



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Miedo al Covid en personas que residen en el Asentamiento
Humano Bocanegra, Callao - 2020

PRESENTADO POR

Chachi Mayorca, Brigitte Yomira

ASESOR

Millones Gomez, Segundo German

Los Olivos, 2020

Agradecimiento

Primero dar gracias a mi familia por su confianza en lo largo de la carrera, por ser mi apoyo incondicional, por creer y confiar en mí. A mi hija y mi esposo que me motivaron a poder terminar la tesis.

Segundo quisiera agradecer a la universidad ciencias y humanidades por haber permitido estudiar mis 5 años de carrera, que mediante sus docentes formarnos holísticamente y transmitirnos todos los conocimientos e impulsarnos a seguir investigando para ser buenos profesionales, a la escuela de enfermería por estar siempre pendientes de nuestro progreso en las aulas como en las prácticas profesionales.

Tercero agradezco al asesor de la tesis por transmitirme sus conocimientos, por buscar perfeccionar el trabajo de investigación y estar pendiente de los avances.

Para finalizar agradezco a todos mis compañeros de clases, profesores de prácticas, y todos los que de alguna manera u otra fueron partícipes de este trabajo de investigación.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado principalmente a mi hija, que es mi motor para salir adelante, a mi familia por su apoyo incondicional y a todos los que de una manera u otra fueron partícipes de este trabajo

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	15
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
2.2 POBLACIÓN	15
2.3 VARIABLE DE ESTUDIO	16
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	16
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN 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 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	18
III. RESULTADOS	20
IV. DISCUSIÓN	25
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA.....	25
4.1 CONCLUSIONES	27
4.2 RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	35

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020 (N=151)	20
Tabla 2. Miedo al COVID, en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.....	22
Tabla 3. Miedo al COVID en su dimensión reacciones al miedo emocional en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020	23
Tabla 4. Miedo al COVID en su dimensión expresiones somáticas de miedo en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.....	24

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables.....	36
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	37
Anexo C. Consentimiento informado.....	39
Anexo D. Validez de contenido de la Escala de Miedo al COVID-19.....	41
Anexo E. Validez del instrumento de recolección de datos Escala de Miedo al COVID-19.....	42
Anexo F. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos Escala de Miedo al COVID-19.....	43
Anexo G. Acta de Comité de Ética.....	44

Resumen

Objetivo: Determinar el miedo al COVID en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.

Materiales y métodos: El estudio fue realizado desde la perspectiva del enfoque cuantitativo. Su diseño de investigación fue descriptivo y transversal. La técnica utilizada para recolectar los datos fue la encuesta y el instrumento de medición fue la Escala de Miedo al COVID-19, que presenta 7 enunciados y 2 dimensiones.

Resultados: En cuanto al miedo al COVID-19, encontramos que 93 participantes que representan el 61,6% tienen nivel medio, 39 participantes que representan el 25,8% tienen nivel alto y 19 participantes que representan el 12,6% tienen nivel bajo. Según la dimensión reacciones al miedo, 93 participantes que representan el 61,6% tienen nivel alto, 45 que representan el 29,8% nivel medio y 13 que representan el 8,6% nivel bajo y finalmente según la dimensión expresiones somáticas de miedo, se observó que 95 participantes representan el 62,9% tienen nivel medio, 44 que representan el 29,1% nivel bajo y 12 que representan el 7,9% nivel alto.

Conclusiones: En el miedo al COVID, predominó el nivel medio seguido de nivel alto y nivel bajo. Según la dimensión reacciones al miedo, predominó el nivel alto seguido de nivel medio y nivel bajo. Según expresiones somáticas de miedo, predominó el nivel medio seguido del nivel bajo y nivel alto.

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

Abstract

Objective: To determine the fear of COVID in people residing at Bocanegra Human Settlement, Callao-2020.

Materials and methods: This study was conducted on the perspective of the quantitative approach with a descriptive and cross-sectional research design. The data collection technique was the survey and the measurement instrument was the COVID-19 Fear Scale, which consists of 7 statements and 2 dimensions.

Results: Regarding the fear of COVID-19, we found that 93 participants representing 61.6% have a medium level, 39 participants representing 25.8% have a high level and 19 participants representing 12.6% have a low level. With regard to the dimension of fear reactions, 93 participants representing 61.6% have a high level, 45 participants representing 29.8% have a medium level, and 13 participants representing 8.6% have low level. Finally, as to the dimension of somatic expressions of fear, it was observed that 95 participants representing 62.9% have medium level, 44 participants representing 29.1% have a low level and 12 participants representing 7.9% have high level.

Conclusions: With regard to the fear of COVID, the medium level prevailed, followed by the high and low level. As to the dimension of fear reactions, the high level prevailed, followed by the medium and low level. According to somatic expressions of fear, the medium level prevailed, followed by the low and high level.

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

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el planeta está plagado por una pandemia de naturaleza sin precedentes causada por una enfermedad infecciosa nueva, emergente y aún poco conocida, la enfermedad del coronavirus 2019 o COVID-19(1).

El brote de COVID-19 en China durante diciembre de 2019 ha sido identificado como una pandemia y por ella se declara una emergencia sanitaria de importancia global. A nivel mundial, hasta la última semana de noviembre 2020 se han registrado 7007 fallecimientos y 502 826 casos confirmados por coronavirus. Los últimos datos señalan que los países que presentan más personas fallecidas son Estados Unidos (822 fallecidos), Italia (541) e India (443 casos)(2). El coronavirus es altamente transmisible y a menudo letal, habiendo alcanzado una escala pandémica en todo el mundo durante el año 2020 (3).

