



**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 padres de familia que residen en el
Asentamiento Humano La Ensenada de Chillón de Puente
Piedra, Lima-2021

PRESENTADO POR

Cachay Camacho, Rita Asuncion
Chamorro Palma, Sandra Gelacia

ASESOR

Millones Gomez, Segundo German

Los Olivos, 2021

Agradecimiento

En primer lugar, gracias a Dios por siempre guiarnos en todo momento, por darnos esperanza para poder vencer los obstáculos.

En segundo lugar, a nuestras familias quienes nunca dejaron de confiar en nosotras y siempre nos alentaron a seguir adelante.

En tercer lugar, pero no menos importantes, damos gracias a nuestros respectivos novios quienes con sus ánimos y apoyo incondicional fueron esenciales en este camino arduo pero satisfactorio de esta hermosa carrera de enfermería.

Dedicatoria

A Dios, a nuestras familias y a nosotras mismas, ya que gracias a la unión de estos tres elementos logramos alcanzar nuestra ansiada meta de poder titularnos, motivarnos siempre a seguir estudiando y capacitándonos para seguir siendo excelentes profesionales de la salud.

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	17
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	17
2.2 POBLACIÓN.....	17
2.3 VARIABLE DE ESTUDIO	18
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	18
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	20
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	20
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos.....	20
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	21
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN.....	29
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA.....	29
4.2 CONCLUSIONES	32
4.3 RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS	41

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, 2021 (N=168)	24
Tabla 2. Miedo al COVID 19 en padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021 (N=168)	26
Tabla 3. Miedo al COVID 19 según su dimensión reacciones al miedo emocional en padres de familia que residen en asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021 (N=168)	27
Tabla 4. Miedo al COVID 19 según su dimensión expresiones somáticas en padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021 (N=168)	28

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	42
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	43
Anexo C. Consentimiento informado.....	45

Resumen

Objetivo: Determinar el miedo al COVID-19 en padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021.

Materiales y métodos: El estudio fue concebido desde la perspectiva del enfoque cuantitativo, su diseño metodológico fue el descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 168 padres de familia quienes residen en el lugar donde se realizó el estudio. La técnica empleada en el trabajo de campo fue la encuesta y el instrumento de medición Fear of COVID-19 Scale, que presenta siete enunciados y dos dimensiones.

Resultados: En cuanto al miedo al COVID-19 en los participantes, el 70,2% (n=118) tienen un nivel medio, seguido del 16,1% (n=27) que presenta nivel bajo y el 13,7% (n=23) nivel alto. Según la dimensión reacciones al miedo emocional, el 53,0% (n=89) tiene un nivel alto, seguido del 27,4% (n=46) que presenta nivel medio y el 19,6% (n=33) nivel bajo. Según la dimensión expresiones somáticas al miedo, el 45,8% (n=77) tiene un nivel medio, seguido del 41,7% (n=70) que presenta nivel bajo y el 12,5% (n=21) nivel alto.

Conclusiones: En cuanto al miedo al COVID-19 que presentan los padres de familia participantes, predominó el nivel medio. Según la dimensión reacciones al miedo emocional, predominó un nivel alto. Finalmente, según las expresiones somáticas al miedo predominó un nivel medio.

Palabras clave: Miedo, familia, Coronavirus (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the fear of COVID-19 in parents residing in the human settlement La Ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021.

Materials and methods: The current study was conceived from the perspective of the quantitative approach, with a descriptive cross-sectional methodological design. The population consisted of 168 parents residing in the place where the study was carried out. The technique used in the fieldwork was the survey and the measurement instrument was the Fear of COVID-19 Scale, which consists of seven statements and two dimensions.

Results: Regarding the fear of COVID-19 in the participants, 70.2% (n = 118) have a medium level, followed by 16.1% (n = 27) who present a low level and 13.7% (n = 23) with high level. About the dimension of emotional reactions to fear, 53.0% (n = 89) have a high level, followed by 27.4% (n = 46) with a medium level and 19.6% (n = 33) with a low level. According to the dimension of somatic expressions of fear, 45.8% (n = 77) have a medium level, followed by 41.7% (n = 70) with a low level and 12.5% (n = 21) with a high level.

Conclusions: Regarding the fear of COVID-19 presented by the participants, the medium level prevailed. According to the dimension of emotional reactions to fear, a high level prevailed. Finally, concerning the somatic expressions of fear, a medium level prevailed.

Keywords: Fear, family, Coronavirus (Source: MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

El planeta atraviesa una coyuntura de extrema crisis que pone en riesgo la actividad humana y la vida de las personas, la aparición de un nuevo coronavirus que en su presentación más grave provoca el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov-2) y deja cada vez más muerte y dolor; además, de un impacto nefasto en la vida social, económica y la salud emocional de la población (1).

Esta enfermedad emergente es generada por el virus COVID-19 y se extendió a paso acelerado por todo el planeta, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) la rotuló como pandemia a partir del 11 de marzo del 2020 (2). El virus en la actualidad aún genera infecciones y víctimas mortales en la población; además, deja secuelas negativas en lo social, lo económico y en la salud emocional de las personas quienes aún experimentan incertidumbre y angustia. Se reporta que a nivel global el total de infectados es de 238 438 389 y el número de fallecidos alcanza la cifra de 4 861 444. Los países más afectados con el número de infectados son Estados Unidos (44 481 045 casos) y la India (33 985 920 casos). En la región latinoamericana los países más afectados por la mortalidad generada por la pandemia son Brasil (601 213 casos) y México (282 227 casos) (3). En Perú se reporta al 12 de octubre de este año 2021, 2 184 673 de personas infectadas y 199 706 fallecidos, la capital del país es el lugar más afectado con casos de infección y fallecidos (881 200 infectados y 81 360 fallecidos) (4).

La expansión rápida de la enfermedad en todo el planeta y las medidas restrictivas para contrarrestar su avance han dejado secuelas relacionados a problemas de salud mental como estrés, ansiedad, cuadros de depresión, insomnio, negación, ira y miedo (5).

Los efectos psicológicos de la enfermedad se han multiplicado debido a la cuarentena forzada y aislamiento social también forzado en que vivimos, ello sumado a la incertidumbre de saber cuándo acabará esta emergencia sanitaria produce miedo, ansiedad, comportamientos obsesivos, depresión y trastorno de estrés postraumático a largo plazo. La desinformación, a través de las redes

sociales principalmente, contribuye muchas veces a exacerbar los sentimientos psicosociales que se vuelven dañinos si se presentan de forma persistente (6).

