

**CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE  
CONTRAER EL CORONAVIRUS SEGÚN EL RANGO DE EDAD DE  
LOS TRABAJADORES**

**NAZAR REYES BELKIS DEL CARMEN  
OLIVERO ALVAREZ MELISSA DEL CARMEN  
OSIO ROJAS MARIA ALEJANDRA  
PINO LOZADA LINDA KATHERINE**

**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**

Este trabajo de Investigación es un esfuerzo en el que directa o indirectamente, participaron distintas personas aportando sus ideas, corrigiendo, motivando y acompañándonos en los momentos de felicidad por superar las pruebas y de dificultad por la pandemia. El análisis de este estudio nos permitió aprovechar la competencia y experiencia de las personas que nos guiaron a culminar este proyecto.

En primer lugar, agradecemos a Dios por ser nuestro guía, apoyo y estar presente en el transcurso de nuestras vidas, supliendo en paciencia y sabiduría para finalizar con éxito nuestras metas propuestas y brindándonos la fortaleza necesaria en los momentos de crisis para afrontar la pérdida de nuestros seres queridos en este proceso.

Este proyecto no hubiese sido posible sin el amparo incondicional que nos otorgaron nuestros padres y el cariño que nos inspiraron nuestros hijos, hermanos, esposos y demás familiares que, de forma absoluta, entendieron nuestras ausencias y malos momentos. Las palabras nunca serán suficientes para manifestar nuestro aprecio y agradecimiento.

A nuestras tutoras Martha Mendinueta Martínez, Erika Palacio Durán y Yaneth Herazo Beltrán, nuestro más amplio agradecimiento por haber confiado este trabajo, por su paciencia, por su valiosa dirección y apoyo para seguir este camino y llegar a la culminación satisfactoria del mismo.

A todos ustedes, nuestro mayor reconocimiento y gratitud.

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	5
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GENERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
3. MARCO TEORICO	10
3.1 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD	10
3.2 CONSTRUCTOS MODELO DE CREENCIAS EN SALUD	11
3.3 COVID 19	13
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
6. DISCUSIÓN	29
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	40

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus según el rango de edad de los trabajadores.

**Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal en 1785 trabajadores. Se utilizó un cuestionario que midió las creencias relacionadas sobre el contagio por COVID 19, que se aplicó vía correo electrónico.

**Resultados:** La susceptibilidad percibida en las personas de contraer el virus en la rutina diaria es mayormente débil (33,5%), en todas las edades. Los encuestados en edades de 18 a 26 años perciben en un 70,5% un riesgo mínimo de contraer el coronavirus al quedarse en casa. Respecto a si trabajaron en casa y la posibilidad de perder su trabajo, las personas mayores de 60 años (27,8%) existe una percepción mínima. La mayoría (60.8%) de los participantes opina que estar en casa y salir solo a lo necesario es una medida que disminuye la probabilidad de contagiarse frente al COVID 19.

**Conclusión:** Se concluye que en su mayoría los encuestados de todos los rangos de edad perciben como débil la posibilidad de contagiarse del virus, ponen en práctica los mecanismos de prevención y estiman que si existiera la probabilidad de contagiarse no tendrían mayores complicaciones.

**Palabras clave:** Percepción, Covid 19, Edad, Creencias, Riesgo, Autocuidado.

## 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 trasmisión 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 de los trabajadores según el rango de edad sobre la probabilidad de infectarse por coronavirus?

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 temáticas 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 según el rango de edad de los trabajadores.

### 2.2 ESPECÍFICOS

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

### 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

### 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 trabajadores de diferentes edades que se agruparon en tres rangos, de 18 a 26 años, de 27 a 59 años y mayores de 60 años que laboran en empresas de los sectores económicos: Comercial, Construcción, Industrial, Servicios, Agropecuario, Financiero, Minero, Salud y Solidario, Telecomunicación y Transporte. Participaron 1785 personas mayores de 18 años y se excluyen las personas con discapacidad auditiva y visual.

#### 4.4 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	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil

	posibilidad de contraer coronavirus			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 absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
Beneficios percibidos	Eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección	Cualitativa	Ordinal	Nada absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
Barreras percibidas	Dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención	Cualitativa	Ordinal	Nada 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 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 indagó 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 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.

#### **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 analizan mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las cuantitativas medias y desviación estándar.