La COVID-19 ha cambiado toda la perspectiva de la vida social en todo el mundo afectando a varios sectores e industrias; así también, salud, educación, finanzas y manufactura. Se espera que el impacto psicosocial adverso entre la población vaya en aumento de forma significativa debido a la pandemia y a la corriente de información que fácilmente fluye por diversos medios como las redes sociales (4). Es evidente que esta enfermedad ha afectado de forma rápida y profunda muchas actividades de la vida social, altera la forma en que las personas laboran, viven, hacen compras, hacen vida social y planifican su futuro. Aunque el impacto psicosocial de esta nueva forma de vivir ha sido bien documentado por diferentes medios, los requerimientos de atención de la salud mental de quienes son más vulnerables a esta situación han sido bastante desatendidos(5).

Un estudio realizado en el Oriente Medio, hizo una comparación de los resultados psicosociales durante los procesos de confinamiento con los resultados tiempos después y encontró que durante la restricción social el 7% (126 de 1656) evidenció síntomas de ansiedad y el 17% (275) evidenció sentimientos de ira, mientras que entre 4 y 6 meses después del confinamiento esta sintomatología había tenido una reducción de 3% en cuanto a la ansiedad y al 6% en la ira(6). Otros estudios recientes han informado que un mayor miedo

al COVID-19 se asoció con mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés; así como, una menor satisfacción con la vida y resiliencia (7)(8).

En la actualidad la mayor parte de la población en el mundo está restringida principalmente a sus hogares, debido a los cierres nacionales y las estrategias de confinamiento domiciliario implementadas en la mayoría de los países que vienen siendo afectados por la pandemia para prevenir una mayor transmisión de esta enfermedad (9).

En cuanto a los principales factores durante el confinamiento, se evidencia un mayor tiempo en la cuarentena, miedo de infectarse, frustración, no sabiendo que hacer encerrado en casa, suministros no adecuados, información distorsionada, pérdida en lo económico y estigma(10).El confinamiento obligatorio masivo impuesto por los diferentes gobiernos pueden hacer que las personas presenten signos de histeria, ansiedad y angustia masiva, esto debido a situaciones que generan sensaciones de estar encerrado y no tener el control de la situación. Esto puede complicarse si las familias requieren separarse debido a la incertidumbre de la progresión de la infección, el déficit de productos esenciales, las pérdidas económicas, una mayor percepción de riesgo, que por lo general se exagera por información imprecisa y comunicaciones inapropiadas a través de los medios de información durante las fases iniciales de la pandemia (11)(12).

Los estudios indican que en una pandemia o situación de emergencia extrema, el miedo se incrementa y a su vez esto incrementa la ansiedad y estrés en las personas sanas, en aquellas personas con trastornos psiquiátricos preexistentes, estos signos psicosociales suelen intensificarse de forma peligrosa(13).

Además del tema del miedo e incertidumbre, la información del COVID-19 y los comportamientos preventivos de la infección por COVID-19 también son motivo de gran preocupación. El miedo puede cegar el pensamiento lógico de un individuo y facilitar sus comportamientos irrazonables y desadaptativos que pueden afectar su salud y bienestar en general(14)(15).

El miedo es una emoción adaptativa que sirve para movilizar energía para hacer frente a una amenaza potencial. Sin embargo, cuando el miedo no está bien calibrado para la amenaza real, puede ser una mala adaptación(16). El miedo está directamente asociado con su tasa y media de transmisión (rápida e invisible); así como, con su morbilidad y mortalidad. Con los altos niveles de miedo, es posible que las personas no piensen clara y racionalmente cuando reaccionan al COVID-19(17).

En cuanto al miedo, se puede presentar de diferentes formas, como el miedo a infectarse, el miedo a estar en contacto con objetos posiblemente contaminados, el miedo a los extranjeros que puedan portar el virus o el miedo a las consecuencias socioeconómicas de la pandemia (18).El miedo al COVID-19 provoca retrasos en el acceso a la atención sanitaria o incluso el suicidio. Para mitigar y contener la propagación del COVID-19 y sus consecuencias desfavorables para la salud mentales esencial detectar problemas psicológicos adversos (por ejemplo, miedo) e implementar intervenciones apropiadas en una etapa temprana de su aparición, para así resguardar la salud y bienestar de la población(5).

Hasta la fecha solo se ha desarrollado un instrumento específico para evaluar los niveles de miedo hacia COVID-19; es decir, la Escala de Miedo a COVID-19 (FCV-19S).La FCV-19S fue desarrollado por Ahorsu y colaboradores (19), quienes realizaron pruebas utilizando análisis factorial exploratorio y demostraron que la escala tenía muy buenas propiedades psicométricas; su fácil uso y comprensión hacen que se siga difundiendo su uso en muchas regiones del planeta, siendo muy bien recibido por la comunidad científica.

El enfoque de este estudio es preventivo y de promoción de la salud mental, una de las teorías de enfermería que respalda ello es la de Nola Pender, quien desarrollo su Modelo de Promoción de la Salud en el año 1982, siendo profesora en la Universidad de Michigan. Plantea medidas relacionadas a la salud preventiva y describe el rol fundamental del profesional enfermero para aplicarlos en su proceso de cuidado. El profesional enfermero con las herramientas que les proporciona la promoción de la salud y prevención deben buscar anticipar la

enfermedad o daño orgánico. El enfermero debe abogar por un estilo de vida saludable y fomentar el autocuidado en las personas (20).

Magano y colaboradores(21), en Portugal, durante el 2021, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar la ansiedad y el miedo en una población portuguesa”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, transversal, y trabajaron con una muestra de 1122 participantes, aplicaron la escala de ansiedad por coronavirus (CAS) y la escala de miedo por coronavirus (FCV-19S). Los hallazgos encontrados fueron que existe relación entre el miedo, ansiedad y la percepción del impacto de COVID-19, detallando que el género femenino es más vulnerable. Concluyeron que las versiones de CAS y FCV-19S son herramientas psicológicas fiables para evaluar la ansiedad y el miedo en relación con COVID-19 para la población general.

Sathe y colaboradores (22), en la India, durante el año 2020, desarrollaron un estudio transversal sobre la angustia psicológica y el miedo al COVID-19 en la población general de la India durante el encierro. Participaron 530 personas, de zonas de confinamiento. Utilizaron la escala del Miedo al COVID, cuya puntuación media fue $15,73 \pm 5,22$; aproximadamente la mitad de los encuestados (50,4%, $n = 267$) informaron un miedo leve y el 46,6% ($n = 247$) informaron un grado moderado de miedo al COVID-19, solo alrededor del 3% (16) de los encuestados informaron un grado severo de miedo. Se encontraron niveles significativamente más altos de miedo en las mujeres, las que tenían un nivel socioeconómico medio bajo y bajo, los residentes de la zona roja de encierro y aquellos con un estado de salud físico y emocional percibido deficiente ($P < 0,05$).

Rodríguez-Hidalgo y colaboradores (23), en Ecuador, durante el 2020, desarrollaron un estudio cuyo objetivo era “determinar el miedo al COVID-19, estrés y ansiedad en jóvenes universitarios”. El estudio fue descriptivo y transversal a la vez, contaron con la participación de 640 personas, uno de los instrumentos aplicados fue la escala de miedo al coronavirus (FCV-19S) y también se evaluó la ansiedad. Los resultados del estudio dieron a conocer que el miedo en los participantes es alto, se observó que el sexo femenino tuvo más

predominio; asimismo, indicaron que el miedo tiene un efecto indirecto sobre la ansiedad.

Mejía y colaboradores (24), en Perú durante el 2020, realizaron un estudio sobre “Percepción de exageración o miedo propagado por los medios de comunicación entre pobladores peruanos durante la pandemia por COVID-19”, donde participaron 4009 personas en 17 ciudades del país. Utilizaron un instrumento de 12 ítems para valorar la percepción exagerada del miedo propagado por los medios de comunicación. Todos los que participaron en el estudio percibieron las redes sociales (64%) y la televisión (57%) como información exagerada; además, la televisión (43%) y las redes sociales (41%) incrementaron la percepción del miedo. Cuanto mayor es la edad, más miedo se percibe, lo cual es comprensible e incluso esperado, ya que la población de mayor edad tiene un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones por la enfermedad. Por otro lado, los estudios muestran que las personas con un título académico superior tenían menor percepción de exageración y miedo.

Doshi y colaboradores (25), durante el 2020, en la India, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue “evaluación del miedo al coronavirus en población india”, participaron 1499 individuos. Fue un estudio de tipo descriptivo transversal y aplicaron la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S). La población de estudio comprendió el 45,6% (683) hombres y el 54,4% (816) mujeres, con aproximadamente el 68% perteneciente al grupo de edad de 20 a 40 años. La puntuación media global del cuestionario fue 18,00. Predominó el miedo bajo con 54,8%. Concluyeron que las mujeres, el estado de casados, el nivel educativo más bajo y ser un trabajador de la salud mostró probabilidades significativamente más altas de un alto nivel de miedo en comparación con sus respectivas contrapartes en esta población de estudio

Rahman y colaboradores (26), durante el 2020, en Australia, desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar los factores que se asocian con el impacto psicológico durante la pandemia de COVID-19”, participaron 587 personas, de las cuales la mayoría tenían entre 50 y 59 años, el estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicaron la escala de miedo al coronavirus. Sus resultados indicaron que el estudio mostró un nivel significativamente más alto

de angustia y miedo psicológico entre los participantes que tenían comorbilidades preexistentes, como problemas psiquiátricos o de salud mental.

La salud mental del poblador general se ha visto gravemente afectada por la crisis del COVID-19 que viene afectando la salud pública global. Los individuos tienen temores y están angustiadas debido a los impactos inmediatos del confinamiento obligatorio y las estrictas restricciones de actividades sociales. Es importante evaluar el efecto psicológico de la pandemia en la población general; dentro de ello, el miedo, ya que ello permite generar evidencia sobre la magnitud del problema. Los hallazgos de una evaluación pueden especificar los grupos más vulnerables y así se contribuye a ayudar a planificar acciones de salud mental en beneficio de las personas.

En una revisión bibliográfica inicial en las diferentes plataformas virtuales donde se almacena información científica se pudo constatar que existen escasos estudios sobre el impacto psicológico y miedo al COVID durante la pandemia en la población general; más aún, en la zona donde se realizará el trabajo de campo, no hay estudios antecedentes realizados sobre dicho tema. Esta situación justificó el desarrollo del estudio que buscó generar evidencia científica actualizada sobre un aspecto que afecta la salud psicosocial de la población.

En cuanto al valor práctico del estudio, los hallazgos obtenidos del mismo serán facilitados a las autoridades competentes que velen por la salud pública de dicha zona; con el objetivo que, a partir de ello, se puedan implementar acciones que mejoren la salud mental de los pobladores.

En cuanto a la relevancia social, el grupo poblacional beneficiado será exclusivamente la población participante del estudio.

Finalmente, el valor científico-metodológico está referido a que la investigación fue ejecutada teniendo presente los parámetros del método científico; asimismo, se respaldó los resultados y conclusiones mediante el uso de fuentes bibliográficas importantes y pertinentes. En todo momento se buscó que los resultados sean rigurosos y válidos para así convertirse en evidencia científica significativa.

El objetivo del estudio realizado fue determinar el miedo al COVID en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación desarrollada fue realizada desde los postulados del enfoque de estudio cuantitativo, esto debido al tipo de instrumento de medición utilizado y al uso de métodos estadísticos para el análisis de los datos recolectados. En cuanto al diseño, es un estudio descriptivo-transversal; descriptivo porque analiza la variable en su medio natural sin realizar intervención alguna y transversal ya que la variable fue medida una sola vez durante el proceso investigativo(27).

