62	50,4
Nivel educativo		
Nivel bajo	34	27,6
Nivel alto	89	72,4

En la tabla 3, se observa las características laborales de los sujetos de este estudio, del cual se aprecia que la mayoría de encuestados poseen jornada laboral diurna el 95,9% y laboran 8 horas al día un 73,2%. También, la mayoría de los sujetos tenían una antigüedad en su trabajo de 1 a 5 años (55,3%).

Tabla 3. Características laborales de los sujetos de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Jornada laboral		
Diurna	118	95,9
Nocturna	5	4,1
Horas laboradas al día		
Menos de 8 horas	22	17,9
8 horas	90	73,2
Más de 8 horas	11	8,9
Antigüedad en el trabajo		
Menos de 1 año	19	17,9
Entre 1 y 5 años	68	55,3
Más de 5 años	34	27,6

En la tabla 4, se muestra los antecedentes de salud y diagnóstico de COVID 19 de la población total encuestada, del cual el 80,5% no presenta diagnóstico de COVID19.

Tabla 4. Diagnóstico de COVID 19

COVID 19	Frecuencia	Porcentaje
No	99	80,5
Si	24	19,5

En la Tabla 5, se muestra la susceptibilidad percibida por los participantes ante la posibilidad de contraer la COVID 19. El 72,4% de las personas perciben que el riesgo de contagiarse en su rutina diaria es entre moderado y máximo; igualmente, así lo consideran el 52,9% de los trabajadores al indagar sobre el riesgo en multitudes y ante pacientes. El 56,1% señaló entre moderado y máximo el riesgo a la exposición a lugares de riesgo como espacios de trabajo pequeños y compartidos, transporte público, centros comerciales, entre otros. Por otro lado, se evidenció que el 52,1% de los encuestados, indicó de moderada a máxima la posibilidad de contraer el virus teniendo en cuenta su estado de salud. Igualmente, el 56,1% indicó que la percepción de que presenten fiebre, dolor corporal durante dos días sea una gripe y no coronavirus fue de moderado a máximo.

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

El riesgo que corro de contraer el coronavirus en mi rutina diaria es	Frecuencia	Porcentaje
Nada en absoluto	1	0,8
Débil	33	26,8
Moderado	32	26
Fuerte	43	35
Máximo	14	11,4
Mi exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes) es:		
Nada en absoluto	6	4,9
Débil	52	42,3
Moderado	23	18,7
Fuerte	27	22,0
Máximo	15	12,2
Mi exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público,		

entre otros es:		
Nada en absoluto	5	4,1
Débil	49	39,8
Moderado	28	22,8
Fuerte	24	19,5
Máximo	17	13,8
Según mi estado de salud general, mi probabilidad de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	5	4,1
Débil	54	43,9
Moderado	37	30,1
Fuerte	23	18,7
Máximo	4	3,3
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	9	7,3
Débil	45	36,6
Moderado	40	32,5
Fuerte	28	22,8
Máximo	1	0,8

En la tabla 6 se observa la severidad percibida, del cual el 50,4% considera que si contrae la enfermedad sus síntomas serían débiles o nulos. También se observa que la mayoría de las personas considera baja la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado ante el contagio, asimismo, quedar muy comprometido para las realizar actividades diarias y presentar dificultad respiratoria, representados en frecuencias de 57,8%, 60,1% y 55,3%, respectivamente. Mientras que ante el enunciado la mayoría de las personas tendrán síntomas graves, el 59,4% de encuestados lo consideran entre moderado a máximo.

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

	Frecuencia	Porcentaje
Si contrajo el coronavirus, la intensidad de mis síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería:		
Nada en absoluto	16	13
Débil	46	37,4
Moderado	36	29,3
Fuerte	21	17,1
Máximo	4	3,3
Si contraigo el coronavirus, creo que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona es:		
Nada en absoluto	13	10,6
Débil	58	47,2
Moderado	31	25,2
Fuerte	13	10,6
Máximo	8	6,5
Si contraigo el coronavirus, la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer mis actividades diarias es:		
Nada en absoluto	9	7,3
Débil	65	52,8
Moderado	24	19,5
Fuerte	15	12,2
Máximo	10	8,1
Si contraigo el coronavirus, mi dificultad respiratoria sería:		
Nada en absoluto	13	10,6
Débil	55	44,7
Moderado	32	26

