

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

CASTRO ALVARADO FABIAN ENRIQUE

LIZARAZO LOPEZ LENY FERNANDA

MENDOZA PUELLO ADRIANA SOFIA

ZAMBRANO MARTINEZ CESAR ADOLFO

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

Agradecemos a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados, agradecemos a los docentes de la especialización en seguridad y salud en el trabajo de la universidad Simón Bolívar, por haber compartido sus conocimientos, quienes con su sabiduría y apoyo nos guiaron a través de cada una de las etapas de este proceso para alcanzar los resultados esperados.

Agradecemos a nuestras familias que a lo largo de nuestras vidas nos han apoyado y motivado en nuestra formación académica de diferentes maneras, también por darnos la fuerza para desarrollarnos intelectual y moralmente, y por sus consejos en el momento oportuno. También queremos agradecer a la universidad Simón Bolívar por brindarnos todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de formación, por habernos abierto las puertas de su seno y acogernos para poder formarnos como especialistas.

Por último, gracias a todas las personas que de manera directa e indirecta fueron partícipes de este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
2. OBJETIVOS	8
2.1. General.....	8
2.2. específicos	8
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1. Modelo de Creencias en Salud	9
3.2. Constructos del Modelo de Creencias en Salud.....	10
3.3. Covid-19	12
4. DISEÑO METODOLÓGICO	15
4.1. Tipo de Estudio	15
4.2. Delimitación Espacial y Temporal	15
4.3. Población de Estudio. Muestra y Muestreo	15
4.4. Variables de estudio	15
4.5. Fuentes.....	17
4.6. Plan de recolección de datos	17
4.7. Aspectos éticos.....	17
4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	18
5. RESULTADOS.....	19
6. DISCUSIÓN	28
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30

RESUMEN

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

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 436 personas.

Resultados: La susceptibilidad percibida, frente a la creencia de contraer el coronavirus es débil con un 27,8%, la mayoría de las personas encuestadas, consideran mínima en un 52,5% 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 37,2% así lo manifiestan. Respecto al lavado de manos, las personas aun consideran débil en un 27% la posibilidad de contagio si se realiza esta actividad.

Conclusión: Se concluye que, en este sector económico, la percepción de creencias y susceptibilidades de los trabajadores sobre el contagio por COVID 19 es débil, puesto que, aun 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 claves: Severidad, 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 sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector comercial?

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

Este proyecto permitirá obtener datos objetivos sobre las percepciones de riesgo de los trabajadores durante la cuarentena para comparar con información de otras regiones de Colombia u otros países. Se espera que este proyecto aporte un diagnóstico de la situación de salud de los colombianos para futuras políticas públicas y para que las empresas contribuyan mediante programas de educación para la salud a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas saludables de sus colaboradores. Lo anterior redundará en menores tasas de contagio porque en la medida en que la personas asuman el autocuidado según las recomendaciones actuales, el beneficio es colectivo. El proyecto contó con recursos económicos para sustentar los gastos necesarios para el desarrollo adecuado y óptimo de la investigación, y de esta manera, se pudo obtener una información de calidad que

permita tomar mejores decisiones. Al mismo tiempo, se contó con el recurso humano para las tutorías temática y metodológicas necesarias para el desarrollo del estudio, adicional a esto, para desarrollar el tema de la investigación se tuvo acceso a información científica relevante y actualizada a través de las bases de datos que aporta la Universidad Simón Bolívar. Igualmente, la investigación contó con la buena actitud de los sujetos de estudio, facilitando el trabajo de los investigadores.

2. OBJETIVOS

2.1. General

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

2.2. específicos

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

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Modelo de Creencias en Salud

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

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

problema; creen que el problema tiene consecuencias graves o interferirá con su funcionamiento diario; cree que la intervención o acción preventiva será eficaz para reducir los síntomas; y percibir pocas barreras para emprender acciones (19).