Un reporte desarrollado en Alemania señaló que el 44,8% de los participantes informó tener miedo de infectarse con COVID-19, el 67,7% temía las consecuencias del COVID-19 para su vida personal, el 48,1% informó tener miedo de las consecuencias para su salud personal si se infecta, el 78,3% informó tener miedo de las consecuencias para la salud de sus familiares, el 61,2% tenía miedo de las consecuencias sociales, mientras que el 47,3% informó tener miedo de las consecuencias económicas en su vida, el 17,1% de los participantes manifestó que su preocupación por el COVID-19 era exagerada y el 25,1% afirmó que su ansiedad conduciría a limitaciones en su vida diaria. Las mujeres mostraron tasas más altas de ansiedad en casi todos los elementos (7).

La pandemia actual está generando miedo a contraer la infección y es necesario comprender urgentemente el estado de salud emocional de las personas para poder contribuir a su mejora. Un estudio realizado en Arabia Saudita, donde participaron 1160 participantes, señala que el 23,6% informó un impacto psicológico moderado o severo del brote; el 28,3%, el 24% y el 22,3% informaron síntomas de depresión, ansiedad y estrés de moderados a graves, respectivamente. Finalmente, señalar que el rápido incremento de casos de COVID-19 en todas las regiones y el rápido cambio de la vida cotidiana de las personas han dejado a éstas alarmadas y asustadas, de no controlarse ello, aparecerán cuadros que generen más daño, tal como lo revela este informe (8).

Las autoridades sanitarias de todo el mundo expresan su preocupación con respecto a los efectos psicológicos generales de la pandemia de COVID-19. Un estudio realizado en Israel con 639 participantes señala que el sexo, los datos sociodemográficos, patología crónica, presencia de comorbilidades y tener un miembro del núcleo familiar fallecido por COVID-19, se relacionó con más miedo al COVID-19. Tener más miedo se asoció con ansiedad, estrés y depresión (9).

Un reporte realizado en Croacia en 3027 participantes (70,3% de mujeres), señaló que tanto los varones como las mujeres se sintieron con más frecuencia atemorizados ($P < 0,001$), desanimados ($P < 0,001$) y tristes ($P < 0,001$). Las

restricciones sociales, el miedo a las enfermedades, el aburrimiento, la falta de suministros y la información engañosa pueden haber tenido un efecto psicológico considerable en esta población (10).

Diversos informes confirman que el miedo ha sido una de las reacciones psicológicas más frecuentes en la población durante la actual pandemia. Ante ello, un estudio transversal realizado en Cuba con 772 participantes señala que, en promedio las participantes mujeres experimentaron un miedo significativamente mayor al COVID-19 que los varones. El género de los participantes predijo significativamente el nivel de miedo al COVID-19, ser mujer fue un predictor de niveles medios y altos de miedo al COVID-19. Las probabilidades de una mujer con niveles de miedo medio en comparación con un miedo bajo eran 3,13 veces más que para un varón, y las probabilidades de una mujer con niveles de miedo altos en comparación con un miedo bajo eran 3,45 veces más que para un varón. Se concluye que las mujeres son más vulnerables y es un aspecto a tener en cuenta cuando se realicen intervenciones en la población (11).

Un reporte realizado en nuestro país (449 participantes) en una población desfavorecida, parecida a la nuestra, reportó que la puntuación media de miedo al coronavirus fue de 24,04. Más del 50% de los participantes presentaron niveles altos de miedo al COVID-19 (12).

La evidencia recalca que esta pandemia deja nefastos efectos negativos en la vida de las personas. Los efectos psicológicos de la pandemia se prevé que puedan persistir durante varios meses o incluso años. Los reportes indican que la pandemia está vinculada a situaciones de angustia, miedo e insomnio (13).

La pandemia por COVID-19 genera una crisis en la salud emocional afectando a amplios segmentos de la población de muchos países. Es probable que se justifiquen las intervenciones tanto a nivel individual como social para abordar ello. La nueva enfermedad por coronavirus ha llegado con información ambigua, incompleta, cambiante o confusa, aun no se sabe hasta cuándo estará entre nosotros y como se comportarán sus diferentes variantes. El miedo debe

evaluarse para determinar su posible utilidad en la investigación y la práctica clínica (14)(15).

La cuarentena masiva (también conocida como "bloqueo") es la herramienta principal que utilizaron los gobiernos y autoridades sanitarias para gestionar un brote epidémico obligando a los ciudadanos que viven en las zonas afectadas a permanecer dentro de su casa, saliendo solo en unas pocas circunstancias seleccionadas por ejemplo, para exámenes médicos, para cuidar a una persona vulnerable, comprar productos esenciales como productos farmacéuticos, alimentos y bebidas o realizar trabajos esenciales. Las actividades no imprescindibles se suspenden o se realiza desde casa remotamente (16).

La evidencia mostrada revela que ante esta crisis sanitaria se adoptaron medidas extremas que buscaron contener la infección, estas tuvieron efectos positivos, pero también dejan secuelas negativas que afectan la salud emocional de las personas. Antes de la pandemia, la salud mental era ya un problema de salud pública que presenta determinantes y afectaba a una buena proporción de la población mundial. En nuestro país, en el año 2019, la salud mental fue incluida dentro de los 11 problemas sanitarios que afectan nuestro país, además de evidenciar la poca respuesta ante este problema de nuestro sistema de salud público precario y fragmentado. La promoción de la salud es fundamental en estos casos, pero poco se hace con las condiciones que se cuenta; el escaso recurso humano, inadecuada infraestructura y políticas públicas que no se implementan adecuadamente repercuten en el poco avance para frenar este problema de gran magnitud en nuestro país. La pandemia ahonda estos problemas que arrastramos durante décadas y ahora más que nunca se debe empezar a diseñar programas que permitan contrarrestar la carga de estas enfermedades en beneficio de la salud y bienestar de la población (17)(18).

Los padres de familia son los responsables de velar por la salud y economía del hogar, en ellos recae la carga de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de la familia como es alimentación, vivienda, vestido y salud. En esta situación de incertidumbre y angustia pueden verse afectados emocionalmente debido a la situación que nos da un panorama difícil. La situación precaria y apremiante de los participantes en lo económico, agudiza su carga emocional

que puede afectarlo significativamente si esta se presenta por tiempo prolongado.

El miedo es una respuesta adaptativa al entorno de uno y un mecanismo de defensa para aumentar las posibilidades de supervivencia; sin embargo, puede ser desadaptativo cuando no es proporcional a la amenaza real (19).

El conocimiento aún limitado del COVID-19 y la abrumadora carga de información pueden generar ansiedad y miedo en la población, la cual también puede experimentar aburrimiento, decepción e irritabilidad con estas medidas de aislamiento social (20).

