



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Miedo al Covid-19 en adultos residentes en comunidades
desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima - 2021

PRESENTADO POR

Ramirez Machuca, Joselin
Cruz Arteaga, Yoselin Karina

ASESOR

Robles Hurtado, Isabel Jackelin

Los Olivos, 2021

Agradecimiento

A la Universidad de Ciencias y Humanidades; también a sus autoridades y maestros quienes con sus valiosos conocimientos nos guiaron siempre. A nuestros asesores, quienes nos orientaron en la construcción de cada sección de nuestra investigación y quienes en forma desinteresada nos apoyaron brindándonos su tiempo y disposición para su adecuada culminación.

Dedicatoria

A Dios, por acompañarnos siempre en nuestra carrera; la Universidad de Ciencias y Humanidades que nos brindaron experiencias y oportunidades; a nuestros padres, quienes siempre nos apoyaron a diario y a nuestros hijos, quienes siempre son nuestra motivación.

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria	2
Índice General	3
Índice de Tablas	4
Índice de Anexos	5
Resumen	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS	18
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	18
2.2 POBLACIÓN	18
2.3 VARIABLE DE ESTUDIO	19
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	19
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	21
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	21
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos.....	21
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	21
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	22
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	29
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA.....	29
4.2 CONCLUSIONES	32
4.3 RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	40

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021 (N=108)	24
Tabla 2. Miedo al COVID 19 en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021 (N=108)	26
Tabla 3. Miedo al COVID 19 según su dimensión reacciones al miedo emocional en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia (N=108).....	27
Tabla 4. Miedo al COVID 19 según su dimensión expresiones somáticas al miedo adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia (N=108).....	28

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables.....	41
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	42
Anexo C. Consentimiento informado	44
Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición.....	46
Anexo E. Validez estadística del instrumento de medición	47
Anexo F. Confiabilidad del instrumento	48

Resumen

Objetivo: Determinar el miedo al COVID-19 en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021.

Materiales y métodos: El presente estudio es de enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño metodológico es un estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de medición fue la Escala de miedo al COVID-19 o también conocida como Fear of COVID-19 Scale (FCV19S), conformada por 7 ítems y 2 dimensiones.

Resultados: En cuanto al miedo por COVID-19, el 56,5% (n=61) presentó un nivel medio, seguido del 22,2% (n=24) con un nivel bajo y finalmente, el 21,3% (n=23) nivel alto. En cuanto al miedo según su dominio reacciones al miedo emocional, el 59,3% (n=64), presenta un nivel medio, seguido del 22,2% (n=24) con un nivel bajo y finalmente, el 18,5% (n=20) nivel alto. En cuanto al miedo según su dominio expresiones somáticas al miedo, el 52,8% (n=57) presentó un nivel medio, seguido del 25,9% (n=28) con un nivel bajo y finalmente el 21,3% (n=23) un nivel alto.

Conclusiones: En cuanto al miedo al COVID-19, predominó un nivel medio, seguido de bajo y alto. Según la dimensión reacciones al miedo emocional, predominó un nivel medio, seguido de bajo y alto. Finalmente, según la dimensión expresiones somáticas al miedo, predominó un nivel medio, seguido de bajo y alto.

Palabras clave: Miedo; Adulto; COVID-19 (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the fear of COVID-19 in adults living in disadvantaged communities, Independencia, Lima - 2021.

Materials and methods: This is quantitative approach study, and in terms of methodological design, it is a non-experimental, descriptive and cross-sectional research. The data collection technique was the survey and the measurement instrument was the Fear of COVID-19 Scale (FCV19S), which consists of 7 items and 2 dimensions.

Results: Regarding the fear of COVID-19, 56.5% (n = 61) showed a medium level, followed by 22.2% (n = 24) with a low level and finally, 21.3% (n = 23) showed a high level. Concerning fear in accordance with their domain of reactions to emotional fear, 59.3% (n = 64), showed a medium level, followed by 22.2% (n = 24) with a low level and finally, 18.5 % (n = 20) showed a high level. As to fear according to their domain of somatic expressions of fear, 52.8% (n = 57) showed a medium level, followed by 25.9% (n = 28) with a low level and finally 21.3% (n = 23) showed a high level.

Conclusions: Regarding the fear of COVID-19, a medium level predominated, followed by low and high level. According to the dimension of reactions to emotional fear, a medium level predominated, followed by low and high level. Finally, concerning the dimension of somatic expressions of fear, a medium level predominated, followed by low and high level.

Keywords: Fear; adult; COVID-19 (Source: MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

La nueva enfermedad por COVID-19 generada por el SARS-CoV-2 se ha extendido de forma rápida a nivel global, la Organización Mundial para la Salud (OMS) la caracterizó como pandemia en los primeros meses del 2020, específicamente el 11 de marzo (1). Actualmente deja a su paso una cantidad importante de infectados y fallecidos; así como, impacto negativo en la vida social, económica, salud física y salud mental de la población. En cuanto al total de infectados a nivel global, tenemos actualmente 237 996 105 de casos y los fallecidos suman 4 787 432. El país con mayor número de fallecidos es Estados Unidos con 713 359; en América Latina los países con más fallecidos son Brasil (601 011) y México (282 082) (2). En Perú hay 2 184 264 de casos confirmados y 199 672 fallecidos informados; Lima Metropolitana es el lugar donde se encuentra la mayor parte de infectados (881 200) y fallecidos (81 360) en el país (3).

La evidencia sugiere que la edad avanzada es el predictor más importante de muerte cuando se presenta un cuadro de COVID-19, aunque afecta a todas las edades incluida la etapa adulta (4). Se debe desarrollar un diagnóstico precoz y un manejo terapéutico individualizado para cada sujeto afectado, basado en el historial médico personal y su condición de salud (5).

El enfoque inicial de la atención se ha centrado en comprender el impacto del virus en sí mismo en los infectados, pero los investigadores y clínicos de todo el mundo reconocen que existen grandes desafíos derivados de las medidas de cuarentena, aislamiento social y la interrupción de los servicios clínicos regulares, como las repercusiones en la salud mental de los individuos. La angustia, incertidumbre y el miedo, afectan severamente a la población, especialmente a los grupos desfavorecidos que se ven cada vez más vulnerables en esta situación de crisis sanitaria sin precedentes (6).

La pandemia es un factor de riesgo significativo para la salud mental, además de su tremendo impacto en todas las facetas de la vida social y económica del mundo. El miedo a la enfermedad y la incertidumbre sobre el futuro precipitan los trastornos relacionados con la ansiedad y el estrés, ante ello varios grupos

han pedido con razón la creación y difusión de programas sólidos de detección y tratamiento de la salud mental para el público en general y los trabajadores sanitarios de primera línea (7). El miedo a la enfermedad y la muerte son factores psicosociales que afectan a la población, el aislamiento social resultante de las restricciones que buscaron detener el avance de la infección también amenaza con empeorar la salud mental pública (8).

La pandemia continúa avanzando por todo el mundo, casi un tercio de la población fue forzada a la cuarentena debido a la enfermedad viral altamente contagiosa. Lo más probable es que después del brote habrá una ola de enfermedad mental. Una encuesta entre la población belga entre los ciudadanos de 18 a 65 años reveló que antes del encierro, solo el 15% sufría estrés y el 32% de la población era resistente. Después de dos semanas de bloqueo resistente, el estrés de la población aumentó al 25%. Entre el público en general, los trabajadores de la salud corren un alto riesgo de contraer problemas de salud mental a largo plazo, seguidos por los niños, los ancianos y las personas que ya padecen problemas mentales o psicológicos y pobreza (9)(10).

La pandemia de COVID-19 ha afectado enormemente el bienestar psicológico, la vida social y laboral de millones de personas en todo el mundo. Un estudio realizado en Malasia en 720 participantes buscó identificar la angustia psicológica, el miedo y las estrategias de afrontamiento como resultado de la pandemia de COVID-19 y sus factores asociados; reportaron que la mitad de los participantes tenía una fuente de ingresos, las personas cuya situación financiera se vio afectada debido a COVID-19 (AOR 2.16, IC del 95%: 1.54-3.03), personas que bebieron alcohol en las últimas cuatro semanas (3.43, 1.45-8.10), personas que fueron pacientes (2.02, 1.39- 2,93) y tenían niveles más altos de miedo al COVID-19 (2,55, 1,70-3,80) eran más propensos a tener niveles más altos de angustia psicológica. Los participantes que se autoaislaron debido a la exposición al COVID-19 (3.12, 1.04-9.32) y que tenían niveles moderados a muy altos de angustia psicológica (2.56, 1.71-3.83) tenían niveles más altos de miedo. Los grupos de personas más vulnerables, como los pacientes y los afectados económicamente durante el COVID-19 vieron más afectado su bienestar mental (11).

La pandemia no solo tiene efectos catastróficos en la salud física y la economía de todo el planeta, sino también en el bienestar psicológico de las personas, las comunidades y la sociedad. Un estudio realizado en Jordania en 725 participantes reportó que la mayoría de los participantes informaron cambios en sus rutinas y actividades diarias durante el bloqueo de COVID-19, con el 62,8% de los participantes informando cambios de peso, el 92% informando un aumento en el uso de las redes sociales y el 86,5% informando un mayor uso y control del teléfono móvil. Además, el 41,4% de los participantes informaron altos niveles de miedo al COVID-19, mientras que el 41,8%, 24,5% y 22,8% informaron síntomas de depresión, ansiedad y estrés de leves a extremadamente graves, respectivamente. Las participantes femeninas tenían niveles significativamente más altos de miedo al COVID-19 y al estrés que los hombres. El miedo al COVID-19 se correlacionó de manera significativa y positiva con las puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés. La ansiedad, estrés, género, trastornos físicos, y tener trastornos mentales se identificaron como factores predictivos significativos del miedo al COVID-19 (12).

Un estudio transversal realizado en 17 países (8559 participantes) que buscó examinar el alcance e identificar los factores asociados con la angustia psicológica, el miedo al COVID-19 y el afrontamiento, reportó que casi una cuarta parte (24%) tenía altos niveles de miedo al COVID-19, que era tan bajo como el 9% en Libia y tan alto como el 38% en Bangladesh. Concluyen finalmente que el alcance de la angustia psicológica, el miedo al COVID-19 y el afrontamiento varió según el país; sin embargo, identificaron algunos grupos de mayor riesgo que eran más vulnerables que otros. Existe una necesidad urgente de priorizar la salud y el bienestar de esas personas a través de una intervención bien diseñada que puede necesitar adaptarse para cumplir con los requisitos específicos del país (13).

Un estudio realizado en Alemania sobre el miedo al COVID-19 en 16 983 participantes reportó que en relación al miedo relacionado con COVID-19, el valor medio de los totales fue más alto entre los encuestados multimórbidos y más bajo entre los participantes sanos (multimórbidos: $M=4,94$; sanos: $M=4,36$). Se encontró una diferencia significativa entre los sanos y los que padecen diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares o

respiratorias. También hubo una diferencia significativa entre las personas multimórbidas, las personas con diabetes, hipertensión y los participantes sanos ($F(5,16576) = 28,697$, $P < 0,001$, $\eta^2 = 0,009$). Las personas con enfermedades de alto riesgo como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas han aumentado significativamente el miedo a desarrollar síntomas de COVID-19, tener un curso severo o morir por una muerte relacionada con COVID-19. En general, las puntuaciones de miedo relacionadas con COVID-19 aumentaron proporcionalmente al número de enfermedades de alto riesgo informadas por los encuestados (14).

Otro estudio realizado en 587 pobladores participantes reportó que las comorbilidades como afecciones de salud mental preexistentes (AOR 3.13, IC del 95%: 1.12–8.75), aumento del tabaquismo (8.66, 1.08–69.1) y consumo de alcohol (2.39, 1.05–5.47) durante las últimas cuatro semanas, altos niveles de miedo (2,93, 1,83–4,67) y ser mujer (1,74, 1,15–2,65) se asociaron con niveles más altos de angustia. Las personas que tenían un mayor riesgo de angustia y miedo durante la pandemia de COVID-19 eran del estado de Victoria. Ante esto los autores sugieren que se deben considerar intervenciones específicas para apoyar el bienestar mental de estas personas, además de los recursos existentes dentro de los entornos de atención primaria de la salud (15).

La desesperanza es un factor de vulnerabilidad importante para la sintomatología depresiva y las ideas suicidas, también puede jugar un papel importante en el miedo al coronavirus 2019 (COVID-19). Un estudio realizado en Turquía en 786 participantes (562 mujeres y 224 hombres; con edades entre 18 y 67 años) reportó que el miedo al COVID-19 se asoció positivamente con la desesperanza ($r = 0.27$, $p < 0.001$) y negativamente con la atención plena ($r = -0.25$, $p < 0.001$) y el humor ($r = -0.23$, $p < 0.001$). La desesperanza se asoció negativamente con la atención plena ($r = -0.35$, $p < 0.001$) y el humor ($r = -0.35$, $p < 0.001$) (16).

En los meses iniciales de la pandemia, Italia se ha visto muy afectada por esta, ahí se destaca que unos de los grupos poblacionales más afectados fueron los adultos mayores y luego con el paso de los meses también los adultos. Se reportan datos importantes de infectados (actualmente dicha cifra es de 4 701

832 casos) y mortalidad (el 60,7% de los fallecidos padecía al menos tres patologías preexistentes), junto con reacciones al aislamiento forzado, la soledad y el miedo a contraer la enfermedad, ello es sin duda un importante desafío para los proveedores de salud que cuidan a la población en riesgo (17).

Las órdenes de quedarse en casa en respuesta a la pandemia de COVID-19 han obligado a cambios abruptos en las rutinas diarias. La pandemia de COVID-19 produjo efectos importantes en la salud, mucho más allá del virus en sí. Los mandatos gubernamentales, junto con el miedo a contraer el virus, han afectado significativamente los comportamientos de estilo de vida junto con el deterioro de la salud mental (7).

La salud mental en el año 2019 fue considerada un problema sanitario en nuestro país (18). Los establecimientos de salud de atención primaria deben incorporar dentro de su plan integral de atención por pandemia el buscar contrarrestar los efectos psicosociales de esta en las poblaciones más vulnerables. Dentro del equipo de salud, el personal enfermero debe participar activamente en informar adecuadamente a esta población sobre la pandemia, sus efectos y principalmente sobre los cuidados y autocuidado que se debe asumir. Conversar con la familia es crucial, ya que, si se comporta como factor protector y recurso de apoyo social, favorecerá en generar dentro de esta incertidumbre un clima familiar adecuado que permitirá mitigar los problemas emocionales en todos los integrantes.

El miedo es un sentimiento causado por la percepción de una situación de amenaza y permite a los animales enfrentarse a los peligros; por tanto, cumple una función adaptativa (19). El miedo se asocia directamente a la velocidad de transmisión (rápida e invisible) de la enfermedad, así como con su morbilidad y mortalidad. Este problema conlleva además a otros problemas psicosociales. Los altos niveles de miedo, condicionan a los individuos a no pensar clara y racionalmente cuando se busca reaccionar ante el coronavirus y la situación de angustia experimentada (20).

En las personas, el miedo puede alcanzar niveles elevados y despertar una serie de emociones negativas (21), incrementando el riesgo de problemas físicos y

emocionales. Las pandemias provocan respuestas de miedo, ya que son causadas por moléculas virales invisibles que se transmiten entre personas, lo que incrementa el riesgo de mortalidad. El miedo provoca una incapacidad para actuar, estrés y sentimientos negativos. Las personas que sufren de angustia y miedo durante una pandemia tienen altos niveles de estrés postraumático, estrés general, ansiedad, ansiedad por la salud y pensamientos suicidas (22).

La versión en español de la Escala Miedo al COVID-19 presenta evidencia de validez y confiabilidad para evaluar el miedo al COVID-19 en la población adulta peruana (23). Esta escala considera 2 dimensiones para valorar el miedo al COVID-19, siendo estas estas las reacciones al miedo emocional y las expresiones somáticas del miedo. En cuanto a las reacciones al miedo emocional, hay que señalar que nosotros reaccionamos ante el miedo y debemos ser equilibrados para sobrellevarlo, pero algunas personas tienen reacciones que son apresuradas o abruptas y pueden muchas veces verse como algo exagerado, que, en vez de traer bienestar, puede afectar el aspecto psicosocial. En cuanto a las expresiones somáticas de miedo, están basadas en la sensación desagradable que es ocasionada por el ser humano al no pensar de manera racional ante los sucesos que ponen en riesgo o exposición su propia vida, un suceso emocional, puede hacer pensar que se tiene una infección o un síntoma que se presente pueda ser magnificado (24).

Se define una persona adulta aquellos individuos cuyas edades están comprendidas entre 30 y 59 años (25).

Doshi D y colaboradores (26), en la India, durante el 2020, realizaron un estudio titulado: "Valoración del miedo al coronavirus en una población en la India". El estudio fue cuantitativo-transversal y la muestra fue de 1499 participantes (la población de estudio comprendió el 45,6% hombres y el 54,4% mujeres), el instrumento que utilizaron fue el FCV-19S. La puntuación media global del cuestionario fue $18,00 \pm 5,68$. Un número significativamente mayor de la población del estudio informó un miedo bajo (54,8%). Solo sexo ($p=0,08$) y condición de trabajador sanitario ($p=0,02$) reveló una diferencia significativa basada en el nivel de miedo. Las mujeres, el estado de casado, el nivel educativo más bajo y ser un trabajador de la salud mostraron probabilidades

significativamente más altas de un alto nivel de miedo en comparación con sus respectivas contrapartes en esta población de estudio. Los hallazgos de este estudio pueden ayudar a identificar los grupos de mayor riesgo y formular estrategias de intervención a medida para garantizar su salud óptima en este momento de crisis global.

Satici y colaboradores (27) durante el 2020, en Turquía, desarrollaron una investigación sobre “Resiliencia, esperanza y felicidad subjetiva entre la población turca: miedo al COVID-19 como mediador”. Se realizó una encuesta transversal entre una muestra de conveniencia de 971 individuos turcos (de 18 a 74 años) de 75 de 81 ciudades de Turquía. La resiliencia tuvo un efecto directo e indirecto sobre la felicidad subjetiva a través del miedo al COVID-19. La esperanza también tuvo un efecto directo e indirecto sobre la felicidad subjetiva a través del miedo al COVID-19. En consecuencia, en la lucha contra el COVID-19, las personas que son resistentes al estrés y creen que pueden encontrar una manera de afrontarlo pueden ayudar a prevenir el miedo al COVID-19 y así mejorar la buena salud mental.

Yasin S (28) en el 2020, en Pakistán, realizó un estudio titulado “Prevalencia, intensidad y manifestación del miedo a COVID-19: un análisis transversal”, cuyo objetivo de esta investigación fue explorar la extensión y naturaleza del miedo en el público en general que no son víctimas de enfermedad. Hubo 317 participantes, el rango de edad de la muestra fue de 18 a 50 años o más (la mayoría de los participantes están en el rango de edad de 23-28 años). Los resultados arrojan una diferencia significativa en cuanto a edad y profesión en la existencia del miedo a COVID. Se extrajeron nueve temas principales con respecto a la naturaleza del miedo, es decir, el miedo al coronavirus, la pérdida, el miedo al aislamiento o la cuarentena, el miedo relacionado con la religión, la muerte, las consecuencias del COVID-19, el país subdesarrollado, el componente psicológico del miedo y la empatía. A los que negaban el miedo se les preguntó las razones y aquí se extrajeron seis temas principales: religión, inevitabilidad de la muerte, precauciones, creencia en uno mismo, mitos o malas interpretaciones de la enfermedad y enfoque de evitación. La edad y la profesión influyeron significativamente en el miedo al COVID-19. La exploración de temas

con perspectiva de género produce ideas interesantes. Los participantes reflejaron positividad y empatía en situaciones de crisis.

Chumbe (29), durante el 2021, en Perú, desarrolló una investigación sobre “Repercusión de la COVID-19 en la salud mental de los usuarios que asisten a un Centro de Salud”, el estudio fue cuantitativo, no experimental y descriptivo, participaron 81 usuarios, de los cuales el 18,6% tenía entre 41 a 65 años y aplicaron la escala FCV-19S. Los resultados del estudio señalaron que el 49,4% presentó un nivel bajo de miedo, seguido de 23,5% un nivel muy bajo, en cuanto a los indicadores el 60,5% señaló estar en desacuerdo al preguntarle si no puede dormir por estar preocupado de contagiarse. Concluye que el personal de enfermería debe implementar programas para disminuir problemas psicoemocionales.

Urquiza (30), durante el 2020, en Perú, desarrolló un estudio sobre “Ansiedad y miedo en comerciantes de un mercado”, el estudio fue descriptivo, correlacional-transversal, participaron 62 personas de las cuales el 32,3% eran mayores de 51 años y una de las escalas aplicadas fue FCV-19S. Los resultados del estudio mencionaron que en cuanto al miedo el 51,6% presentó un nivel leve, seguido del 11,7% moderado; según la dimensión expresiones somáticas, predominó el nivel leve con 58,1% seguido de moderada con 12,9% y según la dimensión emocional, predominó el nivel leve con 50%, seguido de moderada con 19,4%.

Tineo y colaborador (31), durante el 2021, en Perú, desarrollaron una investigación “Miedo al COVID-19 en personas que residen en una zona urbana”. El estudio fue descriptivo-transversal, participaron 122 individuos, de los cuales la edad máxima fue 72 años y se aplicó la escala FCV-19S. Los resultados del estudio señalaron que el 63,1% presentó un nivel medio; según el género, las mujeres son más vulnerables a sentir miedo, un 57,1% presento un nivel medio. En cuando a las reacciones al miedo emocional, predominó el nivel medio con un 60,7% y en cuanto a la dimensión expresiones somáticas, igualmente predominó un nivel medio con 59,8%.

La propagación del COVID-19 genera problemas psicológicos sin precedentes en las personas en todo el mundo, en particular a las que residen en

comunidades desfavorecidas; por otro lado, una de las consecuencias psicológicas más comunes del COVID-19 es el miedo. El COVID-19 ha infundido miedo a todas las personas en todo el mundo. Desde que comenzó en Wuhan, China, en diciembre de 2019, provoca muerte, infección y efectos nefastos en la salud emocional; de no abordarse lo del miedo oportunamente, la situación emocional ira empeorando. Por ello la importancia de este estudio que busca valorar los niveles de miedo en la población adulta participante en este estudio, ello permitirá tener información actual y pertinente de cómo afecta la pandemia en lo psicosocial a la población. Además, dicho informe servirá para que, partir de el, se puedan establecer acciones que conduzcan a mitigar el miedo y la angustia en estas personas; así evitar la aparición o exacerbación de otros problemas de salud mental que afecten su bienestar general.

En esta investigación, en su etapa inicial, se realizó una revisión de bibliografía científica sobre el tema en los diferentes repositorios y plataformas bibliográficas tanto nacionales e internacionales, ahí se pudo constatar que existe escasa información sobre el tema de miedo en la población general; asimismo, en el lugar donde se realizó el trabajo de campo no se encontró estudios antecedentes. Lo señalado, justifica la realización del presente estudio que contribuye con la generación de conocimiento científico nuevo que permite conocer más del tema en dicha población; asimismo, será la base para implementar acciones que permitan contrarrestar la sensación de angustia y miedo en la población adulta de la zona.

En cuanto al valor en lo práctico, el estudio y sus hallazgos permitirán a los responsables de velar por la salud de la población de estudio, orientar y fortalecer sus esfuerzos para el cuidado de la salud mental de la población adulta. En cuanto al valor social, hay que señalar que los principales beneficiados con la realización de la investigación ya concluida son los adultos participantes de esta.

Toda investigación para dar resultados claros, consistentes y relevantes debe ser desarrollada tomando en cuenta el método científico, este le da el orden y el carácter sistemático que requieren estas investigaciones para poder así arrojar hallazgos que sean verdaderamente consideradas como evidencia científica para el cambio.

El objetivo de este estudio fue determinar el miedo al COVID-19 en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación ya concluida, fue realizada desde el inicio hasta el final considerando los planteamientos del enfoque de investigación cuantitativo, ello se debió a que para la recolección de información se vio por conveniente utilizar la escala de medición cuantitativa FCV-19S, para el análisis de los datos se emplearon métodos estadísticos descriptivos. En cuanto al camino a seguir para obtener resultados, se utilizó el diseño descriptivo-transversal, descriptivo ya que se mostró el problema tal como se presenta en la realidad natural y transversal ya que la medición del fenómeno se hizo una sola vez en el tiempo que duro el estudio.

2.2 POBLACIÓN

La población de este estudio estuvo conformada por 108 adultos, estos fueron identificados gracias al apoyo que se recibió de parte de personas de la comunidad y promotores de salud de dicha zona. Para tener una población más específica se aplicó los criterios de selección previamente establecidos.

Criterios de inclusión:

- Participantes adultos (de 30 a 59 años) que residen en la zona donde se realizó la recolección de datos.
- Participantes adultos que manifiesten su deseo de participar voluntariamente de la investigación.
- Participantes adultos que den el consentimiento informado posterior a haber recibido información clara y suficiente sobre lo que implica estar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Participantes adultos que no residen en la zona donde se realizó el trabajo de campo.

- Participantes adultos que no estén orientados en tiempo, espacio y persona.
- Participantes adultos que manifiestan expresamente no querer participar ni firmen el consentimiento informado.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

La presente investigación señala como su variable principal al constructo miedo al COVID-19. Esta variable de acuerdo con su naturaleza es cualitativa y de acuerdo con el atributo orden que presenta su escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual:

Es un sentimiento adaptativo causado por la percepción de una situación de amenaza que rodea a las personas y permite enfrentar a los peligros (19).

Definición operacional:

Es un sentimiento adaptativo causado por la percepción de una situación de amenaza que rodea a los adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia que permite enfrentar a los peligros; esto se expresa en expresiones somáticas de miedo y reacciones al miedo emocional, el cual será medido con la escala FCV-19S.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En el estudio ya concluido, se pudo aplicar la técnica de la encuesta, esta técnica fue elegida debido al enfoque y diseño de la investigación. La encuesta se caracteriza por ser una técnica flexible a diferentes escenarios y poblaciones, dicha flexibilidad es fundamental ya que permite adaptarse a las circunstancias que se presenten. Además, su aplicación es sencilla y permite captar gran cantidad de información en tiempos muy breves. Por lo señalado, es una de las técnicas más utilizadas por el personal sanitario e investigadores del área de la salud.

Instrumentos de recolección de datos:

En esta crisis sanitaria, estudiar el miedo es importante, ya que nos revela información para el bienestar emocional de la población adulta. Una persona sin miedo a la enfermedad podrá afrontar de una mejor medida la situación, así como asumir plenamente las recomendaciones y medidas preventivas que eviten su infección. Es por ello, que desde el año pasado una serie de investigadores diseñaron una serie de instrumentos de medición para valorar el efecto negativo de la pandemia en el aspecto emocional y de ahí aparece la Escala de Miedo al COVID-19 o The Fear of COVID-19 Scale o The FCV-19S, creada por Ahorsu y colaboradores en el 2020 (32).

Esta escala valora el miedo al coronavirus, con el correr de los meses esta escala fue adaptada a varios escenarios e idiomas y en todos los casos sus propiedades psicométricas fueron adecuadas. Esta escala presenta 7 ítems donde cada uno de ellos presenta alternativas de respuesta tipo Likert de 1 a 5 puntos, donde 1=muy en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo. La puntuación global se obtiene de la sumatoria de las puntuaciones parciales de cada ítem y varía de 7 a 35 puntos, puntuaciones más altas indican un mayor miedo al COVID-19. La Escala Miedo a COVID-19 es una herramienta sólida, simple de aplicar y comprender, además de ser de fácil cuantificación, ha sido calificada como un buen instrumento para valorar y disipar los temores del COVID-19 entre la población (32)(25).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

En cuanto a la validez de contenido de la escala de FCV-19S, fue realizado con la participación de 5 profesionales expertos en el tema, estos dieron como valor final promedio un 88%, que representa una validez buena (Ver Anexo D). En cuanto a la validez estadística, esta se realizó a través de las pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. La primera de ellas arrojó un valor de 0,774 ($KMO > 0,5$) y la segunda un valor que representa un nivel de significancia de 0,000 ($p < 0,001$); ambos resultados se traducen en la validez del instrumento (Anexo E). En cuanto a la fiabilidad del cuestionario de recolección de datos, se obtuvo mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo resultado arrojó un valor de 0,947 (Anexo F).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se tuvo que trabajar en la gestión de una serie de documentos y autorizaciones que permitieran poder cumplir con lo planificado y así acceder sin dificultad al lugar y participantes del estudio. Los dirigentes y promotores de salud de la zona facilitaron mucha información que permitió hacer una planificación más exacta y precisa.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

Culminada la etapa de planificación, se procedió a la recolección de datos, esto se dio en el mes de agosto del presente año, ahí se pudo cumplir con las actividades previamente planificadas. Dos promotoras de salud apoyaron de forma decidida a esta actividad. Teniendo en cuenta la situación de crisis sanitaria por la pandemia, en todo momento se supo mantener la aplicación de los protocolos sanitarios establecidos por las autoridades de salud, ello permitió cuidar la salud del encuestador y los adultos participantes. El instrumento aplicado fue digitado en el formulario Google y a través de un Smartphone se pudo ingresar los datos solicitados. Los adultos quienes tuvieron dificultades para manipular el Smartphone tuvieron asistencia directa de un familiar o el encuestador. Cada participante demoró un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos para completar los datos solicitados.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Finalizado la etapa de recolección de información, se procedió a la etapa de análisis de los datos recogidos. Al ser una investigación caracterizada como cuantitativa y descriptiva se empleó procedimientos estadísticos y un software también estadístico para realizar dicha actividad. El programa SPSS en su versión 26 permitió analizar los datos, ahí se pudo emplear herramientas más específicas como la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y la operación cálculo de variables. Todas ellas permitieron realizar el análisis y obtener los resultados que fueron ordenados y presentados en tablas que permiten observarlos de forma más didáctica. Ello permitió tener los resultados

debidamente culminados que fueron insumo para la discusión de los resultados y conclusiones de la investigación.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los estudios del área de salud como el ya culminado tienen como participantes seres humanos (adultos), a los cuales se les debe respetar sus derechos y proteger la vida. Es por ello, por lo que en estos tipos de investigaciones se exige contar con un marco bioético basado en documentos salidos a la luz, que garanticen conductas y comportamientos íntegros basados en el respeto de los participantes. La Declaración de Helsinki de 1964 (tuvo algunas actualizaciones) y el Informe Belmont, sistematizan las recomendaciones y directrices de mayor reconocimiento por los clínicos e investigadores. En el primero de ellos se señala la importancia de aplicarse el consentimiento informado y en el segundo documento se hace referencia al uso de los principios de la bioética (autonomía-beneficencia-justicia). Estas recomendaciones son fundamentales para que el estudio tenga la validez y reconocimiento de que se realizó en base a las buenas prácticas de transparencia sin generar algún tipo de transgresión que puede hacer que la veten o cuestionen. Seguidamente se explica cómo se aplicaron:

Principio de autonomía

Recalca la importancia de que cada persona merece respeto a su persona y sus decisiones. La autonomía es uno de los pilares que fundamenta el actuar solo si se da el consentimiento debidamente informado (33).

En este punto, hay que señalar que cada participante adulto fue debidamente informado sobre lo que implica ser participante de la investigación, solo luego de ello se le invitó a dar su consentimiento para ser participante.

Principio de beneficencia

Recalca el hacer el bien y siempre ante todo buscar el máximo beneficio para el paciente o participante (34).

Se comunicó a cada adulto participante de los posibles beneficios que trae todo estudio.

Principio de no maleficencia

Fue propuesto por Beauchamp y Childress, enfatiza en señalar que no se debe generar daño o dolor a nadie, se debe de evitar los actos de negligencia (35).

Se comunicó a cada adulto participante que su participación en la investigación solo implica brindar datos específicos solicitados a partir de un instrumento de medición anónimo. La información dada es estrictamente confidencial.

Principio de justicia

Recalca el trato justo y equitativo cuando se presenten ciertos beneficios derivados del estudio (33).

Cada participante adulto participante fue tratado sin distinción alguna, teniendo cada uno de ellos el mismo trato. No se manifestaron actos o conductas discriminatorias de ningún tipo.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021 (N=108)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	108	100,0
Edad	Min:30 Max:59 Media:45,25	
Sexo del participante		
Femenino	62	57,4
Masculino	46	42,6
Estado civil		
Soltero (a)	11	10,2
Casado (a)	26	24,1
Conviviente	67	62,0
Divorciado (a)	1	,9
Viudo (a)	3	2,8
Grado de instrucción		
Primaria completa	2	1,9
Primaria incompleta	10	9,3
Secundaria completa	45	41,7
Secundaria incompleta	49	45,4
Superior incompleto	2	1,9
Condición de ocupación		
Estable	27	25,0
Eventual	61	56,5
Sin ocupación	20	18,5
Tipo de familia		
Nuclear	71	65,7
Monoparental	1	0,9
Extendida	30	27,8
Ampliada	6	5,6
Infección por COVID-19		
Sí	24	22,2
No	84	77,8
Familiar infectado por COVID-19		
Sí	43	39,8
No	65	60,2
Familiar fallecido por COVID-19		
Sí	21	19,4
No	87	80,6

Elaboración propia

En la tabla 1, tenemos los datos sociodemográficos de los adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia; según la edad, la máxima fue 59, la mínima 30 y media 45,25 años. En cuanto al sexo, 62 participantes que representan el 57,4% son mujeres y 46 participantes que

representa el 42,6 masculino. Según el estado civil, 67 participantes que representan el 62% son convivientes, 26 participantes que representan el 24,1% son casado(a), 11 participantes que representan el 10,2% es soltero(a), 3 participantes que representan el 2,8% es viudo(a) y finalmente 1 participante que representa el 0,9% es divorciado(a). En cuanto al grado de instrucción, 49 participantes que representan el 45,4% tienen secundaria incompleta, 45 participantes que representan el 41,7% tienen secundaria completa, 10 participantes que representan el 9,3% primaria incompleta, 2 participantes que representan el 1,9% tienen primaria completa y superior incompleto. En cuanto a la condición de ocupación, 61 participantes que representan el 56,5% tienen trabajo eventual, 27 participantes que representan el 25% tienen trabajo estable y 20 participantes que representan el 18,5% no trabajan. Según el tipo de familia, 71 participantes que representan el 65,7% tienen familia nuclear, 30 participantes que representan el 27,8% extendida, 6 participantes que representan el 5,6% ampliada y finalmente 1 que representa el 0,9% monoparental.

En cuanto al contexto de la COVID-19, 84 participantes que representan el 77,8% señalaron no haberse infectado de COVID-19, seguido de 24 participantes que representan el 22,2% que dijeron que sí. 65 participantes que representan el 60,2% señalaron no haber tenido familiar infectado de COVID-19 y 43 participantes que representan el 39,8% señalaron que sí. Finalmente, 87 participantes que representan el 80,6% señalaron no tener familiares fallecidos por COVID-19 y 21 participantes que representan el 19,4% señalaron que sí.

Tabla 2. Miedo al COVID 19 en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021 (N=108)

Miedo	n	%
Bajo	24	22,2
Medio	61	56,5
Alto	23	21,3
Total	108	100,0

Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que 61 participantes que representan el 56,5% tienen nivel de miedo medio, seguido de 24 participantes que representan el 22,2% nivel bajo y 23 participantes que representan el 21,3% nivel alto.

Tabla 3. Miedo al COVID 19 según su dimensión reacciones al miedo emocional en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia (N=108)

reacciones al miedo emocional	n	%
Bajo	24	22,2
Medio	64	59,3
Alto	20	18,5
Total	108	100,0

Elaboración propia

En la tabla 3, se observa que 64 participantes que representan el 59,3% presentan un nivel de miedo medio, seguido de 24 participantes que representan el 22,2% bajo y finalmente, 20 participantes que representan el 18,5% un nivel alto.

Tabla 4. Miedo al COVID 19 según su dimensión expresiones somáticas al miedo adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia (N=108)

Expresiones somáticas al miedo	n	%
Bajo	28	25,9
Medio	57	52,8
Alto	23	21,3
Total	168	100,0

Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que 57 participantes que representan el 52,8% presentan un nivel de miedo medio, seguido de 28 participantes que representan el 25,9% bajo y finalmente, 23 participantes que representan un 21,3% nivel alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

El miedo al COVID-19 probablemente se deba a su novedad y a las incertidumbres sobre qué tan grave podría llegar a ser el brote actual. Por el escenario que se ha generado durante esta crisis sanitaria, el miedo se va acrecentando cada día más; por ello, es importante valorar de forma oportuna la salud mental de la población, identificar el miedo de forma anticipada permitirá mitigar su efecto y así evitar complicaciones en la vida y bienestar de las personas. Por ello, el objetivo principal de la presente investigación fue determinar el miedo al COVID-19 en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia.

En cuanto al miedo al COVID-19, el 56,5% (61 participantes) presentaron un nivel medio, seguido del 22,2% (24 participantes) con nivel bajo y finalmente, el 21,3% (23 participantes) con nivel alto. Teniendo en cuenta que ya ha transcurrido un tiempo desde la aparición del brote y que estamos en una etapa de inmunización masiva, los efectos psicológicos pueden haberse mitigado en esta población. Resultados similares a los nuestros fueron obtenidos por Urquiza (30), quien señala que en cuanto al miedo el 51,6% presentó un nivel leve, seguido del 11,7% con nivel moderado. Otro estudio fue el de Tineo y colaborador (31), que señalaron que el 63,1% presentó un nivel medio y según el género, las mujeres son más vulnerables a sentir miedo (57,1% presentó un nivel medio). Sin embargo, el estudio de Chumbe (29), señaló que el 49,4% presentó un nivel bajo de miedo, seguido de 23,5% con un nivel muy bajo; en cuanto a los indicadores el 60,5% señaló estar en desacuerdo al preguntarle si no puede dormir por estar preocupado de contagiarse. En cuanto al miedo, este se evidencia de diferentes maneras, uno puede sentir temor a contraer la infección, temor a tocar objetos sin desinfectarse, temor al contacto con otras personas que portar el virus o el temor a verse afectado económicamente durante esta situación de crisis sanitaria (36).

En cuanto al miedo según su dominio reacciones al miedo emocional, el 59,3% (64 participantes), presenta un nivel medio, seguido del 22,2% (24 participantes) nivel bajo y finalmente, el 18,5% (20 participantes) un nivel alto. Las reacciones

emocionales ante una situación de miedo son comunes, estas son parte del mecanismo natural de defensa que tienen las personas. Cuando las reacciones se hacen más frecuentes y continuas podríamos estar hablando de un miedo patológico. Kanti y colaboradores (37) señalaron que los participantes que estaban preocupados por el COVID-19 (β :2,75, IC del 95%: 1,71 a 3,78) y abrumados por el COVID-19 (β : 3,31, IC del 95%: 2,33 a 4,29) tenían significativamente más probabilidades de temer al COVID-19. Además, las personas que se sentían aislados de los demás y cuyos amigos cercanos y familiares fueron diagnosticados con COVID-19 tenían más miedo. Si bien el miedo puede considerarse una emoción adaptativa que permite afrontar posibles amenazas, cuando es excesivo puede volverse desadaptativo (38). Por un lado, estudios en el contexto de pandemias anteriores han demostrado que la ausencia de miedo puede ser perjudicial para las personas, ya que influye en la disminución de las conductas higiénicas (como lavarse las manos) y desconocer medidas para frenar la propagación de enfermedades, como distanciamiento físico. Por otro lado, un nivel excesivo de miedo tiene efectos negativos sobre el bienestar, generando fobias o síntomas de ansiedad social (39). Doshi D y colaboradores (26), señalan que es importante identificar los grupos de mayor riesgo (por ejemplo personas que son más susceptibles y tienen mayor probabilidad de reaccionar al miedo e incertidumbre) y formular estrategias de intervención a medida para garantizar su salud óptima en este momento de crisis global.

En cuanto al miedo según su dominio expresiones somáticas al miedo, el 52,8% (57 participantes) presentó un nivel medio, seguido del 25,9% (28 participantes) que presentó un nivel bajo y finalmente el 21,3% (23 participantes) un nivel alto. Las expresiones somáticas del miedo suelen darse como respuesta a situaciones amenazantes. A veces se suele percibir algún tipo de problema orgánico que en realidad no existe, este solo es producto del desequilibrio emocional que se puede mostrar ante una situación de alarma o crisis. Similar a nuestro estudio fue el de Urquizo (30), en el que según la dimensión expresiones somáticas predominó el nivel leve con 58,1% seguido de moderada con 12,9% y según la dimensión emocional predominó el nivel leve con 50%, seguido de moderada con 19,4%. El estudio de Tineo y colaborador (31),

señalaron que en cuanto a las reacciones al miedo emocional, predominó el nivel medio con un 60,7% y en cuanto a la dimensión expresiones somáticas igualmente predominó un nivel medio con 59,8%. La aparición de COVID-19 ha provocado una alteración sin precedentes en la salud física y mental entre los ciudadanos del mundo (40)(41). Satıcı y colaboradores (27) señalan que la resiliencia y la esperanza se consideran factores protectores que ayudan a prevenir los daños a la salud mental que pueden surgir del miedo al COVID-19. En otras palabras, parece que las personas que tienen la fuerza para hacer frente a situaciones estresantes de la vida y tienen la esperanza de que se puedan encontrar soluciones alternativas son más capaces de hacer frente a eventos de la vida desafiantes (en este caso, COVID-19).

Yasin S (28) en su estudio pudo identificar nueve temas principales con respecto a la naturaleza del miedo; es decir, el miedo al coronavirus, la pérdida, el miedo al aislamiento o la cuarentena, el miedo relacionado con la religión, la muerte, las consecuencias del COVID-19, el país subdesarrollado, el componente psicológico del miedo y la empatía. Ello es importante valorar, ya que las estrategias de salud orientadas a mitigar su efecto deben considerar ello.

Los trabajadores de la salud tienen un papel clave a la hora de abordar la salud mental de la población, no olvidar que la atención en salud no solo debe centrarse en la enfermedad, se debe incluir dentro del plan integral de atención el abordaje de la salud emocional. El profesional enfermero debe diseñar como parte de sus estrategias de cuidado una serie de acciones que fomente la educación e información en salud; además, se debe fomentar en las familias acciones de cuidado y autocuidado que permitan que estas personas puedan sobrellevar esta carga emocional negativa que se produce en torno a la pandemia.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto al miedo al COVID-19, predominó un nivel medio, seguido de bajo y alto.
- En cuanto al miedo al COVID-19 según su dimensión reacciones al miedo emocional, predominó un nivel medio, seguido de bajo y alto.
- En cuanto al miedo al COVID-19 según su dimensión expresiones somáticas, predominó un nivel medio, seguido de bajo y alto.

4.3 RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el establecimiento de salud que forma parte del primer nivel de atención establezca estrategias y medidas que contrarreste este clima emocional negativo generado por la pandemia, específicamente se debe propugnar acercar el establecimiento de salud y sus estrategias a la población principalmente más vulnerable como son los adultos que residen en comunidades desfavorecidas. Se debe reforzar el trabajo extramural; es decir, el personal de salud debe de explorar en su jurisdicción para poder identificar las personas que tengan mayor riesgo emocional para poder ser estos atendidos oportunamente por el profesional calificado.
- Se debe aprovechar las redes sociales para difundir mensajes claros y educativos referidos a la pandemia y sus efectos, así se buscará contrarrestar toda información negativa y falsa que se vincula por dichos medios.
- Se sugiere que en estudios a ser realizados posteriormente se aborde el tema del miedo al coronavirus desde la concepción de otros enfoques de investigación como el cualitativo y el mixto, ello permitirá complementar el conocimiento que se tiene sobre esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acter T, Uddin N, Das J, Akhter A. Evolution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) as coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Science of the Total Environment journal* [Internet] 2018 [citado 5 de octubre de 2021];730(2020):1-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7190497/pdf/main.pdf>
2. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center [Internet]. Baltimore-USA: JHU; 2021 [actualizado en octubre de 2021; citado 1 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
3. Ministerio de Salud. Sala Situacional COVID-19 Perú [Internet]. Lima-Perú: MINSA; 2021 [actualizado en setiembre de 2021; citado 7 de setiembre de 2021]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
4. Wang L, He W, Yu X, Hu D, Bao M, Liu H, et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *Journal of Infection* [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2021]; 80(2020):639-645. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118526/pdf/main.pdf>
5. Perrotta F, Corbi G, Mazzeo G, Boccia M, Aronne L, D'Agnano V, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clinical and Experimental Research* [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2021];16(1):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298699/>
6. Vahia I. Lessons From the First Six Months. *Am J Geriatric Psychiatry* [Internet] 2020 [citado 5 de octubre de 2021];28(7):691-694. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274086/pdf/main.pdf>
7. Flanagan EW, Beyl RA, Fearnbach SN, Altazan AD, Martin CK, Redman LM. The Impact of COVID-19 Stay-At-Home Orders on Health Behaviors in Adults. *Obesity* [Internet]. 2020 [citado 10 de octubre de 2021];29(2):438-445. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7675243/>

8. Carvalho P, Moreira M, de Oliveira M, Landim J, Neto M. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* [Internet]. 2020 [citado 10 de octubre de 2020];286:1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32146248/>
9. Farhan M, Jiang B, Komal B, Adnan M. Correlation between environmental pollution indicators and COVID-19 pandemic: A brief study in Californian context. *Environ Res.* [Internet]. 2020 [citado 9 de octubre de 2021];187:2-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219392/pdf/main.pdf>
10. World Economic Forum. Lockdown is the world's biggest psychological experiment - and we will pay the price. [Internet]. Suiza: WEF; 2020 [actualizado en abril de 2020; citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/this-is-the-psychological-side-of-the-covid-19-pandemic-that-were-ignoring/>
11. Moni A, Abdullah S, Abdullah M, Kabir M, Alif S, Sultana F, et al. Psychological distress, fear and coping among Malaysians during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 [citado 5 de octubre de 2021];16(9):1-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8432783/pdf/pone.0257304.pdf>
12. Al-Shannaq Y, Mohammad A. Psychological impacts during the COVID-19 outbreak among adult population in Jordan: A cross-sectional study. *Heliyon* [Internet]. 2021 [citado 5 de octubre de 2021];7(8):1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8373850/pdf/main.pdf>
13. Rahman M, Shariful S, Tungpunkom P, Sutana F, Alif S, Banik B, et al. COVID-19: Factors Associated with Psychological Distress , Fear, and Coping Strategies among Community Members Across 17 Countries. *Globalization and Health* [Internet]. 2021 [citado 5 de octubre de 2021]; 17(2021):1-19. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8485312/pdf/12992_2021_Article_768.pdf

14. Kohler H, Bäuerle A, Schweda A, Weismüller B, Fink M, Musche V, et al. Increased COVID-19-related fear and subjective risk perception regarding COVID-19 affects behavior in individuals with internal high-risk diseases. *Journal of Primary Care and Community Health* [Internet]. 2021 [citado 5 de octubre de 2021];12:1-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2150132721996898>
15. Rahman M, Hoque N, Alif S, Salehin M, Islam S, Banik B, et al. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Globalization and Health* [Internet]. 2020 [citado 14 de octubre de 2021];16(1):1-15. Disponible en: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00624-w>
16. Saricali M, Satici S, Satici B, Gocet-Tekin E, Griffiths M. Fear of COVID-19, Mindfulness, Humor, and Hopelessness: A Multiple Mediation Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2021];19(1):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7676415/>
17. De Leo D, Trabucchi M. COVID-19 and the fears of italian senior citizens. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2021];17(10):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277474/pdf/ijerph-17-03572.pdf>
18. Ministerio de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023 [Internet]. Lima-Perú: MINSa; 2019. p. 7. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resolución_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF
19. Presti G, McHugh L, Gloster A, Karekla M, Hayes S. They dynamics of fear at the time of COVID-19: Acontextual Behavioral Science Perspective.

- Clinical Neuropsychiatry [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2021]; 17(2020):65-71. Disponible en: <https://delphicentre.com.au/uploads/01.App - Attachment 2020/6. 2020-02-02-Prestietal..pdf>
20. Pappas G, Kiriaze J, Giannakis P, Falagas M. Psychosocial consequences of infectious diseases. Journal Compilation [Internet]. 2009 [citado 23 de setiembre de 2021];15(8):2-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129378/pdf/main.pdf>
 21. Cui H, Zhang J, Liu Y, Li Q, Li H, Zhang L, et al. Differential alterations of resting-state functional connectivity in generalized anxiety disorder and panic disorder. Human Brain Mapping [Internet]. 2016 [citado 5 de octubre de 2021];37(4):1459-1473. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6867341/pdf/HBM-37-1459.pdf>
 22. Yip P, Cheung Y, Chau P, Law Y. The Impact of Epidemic Outbreak. Crisis [Internet]. 2010 [citado 5 de octubre de 2021];31(2):86-92. Disponible en: https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000015?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
 23. Caycho-Rodríguez T, Tomás J, Barboza-Palomino M, Ventura-León J, Gallegos M, Reyes-Bossio M, et al. Assessment of Fear of COVID-19 in Older Adults: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. International Journal of Mental Health and Addiction [Internet]. 2018 [citado 10 de octubre de 2021];30(3):201-205. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7787591/pdf/11469_2020_Article_438.pdf

24. Barrera J. El miedo colectivo: el paso de la experiencia individual a la experiencia colectiva. *El Cotidiano* [Internet]. 2010 [citado 3 de junio de 2021]; 159: 5-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32512747002.pdf>

25. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros M. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020 [citado 23 de setiembre de 2021]; 2020:1-14. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11469-020-00354-5#Sec23>

26. Doshi D, Karunakar P, Sukhabogi J, Prasanna J, Mahajan S. Assessing Coronavirus Fear in Indian Population Using the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020 [citado 27 de setiembre de 2021];19:2383–2391. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00332-x#citeas>

27. Satici SA, Kayis AR, Satici B, Griffiths MD, Can G. Resilience, Hope, and Subjective Happiness Among the Turkish Population: Fear of COVID-19 as a Mediator. *Adicto a la salud de Int J Ment.* [Internet]. 2020 [citado 10 de octubre de 2021];1-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33293904/>

28. Yasin SA. Prevalence, intensity and manifestation of COVID-19 fear: A cross sectional analysis. *Psychiatria Danubina* [Internet]. 2020 [citado 2 de octubre de 2021];32(3-4):499-504. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33370759/>

29. Chumbe D. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Repercusión de la COVID-19 en la salud mental de los usuarios de un centro de salud del distrito de San Juan de Lurigancho, 2021 [tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayo de San Marcos; 2021 [citado 2 de octubre de 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16671/C humbe_ad.pdf?sequence=1&isAllowed=y

30. Chacaltana K. Ansiedad y miedo de contraer covid-19 en comerciantes de un mercado del Cercado De Lima, 2020 [tesis de grado]. Perú: Universidad Autónoma del Perú; 2020 [citado 2 de octubre de 2021]. Disponible en: [http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/1221/1/Uquizo Huamani%2C Liz Mayumi.pdf](http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/1221/1/Uquizo_Huamani%2C_Liz_Mayumi.pdf)
31. Tineo K, Huaman L. Miedo al Covid-19 en personas que residen en una zona urbana en Los Olivos, 2020 [tesis de grado]. Lima, Perú: Universidad de Cincias y Huamnidades; 2021 [citado 2 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/603/Tineo_K L_Huaman_LT_tesis_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/603/Tineo_K_L_Huaman_LT_tesis_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
32. Ahorsu D, Lin C, Imani V, Saffari M, Griffiths M, Pakpour A. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. International Journal of Mental Health and Addiction [Internet]. 2020 [citado 10 de octubre de 2021];27(1):1-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100496/pdf/11469_2020_Article_270.pdf
33. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Estados Unidos; 1979 [citado 2 de octubre de 2021]. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
34. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3ª ed. New York - United States of America: Oxford University Press; 2016.
35. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [citado 25 de abril de 2021];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>

36. Taylor S, Landry C, Paluszek M, Fergus T, McKay D, Asmundson G. Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2021];72(1):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198206/>
37. Mistry S, Ali A, Akther F, Yadav U, Harris M. Exploring fear of COVID-19 and its correlates among older adults in Bangladesh. *Globalization and Health* [Internet]. 2021 [citado 1 de octubre de 2021];17(47):1-9. Disponible en: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12992-021-00698-0.pdf>
38. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Saleminck E, Engelhard I. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders journal* [Internet]. 2020 [citado 11 de octubre de 2020];74:1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286280/pdf/main.pdf>
39. Asmundson G, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord.* [Internet]. 2020 [citado 25 de febrero de 2021];70(1):1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7134790/>
40. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) — United States. *Weekly* [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2021];69(12):343-346. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm?s_cid=mm6912e2_w
41. Giuntella O, Hyde K, Saccardo S, Sadoff S. Lifestyle and mental health disruptions during COVID-19. *PNAS* [Internet]. 2021 [citado 5 de octubre de 2021];118(9):1-9. Disponible en: <https://www.pnas.org/content/pnas/118/9/e2016632118.full.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE MIEDO AL COVID-19								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Miedo por COVID-19	Cualitativa y Ordinal	Es un sentimiento adaptativo causado por la percepción de una situación de amenaza que rodea a las personas y permite enfrentar a los peligros (19).	Es un sentimiento adaptativo causado por la percepción de una situación de amenaza que rodea a los adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, que permite enfrentar a los peligros, esto se expresa en expresiones somáticas de miedo y reacciones al miedo emocional, el cual será medido con la escala FCV-19S.	Reacciones al miedo emocional	Número de reacciones que se presenten	4 ITEMS (1,2,4,5)	Bajo	0 a 12 puntos
				Expresiones somáticas de miedo	Cantidad de expresiones somáticas que se evidencien	3 ITEMS (3,6,7)	Medio	13 a 23 puntos
							Alto	24 a más puntos Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

ESCALA DE MIEDO AL CORONAVIRUS (COVID-19)

I. INTRODUCCION

Buenos días, somos egresados de la carrera profesional de enfermería y estamos realizando una investigación para poder determinar el miedo al COVID-19. Ante ello solicitamos su colaboración con el llenado de la siguiente ficha.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Datos generales:

Edad en años:

Sexo del entrevistado:

a. Femenino () b. Masculino ()

Estado Civil:

() Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente () Divorciad(a) () Viudo(a)

Grado de instrucción:

() Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Técnico () Profesional

Condición de ocupación:

() Trabajador estable () Eventual () Sin Ocupación () Jubilado

Alguna persona en su familia se ha infectado de COVID-19: () Si () No

Alguna persona en su familia ha fallecido de COVID-19: () Si () No

Usted se ha contagiado de COVID-19: () Si () No

Instrucciones

Cuestionario sobre miedo al COVID-19, marque la respuesta que usted crea conveniente con lo que ha sentido durante las dos últimas semanas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)					
2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)					
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)					
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)					
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19)					
6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)					
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)					

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Miedo al COVID-19 en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021.

Nombre de los investigadores principales:

Joselin Ramirez Machuca

Yoselin Karina Cruz Arteaga

Propósito del estudio: Determinar el miedo al COVID-19 en adultos residentes en comunidades desfavorecidas del distrito de Independencia, Lima – 2021.

Beneficios por participar: Podrá conocer los resultados de este estudio, deberá para ello solicitarlo al investigador coordinador.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: Los datos brindados estarán debidamente protegidos.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Joselin Ramirez Machuca, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gomez Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto haber comprendido lo estipulado en este documento, por tanto, señalo mi voluntad de querer ser parte de esta investigación

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Joselin Ramírez Machuca	
Nº de DNI	
41449379	
Nº teléfono	
915202054	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, 21 de setiembre de 2021

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Juez 1	90%	85%	90%	85%	90%	88%
Juez 2	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Juez 3	85%	85%	90%	90%	90%	85%
Juez 4	90%	85%	90%	90%	90%	89%
Juez 5	90%	90%	85%	90%	90%	90%
Promedio						87%

VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

La validez de contenido del instrumento fue de 87%, lo cual se interpreta como bueno.

Anexo E. Validez estadística del instrumento de medición

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,774
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1009,936
	gl	21
	Sig.	,05

Anexo F. Confiabilidad del instrumento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,947	7