

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

**GUTIERREZ TABORDA KAREN LORENA
LORA BARRIOS KAREN PAOLA
MARTINEZ INSIGNARES JULIO MARIO
MERCADO CHARRIS KELLY JOHANA**

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

Dedicamos este proyecto principalmente a Dios, quien nos guió en cada proceso y hasta el final de este proyecto, nos brindó sabiduría, salud, calma y vida en cada momento que lo hemos necesitado, gracias porque nunca nos abandonaste y eres nuestra fuente de fuerza, esperanza y fe.

A nuestros padres puesto que nunca dejaron de creer en nuestras cualidades, gracias porque nos brindaron su apoyo, su ayuda y su cariño en todo este proceso de formación, dedicamos esto a ustedes porque una buena persona se forma primero en el seno de su familia.

Agradecemos especialmente a nuestras Docentes, asesoras, tutoras y mentoras:

Martha Mendinueta Martínez, Erika Palacio Duran, Yaneth Herazo Beltrán, quienes nos brindaron en todo momento su conocimiento, apoyo y paciencia. Gracias por enseñarnos en todas esas ocasiones a mantener los pies en la tierra, a despertar y a entender que un profesional con visión en la Seguridad y Salud de los trabajadores y la Investigación es un ser humano esencial para nuestro país.

Gracias por guiarnos en este peldaño que debimos superar para nuestra formación.

Muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 GENERAL	9
2.2 ESPECÍFICOS	9
3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE.....	10
3.1 Modelo de creencias en salud.....	10
3.2 Constructos del Modelo de Creencias en Salud	11
3.3 COVID 19.....	13
4. DISEÑO METODOLÓGICO	16
4.1 Tipo de Estudio	16
4.2 Delimitación Espacial y Temporal	16
4.3 Población de Estudio. Muestra y Muestreo	16
4.4 Variables de estudio.....	16
4.5 Fuentes	18
4.6 Plan de recolección de datos	18
4.7 Aspectos éticos	19
4.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSIÓN.....	42
7. CONCLUSIONES	47
8. RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

Esta investigación buscó determinar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus según el sexo de los trabajadores, para lo cual se utilizó un enfoque cuantitativo con un tipo de estudio descriptivo transversal; empleando fuentes primarias al obtener la información de forma directa de los trabajadores. El cuestionario implementado utilizó la Escala de Borg de 0-100 y las respuestas a cada pregunta fueron: Nada en absoluto, Débil, Moderado, Fuerte y Máximo.

Se logró determinar que el 83,4% de los encuestados no presentó diagnóstico de COVID-19. De este modo, el 66% de los hombres consideraron presentar un alto riesgo de exposición al coronavirus en su rutina, pero ambos contemplaron un nivel débil de exposición a grupos y lugares de riesgo. La percepción del estado de salud general y su posibilidad de contagiarse fue considerada menos probable por los hombres (56,7%). Por su parte, las mujeres (52,1%) consideraron que la intensidad de los síntomas sería mayor y que en caso de contagiarse; la posibilidad de tener complicaciones y ser hospitalizado era baja (59%). Con relación a la posibilidad de presentar dificultad respiratoria, ambos sexos coincidieron en un nivel bajo. Hombres (69,2%) y mujeres (71,6%) afirmaron que al quedarse en casa y utilizar tapabocas al salir a caminar o dirigirse al trabajo, tendrán un menor riesgo.

El 58,6% de las mujeres evidenció una mayor capacidad para trabajar desde casa o de forma remota y el 60,4% argumentó tener menor posibilidad de perder el trabajo al hacerlo desde esta. Por su parte, el 51% de los hombres contempló bajas posibilidades de utilizar transporte alternativo en lugar de transporte público. Finalmente, una gran proporción de encuestados de sexo masculino y femenino consideraron que, con lavarse las manos, ingerir vitamina C y utilizar mascarillas todo el día; se disminuye la posibilidad de contagiarse.

Palabras clave: coronavirus, percepción, sexo, creencias, exposición.

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 según el sexo de los trabajadores?

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 según el sexo de los trabajadores.

2.2 ESPECÍFICOS

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

3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

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

La infección puede transmitirse por portadores asintomáticos, 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 económicos: Comercial, Construcción, Industrial, Servicios, Agropecuario, Financiero, Minero, Salud y Solidario, Telecomunicación y Transporte. Participaron 1.785 personas mayores de 18 años, de las cuales 856 corresponden al sexo masculino y 929 al sexo femenino; excluyendo finalmente a 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	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6

		diferencial, es decir, para asignar subsidios y cobrar sobre costos o contribuciones.			
	Estado Civil	Situación conyugal	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo
	Nivel Educativo	Conjunto de grados que un padre siguió en un establecimiento académico	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Técnica Tecnológica Profesional Postgrado
Laborales	Jornada laboral	Tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo para la cual fue contratado.	Cualitativa	Nominal	Diurna Nocturna
	Antigüedad en el trabajo	Duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador	Cualitativa	Ordinal	Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Más de 5 años
	Horas laboradas por día	Número total de horas efectivamente trabajadas en 1 día	Cualitativa	Ordinal	Menos de 8 horas 8 horas Más de 8 horas
Antecedentes de salud	Diagnóstico de COVID 19	Diagnóstico médico luego de la técnica de laboratorio reacción en cadena de la polimerasa (PCR)	Cualitativa	Nominal	Si No
Creencias en salud	Susceptibilidad percibida	Conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Severidad percibida	Creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Beneficios percibidos	Eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Barreras percibidas	Dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado

					Fuerte Máximo
	Motivación para la salud	Problemas generales de salud que se adoptan para mejorar la salud (dieta, ejercicio, etc.)	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo

4.5 Fuentes

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

4.6 Plan de recolección de datos

El cuestionario que incluyó cada uno de los instrumentos de medición de las variables de estudio, se aplicó vía correo electrónico. Previo a la aplicación de los instrumentos de evaluación, se solicitó el consentimiento informado. El acercamiento a los individuos se realizó a través de la oficina de Talento Humano de cada empresa.

La encuesta contiene preguntas sobre las características sociodemográficas de los sujetos tales como: rango de edad del que responde, sexo, edad, nivel educativo, y estrato socioeconómico. Igualmente, se 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 los trabajadores encuestados. Se observa que tanto hombres como mujeres de este estudio pertenecen al estrato socioeconómico bajo, 78,9% y 77,9% respectivamente (ver Figura 1). Además, fue menor la participación de personas mayores de 60 años (2,2% mujeres y 1,9% hombres); tal como se aprecia en la

Figura 2. El 29,5 % de las personas de sexo femenino tienen un nivel educativo bajo en comparación del 27, 3% de los hombres (ver Figura 3).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.

Variable	Femenino		Masculino	
	n	(%)	n	(%)
Estrato Socioeconómico				
Estrato bajo	724	77,9	675	78,9
Estrato alto	205	22,1	181	21,1
Rango de Edad				
18 a 26 años	217	23,4	213	24,9
27 a 59 años	692	74,5	627	73,2
Mayor de 60 años	20	2,2	16	1,9
Estado civil				
Con pareja	502	54	430	50,2
Sin pareja	427	46	426	49,8
Nivel educativo				
Nivel bajo	274	29,5	234	27,3
Nivel alto	655	70,5	622	72,7

Figura 1. Estrato socioeconómico de los sujetos de estudio.

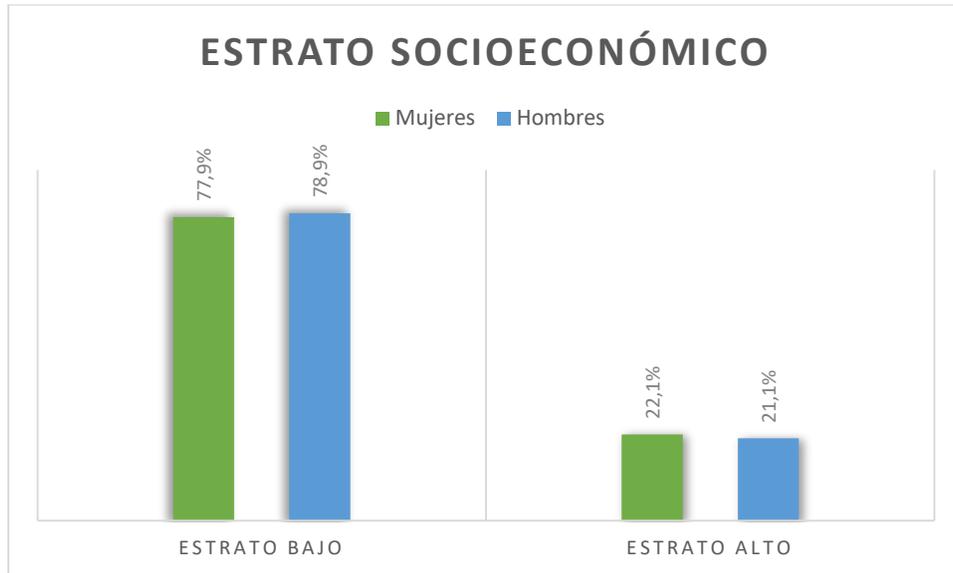


Figura 2. Rango de edad de los sujetos de estudio.