Las buenas estrategias de comunicación son fundamentales en tiempos de crisis, como en la pandemia del coronavirus. La difusión de información inexacta y la necesidad de aislamiento social para el control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) han mostrado un impacto negativo en la población provocando daños a la salud mental, con la aparición o agravamiento de síntomas de estrés, miedo, ansiedad, y depresión (21). Se debe proporcionar un sistema de comunicación claro, con actualizaciones periódicas y precisas sobre la enfermedad, a los profesionales de la salud y a los pacientes con el fin de minimizar los sentimientos de incertidumbre y miedo, todo ello se da en un marco de la búsqueda de convivir dentro de este contexto de crisis sanitaria (22).

La escala para valorar miedo al COVID-19 más utilizada es la escala FCV-19S, que presentó características psicométricas aceptables (validez-confiabilidad) cuando fue utilizada en estudios hechos en otros países. Esta escala es bastante aceptada por el personal de salud e investigadores de diferentes latitudes, comprende en su estructura siete ítems y dos factores que permiten evaluar el miedo en las personas. Sus dimensiones son las reacciones al miedo emocional y las expresiones somáticas del miedo, estas describen una serie de sentimientos y reacciones que pueden presentar las personas cuando sienten estar en un clima amenazado (23).

Las reacciones ante el miedo emocional se refieren a que debemos ser equilibrados para saber sobrellevar situaciones de crisis o de amenaza a nuestra integridad. Algunas personas tienen reacciones que son apresuradas o abruptas,

que pueden muchas veces verse como algo exagerado; que, en vez de traer bienestar, puede afectar el aspecto psicosocial. Las reacciones desmedidas son un signo de no estar equilibrados emocionalmente. Las expresiones somáticas de miedo están basadas en la sensación desagradable, que es ocasionado por el ser humano al no pensar de manera racional ante los sucesos que ponen en riesgo o exposición su propia vida. Una persona puede manifestar respuestas en exceso que pueden ser somatizadas y a veces un síntoma expresado no se asocia a lo que el paciente presume (24).

Chacón y colaboradores (25), en el Salvador, en el 2020, elaboraron un estudio titulado “Prevalencia de ansiedad, depresión y miedo a la COVID-19 en una población de El Salvador”. El estudio fue exploratorio-transversal, la población estuvo constituida por 328 personas, el instrumento que utilizaron fue la escala FCV19S. Encontraron que el 41,5 % de los participantes presentan niveles elevados de miedo, el 40,5 % tiene incomodidad al hablar del tema, 42,7 % tiene miedo a perder la vida por este virus; por otro lado, encontraron que el sexo femenino entre 17 y 23 años posee más pensamientos sobre el COVID-19. Concluyeron, que existe un mayor miedo por parte de la población femenina, recomiendan realizar investigaciones clínicas a las personas que desarrollaron trastornos mentales a consecuencia de la pandemia.

Doshi D y colaboradores (26), en la India, en el 2020, ejecutaron un trabajo titulado: “Valoración del miedo al coronavirus en la población india”. El estudio fue transversal, la muestra estuvo constituida por 1499 personas, el instrumento que utilizaron fue el FCV-19S. La puntuación media global del cuestionario fue 18 y un número significativamente mayor de la población en esta investigación informó un miedo bajo que representa el 54,8%. Concluyeron, que en la población india predominó un nivel alto de miedo en las mujeres y en el personal de salud. Recomendamos que es relevante la planificación de intervenciones y actividades enfocadas a la variable principal para descender el miedo en estas personas.

Matta y colaboradores (27), en Lima-Perú, en el 2021, desarrollaron un trabajo sobre “Miedo al COVID-19 en jefes de hogar que residen en un asentamiento humano en Comas”. El estudio fue cuantitativo-descriptivo y transversal, la

población estuvo compuesta por 112 personas y dentro de ellas estuvieron incluidas personas mayores, para la recopilación de los datos aplicaron la escala FCV-19S. Encontraron que en los jefes de hogar predominó el nivel medio con 50,9%, seguido del bajo con 20,5% y alto con 28,6%; en relación a su dimensión reacciones al miedo, predominó el nivel medio con 53,6%, seguido del nivel alto con 25,9% y bajo con 20,5% y en relación a la dimensión expresiones somáticas, predominó el nivel medio con 47,3%, seguido del alto con 28,6% y del bajo con 24,1%. Concluyeron, que en los participantes predominó el nivel medio, alto y bajo. Es recomendable que las poblaciones se encuentren informadas en todo momento para que puedan tomar las medidas de bioseguridad correspondientes para de esta forma reducir los índices de miedo en esta población. La educación en salud también es fundamental para mitigar los miedos y angustia de los pobladores.

Chachi (28), en Lima-Perú, en el 2020, efectuó un trabajo titulado “Miedo al COVID en residentes de un asentamiento humano ubicado en Bocanegra - Callao”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal; la población estuvo compuesta por 39 personas y emplearon el instrumento FCV 19S. Los resultados fueron, en los participantes predominó el nivel medio de miedo con 61,6%; en cuanto a la dimensión reacciones al miedo emocional, predominó el nivel alto con 61,6% y en las expresiones somáticas de miedo, predominó el nivel medio con 62,9%. Concluyó, que en la población se encontró un mayor predominio en el nivel medio de miedo, seguido del alto y bajo; es recomendable que los centros de salud les brinden apoyo psicológico para reducir los índices de miedo en esta población.

Sánchez y colaborador (29), en Lima-Perú, desarrollaron un trabajo sobre “Miedo al COVID-19 en residentes de una zona en San Juan de Lurigancho, 2020”. El estudio fue cuantitativo-descriptivo, la muestra fue conformada por 401 personas, el instrumento que utilizaron fue FCV19S. Los hallazgos fueron que en el 76,8% de los participantes predominó un efecto grande de miedo; en relación con la dimensión reacciones al miedo emocional, predominó un efecto grande con 51,1% y en la dimensión expresiones de miedo, predominó un efecto grande con 55,1%. Concluyeron, que en personas residentes de la zona vulnerable predominó un efecto grande, un efecto medio grande, un efecto medio

y un efecto pequeño. Se recomienda que los profesionales de la salud responsables de dicha jurisdicción tomen cartas en el asunto con relación a las estadísticas mostradas en el actual estudio.

Sotomayor C y colaboradores (12), en Lima-Perú, en el 2021, desarrollaron un trabajo sobre: "Miedo al COVID-19 entre los peruanos que viven en comunidades desfavorecidas". El estudio fue transversal, la muestra fue compuesta por 449 personas, el instrumento que usaron fue la escala FCV-19S. Los hallazgos fueron que el 59,24% de los participantes presentaron un alto nivel de miedo, los cuales están relacionados al sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, si un familiar del hogar estaba infectado con COVID-19 y si uno de ellos falleció por COVID-19 mostraron diferencias significativas ($p < 0,001$). Concluyeron, que las participantes mujeres mostraron un mayor nivel miedo al COVID-19 tras los eventos desfavorables en ellas.