Fuerte	19	15,4
Máximo	4	3,3
Creo que la mayoría de las personas tendrán síntomas graves es:		
Nada en absoluto	6	4,9
Débil	44	35,8
Moderado	43	35
Fuerte	27	22
Máximo	3	2,4

En la tabla 7 se observa los beneficios percibidos, en donde un alto porcentaje (87%) de la población considera que las posibilidades de contraer el virus son de débil a inexistentes si se quedan en casa. El 61% de las personas respondió de moderado a máximo a la posibilidad de acudir a un servicio de salud y tener un diagnóstico en caso de presentar síntomas leves; por otro lado, el 59,4% de encuestados señaló de débil a nulo la posibilidad de prevenir el coronavirus consumiendo antigripales y antipiréticos, y el 70,7% de encuestados señaló el riesgo de contraer el virus si usa mascarilla o tapabocas en la calle o trabajo. A diferencia del enunciado de si el riesgo de no contraer coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con frecuencia es un riesgo, la mayoría (52%) respondió que entre moderado y máximo.

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

Si me quedo en casa, mis posibilidades de contraer el coronavirus son:	Frecuencia	Porcentaje
Nada en absoluto	18	14,6
Débil	89	72,4
Moderado	7	5,7
Fuerte	7	5,7
Máximo	2	1,6

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	8	6,5
Débil	40	32,5
Moderado	28	22,8
Fuerte	28	22,8
Máximo	19	15,4
Si tomo antigripal y antipiréticos, la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus es:		
Nada en absoluto	20	16,3
Débil	53	43,1
Moderado	33	26,8
Fuerte	13	10,6
Máximo	4	3,3
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	9	7,3
Débil	78	63,4
Moderado	20	16,3
Fuerte	9	7,3
Máximo	7	5,7
Creo que el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad es:		
Nada en absoluto	3	2,4
Débil	56	45,5
Moderado	19	15,4
Fuerte	28	22,8

Máximo	17	13,8
--------	----	------

En la tabla 8, se observa todo lo que concierne a las barreras percibidas, en donde el 52,9% considera entre moderado a máximo el grado de dificultad de su capacidad de trabajo remoto o desde casa; de igual forma indicó la mayoría (61,8%) que la posibilidad de perder el trabajo si se lleva a cabo desde casa sería Débil o nada en lo absoluto. Por el contrario, ante la posibilidad de usar transporte alternativo hacia y desde el trabajo en vez del público, quedarse en casa sin salir por catorce días con alimentos y medicina y la posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario, un alto porcentaje de las personas indicó de moderado a máximo, respectivamente 52,8%, 61,8 y 76,4%.

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

Mi capacidad para trabajar desde casa o de forma remota es:	Frecuencia	Porcentaje
Nada en absoluto	15	12,2
Débil	43	35,0
Moderado	22	17,9
Fuerte	15	12,2
Máximo	28	22,8
Creo que, si trabajo en casa, la posibilidad de perder mi trabajo es:		
Nada en absoluto	29	23,6
Débil	47	38,2
Moderado	10	8,1
Fuerte	21	17,1
Máximo	16	13
Creo que la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público es:		
Nada en absoluto	13	10,6

Débil	45	36,6
Moderado	22	17,9
Fuerte	26	21,1
Máximo	17	13,8
La posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas es:		
Nada en absoluto	8	6,5
Débil	39	31,7
Moderado	31	25,2
Fuerte	30	24,4
Máximo	15	12,2
La posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario es:		
Nada en absoluto	2	1,6
Débil	27	22
Moderado	29	23,6
Fuerte	46	37,4
Máximo	19	15,4

En la Tabla 9, se observa las motivaciones que tienen las personas para mejorar la salud, en donde el mayor número de personas encuestadas califican entre moderado a máximo las medidas de bioseguridad como lavarse las manos a menudo y tomar un suplemento vitamina C el riesgo de contraer el virus, representados en porcentaje del 75,6% y 54,5%, respectivamente; el 75,6% considera entre débil a nada en lo absoluto el riesgo que presenta de contraer el virus usando una mascarilla todo el día en la calle y trabajo; mientras que, un alto porcentaje (64,3%) señaló de moderado a máximo que el no salir de casa excepto solo por medicina y comida, no tendrían riesgo de contagio.

