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

ACOSTA LOPEZ TATIANA MATILDE
BOHORQUEZ PRADA ANGIE CATALINA
DE LA HOZ BENITEZ ROXANA
FUENTES ALVIS ARLEY FARUTH

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, dedico este trabajo gratitud a Dios, quien me brinda la sabiduría para superar las metas propuestas, salud y bendiciones a mí y a toda mi familia, a mis padres de quienes siempre he recibido el apoyo para salir a delante y a mis amigos que siempre están cuando los necesito.

Mi más grande agradecimiento a todas las personas que brindaron su apoyo con la recolección y organización de la información clave de esta investigación. A los docentes que hacen la Universidad Simón Bolívar un lugar provechoso para la formación.

Asimismo, mis agradecimientos a la Universidad Simón Bolívar, a la especialización de SST, a nuestros compañeros de especialidad con quienes comparto las enseñanzas y conocimientos, gracias a todos por su apoyo incondicional.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Dr. Martha Mendinueta, gran colaboradora, quien con su liderazgo, actitud y aptitud forma profesionales de excelencia para la comunidad.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 4
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 5
2. OBJETIVOS 9
2.1 GENERAL 9
2.2 ESPECÍFICOS 9
3. MARCO TEÓRICO 10
3.1 Modelo de Creencias en Salud 10
3.2 Constructos del 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
4.7 Aspectos éticos: 18
4.8 Plan de procesamiento y análisis de datos. 19
5. RESULTADOS 20
6. DISCUSIÓN 27
7. EXPLICACIÓN CIENTÍFICA 32
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 29
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 30

RESUMEN

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

Materiales y Métodos: Estudio estadístico de corte transversal en una muestra de 136 trabajadores del sector industrial. Los datos fueron recolectados a través de un documento digital en línea modo cuestionario enviado a través del correo electrónico a un total de 136 trabajadores a fin de determinar las creencias y percepciones relacionadas al contagio por COVID-19 en el sector industrial.

Resultados: La susceptibilidad percibida, en cuanto al riesgo de contraer la enfermedad en la rutina diaria es débil con un 45,6%, esto va relacionado a que este sector considera que su exposición a multitudes y/o centros comerciales es débil con un 47,1% y 49,3% respectivamente, así mismo califican como débil la probabilidad de contraer el virus a causa de su estado de salud con un 59,6%, en cuanto a la severidad gran parte de la población encuestada consideran la probabilidad de padecer dolor, fiebre y complicaciones graves, entre moderado y fuerte con un 51,4% y un 44,9% respectivamente, sin embargo consideran que no llegarían a tener comprometida la capacidad respiratoria ni las actividades diarias lo que se reflejado con un 47,8% y 55,1% del total de la población.

Conclusiones: La probabilidad de contraer coronavirus en la población de estudio es baja, sumado a esto el alto índice de confianza en cuanto al estado de salud como factor que incrementa la gravedad de la enfermedad. Asimismo, preocupa la poca aceptación del lavado de manos y la baja percepción de la severidad en caso de contagio.

Palabras clave: Coronavirus, COVID – 19, SARS-CoV-2, Pandemia.

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 sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector industrial?

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 publico general disminuyendo los efectos psicosociales de la pandemia.

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

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

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

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

2.2 ESPECÍFICOS

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

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Modelo de Creencias en Salud

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

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

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

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

3.2 Constructos del Modelo de Creencias en Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 COVID 19

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

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

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

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

distanciamiento social hasta la cuarentena en toda la comunidad (30). Diversas comunidades han respondido positivamente a las intervenciones obligatorias de salud pública implementadas a nivel nacional, actitud que genera un mayor conocimiento y una mejor conciencia de los riesgos relacionados con la pandemia COVID-19 y la consecuente necesidad de un comportamiento seguro y responsable (31).

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

4. DISEÑO METODOLÓGICO

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 los sector industrial, Participaron 136 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 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	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil

		la salud (dieta, ejercicio, etc.)			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 indago por las características laborales: jornada laboral, antigüedad en el trabajo y horas laboradas por día. Se uso 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 la Tabla 2 se evidencian las principales características sociodemográficas basado en la muestra que se realizó. Se concluye que el 50,7% de los encuestados son hombres. Con relación a la edad de los encuestados, el 75% pertenece al rango de 27 a 59 años y el 23.5% pertenecen al rango de 18 a 26 años, una cantidad menor del 1,5% es mayor de 60 años. En cuanto al estrato socioeconómico, se puede apreciar que la mayoría de las personas pertenecen al estrato bajo con un 78,7%. Con respecto al estado civil, se muestra que el 57,4%tiene pareja y por último el nivel educativo en su mayoría es nivel alto con un 72,1%.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	67	49,3
Masculino	69	50,7
Rango de Edad		
18 a 26 años	32	23,5
27 a 59 años	102	75,0
Mayor de 60 años	2	1,5
Estrato Socioeconómico		
Estrato bajo	107	78,7
Estrato alto	29	21,3
Estado civil		
Con pareja	78	57,4
Sin pareja	58	42,6
Nivel educativo		
Nivel bajo	38	27,9
Nivel alto	98	72,1