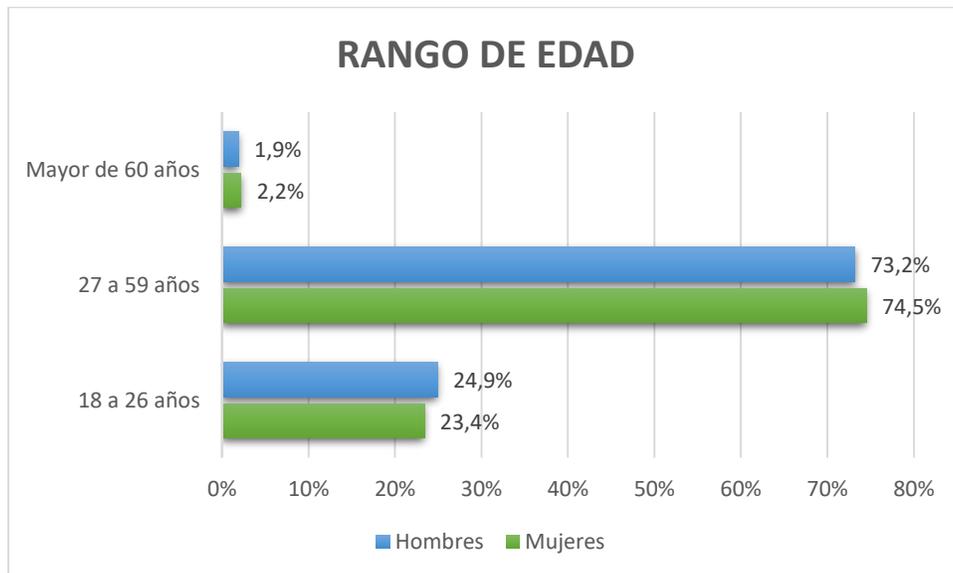
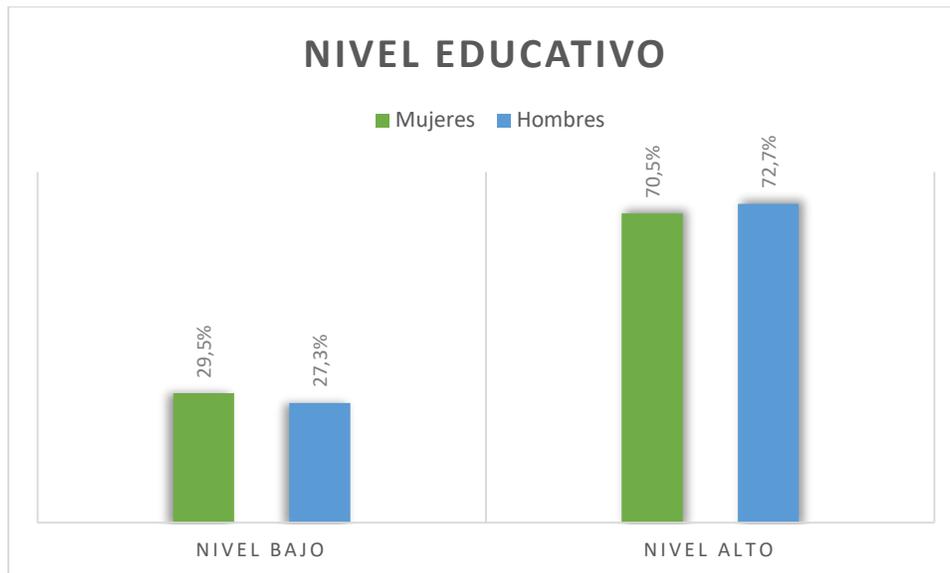


Figura 3. Nivel educativo de los sujetos de estudio.



En la tabla 3 se evidencian las características laborales de los sujetos de estudio, en donde se reconoce un menor porcentaje de mujeres (9%) que laboran menos de 8 horas al día con relación a los hombres (11,4%) sujetos de estudio (ver Figura 4). Otro aspecto para mencionar consiste en que el 48,9% de personas del sexo masculino presentan antigüedad laboral entre 1 y 5 años, en comparación del 45,5% de las personas del sexo femenino (ver Figura 5).

Tabla 2. Características laborales de los sujetos de estudio.

Variable	Femenino n (%)		Masculino n (%)	
	Jornada laboral			
Diurna	884	95,2	815	95,2
Nocturna	45	4,8	41	4,8
Horas laboradas al día				
Menos de 8 horas	83	9	98	11,4
8 horas	621	66,8	565	66
Más de 8 horas	225	24,2	193	22,6
Antigüedad en el trabajo				
Menos de 1 año	204	22	186	21,7
Entre 1 y 5 años	423	45,5	419	48,9
Más de 5 años	302	32,5	251	29,3

Figura 4. Horas laboradas al día de los sujetos de estudio.

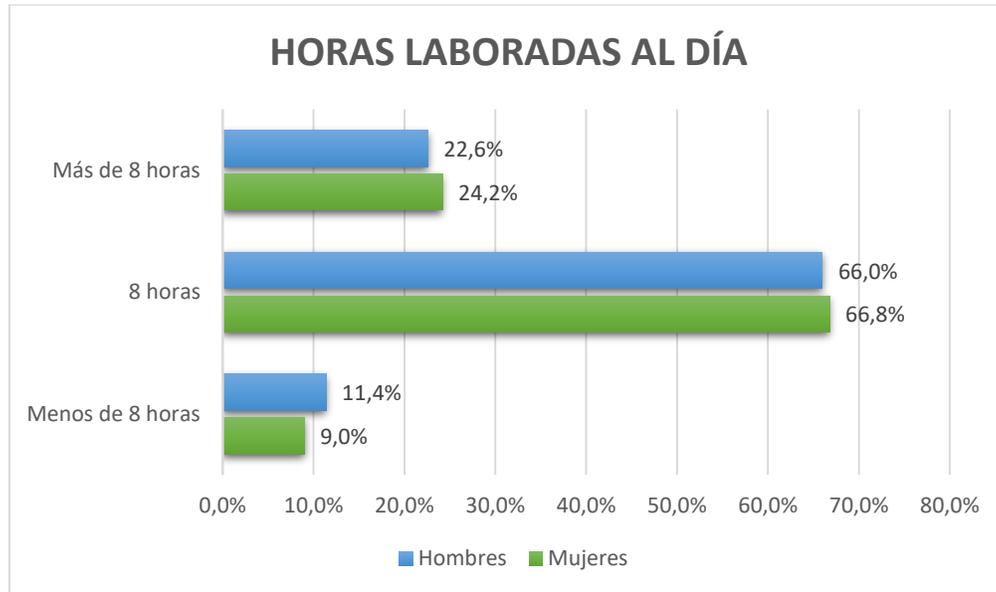
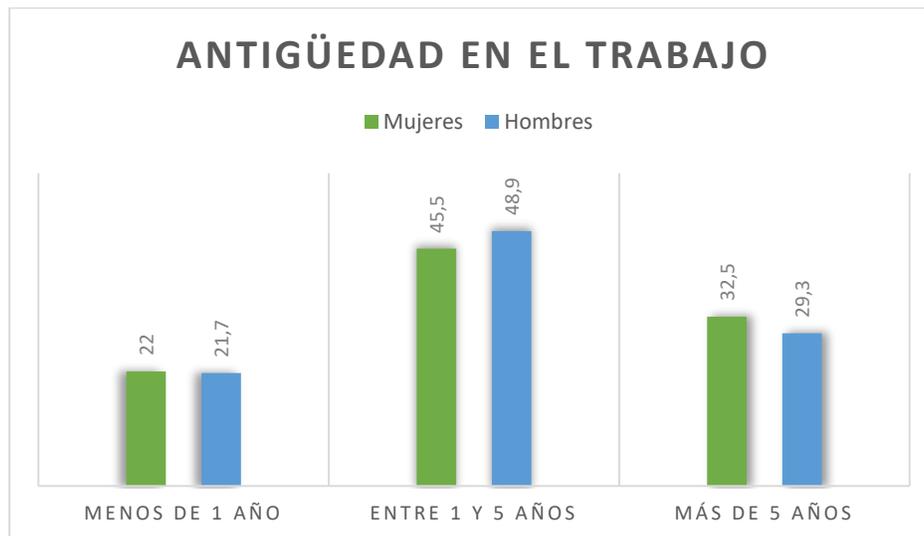


Figura 5. Antigüedad en el trabajo de los sujetos de estudio.



De la muestra de estudio, se obtuvo como resultado en la tabla 4 que el 82,4% de las personas de sexo masculino no han presentado diagnóstico de COVID 19 (ver Figura 6), en comparación con el 84,5% de las mujeres que tampoco lo presentaron (ver Figura 7).

Tabla 4. Diagnóstico de COVID 19

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Masculino	No	705	82,4
	Si	151	17,6
Femenino	No	785	84,5
	Si	144	15,5

Figura 6. Diagnóstico de COVID 19 en hombres sujetos del estudio.



Figura 7. Diagnóstico de COVID 19 en mujeres sujetos del estudio.



La tabla 5 describe la susceptibilidad percibida con relación al conocimiento y creencia de los sujetos de estudio sobre la posibilidad de contraer coronavirus. De

este modo, se puede apreciar que el 66% de los hombres encuestados consideran presentar un alto riesgo de exposición en su rutina diaria y por su parte, el 61% de las mujeres lo consideran de este modo (ver

Figura 8).

La mayoría de los hombres y mujeres contemplaron un nivel débil de exposición a grupos de riesgos (multitudes o pacientes), con un 41,1% y 45,6% respectivamente. De forma similar, definieron un nivel débil de exposición a lugares de riesgo (centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público) con un porcentaje del 51,9% en hombres y 52,4% en mujeres; siendo menor los porcentajes evidenciados para las personas de sexo masculino en comparación con las mujeres.

En cuanto a la percepción del estado de salud general de la muestra y su probabilidad de contraer coronavirus, los hombres (56,7%) consideran presentar una menor probabilidad (débil – nada en absoluto) de contraer la enfermedad en comparación con las mujeres (54,8%); así como se evidencia en la Figura 9. Por otra parte, el 51,2% de los hombres del estudio indicaron mayor probabilidad (moderado – fuerte - máximo) 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; por su parte el 51,8% de las mujeres lo consideraron así (ver

Figura 10).

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

	Femenino n (%)		Masculino n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de contraer el coronavirus en mi rutina diaria				
Nada en absoluto	28	3,0	26	3,0
Débil	334	36,0	265	31,0
Moderado	265	28,5	281	32,8
Fuerte	234	25,2	223	26,1
Máximo	68	7,3	61	7,1
Exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes)				
Nada en absoluto	77	8,3	64	7,5
Débil	424	45,6	352	41,1
Moderado	217	23,4	242	28,3

Fuerte	156	16,8	154	18,0
Máximo	55	5,9	44	5,1
Exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público				
Nada en absoluto	38	4,1	29	3,4
Débil	398	42,8	391	45,7
Moderado	246	26,5	230	26,9
Fuerte	170	18,3	156	18,2
Máximo	77	8,3	50	5,8
Estado de salud general y probabilidad de contraer el coronavirus				
Nada en absoluto	22	2,4	41	4,8
Débil	487	52,4	444	51,9
Moderado	292	31,4	250	29,2
Fuerte	102	11,0	101	11,8
Máximo	26	2,8	20	2,3
Probabilidad de que los síntomas de fiebre por encima de 37,8 °C y dolor en el cuerpo durante 2 días sea una gripe en lugar de un coronavirus				
Nada en absoluto	60	6,5	68	7,9
Débil	388	41,8	350	40,9
Moderado	264	28,4	267	31,2
Fuerte	179	19,3	150	17,5
Máximo	38	4,1	21	2,5

Figura 8. Riesgo percibido de contraer coronavirus en la rutina diaria de los sujetos de estudio.

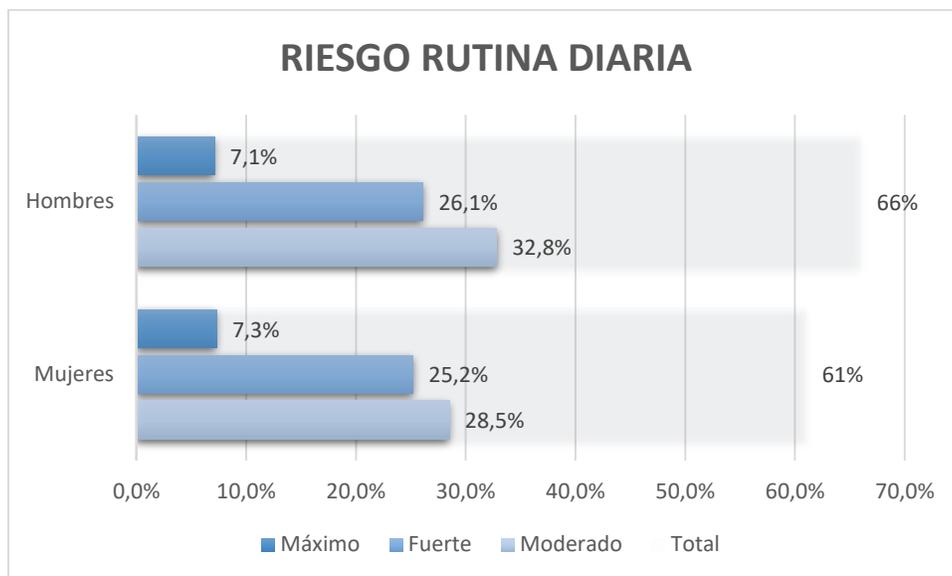


Figura 9. Estado de salud general y probabilidad de contraer coronavirus de los sujetos de estudio.

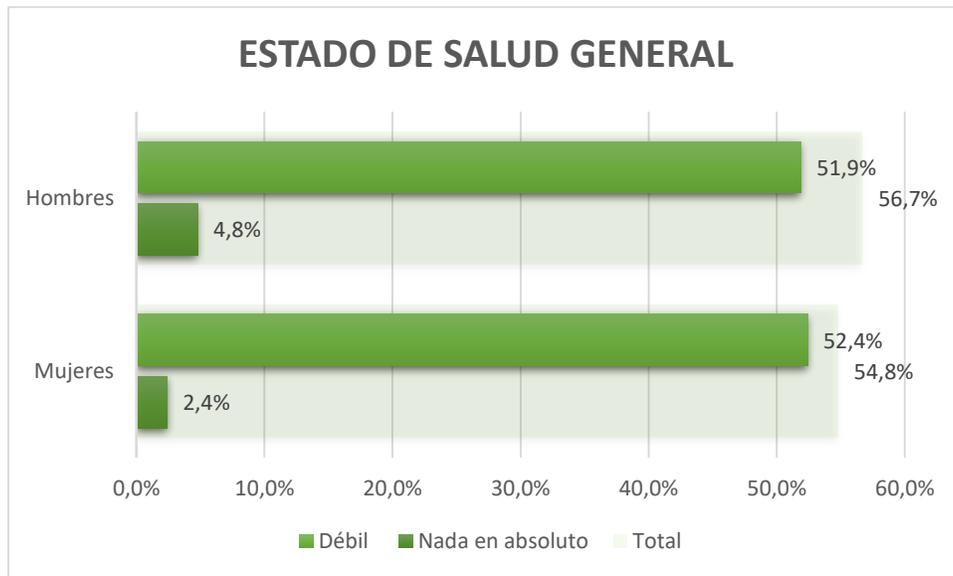
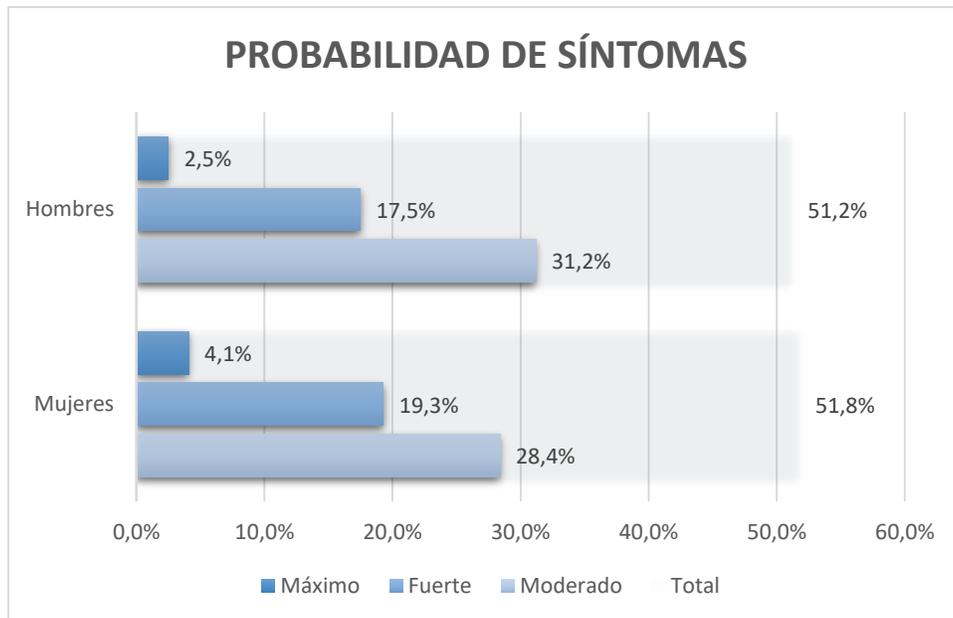


Figura 10. Probabilidad de que los síntomas sean por gripe en lugar de coronavirus.



En la tabla 6, se relaciona la severidad percibida en cuanto a la creencia sobre cómo el sujeto de estudio se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas. En la

Figura 11, se puede apreciar que la mayoría de las mujeres (52,1%) consideran que la intensidad de los síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería mayor (moderado – fuerte - máximo), en comparación con los hombres (46,9%).

Por otro lado, el 59% de las personas de sexo femenino encuestadas afirmó que, en caso de contraer coronavirus, la posibilidad de tener complicaciones y ser hospitalizado es menor (débil – nada en absoluto) y el 57,4% de los hombres también lo consideraron así (ver Figura 12). Así mismo, con relación a la posibilidad de presentar dificultad respiratoria al contraer coronavirus, se evidenció que el 59,2% de las mujeres y el 58,1% de los hombres; coincidían en un nivel bajo (débil – nada en absoluto) tal como se muestra en la

Figura 13.

Cabe añadir que según lo observado en la Figura 14, un alto porcentaje de las mujeres (61,6%) y hombres (58,9%), sujetos de estudio, consideran que la gran mayoría de las personas que contraigan la enfermedad presentarán síntomas.

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

	Femenino n (%)		Masculino n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Intensidad de mis síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería:				
Nada en absoluto	127	13,7	132	15,4
Débil	318	34,2	322	37,6
Moderado	240	25,8	227	26,5
Fuerte	221	23,8	163	19,0
Máximo	23	2,5	12	1,4
Contraer el coronavirus y la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por el virus corona				
Nada en absoluto	80	8,6	69	8,1
Débil	468	50,4	422	49,3
Moderado	214	23,0	201	23,5
Fuerte	136	14,6	142	16,6
Máximo	31	3,3	22	2,6
Contraer el coronavirus y la posibilidad de quedar muy comprometido para hacer actividades diarias				
Nada en absoluto	75	8,1	60	7,0
Débil	457	49,2	382	44,6
Moderado	188	20,2	180	21,0
Fuerte	168	18,1	172	20,1

Máximo	41	4,4	62	7,2
Contraer el coronavirus y la posibilidad de dificultad respiratoria				
Nada en absoluto	82	8,8	68	7,9
Débil	468	50,4	430	50,2
Moderado	185	19,9	199	23,2
Fuerte	167	18,0	141	16,5
Máximo	27	2,9	18	2,1
La mayoría de las personas tendrán síntomas				
Nada en absoluto	20	2,2	28	3,3
Débil	337	36,3	324	37,9
Moderado	335	36,1	313	36,6
Fuerte	210	22,6	168	19,6
Máximo	27	2,9	23	2,7

Figura 11. Intensidad de los síntomas percibida por lo sujetos de estudio.

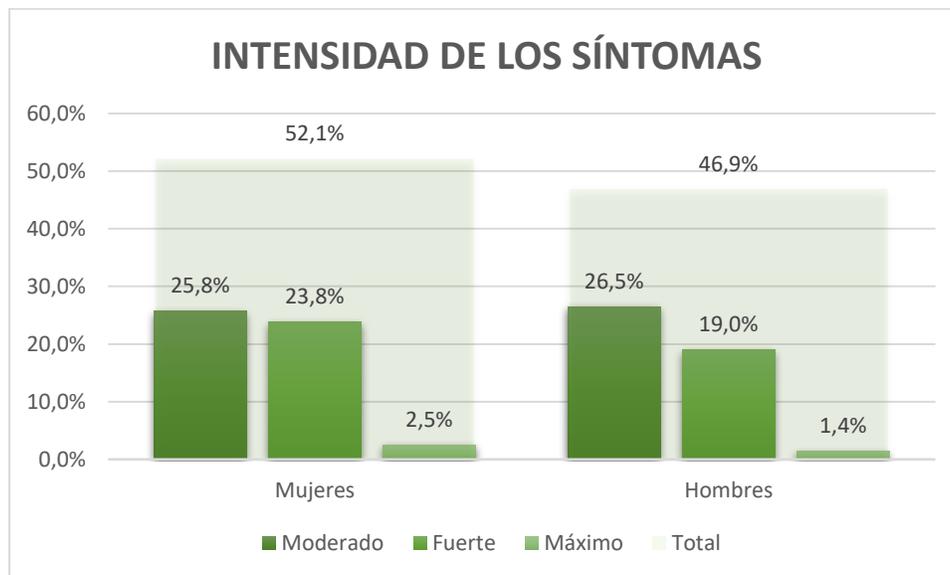


Figura 12. Posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado por coronavirus.

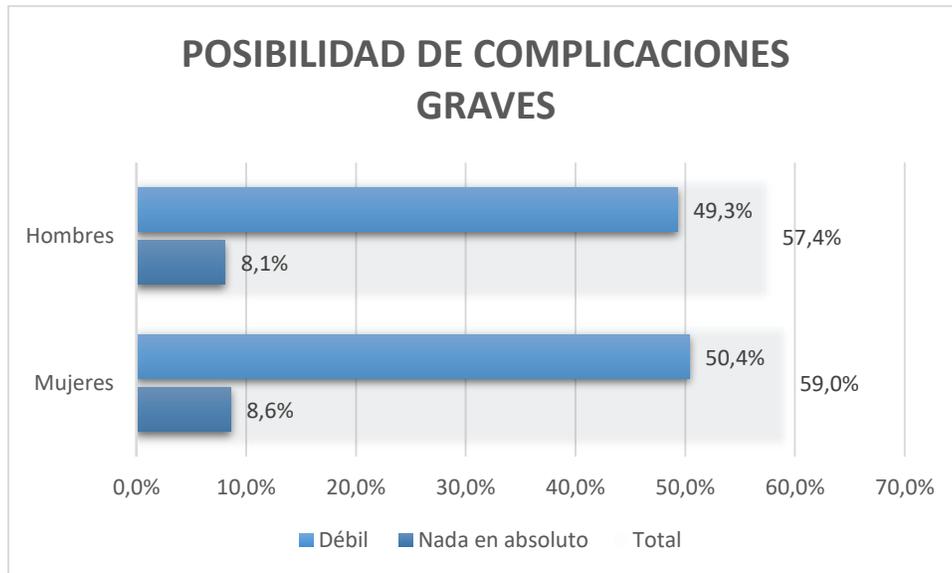


Figura 13. Posibilidad de presentar dificultad respiratoria al contraer coronavirus.

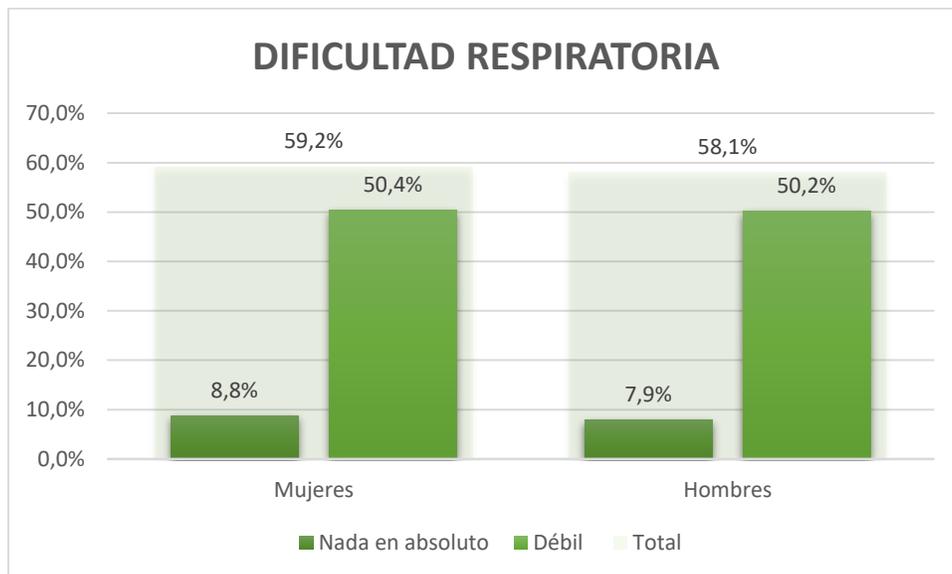
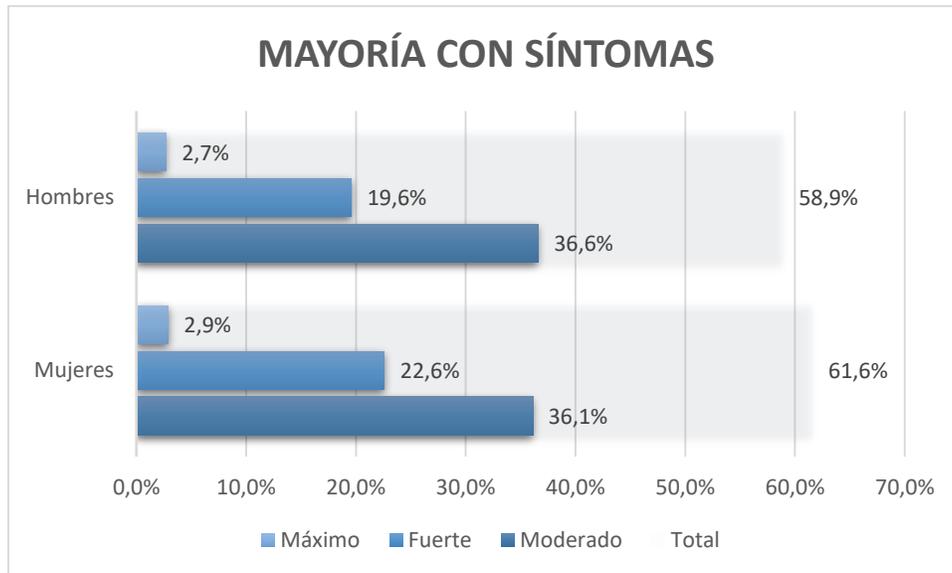


Figura 14. Mayoría de las personas presentarán síntomas en caso de contraer coronavirus.



La tabla 7 muestra los beneficios percibidos por los sujetos de estudio, en cuanto a la eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección. En primer lugar, la mayoría de las mujeres (71,6%) y hombres (69,2%) consideran que la posibilidad de contraer el coronavirus es menor (débil) al permanecer en casa. Adicionalmente, las personas del sexo masculino (61,9%) indicaron tener una mayor posibilidad (moderado – fuerte - máximo) de acudir al servicio médico con síntomas leves y tener un diagnóstico, en comparación con las mujeres (57,1%) tal como se puede apreciar en la

Figura 15.

Del total de la muestra encuestada, solo el 36,4% de los hombres y el 39,9% de las mujeres indicaron la posibilidad (moderado – fuerte - máximo) de tomar antigripal y antipiréticos para prevenir la infección por el coronavirus (ver

Figura 16). Cabe añadir que el 67,5% de los hombres y el 63,4% de las mujeres, perciben un riesgo débil de contraer coronavirus al utilizar tapabocas y caminar por la calle o en el trabajo.

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

	Femenino n (%)		Masculino n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Quedarse en casa y las posibilidades de contraer el coronavirus				
Nada en absoluto	124	13,3	146	17,1
Débil	665	71,6	592	69,2
Moderado	82	8,8	74	8,6
Fuerte	50	5,4	37	4,3
Máximo	8	,9	7	,8
Con síntomas leves (fiebre, tos, dolor corporal y secreción nasal) y la posibilidad de acudir al servicio de salud y tener un diagnóstico				
Nada en absoluto	39	4,2	34	4,0
Débil	360	38,8	292	34,1
Moderado	229	24,7	226	26,4
Fuerte	169	18,2	181	21,1
Máximo	132	14,2	123	14,4
Tomar antigripal y antipiréticos y la posibilidad de prevenir la infección por el coronavirus				
Nada en absoluto	118	12,7	136	15,9
Débil	440	47,4	408	47,7
Moderado	233	25,1	197	23,0
Fuerte	107	11,5	98	11,4
Máximo	31	3,3	17	2,0
Uso de la mascarilla o tapabocas y el riesgo de contraer el coronavirus al caminar por la calle o en el trabajo				
Nada en absoluto	70	7,5	47	5,5
Débil	589	63,4	578	67,5
Moderado	142	15,3	123	14,4
Fuerte	83	8,9	77	9,0
Máximo	45	4,8	31	3,6
Riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad				
Nada en absoluto	35	3,8	36	4,2
Débil	424	45,6	389	45,4

Moderado	148	15,9	135	15,8
Fuerte	199	21,4	202	23,6
Máximo	123	13,2	94	11,0

Figura 15. Posibilidad de acudir al servicio de salud y diagnóstico con síntomas leves.

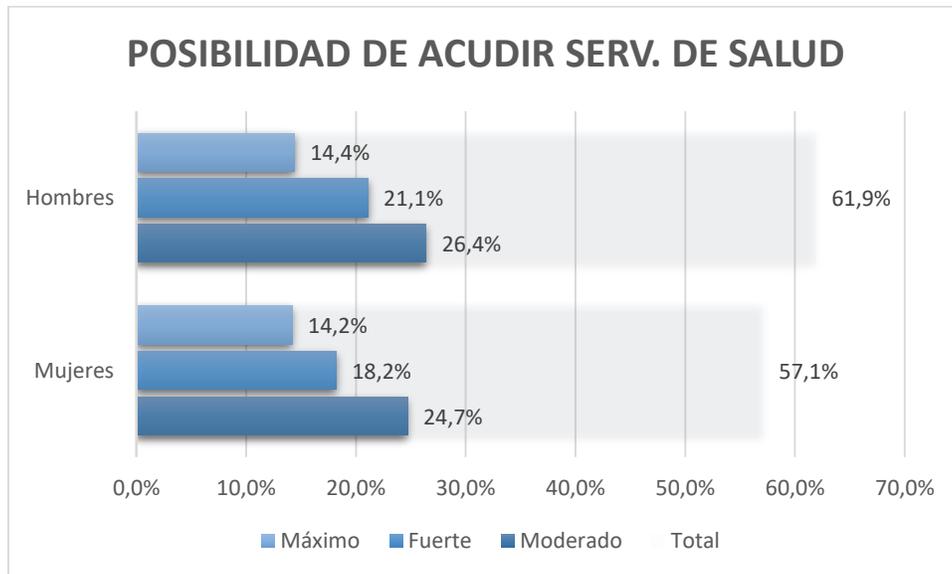
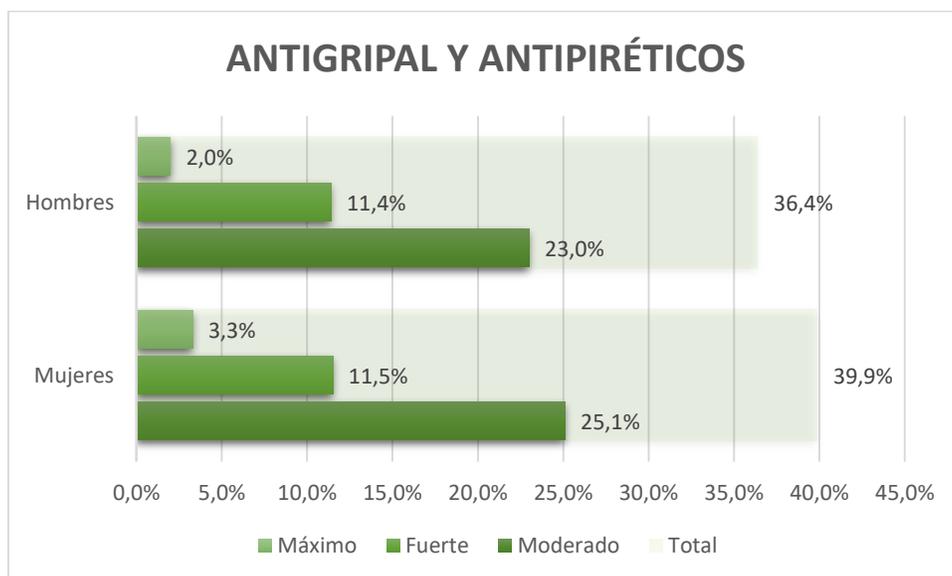


Figura 16. Posibilidad de prevenir coronavirus con el uso de antigripal y antipiréticos.



La tabla 8 nos permite evidenciar las barreras percibidas por los sujetos de estudio, relacionadas con las dificultades para respetar las reglas y/o instrucciones de prevención. De este modo, se visualiza que el 58,6% de las mujeres tiene mayor capacidad para trabajar desde casa o de forma remota, en comparación con el 53,9% de los hombres, entre moderado y máximo (Ver

Figura 17). En este sentido, así mismo como se observa en la

Figura 18 la mayoría de las mujeres (60,4%) consideró tener menor posibilidad de perder el trabajo al hacerlo desde casa (débil – nada en absoluto) en contraste con los hombres (53,3%) sujetos de estudio.

Por otro lado, en cuanto a la posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde el trabajo en lugar de transporte público (ver

Figura 19), se contempla que existen bajas probabilidades de que esto ocurra en el sexo masculino en contraposición con en el sexo femenino; contando con un 51% y 54,1% respectivamente (respecto a nada en absoluto y una posibilidad débil).

Cabe resaltar que en la variable relacionada con la posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas, está más presente en las damas (58,1%) que en los caballeros (57,7%); analizándose en la sumatoria de moderado, fuerte y máximo, lo cual se corrobora en la

Figura 20. Referente a las posibilidades de que las personas se alarmen más de lo necesario las mujeres representadas en un 77% consideran que los individuos se inquietan más de lo que deben a diferencia de lo que piensan los hombres, quienes estiman la ocurrencia de esto en un 75,7% (moderado – fuerte - máximo) representado en la Figura 21.

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

	Femenino n (%)		Masculino n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Capacidad para trabajar desde casa o de forma remota				
Nada en absoluto	103	11,1	135	15,8

Débil	282	30,4	260	30,4
Moderado	140	15,1	146	17,1
Fuerte	180	19,4	160	18,7
Máximo	224	24,1	155	18,1
Si trabajo en casa y la posibilidad de perder mi trabajo				
Nada en absoluto	175	18,8	158	18,5
Débil	386	41,6	298	34,8
Moderado	110	11,8	99	11,6
Fuerte	141	15,2	165	19,3
Máximo	117	12,6	136	15,9
Posibilidad de utilizar transporte alternativo hacia y desde mi trabajo en lugar del transporte público				
Nada en absoluto	125	13,5	137	16,0
Débil	377	40,6	300	35,0
Moderado	164	17,7	153	17,9
Fuerte	163	17,5	150	17,5
Máximo	100	10,8	116	13,6
Posibilidad de quedarse en casa sin salir por 14 días, con comida y medicinas				
Nada en absoluto	75	8,1	59	6,9
Débil	314	33,8	304	35,5
Moderado	222	23,9	212	24,8
Fuerte	189	20,3	165	19,3
Máximo	129	13,9	116	13,6
Posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario				
Nada en absoluto	10	1,1	20	2,3
Débil	204	22,0	188	22,0
Moderado	250	26,9	235	27,5
Fuerte	339	36,5	329	38,4
Máximo	126	13,6	84	9,8

Figura 17. Capacidad para trabajar en casa o de forma remota.

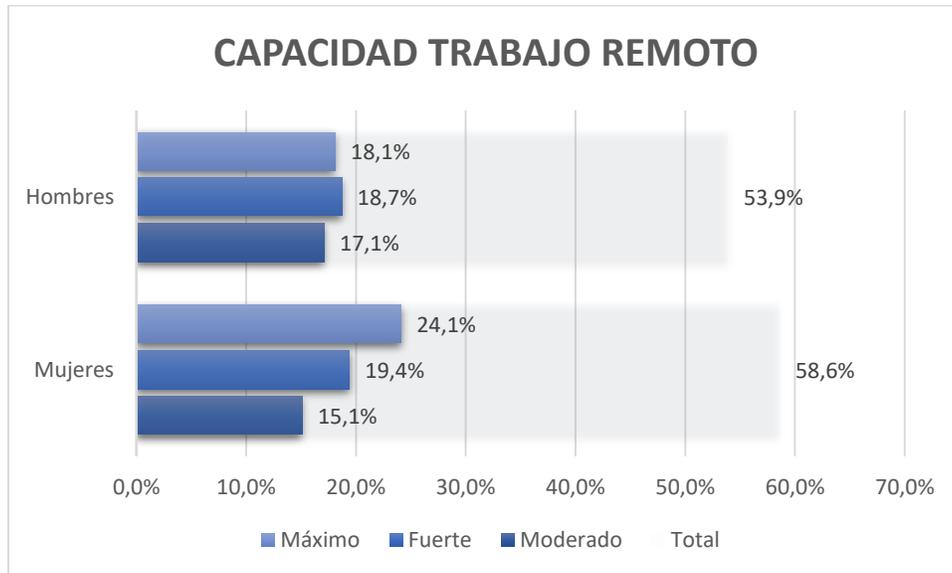


Figura 18. Posibilidad de pérdida del trabajo al laborar desde casa.

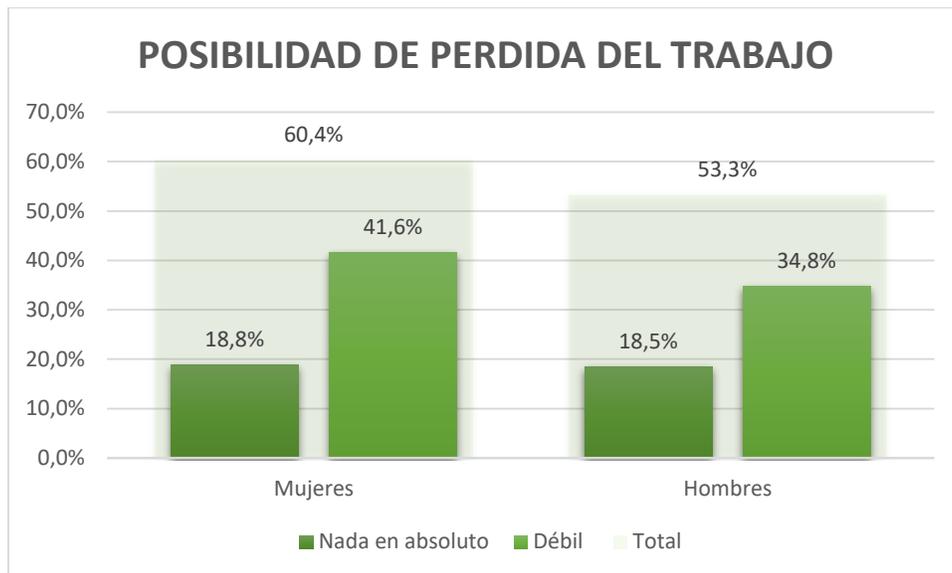


Figura 19. Posibilidad de usar transporte alternativo.

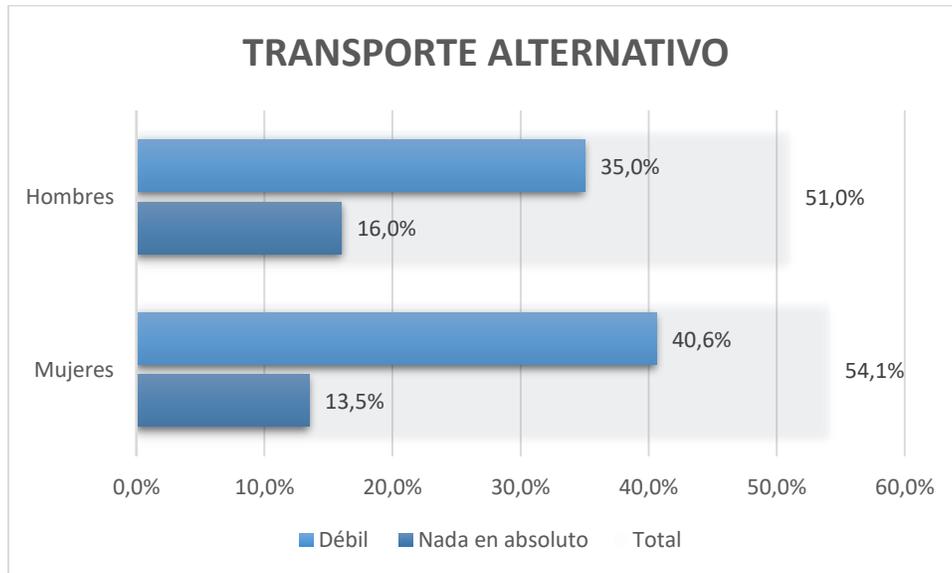


Figura 20. Posibilidad de quedarse en casa sin salir 14 días, con comida y medicinas.

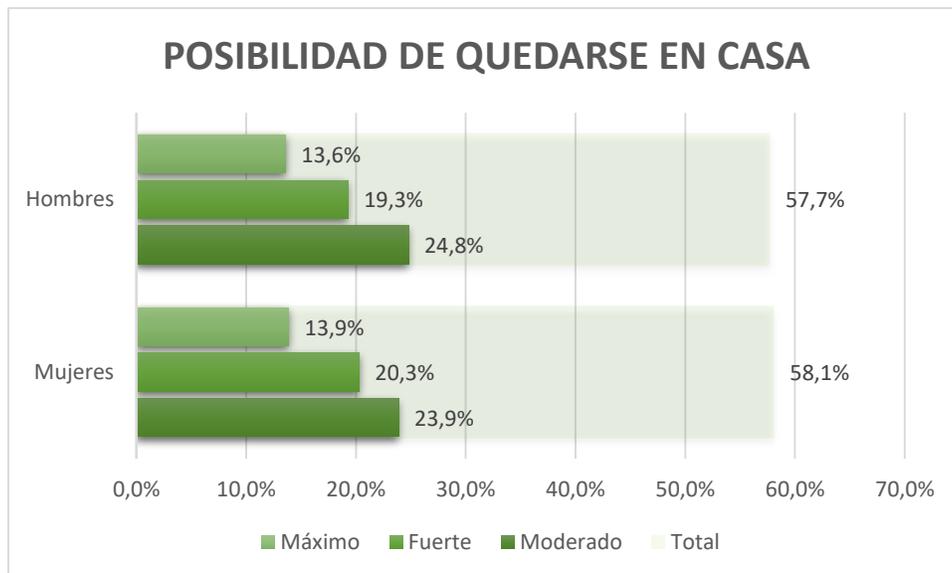
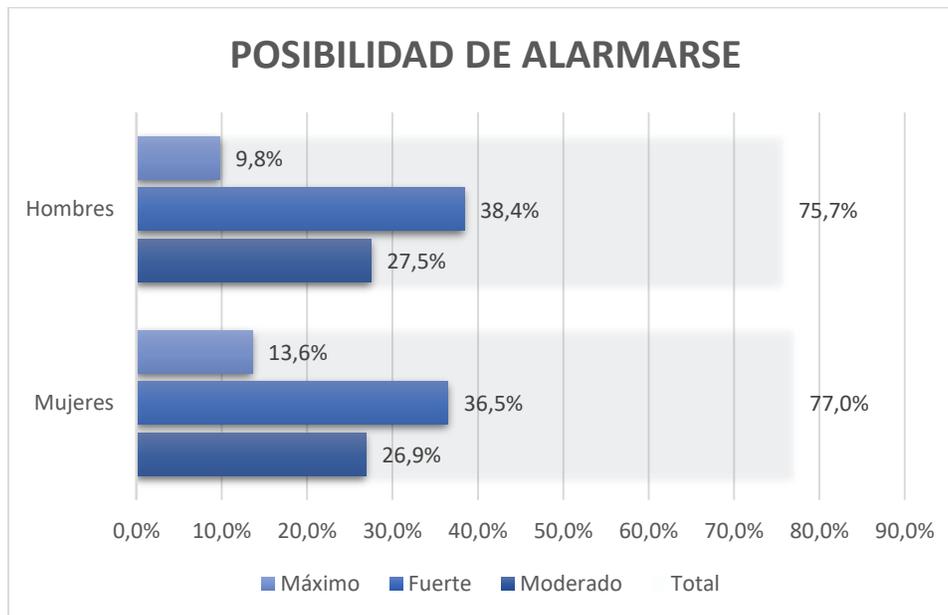


Figura 21. Posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario.



Se puede observar en la tabla 9, la motivación para la salud en cuanto a los problemas generales de salud que adoptan los sujetos en estudio para mejorarla. De este modo, se logró evidenciar que una gran proporción de las personas de sexo masculino (74,9%) y femenino (76,2%) consideran que al tener la oportunidad de lavarse las manos a menudo, disminuye considerablemente la posibilidad de contraer coronavirus; teniendo en cuenta la clasificación de moderado a máximo (ver Figura 22). A su vez, se pudo identificar que la mayoría de las mujeres (55,4%) y hombres (54,2%) creen que al ingerir un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer coronavirus es menor (débil – nada en absoluto); tal como se observa en la

Figura 23. Además, los sujetos de estudio consideran que el uso de mascarillas durante todo el día, en la calle y en el trabajo, disminuye el riesgo (débil – nada en absoluto) de contraer coronavirus; evidenciando un porcentaje del 69,5% para las mujeres y del 67,9% para los hombres (ver Figura 24).

En cuanto a la posibilidad de no salir de casa, excepto para comprar comida y medicina, la gran mayoría de los hombres (66,5%) consideran que la probabilidad de contraer coronavirus es menor (débil – nada en absoluto), en comparación con las mujeres (62,9%); así como se puede evidenciar en la Figura 25.

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

	Femenino n (%)		Masculino n (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Oportunidad de lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus				
Nada en absoluto	12	1,3	21	2,5
Débil	209	22,5	194	22,7
Moderado	153	16,5	145	16,9
Fuerte	292	31,4	283	33,1
Máximo	263	28,3	213	24,9
Tomar un suplemento de vitamina C y el riesgo de contraer el coronavirus es:				
Nada en absoluto	35	3,8	62	7,2
Débil	479	51,6	402	47,0
Moderado	300	32,3	284	33,2
Fuerte	79	8,5	65	7,6
Máximo	36	3,9	43	5,0
Usar una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo y mi riesgo de contraer el coronavirus				
Nada en absoluto	53	5,7	39	4,6
Débil	593	63,8	542	63,3
Moderado	170	18,3	159	18,6
Fuerte	78	8,4	67	7,8
Máximo	35	3,8	49	5,7
Si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas y mi riesgo de no contraer el coronavirus				
Nada en absoluto	33	3,6	35	4,1
Débil	551	59,3	534	62,4
Moderado	201	21,6	152	17,8
Fuerte	93	10,0	89	10,4
Máximo	51	5,5	46	5,4

Figura 22. Disminución de contraer coronavirus con la oportunidad de lavarse las manos a menudo.



Figura 23. Riesgo de contraer coronavirus tomando los suplementos de vitamina C.

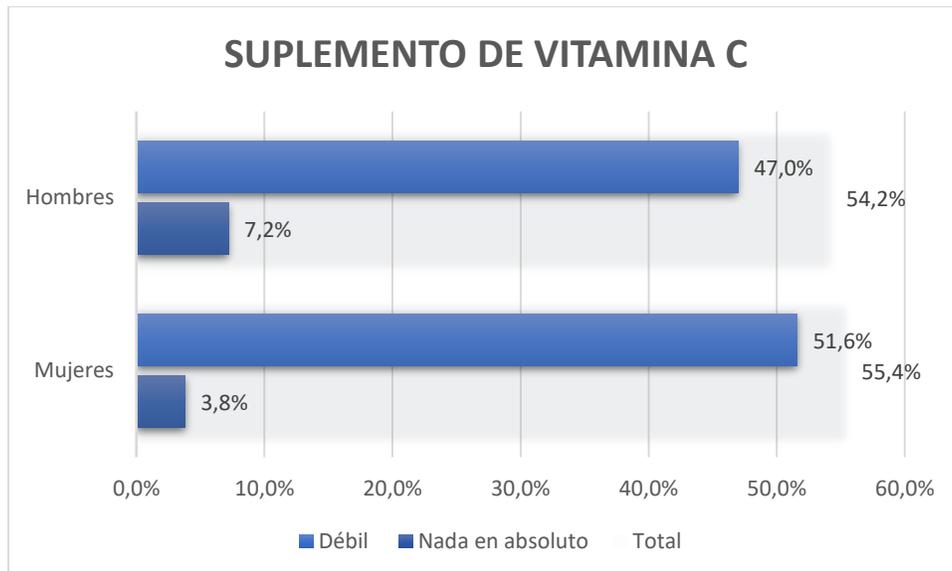


Figura 24. Riesgo de contraer coronavirus al utilizar mascarilla todo el día.

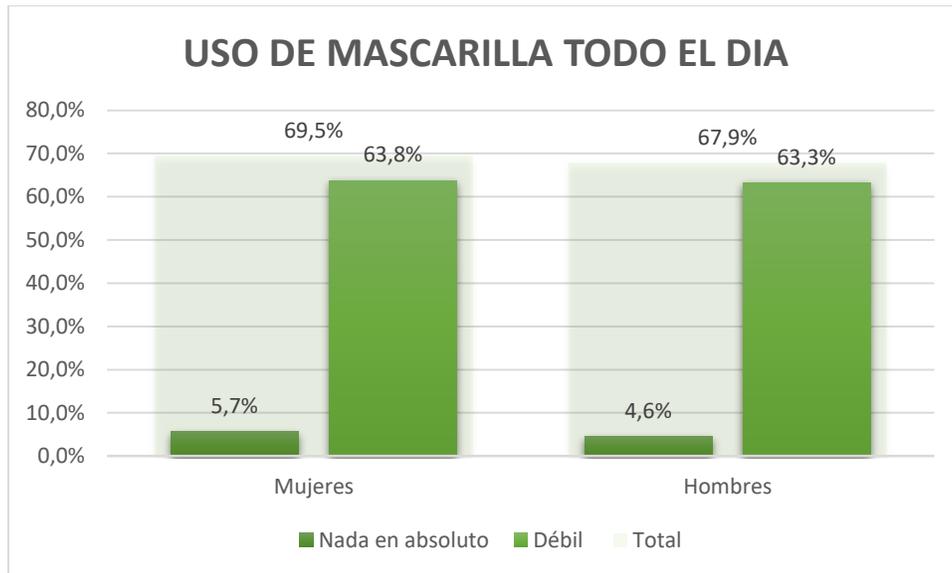
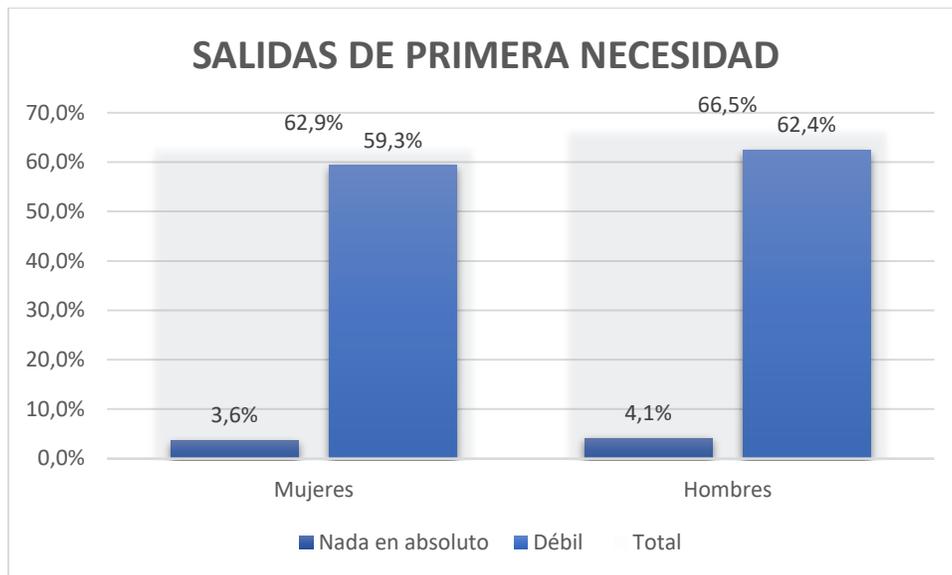


Figura 25. Riesgo de contraer coronavirus sin salir de casa a excepción de comprar comida y medicina.



6. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación evidencian que algunos factores son significativamente importantes para identificar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en los trabajadores, teniendo presente las distinciones de los resultados en función al sexo de los encuestados.

Este estudio muestra que un alto porcentaje de hombres consideran presentar un alto riesgo de exposición al coronavirus dentro de su rutina diaria; superando así al número de mujeres que lo consideran de esta forma. Sin embargo, un alto número de hombres y mujeres encuestados, contemplaron un nivel débil de exposición a grupos y lugares de riesgo tales como multitudes o pacientes, centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones y transporte público; superando las mujeres al porcentaje de hombre que lo consideran igual. Por otro lado, la percepción del estado de salud general y su probabilidad de contraer coronavirus fue considerada con una menor probabilidad por parte de los hombres bajo estudio en contraste con las mujeres. En el estudio de Costa (34) se evidenció una calificación de la susceptibilidad percibida entre moderada y fuerte; a su vez, en otra investigación realizada en 680 personas de Kerala, India, la susceptibilidad percibida fue mayor en el 65,4% mientras que el 34,6% sintieron que eran menos susceptibles a la enfermedad (35). Por otro lado, en un análisis realizado en 242 habitantes del municipio de manzanillo, Granma (Cuba), se evidenció un predominio de los sujetos con una percepción de riesgo inadecuada ante la COVID-19 (73,6%); la mayoría de los encuestados presentaron una susceptibilidad percibida baja de contraer la enfermedad (36).

Con relación a la severidad percibida con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas, tanto hombres como mujeres coinciden en un nivel

de riesgo bajo en cuanto a la posibilidad de presentar dificultad respiratoria; así mismo de presentar complicaciones y ser hospitalizado. Estos resultados se contrastan con los obtenidos en el estudio de Jose, y otros, (35) anteriormente mencionados; quienes obtuvieron que la gravedad percibida fue menor entre sus encuestados debido a que 379 (55,7%) sintieron que si se infectaban sería grave para ellos. Por su parte, en un estudio realizado en la población de Shiraz, Irán, en donde se entrevistó a un total de 1331 personas; el 43,6% se consideraba a sí mismo en alto riesgo de COVID-19 y el 50% lo consideraba una enfermedad grave (37). De igual manera, estos resultados son apoyados por una observación realizada en la ciudad de pasto (Colombia); en la cual la mayoría de los participantes (70%) presentaron una percepción de riesgo alta y media frente a la enfermedad y sus consecuencias, destacándose el temor a la muerte de un familiar o a enfermar gravemente, y concluyéndose en dicho análisis que existe una tendencia alta a percibir el Covid-19 como una enfermedad que pone en riesgo la vida propia y de los demás (38).

En cuanto a los beneficios percibidos, por la eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección, tanto hombres como mujeres consideran que si adoptan en su totalidad las medidas preventivas estipuladas y permanecen en casa; la posibilidad de contraer el coronavirus es menor. Sin embargo, las personas del sexo masculino indicaron tener mayor posibilidad de acudir al servicio médico al presentar síntomas leves; por otra parte, las mujeres indicaron tener mayor posibilidad de tomar antigripal y antipiréticos ante estos. Haciendo alusión nuevamente a los resultados obtenidos por Jose, y otros, (35) se puede concluir que la percepción de los beneficios, con relación a los mecanismos adoptados para prevenir la infección, arrojaron cifras significativamente más alentadoras; ya que la mayoría de sus participantes estaban seguros de que seguir el lavado de manos 661 (97,2%) y practicar el distanciamiento social y el encierro 649 (95,4%) les ayudaría en la prevención de la enfermedad.

Otro aspecto clave a considerar, son las barreras percibidas para respetar las normas e instrucciones para proteger y evitar la infección por coronavirus. En este sentido, se evidenció que las mujeres tienen mayor capacidad para trabajar desde casa o de forma remota; con la posibilidad de quedarse en la misma sin salir durante 14 días (con abastecimiento de comida y medicinas) y corriendo un menor riesgo de perder el trabajo al ejecutar sus actividades desde esta. Los hombres por su parte contemplan bajas posibilidades de utilizar transporte alternativo hacia y desde el trabajo (en lugar de transporte público) y consideran en una menor proporción que los individuos tienden a inquietarse más de lo que deben. En un estudio realizado en Brasil (39) debido a las restricciones de COVID-19, la mitad (51,1%) de los profesionales reportaron trabajar desde casa, al 29,3% de los encuestados les resultó relativamente fácil quedarse en casa y para el 7,9% de los participantes el confinamiento en interiores fue extremadamente difícil. Para quienes no trabajaban desde casa, el 66,1% no pudo hacerlo por el tipo de trabajo, el 9,1% no fue permitido por parte de su empleador, el 5% tuvo que salir de la casa para ganar el dinero para mantener su familia, y el 1,3% abandonó el hogar por considerarlo sin riesgo. Por su parte, en un estudio cubano (40) los hallazgos confirmaron que el 96,81% saldrían para comprar alimentos, el 87,65% a comprar medicamentos y el 56,17% a trabajar.

En términos de la motivación hacia las acciones para mejorar la salud, una gran proporción de las personas de sexo masculino y femenino consideraron que al tener la oportunidad de lavarse las manos a menudo, ingerir suplementos de vitamina C y al usar mascarillas durante todo el día (en la calle y en el trabajo); se disminuye considerablemente la posibilidad de contraer coronavirus. Cabe añadir que la probabilidad de contraer coronavirus si no se sale de casa, excepto para comprar comida y medicina, es considerada menor por parte de los hombres. Con relación a esto, ha de destacarse el análisis realizado en Brasil (39) donde solo el 45,5% de los participantes usaba mascarilla al salir y en contraste el 98,7% practicaba lavarse las manos con regularidad. A su vez, estos resultados fueron avalados por los de Jose, y otros, (35) que en su estudio evidenciaron que la mayoría de los sujetos de

estudio (97,2%) estaban seguros de que seguir el lavado de manos les ayudaría en la prevención de la enfermedad. De igual forma es de mencionar el escrito en Shiraz, Irán, en donde más del 80% de las personas se lavaron las manos y más del 60% usó una mascarilla facial y se la quitó correctamente (37). Sin embargo, en contraposición a los hallazgos del presente estudio, es pertinente destacar que en una investigación en línea aplicada a 3000 adultos residentes en los Estados Unidos y 3000 adultos residentes en el Reino Unido (11); una proporción sustancial de participantes ocupaban conceptos erróneos sobre cómo prevenir el contagio, siendo solo el 37,8% de los participantes de EE. UU. y el 29,7% de los participantes del Reino Unido quienes consideraban que el usar una mascarilla quirúrgica común era "muy eficaz" para protegerse frente al COVID-19.

Una vez desarrollada esta interpretación, sin lugar a duda, debe destacarse que los datos recolectados despiertan preocupación dada la situación actual que atraviesa el país frente a la amenaza declarada emergencia en salud pública COVID-19 y en especial, a las cifras alarmantes en cuanto a los fallecimientos y los nuevos casos de contagios. En un estudio estadístico desarrollado para estudiar las pautas comunes implementadas por los países de América del sur (Argentina, Bolivia, Chile, Brasil, Uruguay, Paraguay, Perú y Colombia) en cuanto a las políticas públicas de restricción y de ayuda económica, el impacto en la movilidad de la población y las visiones de gobierno para administrar la emergencia sanitaria frente a la pandemia del COVID-19; se evidenció que la actuación realizada en Uruguay refleja que una responsabilidad compartida entre Estado y la sociedad puede ser un posible camino exitoso para controlar futuros brotes ante la apertura económica, equilibrando así la actividad social con cuidado ciudadano (41). De igual manera, en un estudio realizado con la fuente documental de 27 unidades federativas de Brasil (42); se concluyó que las medidas de aislamiento social presentan efectos significativos sobre la tasa de infección por coronavirus en la población y, por ende, la adherencia a estas medidas de aislamiento social se constituye en una herramienta importante para reducir los nuevos casos de Covid-19. Es por todo lo anterior, que la percepción del riesgo de un sujeto juega un papel muy importante

en los conocimientos sobre el fenómeno que causa el riesgo, las posibilidades que este posee de controlar la situación; así como de la identificación de las características y causas de dicho riesgo. Cabe añadir que contrariamente a los resultados evidenciados en el presente estudio, donde la mayoría de los hombres encuestados manifestaron una baja posibilidad de tener complicaciones y ser hospitalizado o de presentar dificultad respiratoria por un posible contagio; en una revisión narrativa se corroboró que, hasta el momento actual, se ha descrito que el COVID-19 muestra una mayor prevalencia y gravedad en varones de edad avanzada y con presencia de comorbilidades (43). De este modo, al analizar los resultados de la presente investigación frente a los hallazgos de otros estudios, se ha logrado evidenciar que la falta de una percepción a nivel nacional en relación al peligro asociado con la transmisión de este virus, la posterior diseminación de la enfermedad en un lapso de tiempo muy corto, el incremento de las vulnerabilidades a diferentes escalas y el desconocimiento de los riesgos presentes en cada contexto; han fomentado que a la fecha la probabilidad de comenzar una tercera ola de aumentos en los contagios y fallecimientos en Colombia, sea considerablemente alta dada la existencia de una ilusión de invulnerabilidad por parte de sus habitantes. Es así, como esta percepción de un bajo nivel de riesgo, por parte de la población trabajadora, se constituye en un fuerte desencadenante para que los individuos se expongan al peligro sin tomar las medidas de precaución necesarias; desconociendo el verdadero nivel de riesgo y ocasionando, tal y como se ha corroborado en esta investigación, que sean mayormente vulnerables por la alta exposición a este virus.

7. CONCLUSIONES

A través de la realización de este proyecto se concluye que la participación de las personas mayores de 60 años fue poca, que tanto los hombres como mujeres bajo estudio pertenecen al estrato socioeconómico y nivel educativo bajo, pero con la diferencia que este último es más marcado en el sexo femenino. Con relación a las características laborales de los sujetos, se evidenció un menor número de mujeres en cuanto a la posibilidad de laborar menos de 8 horas al día con relación a los hombres; sin embargo, estos últimos a diferencia de ellas presentan mayor antigüedad laboral entre 1 y 5 años. En promedio el 83,4% de los encuestados no ha presentado diagnóstico de COVID-19.

En cuanto a la susceptibilidad percibida, ambos sexos contemplaron un nivel débil de exposición a grupos y lugares de riesgo. La percepción del estado de salud general y su posibilidad de contraer coronavirus fue considerada en menor probabilidad por los hombres.

Por otro lado, en cuanto a la severidad percibida con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas, la mayoría de las mujeres consideran que la intensidad de los síntomas (dolor, fiebre, tos y secreción nasal) sería mayor y que en caso de contraer coronavirus; la posibilidad de tener complicaciones y ser hospitalizado es menor. Así mismo, con relación a la posibilidad de presentar dificultad respiratoria al contraer coronavirus, el sexo femenino y masculino coinciden en un nivel bajo; pero ambos señalan que la gran mayoría de las personas que contraigan la enfermedad presentarán síntomas.

En lo que concierne a los beneficios percibidos por la efectividad de los mecanismos adoptados para prevenir la infección, hombres y mujeres consideran que si se quedan en casa y al tener la precaución de utilizar tapabocas al salir a caminar o ir al trabajo; la posibilidad de contraer el coronavirus es menor. Cabe resaltar que las personas del sexo masculino indicaron tener una mayor posibilidad de acudir al servicio médico con síntomas leves y tener un diagnóstico, en contraste con las

mujeres; quienes indicaron tener mayor posibilidad de tomar antigripal y antipiréticos para prevenir la infección por el coronavirus.

Con relación a las barreras percibidas para respetar las normas e instrucciones para proteger y evitar la infección por coronavirus, las mujeres tienen mayor capacidad para trabajar desde casa o de forma remota y quedarse en la misma sin salir por 14 días (con abastecimiento de comida y medicina); así mismo evidenciaron una menor posibilidad de perder el trabajo al hacerlo desde esta. Por su parte, los hombres contemplaron bajas posibilidades de utilizar transporte alternativo (hacia y desde el trabajo) en lugar de transporte público y consideran en menor proporción que los individuos se inquietan más de lo que deben.

Para finalizar en términos de motivación en función de las acciones para mejorar la salud, una gran proporción de las personas de sexo masculino y femenino consideran que al tener la oportunidad de lavarse las manos a menudo, ingerir suplementos de vitamina C y al utilizar mascarillas durante todo el día (en la calle y en el trabajo); se disminuye considerablemente la posibilidad de contraer coronavirus.

Este estudio cumplió con el objetivo propuesto, a través de la implementación de un cuestionario basado en el modelo de creencias en salud; el cual permitió organizar la información recolectada de manera más detallada e informativa a diferencia de otros modelos de cuestionarios existentes. El análisis gráfico aportó a su vez, un acceso rápido al perfil individual de la población de estudio y claramente. Cabe destacar, que la medida de higiene de manos fue la más respetada por el personal encuestado; seguida por el uso de mascarilla, el distanciamiento social y el confinamiento. Sin embargo, aunque un alto porcentaje considera factible la aparición de síntomas en caso de adquirir el virus, no todos los encuestados se encuentran de acuerdo con solicitar de manera inmediata atención médica respiratoria. Finalmente, estos resultados posibilitarán el desarrollo de estrategias de información y enfoques más individualizados, que sin lugar a duda tendrán un mayor impacto en la eficiencia de la adherencia del autocuidado por parte de la mayoría de los ciudadanos.

8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados se plantean las siguientes recomendaciones:

- Los hallazgos obtenidos en este análisis se pueden utilizar como base en estudios posteriores que ayuden a identificar factores asociados significativos con estos problemas. Por lo tanto, se recomienda realizar investigaciones similares con muestras más amplias y estipulando la posibilidad de reclutar participantes de diferentes regiones del territorio nacional con el fin de identificar diferencias socio culturales.
- Se sugiere llevar a cabo encuestas de seguimiento más extensas y estudios cualitativos profundos sobre el comportamiento preventivo adoptado en diferentes grupos de la sociedad colombiana. La adherencia a las medidas preventivas de COVID-19 deberá ser monitoreada de cerca a medida que se disminuyan las medidas restrictivas, ya que dichas decisiones pueden disminuir la motivación en los ciudadanos para adherirse a las medidas de prevención restantes.
- Es recomendable adaptar el instrumento utilizado para la población escolar infantil y de adolescentes, con el fin de permitir realizar mediciones en los diferentes niveles educativos obligatorios.
- **Trabajadores:**
 - ✓ Realizar un lavado de manos frecuente y completo con abundante agua y jabón.
 - ✓ Acatar el distanciamiento social.
 - ✓ Hacer uso de la mascarilla o tapabocas.

- ✓ Acudir de manera inmediata al centro de salud en caso de presentar síntomas respiratorios.

- **Empresas:**

- ✓ Realizar diferentes jornadas de capacitación dirigidas a los integrantes activos de su organización, con especial atención a todo lo referido con COVID-19 y la importancia de acatar las diferentes medidas preventivas estipuladas para disminuir la propagación del virus dentro del lugar de trabajo, en sus casas y fuera de estas.
- ✓ Disponer dosificadores de desinfectantes para manos de fácil acceso y en ubicaciones estratégicas en todo el lugar de trabajo.
- ✓ Implementación de carteles informativos que ilustren la técnica de lavado de manos “completo” para afianzar los conocimientos en los trabajadores; teniendo presente que, para desinfectar correctamente las manos, se necesita un mínimo de 20 segundos con agua y abundante jabón o detergente.
- ✓ Promover una buena higiene respiratoria en el lugar de trabajo: animar a todas las personas a usar la mascarilla o tapabocas; a su vez de un pañuelo de papel para cubrirse completamente la nariz y la boca en caso de que necesiten estornudar o toser, o bien a hacerlo en el pliegue del brazo si no hay ninguno disponible. Garantizar un buen nivel de intercambio de aire (ventilación) en el lugar de trabajo.
- ✓ Distanciamiento social: siempre que sea posible proporcionar un mayor espacio entre los trabajadores (dos metros o más) y permitir, si se puede, el trabajo desde casa o con horarios flexibles y turnos escalonados para reducir la cantidad de trabajadores que entran en estrecho contacto.
- ✓ Cancelar todos los viajes y reuniones no esenciales y sustituirlos por reuniones virtuales, siempre que sea posible.

- ✓ Deben identificarse y prestar especial atención a los trabajadores que pertenecen a categorías de alto riesgo debido a su edad o a afecciones médicas preexistentes.

- **Entidades de salud:**
 - ✓ Promover capacitaciones hacia todos los habitantes de Colombia sobre el COVID-19 y la importancia de acatar las diferentes medidas preventivas estipuladas para disminuir la propagación del virus; haciendo hincapié en que si se presenta cualquier síntoma respiratorio (tos o fiebre) se debe acudir inmediatamente al servicio de salud con tapabocas convencional.
 - ✓ Coordinar e incentivar el proceso de vacunación.

Bibliografía

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 J, Pedrozo MJ, Campo A; 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. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
25. Centers for Disease Control and Prevention. Implementation of mitigation strategies for communities with local COVID-19 transmission. 2020.
26. Pérez AM, Gómez TJ, Dieguez GR. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *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. Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., L, M., & Benny, P. V. (2021). Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 41-46.
36. González Gacel, J. F., Soler Sánchez, Y. M., Pérez Rosabal, E., González Sábado, R. I., & Pons Delgado, S. V. (2021). Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo. *Multimed*, 25(1).
37. Honarvar, B., Lankarani, K. B., Kharmandar, A., Shaygani, F., Zahedroozgar, M., Rahmanian, M. R., . . . Zare, M. (2020). Knowledge, attitudes, risk perceptions, and practices of adults toward COVID-19: a population and field-based study from Iran. *International Journal of Public Health*, 731–739.
38. Rosero Bolaños, A. D., Carvajal Guachavez, J. L., & Bolaños, E. F. (2021). Percepción de riesgo frente al Covid-19 en adolescentes escolarizados colombianos. *Revista Boletín Redipe*, 376–392.
39. Faria de Moura Villela, E., López, R. V., Sato, A. P., de Oliveira, F. M., Waldman, E. A., Van den Bergh, R., . . . Colebunders, R. (2021). COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health*, 21(1):152.
40. Pell del Río, S. M., Valdés Santiago, D., Gil Rodríguez, A. L., Amador Romero, F. J., Cairo Pell, K. S., Paneque Quevedo, A. A., . . . Febles Elejalde, M. M. (2021). Percepción de riesgo durante el confinamiento por COVID-19 en una muestra cubana: resultados preliminares. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(1).

41. Azerrat, J. M., Ratto, M. C., & Fantozzi, A. (2021). ¿Gobernar es cuidar?: Los estilos de gestión de la Pandemia en América del Sur: los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. *Trabajo y sociedad*, 146-173.
42. Silva, F. C., Zamprogna, K. M., Souza, S. S., Silva, D. H., & Vende, D. (2021). Social isolation and the speed of covid-19 cases: measures to prevent transmission. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe).
43. García Salido, A. (2020). Revisión narrativa sobre la respuesta inmunitaria frente a coronavirus: descripción general, aplicabilidad para SARS-COV-2 e implicaciones terapéuticas. *Anales de Pediatría*, 60.e1-60.e7.

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 __

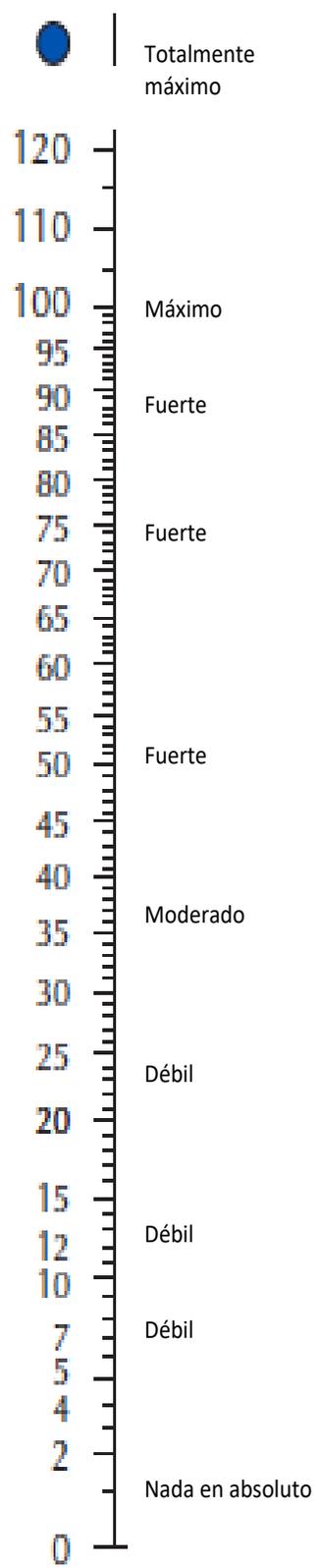
Empresa: _____

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 contraí 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:	