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

Creo que la oportunidad de “lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus” es:	Frecuencia	Porcentaje
Nada en absoluto	3	2,4
Débil	27	22
Moderado	14	11,4
Fuerte	38	30,9
Máximo	41	33,3
Si tomo un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	5	4,1
Débil	51	41,5
Moderado	47	38,2
Fuerte	13	10,6
Máximo	7	5,7
Si uso una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo, mi riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	8	6,5
Débil	85	69,1
Moderado	18	14,6
Fuerte	5	4,1
Máximo	7	5,7
Creo que, si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas, mi riesgo de no contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	4	3,3
Débil	75	61
Moderado	19	15,4
Fuerte	14	11,4
Máximo	11	8,9

5. DISCUSIÓN

- La susceptibilidad percibida sobre la probabilidad de contagio por coronavirus en los sujetos de estudio fue alta, lo cual significa que las personas consideran que exponerse a la rutina diaria en la empresa, a multitudes y pacientes en escenarios como centros comerciales y lugares de trabajo pequeños, aumenta el riesgo de contraer la enfermedad.

Estos resultados coinciden con el artículo hallado en el cual se investiga el impacto sobre la elección de empleo y los riesgos externos en las opciones de ubicación de trabajo de los agricultores en el corredor Guatemala y México basados en la teoría de la percepción del riesgo utilizando datos de encuestas de agricultores chinos durante la epidemia de COVID-19. el cual indica que la probabilidad percibida de COVID-19 está relacionada con el nivel de la epidemia local y la probabilidad de infección de las personas de los alrededores. Cuanto menor es el nivel de epidemia local y cuanto más lejos están los agricultores de los pacientes enfermos, menor es la probabilidad de infección. La comparación de riesgos se refiere a la diferencia en el grado de riesgo de las áreas urbanas y rurales debido a la epidemia de COVID-19. la muestra seleccionada de las personas, en este caso agricultores indica que las áreas urbanas tienen una población tan grande que el virus es fácil de propagar", "muchas enfermedades brotan de las ciudades", "el estilo de vida en las ciudades no es tan bueno como en el campo, las personas que viven en las ciudades tienen mayores presiones para que puedan enfermarse e infectarse fácilmente "; en conclusión definen que cuanto menor es la probabilidad de riesgo, menor es la pérdida de riesgo, debido a que es menor el riesgo en las áreas rurales en comparación con el riesgo urbano, y mayor es la probabilidad de que los agricultores trabajen al aire libre, que en sitios cerrados (37).

Lo anterior nos ayuda a comprender mejor los resultados obtenidos del presente estudio y nos confirma que el riesgo del contagio es mayor en

lugares como oficinas de trabajo, espacios cerrados, centros comerciales y en zonas urbanas.

Al igual podemos evidenciar un artículo investigativo realizado en Italia que tiene como objeto mejorar los conocimientos previos sobre la forma en que las personas perciben el riesgo de Covid-19, los resultados mostraron que el riesgo de Covid-19 es globalmente comparable al del SIDA tanto a nivel personal como social. Así mismo se logró evidenciar en este estudio, que las personas declararon no tener control sobre la emergencia sanitaria, enfatizando la necesidad de mejorar el nivel de conciencia sobre lo que pueden hacer para controlar la propagación de Covid-19. En este sentido, el estudio del riesgo percibido es de gran interés debido a que tiene un papel importante para impulsar a las personas a adoptar conductas protectoras adecuadas (40).

por último, este artículo en los resultados se diferencia de los mencionados anteriormente, fue realizado a 883 personas pertenecientes al Consultorio 10, de la Policlínica “Francisca Rivero Arocha”, en el Consejo popular No.6 en Cuba, y la muestra estuvo conformada por 242 sujetos escogidos por muestreo aleatorio simple y concluye que la mayoría no tienen miedo a enfermarse, consideran baja la posibilidad de ser infectados, y se manifiestan poco responsables al respecto. Lo que sugiere la necesidad de profundizar en un futuro en los aspectos psicológicos que movilizan el comportamiento a favor o en contra del autocuidado y cumplimiento de las medidas de protección para evitar contagiarse (41).