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

3.2. Constructos del Modelo de Creencias en Salud

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

Susceptibilidad percibida: La susceptibilidad percibida se refiere a las creencias sobre la probabilidad de contraer una enfermedad o afección. Hace referencia a la probabilidad de que un individuo le asigne a la vulnerabilidad al desarrollo de una condición de salud, es decir, es la creencia subjetiva que una persona tiene respecto a la probabilidad de adquirir una enfermedad o estado dañino como resultado de un comportamiento particular. La susceptibilidad percibida explica que las personas estarán más motivadas para comportarse de manera saludable si creen que son vulnerables a un determinado resultado de salud negativo. La percepción personal de riesgo o vulnerabilidad es importante en la promoción de la adopción de comportamientos o conductas que reduzcan el riesgo, en otras palabras, la susceptibilidad percibida es predictiva de una serie de acciones para fomentar la salud (20).

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

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

Barreras percibidas: aspectos negativos de una acción de salud en particular que pueden actuar como impedimentos para emprender los comportamientos recomendados. se refiere a la evaluación subjetiva de un individuo de las dificultades o los obstáculos asociados con la conducta objetivo. Las personas no realizan un comportamiento a pesar de su creencia sobre su beneficio de tomar la acción para reducir la amenaza si la barrera supera el beneficio; la barrera a menudo se relaciona con las características de la medida de promoción de la salud, por

ejemplo, puede resultar caro, doloroso, inconveniente y desagradable, las cuales alejan a la persona de adoptar el comportamiento adecuado (23).

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

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

3.3. Covid-19

A finales de 2019, se presentó en la ciudad de Wuhan en China varios casos de neumonía; el nuevo coronavirus responsable de este brote se denominó SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa el virus se le llamó COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019); el contagio se produce de persona a personas y las tasas de letalidad inicialmente oscilaron entre el 2,5% y el 3%, 4,5 lo que provocó una respuesta global (25). Lo anterior, motivó la implementación de una serie de medidas para la mitigación del contagio, entre ellas el aislamiento social obligando que las personas permanezcan en sus hogares el mayor tiempo posible y eviten las reuniones y aglomeraciones, asimismo, el lavado de manos, el distanciamiento social al menos entre 1 y 2 m de distancia de los demás y el uso de tapabocas permanente (2). La COVID-19 se caracteriza por fiebre alta, dificultad para respirar, tos seca y neumonía atípica y generalmente se confirma mediante una prueba de

ARN positiva o una tomografía computarizada de los pulmones, también se observa la pérdida súbita del olfato y el gusto, en casos graves se produce el síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a alrededor del 3% de los infectados a la muerte (26).

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

La infección puede transmitirse por portadores asintomáticos, presintomáticos y sintomáticos y el tiempo promedio desde la exposición hasta el inicio de los síntomas es de 5 días, el 97,5% de las personas que desarrollan síntomas lo hacen en 11,5 días (29). Entre las medidas de salud pública para controlar la epidemia por COVID 19 está la contención comunitaria que va desde el aumento del distanciamiento social hasta la cuarentena en toda la comunidad (30). Diversas comunidades han respondido positivamente a las intervenciones obligatorias de salud pública implementadas a nivel nacional, actitud que genera un mayor conocimiento y una mejor conciencia de los riesgos relacionados con la pandemia COVID-19 y la consecuente necesidad de un comportamiento seguro y responsable (31).

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

4. DISEÑO METODOLÓGICO

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 sectores económico comercial y en la que Participaron 436 personas mayores de 18 años y se excluyeron las personas con discapacidad auditiva y visual.

4.4. Variables de estudio

Tabla 1. Operacionalización de variables

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	Sí 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 indagó por las características laborales: jornada laboral, antigüedad en el trabajo y horas laboradas por día. Se usó el MCS para explorar cuatro dimensiones: Susceptibilidad percibida, Severidad percibida, Beneficios y Barreras percibidas; el cuestionario constaba de 24 preguntas, cada categoría contenía cinco (5) ítems, más cuatro preguntas adicionales sobre comportamientos y actitudes dirigidas a mejorar la salud general, dimensión denominada Motivación para la salud. El cuestionario utilizó la Escala de Borg de 0-100 y las respuestas a cada pregunta fueron Nada en absoluto, Débil, Moderado, Fuerte y Máximo (34).