En la Tabla 3 se evidencian las características laborales de los sujetos de estudio, arrojando datos en jornada laboral un porcentaje de 95,6% de jornada diurna; 82,4% de los trabajadores laboran 8 horas diarias. Un 45,6% de los participantes tienen entre 1 y 5 años de vinculación a la empresa, mientras que 29,4% más de 5 años.

Tabla 3. Características laborales de los sujetos de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Jornada laboral		
Diurna	130	95,6
Nocturna	6	4,4
Horas laboradas al día		
Menos de 8 horas	1	,7
8 horas	112	82,4
Más de 8 horas	23	16,9
Antigüedad en el trabajo		
Menos de 1 año	34	25
Entre 1 y 5 años	62	45,6
Más de 5 años	40	29,4

La Tabla 4 muestra el diagnóstico de COVD19 en el sector industrial, dando negativo a un 83,1% y una minoría del personal, representado por el 16,9%, fue positivo al diagnóstico.

Tabla 4. Diagnóstico de COVID 19 en los trabajadores

COVID 19	Frecuencia	Porcentaje
No	113	83,1
Si	23	16,9

En la Tabla 5 se observa que para la mayoría de la población entrevistada la rutina que realizan diariamente tiene entre moderada y máxima probabilidad de ser factor en la adquisición del virus (51,4%), asimismo, indican que el nivel de riesgo a la exposición a grupos de riesgo y lugares como centros comerciales, trabajo, aglomeraciones y transporte público es débil con un 47,1% y 49,3% del total de encuestados. La mayoría de encuestados considera que la probabilidad de contraer el virus según su estado de salud es débil con un 59,6% del total, sin embargo, dada el alza de casos y los síntomas comúnmente presentados la mayoría de la población encuestada descarta que síntomas como fiebres más de 37,8° y dolor corporal durante 2 días sean causa de una simple gripe (50%).

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

	Frecuencia	Porcentaje
El riesgo que corro de contraer el coronavirus en mi rutina diaria es		
Nada en absoluto	4	2,9
Débil	62	45,6
Moderado	38	27,9
Fuerte	28	20,6
Máximo	4	2,9
Mi exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes) es:		
Nada en absoluto	6	4,4
Débil	64	47,1
Moderado	37	27,2
Fuerte	26	19,1
Máximo	3	2,2
Mi exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público, entre otros es:		
Nada en absoluto	2	1,5
Débil	67	49,3
Moderado	34	25,0
Fuerte	26	19,1
Máximo	7	5,1
Según mi estado de salud general, mi probabilidad de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	5	3,7
Débil	81	59,6
Moderado	31	22,8
Fuerte	18	13,2
Máximo	1	0,7
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	7	5,1
Débil	68	50,0
Moderado	31	22,8
Fuerte	24	17,6
Máximo	6	4,4

La Tabla 6 hace referencia a la Severidad percibida y muestra que la intensidad de los síntomas en caso de contraer el coronavirus seria débil y moderado en el 30,1% y 32,4% respectivamente. En cuanto a la posibilidad de tener complicaciones el 44,9% la considera débil y el 22,1% moderado. El 55,1% considera que es poco probable que no puedan cumplir con sus actividades laborales en caso de contagio. Un 47,8% considera que débil y el 22,1% moderada la posibilidad de que la capacidad respiratoria no se verá comprometida si llegase a contagiar. Gran parte de los encuestados (48,5%) considera que presentarán síntomas graves y un 25,7% síntomas fuertes en caso de contagio.

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	18	13,2
Débil	44	32,4
Moderado	41	30,1
Fuerte	29	21,3
Máximo	4	2,9
Si contraigo el coronavirus, creo que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona es:		
Nada en absoluto	9	6,6
Débil	61	44,9
Moderado	30	22,1
Fuerte	31	22,8
Máximo	5	3,7
Si contraigo el coronavirus, la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer mis actividades diarias es:		
Nada en absoluto	7	5,1
Débil	75	55,1
Moderado	22	16,2
Fuerte	28	20,6
Máximo	4	2,9
Si contraigo el coronavirus, mi dificultad respiratoria sería:		
Nada en absoluto	11	8,1
Débil	65	47,8
Moderado	30	22,1

Fuerte	29	21,3
Máximo	1	0,7
Creo que la mayoría de las personas tendrán síntomas graves es:		
Nada en absoluto	1	0,7
Débil	66	48,5
Moderado	31	22,8
Fuerte	35	25,7
Máximo	3	2,2

En cuanto a los beneficios percibidos, la probabilidad de contraer el virus quedándose en casa es débil con un 66,2% de la población. Para ellos al presentar síntomas leves la probabilidad de asistencia a centros de salud es moderada a fuerte con un 49,1%. El grupo de estudio indica que el consumo de antigripales para la contención del virus.es débil con un 50%. Siendo la alternativa de usar mascarilla las más aceptada con un 68,4%, seguido del lavado de manos con un 50,7% (Tabla 7).

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

	Frecuencia	**Porcentaje**
Si me quedo en casa, mis posibilidades de contraer el coronavirus son:		
Nada en absoluto	13	9,6
Débil	90	66,2
Moderado	17	12,5
Fuerte	15	11,0
Máximo	1	0,7
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	4	2,9
Débil	49	36,0
Moderado	26	19,1
Fuerte	41	30,1
Máximo	16	11,8
Si tomo antigripal y antipiréticos, la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus es:		
Nada en absoluto	8	5,9
Débil	68	50,0
Moderado	29	21,3
Fuerte	27	19,9
Máximo	4	2,9
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	3	2,2
Débil	93	68,4
Moderado	19	14,0
Fuerte	16	11,8

Máximo	5	3,7
Creo que el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad es:		
Nada en absoluto	4	2,9
Débil	69	50,7
Moderado	18	13,2
Fuerte	31	22,8
Máximo	14	10,3

En cuanto a las barreras percibidas, se observa que debido a la naturaleza del sector la probabilidad de trabajar desde casa es débil con el 41,9% de los encuestados, a su vez, el 56% considera que, si trabaja desde casa, la probabilidad de perder su trabajo va de nada en absoluto hasta débil. Por otro lado, el uso de transporte alternativo va de moderado a máximo con un 52,1%, frente a la posibilidad de quedarse 14 días en casa sin poder salir es débil en el 42,6%, de las personas encuestadas; el 64,7% considera de moderado a fuerte la posibilidad de alarmarse más de lo necesario.

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

	Frecuencia	**Porcentaje**
Mi capacidad para trabajar desde casa o de forma remota es:		
Nada en absoluto	12	8,8
Débil	57	41,9
Moderado	29	21,3
Fuerte	25	18,4
Máximo	13	9,6
Creo que, si trabajo en casa, la posibilidad de perder mi trabajo es:		
Nada en absoluto	15	11,0
Débil	62	45,6
Moderado	19	14,0
Fuerte	29	21,3
Máximo	11	8,1
Creo que la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público es:		
Nada en absoluto	7	5,1
Débil	58	42,6
Moderado	30	22,1
Fuerte	24	17,6
Máximo	17	12,5
La posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas es:		
Nada en absoluto	6	4,4
Débil	58	42,6

Moderado	27	19,9
Fuerte	31	22,8
Máximo	14	10,3
La posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario es:		
Nada en absoluto	2	1,5
Débil	42	30,9
Moderado	37	27,2
Fuerte	51	37,5
Máximo	4	2,9

En la Tabla 9 se mencionan los problemas generales de salud que se adoptan para mejorarla (dieta, ejercicio, etc.), el 30,9% de los encuestados creen que el lavado de manos disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus, seguidamente, el 54,4% considera que el uso frecuente de las mascarillas, tanto en el trabajo como en la casa, minimiza la probabilidad de contraer la enfermedad.

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

	Frecuencia	Porcentaje
Creo que la oportunidad de "lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus" es:		
Nada en absoluto	3	2,2
Débil	42	30,9
Moderado	31	22,8
Fuerte	36	26,5
Máximo	24	17,6
Si tomo un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	6	4,4
Débil	77	56,6
Moderado	33	24,3
Fuerte	8	5,9
Máximo	12	8,8
Si uso una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo, mi riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	4	2,9
Débil	74	54,4
Moderado	29	21,3
Fuerte	21	15,4
Máximo	8	5,9
Creo que, si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas, mi riesgo de no contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	5	3,7
Débil	75	55,1
Moderado	28	20,6
Fuerte	20	14,7
Máximo	8	5,9

6. DISCUSIÓN

Luego de un análisis realizado a los resultados obtenidos para el sector industrial en cuanto a las barreras percibidas se evidencia que la mayoría de los colaboradores de este sector descartan la probabilidad de realizar trabajo desde casa y esto se debe a la naturaleza del sector basada en la manufactura, por lo que en pro de cuidar su vinculación laboral con la compañía descartan inclusive un confinamiento preventivo durante 14 días calendarios. En ese orden de ideas, las barreras percibidas en cuanto al cumplimiento de las restricciones derivan directamente de la naturaleza de la actividad, puesto que el confinamiento y/o la suspensión de actividades decae en una crisis productiva que afecta directamente la economía misma.

Con respecto a la severidad percibida por las personas del sector industrial se obtuvo que la mayoría de las personas consideran que de ser contagiados los síntomas que manifestarían serian entre leve y moderado. En el estudio de Honarvar (35) en 1331 personas de nacionalidad iraní se encontró que la mitad de los encuestados consideraba que los síntomas serian mortales. En otro estudio en 810 adultos en Ohio, calificaron la severidad percibida como bajo-medio, cuando la percepción de la severidad es medio-alta logra que las personas promuevan las acciones de autocuidado y de adopción de medidas preventivas (36).

En cuanto a los beneficios percibidos la iniciativa de quedarse en casa es efectiva al momento de evitar el contagio por COVID 19, la mayoría de las personas aprueba este método como efectivo para la prevención del contagio, siendo comprobado por otros autores (37) que indican que la cuarentena puede reducir el número de infectados en tasas del 81% al 44%, y en el número de muertos del 61% al 31%. El cumplimiento de las recomendaciones de higiene de manos es fundamental para prevenir la propagación del COVID-19 y, en ninguna circunstancia debe verse disminuido por los cambios adversos que puedan ocurrir en las manos.

En un estudio realizado durante la etapa inicial de la pandemia en tres países europeos los participantes informaron que se sentían suficientemente informados. En marzo de 2020, la implementación de medidas difirió entre países y fue más alta entre los encuestados de Italia, quienes fueron sometidos a las medidas de bloqueo más estrictas y la mayor carga de COVID-19 en Europa durante este período (38). En cuanto a las barreras percibidas, la mayoría de los trabajadores cree que las reglas para el cumplimiento de las medidas preventivas son débiles, un estudio encontró que la posibilidad de utilizar transporte alternativo y trabajar desde casa es moderada en comparación con otras situaciones las reglas de precaución son las más obvias con el 79% de las 1.225 personas encuestadas (37).

Por último, la mayoría de los encuestados consideró en gran medida que la motivación para mejorar la salud estaba en el hecho de no salir de casa. Sin embargo, la población encuestada acepta el uso de máscaras como la opción más representativa en cuanto al contagio. En un estudio realizado en la UE se encontró que la acción de lavarse las manos rara vez causará infección, siendo la medida mas aceptada por los países golpeados por la pandemia y una de las medidas más eficaces en cuanto a la prevención del contagio por COVID 19 (39). En el Departamento del Atlántico las empresas del sector industrial acogen el frecuente lavado de manos, instalando lavamanos en las entradas de sus centros de trabajo a fin de garantizar el cumplimiento de esta medida lo que genera un conflicto entre los resultados obtenidos con este método de protección y lo percibido por la población encuestada.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales conclusiones de este proyecto son las siguientes:
La mayor participación fue de personas de sexo masculino, entre los 27 a 59 años, de estrato socioeconómico bajo y nivel educativo alto. La mayoría de los encuestados laboran en jornada diurna y 8 horas diarias con una antigüedad entre los 1 y 5 años en la empresa Y pocos sujetos presentaron diagnóstico positivo de COVID 19.

En cuanto la susceptibilidad percibida para la mayoría de la población entrevistada la rutina que realizan diariamente tiene entre moderada y máxima probabilidad de ser factor en la adquisición del virus, la severidad percibida muestra que la intensidad de los síntomas en caso de contraer el coronavirus seria débil y moderado. Se cree que el lavado de manos disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus, se considera que el uso frecuente de las mascarillas, tanto en el trabajo como en la casa, minimiza la probabilidad de contraer la enfermedad.