**5. RESULTADOS**

En este estudio se aplicaron 1785 encuestas a trabajadores de diferentes sectores productivos en edades entre 18 y 70 años aproximadamente, teniendo en cuenta diversas variables (sexo, estrato socioeconómico, estado civil, nivel educativo, entre otras). Al observar las características sociodemográficas de los participantes se evidencia que de los 1785 encuestados, el 73,9% corresponde a las edades entre 27 a 59 años, con mayor participación de personas del sexo femenino con un 52%. En relación con el estado civil se demuestra que el número de trabajadores comprometidos 52,2% es superior al de los trabajadores solteros con un 47,7% (Tabla 2).

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

Variable	18 a 26 años (n=430) n (%)	27 a 59 años (n=1319) n (%)	Mayor de 60 años (n=36) n (%)
<b>Sexo</b>			
Femenino	217 (50,5)	692 (52,5)	20 (55,6)
Masculino	213 (49,5)	627 (47,5)	16 (44,4)
<b>Estrato Socioeconómico</b>			
Estrato bajo	357 (83)	1018 (77,2)	24 (66,7)
Estrato alto	73 (17)	301 (22,8)	12 (33,3)
<b>Estado civil</b>			
Con pareja	82 (19,1)	826 (62,4)	24 (66,7)
Sin pareja	348 (80,9)	493 (37,4)	12 (33,3)
<b>Nivel educativo</b>			
Nivel bajo	161 (37,4)	334 (25,3)	13 (36,1)
Nivel alto	269 (62,6)	985 (74,7)	23 (63,9)

1250 (70%) personas entre los rangos de edad de 27 a 59 años, realizan su actividad laboral en la jornada diurna. En comparación de las horas laboradas durante el día podemos evidenciar que la minoría de personas entre 18 y 26 años cumplen sus funciones en menos de 8 horas. En cuanto a la antigüedad el grupo de mayores de 60 años tiene un nivel superior (72,2%) a los 5 años (Tabla 3).

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

Variable	18 a 26 años n (%)	27 a 59 años n (%)	Mayor de 60 años n (%)
<b>Jornada laboral</b>			
Diurna	415 (96,5)	1250 (94,8)	34 (94,4)
Nocturna	15 (3,5)	69 (5,2)	2 (5,6)
<b>Horas laboradas al día</b>			
Menos de 8 horas	41 (9,5)	132 (10)	8 (22,2)
8 horas	284 (66)	879 (66,6)	23 (63,9)
Más de 8 horas	105 (24,5)	308 (23,4)	5 (13,9)
<b>Antigüedad en el trabajo</b>			
Menos de 1 año	185 (43)	202 (15,3)	3 (8,3)
Entre 1 y 5 años	228 (53)	607 (46)	7 (19,4)
Más de 5 años	17 (4)	510 (38,7)	26 (72,2)

El 84.9% de personas encuestadas en edades de 18 a 26 años manifiestan no haber sido diagnosticados de COVID 19. El mayor número de participantes con diagnóstico positivo oscilan entre 27 a 59 años (17,1%). Se observa que una mínima parte de los sujetos de estudio (16,5%) no han adquirido la enfermedad (Tabla 4)

**Tabla 4. Diagnóstico de COVID 19**

RANGO DE EDAD	COVID 19	Frecuencia	Porcentaje
<b>18 a 26 años</b>	No	365	84,9
	Si	65	15,1
<b>27 a 59 años</b>	No	1093	82,9
	Si	226	17,1
<b>Mayor de 60 años</b>	No	32	88,9
	Si	4	11,1

La susceptibilidad percibida en las personas de contraer el virus en la rutina diaria es mayormente débil (33,5%) en todas las edades. En relación a la exposición a grupos (multitudes o pacientes) los adultos de 27 a 59 años tienen una percepción débil/moderada. El 2,8% de personas mayores de 60 años no consideran un riesgo máximo frecuentar lugares como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público. Mientras que existe una

creencia débil en la probabilidad de contraer el coronavirus entre los trabajadores de 18 a 26 años (48,4%). Referente a los síntomas de fiebre por encima de 37,8° y dolor corporal de más de dos días sea gripe en lugar de coronavirus los sujetos de estudio opinaron que es una creencia poco fuerte (Tabla 5).

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

	18 a 26 años n (%)		27 a 59 años n (%)		Mayor de 60 años n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de contraer el coronavirus en mi rutina diaria						
Nada en absoluto	13	3	39	3,0	2	5,6
Débil	147	34,2	442	33,5	10	27,8
Moderado	130	30,2	405	30,7	11	30,6
Fuerte	104	24,2	344	26,1	9	25,0
Máximo	36	8,4	89	6,7	4	11,1
Exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes)						
Nada en absoluto	29	6,7	110	8,3	2	5,6
Débil	184	42,8	579	43,9	13	36,1
Moderado	114	26,5	333	25,2	12	33,3
Fuerte	76	17,7	225	17,1	9	25,0
Máximo	27	6,3	72	5,5		
Exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público						
Nada en absoluto	21	4,9	45	3,4	1	2,8
Débil	185	43,0	590	44,7	14	38,9
Moderado	125	29,1	339	25,7	12	33,3
Fuerte	65	15,1	253	19,2	8	22,2
Máximo	34	7,9	92	7,0	1	2,8
Estado de salud general y probabilidad de contraer el coronavirus						
Nada en absoluto	15	3,5	46	3,5	2	5,6
Débil	208	48,4	710	53,8	13	36,1
Moderado	144	33,5	384	29,1	14	38,9
Fuerte	53	12,3	145	11,0	5	13,9
Máximo	10	2,3	34	2,6	2	5,6
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						
Nada en absoluto	32	7,4	94	7,1	2	5,6
Débil	172	40,0	553	41,9	13	36,1

Moderado	138	32,1	380	28,8	13	36,1
Fuerte	74	17,2	248	18,8	7	19,4
Máximo	14	3,3	44	3,3	1	2,8

Con respecto a la severidad percibida en la intensidad de los síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) un porcentaje alto (15,4%) entre personas de 18 a 26 años percibe un riesgo débil/moderado. En cuanto a las edades que oscilan entre 27 a 59 años consideran que la posibilidad de contraer el coronavirus y complicarse es baja (49,7%). Para la mayoría de encuestados mayores de 60 años la probabilidad de infectarse y comprometerse en sus actividades de la vida diaria en un riesgo máximo es mínimo. El 51,9% de los participantes estiman como débil presentar dificultad respiratoria si adquieren el virus. Trabajadores jóvenes y adultos mayores creen moderadamente que todas las personas presentarían síntomas (36,3%) (Tabla 6).

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

	18 a 26 años n (%)		27 a 59 años n (%)		Mayor de 60 años n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Intensidad de mis síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería:						
Nada en absoluto	60	14	193	14,6	6	16,7
Débil	152	35,3	479	36,3	9	25
Moderado	123	28,6	331	25,1	13	36,1
Fuerte	87	20,2	291	22,1	6	16,7
Máximo	8	1,9	25	1,9	2	5,6
Contraer el coronavirus y la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona						
Nada en absoluto	37	8,6	111	8,4	1	2,8
Débil	218	50,7	656	49,7	16	44,4
Moderado	102	23,7	299	22,7	14	38,9
Fuerte	59	13,7	214	16,2	5	13,9
Máximo	14	3,3	39	3,0	-	-
Contraer el coronavirus y la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer actividades diarias						
Nada en absoluto	36	8,4	98	7,4	1	2,8
Débil	218	50,7	607	46,0	14	38,9
Moderado	84	19,5	274	20,8	10	27,8
Fuerte	68	15,8	264	20,0	8	22,2
Máximo	24	5,6	76	5,8	3	8,3

Contraer el coronavirus y la posibilidad de dificultad respiratoria						
Nada en absoluto	36	8,4	112	8,5	2	5,6
Débil	218	50,7	659	50,0	21	58,3
Moderado	98	22,8	278	21,1	8	22,2
Fuerte	68	15,8	236	17,9	4	11,1
Máximo	10	2,3	34	2,6	1	2,8
La mayoría de las personas tendrán síntomas						
Nada en absoluto	14	3,3	32	2,4	2	5,6
Débil	158	36,7	491	37,2	12	33,3
Moderado	165	38,4	469	35,6	14	38,9
Fuerte	85	19,8	287	21,8	6	16,7
Máximo	8	1,9	40	3,0	2	5,6

En lo referente a la eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección, los encuestados en edades entre 18 a 26 años perciben en un 70,5% un riesgo mínimo de contraer el coronavirus al quedarse en casa. Los trabajadores de 27 a 59 años (61,9%) opinan que tener síntomas leves (fiebre, tos, dolor corporal y secreción nasal) y la posibilidad de acudir al servicio de salud y tener un diagnóstico es una creencia débil/moderada. La participación de los mayores de 60 años fue mayor (61,1%) al considerar débil la ingesta de antigripal y antipiréticos y la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus. En relación con el uso de la mascarilla o tapabocas al caminar por la calle o en el trabajo existe una percepción débil en todas las edades (65,3%). Se observa que el lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad, es una creencia fuerte solo en el 22,4% de la población de estudio (Tabla 7).