La pandemia, aún vigente, continúa dejando a su paso infectados, fallecidos y dolor en las familias. Los esfuerzos colectivos se centran en la actualidad en optimizar las vacunas y el proceso de inmunización masiva pero no se debe descuidar la amenaza que representa los efectos psicosociales negativos que deja en las personas. Por ello, se deben evaluar estos aspectos en la población para así poder identificar de forma oportuna problemas en su etapa inicial y no dejar que ello llegue a evolucionar a cuadros más severos que atenten contra la salud. Por eso, resaltar la importancia del desarrollo de este estudio que busca generar conocimiento real y actualizado sobre la situación de miedo que se presenta en la población participante, con ello podemos establecer un diagnóstico y acciones de mejora en favor de ellos.

En una revisión bibliográfica desarrollada en el inicio del presente estudio en los diferentes espacios digitales como repositorios y bases de datos (nacionales e internacionales) se pudo verificar que aún existen pocos estudios sobre el tema de miedo; verificando en la bibliografía nacional no se encontró estudio antecedente realizado en la zona donde se hizo la recolección de datos, ello justifica plenamente el realizar este estudio que busca ser un aporte a través de sus resultados que se desprendan de él, estos resultados a su vez permitirán establecer un mejor trabajo en el cuidado de la salud emocional de la población.

En relación con el valor en lo práctico, este estudio aporta conocimiento que permite al establecimiento de salud de la jurisdicción reflexionar sobre la práctica de cuidado orientada a la población, que es realizada por ellos.

En cuanto a la relevancia social, este como todos los estudios, aporta con hallazgos que deben traducirse en mejoras orientadas a la población de la zona, específicamente a los padres de familia participantes en los cuales recae la responsabilidad de velar por la seguridad y satisfacción de necesidades básicas de su núcleo familiar.

Finalmente, en cuanto al valor científico-metodológico, el estudio ya concluido fue realizado teniendo como norte el método científico, se aplicó el orden y rigor metodológico necesario que permitió obtener resultados válidos y significativos que representen una contribución importante en favor de la salud pública de la población.

Ante lo señalado, el objetivo del estudio fue determinar el miedo al COVID-19 en padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue realizado considerando como marco metodológico al enfoque cuantitativo. Esta forma de abordar el problema se debe a que en la recolección de información poblacional se empleó un instrumento de medición cuantitativo y el análisis de esta información fue realizada mediante procedimientos estadísticos. El diseño metodológico asumido fue el descriptivo-transversal, a través de el se muestra el problema su forma natural y la medición de la variable principal se hizo en un solo momento del tiempo que duró el estudio (30).

2.2 POBLACIÓN

En el estudio se consideró trabajar con la población total, para identificarla se tuvo la colaboración de promotores de salud y dirigentes de la zona. Se recibió información de la cantidad de lotes existentes y familias, así se pudo proyectar la cantidad de padres de familia participantes que fueron finalmente 168. Para precisar su elección, se aplicó criterios de selección que fueron elaborados en la etapa de planificación del estudio. Estos criterios fueron:

Criterios de inclusión:

- Participantes padres de familia con mayoría de edad (18 años a más).
- Participantes padres de familia que residan en la zona donde se realizó el trabajo de campo (residan al menos 6 meses).
- Participantes padres de familia que mostraron su interés y decisión de querer ser parte del estudio.
- Participantes padres de familia que dieron su consentimiento informado luego de recibir importante información sobre lo que implica ser participante de este.

Criterios de exclusión:

- Participantes padres de familia que no residen en la zona.
- Participantes padres de familia que no desearon ser parte de la investigación o no querían dar su consentimiento informado.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio ya concluido gira en torno a su variable principal "Miedo al COVID-19", está por la forma como se expresan sus valores finales (categorías o cualidades) es cualitativa, su escala de medición es la ordinal, ya que presenta el atributo orden.

Definición conceptual de variable principal:

Es un sentimiento emocional que se presenta en las personas por la percepción de una situación de peligro o riesgo inminente que amenaza su seguridad y vida (31).

Definición operacional de variable principal:

Es un sentimiento emocional que se presenta en los padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra en Lima, por la percepción de una situación de peligro o riesgo inminente que amenaza su seguridad y vida, esta se manifiesta a través de reacciones al miedo emocional y expresiones somáticas de miedo, ello será valorado con la escala FCV-19S.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En el presente estudio, por el enfoque y diseño metodológico con el cual se realizó, se empleó la técnica de la encuesta. Esta utiliza instrumentos de medición estandarizados que facilita obtener información de forma ordenada y sistemática acerca de las preferencias, pensamientos y comportamientos de un grupo muestral o población. Esta técnica es la de elección por lo general en estudios cuantitativos, además señalar que permite abordar a grupos poblacionales grandes, siendo un vehículo que permite obtener una importante

variedad de datos en un lapso no muy extendido. En términos de costos, amplitud de población objetivo y flexibilidad para su aplicación, es la técnica de elección para la mayoría de estudios realizados en el área de salud (32).

Instrumento de recolección de datos:

La pandemia del COVID-19 ha traído preocupación y miedo generalizado en la población, este miedo se asocia a situaciones como encontrar escenarios con elevada probabilidad de contagio de este virus, que puede tener consecuencias mortales. A raíz de este problema identificado, los investigadores mostraron interés en medir este problema que afecta la salud emocional de la población a nivel global. En base a lo manifestado en líneas anteriores en el 2020, Ahorsu Daniel y su equipo (23) de colaboradores diseñaron la escala de miedo al COVID-19 o The Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S), la cual es un instrumento que evalúa el nivel de miedo de las personas al COVID-19, esta escala fue traducida a diversos idiomas del mundo por su elevado coeficiente de validez y confiabilidad; asimismo, se destaca su sencillez para su aplicación y cuantificación final. Su difusión y aceptación es amplia, en las diferentes regiones donde se pudo aplicar. El FCV-19S se compone por siete reactivos/ítems y se divide en dos dimensiones, las cuales son reacciones al miedo emocional y expresiones somáticas de miedo. Cada ítem o reactivo presenta cinco alternativas de respuesta tipo escala Likert que va desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, en total la valoración de la escala es de 35 puntos, donde a mayor puntaje más miedo y a menor puntaje obtenido menos miedo. Los valores finales se clasifican en tres niveles.

De 0 - 12 puntos corresponde a un nivel bajo

De 13 - 23 puntos corresponde a un nivel medio

De 24 - 35 puntos corresponde a un nivel alto

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

El instrumento de medición de este estudio ya fue validado para nuestra realidad por Jeff Huarcaya (33), quien en su estudio señaló que la variable general del miedo al COVID-19 y sus dos factores/dimensiones específicas tuvieron un nivel

de consistencia interna adecuado ($\omega > 0.89$ y $\alpha > 0.83$). El estudio encontró que la versión traducida al español del FCV-19S presenta buenas propiedades psicométricas y evidencia de validez y confiabilidad que permiten su adecuación a nuestra realidad. Por otro lado, Chachi (28) durante el 2020, desarrolló una investigación sobre el miedo al COVID-19 que presentaban las personas que residen en un asentamiento humano utilizando la escala de Miedo al COVID-19 y realizó su validez de contenido mediante jueces evaluadores obteniendo un 88,4% de aceptabilidad, la validez estadística se obtuvo a través de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (0,896) y de Barlett ($p=0,000$); finalmente, también realizó la prueba de confiabilidad y el valor obtenido fue 0,853. Estos valores reafirman la validez y fiabilidad de la escala.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

La etapa de recolección de datos en todo estudio debe de ser planificada con mucha anticipación. En esta investigación se hicieron un conjunto de coordinaciones a nivel administrativo que permitieron finalmente tener el acceso al lugar donde se realizó el trabajo de campo y a la población participante (padres de familia). En esta etapa las coordinaciones se hicieron a nivel de la universidad (facilitó carta de visita), los dirigentes de la comunidad (dieron la autorización para ingresar a la zona) y los promotores de salud (facilitaron información muy específica de la zona, la cual facilitó para poder identificar a los participantes que cumplan con las características de selección de esta investigación).

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La actividad de recolección de datos fue realizada en el mes de setiembre de este año (principalmente en la primera quincena), ahí se pudo abordar a cada uno de los participantes en sus respectivos domicilios. La escala FCV-19S fue elaborada en formato digital (formulario Google), la cual a través de un teléfono celular pudo visualizarse y ser completada. La situación de pandemia hizo que esta actividad se realice de manera cuidadosa, aplicando todos los protocolos sanitarios necesarios que permitieron cuidar la salud del encuestador y cada uno de los participantes informantes. Cada uno de los informantes tomó un tiempo aproximado de 10 minutos para completar el llenado de la ficha de datos; a

quienes presentaron alguna dificultad para ingresar los datos se les prestó asistencia personalizada para que puedan finalizar adecuadamente la encuesta. Finalizada esta actividad se procedió a verificar en la hoja de cálculo generada a partir del formulario Google, el correcto y adecuado ingreso de los datos.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Finalizada la actividad de recolección de información que facilitó la obtención de datos, estos fueron exportados de la hoja de cálculo en Excel, al programa estadístico IBM SPSS Statistics Base en su versión 25, ahí se pudo llevar a cabo el análisis de datos respectivo. Al ser una investigación cuantitativa y descriptiva a su vez, se emplearon principalmente procedimientos de la estadística descriptiva, dentro de los cuales se utilizaron las distribuciones de frecuencias que fueron mostradas en tablas, las medidas de tendencia central, el uso de la función cálculo de variable (que facilitó calcular los valores finales de la variable principal y sus respectivas dimensiones), entre otras pruebas más que complementaron el análisis (34). Los resultados obtenidos fueron ordenados y presentados de forma didáctica en tablas de frecuencias que muestran los hallazgos más relevantes. Cada una de las tablas, fueron editadas y descritas adecuadamente, ello sirvió para poder elaborar la sección discusión de estos resultados y finalmente las conclusiones relevantes.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio recientemente culminado, está enmarcado dentro de las líneas de investigación de estudios del campo de las ciencias de la salud; además, señalar que tiene como participantes informantes a seres humanos. Ante ello hay que señalar que para su diseño y desarrollo se consideró además del marco metodológico, un marco bioético que garantizó aspectos fundamentales como la integridad, los valores del trabajo cooperativo, la transparencia en el actuar y el respeto a la voluntad de cada uno de los participantes. Los documentos pilares que orientan y dan recomendaciones sobre el actuar bioético en las investigaciones de salud son la Declaración de Helsinki (promulgada en 1964 en Finlandia) y el Informe Belmont (promulgada en 1978 en EE. UU.). En el primer documento se enfatiza la aplicación del consentimiento informado libre de sesgos y coacción alguna. En el segundo

documento se hace énfasis en la aplicación de principios de la bioética como autonomía, beneficencia y justicia. Un año después se suma a estos el de no maleficencia (35)(36). A continuación, se detalla cómo fueron aplicados:

Principio de autonomía

Resalta el respeto a las decisiones libres y la autodeterminación, el participante puede optar por ser parte o no de una investigación, de acuerdo a las reglas y condiciones que esta exige de él. Este principio es el pilar en el cual se sostiene la aplicación del consentimiento informado que cede autónomamente el participante (37).

Cada participante fue claramente informado sobre los alcances y pormenores de la investigación; posterior a ello, se les invitó a ser parte de esta y dar su consentimiento informado.

Principio de beneficencia

El profesional de la salud o responsable de un estudio tiene el deber de buscar el máximo beneficio para el participante o paciente. Su actuar y acciones deben estar orientadas generar condiciones positivas que eviten o reduzcan el daño o dolor que pueda atender en contra su salud y bienestar (38).

A cada participante le fue comunicado de las mejoras y beneficios que trae todo estudio, cuyos beneficios inmediatos serán canalizados directamente a ellos.

Principio de no maleficencia

En el actuar y acciones realizadas, por todos los medios se debe evitar generar de forma intencionada daños o lesiones a las personas. Evitar descuidos o actos negligentes en la práctica de la atención en salud. Ser responsable y competente evita situaciones de riesgo (37).

A cada participante se le informó detalladamente que su participación en el estudio solo se limita a brindar datos e información en base al cuestionario que se le facilitó y ésta será confidencial.

Principio de justicia

Se da a cada participante lo que le corresponde. Todo recurso y beneficio que se presente, es distribuido con criterio y de forma equitativa (39).

El trato y oportunidades brindando a cada persona participante fue equitativo, no se reportó trato preferencial ni actitudes de discriminación hacia alguien.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, 2021 (N=168)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	168	100,0
Edad	Min:18/Media:36,63/ Max:65	
Sexo		
Femenino	98	58,3
Masculino	70	41,7
Estado civil		
Casado(a)	43	25,6
Conviviente	114	67,9
Divorciado(a)	11	6,5
Grado de instrucción		
Primaria completa	10	6,0
Primaria incompleta	11	6,5
Secundaria completa	97	57,7
Secundaria incompleta	2	1,2
Superior completa	39	23,2
Superior incompleta	9	5,4
Condición de ocupación		
Tiene trabajo estable	63	37,5
Tiene trabajo eventual	81	48,2
Sin Ocupación	23	13,7
Jubilado (a)	1	0,6
Familiares infectados		
Si	96	57,1
No	72	42,9
Familiares fallecidos		
Si	9	5,4
No	159	94,6
Tipo de familia		
Nuclear	80	47,6
Monoparental	40	23,8
Extendida	38	22,6
Ampliada	9	20,1
Equivalente familiar	1	0,6

Elaboración propia

En la tabla 1; en cuanto a la edad de los participantes, la edad mínima fue 18 y la máxima fue 65 y la media 36,63. En cuanto al sexo, 98 pobladores que representan el 58,3% son mujeres y 70 pobladores que representan el 41,7% son varones. Según el estado civil, 114 pobladores representan el 67,9% son convivientes, 43 pobladores representan el 25,6% son casados (as) y 11

pobladores representan el 6,5% son divorciados (as). Según el grado de instrucción, 97 pobladores representan el 57,7% tienen secundaria completa, 39 pobladores representan el 23,2% tienen educación superior completa, 11 pobladores representan el 6,0% tienen primaria incompleta, 10 pobladores representan el 23,2% tienen primaria completa, 9 pobladores representan el 5,4% tienen educación superior incompleta y 2 pobladores representan el 1,2% tienen secundaria incompleta. En cuanto a la ocupación, 81 pobladores representan el 48,2% tienen trabajo eventual, 63 pobladores representan el 37,5% tienen trabajo estable, 23 pobladores representan el 13,7% no tienen ocupación y 1 poblador representa el 0,6% está jubilado (a). En cuanto a familiares infectados, 96 pobladores representan el 57,1% si tienen familiares contagiados y 72 pobladores representan el 42,9% no tienen familiares contagiados. En cuanto a familiares fallecidos, 159 pobladores representan el 94,6% no tienen familiares fallecidos y 9 pobladores representan el 5,4% si tienen familiares fallecidos y en cuanto al tipo de familia, 80 pobladores representan el 47,6% tienen una familia nuclear, 40 pobladores representan el 23,8% tienen una familia monoparental, 38 pobladores representan el 22,6% tienen una familia extendida, 9 pobladores representan el 20,1% tienen una familia ampliada y 1 poblador representa el 0,6% tiene un equivalente familiar.

Tabla 2. Miedo al COVID 19 en padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021 (N=168)

Miedo	n	%
Bajo	27	16,1
Medio	118	70,2
Alto	23	13,7
Total	168	100,0

Elaboración propia

En la tabla 2; se observa que 118 pobladores representan el 70,2% y tienen un nivel medio, seguido de 27 pobladores quienes representan el 16,1% y tienen un nivel bajo y 23 pobladores representan el 13,7% con un nivel alto de miedo al COVID-19.

Tabla 3. Miedo al COVID 19 según su dimensión reacciones al miedo emocional en padres de familia que residen en asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021 (N=168)

reacciones al miedo emocional	n	%
Bajo	33	19,6
Medio	46	27,4
Alto	89	53,0
Total	168	100,0

Elaboración propia

En la tabla 3, se observa que 89 pobladores quienes representan el 53,0% tienen un nivel alto, seguido de 46 pobladores quienes representan el 27,4% tienen un nivel medio y 33 pobladores representan el 19,6% con un nivel bajo.

Tabla 4. Miedo al COVID 19 según su dimensión expresiones somáticas en padres de familia que residen en el asentamiento humano La enseñada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021 (N=168)

Dimensión expresiones somáticas	n	%
Bajo	70	41,7
Medio	77	45,8
Alto	21	12,5
Total	168	100,0

Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que 77 pobladores quienes representan el 45,8% tienen un nivel medio, seguido de 70 pobladores quienes representan el 41,7% tienen un nivel bajo y 21 pobladores representan el 12,5% con un nivel alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La pandemia continúa afectando a la humanidad, todos los esfuerzos actuales para poder contrarrestarla están centrados en encontrar y perfeccionar las vacunas y el proceso de vacunación, pero ello ha hecho que se dejen de lado otros aspectos como abordar su impacto negativo en la salud mental de la población. Las secuelas psicosociales que deja esta crisis sanitaria deben ser atendidas oportunamente, la incertidumbre, angustia y miedo al COVID-19 pueden condicionar que se presenten cuadros más severos que afecten la salud mental y bienestar de las personas. Por ello, es importante evaluar el miedo de forma oportuna y de ahí que el presente estudio valoró el miedo al COVID-19 en pobladores del asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra.

En cuanto al nivel de miedo, 118 (66,2%) pobladores tienen un nivel medio, 27 (16,1%) tiene un nivel bajo y 23 (13,7%) un nivel alto. A pesar de la incertidumbre y adversidad en que viven estos pobladores al parecer un factor protector, que podría ser la unión de los núcleos familiares y el desarrollo de actividades colectivas que se dan en dicha comunidad, amortigua el efecto psicosocial ya que el miedo alto representa menos del 15%. El miedo es una respuesta normal a situaciones potencialmente mortales como las pandemias, que promueve comportamientos de afrontamiento ante posibles amenazas (31). Un estudio similar al nuestro fue el de Chachi (28), quien señaló que los participantes presentaron un nivel medio de miedo con 61,6%. Otro estudio fue realizado por Doshi y colaboradores (26), encontraron que el 58,6% presentaba un nivel bajo y un 41,4% un nivel alto, en un 51,7% eran mujeres; recomiendan que es relevante la planificación de intervenciones y actividades enfocadas a la variable principal para descender el miedo en estas personas. Finalmente, Chacón y colaboradores (25), señalaron que el 41,5 % de los participantes presentan niveles elevados de miedo, el 40,5 % tiene incomodidad al hablar del tema, 42,7 % tiene miedo a perder la vida por este virus; también, encontraron que el sexo femenino entre 17 y 23 años poseen más pensamientos sobre el COVID-19. Además, el miedo generado en exceso puede poner en peligro la función física y producir reacciones conductuales negativas que tendrán efectos adversos en

la salud mental, la calidad de vida y la estabilidad social de las personas (40). En el estudio de Sotomayor C y colaboradores (41), se señaló que el 59,24% de los participantes presentaron un alto nivel de miedo, el cual está relacionados al sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, si un familiar del hogar estaba infectado con COVID-19 y si uno de ellos falleció por ello, mostrando diferencias significativas ($p < 0,001$); concluyeron, que el sexo femenino se asoció a mayor miedo. Otro estudio también reveló que en el sexo femenino se encuentra más miedo. Las personas de bajo nivel socioeconómico, individuos con una enfermedad crónica y entre aquellos que han perdido a un familiar debido al COVID-19 también presentan más miedo (42).

En cuanto al nivel de reacciones al miedo emocional, 89 (53,0%) tienen un nivel alto, 46 (27,4%) tienen un nivel medio y 33 (19,6%) tienen un nivel bajo. Al presentarse un estímulo nuevo como es el brote por coronavirus, es natural la presencia de reacciones ante este miedo de carácter emocional. La pandemia de COVID-19 se ha asociado con un alto nivel de incertidumbre que afecta la salud mental de las personas (43). Un estudio similar al nuestro fue el de Chachi (28), señala que en la dimensión reacciones al miedo emocional encontró que predominó el nivel alto con 61,6%; recomendando que los centros de salud les brinden apoyo psicológico para reducir los índices de miedo en esta población. Lo mismo señalaron Sánchez y colaboradores (29), en relación a la dimensión reacciones al miedo emocional predominó un efecto grande con 51,1%. La pandemia COVID-19 combina un virus altamente contagioso, un elevado número de muertos y graves limitaciones sociales, todo lo cual afecta negativamente a la salud humana en todas sus dimensiones. Una de las consecuencias de esta influencia es el desarrollo del miedo a la autoinfección e infección relacionada con el COVID-19 en los seres queridos (familiares, amigos, parientes).

En cuanto al nivel de expresiones somáticas al miedo, 77 (45,8%) participantes tienen un nivel medio, 70 (41,7%) tienen un nivel bajo y 21 (12,5%) tienen un nivel alto. Ante situaciones de angustia y temor, las reacciones somáticas se presentan y generan muchas veces síntomas emocionales que no se corresponden con algún tipo de afección orgánica. Muchos autores también han señalado el papel de los miedos relacionados con el COVID-19 de infectarse a sí mismo o a los demás y el desarrollo de cambios somáticos graves, incluso con

la muerte, debido a la infección. Según Ahorsu y colaboradores (42), señalan que el miedo suele estar fuertemente asociado con enfermedades infecciosas; la COVID-19 no es una excepción, ya que la transmisión del virus es rápida, incontrolable y está asociada con una alta mortalidad (44). Un estudio con resultados similares a los nuestros fue realizado por Matta y colaboradores (27), señalaron que en relación a la dimensión expresiones somáticas predominó el nivel medio con 47,3%, seguido del alto con 28,6% y del bajo con 24,1%. A diferencia de nuestros hallazgos Sánchez y colaboradores (29), señalaron en relación a la dimensión expresiones de miedo que predominó un efecto grande con 55,1%. Concluyeron, que en personas residentes de una zona vulnerable es recomendable que los profesionales de la salud responsables de dicha jurisdicción tomen cartas en el asunto en relación con las estadísticas mostradas en el actual estudio.

Adaptarnos a esta nueva normalidad, hábitos de vida, contrarrestar al temor de contraer la enfermedad y a la preocupación natural que se tiene por los seres queridos y las personas más vulnerables de nuestro entorno, es difícil y complejo, una verdadera red de soporte familiar y social inmediata puede contribuir a afrontar mejor estas situaciones extremas de crisis. Los problemas psicosociales deben de atenderse de forma oportuna; por ello, el personal sanitario responsable debe velar por la salud integral de dicha población, dentro de ello está el cuidado de su salud emocional. Un aspecto crucial es informar y educar adecuadamente a la población, las estrategias deben permitir además acercar el establecimiento de salud más a la población y ahí es fundamental el trabajo de campo que implique visitas domiciliarias (fortalecer trabajo extramural).

El personal enfermero debe aplicar su ciencia del cuidado para brindar una atención integral a la población en este contexto de pandemia. Para contrarrestar los efectos emocionales se deben implementar acciones de cuidado y autocuidado que beneficien y den más bienestar a esta población.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto al nivel de miedo, predominó un nivel medio.
- En cuanto al nivel de reacciones al miedo emocional, predominó un nivel alto.
- En cuanto al nivel de expresiones somáticas al miedo, predominó un nivel medio.

4.3 RECOMENDACIONES

- La población atraviesa por una situación de incertidumbre muy difícil, ello hace que afloren síntomas de miedo y angustia a las que se les debe prestar la atención debida. El establecimiento de salud de la zona debe reorientar su atención, la cual debe ser integral, ello implica informar y educar a la población de forma sencilla y clara. Se debe aprovechar cuando las personas acuden al establecimiento de salud, a los mercados, a los comedores populares y otros espacios más; además, aprovechar e innovar mensajes por las redes sociales. De identificarse casos psicosociales agudos, estos deben reportarse y ser derivados al establecimiento de salud para su atención.
- En estudios a realizarse más adelante se debe explorar este problema del miedo al coronavirus desde la mirada de otros enfoques de investigación como el cualitativo y mixto, estando seguros de que ello permitirá complementar aún más la comprensión y dinámica de este problema que afecta a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones D. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 [citado 12 de octubre de 2021];382(18): 1679-1681. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2004361?articleTools=true>
2. 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>
3. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center [sede Web]. Baltimore-USA: JHU; 2021 [actualizado en octubre de 2021; citado 1 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. 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
5. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence [Internet]. 2020 [citado 23 de agosto de 2021];395(10227):912-920. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158942/pdf/main.pdf>
6. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee R, Dubey M, Chatterjee S. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* [Internet]. 2020 [citado 26 de setiembre de 2021];14(5):779-788. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255207/pdf/main.pdf>

7. Petzold M, Bendau A, Plag J, Pyrkosch L, Mascarell Maricic L, Betzler F, et al. Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behavior* [Internet]. 2020 [citado 12 de octubre de 2021];10(9):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361063/pdf/BRB3-10-e01745.pdf>
8. Alkhamees A, Alrashed S, Alzunaydi A, Almohimeed A, Aljohani M. The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 1 de agosto de 2021];102(1):2-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7354380/>
9. Tzur D, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020 [citado 4 de octubre de 2021];289:(2020):1-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120313184>
10. Đogaš Z, Kalcina L, Dodig I, Demirović S, Madirazza K, Valić M, et al. The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: A cross-sectional study. *Croatian Medical Journal* [Internet] 2020 [citado 5 de octubre de 2021];61(4):309-318. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7480750/pdf/CroatMedJ_61_0309.pdf
11. Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, Fernández-Castillo E, Rodríguez-Martin B. Gender and Fear of COVID-19 in a Cuban Population Sample. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020 [citado 11 de octubre de 2020];(1):1-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292241/pdf/11469_2020_Article_343.pdf
12. 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 2 de julio de 2021]; 17(1):19-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8097400/>
13. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM* [Internet] 2020 [citado 18 de febrero de 2021];113(10):707-712. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7313777/pdf/hcaa202.pdf>
 14. Rajkumar R. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2021];52(2020):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151415/pdf/main.pdf>
 15. Perz C, Lang B, Harrington R. Validation of the Fear of COVID-19 Scale in a US College Sample. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020 [citado 28 de diciembre de 2020];2020:1-11. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315905/pdf/11469_2020_Article_356.pdf
 16. Lippi G, Henry B, Bovo C, Sanchis-Gomar F. Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis* (Berlin, Germany) [Internet]. 2020 [citado 5 de octubre de 2021];7(2):85-90. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/dx-2020-0041/html>
 17. 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

18. Organización Mundial de la Salud. Salud mental [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en agosto de 2021; citado en agosto de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
19. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. 2002 [citado 5 de octubre de 2021];4(3): 231-249. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181681/>
20. Shigemura J, Ursano R, Morganstein J, Kurosawa M, Benedek D. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Psychiatry and Clinical Neurosciences [Internet]. 2020 [citado 14 de febrero de 2021];74(4):281-282. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7168047/pdf/PCN-74-281.pdf>
21. 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/>
22. 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 2021];7(3):228-229. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128153/>
23. Ahorsu D, Lin C, Imani V, Saffari M, Griffiths M, Pakpour A. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. Int J Ment Health Addict. [Internet]. 2020 [citado 13 de octubre de 2021];27:1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32226353/>
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. Chacón E, Lobos M, Cervigni M, Gallegos M, Martino P, Caycho T, et al. Prevalencia de ansiedad, depresión y miedo a la COVID-19 en la población general salvadoreña. *Revista Centro Americana en línea [Internet]*. 2020 [citado en setiembre de 2021];(70):76-86. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/entorno/article/view/10373#:~:text=Los resultados revelan prevalencias altas,el 20 y el 40 %25>.
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]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00332-x#citeas>
27. Matta L, Bañez Y, Campos E. Miedo al COVID-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Ciencias y Humanidades; 2020 [citado 27 de setiembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/601/Matta_L_S_Bañez_YD_Campos_E_tesis_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Chachi B. Miedo al Covid en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao - 2020 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2020 [citado 27 de setiembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/591/Chachi_BY_tesis_enfermeria_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Sánchez B, Torres K. Miedo al COVID-19 en personas que residen en una zona vulnerable de Huascar en San Juan de Lurigancho, 2020 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2020 [citado 27 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/390>

30. Ñaupas H, Valdivia M, Panacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis. 5ª ed. Bogotá-Colombia: Ediciones de la U; 2018. 560 p.
31. Pakpour A, Griffiths M. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders* [Internet]. 2020 [citado 2 de octubre 2021];1(2020):1-6. Disponible en: http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561/1/1313636_Griffiths.pdf
32. Phillips AW, Durning SJ, Artino AR. Survey methods for medical and health professions education. Philadelphia-USA: Elsevier; 2021. 136 p.
33. 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>
34. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
35. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; citado el 8 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
36. 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>
37. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3ª ed. New York - United States of America: Oxford University Press; 2016.

38. 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 27 de setiembre de 2021]. p. 1–10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
39. Chadwick R, Schüklenk U. This Is Bioethics: An introduction. New Jersey-USA: Wiley-Blackwell; 2020. 320 p.
40. Wu J, Aidong L, Leping Z, Yingxi Z, Yueping J. Study of clinical outcome and prognosis in pediatric core binding factor-acute myeloid leukemia. Study of clinical outcome and prognosis in pediatric core binding factor-acute myeloid leukemia. Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi [Internet]. 2019 [citado 27 de setiembre de 2021];40(1):52-57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704229/>
41. Sotomayor C, Matta H, Pérez R, Matta E, Matta L. Fear of COVID-19 among Peruvian People Living in Disadvantaged Communities: A Cross-Sectional Study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. [Internet]. 2021 [citado 27 de setiembre de 2021];17:19-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8097400/>
42. Caycho-Rodríguez T, Vilca W, Cervigni M, Gallegos M, Martino P, Portillo N, et al. Fear of COVID-19 scale: Validity, reliability and factorial invariance in Argentina's general population. Death Studies [Internet]. 2020 [citado 12 de octubre de 2021]:1-10. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2020.1836071?scroll=top&needAccess=true>
43. Oniszczenko W. Anxious temperament and cyberchondria as mediated by fear of COVID-19 infection: A cross-sectional study. PLoS ONE [Internet] 2021 [citado 12 de octubre de 2021];16(8):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352033/>

44. Sigorski D, Sobczuk P, Osmola M, Kuć K, Walerzak A, Wilk M, et al. Impact of COVID-19 on anxiety levels among patients with cancer actively treated with systemic therapy. *ESMO Open* [revista en Internet] 2020 [acceso 12 de octubre de 2021]; 5(5): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7590347/pdf/esmoopen-2020-000970.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

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	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Miedo al COVID-19	Cualitativa y Ordinal	Es un sentimiento emocional que se presenta en las personas por la percepción de una situación de peligro o riesgo inminente que amenaza su seguridad y vida (31).	Es un sentimiento emocional que se presenta en los padres de familia que residen en el asentamiento humano La enseñada de Chillón de Puente Piedra en Lima, por la percepción de una situación de peligro o riesgo inminente que amenaza su seguridad y vida, esta se manifiesta a través de reacciones al miedo emocional y expresiones somáticas de miedo, ello será valorado con la escala FCV-19S.	Reacciones al miedo emocional	*Número de reacciones	4-ITEMS (1-2-4-5)	*Bajos	*0-12 puntos
				Expresiones somáticas de miedo	*Número de expresiones somáticas	3-ITEMS (3-6-7)	*Medios	*13-23 puntos
							*Altos	*24 a más puntos

Anexo B. Instrumento 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 padres de familia que residen en el asentamiento humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021.

Nombre de los investigadores principales:

Cachay Camacho Rita Asunción

Chamorro Palma Sandra Gelacia

Propósito del estudio: Determinar el miedo al COVID-19 en padres de familia que residen en el Asentamiento Humano La ensenada de Chillón de Puente Piedra, Lima - 2021.

Beneficios por participar: Usted podrá acceder a los resultados, debe solicitarlo al investigador responsable.

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

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

Confidencialidad: La información que brinde será anónima y se resguardará la confidencialidad de la misma.

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, coordinadora de equipo Cachay Camacho Rita Asunción (telf: 970417548).

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

Declaro haber comprendido el contenido de este documento por tanto manifiesto mi voluntad de 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
Cachay Camacho Rita Asuncion	
Nº de DNI	
74711904	
Nº teléfono	
970417548	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, agosto de 2021

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

.....
Firma del participante