4.7. Aspectos éticos

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

4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

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

5. RESULTADOS

La Tabla 2 muestra las características sociodemográficas de las personas encuestadas, se observa que la mayoría de los hombres y mujeres de este estudio pertenecen al estrato socioeconómico bajo con un porcentaje del 80,7% vs 19,3% de estrato alto. Y es predominante la participación de adultos jóvenes con un porcentaje del 64,9% vs la participación de mayores de 60 años del 0,9%.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	241	55,3
Masculino	195	44,7
Rango de Edad		
18 a 26 años	149	34,2
27 a 59 años	283	64,9
Mayor de 60 años	4	0,9
Estrato Socioeconómico		
Estrato bajo	352	80,7
Estrato alto	84	19,3
Estado civil		
Con pareja	224	51,4
Sin pareja	212	48,6
Nivel educativo		
Nivel bajo	164	37,6
Nivel alto	272	62,4

La Tabla 3 muestra las características laborales de las personas encuestadas, se observa que predomina el horario laboral diurno con un porcentaje del 96,3% vs 3,7% horario nocturno y que el 62,6% trabaja 8 horas diarias vs el 8,7% correspondientes a personas que laboran menos de 8 hora diarias.

Tabla 3. Características laborales de los sujetos de estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Jornada laboral		

Diurna	420	96,3
Nocturna	16	3,7
Horas laboradas al día		
Menos de 8 horas	38	8,7
8 horas	273	62,6
Más de 8 horas	125	28,7
Antigüedad en el trabajo		
Menos de 1 año	121	27,8
Entre 1 y 5 años	194	44,5
Más de 5 años	121	27,8

En la Tabla 4 se muestra el diagnóstico de COVID 19, donde se evidencia que el 11,9% de los encuestados estuvieron con un diagnóstico de COVID 19, mientras que el 88,1% no ha sido diagnosticado con el virus.

Tabla 4. Diagnóstico de COVID 19 en los participantes

COVID 19	Frecuencia	Porcentaje
No	384	88,1
Si	52	11,9

En la Tabla 5 se observa la susceptibilidad percibida acerca del conocimiento y creencias sobre la posibilidad de contraer el coronavirus, un 27,8% de los trabajadores encuestados considera débil el riesgo de contraer el virus, asimismo, la exposición a grupos de riesgo, multitudes y pacientes también lo consideraron de riesgo débil el 36% de los trabajadores. Según el estado de salud general de los trabajadores, consideran que la probabilidad de contraer el coronavirus sería moderado con un 32,6%. Dentro de la población de estudio, se refleja que 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 sería débil con un 27,8%.

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	13	3,0
Débil	121	27,8
Moderado	118	27,1
Fuerte	138	31,7
Máximo	46	10,6
Mi exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes) es:		
Nada en absoluto	33	7,6
Débil	157	36
Moderado	103	23,6
Fuerte	109	25
Máximo	34	7,8
Mi exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público, entre otros es:		
Nada en absoluto	17	3,9
Débil	172	39,4
Moderado	108	24,8
Fuerte	93	21,3
Máximo	46	10,6
Según mi estado de salud general, mi probabilidad de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	11	2,5
Débil	209	47,9
Moderado	142	32,6
Fuerte	59	13,5
Máximo	15	3,4
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	33	7,6
Débil	175	40,1
Moderado	128	29,4
Fuerte	86	19,7
Máximo	14	3,2

En la Tabla 6 se muestra la severidad sobre la creencia de los trabajadores encuestados, se observa que el 36,7% considera que la intensidad de los síntomas sería débil, por otra parte, un 50,9% cree que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus también sería débil. Al mismo tiempo, se evidencia que el 46,8% de los trabajadores que participaron en el estudio consideran que, si contraen el coronavirus, las posibilidades de quedar muy comprometido para hacer las actividades es débil. Dentro de la severidad percibida, llama la atención que el 52,5% considera que, si contraen el coronavirus, la dificultad respiratoria sería débil.

Por último, un gran porcentaje, 37,2% 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.

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	57	13,1
Débil	160	36,7
Moderado	119	27,3
Fuerte	92	21,1
Máximo	8	1,8
Si contraigo el coronavirus, creo que la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona es:		
Nada en absoluto	37	8,5
Débil	222	50,9
Moderado	102	23,4
Fuerte	64	14,7
Máximo	11	2,5

Si contraigo el coronavirus, la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer mis actividades diarias es:		
Nada en absoluto	37	8,5
Débil	204	46,8
Moderado	84	19,3
Fuerte	79	18,1
Máximo	32	7,3
Si contraigo el coronavirus, mi dificultad respiratoria sería:		
Nada en absoluto	35	8,0
Débil	229	52,5
Moderado	94	21,6
Fuerte	67	15,4
Máximo	11	2,5
Creo que la mayoría de las personas tendrán síntomas graves es:		
Nada en absoluto	7	1,6
Débil	154	35,3
Moderado	162	37,2
Fuerte	101	23,2
Máximo	12	2,8

La Tabla 7 muestra los beneficios percibidos de los mecanismos adoptados para prevenir la infección, el 68,3% de los trabajadores encuestados, considera que, si se quedan en casa las posibilidades de contraer el coronavirus sería débil, por otra parte, se encontró que el 39% considera 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 14,9 % cree máxima esta posibilidad. El 48% de los encuestados considera débil la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus si toma antigripales, al mismo tiempo, el 64,7% cree débil el riesgo de contraer el coronavirus mientras camina por la calle o hacia el trabajo si se usa mascarilla o tapabocas. Un 42,4% 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.

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	66	15,1
Débil	298	68,3
Moderado	43	9,9
Fuerte	27	6,2
Máximo	2	,5
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	16	3,7
Débil	170	39,0
Moderado	113	25,9
Fuerte	72	16,5
Máximo	65	14,9
Si tomo antigripal y antipiréticos, la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus es:		
Nada en absoluto	54	12,4
Débil	211	48,4
Moderado	106	24,3
Fuerte	55	12,6
Máximo	10	2,3
Si uso una mascarilla o tapabocas, el riesgo de contraer el coronavirus al caminar por la calle o en el trabajo es:		
Nada en absoluto	35	8,0
Débil	282	64,7
Moderado	56	12,8
Fuerte	45	10,3
Máximo	18	4,1
Creo que el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad es:		

Nada en absoluto	21	4,8
Débil	185	42,4
Moderado	66	15,1
Fuerte	108	24,8
Máximo	56	12,8

En la Tabla 8 se muestran las barreras percibidas y dificultades para respetar las reglas e instrucciones de prevención frente al covid-19, se evidencia que un 36,9% de los encuestados cree que tendría dificultades para trabajar desde casa frente a un 14,9% que cree lo contrario. Se puede observar también que, un 32,3% de los encuestados cree débil la posibilidad de perder su trabajo si lo hace desde casa, por otro lado, se puede constatar que el 41,5% cree débil las posibilidades de usar un transporte alternativo hacia y desde el trabajo en lugar del transporte público.

En cuanto a las posibilidades de quedarse en casa sin salir durante 14 días con comida y medicinas, un 42,7% de los encuestados cree débil esta posibilidad, sin embargo, un 8,5% cree máxima esta posibilidad, la misma que se vería afectada por un 34% de personas que creen fuerte la posibilidad de alarmarse más de lo necesario en relación al contagio por covid-19

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	75	17,2
Débil	161	36,9
Moderado	66	15,1
Fuerte	65	14,9
Máximo	69	15,8
Creo que, si trabajo en casa, la posibilidad de perder mi trabajo es:		
Nada en absoluto	65	14,9
Débil	141	32,3

Moderado	50	11,5
Fuerte	88	20,2
Máximo	92	21,1
Creo que la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público es:		
Nada en absoluto	71	16,3
Débil	181	41,5
Moderado	67	15,4
Fuerte	70	16,1
Máximo	47	10,8
La posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas es:		
Nada en absoluto	42	9,6
Débil	186	42,7
Moderado	100	22,9
Fuerte	71	16,3
Máximo	37	8,5
La posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario es:		
Nada en absoluto	10	2,3
Débil	104	23,9
Moderado	122	28,0
Fuerte	152	34,9
Máximo	48	11,0

En la Tabla 9 sobre la motivación para la salud, se resalta que un 27% de los trabajadores encuestados cree débil que lavarse las manos a menudo disminuya las posibilidades de contraer el virus. El 54% de las personas considera que tomando suplemento de vitamina C el riesgo de contraer el coronavirus sea bajo. En cuanto al riesgo de contraer el virus, si se usa la mascarilla todo el día, en el trabajo y en la calle, un 60% de los trabajadores ve débil esta posibilidad, asimismo, el 63,8% de los trabajadores considera débil la posibilidad de contagiarse si se quedan en casa y salen única y exclusivamente a comprar comidas y medicinas.

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	6	1,4
Débil	118	27,1
Moderado	73	16,7
Fuerte	121	27,8
Máximo	118	27,1
Si tomo un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	26	6,0
Débil	239	54,8
Moderado	135	31,0
Fuerte	25	5,7
Máximo	11	2,5
Si uso una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo, mi riesgo de contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	24	5,5
Débil	264	60,6
Moderado	83	19,0
Fuerte	38	8,7
Máximo	27	6,2
Creo que, si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas, mi riesgo de no contraer el coronavirus es:		
Nada en absoluto	15	3,4
Débil	278	63,8
Moderado	87	20,0
Fuerte	34	7,8
Máximo	22	5,0

6. DISCUSIÓN

Se pudo observar que los resultados de esta investigación evidencian que la mayoría de las personas perciben un riesgo de moderado a máximo, mientras que, indagando ante pacientes, escenarios públicos, centros comerciales y multitudes, la percepción de la susceptibilidad tiende a ser menor. En el estudio de Shaygani et al. (35) calificaron la susceptibilidad percibida entre alta y muy alta; en consecuencia, frente a esta misma variable, en otra investigación la susceptibilidad tuvo un resultado positivo y moderado, con un porcentaje del 80% relacionado con la enfermedad (36).

Por otra parte, en cuanto a la severidad percibida, se puede contemplar que la mayoría de los encuestados consideran un riesgo débil frente a las dificultades respiratorias, intensidad de los síntomas y posibilidades de contagiarse, aunque, una pequeña minoría cree que las personas tendrán complicaciones entre moderadas y máximas. De acuerdo con esta misma creencia, en otra investigación realizada a 1156 personas en Ohio EE. UU el 7,8% cree que tendrían problemas respiratorios fuertes Azulay et al. (37) mientras que, en el estudio de Olivieri et al. (38) calificaron como moderada la afectación que se puede tener por el virus.

Frente a los beneficios percibidos, un porcentaje mayor de trabajadores cree en la eficacia de estas medidas para prevenir la infección por el virus, sin embargo, una pequeña minoría aun considera débil que el uso de mascarilla, y la toma de antigripales puedan evitar el contagio, la investigación de Kharmandar et al. (39) realizada en Shiraz, al suroccidente de irán, muestra que frente a estas medidas la gran mayoría de personas consideran entre moderado y máximo la eficacia de estas medidas, frente a esto, en el estudio de Galmes et al. (40) las personas consideran moderada en un 70% que el consumo de vitaminas y antigripales podrían prevenir la infección por covid-19.

En relación con las barreras percibidas, la gran mayoría de trabajadores perciben débil las reglas para respetar las medidas de prevención, se observa entre otras

que la probabilidad de usar transportes alternativos y trabajar en casa resulta moderada, frente a esto, en el estudio de Tadesse et al. (41) se evidencia máximo el cumplimiento de las reglas de prevención, con un 79% de las 1225 personas encuestadas, mientras que, en otro estudio, estas barreras percibidas tienen una calificación moderada (42).

Finalmente, las motivaciones que se adoptan para mejorar la salud tuvieron en su mayoría, una calificación entre moderada y máximo por una gran parte de los encuestados, asimismo, se evidencia que, frente al uso de mascarilla, la permanencia en casa y la oportunidad de lavarse las manos genera una posibilidad débil de contagiarse, en el estudio de Tadesse et al. (41) se observa una calificación máxima del 52% frente a esta variable. En otro estudio también se logra ver una calificación entre moderada y máxima frente al uso de vitaminas para la prevención del Covid-19 (43).

De acuerdo con la situación actual en Colombia, se puede observar que el índice de contagios a aumentado, esto, de alguna manera se ve reflejado en los datos recolectados, ya que la percepción aún resulta ser muy deficiente en relación con las creencias en salud que se tienen, con los resultados del estudio, se ve la necesidad que aún hay de reforzar las medidas preventivas y de control con el fin de disminuir las tasas de infección y detener la propagación del virus a la población no afectada. Todo esto, lleva a la obligación de los trabajadores y la sociedad a practicar las medidas de prevención que de alguna manera se ven afectadas por las características sociodemográficas, niveles de conocimientos, susceptibilidad percibida, severidad, beneficio, barrera, costo de la acción y autoeficacia, por lo tanto, se deberán tener en cuenta los predictores entre empleados que ayuden a mejorar estas creencias (41).

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales conclusiones del presente proyecto de investigación son las siguientes:

La mayor participación de personas pertenece a un estrato socioeconómico bajo y personas entre 27 a 59 años. La mayoría de los trabajadores laboran en jornada diurna y 8 horas diarias. La mayoría manifestó no ser diagnosticado con Covid-19. Frente a la susceptibilidad percibida sobre la posibilidad de infección por coronavirus, la mayoría la considera entre moderado y máxima, igualmente, es considerable la posibilidad de contraer el virus en lugares de riesgo como centros comerciales, lugar de trabajo y aglomeraciones.

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. La mayoría considera que ...

La percepción de barreras percibidas muestra que a un porcentaje mayor se les dificulta trabajar desde casa y otra proporción considera que si trabaja desde casa podría perder su trabajo. 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, van encaminadas a los grupos y actores mas importantes que tienen relevancia frente a la situación actual que se vive a nivel mundial. Para el caso de los trabajadores, se recomienda fortalecer la cultura del autocuidado, la cual, permitirá de alguna manera minimizar los factores de riesgo que conllevan al contagio y a su vez, esto ayudará con el cumplimiento de las medias preventivas que se tomen dentro de las organizaciones.

Para el caso de las empresas, se deberán intensificar los protocolos de bioseguridad, que ayuden con el cumplimiento de las medidas preventivas, para ello, se hace necesario el seguimiento diario y constante de estas medidas debido que, dentro del estudio, se pudo evidenciar la carencia y el desconocimiento de ciertas acciones que sin duda alguna permitirían un cuidado mejor frente a la pandemia. En consecuencia, las entidades de salud deberán fortalecer la educación en cuanto a protocolos de bioseguridad y medidas preventivas, crear campañas publicas ampliadas frente a los principales 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 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-Kalinowski AL. The COVID-19 pandemic: a global health crisis. *Physiol Genomics*. 2020 Nov 1;52(11):549-557. doi: 10.1152/physiolgenomics.00089.2020.
29. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020; 324(8):782-793. doi: 10.1001/jama.2020.12839.
30. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020; 27(2):taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
31. Xu Y, Lin G, Spada C, Zhao H, Wang S, Chen X, et al. Public Knowledge, Attitudes, and Practices Behaviors Towards Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During a National Epidemic-China. *Front Public Health*. 2021; 9:638430. doi: 10.3389/fpubh.2021.638430.

32. Sesagiri Raamkumar A, Tan SG, Wee HL. Use of health belief model-based deep learning classifiers for COVID-19 social media content to examine public perceptions of physical distancing: Model Development and Case Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020; 6(3):e20493. doi: 10.2196/20493.
33. Sim SW, Moey KS, Tan NC. The use of facemasks to prevent respiratory infection: a literature review in the context of the Health Belief Model. *Singapore Med J.* 2014 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. Anastassopoulou C, Gkizarioti Z, Patrinos GP, Tsakris A. Human genetic factors associated with susceptibility to SARS-CoV-2 infection and COVID-19 disease severity. *Hum Genomics [Internet].* 2020;14(1). doi.org/10.1186/s40246-020-00290-4
36. Cavazos-Arroyo Judith, Pérez de Celis-Herrero Concepción. Severidad, susceptibilidad y normas sociales percibidas como antecedentes de la intención de vacunarse contra covid-19. *Rev. salud pública [Internet].* 2020; 22(2): e210. doi: 10.15446/rsap.v22n2.86877.
37. Chertok IRA. Perceived risk of infection and smoking behavior change during COVID-19 in Ohio. *Public Health Nurs.* 2020;37(6):854–62.
38. Olivieri M, Halimeh S, Wermes C, Hassenpflug W, Holstein K, von Mackensen S. Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die medizinische Versorgung von Patienten mit angeborenen Blutungsneigungen. *Gesundheitswesen.* 2021;83(04):282–90.
39. 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.
40. Galmés S, Serra F, Palou A. Current state of evidence: Influence of nutritional and nutrigenetic factors on immunity in the COVID-19 pandemic framework. *Nutrients.* 2020;12(9):2738.

41. Tadesse T, Alemu T, Amogne G, Endaznew 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;13:3751–61.
42. Monteiro KS, Santino TA, Jácome AC, Silva B, Patino CM, Chaves G, et al. Barriers and facilitators to populational adherence to prevention and control measures of COVID-19 and other respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis protocol. *BMJ Open.* 2021;11(1):e045529.
43. Akhtar S, Das JK, Ismail T, Wahid M, Saeed W, Bhutta ZA. Nutritional perspectives for the prevention and mitigation of COVID-19. *Nutr Rev.* 2021;79(3):289–300.

ANEXOS

PROYECTO: CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE CONTRAER EL
CORONAVIRUS EN TRABAJADORES DEL SECTOR COMERCIAL

Sector de la empresa: _____

Sexo: F __ M __

Edad: _____

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

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

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

Empresa: _____

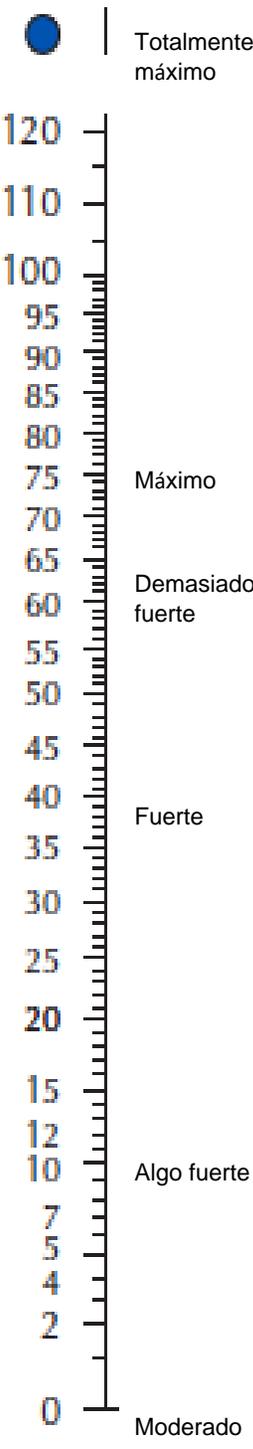
Cargo: _____

Jornada laboral: Mañana _____ Tarde _____ Noche _____

Horas laboradas por día: _____

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

Diagnóstico de COVID 19: SI _____ NO _____

Susceptibilidad percibida: conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus	
1. El riesgo que corro de contraer el coronavirus en mi rutina diaria es:	
2. Mi exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes) es:	
3. Mi exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público, entre otros es:	
4. Según mi estado de salud general, mi probabilidad de contraer el coronavirus es:	
5. La probabilidad de que los síntomas de fiebre por encima de 37,8 °C y dolor en el cuerpo durante 2 días sea una gripe en lugar de un coronavirus es:	
Severidad percibida: creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas.	
1. Si 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: