

**CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE
CONTRAER EL CORONAVIRUS EN TRABAJADORES DE LOS
SECTORES TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN**

DOMINGUEZ RAMOS LAURA MILENA

GOMEZ MARIN KATERINE

VASQUEZ GOMEZ DEIMER

ZAMORA CERA JOSE ANTONIO

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

En primer lugar, quiero agradecer Dios, A nuestra tutora Aliz Yaneth Herazo Beltrán, quien siempre estuvo dispuesta a colaborarnos y a compartir sus conocimientos fortaleciendo la seguridad para continuar siempre firmes en el desarrollo del proyecto.

A nuestra directora de la especialización, Martha Mendinueta Martínez, quien con sus conocimientos nos guio y apoyo en la idea inicial de este proyecto, y todo el proceso académico.

También quiero agradecer a la Universidad Simón Bolívar por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. No hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda.

Por último, quiero agradecer a todos mis compañeros y a mi familia, por apoyarme. En especial, quiero hacer mención de mis padres, que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

DEDICATORIAS

Primeramente a Dios, a mi hermano Fernelis Vásquez Gómez e hijos, a mi hija Taliana Vásquez por todo su amor, apoyo, comprensión y paciencia que permitieron el cumplimiento de este logro en medio de la pandemia del Covid19.

A mis padres Abel Vásquez, Noralba Gómez y hermanos por su infinito amor y apoyo incondicional.

Deimer Vásquez Gómez.

A Dios, ante todo, mi hija Arianna Zamora Escalante por todo su amor, apoyo, comprensión y paciencia que permitieron el cumplimiento de este logro.

A mis padres Yaneth Cera y José Zamora por su ejemplo y apoyo incondicional.

Jose Antonio Zamora Cera.

Primeramente a Dios, a mi familia, mis sobrinos Idilbranda María, Isaac Prieto Peña, Jesús David Prieto Peña Milagro Isabell Sala Peña y Richard Mathias Peña Díaz, por todo su amor, apoyo, comprensión y paciencia; Virtudes que permitieron el cumplimiento de este logro. A mis padres María Ramos Jiménez y Calixto Rafael Domínguez Conrrado, por su ejemplo y apoyo incondicional.

Laura Milena Domínguez Ramos.

Primeramente a Dios, a mi familia Gómez Marín., por todo su amor, apoyo, comprensión y paciencia; Virtudes que permitieron el cumplimiento de este logro.

A mis padres Marlene Marín y Pedro Gómez, por su ejemplo y apoyo incondicional

Katherine Gómez Marín

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. General	10
2.2. Específicos	10
3. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1. Modelo de Creencias en Salud.....	11
3.2 Constructos del Modelo de Creencias en Salud	12
3.3. COVID 19	14
4. DISEÑO METODOLÓGICO	17
4.1. Tipo de Estudio.....	17
4.2. Delimitación Espacial y Temporal.....	17
4.3. Población de Estudio. Muestra y Muestreo.....	17
4.4. Variables de estudio	17
4.5. Fuentes.....	26
4.6. Plan de recolección de datos.....	26
4.7 . Aspectos éticos	27
4.8 . Plan de procesamiento y análisis de datos	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

RESUMEN

Objetivo: Determinar las creencias y percepciones de los trabajadores sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en la costa caribe colombiana.

Materiales y Métodos: Estudio estadístico de corte transversal, en la que se utilizó un instrumento encuesta que determinaba las creencias y percepciones en salud relacionadas con el contagio por COVID-19, la cual, se aplicó a través de correos electrónicos a una población trabajadora de 180 personas de la Costa Caribe Colombiana.

Resultados: La susceptibilidad percibida, frente a la creencia de contraer el coronavirus es débil con un 26,8%, la mayoría de las personas encuestadas, consideran mínima en un 50,5% la posibilidad de tener dificultades respiratorias, asimismo, este valor constata con que la mayor parte de los trabajadores ve moderada la posibilidad de que se tengan síntomas graves, dado que, el 39,2% así lo manifiestan. Respecto al lavado de manos, las personas aún consideran débil en un 27% la posibilidad de contagio si se realiza esta actividad.

Conclusión: Se concluye que, en este sector, la percepción con las creencias y susceptibilidades que tienen los trabajadores se perciben como débil, puesto que, aún hay personas que consideran de poca importancia el uso del tapabocas para evitar el contagio, a su vez, se evidencia que las medidas de prevención como lavado de manos y uso de transportes alternativos tienen poca significancia para la población de estudio.