Las recomendaciones van encaminadas al autocuidado mediante el distanciamiento individual inteligente, que disminuye significativamente la probabilidad de adquirir la enfermedad, así mismo, cumplir con los protocolos de bioseguridad y demás medidas impuestas por el gobierno nacional para la prevención y contención de la enfermedad. Toda compañía, debe verificar el cumplimento de la normativa legal vigente en materia de bioseguridad, lo que impulsa al cumplimiento de las medidas preventivas, debe informar a todos los niveles de la organización y las partes interesadas las decisiones tomadas pro de salvaguardar la salud de los trabajadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

22. Finfgeld DL, Wongvatunyu S, Conn VS, Grando VT, Russell CL. Health belief model and reversal theory: a comparative analysis. J Adv Nurs. 2003; 43(3):288-97. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02712.x.
23. Janz NK, Becker MH (1984) The health belief model: a decade later. Health Educ Q 11:1-47 https://doi.org/10.1177/109019818401100101
24. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998).
25. Centers for Disease Control and Prevention. Implementation of mitigation strategies for communities with local COVID-19 transmission. 2020.
26. Pérez AM, Gómez TJ, Dieguez GR. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev haban cienc méd. 2021; 19( ): e3254.
27. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. Clin Immunol. 2020; 215:108427. doi: 10.1016/j.clim.2020.108427.
28. Pollard CA, Morran MP, Nestor-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 Publica. 2020; 54:47. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002494.
35. Honarvar B, Lankarani KB, Kharmandar A, Shaygani F, Zahedroozgar M, Rahmanian Haghighi MR, et al. Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and field-based study from Iran. Int J Public Health. 2020; 65(6):731-739. doi: 10.1007/s00038-020-01406-2.
36. Chertok IRA. Perceived risk of infection and smoking behavior change during COVID-19 in Ohio. Public Health Nurs. 2020; 37(6):854-862. doi: 10.1111/phn.12814.
37. Tadesse T, Alemu T, Amogne G, Endazenaw G, Mamo E. Predictors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Practices Using Health Belief Model Among Employees in Addis Ababa, Ethiopia, 2020. Infect Drug Resist. 2020;13:3751-3761. doi: 10.2147/IDR.S275933.
38. Meier K, Glatz T, Guijt MC, Piccininni M, van der Meulen M, Atmar K, et al. COVID-19 Survey Study group. Public perspectives on protective measures during the COVID-19 pandemic in the Netherlands, Germany and Italy: A survey study. PLoS One. 2020; 15(8):e0236917. doi: 10.1371/journal.pone.0236917.
39. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteanu M, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. Biomed Res Int. 2020; 2020:8870249. doi: 10.1155/2020/8870249.

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__

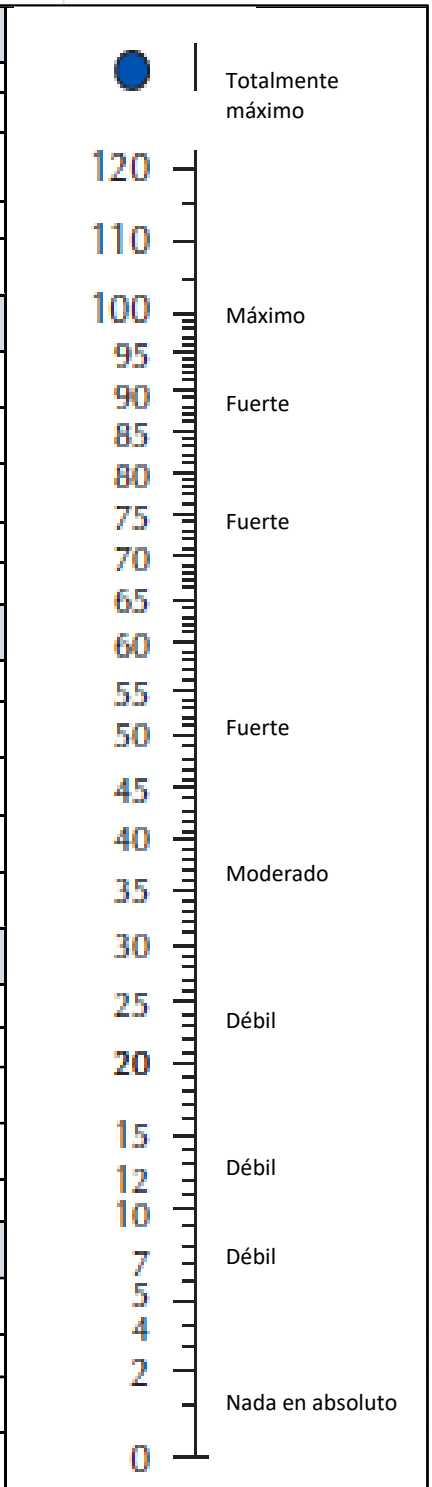
Nivel Educativo: Primaria__ Secundaria __ Técnica__ Tecnológica__ Profesional__ Postgrado__

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 contrajo 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: