



**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 una población residente en una zona de  
confraternidad en Los Olivos

**PRESENTADO POR**

Poma Chaucayanqui, Luz Raquel  
Thomas Saenz, Edwin Henry

**ASESOR**

Millones Gomez, Segundo German

**Los Olivos, 2021**

## **Agradecimiento**

Queremos agradecer a nuestros docentes por sus enseñanzas, a nuestra familia por el apoyo incondicional que nos dieron día a día durante este proceso.

## **Dedicatoria**

Principalmente a nuestra familia, en especial a nuestros padres porque fueron un apoyo incondicional para poder culminar este trabajo de investigación.

# Índice General

<b>Agradecimiento</b> .....	<b>1</b>
<b>Dedicatoria</b> .....	<b>2</b>
<b>Índice General</b> .....	<b>3</b>
<b>Índice de Tablas</b> .....	<b>4</b>
<b>Índice de Anexos</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>II. MATERIALES Y METODOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	15
2.2 POBLACION .....	15
2.3 VARIABLE DE ESTUDIO .....	15
2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	16
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS .....	17
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	17
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos .....	17
2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO .....	17
2.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	18
<b>III. RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	<b>24</b>
4.1 DISCUSION PROPIAMENTE DICHA.....	24
4.2 CONCLUSIONES .....	26
4.3 RECOMENDACIONES .....	26
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>27</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>35</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos de una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.....	20
<b>Tabla 2.</b> Miedo al COVID-19, en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.....	21
<b>Tabla 3.</b> Miedo al COVID-19 en su dimensión reacciones al miedo emocional en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos. ....	22
<b>Tabla 4.</b> Miedo al COVID-19 en su dimensión expresiones somáticas de miedo en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos. ....	23

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Operacionalización de la variable o variables.....	36
<b>Anexo B.</b> Instrumento de recolección de datos .....	37
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado.....	39
<b>Anexo D.</b> Validez de contenido de la Escala de miedo al Coronavirus .....	41

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el miedo al COVID-19 en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.

**Materiales y métodos:** El enfoque asumido en este estudio ya culminado es el cuantitativo y el diseño metodológico fue transversal. La población participante estuvo conformada por 118 pobladores participantes. El instrumento empleado para la medición de la variable principal fue la escala FCV-19S que presenta 2 factores y 7 ítems.

**Resultados:** El total de participantes fue de 118, 63 de sexo femenino y 44 de masculino. En cuanto al miedo en los pobladores residentes, prevaleció el nivel medio con 45,8% (n=54), seguido del alto con 38,1% (n=45) y bajo con 16,1% (n=19). En la dimensión reacciones al miedo emocional, prevaleció el nivel medio con 48,3% (n=57), seguido del alto con 35,6% (n=42) y el bajo con 16,1% (n=19) y en su dimensión expresiones somáticas de miedo, prevaleció el nivel medio con 44,9% (n=53), seguido del alto con 36,4% (n=43) y bajo con 18,6% (n=22).

**Conclusiones:** En cuanto al miedo al COVID-19, prevaleció el nivel medio. En ambas dimensiones el nivel medio fue el predominante.

**Palabras clave:** Miedo; población; COVID-19 (Fuente: DeSC).

## Abstract

**Objective:** To determine the fear of COVID-19 in a population residing in a fraternity area in Los Olivos.

**Materials and methods:** The research approach of this completed study is quantitative with a cross-sectional methodological design. The population consisted of 118 residents. The instrument used to measure the main variable was the FCV-19S scale, which has two factors and seven items.

**Results:** The total number of participants was 118, of whom 63 were female and 44 were male. Regarding the fear in the resident population, the medium level prevailed with 45.8% (n=54), followed by the high level with 38.1% (n=45) and low level with 16.1% (n=19). Concerning the dimension of reaction to emotional fear, the medium level prevailed with 48.3% (n=57), followed by the high level with 35.6% (n=42) and the low level with 16.1% (n=19) and in the dimension of somatic expressions of fear, the medium level prevailed with 44.9% (n=53), followed by high level with 36.4% (n=43) and low level with 18.6% (n=22).

**Conclusions:** Regarding the fear of COVID-19, the medium level prevailed. In both dimensions, the average level was the predominant one.

**Keywords:** Fear; population; COVID-19 (Source: DeSC).

## I. INTRODUCCIÓN

Actualmente debido a la enfermedad del Coronavirus, la cual es causado por el síndrome respiratorio agudo severo infección por coronavirus (SARS-CoV-2) la que se originó en la ciudad de Wuhan, ha desencadenado una situación de crisis sanitaria que genera un impacto negativo en la vida socioeconómica y salud de la población. La angustia psicológica, el miedo y la incertidumbre rápidamente se extendió en todo el mundo (1). El nuevo coronavirus, se ha propagado muy rápidamente por toda China y otros países, provocando en las personas infectadas un cuadro clínico diverso, siendo el más preocupante el cuadro de neumonía infecciosa aguda severa que puede llevar a la muerte (2). A nivel mundial se registran 5 238 032 casos de fallecidos, y 264 368 460 casos confirmados de COVID-19 reportados. Los países más afectados con casos de fallecidos son Estados Unidos (785 912), India (470 115) y Brasil (615 179). En Latinoamérica los países que más fallecidos presentan son Brasil y México (3)(4). Asimismo, hasta fines de noviembre de este año se han registrado 2 234 075 casos confirmados de infectados por coronavirus en el Perú. También el registro señala que hay hasta la fecha 201 108 muertes confirmadas, de los cuales en Lima se concentra la mayor cantidad como 81 643 casos. Este panorama es preocupante y definitivamente preocupa no solo a las autoridades sanitarias, sino a cualquier ciudadano que teme infectarse (5).

Durante la pandemia por coronavirus, las personas sienten subjetivamente miedo, y ante ello pueden presentar las correspondientes conductas de adaptación o evitación, como un enfoque excesivo en la información relevante y un acaparamiento excesivo, que en última instancia pueden agravar su carga psicológica como la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y el suicidio y reducir así su calidad de vida y bienestar (6)(7).

Estudios de pandemias enfrentadas a lo largo del tiempo, como SARS, Ébola, H1N1, Gripe Equina y el actual COVID-19, muestran que los efectos psicológicos del contagio y la cuarentena no se limitan al temor de contraer el virus (8). Hay algunos elementos relacionados con la pandemia que afectan más a la población, como el distanciamiento con sus familiares cercanos, no poder circular libremente como antes, incertidumbre ante la situación que vivimos y el

sentimiento de impotencia (9)(10). Estos aspectos pueden tener consecuencias dramáticas, como el aumento de los suicidios (11). Los comportamientos suicidas a menudo están relacionados con el sentimiento de ira asociado con la condición estresante ampliamente difundida entre las personas que vivían o viven en las áreas más afectadas (12).

En una encuesta reciente administrada durante la pandemia de COVID-19, donde se involucró una población de 1 143 padres de niños italianos y españoles, en sus hallazgos indicaron que los padres observaron cambios emocionales y de comportamiento en los menores durante el confinamiento. Hubo problemas en la concentración, algunos estuvieron más irritables e inquietos que en otras situaciones. Se encontró sensación de temor, soledad y preocupación (13).

Un estudio sobre cómo afecta la pandemia a la salud mental, en población general realizado en Arabia Saudita donde participaron 1 160 pobladores, casi el 25% presentó problemas en su salud emocional en un nivel moderado o severo del brote, el 28,3%, el 24% y el 22,3% refieren signos de depresión-ansiedad-estrés respectivamente. La pandemia actual de COVID-2019 está generando temor a enfermarse, morir, impotencia y estigma (14).

Aun las actividades sociales siguen restringidas en muchos países, casi todos los movimientos individuales no esenciales están prohibidos debido a la cuarentena, mientras que los hospitales locales reciben aun miles de pacientes con COVID-19 críticamente enfermos y por ello están obligados a implementar sus protocolos de emergencia. Por ello, la población, así como la mayoría de los trabajadores de la salud de primera línea, son vulnerables al impacto emocional, debido tanto a la pandemia como a las estrictas reglas que limitan la actividad social plena de las personas en todo el mundo (15)(16). El apoyo psicológico debe ser oportuno en las personas que presentan problemas de salud mental graves. En la gran parte de los pacientes y trabajadores sanitarios, las respuestas emocionales y conductuales son parte de una respuesta adaptativa al estrés extraordinario (17)(18).

Los seres humanos por excelencia son seres sociales, las limitaciones y restricciones dictadas por las autoridades, ayudan a la contención de la infección,

pero afecta la dinámica social-económica y salud emocional de la población. El profesional enfermero con su ciencia del cuidado tiene un gran reto ahí, ya que el cuidado se da a nivel integral y el abordaje de la salud emocional es fundamental en estos tiempos de emergencia sanitaria. Una educación sanitaria clara y suficiente sobre lo que ocurre y sobre cómo cuidarnos es fundamental para contrarrestar las corrientes de información muchas veces inadecuadas que circulan en redes sociales y algunos medios de comunicación masiva.

El miedo es una reacción psicológica muy común en las pandemias. Varios estudios existentes mostraron que cuando hay un alto riesgo de infección, podrían desarrollar en las personas temores generalizados sobre su salud y la de los miembros de su familia (19)(20). El miedo al coronavirus es una reacción emocional negativa o una preocupación persistente por un evento de salud pública inminente, como la muerte y la enfermedad relacionadas con el COVID-19 (21). La variable miedo al COVID-19, presenta 2 dimensiones que son reacciones al miedo emocional y expresiones somáticas de miedo. En cuanto a las reacciones emocionales al miedo se define por ser una respuesta sensorial enviada por el sistema nervioso central ante el miedo al COVID-19, este estímulo de incertidumbre funciona como un mecanismo de alerta ante el peligro latente de un posible contagio, estos son la ansiedad, el estrés, el pánico, etc.(22). En segundo lugar, están las reacciones somáticas al miedo se definen por ser respuestas físicas ante la presencia del miedo a infectarse, estos síntomas son: nerviosismo, sudoración excesiva, taquicardia, entre otros (23). El COVID-19 también conocido como el coronavirus es una enfermedad causada por un virus de origen contagioso, este afecta gravemente al sistema respiratorio perjudicando en primera estancia al pulmón, dentro de sus síntomas más característicos es la disnea, esta nueva enfermedad hasta el momento no tiene una cura específica por lo que es altamente mortal (24).

Para finalizar, es importante resaltar la teoría de promoción de la salud de Nola Pender, el cual se relaciona significativa y directamente con el miedo al COVID.19. El personal de enfermería tiene la responsabilidad de actuar de forma oportuna y eficiente frente a este problema de salud pública y para contrarrestar el miedo se debe de aplicar la presente teoría, donde señala la ejecución de las sesiones educativas preventivas promocionales, las cuales tienen la finalidad de

educar e informar a la población sobre el coronavirus, lo cual ayudara a tranquilizar y a reducir los niveles de miedo, además se llevarán a cabo estrategias sobre medidas de bioseguridad para evitar un contagio. Nola pender es un teórica que enfatiza claramente la educación para mejorar la salud de las personas logrando concientizar y fomentar su autonomía frente a su salud (25).

Magano y colaboradores (26), en el 2021, en Portugal, elaboraron un trabajo titulado “La ansiedad y el miedo en una población durante la pandemia”. El trabajo fue cuantitativo y transversal, participaron 1 122 personas. Uno de los instrumentos que utilizaron fue el FCV-19s. Los resultados mostraron una relación entre el miedo, ansiedad y la percepción del impacto de COVID-19. Los participantes consideraron que COVID-19 afectó principalmente a sus vacaciones y tiempo libre. Sin embargo, la correlación más fuerte establecida fue entre el FCV-19S total y el miedo emocional FCV-19S y el miedo a acudir a las instalaciones del hotel. El uso de las instalaciones hoteleras es el tema más amenazador relacionado con los viajes, el turismo y la hostelería. Los resultados sugieren que los hoteles deberían invertir en medidas de higiene y seguridad que permitan a los usuarios recuperar la confianza en el equipamiento hotelero.

Rodríguez y colaboradores (27), en el 2020, en Ecuador, realizaron un trabajo titulado “Miedo al COVID-19 en jóvenes universitarios”. El estudio fue descriptivo y transversal, participaron 640 personas y el instrumento que emplearon fue el FCV-19s. Los resultados indicaron que en la población masculina predominó un rango de 255.84 y en la población femenina prevaleció un rango de 345.61. Concluyeron que el miedo cuando es constante es dañino para la salud mental y que este fue mayor en las féminas. Se resalta las complejas relaciones entre el miedo-estrés-ansiedad en el desarrollo de depresión y cómo ello se debe considerar al establecer acciones destinadas a prevenir y aliviar este problema.

Doshi y colaboradores (28), en el 2020, en India, desarrollaron un trabajo sobre “Miedo al COVID-19 en una población en la India”, donde participaron 1499 individuos y el instrumento que utilizaron fue el FCV-19s. Los hallazgos indicaron que en los varones predominó un nivel bajo con 58,6%, (DE= 17,57 + 5,87) y elevado con 41,4% y las mujeres prevalecieron un nivel bajo con 51,7% y

elevado con 48,3%, (DE= 18,36 + 5,50). Concluyeron que ser mujer, casado, la instrucción más baja y ser un trabajador sanitario, condicionan a más miedo.

Rahman y colaboradores (29), en el 2020, en Australia, elaboraron una investigación titulada “Factores asociados con la angustia psicológica, miedo afrontamiento durante la pandemia de COVID-19”. Participaron 587 personas y el instrumento que emplearon fue el FCV-19s. Los hallazgos mostraron que en el 68,1% predominó un nivel bajo y el 31,9% prevaleció un nivel alto. Concluyeron que la angustia debido al cambio de condición laboral (4.14, 1.39-12.4), ingesta de alcohol (3.64, 1.54-8.58), brindar atención a casos conocidos o sospechosos (3.64, 1.54-8.58), ser de sexo femenino (1.56, 1.00-2.45), tener 30 a 59 años (2.29, 1.21-4.35) y tener algún nivel angustia psicológica de medio-alto (2.90, 1,82-5,62) se relacionaron con mayor presencia de miedo.

Sathe y colaboradores (30), en el 2020, en India, efectuaron un trabajo titulado “Angustia psicológica y el miedo al COVID en una población de India”. La población estuvo constituida por 530 personas y aplicaron la escala FCV-19s. Los hallazgos señalaron que el 50,4% predominaron un nivel leve, el 46,6% un nivel moderado y 3% un nivel severo. El 38% de participantes informó angustia significativa ( $P<0.05$ ) que se asocia a ser mujer, soltera, estudiante, nivel socioeconómico bajo, cuidadores de pacientes con coronavirus, salud física percibida como mala y puntuación más alta de Miedo. Concluyeron que la pandemia afecta la salud mental de los pobladores.

Mejía y colaboradores (31), en el 2020, en Perú, desarrollaron un trabajo sobre “Percepción de exageración o miedo infundado por los medios en una población durante la pandemia”, participaron 4 009 personas y el instrumento que emplearon fue el FCV-19s. Los hallazgos indicaron que las redes sociales en un 64% y la televisión en un 57%, por lo exagerado de la información que emiten, incrementaron la percepción del miedo. Concluyeron que ser de sexo femenino y tener más instrucción, genera más miedo.

Sotomayor y colaboradores (32) en el año 2021 en Lima, realizaron un estudio sobre Miedo al COVID-19 en 449 residentes de comunidades desfavorecidas. La técnica fue la encuesta y su diseño transversal. La puntuación media global

del nivel de miedo a COVID-19 fue  $24,04 \pm 4,94$ . Más del 50% de los participantes (59,24%) mostraron un alto nivel de miedo al coronavirus. Concluyen que ser mujer y estar desempleado favorece tener más nivel de miedo al COVID-19. La pandemia impacta de una forma importante en la salud mental de las poblaciones más desfavorecidas.

La actual pandemia causada por el nuevo coronavirus COVID-19, viene dejando una serie de secuelas negativas en la población, una de ellas son los problemas de salud mental y emocional. Sumado a ello está el clima de incertidumbre en que vive la humanidad, de no saber con certeza cuando se controlara y acabara esta crisis sanitaria que nos ha llevado a tener una nueva normalidad llena de restricciones sociales y miedo/angustia en las personas por evitar infectarse. Esta preocupación constante no es nada saludable y afecta la salud mental de todos. De ahí, resaltar la importancia de este estudio que busco valorar el miedo al coronavirus en un grupo de personas seleccionadas para este estudio, y con ello generará conocimiento nuevo que permite establecer una línea base en donde se podrá saber un aspecto de la salud emocional de estas, ello será fundamental ya que también es insumo para poder establecer mejoras en cuidado emocional de estas personas.

Estamos aún en pandemia y aún hay poca evidencia de estudios sobre los efectos de esta en la salud emocional de la población. En el lugar donde se realizó el trabajo de campo, no se encontró estudio antecedente alguno. Lo descrito justifica plenamente el desarrollo del estudio que busca aportar con el conocimiento generado a partir de los resultados y conclusiones.

Los hallazgos a los que se llegó serán un insumo fundamental para que los profesionales de la salud del establecimiento de sanitario de la zona puedan mejorar su atención orientada la población de su jurisdicción.

En relación al valor social de la investigación, está a través de sus hallazgos traerá mejoras que beneficien a los residentes participantes.

En relación al valor científico, la investigación ya culminada fue desarrollada teniendo como elemento orientador al método científico que le dio el rigor

metodológico necesario para arrojar resultados válidos y útiles para establecer mejoras y beneficios en la población objetivo.

Por lo señalado, se planteó como objetivo del estudio realizado fue determinar el miedo al COVID-19 en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.

## **II. MATERIALES Y METODOS**

### **2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

En la presente investigación ya concluida se asumió para su desarrollo el enfoque cuantitativo debido a las mediciones realizadas y el análisis estadístico de la información recolectada. En relación al diseño metodológico, este estudio fue descriptivo-transversal (33).

### **2.2 POBLACION**

En la presente investigación se trabajó con la población total la cual estuvo conformada por 118 pobladores que residían en una zona de Confraternidad ubicada en el distrito de Los Olivos. Todos ellos fueron seleccionados teniendo en cuenta los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión**

- Personas mayores de 18 años que vivan en la zona de Confraternidad con al menos tres meses de residencia.
- Personas que participan voluntariamente.
- Personas que cedieron a dar el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- Personas que no vivan en la zona de Confraternidad.
- Personas que sean menores de edad.

### **2.3 VARIABLE DE ESTUDIO**

La variable fue Miedo al COVID-19, la cual es cualitativa y utiliza para su medición la escala ordinal.

**Definición conceptual:**

Es un estado emocional desagradable que se da en los individuos por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos o amenazantes (34).

**Definición operacional:**

Es un estado emocional desagradable que se da en la población residente en una zona de confraternidad en Los Olivos, por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos o amenazantes, que se manifiestan en reacciones al miedo emocional y expresiones sintomáticas de miedo, el cual será medido con la escala FCV-19S.

**2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN****Técnica de recolección de datos:**

La técnica empleada en el presente estudio fue la encuesta, esta es la indicada cuando se trata de realizar estudios de investigación cuantitativos del campo de la salud. Su carácter estandarizado, permite abordar una población amplia y recopilar información en un tiempo corto (35).

**Instrumentos de recolección de datos:**

En el presente estudio de investigación se aplicó el instrumento de miedo al COVID-19 o también conocido por sus siglas en inglés COVID-19 fear scale (FCV-19S), esta escala evalúa el nivel de miedo que poseen las personas ante un posible contagio de esta nueva enfermedad. Este instrumento fue creado por el investigador Daniel Ahorsu (36) en el año 2020, esta escala tuvo una gran aceptación por la comunidad científica por su elevado coeficiente de confiabilidad y validez y por lo mismo fue traducido a diversos idiomas del mundo, por otro lado, este instrumento se caracteriza por su sencillez y simplicidad al momento de su aplicación y entendimiento. La escala de FCV-19S, es un instrumento que está estructurado por 7 ítems y se divide en 2 dimensiones, las cuales son las siguientes: reacciones emocionales al miedo y reacciones somáticas de miedo. Para la calificación correspondiente de la escala, se tiene que tomar en cuenta una escala tipo Likert, el cual va constar de

5 puntos y alternativas de respuestas, estas van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. El puntaje total del instrumento es de 35 puntos y este se va clasificar en tres niveles en base a los valores finales, estos son los siguientes: Bajo (0-11 pts.), medio (12-23 pts.) y alto (24-35 pts.) (37).

### **Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:**

La validez de contenido se hizo mediante un juicio de expertos (participaron 5 profesionales como jueces) que arrojó un valor de 89,3% (ver anexo D). La validez estadística se realizó mediante la prueba KMO que arrojó un valor de 0,864 ( $KMO > 0,5$ ) y el test de Bartlett que arrojó un valor significativo ( $p < 0,001$ ). La fiabilidad fue calculada mediante el alfa de Cronbach que arrojó un valor de 0,950.

## **2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS**

### **2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

Para el desarrollo de la ejecución del estudio, se realizaron una serie de actividades que llevaron a tener el acceso pleno a la zona de confraternidad y a los participantes. La carta de visita gestionada en la universidad fue de mucha utilidad.

### **2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos**

El recojo de información fue realizado en el mes de marzo del presente año, para ello se hizo una programación de visitas a los domicilios, facilitó esta actividad la presencia y colaboración de dos promotores de salud de la zona. El instrumento aplicado fue diseñado en formato digital-formulario Google. A través de un enlace compartido a los Smartphone, se pudo completar los datos solicitados. Los participantes que tuvieron problemas para ingresar los datos por este medio, fueron asistidos por el encuestador.

## **2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO**

En el presente estudio descriptivo, la información fue analizada mediante procedimientos estadísticos. Para facilitar dicho proceso se empleó el programa

estadístico SPSS en su versión 26. A través de las pruebas de distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y cálculo de variable, se pudo analizar todos los datos y presentar los más resaltante en tablas que para ser mejor entendidas se le agrego su descripción respectiva. Finalmente ello fue insumo para realizar la discusión de resultados y conclusiones más relevantes.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Las consideraciones éticas conforman un aspecto fundamental en las investigaciones en salud, especialmente donde están involucrados los seres humanos. El compromiso bioético se asume a partir de la declaración de Helsinki (38) en 1964, el cual este enfatiza el respeto de las decisiones de las personas y la aplicación del consentimiento informado y el reporte Belmont (39) que resalta la aplicación de los principios bioéticos en el campo de la salud como la autonomía, la beneficencia y la justicia, en donde un año más tarde los investigadores Beauchamp y Childress (40), insertaron un cuarto principio denominado no maleficencia.

### **Principio de autonomía**

Este aspecto tiene el propósito de respetar la libre decisión de los individuos en relación a su participación voluntaria en el actual trabajo (41).

Durante el desarrollo del estudio se informó a los participantes y se les solicitó el consentimiento informado para su participación formal y cumplimiento del principio.

### **Principio de beneficencia**

El presente principio busca fomentar el bienestar en los personas, por medio de la búsqueda del máximo beneficio (42).

Se les explico individualmente a cada uno de los participantes la importancia y los beneficios del trabajo a nivel comunitario y personal.

### **Principio de no maleficencia**

Este elemento busca evitar cualquier riesgo alguno del participante en el proceso de desarrollo del estudio (43).

Se le expuso personalmente a cada participante que el trabajo no tiene ningún riesgo porque solo se les requerirá responder el cuestionario.

### **Principio de justicia**

La justicia es considerada en el campo de la investigación como constructo que representa trato y distribución equitativa de beneficios (44).

Durante el desarrollo del trabajo de campo se le brindo un trato equitativo a cada uno de los participantes.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.**

Información de los participantes	Total	
	N	%
<b>Total</b>	118	100,0
<b>Edad</b>	<b>Mín. - Máx.</b>	<b>Media</b>
	20 - 73	40,03
<b>Sexo</b>		
Femenino	63	53,4
Masculino	55	46,6
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	26	22,0
Casado(a)	15	12,7
Conviviente	75	63,6
Viudo(a)	2	1,7
<b>Nivel de instrucción</b>		
Sin instrucción	6	5,1
Primaria completa	3	2,5
Primaria incompleta	17	14,4
Secundaria completa	18	15,3
Secundaria incompleta	46	39,0
Superior completo	9	7,6
Superior incompleto	19	16,1
<b>Condición de Ocupación</b>		
Estable	24	20,3
Eventual	64	54,2
Sin ocupación	30	25,4
<b>Contagio por COVID-19</b>		
Sí	52	44,1
No	66	55,9
<b>Contagio de un familiar por COVID-19</b>		
Sí	65	55,1
No	53	44,9
<b>Muerte de un familiar por COVID-19</b>		
Sí	52	44,1
No	66	88,7

En la tabla 1, encontramos que, la edad mínima fue 20 años y la máxima 73 años y la media 40,03 años. En relación al sexo, el 53,4% (n=63) son femenino y el 46,6% (n=55) masculino. En cuanto al estado civil, predominaron los convivientes con 63,6% (n=75). Según el nivel de instrucción predominó los que cuentan con secundaria completa con 39,0% (n=46). En cuanto a la ocupación predominó lo que tienen trabajo eventual con el 54,2% (n=64). En cuanto a los que han tenido COVID-19, el 55,9% (n=66) dijo que no, seguido del 44,1% (n=52) que indicó que sí. En cuanto a si algún familiar se había infectado de COVID-19, el 55,1% (n=65) indicó que sí y el 44,9% (n=53) indicó que no. Por último, en cuanto a si algún familiar había fallecido de COVID-19

**Tabla 2. Miedo al COVID-19, en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.**

<b>Miedo al COVID</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nivel bajo	19	16,1
Nivel medio	54	45,8
Nivel alto	45	38,1
Total	118	100,0

En la tabla 2, predominó el nivel medio con 45,8% (n=54), seguido del alto con 38,1% (n=45) y bajo con 16,1% (n=19).

**Tabla 3. Miedo al COVID-19 en su dimensión reacciones al miedo emocional en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.**

<b>Reacciones al miedo emocional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nivel bajo	19	16,1
Nivel medio	57	48,3
Nivel alto	42	35,6
Total	118	100,0

En la tabla 3, predominó el nivel medio con 48,3% (n=57), seguido del alto con 35,6% (n=42) y bajo con 16,1% (n=19).

**Tabla 4. Miedo al COVID-19 en su dimensión expresiones somáticas de miedo en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.**

<b>Expresiones somáticas de miedo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nivel bajo	22	18,6
Nivel medio	53	44,9
Nivel alto	43	36,4
Total	118	100,0

En la tabla 4, predomina el nivel medio con 44,9%(n=53), seguido del alto con 36,4% (n=43) y bajo con 18,6% (n=22).

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSION PROPIAMENTE DICHA

La presente investigación, tuvo como objetivo determinar el miedo al COVID-19 en una población residente en una zona de confraternidad en Los Olivos. El miedo al COVID-19 se da inicialmente, si este es persistente y no puede controlarse, puede presentarse cuadros más complejos como depresión ansiedad y estrés (45).

En cuanto al temor al coronavirus en los participantes, predominó el nivel medio con 45,8% (54 participantes), seguido del alto con 38,1% (45 participantes) y bajo con 16,1% (19 participantes). Un estudio realizado en China, desarrollo una revisión sobre el impacto del COVID-19, donde encontró que la pandemia pone más susceptible a la población de verse afectadas por la ansiedad, la depresión y la angustia (46). Un estudio similar al nuestro fue el de Sathe y colaboradores (30), en su estudio indicaron que predominó un miedo leve y el 46,6% informaron un grado moderado de miedo al COVID-19. Asimismo, también tenemos el estudio de Rodríguez-Hidalgo y colaboradores (27), que señaló que el miedo cuando es constante es dañino para la salud mental y que este es mayor en las mujeres. Resalta las complejas relaciones entre el miedo-estrés-ansiedad, que juntos pueden condicionar a un problema mayor como es la depresión.

En cuanto al miedo al COVID-19 en su dimensión reacciones al miedo emocional, de participantes predominó el nivel medio con 48,3% (57 participantes), seguido del alto con 35,6% (42 participantes) y bajo con 16,1% (19 participantes). El estudio de Magano y colaboradores (26), indicaron que existe una relación entre el miedo y la percepción del impacto de COVID-19, en ellos también indico que el sexo femenino tiene más predominio. Otros estudio realizado por Mejía y colaboradores (31), indicaron que la información por medios masivos muchas veces es sensacionalista y desinforma, estas incrementan el miedo. Es importante mencionar que algunos individuos pueden percibir subjetivamente el miedo causado por un evento o estímulo adverso, pero puede que no sea lo suficientemente fuerte como para desencadenar una

respuesta fisiológica, y viceversa; posiblemente, algunas personas pueden tener experiencias tanto subjetivas como fisiológicas (47).

El miedo al COVID-19 en su dimensión expresiones somáticas de miedo, donde predominó el nivel medio con 44,9% (53 participantes), seguido del alto con 36,4% (43 participantes) y bajo con 18,6% (22 participantes). En un contexto de incertidumbre los seres humanos responden somáticamente ante una amenaza, pudiendo muchas veces sentir malestar injustificado en alguna zona del cuerpo, debido a la preocupación (48)(49). Las emociones negativas resultantes de una amenaza pueden ser contagiosas y el miedo puede hacer que las amenazas parezcan más inminentes (50). Es por ello resaltar que el estudio de Doshi y colaboradores (28), que no tener estudio y ser un trabajador sanitario mostraba más probabilidades a presentar niveles altos de miedo. El estudio de Rahman y colaboradores (29), indica que presentar comorbilidad y problemas emocionales condiciona a tener mayor miedo. Finalmente resalta lo señalado por Sotomayor y colaboradores (32), quienes afirman que los residentes de comunidades desfavorecidas son más propensos a tener miedo. Ser mujer y ser desempleado hace que uno pueda tener más miedo.

Ante lo dicho anteriormente, se sugiere a la población a evitar noticias e información poco confiables y no creíbles, para reducir el miedo y el pánico en torno al COVID-19. Un mayor grado de miedo en las personas que viven en zonas más desfavorecidas también puede deberse a la falta de instalaciones de salud y profesionales que los puedan educar o brindar información adecuada sobre la pandemia. Específicamente, las personas que viven en zonas desfavorecidas son más vulnerables a la enfermedad y a su impacto emocional, social y económico (51), lo que puede exacerbar en gran medida el grado de miedo al COVID-19.

## **4.2 CONCLUSIONES**

- En relación al miedo, predominó el nivel medio.
- En ambas dimensiones predominó el nivel medio (reacción al miedo emocional - expresiones somáticas de miedo).

## **4.3 RECOMENDACIONES**

- Se debe de establecer acciones sobre el cuidado de la salud mental que formen parte de la atención integral de salud, para la población general, también se debe incluir en ello a los grupos más susceptibles de padecer miedo en base a la evidencia científica ya expuesta.
- Se sugiere involucrar en futuros estudios para determinar el nivel de miedo al coronavirus, otras variables asociados a la salud mental en relación al COVID-19.
- En estudios posteriores se debe abordar el problema desde la perspectiva y concepción de la investigación cualitativa o mixta, ya que ello enriquece el análisis más profundo del problema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yu-Tao X, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 14 de octubre de 2020];7(3):228-229. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128153/>
2. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2021];395(1):e37-e38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7133594/pdf/main.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Informes de situación de la COVID-19 [Internet]. Washington D.C. - EE.UU.; 2021 [citado 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>
4. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center [Internet]. Baltimore-USA: JHU; 2021 [actualizado en octubre de 2021; citado 11 de noviembre de 2021]. [Internet]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
5. Ministerio de Salud. Sala Situacional COVID-19 Perú [Internet]. Lima-Perú: MINSA; 2021 [actualizado octubre de 2021; citado noviembre de 2021]. Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
6. Ford B, Yolken R, Dickerson F, Teague K, Irwin M, Paulus M, et al. Reduced Immunity to Measles in Adults with Major Depressive Disorder. *Physiology & behavior* [Internet] 2019 [citado 12 de febrero de 2021]; 176(1): 100-106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6441972/>
7. 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>

8. Barbisch D, Koenig K, Shih F. Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* [Internet]. 2015 [citado 23 de febrero de 2021];9(5):547-553. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25797363/>
9. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020 [citado 19 de agosto de 2020];287(2020):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102633/>
10. Kawihl W. COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 20 de febrero de 2021];3(1):389-390. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930141-3>
11. American Philosophical Association. Grief and COVID-19 : Mourning our bygone lives [Internet]. Estados Unidos: APA; 2020 [actualizado en abril de 2020; citado de 2021]. Disponible en: <https://www.apa.org/news/apa/2020/04/grief-covid-19>
12. Mohammed M, Griffiths M. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry journal* [Internet]. 2020 [citado 22 de febrero de 2021];51(1):1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139250/pdf/main.pdf>
13. Lasevoli F, Fornaro M, Urso G, Galletta, Casella C, Paternoster M, et al. Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. *Psychological Medicine* [Internet] 2020 [citado 10 de febrero de 2021];30(3):201-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261960/pdf/S0033291720001841a.pdf>
14. Alkhamees AA, Alrashed SA, Alzunaydi AA. The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Compr*

- Psychiatry. [Internet]. 2020 [citado 18 de noviembre de 2021];102:2-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7354380/>
15. Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity* [Internet]. 2020 [citado 13 febrero de 2021];87(1):80-81. Disponible en: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177068/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177068/)
  16. Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2021];88(1):952-953. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177120/>
  17. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Cmaj* [Internet]. 2003 [citado 13 de febrero de 2021];168(10):1245-1251. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC154178/pdf/20030513s00021p1245.pdf>
  18. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* [Internet]. 2000 [citado 12 de febrero de 2021];9(1):11-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10668055/>
  19. Cava M, Fay K, Beanlands H, McCay E, Wignall R. The Experience of Quarantine for Individuals Affected by SARS in Toronto. *Research Assistant* [Internet]. 2005 [citado 12 de febrero de 2021];1(3):2-4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>
  20. Desclaux A, Badji D, Ndione A, Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2017 [citado 13 de febrero de 2021];178(1):38-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795361730089>

8?via%3Dihub

21. Bavel J, Baicker K, Boggio P, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour* [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2021];4(5):460-471. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0884-z>
22. Renström E, Bäck H. Emotions during the Covid-19 pandemic: Fear, anxiety, and anger as mediators between threats and policy support and political actions. *Journal of Applied Social Psychology* [Internet]. 2021 [citado 3 de diciembre de 2021];51(8):861-877.
23. Liu S, Liu Y, Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2021]; 289: 113070.
24. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [ actualizado en diciembre; citado 3 de diciembre de 2021].
25. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2018 [citado 3 de diciembre de 2021];8(4):3-6. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
26. Magano J, Vidal D, Sousa H, Pimienta M, Leite Â. Validation and Psychometric Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) and Associations with Travel, Tourism and Hospitality. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 [citado 14 de febrero de 2021];18(427):2-12. Disponible en: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9218/1/ijerph-18-00427-v2.pdf>
27. Rodríguez-Hidalgo A, Pantaleón Y, Dios I, Falla D. Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive

- Model for Depression. *Frontiers in Psychology* [Internet] 2020 [citado 2 de enero de 2020];11:1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7674167/pdf/fpsyg-11-591797.pdf>
28. Doshi D, Karunakar P, Rao J, Surya J, Vishnu S. Assessing Coronavirus Fear in Indian Population Using the Fear of COVID-19 Scale. *Public Health Emergency of International Concern* [Internet]. 2020 [citado 1 de febrero de 2021];28:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00332-x>
  29. 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>
  30. Sathe HS, Mishra KK, Saraf AS, John S. A cross-sectional study of psychological distress and fear of COVID-19 in the general population of India during lockdown. *Annals of Indian Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2021];4(2):181-189. Disponible en: <https://www.anip.co.in/article.asp?issn=2588-8358;year=2020;volume=4;issue=2;spage=181;epage=189;aulast=Sathe>
  31. Mejia C, Rodriguez-Alarcon J, Garay-Rios L, Enriquez-Anco M, Moreno A, Huaytán-Rojas K. Perception of fear or exaggeration transmitted to the Peruvian population by the media during the COVID 19 pandemic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas* [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2021];39(2):1-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2020/cib202a.pdf>
  32. Sotomayor-Beltran C, Matta-Solis H, Perez-Siguas R, Matta-Solis E, Matta-Zamudio L. Fear of COVID-19 among Peruvian People Living in Disadvantaged Communities: A Cross-Sectional Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* [Internet]. 2021 [citado 5 de noviembre de 2021];17(1):19-25. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8097400/pdf/CPEMH-17-19.pdf>

33. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
34. Martínez-lorca M, Martínez-lorca A, Criado-Álvarez J, Cabañas D, Latorre J. The fear of COVID-19 scale : Validation in spanish university students. Psychiatry Research [Internet]. 2020 [citado 23 de febrero de 2021];293:1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7396130/pdf/main.pdf>
35. Phillips AW, Durning SJ, Artino AR. Survey methods for medical and health professions education. Philadelphia-USA: Elsevier; 2021. 136 p.
36. 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 1 de diciembre de 2021];2020:1-12. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00270-8#citeas>
37. Huarcaya J, Villarreal D, Podestà A, Luna M. Propiedades psicométricas de una versión en español de la escala de miedo a COVID-19 en población general de Lima, Perú. Revista Internacional de Salud Mental y Adicciones [Internet] 2020 [citado 19 de octubre de 2021];2020:1-14. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00354-5#citeas>
38. World medical association. WMA Helsinki Statement - Ethical Principles For Medical Research on Humans [Internet]. Ferney-Voltaire-Francia:Asociacion medical mundial; 2017 [actualizado en marzo de 2017; citado 27 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
39. Brothers KB, Rivera SM, Cadigan RJ, Sharp RR, Goldenberg AJ. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. J Law Med Ethics [Internet]. 2019 [citado 27 de octubre de

- 2021];47(1):165-172. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
40. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [citado 27 de octubre de 2021];55(4):230-233. Disponible en:  
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
41. Amarga C, Ngabirano A, Simon E, McD Taylor D. Principles of research ethics: a research manual for low- and middle-income countries. Afr J Emerg Med. [Internet]. 2020 [citado 27 de octubre de 2021];10(2):125-129. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837877/>
42. Kretser A, Murphy D, Bertuzzi S, Abraham T, Allison D, Boor K, et al. Scientific integrity principles and best practices: recommendations from a scientific integrity consortium. *Ética Sci Eng* . [Internet]. 2019 [citado 27 de octubre de 2021];25(2):327-355. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810892/>
43. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. *Int J Prev Med* [Internet] 2014 [citado 27 de octubre de 2021];5(9):1073–1082. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>
44. Asociación Médica Mundial. Ethical Principles for Human Medical Research. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2001 [citado 27 de octubre de 2021];8(3):221-3. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11587468/>
45. Hankin B, Abramson L, Moffitt T, Angell K, Silva P, McGee R. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* [Internet]. 1998 [citado 21 de febrero de 2021];107(1):128-140. Disponible en: <https://content.apa.org/record/1997-38797-012>
46. Sai M, Karthik S, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of*

- Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 11 de febrero de 2021];51(1):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7175897/pdf/main.pdf>
47. Kring A, Neale J. Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion?. *Journal of Abnormal Psychology* [Internet] 1996 [citado 20 de febrero de 2021];105(2):249-257. Disponible en: <https://content.apa.org/record/1996-00431-010>
  48. LeDoux J. Rethinking the emotional brain. *Neuron* [Internet]. 2012 [citado 20 de febrero de 2021];23(1):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625946/>
  49. Mobbs D, Hagan C, Dalgleish T, Silston B, Prévost C. The ecology of human fear: Survival optimization and the nervous system. *Frontiers in Neuroscience* [Internet]. 2015 [citado 20 de febrero de 2021];9(1):1-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4364301/pdf/fnins-09-00055.pdf>
  50. Kramer A, Guillory J, Hancock J. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *PNAS* [Internet]. 2014 [citado 20 de febrero de 2021];111(24):8788-8790. Disponible en: <https://www.pnas.org/content/111/24/8788>
  51. Amon J, Todrys K. Fear of Foreigners: HIV-related restrictions on entry, stay, and residence. *Journal of the International AIDS Society* [Internet] 2008 [citado 20 de febrero de 2021];11(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621119/pdf/1758-2652-11-8.pdf>

## **ANEXOS**

## Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: Miedo al COVID-19 en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos								
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 AL COVID-19	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa  Escala de medición: Ordinal	Es un estado emocional desagradable que se da en los individuos por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos o amenazantes (34).	Es un estado emocional desagradable que se da en la población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos, por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos o amenazantes, que se manifiestan en reacciones al miedo emocional y expresiones sintomáticas de miedo, el cual será medido con la escala FCV-19S.	-Reacciones al miedo emocional*	*Cantidad de reacciones que se presenta	(4) 1-2-4-5	*Nivel Bajo  *Nivel Medio  *Nivel alto	*Puntaje de 0-11  *Puntaje de 12-23  *Puntaje ≥ 24
				-Expresiones somáticas de miedo*	*Cantidad de expresiones somáticas que se presenta	(3) 3-6-7		

## **Anexo B. Instrumento de recolección de datos**

### **ESCALA DE MIEDO AL COVID**

#### **I. PRESENTACIÓN**

En la presente oportunidad, estamos desarrollando una investigación cuyo objetivo es “Determinar el miedo al COVID-19 que presentan los habitantes de esta Confraternidad”. Por ello Solicitamos que puedan llenar los siguientes datos.

#### **II. INSTRUCCIONES GENERALES**

A continuación, requerimos de sus datos personales para poder identificarlos en caso sea necesario o realizar alguna comparación con otros estudios.

##### **Datos generales:**

##### **Edad en años:**

**Sexo:** ( F ) ( M )

##### **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

En las siguientes alternativas marque usted qué tipo de familia tiene actualmente:

Nuclear\*

Monoparental\*

Extendida\*

Ampliada\*

\_\_Reconstituida\*

\_\_Equivalente familiar\*

\_\_Persona sola\*

Leer detenidamente y marcar la respuesta que usted haya sentido en 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

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

Gracias por su participación.

## Anexo C. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está siendo invitado a participar de la presente investigación. La información que usted debe saber antes de brindar sus datos la puede encontrar en los siguientes puntos.

**Título:** Miedo al COVID-19 en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.

**Nombre de los investigadores principales:**

Poma Chaucayanqui Luz Raquel.

Thomas Sáenz Edwin Henry.

**Propósito del estudio:** Determinar el miedo al COVID-19 en una población residente en una zona de Confraternidad en Los Olivos.

**Beneficios por participar:** Usted puede solicitar los resultados, y estos pueden ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ser participante no lo predispone a riesgo alguno.

**Costo por participar:** Ud. No deberá realizar ningún tipo de inversión económica en el presente estudio.

**Confidencialidad:** Los datos brindados serán estrictamente resguardados y confidenciales.

**Renuncia:** El participante puede decidir renunciar a ser parte del estudio en cualquier etapa de este.

**Consultas posteriores:** Si tiene alguna duda en el proceso del estudio puede solicitarlo o dirigirse a Poma Chaucayanqui Luz Raquel, coordinadora de equipo.

**Contacto con el Comité de Ética:** Ante alguna duda o consulta puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, correo electrónico: comite\_etica@uch.edu.pe.

**Participación voluntaria:** El ser parte del estudio es una decisión libre y autónoma de parte de usted.

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Declaro que haber sido informado y también haber leído las pautas anteriores siendo resultas mis dudas. Por lo que acepto finalmente participar voluntariamente del presente estudio de investigación.

Nombres y apellidos del participante o apoderado*	Firma o huella digital
Nº de DN*I:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp*	
Correo electrónico*	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Poma Chaucayanqui Luz Raquel	
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados*	Firma o huella digital
Nombre y apellido*:	
DNI*:	
Teléfono*:	

Lima, 14 de marzo de 2021

.....  
Firma del participante

## Anexo D. Validez de contenido de la Escala de miedo al Coronavirus

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Especialista 1	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Especialista 2	95%	85%	90%	85%	85%	86%
Especialista 3	85%	85%	90%	85%	85%	85%
Especialista 4	90%	90%	90%	85%	85%	90%
Especialista 5	85%	85%	85%	85%	90%	85%
Resultado final						89,3%

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

La validez de contenido fue de 89,3 %.

A  
ir