- En cuanto a la severidad percibida por los trabajadores con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas que se presentan, indica que la mayor parte de estos consideran que sería débil o nulo presentar afectaciones en su estado de salud, sin embargo, consideran que otras personas sí pueden presentar síntomas graves, lo cual indica que este sector económico en especial no cree ni perciben consecuencias significativas en su salud si llegan a contraer el virus. Sin embargo, en un

estudio realizado a los profesionales de la salud del Reino Unido evidencia una marcada resiliencia y capacidad para afrontar con eficacia el estrés que están experimentando como parte de su función laboral, pero poseen preocupación por contraer el virus y transmitirlo a sus familiares y pacientes; como también información más clara por parte de los entes, gobierno o salud pública hacia la población debido a que “probablemente sea la razón por la que mucha gente no sigue las pautas, porque son muy confusas” (38).

Entre los aspectos determinantes sobre las severidad de contraer COVID 19, se encontró que los autores Richard Brown, Lynne Coventry & Gillian Pepper, registraron datos para evaluar las experiencias de las personas con la pandemia, examinando cómo variaban con factores demográficos como la edad, el género, el estado ocupacional y el estado clave del trabajador. en este estudio se halló que aquellos trabajadores clave que percibieron que su equipo de protección personal era más efectivo, sintieron que el virus era una amenaza menos para sus vidas, cabe destacar que esta población tiene confianza en la información que emite el gobierno del Reino Unido sobre las consecuencias de contraer covid si no se acatan las normas de bioseguridad y muy poco de las noticias que emiten las redes sociales, se encontró que los hombres informaron niveles más bajos de amenaza percibida para la vida por el virus que las mujeres, una diferencia que refleja la diferenciación de género en el riesgo ocupacional dentro de esa muestra. Se debe destacar en este estudio que existe otra población de trabajadores que sienten que no están suficientemente protegidos contra la infección y experimentan mayores niveles de miedo, que pueden estar asociados con comportamientos de salud negativos. Esto pone de relieve la necesidad de que los empleadores no solo se aseguren de que sus empleados reciban EPP, sino que sus trabajadores también sientan que sus EPP son suficientes (36).

En comparación incluimos un artículo latinoamericano realizado a la población adulta de Argentina, de corte transversal, mediante una encuesta en donde se estimó la severidad en caso de contagio, y sentimientos en relación al coronavirus, autoeficacia y búsqueda de información, el cual

indicó puntuaciones altas en la percepción de severidad, comparado con la percepción de probabilidad de contagio. La comparación por grupos de edades muestra cómo esta percepción aumenta con la edad, con un 80,4% de las personas mayores de 60 años ubicándose en esa categoría. Adicionalmente, las personas con una alta percepción de severidad tuvieron promedios más altos de percepción sobre diseminación rápida, de promoción de la situación en los medios y de frecuencia con la que se informa y hubo un porcentaje evidentemente mayor de personas que declararon su salud percibida como regular o mala (7,4%) y que manifestaron pertenecer a un grupo de riesgo frente al COVID 19 (42).

Esto nos indica que se deben fortalecer las políticas públicas en salud y trabajar en la concientización de las personas para que tomen o adopten medidas frente a factores de riesgo que puedan afectar la salud.

- Teniendo en cuenta los beneficios percibidos por los trabajadores por la efectividad de los mecanismos adoptados para prevenir la infección y la motivación hacia acciones para mejorar la salud. La mayoría considera que el usar mascarilla todo el día sea en casa y/o en el trabajo, así como consumir medicamentos antigripales y antipiréticos no sería suficiente para prevenir la infección por coronavirus, en cambio un mayor número de trabajadores creen que quedándose en casa y además realizar un lavado de manos y uso de alcohol con frecuencia disminuirá el riesgo de contraer dicha enfermedad, así como lo plantean otros estudios donde se reporta que el 70,2% de los japoneses le dan una calificación al hábito de lavarse las manos con frecuencia, el 68,5% al saludo que no involucre besos ni abrazos y 34,3% quitarse los zapatos al ingresar al hogar, lo anterior pudo ser el factor de que Japón tenga una tasa de mortalidad muy baja en relación con el COVID 19 (35).