Palabras clave: Covid-19, protocolo, Susceptibilidad, creencias, pandemia, aislamiento, bioseguridad.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

para la salud a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas saludables de sus colaboradores. Lo anterior redundará en menores tasas de contagio porque en la medida en que las personas asuman el autocuidado según las recomendaciones actuales, el beneficio es colectivo. El proyecto contó con recursos económicos para sustentar los gastos necesarios para el desarrollo adecuado y óptimo de la investigación, y de esta manera, se pudo obtener una información de calidad que permita tomar mejores decisiones. Al mismo tiempo, se contó con el recurso humano para las tutorías 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 de los trabajadores sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en la costa caribe colombiana.

2.2. Específicos

- Analizar las características sociodemográficas, laborales y de salud de los trabajadores en la Costa Caribe Colombiana.
- Identificar la probabilidad del contagio por coronavirus en los trabajadores de la Costa Caribe colombiana.
- Determinar la severidad percibida por los trabajadores con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas.
- Describir los beneficios percibidos por los trabajadores por la efectividad de los mecanismos adoptados para prevenir la infección.

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 socio cognitiva para explicar el fracaso de algunas personas en el uso de conductas preventivas de salud para la detección temprana de enfermedades, la respuesta del paciente a los

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

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

3.2 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, 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 empresas de los sectores económicos de la Costa Caribe Colombiana, contando con la participación de 180 personas mayores de 18 años. Se excluyeron las personas con discapacidad auditiva y visual.

4.4. Variables de estudio

Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de las personas encuestadas se observa que hombres y mujeres de este estudio pertenecen al estrato socioeconómico bajo con un porcentaje del 83 % vs 17 % estrato alto. Y es predominante la participación de adultos jóvenes con un porcentaje del 77,4% vs la participación de mayores de 60 años del 2,8%.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	49	46,2
Masculino	57	53,8
Rango de Edad		
18 a 26 años	21	19,8
27 a 59 años	82	77,4
Mayor de 60 años	3	2,8
Estrato Socioeconómico		
Estrato bajo	88	83
Estrato alto	18	17
Estado civil		
Con pareja	53	50
Sin pareja	53	50
Nivel educativo		
Nivel bajo	39	36,8
Nivel alto	67	63,2

Tabla 2. Características laborales de los sujetos de estudio.

La tabla 2 muestra las características laborales de las personas encuestadas se observa que predomina el horario laboral diurno con un porcentaje del 95,3% vs 4,7% horario nocturno y que el 77,4% trabaja 8 horas diarias vs el 3,8 correspondientes a personas que laboran menos de 8 hora diarias.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Jornada laboral		
Diurna	101	95,3
Nocturna	5	4,7
Horas laboradas al día		
Menos de 8 horas	4	3,8
8 horas	82	77,4
Más de 8 horas	20	18,9
Antigüedad en el trabajo		
Menos de 1 año	60	56,6
Entre 1 y 5 años	27	25,5
Más de 5 años	19	17,9

Tabla 3. Antecedentes de salud y diagnóstico de COVID 19

En la tabla 3 encontramos los antecedentes de salud y diagnóstico de COVID 19, donde se evidencia que el 11,3% de los encuestados estuvieron con un diagnóstico de COVID 19, mientras que el 88,7% no ha sido diagnosticado con el virus.

COVID 19	Frecuencia	Porcentaje
No	94	88,7
Si	12	11,3

Tabla 4. Susceptibilidad percibida: conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus

En la tabla 4 se observa la susceptibilidad percibida en cuanto al conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus. Encontramos que, dentro de la población de estudio, el 24,5% cree que corre un fuerte riesgo de contraer coronavirus en su rutina de trabajo, el 28,3% cree que el riesgo es débil, mientras que el 39,6% percibe un riesgo moderado, el 5,7% cree que corren un máximo riesgo, mientras que solo un 6,6% piensa que el riesgo es nada en absoluto de contagiarse en su rutina de trabajo.

Dentro del mismo grupo de estudio encontramos que el 36,8% de las personas encuestadas tienen una débil exposición a multitudes o pacientes, con un 15,1% que presenta fuerte exposición, el 29,2% presenta una moderada exposición, con un 5,7% con máxima exposición mientras que solo un 6,6% presenta nada en absoluto exposición a grupos de multitudes o pacientes.

Dentro de la exposición de lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajos pequeños y compartidos, transporte público, hay un 36,8% que presenta una exposición débil con un 31,1% de la población en estudio con una exposición

moderada, el 22,6% con exposición fuerte y el 4,7% con una máxima exposición y tan solo el 4,7% con una exposición nada en absoluto.

Lo percibido según el riesgo teniendo en cuenta el estudio de salud de todos los encuestados el 44,3% cree que presenta una probabilidad débil de contraer coronavirus, el 39,6% percibe una probabilidad moderada.

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 se observa que el 35,8% presenta una débil percepción de que sea coronavirus, un 37,7% cree moderadamente de que se trate de coronavirus, también encontramos dentro del mismo grupo que el 19,8% cree que es coronavirus , un 5,7% considera nada en absoluto que sea coronavirus y un mínimo que corresponde al 0,9% piensa que hay una máxima probabilidad de que se trate de coronavirus .

	Frecuencia	Porcentaje
El riesgo que corro de contraer el coronavirus en mi rutina diaria es		
Nada en absoluto	2	1,9
Débil	30	28,3
Moderado	42	39,6
Fuerte	26	24,5
Máximo	6	5,7

Débil	46	43,4
Moderado	31	29,2
Fuerte	16	15,1
Máximo	6	5,7
Mi exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público, entre otros es:		
Nada en absoluto	5	4,7
Débil	39	36,8
Moderado	33	31,1
Fuerte	24	22,6
Máximo	5	4,7
Según mi estado de salud general, mi probabilidad de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	2	1,9
Débil	47	44,3
Moderado	42	39,6
Fuerte	13	12,3
Máximo	2	1,9
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	6	5,7
Débil	38	35,8
Moderado	40	37,7
Fuerte	21	19,8
Máximo	1	0,9

Tabla 5. Severidad percibida: creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas

En la tabla 5 se muestra la severidad sobre la creencia de los trabajadores encuestados, se observa que el 29,2% considera que la intensidad de los síntomas sería débil, así mismo, una minoría equivalente al 0,9% percibe que serían máximos sus síntomas, por otra parte, un 41,5% cree que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus sería débil, frente a un 2,8% que manifiesta sería máxima esta situación.

Al mismo tiempo, se evidencia que el 34% de los trabajadores encuestados consideran que, si contraen el coronavirus, las posibilidades de quedar muy comprometido para hacer las actividades serias débiles, en consecuencia, un 10,4% cree que nada en lo absoluto se vería comprometido. Dentro de la severidad percibida, llama la atención que el 36,8% considera que, si contraen el coronavirus,

la dificultad respiratoria sería débil, así mismo, se observa que el 0,9% creerían que la dificultad respiratoria sería máxima.

Por último, un gran porcentaje, 31,1% consideran débil, que la mayoría de las personas tengan complicaciones graves, así mismo, se observa que un 2,8% cree máximo que estas complicaciones graves se puedan presentar.

Creo que la mayoría de las personas tendrán síntomas graves es:		
Nada en absoluto	4	3,8
Débil	33	31,1
Moderado	45	42,5
Fuerte	21	19,8
Máximo	3	2,8

	Frecuencia	Porcentaje
Si contraigo el coronavirus, la intensidad de mis síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería:		
Nada en absoluto	14	13,2
Débil	31	29,2
Moderado	32	30,2
Fuerte	28	26,4
Máximo	1	0,9
Si contraigo el coronavirus, creo que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona es:		
Nada en absoluto	8	7,5
Débil	44	41,5
Moderado	27	25,5
Fuerte	24	22,6
Máximo	3	2,8
Si contraigo el coronavirus, la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer mis actividades diarias es:		
Nada en absoluto	11	10,4
Débil	36	34
Moderado	36	34
Fuerte	21	19,8
Máximo	2	1,9

Tabla 6. Beneficios percibidos: eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección

La tabla 6 muestra los beneficios percibidos de los mecanismos adoptados para prevenir la infección, el 67,9% de los trabajadores encuestados, considera que, si se quedan en casa las posibilidades de contraer el coronavirus sería débil, así mismo,

un 13,2% cree que nada en lo absoluto serían las posibilidades de contraerlo. por otra parte, se encontró que el 34% consideran débil la posibilidad de acudir al servicio de salud si presenta síntomas leves como fiebre, tos, dolor corporal y secreción nasal, sin embargo, se evidencia que el 6,6% manifiesta que nada en lo absoluto son las posibilidades de acudir al servicio de salud para tener un diagnóstico.

De esta manera también, el 37,7% de los encuestados considera débil la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus si toma antigripales, consecuente a ello un 2,8% responde que es máxima esta posibilidad, al mismo tiempo, el 58,5% cree débil el riesgo de contraer el coronavirus mientras camina por la calle o hacia el trabajo si se usa mascarilla o tapabocas, en adelante, el 6,6% cree máxima esta posibilidad.

Un 38,7% de los encuestados manifiesta que sería débil el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad, mientras que el 1,9% cree que nada en lo absoluto sería el riesgo de no contraer el virus si se toman las medidas antes mencionadas

	Frecuencia	Porcentaje
Si me quedo en casa, mis posibilidades de contraer el coronavirus son:		
Nada en absoluto	14	13,2
Débil	72	67,9
Moderado	13	12,3
Fuerte	7	6,6
Máximo		
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	7	6,6
Débil	36	34
Moderado	40	37,7
Fuerte	15	14,2
Máximo	8	7,5

Si tomo antigripal y antipiréticos, la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus es:		
Nada en absoluto	21	19,8
Débil	40	37,7
Moderado	24	22,6
Fuerte	18	17
Máximo	3	2,8
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	6	5,7
Débil	62	58,5
Moderado	23	21,7
Fuerte	8	7,5
Máximo	7	6,6
Creo que el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad es:		
Nada en absoluto	2	1,9
Débil	41	38,7
Moderado	27	25,5
Fuerte	22	20,8
Máximo	14	13,2

Tabla 7. Barreras percibidas: dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención

En la tabla 7. Encontramos las barreras percibidas/dificultad para respetar las reglas implementadas para disminuir el contagio por COVID 19, donde se evidencia que el porcentaje mayor 33,0% se les dificulta realizar trabajo desde casa y a su vez, el 20,8% como un porcentaje menor son los que pueden hacer sus actividades laborales desde casa, de los encuestados podemos decir que hay más personas que salen diariamente de su casa y se exponen al contagio dicho virus.

En esta misma tabla puedo analizar que 30,2% de los encuestados afirman que pueden tener seguro su empleo mientras que el 12,3% siente que podrían quedar sin empleo en caso de que sea necesario trabajar desde casa, viendo que el porcentaje mayor cuenta con estabilidad laboral de acuerdo con los arrojados por esta encuesta. Ahora bien, analizando el medio de transporte utilizados para poder llegar a su lugares de trabajo el 28,3% no cuentan con un transporte alternativo para su movilización y 9,4% cuenta con otra opción de movilidad, de acuerdo a los porcentaje la mayoría de las personas expuestas día a día a estos transportes

públicos lo cual el flujo de persona y la aglomeración es mayor y el nivel de contagio puede aumentar; es así como el 34,9% pueden llegar alarmarse más de lo normal y el 0,9% fue el mínimo arrojado, analizando que de acuerdo al nivel de exposición y el alto tránsito de personas en las calles, así crecen las alarmas en las personas.

	Frecuencia	Porcentaje
Mi capacidad para trabajar desde casa o de forma remota es:		
Nada en absoluto	13	12,3
Débil	35	33,0
Moderado	17	16,0
Fuerte	22	20,8
Máximo	19	17,9
Creo que, si trabajo en casa, la posibilidad de perder mi trabajo es:		
Nada en absoluto	19	17,9
Débil	32	30,2
Moderado	20	18,9
Fuerte	22	20,8
Máximo	13	12,3
Creo que la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público es:		
Nada en absoluto	19	17,9
Débil	30	28,3
Moderado	24	22,6
Fuerte	23	21,7
Máximo	10	9,4
La posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas es:		
Nada en absoluto	7	6,6
Débil	39	36,8

Tabla 8. Motivación para la salud: problemas generales de salud que se adoptan para mejorar la salud (dieta, ejercicio, etc.)

En la tabla 8. Motivación para la salud se observa la importancia que tiene el lavarse la mano ya que 25,5% de los encuestados creen en la disminución de contagio si el lavado de manos fuera constante y 43,4 de las personas consume vitamina C como alternativa de disminuir el riesgo de contagio, mientras que el 3,8 no está de acuerdo que este sea una buena opción para minimizar el riesgo de contraerlo.