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

Quedarse en casa y las posibilidades de contraer el coronavirus	18 a 26 años n (%)		27 a 59 años n (%)		Mayor de 60 años n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada en absoluto	71	16,5	193	14,6	6	16,7
Débil	303	70,5	929	70,4	25	69,4
Moderado	42	9,8	110	8,3	4	11,1
Fuerte	14	3,3	72	5,5	1	2,8
Máximo	-	-	15	1,1	-	-
Con síntomas leves (fiebre, tos,						

dolor corporal y secreción nasal) y la posibilidad de acudir al servicio de salud y tener un diagnóstico						
Nada en absoluto	17	4,0	55	4,2	1	2,8
Débil	149	34,7	491	37,2	12	33,3
Moderado	117	27,2	326	24,7	12	33,3
Fuerte	83	19,3	260	19,7	7	19,4
Máximo	64	14,9	187	14,2	4	11,1
Tomar antigripal y antipiréticos y la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus						
Nada en absoluto	64	14,9	186	14,1	4	11,1
Débil	207	48,1	619	46,9	22	61,1
Moderado	102	23,7	322	24,4	6	16,7
Fuerte	47	10,9	154	11,7	4	11,1
Máximo	10	2,3	38	2,9		
Uso de la mascarilla o tapabocas y el riesgo de contraer el coronavirus al caminar por la calle o en el trabajo						
Nada en absoluto	32	7,4	83	6,3	2	5,6
Débil	310	72,1	833	63,2	24	66,7
Moderado	45	10,5	216	16,4	4	11,1
Fuerte	28	6,5	128	9,7	4	11,1
Máximo	15	3,5	59	4,5	2	5,6
Riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad						
Nada en absoluto	23	5,3	47	3,6	1	2,8
Débil	198	46,0	598	45,3	17	47,2
Moderado	58	13,5	219	16,6	6	16,7
Fuerte	96	22,3	296	22,4	9	25,0
Máximo	55	12,8	159	12,1	3	8,3

En cuanto a las barreras percibidas y las dificultades para respetar las reglas para prevenir el contagio de COVID19. Es un riesgo débil la capacidad para trabajar desde casa en los trabajadores de 27 a 59 años con un 36.30%. Respecto a si trabajaron en casa y la posibilidad de perder su trabajo las personas mayores de 60 años (27.8%) existe una susceptibilidad percibida mínima. El 26.68% de encuestados entre 27 a 59 años manifestó que es débil su posibilidad de utilizar un

transporte alternativo hacia o desde su trabajo. El 6% de jóvenes entre los 18 a 26 años consideran moderada la creencia de quedarse en casa por 14 días con comida y medicinas. La mayoría de los colaboradores (37.4%) escogieron que es fuerte la posibilidad de que se alarmen más de lo necesario (Tabla 8).

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

	18 a 26 años n (%)		27 a 59 años n (%)		Mayor de 60 años n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Capacidad para trabajar desde casa o de forma remota						
Nada en absoluto	71	16,5	164	12,4	3	8,3
Débil	125	29,1	404	30,6	13	36,1
Moderado	69	16,0	209	15,8	8	22,2
Fuerte	77	17,9	259	19,6	4	11,1
Máximo	88	20,5	283	21,5	8	22,2
Si trabajo en casa y la posibilidad de perder mi trabajo						
Nada en absoluto	81	18,8	244	18,5	8	22,2
Débil	153	35,6	521	39,5	10	27,8
Moderado	46	10,7	156	11,8	7	19,4
Fuerte	77	17,9	222	16,8	7	19,4
Máximo	73	17,0	176	13,3	4	11,1
Posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público						
Nada en absoluto	70	16,3	188	14,3	4	11,1
Débil	150	34,9	512	38,8	15	41,7
Moderado	85	19,8	227	17,2	5	13,9
Fuerte	71	16,5	233	17,7	9	25,0
Máximo	54	12,6	159	12,1	3	8,3
Posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas						
Nada en absoluto	34	7,9	99	7,5	1	2,8
Débil	148	34,4	457	34,6	13	36,1
Moderado	108	25,1	311	23,6	15	41,7
Fuerte	88	20,5	264	20,0	2	5,6
Máximo	52	12,1	188	14,3	5	13,9
Posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario						
Nada en absoluto	8	1,9	22	1,7	-	-
Débil	88	20,5	291	22,1	13	36,1

Moderado	122	28,4	357	27,1	6	16,7
Fuerte	161	37,4	491	37,2	16	44,4
Máximo	51	11,9	158	12,0	1	2,8

De los 436 trabajadores encuestados en edades de 18 a 26 años el 59.3% perciben fuerte/máximo el mecanismo de lavarse las manos frecuentemente para disminuir la posibilidad de contraer el coronavirus. En cuanto a la ingesta de vitamina C los colaboradores de 27 a 59 años tienen creencia débil con respecto a esta recomendación. El 8.3% de mayores de 60 años considera el uso de mascarilla diariamente fuerte/máximo para disminuir el riesgo de contagio. La mayoría de los participantes opina que estar en casa y salir solo a lo necesario es una medida que disminuye la probabilidad de contagiarse frente al COVID 19 (Tabla 9).

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

	18 a 26 años n (%)		27 a 59 años n (%)		Mayor de 60 años n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Oportunidad de lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus						
Nada en absoluto	9	2,1	22	1,7	2	5,6
Débil	90	20,9	309	23,4	4	11,1
Moderado	76	17,7	213	16,1	9	25,0
Fuerte	130	30,2	432	32,8	13	36,1
Máximo	125	29,1	343	26,0	8	22,2
Tomar un suplemento de vitamina C y el riesgo de contraer el coronavirus es:						
Nada en absoluto	24	5,6	70	5,3	3	8,3
Débil	202	47,0	664	50,3	15	41,7
Moderado	155	36,0	414	31,4	15	41,7
Fuerte	30	7,0	113	8,6	1	2,8
Máximo	19	4,4	58	4,4	2	5,6
Usar una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo y mi riesgo de contraer el coronavirus						
Nada en absoluto	26	6,0	66	5,0	-	-
Débil	278	64,7	837	63,5	20	55,6
Moderado	73	17,0	243	18,4	13	36,1

Fuerte	30	7,0	113	8,6	2	5,6
Máximo	23	5,3	60	4,5	1	2,8
Si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas y mi riesgo de no contraer el coronavirus						
Nada en absoluto	17	4,0	50	3,8	1	2,8
Débil	261	60,7	805	61,0	19	52,8
Moderado	87	20,2	256	19,4	10	27,8
Fuerte	39	9,1	137	10,4	6	16,7
Máximo	26	6,0	71	5,4	-	-

## 6. DISCUSIÓN

La encuesta realizada en la población del norte colombiano arroja datos importantes en cuanto a las creencias sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores desde los 18 años hasta mayores de 60 años, que al comparar con estudios similares en otros países permite tener una perspectiva amplia con respecto a la manera como se está percibiendo el riesgo y afrontando esta pandemia que está afectando cada día más los hogares colombianos. El estudio muestra que la posibilidad de contraer coronavirus para la mayor parte de trabajadores en todas las edades es débil en su rutina diaria y durante exposiciones a multitudes, sitios concurridos, transporte público etc., mientras que para los mayores de 60 años la susceptibilidad percibida fue moderada.

En el estudio de Campo de Honarvar (35) desarrollado en la población de Irán, donde participaron 1331 adultos de edad promedio de 36 años, dio como resultado que los iraníes tienen un conocimiento limitado sobre síntomas comunes de COVID-19 y señales de advertencia que requieren derivación a los hospitales, en contraste con nuestro país Colombia donde la información es divulgada a todos los ciudadanos, sobre las medidas para prevenir el contagio y las señales de alerta para acudir a un centro hospitalario. Este estudio sobre creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus se lleva a cabo en los primeros meses del año 2021, iniciando una nueva etapa de la pandemia COVID-19, nuevas cepas, mutaciones del virus, en medio de un inminente tercer pico, época de confinamientos periódicos en varias regiones del país, sin embargo, los resultados actuales dejan entre ver la baja percepción del riesgo.

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la información correcta sobre el COVID 19, mientras informan negativamente sobre la COVID-19, el número de personas infectadas y las que mueren, escasamente comunican de las que se recuperan o experimentan síntomas leves, provocando una reacción exagerada en la población o una reacción insuficiente, es decir, no responder a las

señales de peligro hasta que sea demasiado tarde. El comportamiento humano está influenciado por las normas sociales: lo que perciben que otros están haciendo o lo que piensan que otros aprueban o desaprueban (36). Aunque las personas están influenciadas por las normas, sus percepciones a menudo son inexactas (37).

En lo referente a la severidad percibida sobre la intensidad de los síntomas, los trabajadores entre 18 y 26 años opinan que es un riesgo moderado presentar sintomatología, mientras que los encuestados entre 27 y 59 años consideran una creencia débil contraer el virus, ser hospitalizado y complicarse. Estos resultados tienen similitud con los presentados en personas de Cuba donde la percepción de la gravedad de las consecuencias de contraer la COVID-19 estuvo condicionada por la infravaloración del riesgo, corroborada con los niveles de exposición y atenuada en el 94 % de los entrevistados con la ilusión de invulnerabilidad por la confianza en el Sistema de Salud de Cuba y el control establecido por las autoridades sanitarias (38).

El estudio realizado por Honarvar (35) difiere con los resultados anteriores, este describe que la población iraní de edad promedio de 36 años, tiene una creencia fuerte frente al contagio y la cataloga una enfermedad grave y letal. En su mayoría los entrevistados declararon que su primera acción fue remitirse a las clínicas a la ocurrencia de algún síntoma sospechoso de COVID-19. El 61.9% de los participantes opinaron que esta pandemia tuvo efectos muy negativos en sus actividades rutinarias. En relación con nuestros resultados sobre la severidad de los síntomas, en el primer semestre del año 2020 se desarrollaron investigaciones en la ciudad de Wuhan, China acerca de las características clínicas demostró que la edad promedio de infectados por coronavirus fue de 49 años (39). Y se probó que durante la fase sintomática se produce la liberación máxima de virus por las mucosas respiratorias, que puede darse, en menor medida, en una etapa asintomática o en el proceso de recuperación. Afortunadamente, en el 80 % de los casos por COVID-19 la enfermedad es leve, hasta el punto de confundirse con gripes o resfriados. Sin embargo, un 15 % de los pacientes muestra síntomas graves

que requieren hospitalización y un 5 % desarrolla síntomas muy graves que deben tratarse en unidades de cuidados intensivos (40).

Se observa que el lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad, es una creencia fuerte en un menor porcentaje de la población de estudio. Contrario a los resultados de un estudio en Nigeria, que revela que el 100% de los participantes prefieren utilizar como medidas de prevención el lavado de manos, evitar tocar la manija de las puertas, consideran un riesgo ir a lugares públicos y con aglomeraciones, sin embargo, poseen una creencia baja de contraer el coronavirus, percepción muy parecida a la del presente estudio (41). Por otro lado, durante el inicio de la pandemia Saletti-Cuesta et al. (42) desarrolló un estudio transversal en población adulta de Argentina donde se aplicó un cuestionario online, los resultados indicaron que la percepción de riesgo promedio entre las personas participantes fue moderada, tanto en percepción de la probabilidad de contagio como de severidad en caso de contagio.

La OMS organización mundial de la salud de manera casi inmediata publicó un manual de estrategias, planes y operaciones para ayudar a guiar a dar respuesta a la pandemia COVID-19, mecanismos como quedarse en casa, uso de mascarilla, lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad ha contribuido a mitigar el riesgo de contagio (43). En Colombia, la Universidad de los Andes realizó un estudio científico sobre la eficacia del uso del tapabocas para la prevención del contagio del COVID19, y encontraron una creciente evidencia sobre la efectividad del uso de estos para prevenir infecciones respiratorias más el lavado de manos constante en sujetos sanos y reducir su transmisión por parte de pacientes sintomáticos, el tamaño del efecto reportado típicamente varía entre una reducción del riesgo relativo del 10% al 50% en la incidencia de infecciones respiratorias (44). Referente al consumo de antigripales/vitaminas para la prevención del contagio está demostrado que estos no curan el COVID19, pero son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema inmunológico, desempeñando un papel vital para la salud y el bienestar nutricional (45).

Los resultados sobre las barreras percibidas dejan en evidencia que no se percibe riesgo en la capacidad para trabajar desde casa en los trabajadores y un gran número de la población de estudio opina que es fuerte la posibilidad de que se alarmen más de lo necesario. A diferencia del estudio realizado por Roa et al. (46) en los trabajadores de Químicos Integrales S.A.S en la que la dimensión desplazamiento vivienda-trabajo representa un riesgo muy alto de 32% en los colaboradores, lo que indica que el transporte para acudir es difícil o incómodo o puede ser prolongado. Un 56% de los trabajadores estaban en sector informal de la economía antes del COVID19 y esta subió al 62% debido a los efectos de la pandemia. La COVID19 es una amenaza para todas las personas, se recomienda no sucumbir en el pánico sino actuar según las guías que ha elaborado la OMS (47).

Con relación a la motivación para la salud y los hábitos de autocuidado se considera frecuente el uso de lavado de las manos en gran parte de la población encuestada de 18 a 26 años. Un estudio realizado en Cuba da como resultado que toda la población encuestada considera de gran relevancia las medidas preventivas como el uso del tapabocas, lavado de manos frecuentes, evitar los lugares públicos y aglomeraciones, distanciamiento social, extremar las medidas de supervisión y control y el uso de otros medios de protección, como guantes (48). Por el contrario, en este estudio se considera poco importante las restricciones sociales como medida de protección para reducir el riesgo de contagio, y solo los mayores de 60 años consideran el uso del tapabocas como medida necesaria y en edades 18 a 26 años consideran los hábitos de autocuidado se considera frecuente el uso de lavado de las manos.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos de los 1785 trabajadores se observó que la mayor parte de los participantes encuestados se encuentran en el rango de edad de los 27 a 59 años y más de la mitad son del sexo femenino. Se observa también que solo una minoría de los encuestados realiza sus actividades laborales en menos de 8 horas, en especial los encuestados en el rango de edad de 18 a 26 años y que la mayor parte de encuestados con resultados positivos a COVID-19 oscilan en el rango de edad de 27 a 59 años.

Es posible determinar que los trabajadores encuestados tienen una percepción 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. Los resultados de la encuesta demuestran que en todos los rangos de edad existe la creencia débil de probabilidad de contagio, aunque el mayor número de diagnósticos positivos fue en los participantes encuestados en el rango de edad entre 27 a 59 años.

Debido a esto se puede concluir que aún existe un escepticismo frente a la probabilidad de contraer el virus COVID-19 en la rutina diaria, en centros comerciales, aglomeraciones, etc. y por ende muchos de los encuestados consideran como débiles las probabilidades de contraer el virus frente a varias situaciones presentadas, como, por ejemplo: el lavado de manos, el uso de tapabocas, el uso de antibacterial, entre otras cosas. También se puede resaltar que no se tiene una conciencia de lo grave que pueden ser los síntomas al contraer el virus, la mayoría de los trabajadores encuestados en todos los rangos de edad votaron que la intensidad de los síntomas y la probabilidad de quedar comprometidos para hacer sus actividades diarias sería débil.

Con base en estos resultados se recomienda que es urgente seguir incentivando en las personas acerca del peligro de infectarse de coronavirus, si no toman las

medidas de precaución necesarias para salvaguardar sus vidas. Para lograr concientizar a la población barranquillera acerca del alcance de esta enfermedad y el riesgo de contagio, es necesario psico educarlos acerca de las medidas de bioseguridad, intervenir principalmente en sus creencias relacionadas con la exposición a sitios públicos, multitudes o transporte público.

El gobierno nacional y las alcaldías municipales deben seguir divulgando los puntos de vacunación y su accesibilidad entre la población mayor de 60 años. Asimismo, continuar comunicando los riesgos de contraer coronavirus, por lo que actualmente no existe distinción entre edades para contagiarse y por esta razón se debe tener especial cuidado, evitar exponerse innecesariamente y en caso de hacerlo por alguna razón siempre cumplir con los protocolos de bioseguridad. Las instituciones de salud deben seguir promoviendo en los trabajadores mantener la calma, hábitos alimenticios sanos, hacer ejercicio, ocupar su tiempo en actividades placenteras, comunicar siempre las emociones y sentimientos, generar lazos positivos con los miembros de su familia, evitar exponerse por muchas horas a las noticias, escoger una hora del día e informarse solo con fuentes confiables.

De la misma forma, a las empresas se les invita a persistir en la concientización a sus trabajadores de la necesidad de identificar los síntomas de la COVID-19 más habituales y cumplir las medidas de restricciones. Además, señalar a sus empleados que el trabajo en casa no disminuye la probabilidad de contagio de COVID-19, si algún miembro de la familia o el mismo trabajador no aplica las medidas preventivas necesarias. En lo posible hacer del sitio asignado de trabajo en casa un lugar cómodo, realizar pausas activas, mantenerse hidratado y al finalizar la jornada desconectarse de su labor y ponerse en contacto con familiares o seres queridos. Para finalizar el objetivo principal de todas estas estrategias será lograr la mitigación de los contagios y para alcanzarlo es necesario que todos contribuyamos porque juntos lo lograremos.

## 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. Génova; 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 Zain 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, Vásquez 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. 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, Diéguez 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-Kalinoski 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 Mar;55(3):160-7. doi: 10.11622/smedj.2014037.
  34. Costa MF. Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Rev Saude Pública.* 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* 65, 731–739 (2020).
  36. Cialdini, RB & Goldstein, NJ Influencia social: cumplimiento y conformidad. *Annu. Rev. Psychol.* 2004; 55: 591–621.
  37. Miller, DT y Prentice, DA La construcción de normas y estándares sociales. en *Psicología Social: Manual de principios básicos* 799–829 (Guilford Press, 1996).
  38. Gomez-Luna LM, Guasch-Hechavarría F, García-González A, Muñoz-Padilla A, Moya-Gomez AE., Savón-Vaciano Y. Un análisis de la percepción del riesgo ante la Covid-19. *Ciencia en su PC.* 2020;1(2):1-24.
  39. Calvo C. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV2. *An Pediatr (Barc).* 2020; 30(20):11. doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.001

40. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold. JAMA. 2020; 323(8):707-708.
41. Olapegba PO, Iorfa SK, Kolawole SO, Oguntayo R, Gandi JC, Ottu IFA, Ayandele O. Survey data of COVID-19-related Knowledge, Risk Perceptions and Precautionary Behavior among Nigerians. Data Brief. 2020; 30:105685. doi: 10.1016/j.dib.2020.105685.
42. Saletti-Cuesta L, Tumas N, Berra S. Percepción de riesgo ante el coronavirus en la primera fase de la pandemia en Argentina. Hacia. Promoc. Salud. 2021; 26 (1): 163-178 <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.13>
43. Organización Mundial de la Salud, Actualización de la estrategia frente a la covid-19 [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf) (2020).
44. Universidad de los Andes, ¿Qué evidencia existe sobre la eficacia del uso del tapabocas? <https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/covid19-que-evidencia-existe-sobre-la-eficacia-del-uso-del-tapabocas> (2020).
45. Organización Mundial de la Salud, Consejos para la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV); 2020.
46. Roa, A, Godoy, I, Casas, J y Cruz, M (2020) Plan de intervención para prevenir los riesgos psicosociales generados por los factores extralaborales presentes en la enfermedad del Covid-19 en los trabajadores de Químicos Integrales S.A.S (tesis de grado) Universidad Minuto de Dios, Colombia.
47. ONU MUJERES, La pandemia de la COVID-19 y sus efectos económicos en las mujeres: la historia detrás de los números; 2020.
48. JORNA CALIXTO, Ana Rosa et al. Gestión de los riesgos sanitarios en el enfrentamiento a la COVID-19 en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2020; 46 (1): e2696.

## 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 \_\_\_

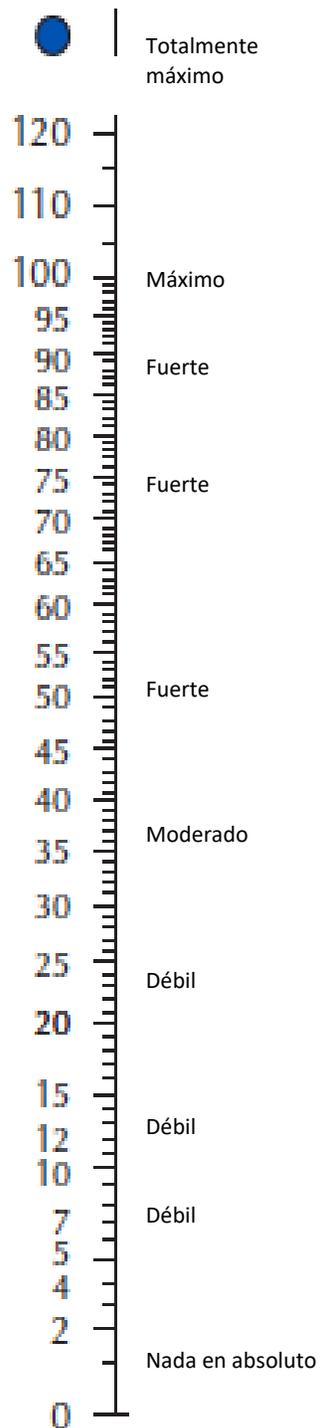
Empresa: \_\_\_\_\_

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 alarman 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:	