Al igual que un estudio de cohorte prospectivo de EE. UU. realizado en el 2021 que contaba con 198.077 participantes, en donde hallaron que las personas que viven en comunidades con el mayor distanciamiento social

tenían un 31% menos de riesgo de COVID-19 predicho en comparación con las que viven en comunidades con escaso distanciamiento social. El uso auto informado de mascarilla facial "siempre" se asoció con una reducción del 62% en el riesgo de COVID-19 previsto, incluso entre las personas que viven en una comunidad con escaso distanciamiento social. Estos hallazgos respaldan la eficacia del uso de mascarillas incluso en entornos de escaso distanciamiento social para reducir la transmisión de COVID-19 (43). A su vez, se confirma el beneficio del uso de mascarillas en el estudio realizado en Massachusetts en el sistema de atención médica Mass General Brigham (MGB) en donde los resultados apoyan el enmascaramiento universal como parte de una estrategia de reducción de infecciones de múltiples frentes en entornos de atención médica (39).

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye de los hallazgos de esta investigación que la mayoría de encuestados perciben el riesgo alto de contagiarse en su rutina diaria y también en espacios pequeños de trabajo compartidos, transporte público, centros comerciales, entre otros. Sin embargo, los encuestados perciben que, si contraen la enfermedad, sus síntomas serán débiles o nulos. Así como también la posibilidad de contraer el virus en un futuro. También se halla que los encuestados perciben como barrera la dificultad de trabajo remoto o desde casa. En cuanto a las motivaciones que tienen las personas para mejorar la salud, la mayoría de encuestados aseguró que toman las medidas de bioseguridad como lavarse las manos, usar mascarillas y tomar suplemento vitamina C, no salir de casa excepto por medicina y comida lo consideran de menor riesgo el contraer el virus.

Dados los resultados observados, el grupo investigador aporta las siguientes recomendaciones:

- A los trabajadores, psico educarlos e incentivarlos acerca de las medidas de bioseguridad, intervenir en sus creencias, continuar comunicando los riesgos de contraer coronavirus y realizar actividad física.
- A las empresas, establecer un conjunto de acciones informativas y educativas, intensificar los protocolos de bioseguridad en las organizaciones, crear programas de bioseguridad y seguimientos a los trabajadores para crear la cultura de autocuidado.
- A los entes territoriales, fortalecer la educación en protocolos de bioseguridad, medidas preventivas, capacitaciones, actualizaciones y vacunación al personal de las empresas y sectores.
- Por último, se recomienda realizar estudios similares que permitan profundizar en la percepción de la población (de otras regiones del país) con respecto al riesgo de contagiarse de COVID 19 y las secuelas que este desencadenan.

7 BIBLIOGRAFÍA.

1. Emerson, KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *RevPanam 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. *BehaviorTherapy*. 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. *PersIndividDif*. 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 HospInfect*. 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 PublicHealth*. 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. *HealthCommun*. 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. *AnnuRevPublicHealth*. 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. *RevFacNal Salud Pública*. 2001; 19(1): 91-101.
18. Rodríguez IH, Mendoza ZD, VasquezGiler, 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. *ClinPsycholSciPrac*. 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 PublicHealth 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 AdmPharm*. 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. *HealthEduc 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. *Revhabancienméd*. 2021; 19(): e3254.
27. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. *ClinImmunol*. 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. *PhysiolGenomics*. 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 TravelMed*. 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 PublicHealth*. 2021; 9:638430. doi: 10.3389/fpubh.2021.638430.

32. SesagiriRaamkumar 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 PublicHealthSurveill.* 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. *SingaporeMed J.* 2014 Mar;55(3):160-7. doi: 10.11622/smedj.2014037.
34. Costa MF. Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *RevSaude Publica.* 2020;54:47. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002494.
35. Suppasri A, Kitamura M, Tsukuda H, Boret SP, Pescaroli G, Onoda Y, et al. Perceptions of the COVID-19 pandemic in Japan with respect to cultural, information, disaster and social issues. *Prog Disaster Sci.* 2021;10:100158. doi: 10.1016/j.pdisas.2021.100158.
36. Richard Brown, Lynne Coventry & Gillian Pepper (2021) Information seeking, personal experiences, and their association with COVID-19 risk perceptions: demographic and occupational inequalities, *Journal of Risk Research*, 24:3-4, 506-520, DOI: 10.1080/13669877.2021.1908403
37. Haiyan An & Xiaoshu Sun (2021) Impacto de la percepción del riesgo en la elección de empleo de los trabajadores migrantes durante la epidemia de COVID-19, *The Chinese Economy*, DOI: 10.1080 / 10971475.2021.1890358
38. Emily McGlinchey, Catherine Hitch, Sarah Butter, Laura McCaughey, Emma Berry y Cherie Armour (2021) Comprender las experiencias vividas por los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19: un análisis fenomenológico interpretativo, *European Journal of Psychotraumatology*, 12: 1 DOI: 10.1080 / 20008198.2021.1904700
39. Wang X, Ferro EG, Zhou G, Hashimoto D, Bhatt DL. Asociación entre el enmascaramiento universal en un sistema de atención médica y la positividad del SARS-CoV-2 entre los trabajadores de la salud. *JAMA.* 2020; 324 (7): 703–704. doi: 10.1001 / jama.2020.12897

40. S. Bacci, R. Fabricatore & Maria Iannario (2021) Modelos de rasgos latentes para la evaluación del riesgo percibido utilizando una encuesta de datos Covid-19, *Journal of Applied Statistics*, DOI: [10.1080 / 02664763.2021.1937584](https://doi.org/10.1080/02664763.2021.1937584)
41. González Gacel Juan Feliciano, Soler Sánchez Yudmila María, Pérez Rosabal Elsa, González Sábado Rita Irma, Pons Delgado Sheila Virgen. Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo. *Multimed [Internet]*. 2021 Feb [citado 2021 Jun 27] ; 25(1): e2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000100003&lng=es. Epub 01-Ene-2021.
42. Saletti-Cuesta Lorena, Tumas Natalia, Berra Silvina. Percepción de riesgo ante el coronavirus en la primera fase de la pandemia en Argentina. *Hacia promoc. Salud [Internet]*. 2021 Jan [cited 2021 June 27] ; 26(1): 163-178. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772021000100163&lng=en. Epub Mar 25, 2021. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.13>.
43. Kwon, S., Joshi, A.D., Lo, CH. et al. Association of social distancing and face mask use with risk of COVID-19. *Nat Commun* 12, 3737 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41467-021-24115-7>

**PROYECTO: CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE CONTRAER EL
CORONAVIRUS EN TRABAJADORES DE LOS SECTORES SALUD Y SOLIDARIO**

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: _____

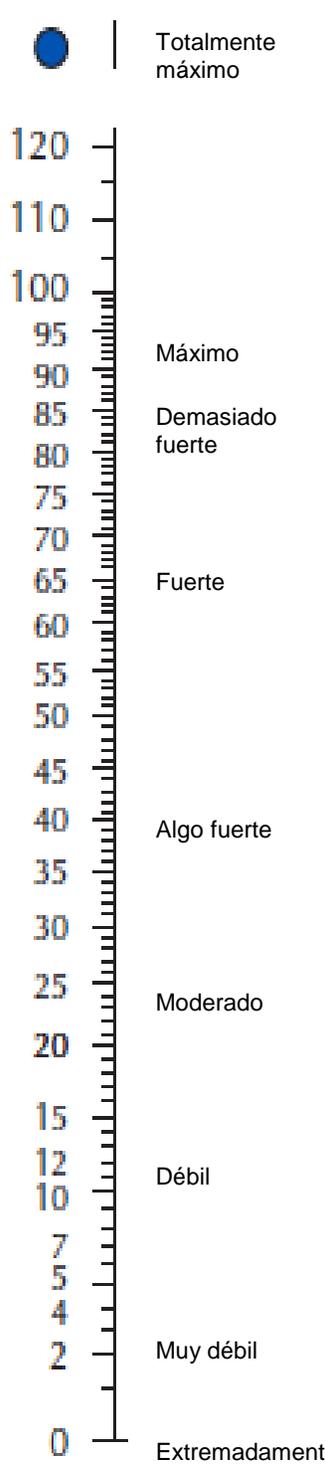
Cargo: _____

Jornada laboral: Mañana ___ Tarde ___ Noche ___

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:	