Los encuestados coinciden que el estar en casa alejados de las aglomeraciones y salir solo cuando sea estrictamente necesario puede ayudar a la disminución del

contagio y por ende disminuir las muertes, lo anterior se refleja con el 50,9% donde el mayor número de encuestados prefiere no salir de casa y salir solo cuando amerite.

	Frecuencia	Porcentaje
Creo que la oportunidad de lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	3	2,8
Débil	18	17
Moderado	22	20,8
Fuerte	36	34
Máximo	27	25,5
Si tomo un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	8	7,5
Débil	46	43,4
Moderado	31	29,2
Fuerte	17	16
Máximo	4	3,8
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	3,8
Débil	58	54,7
Moderado	23	21,7
Fuerte	13	12,3
Máximo	8	7,5
Creo que, si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas, mi riesgo de no contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	2	1,9
Débil	54	50,9

4.5. Fuentes

En esta investigación se usaron fuentes primarias. La información se obtuvo de forma directa de los trabajadores que hicieron parte de la población de estudio.

4.6. Plan de recolección de datos

El cuestionario que incluyó cada uno de los instrumentos de medición de las variables de estudio, se aplicó vía correo electrónico. Previo a la aplicación de los instrumentos de evaluación, se solicitó el consentimiento informado. El

acercamiento a los individuos se realizó a través de la oficina de Talento Humano de cada empresa.

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

4.7. Aspectos éticos

De acuerdo con la Resolución 008430 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, porcentajes y las cuantitativas medias y desviación estándar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales conclusiones de este proyecto son las siguientes: Se concluye que la mayor participación de personas fue de predominio del sexo masculino, entre los 27 a 59 años, de estrato socioeconómico y nivel educativo bajo. La mayoría de los encuestados laboran en jornada nocturna y 8 horas diarias. El 11,2% presentó diagnóstico positivo de COVID 19.

Analizando la característica sociodemográfica de las personas encuestadas se puede inferir que hombres y mujeres de este estudio son personas de estrato sociodemográfico bajo con un porcentaje del 77,4% vs la participación de mayores de 60 años del 2,8%. Continuando con el análisis de la población de estudio, el 24,5% cree que corre un fuerte riesgo de contraer el virus y en la rutina de trabajo el 28,3% el riesgo es débil, el 39,6% se percibe un riesgo moderado mientras el 6,6% piensa que es nada en absoluto. Teniendo en cuenta el estudio de todo los encuestados el 44,3% cree que presenta una probabilidad débil de contraer el virus y el 39,6% percibe una probabilidad moderada.

En cuanto a la severidad percibida por los trabajadores con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas, más de la mitad de las personas lo consideran como un riesgo de moderado a máximo.

Frente a la necesidad de buscar transportes alternativos para disminuir el contacto, se evidencio que un número considerable ve débil la posibilidad de contar con un transporte alternativo. La motivación de los trabajadores hacia acciones que mejoran la salud como lavarse las manos y quedarse en casa fueron seleccionadas como medidas para evitar contagiarse por Covid-19

Las principales recomendaciones que se deben colocar en práctica para minimizar el riesgo de contacto del virus en el caso de los trabajadores sería buscar transportes alternativos para disminuir el contacto y por ende disminuir el riesgo de contraer el virus y minimizar los índices de mortalidad, se evidencio que un número

Por otro lado, las entidades del sector transporte deberán fortalecer la educación en cuanto a protocolos de bioseguridad y medidas preventivas para con sus trabajadores, crear capacitaciones en donde se eduque acerca de los factores de riesgo asociados al contagio por COVID 19.

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 Comic 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. Pedroso-Pupo JC, Pedroso-Cortés MJ, Campo-AA. 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. Infield 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.

ANEXOS

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

Nombre del encuestador: _____

Sector de la empresa: _____

Sexo: F __ M __

Edad: _____

Estrato Socioeconómico: Estrato 1 __ Estrato 2 __ Estrato 3 __ Estrato 4 __ Estrato 5 __ Estrato 6 __

Estado Civil: Soltero __ Casado __ Divorciado/Separado __ Unión Libre __ Viudo __

Nivel Educativo: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Tecnológica __ Profesional __ Postgrado __

Empresa: _____

Jornada laboral: Diurna _____. Nocturna _____

Horas laboradas por día: _____

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

Diagnóstico de COVID 19: SI _____ NO _____

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