2.2 POBLACIÓN

En la presente investigación se trabajó con la población total identificada. En un principio se pudo obtener una información realizada por dos promotores de salud durante la primera mitad del año 2020, los cuales realizaron un censo en la zona donde se realizó el trabajo de campo, gracias a ello se tuvo identificado los lotes y familias, con ello se pudo contar con 151 personas adultas, mayores de edad (18 años a más) y que habitan en el Asentamiento Humano Bocanegra. Asimismo, para la selección de participantes se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años de edad
- Personas que habitan más de 6 meses en dicha zona
- Personas que aceptaron participar voluntariamente
- Personas que dieron su consentimiento informado previa recepción de información sobre el estudio

Criterios de exclusión

- Personas que sean menores de edad
- Personas que habitan menos de 6 meses en dicha zona

- Aquellos que no acepten participar por voluntad propia ni firmen el consentimiento informado

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El presente estudio presenta el miedo al COVID como variable principal, según su naturaleza (forma de expresar sus valores finales) es una variable cualitativa y su escala de medición es la ordinal (por la presencia de su atributo de orden).

Definición conceptual:

El miedo al COVID es un estado emocional inquietante que se desencadena en los individuos por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos (17).

Definición operacional:

Es un estado emocional inquietante que se desencadena las personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao, por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos, expresados en reacciones al miedo emocional y expresiones sintomáticas de miedo al COVID, el cual será medido con la escala de miedo al COVID.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

Para realizar el presente estudio se empleó la técnica de la encuesta, la cual se realiza mediante una serie de pasos estandarizados con el cual se busca recolectar gran cantidad de datos en un tiempo bastante corto. Esta técnica es de amplio uso en investigaciones cuantitativas del campo de salud(28).

Instrumentos de recolección de datos:

En respuesta a esta necesidad de valorar el estado psicosocial que viene siendo afectada por la pandemia y las medidas restrictivas sociales implementadas para evitar más contagios en la población, hace unos meses (durante el 2020) se desarrolló la Escala Miedo al COVID-19 (FCV-19S) desarrollada por Ahorsu y colaboradores (19) con el objetivo de evaluar el miedo al COVID.

Esta escala de 7 ítems y 2 dimensiones evalúa el miedo a COVID-19 con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos de 1 (= muy en desacuerdo) a 5 (= totalmente de acuerdo). La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones de cada ítem y varía de un mínimo de 7 a un máximo de 35 puntos. Una puntuación más alta indica un mayor miedo al COVID-19 (19).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

En el presente estudio se analizó la validez del instrumento de recolección de datos de dos maneras, primero mediante la validez de contenido en la que participaron 5 jueces expertos, cuya valoración promedio fue de 88,4% (ver anexo D) y segundo, a través de una prueba piloto realizada en el mes de octubre del año pasado, en donde se aplicó la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer y Olkin que reportó un valor de 0,896 ($KMO > 0,5$) y el test de esfericidad de Bartlett cuyo resultado fue significativo ($p < 0,001$), ambos valores evidencian una adecuada validez. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,853 ($\alpha > 0,6$).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para iniciar el trabajo de campo se tuvo que realizar una serie de gestiones a nivel administrativo que permitan tener el acceso a la comunidad elegida para la recolección de datos, se recabó por parte de la universidad un documento de presentación formal y con ello se acudió al Asentamiento Humano, donde gracias al apoyo de promotoras de salud se pudo acceder al mismo sin ninguna dificultad, al mismo tiempo que se recibió información importante que permitió organizar y planificar el proceso de recolección de datos.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

El instrumento fue aplicado en los dos últimos meses del año 2020, para ello se hizo una programación teniendo en cuenta la cantidad de lotes identificados. El instrumento fue digitalizado en el formulario google y a través del Smartphone los participantes pudieron ingresar los datos sin dificultad alguna. Al concluir el trabajo de campo se hizo la verificación del ingreso adecuado de datos y la codificación de cada una de las fichas utilizadas.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Culminado el proceso de recolección de datos, estos fueron exportados a través del formulario google al programa de Microsoft Excel, posteriormente estos fueron pasados al programa de estadístico IBM SPSS Statistics Base v23.0 donde se procedió a el análisis de los datos. Teniendo en cuenta que fue un estudio cuantitativo y de diseño descriptivo, se utilizó para el análisis de datos procedimientos de la estadística principalmente descriptiva, allí de forma específica se emplearon las tablas de frecuencias (absolutas-relativas), las medidas de tendencia central, entre otras pruebas para el análisis de la información general, además del análisis de las variables y dimensiones involucradas las cuales fueron analizadas mediante operaciones realizadas con los valores numéricos de las respuestas de cada ítem(29). Con ello se obtuvieron tablas y figuras, que luego permitieron redactar la sección resultados y discusión de la investigación para su posterior descripción y discusión.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En todo estudio de investigación del campo de las ciencias de la salud donde se tenga como participantes seres humanos, debe garantizarse la salud e integridad de los mismos. Esto se recalca en cada estudio clínico, a partir de las denuncias que surgieron en la década del 70 en los Estados Unidos, donde se hicieron una serie de denuncias sobre atropellos llevados a cabo contra los seres humanos participantes (población afroamericana) del estudio de Sífilis de Tuskegee, ubicado en Alabama. Por ello la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento sacó a la luz en el año 1978 el Reporte Belmont, donde se señalan los principios bioéticos y lineamientos sobre los procedimientos y conductas éticas a seguir en el desarrollo de investigaciones donde se involucre seres humanos(30)(31)(32). En el presente estudio se aplicaron los 4 principios de la bioética para trabajos de investigación:

Principio de autonomía

Está referido al respeto a las personas participantes en el estudio, cada uno debe actuar por voluntad propia sin coacciones de ninguna índole. El “consentimiento informado” es parte de este importante principio(33).

Cada participante decidió de forma autónoma ser o no parte del estudio, a cada uno de ellos se les hizo llegar la información pertinente sobre los alcances y objetivos de la investigación, con ello pudieron dar su consentimiento informado correspondiente.

Principio de beneficencia

Se refiere a que siempre se debe buscar el máximo beneficio, el bienestar ante todo. El actuar de todo profesional de la salud se basa en este principio, ya que este busca siempre la salud y bienestar del paciente (32).

A cada poblador participante se le explicó los beneficios que trae un estudio y que estos pueden ser directos e indirectos.

Principio de no maleficencia

Está referido a buscar por todos los medios minimizar los efectos dañinos en las personas, se debe de evitar hacer daño. Se debe prevenir el daño físico y psicosocial(32).

A cada poblador participante se le indicó que ser parte de esta investigación no implicaba daño o riesgo que pueda afectar su salud. Se les explicó que los datos recolectados serán resguardados y son estrictamente confidenciales.

Principio de justicia

Expresa operativamente la no discriminación en la distribución de algún tipo de beneficio que se presente(34).

A cada uno de los pobladores participantes se les trató con cordialidad y no hubo manifestación alguna de actos discriminatorios de ninguna índole con ellos.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020 (N=151)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	151	100,0
Edad	Mín. - Máx.	Media
	19 - 78	36,70
Sexo		
Femenino	91	60,3
Masculino	60	39,7
Estado civil		
Soltero(a)	64	42,4
Casado(a)	25	16,6
Conviviente	49	32,5
Divorciado(a)	8	5,3
Viudo(a)	5	3,3
Nivel de instrucción		
Primaria	14	9,3
Secundaria	54	35,8
Técnico	38	25,2
Universitario	45	29,8
Condición de Ocupación		
Estable	99	65,6
Eventual	27	17,9
Sin ocupación	23	15,2
Jubilado	2	1,3
Contagio por COVID-19		
Sí	60	39,7
No	91	60,3
Contagio de un familiar por COVID-19		
Sí	86	57,0
No	65	43,0
Muerte de un familiar por COVID-19		
Sí	17	11,3
No	134	88,7

En la tabla 1, observamos los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, que estuvo conformado por 151 personas residentes. En cuanto a la edad del participante, la edad mínima fue 19 años y la máxima 78 años, siendo la media 36,70 años. En relación al sexo, el 60,3% (n=91) son femenino y el 39,7% (n=60) masculino. En cuanto al estado civil, el 42,4% (n=64) son solteros(as), 32,5% (n=49) son convivientes, 16,6% (n=25) casados(as), 5,3% (n=8) divorciados(as) y el 3,3% (n=5) viudos(as). En relación al nivel de instrucción, el 35,8% (n=54) son secundaria, 29,8% (n=45) universitario, 25,2% (n=38) técnico y el 9,3% (n=14) primaria. En cuanto a la condición de ocupación,

el 65,6% (n=99) son estables, 17,9% (n=27) eventuales, 15,2% (n=23) sin ocupaciones y 1,3% (n=2) jubilados. En cuanto al contagio por COVID-19, el 60,3% (n=91) respondieron no y el 39,7% (n=60) respondieron sí. En relación al contagio de un familiar por COVID-19, el 57% (n=86) contestaron sí y el 43% (n=65) contestaron no. De acuerdo a la muerte de un familiar por COVID-19, el 88,7% (n=134) dieron como respuesta no y el 11,3% (n=17) dieron como respuesta sí.

Tabla 2. Miedo al COVID, en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020

Miedo al COVID	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nivel bajo	9	9,9	10	16,7	19	12,6
Nivel medio	59	64,8	34	56,7	93	61,6
Nivel alto	23	25,3	16	26,7	39	25,8
Total	91	100,0	60	100,0	151	100,0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la totalidad de participantes, predominó el nivel medio con 61,6% (n=93), seguido de nivel alto con 25,8% (n=39) y nivel bajo con 12,6% (n=19). En cuanto al sexo femenino, predominó el nivel medio con 64,8% (n=59), seguido de nivel alto con 25,3% (n=23) y nivel bajo con 9,9% (n=9). Según el sexo masculino, predominó el nivel medio con 56,7% (n=34), seguido de nivel alto con 26,7% (n=16) y nivel bajo con 16,7% (n=10).

Tabla 3. Miedo al COVID en su dimensión reacciones al miedo emocional en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020

Reacciones al miedo emocional	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nivel bajo	7	7,7	6	10,0	13	8,6
Nivel medio	28	30,8	17	28,3	45	29,8
Nivel alto	56	61,5	37	61,7	93	61,6
Total	91	100,0	60	100,0	151	100,0

En la tabla 3, se observa que en cuanto al total de participantes predominó el nivel alto con 61,6% (n=93), seguido de nivel medio con 29,8% (n=45) y nivel bajo con 8,6% (n=13). En cuanto al sexo femenino, predominó el nivel alto con 61,5% (n=56), seguido de nivel medio con 30,8% (n=28) y nivel bajo con 7,7% (n=7), según el sexo masculino, predominó el nivel alto con 61,7% (n=37), seguido de nivel medio con 28,3% (n=17) y nivel bajo con 10,0% (n=6).

Tabla 4. Miedo al COVID en su dimensión expresiones somáticas de miedo en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.

Expresiones somáticas de miedo	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nivel bajo	29	31,9	15	25,0	44	29,1
Nivel medio	57	62,6	38	63,3	95	62,9
Nivel alto	5	5,5	7	11,7	12	7,9
Total	91	100,0	60	100,0	151	100,0

En la tabla 4, se puede observar el miedo al COVID en su dimensión expresiones somáticas de miedo, donde predominó el nivel medio con 62,9% (n=95), seguido de nivel bajo con 29,1% (n=44) y nivel alto con 7,9% (n=12). En cuanto al sexo femenino, predominó el nivel medio con 62,6% (n=57), seguido de nivel bajo con 31,9% (n=29) y nivel alto con 5,5% (n=5). Según el sexo masculino, predominó el nivel medio con 63,3% (n=38), seguido de nivel bajo con 25,0% (n=15) y nivel alto con 11,7% (n=7).

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La pandemia que azota al planeta viene dejando una serie de secuelas en todos los ámbitos de la actividad humana, en este estudio se aborda principalmente el impacto negativo en la salud mental de la población. En estos tiempos de emergencia sanitaria y de restricciones extremas de la dinámica social, el miedo, angustia e incertidumbre vienen agobiando a la población que se ve afectada por los contagios, muertes y el receso económico brutal que lo limita.

En cuanto al miedo al COVID-19 en los participantes, predominó el nivel medio con 61,6% (n=93), seguido de nivel alto con 25,8% (n=39) y nivel bajo con 12,6% (n=19). Según el sexo de los participantes, en el sexo femenino predominó el nivel medio con 64,8% (n=59), seguido de nivel alto con 25,3% (n=23) y nivel bajo con 9,9% (n=9). Según el sexo masculino, predominó el nivel medio con 56,7% (n=34), seguido de nivel alto con 26,7% (n=16) y nivel bajo con 16,7% (n=10). Esta población reside en una zona vulnerable desde el punto de vista de infraestructura y situación socioeconómica; además que, muchas de las familias tienen entre sus integrantes a muchos infectados o fallecidos. Todo ello acumulado impacta negativamente sobre cada uno de los participantes, generando un escenario de miedo y temor a lo que pueda pasar con ellos y sus familias. Esto coincide con los hallazgos de Sathe y colaboradores (22), quienes también usaron la escala del Miedo al COVID, donde se reporta niveles significativamente más altos de miedo en las mujeres y que este afecta a personas de niveles socioeconómicos principalmente medio bajo y bajo.

Por otro lado, en nuestro estudio se cumple que las mujeres tienden a mostrar más miedo, eso podría estar relacionado a una mayor reactividad en las redes neuronales relacionadas con el miedo (35). Coincidimos también que el nivel de instrucción de los pobladores puede influir en los miedos, tal como lo señala Doshi y colaboradores (25), quien enfatiza que a menor nivel de educación, hay más riesgo de miedo. También coincidimos con Rahman y colaboradores (26), quienes señalan que cuando una persona tiene una dolencia previa (comorbilidad), presenta más miedo. En el estudio de Magano y

colaboradores(21), se indicó que el género femenino es más vulnerable y que existe relación entre el miedo y la ansiedad. Otro estudio similar al nuestro fue el de Rodríguez-Hidalgo y colaboradores (23), donde indican que el sexo femenino presenta más prevalencia al miedo. Lo mismo sucede en el estudio de Sathe y colaboradores (22), donde el miedo fue más prevalente en mujeres.

En cuanto al miedo al COVID-19, en su dimensión reacciones al miedo emocional, predominó el nivel alto con 61,6% (n=93), seguido de nivel medio con 29,8% (n=45) y nivel bajo con 8,6% (n=13). Esta dimensión está relacionada con una respuesta de efecto negativo ante sucesos o acontecimientos estresantes, que pone en manifiesto la conducta en su entorno. La pandemia y las restricciones sociales para detener su avance generan secuelas que se expresan en miedo, angustia e incertidumbre; ello afecta el aspecto psicosocial de la persona (17)(36). En cuanto a dicha dimensión según el sexo femenino, predominó el nivel alto con 61,5% (n=56), seguido de nivel medio con 30,8% (n=28) y nivel bajo con 7,7% (n=7). El estudio de Rodríguez-Hidalgo y colaboradores (23), indicaron que el miedo tiene un efecto indirecto sobre la ansiedad; asimismo, mencionaron que el miedo predominó en nivel alto y ello se puede deber al contexto de incertidumbre en que se vive.

En cuanto al miedo al Covid-19 en su dimensión expresiones somáticas de miedo, predominó el nivel medio con 62,9% (n=95), seguido de nivel bajo con 29,1% (n=44) y nivel alto con 7,9% (n=12). Este factor está relacionado con sensaciones desagradables que se generan como resultado negativo ante cualquier situación de las vivencias diarias, lo cual ocasiona que no piensen racionalmente ante la pandemia (37). Cuanto mayor es la cantidad de información recibida sobre COVID-19, mayor es el miedo a la enfermedad. Esto sugiere que un mayor tiempo de exposición a noticias sobre el aumento de casos diagnosticados y muertes durante la pandemia lleva a la población a incrementar su miedo, así como otros síntomas como ansiedad y depresión. Muchas veces el actuar puede ser precipitado, tomando decisiones inadecuadas que pueden dañar la salud(38). Coincidimos además con lo señalado por Mejía y colaboradores (24), quienes enfatizan que recibir noticias negativas sobre la pandemia por cualquier medio de comunicación o canal, hace que el miedo al COVID se exacerbe aún más.

Los resultados como vemos, corroboran lo señalado en literatura científica, aunque es importante señalar que se debe seguir investigando en esta importante línea de investigación relacionada al impacto psicosocial de la pandemia.

La salud mental de la población era ya una preocupación importante antes de la pandemia; así lo señala la OMS y el Instituto Nacional de Salud, que coloca a la salud mental como un problema sanitario latente en nuestro país. Toda esta situación con la pandemia y sus secuelas (muerte e infección), con las estrictas medidas de restricción social y con el padecimiento económico de las familias, hace que las personas se sientan cada vez más preocupadas en este contexto hostil de por sí. En base a los resultados y la reflexión hecha en esta sección, se debe de buscar contrarrestar los efectos negativos a nivel psicosocial de la pandemia; allí el profesional enfermero juega un rol importante, con su ciencia del cuidado debe establecer líneas de trabajo que aborde la salud de la población de forma integral, en busca de su bienestar.

4.1 CONCLUSIONES

- En cuanto al miedo al COVID en los participantes, predominó el nivel medio, seguido de nivel alto y nivel bajo.
- En cuanto al miedo al COVID, en su dimensión reacciones al miedo emocional, predominó el nivel alto, seguido de nivel medio y nivel bajo.
- En cuanto al miedo al COVID en su dimensión expresiones somáticas de miedo, predominó el nivel medio, seguido de nivel bajo y nivel alto.

4.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el establecimiento de salud de la jurisdicción, establezca un programa integral de promoción de la salud e identificación de situaciones que afecten la salud mental de la población. La lucha contra la pandemia no solo debe darse desde el punto de vista de ver la sintomatología y tratamiento del paciente, también se debe de velar por su salud integral, donde la salud mental debe ser una de las prioridades.

- Se debe de establecer recomendaciones a la población para que pueda llevar una vida saludable dentro de esta situación de emergencia sanitaria y restricción social extrema que estamos viviendo.
- En estudios que se realicen más adelante, se debe buscar incluir más variables que permitan establecer conexiones y relaciones para un mayor entendimiento del problema analizado en este estudio.
- Se sugiere involucrar en futuros estudios, abordajes desde los enfoques metodológicos cualitativos y mixtos, para comprender a mayor profundidad la dinámica del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese CDC and Prevention. JAMA [Internet]. 2020 [citado 11 de febrero de 2021];323(13):1239-. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32091533/>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; 2020 [actualizado el 30 de noviembre de 2020; citado el 12 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [actualizado el 12 de octubre de 2020; citado el 2 de diciembre de 2020]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
4. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee R, Dubey M, Chatterjee S. Diabetes & Metabolic Syndrome : Clinical Research & Reviews Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews [Internet]. 2020 [citado 26 de febrero de 2021];14(5):779-788. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255207/#bib99>
5. 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/>
6. Jeong H, Yim H, Song Y, Ki M, Min J, Cho J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. Epidemiology and health [Internet]. 2016 [citado 14 de febrero de 2021];38(1):1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5177805/>

7. Tzur D, Grossman-giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shi N. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020 [citado 17 de noviembre de 2020]; 289(2020):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7227556/pdf/main.pdf>
8. Chang K, Hou W, Pakpour A, Lin C, Griffiths M. Psychometric Testing of Three COVID-19-Related Scales Among People with Mental Illness. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet] 2020 [citado 15 de febrero de 2021];1(1):1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7354353/>
9. Rubin G, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *The BMJ* [Internet] 2020 [citado 15 de febrero de 2021];368(313):1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31992552/>
10. 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 28 de enero de 2021];395(10227):912-920. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158942/pdf/main.pdf>
11. 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>
12. Hawryluck L, Gold W, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases* [Internet] 2004 [citado 14 de febrero de 2021];10(7):1206-1212. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/pdf/03-0703.pdf>
13. 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>
14. Lin C. Social Reaction toward the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) With. *Social Health and Behavior* [Internet]. 2021 [citado 10 de febrero de 2021];1(1):1-2. Disponible en:
https://www.shbonweb.com/temp/SocHealthBehav311-6316552_173245.pdf
 15. Ren S, Gao R, Chen Y. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. *World Journal of Clinical Cases* [Internet] 2020 [citado 10 de febrero de 2021]; 8(4):652-657. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7052559/pdf/WJCC-8-652.pdf>
 16. Deacon B, Maack D. The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy* [Internet] 2008 [citado 18 de noviembre de 2020];46(4):537-547. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796708000235?via%3Dihub>
 17. 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>
 18. Taylor S. *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease* [Internet]. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2019. Disponible en:
<https://psycnet.apa.org/record/2020-05010-000>
 19. Ahorsu D, Lin C, Imani V, Saffari M, Griffiths M, Pakpour A. Fear of

- COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet] 2020 [citado 4 de febrero de 2021]:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8.1>.
20. Pender NJ, Pender AR. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: Predicting potential consumers. *American Journal of Public Health* [Internet] 1980 [citado 10 de mayo de 2021]; 70(8):798-803. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7416338/>
 21. Magano J, Vidal D, Sousa H, Pimenta 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>
 22. 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>
 23. 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>
 24. 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>

25. 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>
26. 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 enero de 2021];16(1):1-15. Disponible en: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00624-w>
27. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. 2018. 714 p.
28. Casas J, Repullo J, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. *Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I)*. *Atención Primaria* [Internet]. 2003 [citado 18 de marzo de 2021];31(8):527-538. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707288>
29. Rendón-Macias M, Villasís-Keever M, Miranda-Novales M. Estadística descriptiva. *Revista Alergia México* [Internet] 2016 [citado 10 de febrero de 2019];63(4):397-407. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4867/486755026009.pdf>
30. Gaudlitz M. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias* [Internet]. 2008 [citado 10 de febrero de 2021];24(2):138-142. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v24n2/art08.pdf>
31. Prieto P. Comités de ética en investigación con seres humanos: relevancia actual en Colombia. *Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá*. *Acta Med Colomb* [Internet]. 2011 [citado 2 de enero de 2021]; 36(2):98-104. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n2/v36n2a09.pdf>

32. Gomez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [citado 10 de abril de 2021]; 55(4):230-233. Disponible en:
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
33. Mazo H. La autonomía: principio ético contemporáneo. Revista Colombiana de Ciencias Sociales [Internet]. 2012 [citado 30 de enero de 2021];3(1):115-132. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/400244>
34. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 25 de abril de 2020];63(4): 555-564. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>
35. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. Psychiatry Research [Internet]. 2020 [citado 2 de enero de 2021];287(2020):1-6. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102622/pdf/main.pdf>
36. Rodr L, Frías L. Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. Psicología y salud [Internet] 2005 [citado 23 de febrero de 2021];15(2):169-185. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/291/29115202.pdf>
37. Rodr L, Frías L. Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. Psicología y salud [Internet]. 2005 [citado 09 de noviembre de 2020];15(2):169-185.
38. Lin C. Social Reaction toward the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) With. Social Health and Behavior [Internet]. 2020 [citado 02 de enero de 2021];3(1): -2. Disponible en:
https://www.shbonweb.com/temp/SocHealthBehav311-5962174_163341.pdf

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: Miedo al COVID en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.								
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	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	El miedo al COVID Es un estado emocional inquietante que se desencadena en los individuos por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos (17).	Es un estado emocional inquietante que se desencadena las personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao, por la percepción de estímulos que son identificados como peligrosos, expresados en reacciones al miedo emocional y expresiones sintomáticas de miedo al COVID, el cual será medido con la escala de miedo al COVID.	Reacciones al miedo emocional	Cantidad de reacciones de miedo al coronavirus (pensar en el coronavirus, a perder la vida por el coronavirus y al ver noticias por coronavirus)	4 ITEMS (1,2,4,5)	Bajo Medio Alto	0 a 11 puntos
				Expresiones somáticas de miedo	Cantidad de expresiones somáticas (humedecimiento de las manos, no poder dormir, aceleración del ritmo cardiaco)	3 ITEMS (3,6,7)		12 a 23 puntos 325 a más puntos Las puntuaciones totales van de 7 a 35. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE MIEDO AL COVID

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los egresados de la carrera de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades, estamos realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar el miedo que usted siente ante el COVID-19.

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

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

Marque según el tipo de familia que corresponda

TIPO DE FAMILIA	
1	Nuclear: Familia compuesta por ambos padres con o sin hijos, propios o adoptados.
2	Monoparental: Familia compuesta por uno de los padres (madre o padre) y uno o más hijos.
3	Extendida: Familia compuesta por abuelos, Padres con su(s) Hijo(s), también abuelos y nietos.
4	Ampliada: Familia compuesta por padres, hijos y otros parientes: tíos, sobrinos, ahijados, amigos, empleada, hermanos.
5	Reconstituida: Familia que resulta de la unión de familias después de una separación o divorcio, esta nueva unión puede ser con la misma pareja o con una nueva, con hijos propios o hijastros.
6	Equivalente familiar: Grupo de amigos, hermanos sin hijos, Parejas homosexuales sin hijos, etc.
7	Persona sola: Convive sola.

En las siguientes preguntas, de igual manera deberá leer detenidamente y marcar la respuesta que usted crea necesaria con lo que ha sentido durante las dos últimas semanas

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

Gracias por su colaboración

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 en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.

Nombre de los investigadores principales:

Chachi Mayorca Brigitte Yomira

Propósito del estudio: Determinar el miedo al COVID en personas que residen en el Asentamiento Humano Bocanegra, Callao-2020.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

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 usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

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 Chachi Mayorca Brigitte Yomira, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez 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 que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

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
Chachi Mayorca Brigitte Yomira	
Nº de DNI	
76372884	
Nº teléfono	
993443717	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, 9 de octubre de 2020

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

.....
Firma del participante

Anexo D. Validez de contenido de la Escala de Miedo al COVID-19

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	85%	85%	90%	85%	85%	86%
Especialista 3	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Especialista 4	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Especialista 5	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Resultado final						88,4%

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

La validez de contenido del instrumento fue de 88,4 %, lo cual se interpreta como bueno.

Anexo E. Validez del instrumento de recolección de datos Escala de Miedo al COVID-19.

Se determinó la validez de la Escala de Miedo a COVID-19 (FCV-. 19S) mediante la medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. La prueba de adecuación obtuvo un puntaje de 0,896 (KMO > 0,5). Conjuntamente, la prueba de especificidad de Bartlett obtuvo un nivel de significancia de 0,000 ($p < 0,001$). Ambas pruebas afirman la validez del instrumento.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,896
Prueba de esfericidad de	Chi-cuadrado aproximado	3344,539
Bartlett	gl	528
	Sig.	,000

Anexo F. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos Escala de Miedo al COVID-19

La confiabilidad del instrumento se determinó en función al coeficiente Alfa de Cronbach. El resultado de la prueba arrojó 0,853 ($\alpha > 0,6$), lo que confirma la hipótesis de confiabilidad general del instrumento. Además, se resolvió someter a la prueba de confiabilidad a todos los ítems ($i = 7$) con la función estadísticos total – elemento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,853	7

Anexo G. Acta de Comité de Ética



Licenciada el 21 de noviembre de 2017
Resolución N° 071-2017-SUNEDU/CD

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

"Año de la universalización de la salud"

ACTA CEI N° 095	27 de octubre de 2020
-----------------	-----------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 27 del mes de octubre del año dos mil veinte, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"MIEDO AL COVID EN PERSONAS QUE RESIDEN EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BOCANEGRA, CALLAO-2020"** con Código ID-095-20, presentado por el(los) autor(es): CHACHI MAYORCA BRIGGITTE YOMIRA.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado **"MIEDO AL COVID EN PERSONAS QUE RESIDEN EN EL ASENTAMIENTO HUMANO BOCANEGRA, CALLAO-2020"**.

Código ID-095-20.


M^c Benigno Gerardo Millones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

SGMG/RAC

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100