



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

**TESIS**

**Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería**

Miedo al Covid-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020

**PRESENTADO POR**

Matta Zamudio, Lourdes Sukeyko  
Bañez Via, Yuleysi Diana  
Campos Carrera, Ederson

**ASESOR**

Matta Solis, Hernán Hugo

**Los Olivos, 2021**

## **Agradecimiento**

Agradecer en primer lugar a nuestra casa de estudio y a los docentes que forman parte de ella, ya que sus enseñanzas nos hacen ser mejores profesionales cada día, también agradecer a nuestro asesor ya que estuvo presente, en el desarrollo de nuestra tesis.

## **Dedicatoria**

Este trabajo es dedicado a toda nuestra familia, involucrada siempre en el proceso de nuestra carrera; en especial a nuestros padres e hijos, por quienes luchamos día a día.

# 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 .....   | 14 |
| 2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....                              | 14 |
| 2.2 POBLACIÓN.....   | 14 |
| 2.3 VARIABLE DE ESTUDIO .....  | 15 |
| 2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....                               | 15 |
| 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.....                                 | 17 |
| 2.7 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 18 |
| III. RESULTADOS.....   | 20 |
| IV. DISCUSIÓN.....   | 25 |
| 4.1 DISCUSION PROPIAMENTE DICHA.....                                     | 25 |
| 4.1 CONCLUSIONES .....   | 27 |
| 4.2 RECOMENDACIONES.....   | 27 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 29 |
| ANEXOS .....   | 36 |

## Índice de Tablas

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos de jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112) .....  | 20 |
| <b>Tabla 2.</b> Miedo al COVID-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112) .....  | 22 |
| <b>Tabla 3.</b> Miedo al COVID-19, en su dimensión reacciones al miedo emocional durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112) ..... | 23 |
| <b>Tabla 4.</b> Miedo al COVID-19, en su dimensión expresiones somáticas durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112) .....         | 24 |
| <b>Tabla 5.</b> Miedo al COVID-19, según el sexo, durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 .....  | 45 |

## Índice de Anexos

|   |    |
|---|----|
| <b>Anexo A.</b> Operacionalización de la variable o variables.....          | 37 |
| <b>Anexo B.</b> Instrumento de recolección de datos .....                   | 38 |
| <b>Anexo C.</b> Consentimiento informado.....                               | 40 |
| <b>Anexo D.</b> Validez de contenido del instrumento de medición.....       | 42 |
| <b>Anexo E.</b> Validez del instrumento de recolección de datos .....       | 43 |
| <b>Anexo F.</b> Confiabilidad del instrumento de recolección de datos ..... | 44 |
| <b>Anexo G.</b> Tabla complementaria .....                                  | 45 |

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el miedo al COVID-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020.

**Materiales y métodos:** El enfoque de investigación del estudio fue el cuantitativo y su diseño metodológico el no experimental, descriptivo y transversal. Se trabajó con una población de 112 participantes, todos ellos jefes de hogar. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento la “Escala de miedo al COVID-19” de 7 ítems.

**Resultados:** En cuanto al miedo al COVID-19 en los jefes de hogar que fueron seleccionados en el estudio, predominó el nivel medio con 50,9% (n=57), seguido de nivel alto con 28,6% (n=32) y bajo con 20,5% (n=23). Según la dimensión reacciones al miedo emocional, predominó el nivel medio con 53,6% (n=60), seguido de nivel alto con 25,9% (n=29) y nivel bajo con 20,5% (n=23) y finalmente según la dimensión expresiones somáticas, predominó el nivel medio con 47,3% (n=53), seguido del nivel alto con 28,6% (n=32) y nivel bajo con 24,1% (n=27).

**Conclusiones:** En relación con el miedo al COVID-19, se concluye que predominó el nivel medio, seguido de alto y bajo. Según la dimensión reacciones al miedo emocional predominó el nivel medio, seguido del nivel alto y bajo; según la dimensión expresiones somáticas predominó el nivel medio, seguido de nivel alto y bajo.

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

## Abstract

**Objective:** It was to determine the fear of COVID-19 during the health emergency in heads of household residing in the Human Settlement Cuernavaca, Comas - 2020.

**Materials and methods:** The research approach of the study was quantitative with a cross-sectional, descriptive, and non-experimental methodological design. The population consisted of 112 participants; all of them heads of household. The data collection technique was the survey and the assessment instrument was the "COVID-19 fear scale" with seven items.

**Results:** Regarding the fear of COVID-19 in the heads of household who were selected in the study, the medium level predominated with 50.9% (n = 57), followed by high level with 28.6% (n = 32) and low level with 20.5% (n = 23). As to the dimension reactions to emotional fear, the medium level predominated with 53.6% (n = 60), followed by high level with 25.9% (n = 29) and low level with 20.5% (n = 23). Finally, the medium level predominated in the somatic expressions dimension with 47.3% (n = 53), followed by the high level with 28.6% (n = 32) and the low level with 24.1% (n = 27).

**Conclusions:** Concerning the fear of COVID-19, it is concluded that the medium level predominated, followed by high and low level. According to the dimension of reactions to emotional fear, the medium level predominated, followed by the high and low level; with regards to the somatic expressions dimension, the medium level predominated, followed by high and low level.

**Key words:** Fear; COVID-19; marginalized population (Source: MeSH).

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19) fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020, constituyéndose en una amenaza a la salud global y millones de vidas. Hasta el 12 de abril de 2021, se ha superado los 136 millones de casos confirmados; asimismo, más de 2,9 millones de personas han perdido la vida por esta pandemia (1). Tan solo en el Perú hasta la primera semana de abril del presente año se registraban 1 647 694 casos de COVID-19 y 54 903 personas fallecidas (2).

Se han realizado esfuerzos en todo el mundo para mejorar la comprensión de la transmisión de la COVID-19, desarrollar vacunas y regímenes de tratamiento efectivos; así como, evaluar los impactos de las respuestas actuales en la salud y el bienestar de diferentes poblaciones (3). Pero, las graves consecuencias de la pandemia en los campos sanitarios, social y económico han sido bien reconocidas (4)(5), especialmente entre los ancianos, personas con comorbilidades, las personas sin hogar y también los residentes que enfrentan dificultades financieras, mentales y físicas, debido a las políticas de aislamiento social obligatorio (6).

Estudios durante la pandemia revelan que las personas bajo encierro son más propensas a desarrollar varios síntomas de problemas psicológicos; por ejemplo, estrés, depresión, fatiga emocional, insomnio y signos de ansiedad postraumática (7). Las características clínicas de COVID-19 varían desde un estado asintomático hasta un síndrome de dificultad respiratoria aguda grave y disfunción multiorgánica. La COVID-19 no solo amenaza la salud física, sino los sistemas sociales y de salud pública mundial que están colapsando bajo la propagación del coronavirus. Las unidades de cuidados intensivos están completamente abrumadas en muchos de los países, no habiendo espacio para muchas personas que la necesitan. Ante ello, las medidas de prevención deben tener un rol protagónico. El cierre obligatorio de escuelas y la suspensión de todas las actividades comerciales no esenciales están afectando gravemente la vida diaria de las personas, la actividad laboral y poniendo en peligro las organizaciones económicas (8)(9).

Los brotes de enfermedades anteriores causaron incertidumbre y miedo generalizado al público e indujeron comportamientos relacionados con la ansiedad (10). Con el nuevo coronavirus que asola al mundo, se presenta una ola de incertidumbres sobre lo que sucederá en lo social y económico; además, de temer a la enfermedad que puede llevarnos a tener un desenlace fatal.

Estudios reportan manifestaciones de angustia, ansiedad, depresión e insomnio en la población (11). La infección o la muerte de familiares y amigos podría empeorar el bienestar general y la salud mental de un individuo (12). Los pacientes con COVID-19 confirmado o sospechado pueden experimentar miedo, mientras que aquellos en cuarentena pueden experimentar aburrimiento, soledad e ira (13). Los abrumadores traumas emocionales profundos y el estrés desencadenados por el efecto negativo de la pandemia en el campo socioeconómico han llevado a las personas más vulnerables a padecer de cuadros exacerbados de signos y síntomas psicosociales. Además, los síntomas de la infección como fiebre, hipoxia y tos; así como, los efectos adversos del tratamiento como el insomnio causado por los corticosteroides, pueden provocar un empeoramiento de la ansiedad y la angustia mental (14).

El miedo puede ser beneficioso durante la pandemia de COVID-19 o también puede ser perjudicial para la salud física y mental (15). El estudio de Harper y colaboradores (16) señala que las personas se involucran más en conductas preventivas cuando perciben la amenaza como grave; por ejemplo, en el caso de COVID-19 podría actuar como un factor de motivación para llevar a cabo un comportamiento que facilita la prevención COVID-19.

Las emergencias, desastres y crisis ocurren como parte de la vida; pero eventos como la pandemia de COVID-19, son diferentes de las emergencias domésticas y personales. La razón no es su mayor tamaño sino que estos eventos toman el control y alteran la vida humana (17).

Según de Hoog y colaboradores (18), el miedo se define como un estado emocional desagradable que se desencadena por la percepción de estímulos amenazantes. Ralph (19), propone una definición más pragmática considerando el miedo como una variable interviniente entre un

conjunto de estímulos dependientes del contexto y conjuntos de respuestas conductuales.

El miedo es generalmente un sentimiento primitivo y surge ante una amenaza real o percibida. Este sentimiento es momentáneo, ya que implica producir una respuesta a algo que se cree representa una amenaza. Algunos síntomas fisiológicos como aumento del pulso, rigidez de los músculos y aceleración de la respiración en caso de miedo preparan al cuerpo para producir una respuesta cuando se encuentra en peligro. Por otro lado, el miedo también provoca algunos cambios en el sistema cognitivo como los niveles de atención (20).

Las personas en una pandemia como COVID-19 pueden manifestar diversas reacciones psicológicas como estigmatización, miedo, desesperanza e impotencia. El miedo a una pandemia es una respuesta psicológica significativa como resultado de una crisis. Puede haber diferentes resultados del miedo ya que algunas personas por miedo realizan las acciones deseadas, mientras que otras no realizan la acción deseada. Otra consecuencia puede ser que, cuando las personas sienten miedo pueden reaccionar de formas extremadamente inapropiadas (21).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por el miedo (y la evitación) excesivos, a menudo en respuesta a objetos o situaciones específicas y en ausencia de un peligro real, son extremadamente comunes en la población general (22);, más aún en situaciones de emergencia sanitaria como vivimos hoy durante esta pandemia.

Sathe y colaboradores (23), en el año 2020, en la India, desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar el miedo al COVID-19 en la población general de la India durante el confinamiento. Contaron con la participación de 530 adultos. Aplicaron la escala de miedo al COVID-19. Asimismo, indicaron que el 50,4% de los participantes presentaron un nivel de miedo leve, seguidamente del 46,6% que informaron un nivel moderado, tan solo el 3% presentó un nivel severo. Concluyen que el sexo femenino era el más vulnerable y que solo alrededor del 10,9% de los encuestados buscaron ayuda a través de asesoramiento telefónico o en línea.

Rodríguez-Hidalgo y colaboradores (24), en el año 2020, en Ecuador, elaboraron una investigación cuyo objetivo fue determinar el miedo al COVID-19 en estudiantes universitarios. La investigación es de enfoque cuantitativo; asimismo, contaron con la participación de 640 personas, también aplicaron la escala de miedo al COVID-19. Los hallazgos demostraron que predominó el nivel alto y que las mujeres mostraron niveles más altos de miedo al COVID-19 que hombres. Concluyeron que la depresión que algunos de los participantes mostraban podría estar relacionado, tanto directa como positivamente al miedo al COVID-19 y el estrés; e indirectamente, como resultado de estos dos factores, positivamente mediados por la ansiedad.

Doshi y colaboradores (25), en el año 2020, en la India, elaboraron un estudio sobre el miedo a la COVID en población india, aplicaron la escala de miedo al COVID-19 a 1499 individuos, de los cuales 683 fueron varones y 816 mujeres. Los hallazgos demostraron que predominó el miedo en su nivel bajo con 54,8%. Asimismo, las mujeres, estado civil de casado, nivel educativo más bajo y ser un trabajador de la salud mostraron probabilidades significativamente más altas de un alto nivel de miedo.

Magano y colaboradores (26), en el año 2021, en el país de Portugal, desarrollaron una investigación cuyo objetivo era determinar la ansiedad y el miedo que presenta la población. La población estuvo compuesta por 1122 participantes adultos. Aplicaron la escala de miedo al COVID-19. Los resultados pudieron demostrar que se observa una relación entre el miedo, ansiedad y la percepción del impacto de COVID-19. Asimismo, concluyeron que el sexo femenino es el más vulnerable.

Mejía y colaboradores (27), durante el 2020, en el Perú, elaboraron una investigación cuyo objetivo fue determinar el miedo en la población, participaron 4009 personas. Los resultados indicaron que los participantes perciben el miedo al ver las redes sociales con 64% y la televisión con 57% como información exagerada. Asimismo, concluyeron que a más edad mayor es el miedo, esto debido a que existe un mayor riesgo de sufrir complicaciones; asimismo, las mujeres que habían finalizado el bachillerato ( $p = 0,023$ ), eran estudiantes

universitarios ( $p = 0,037$ ) y aquellos con un título de posgrado ( $p = 0,002$ ) tenían una puntuación total más baja de miedo y percepción de exageración.

Rahman y colaboradores (28), durante el 2020, en el país de Australia, desarrollaron un estudio cuyo objetivo era determinar el impacto psicológico de la COVID-19 en adultos, participaron 587 personas. En cuanto a su tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. Aplicaron la escala de miedo al COVID-19. Los hallazgos del estudio indicaron que todos aquellos que tienen comorbilidades y alteraciones mentales presentan un nivel más alto de angustia y miedo. A la vez, también se mencionó que tener niveles de angustia psicológica de medio a alto se asocia con un mayor nivel de miedo.

La reciente pandemia originada por el coronavirus COVID-19, de alcance global, viene cambiando por completo la forma en que las personas desarrollan su vida diaria debido a las medidas de restricción para actividades sociales, la cuarentena y distanciamiento social implementadas por la mayoría de los gobiernos con el objetivo de minimizar la propagación del virus. Esta situación viene afectando psicológicamente a las personas, amenazando su bienestar y calidad de vida. La incertidumbre genera miedo y este a su vez permite la aparición de signos psicosociales como la ansiedad y el estrés, entre otros. Por otro lado, el jefe de hogar lleva consigo la carga de la responsabilidad familiar; además, de ser el sostén económico del mismo. La importancia del presente estudio está en que busca valorar el nivel de miedo presente en la población participante, dicho conocimiento servirá de base para conocer la magnitud del problema y así poder actuar mediante estrategias de prevención y promoción de la salud en el cuidado de la salud emocional de estas personas que viven en una zona vulnerable.

En la etapa inicial del estudio, se realizó una revisión de bibliografía científica sobre el tema en una diversidad de plataformas donde se consigna información científica actualizada y relevante, allí se pudo notar que los estudios sobre COVID-19 en su mayoría se enfocan en temas de terapéutica, evolución de los pacientes críticos, el proceso de rehabilitación post COVID-19, entre otros; pero el tema del impacto psicológico negativo de la pandemia en salud mental, es poco abordado. En nuestro país y en el lugar donde se realizó la recolección de

datos, no se encontraron estudios antecedentes. Lo señalado, justificó el desarrollo de esta investigación, que buscó generar conocimiento actualizado sobre el tema en beneficio de la salud psicosocial de los participantes.

En cuanto al valor práctico, podemos señalar que los resultados serán socializados con las autoridades de la comunidad y con las autoridades del establecimiento de salud de la jurisdicción, esperando les sirva de insumo para elaborar estrategias orientadas al cuidado de la salud mental de la población. En relación con la relevancia social, el estudio y sus resultados traerán beneficios ya sean estos directos e indirectos en el grupo de pobladores participantes.

En cuanto al valor científico, el estudio fue realizado teniendo como base los criterios señalados en el método científico; además, de incluir para su desarrollo una serie de artículos científicos actuales y relevantes que permiten respaldar los hallazgos obtenidos y buscar ser evidencia científica que permita mejoras en la situación problemática analizada.

El objetivo de este estudio fue determinar el miedo al Covid-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020.

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

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

La investigación concluida, fue ejecutada desde la perspectiva del enfoque investigativo cuantitativo, ello debido al uso de un instrumento de medición cuantitativo y al hecho de realizar el análisis de los datos recolectados mediante métodos estadísticos. En cuanto al diseño de investigación, este fue descriptivo y transversal a la vez, ello debido a que se mostró la realidad tal como se muestra en su medio natural y transversal ya que la medición de la variable se da en un solo momento en el tiempo que dura el trabajo de campo (29).

### **2.2 POBLACIÓN**

En la presente investigación se trabajó con la población total (no se hizo muestra ni muestreo). En el mes de enero del presente año con el apoyo de dos promotores de salud de la zona se hizo un estudio censal, en donde se identificó la cantidad de lotes y familias de la zona, finalmente se involucró a 112 participantes que cumplen el rol de jefes de familia que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca ubicado en Comas; al momento de recopilar los datos se tuvo en cuenta que la persona que brinde los datos señalados en el cuestionario sea el jefe o representante de la familia. Para ello, los seleccionados tuvieron que cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de inclusión**

- Personas mayores de 18 años.
- Aquellos que residan como mínimo 6 meses en el AA.HH.
- Aquellos que señalen su deseo de participar voluntariamente
- Aquellos que dieron su pleno consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- No participaran aquellos que no firmen el consentimiento informado
- Quedaron excluidos las personas que no cumplan con todos los criterios mencionados.

## 2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El presente estudio presenta al constructo “miedo al COVID-19” como variable principal; la cual es según su forma como se expresan sus valores finales, una variable cualitativa y de escala de medición ordinal ya que sus valores finales presentan una jerarquía.

**Definición conceptual:** Es una condición emocional desagradable que se presenta en los individuos por la percepción de estímulos amenazantes o situaciones de peligro (30).

**Definición operacional:** Es una condición emocional desagradable que se presenta en los jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca por la percepción de estímulos amenazantes o situaciones de peligro, que se expresa en reacciones al miedo emocional y expresiones somáticas de miedo, el cual será medido con la Escala Miedo al COVID-19.

## 2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

### **Técnica de recolección de datos:**

En la investigación ya realizada, por sus características, enfoque y diseño, se vio por conveniente utilizar la técnica de la encuesta, entendiéndose esta como el proceso que permite recopilar datos de una población o muestra de personas a través de respuestas a preguntas o enunciados que se les planteó. La investigación que utiliza encuestas ha buscado históricamente lograr una gran recopilación de datos de los participantes. El propósito principal de este tipo de investigación por encuestas fue obtener información que describa las características de un grupo de individuos de interés en un tiempo relativamente corto. Esta técnica está ampliamente difundida en los estudios cuantitativos del campo de las ciencias de la salud (31)(32).

### **Instrumento de recolección de datos:**

En la presente investigación se aplicó la Escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S) la cual fue desarrollado durante el 2020, por Ahorsu y colaboradores (33), es una medida de siete ítems que evalúa hasta qué punto una persona teme al COVID-19, la respuesta para cada ítem se registra de acuerdo con una escala

Likert de 5 puntos que van desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), lo que permite al participante expresar su nivel de acuerdo con respecto al miedo. La escala de miedo al COVID-19 está conformado por dos dimensiones, tales como

- Reacciones al miedo emocional (ítem 1-2-4-5).
- Expresiones somáticas al miedo (ítem 3-6-7).

Finalmente, los valores finales se obtendrán teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte (la puntuación de miedo general del participante corresponde a la suma de las puntuaciones de los siete ítems y varía de 7 a 35. Las puntuaciones más altas indican un mayor miedo al COVID-19):

Nivel bajo: 0 a 12 puntos.

Nivel medio: 13 a 23 puntos.

Nivel alto: 24 a más puntos.

### **Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:**

En cuanto a la validez se hizo de dos formas, la validez de contenido mediante el juicio de experto y la validez estadística. En cuanto a la validez de contenido por juicio de expertos, participaron en el, 5 profesionales de la salud conocedores del tema, siendo además personas que desarrollan actividad investigativa. La valoración que hicieron de nuestro instrumento arrojó un porcentaje de 88,8% (Ver Anexo D).

En cuanto a la validez estadística de la escala de miedo al COVID-19, se determinó en función a la técnica de análisis factorial exploratorio con rotación Varimax. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Mayer-Olkin obtuvo un coeficiente de 0,802 ( $KMO > 0,5$ ), mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo resultados significativos ( $X^2$  aprox. = 1087,765;  $gl = 21$ ;  $p = 0,000$ ). Ambos resultados confirman la hipótesis de validez del instrumento (Anexo D).

En cuanto a la fiabilidad del instrumento se determinó en función a la prueba estadística Alfa de Cronbach, la misma que obtuvo para el total de los ítems ( $i = 7$ ) un coeficiente de 0,972 ( $\alpha > 0,953$ ) (Anexo E).

## **2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

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

Desde la elaboración del proyecto del estudio, se realizaron una serie de gestiones para obtener la carta de presentación de parte de la Universidad de Ciencias y Humanidades, con ella se acudió a la comunidad para solicitar el acceso a las instalaciones de esta y los pobladores participantes, obteniéndose un resultado positivo. Un dirigente y una promotora de salud nos facilitaron un censo realizado en el mes de noviembre del año 2020, el cual nos permitió identificar el número de lotes o familias residentes en la zona. La recolección de datos propiamente dicha se programó realizarla el mes de febrero de este año, para ello se tomó en cuenta la situación de emergencia sanitaria en que vivimos y los horarios más adecuados para acceder a los jefes de familia.

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

El trabajo de campo se realizó en el mes de febrero del presente año, para ello se contó con el apoyo de la población y sus dirigentes. Ante la emergencia sanitaria, se tuvieron que tomar todas las medidas y protocolos sanitarios que permitieron el cuidado de la salud de los responsables del estudio y los participantes. El instrumento fue diseñado en formulario google, y fue llenado mediante el Smartphone (cada encuestador poseía uno). Abordar a cada familia nos tomó un tiempo de 15 minutos aproximadamente. Al ingresar los datos en las fichas de datos digitales, se fue verificando su ingreso adecuado a la base de datos del formulario que está diseñada en la hoja de cálculo de Excel.

## **2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Finalizado el trabajo de campo en donde se recolectaron los datos, se exportaron los datos del formulario Google a la hoja de cálculo de Microsoft Excel, luego estos fueron pasados al programa estadístico IBM SPSS Statistics Base 25, donde se realizó el análisis correspondiente. Siendo un estudio cuantitativo-descriptivo, se tuvo en cuenta el empleo de los métodos estadísticos descriptivos, donde específicamente se utilizaron tablas de frecuencia absolutas y relativa, medidas de tendencia central, la operación cálculo del valor de variable y dimensiones, entre otras (34). Con ello se pudo obtener tablas y figuras de los

datos sociodemográficos, objetivo general y específicos del estudio; ello fue insumo para redactar la sección resultados, discusión y elaborar las conclusiones.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

La presente investigación fue realizada tomando en cuenta las recomendaciones y lineamientos a ser considerados en los estudios del campo de las ciencias de la salud en donde los participantes sean personas.

Remontándonos a los inicios de la década de los 70, en los Estados Unidos surgen una serie de cuestionamientos a la forma como se venían desarrollando algunos estudios clínicos, donde se denunciaron violaciones a los derechos y la vida de seres humanos participantes. Uno de estos estudios fue realizado en Tuskegee-Alabama, USA, en la cual se investigó la sífilis, allí se incluyó participantes humanos afroamericanos, a los cuales, sin sus consentimientos respectivos, se vulneró incluso su vida. Debido a estos condenables acontecimientos, apareció la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, para elaborar en su Reporte Belmont, lineamientos y aspectos éticos a ser considerados en todo proceso investigativo que involucre seres humanos. Luego de varios años de trabajo, la investigación fue desarrollada como resultado de recomendaciones continuas inspirado en otros códigos, leyes y actos (35)(36). En el presente estudio se aplicaron los cuatro principios bioéticos de la investigación (respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia):

### **Principio de autonomía**

En este principio toda persona es libre y tiene derecho a decidir si quiere ser o no partícipe de un ensayo clínico. Dicha decisión debe ser respetada. Asimismo, el consentimiento informado que forma parte de toda investigación, basa su desarrollo en este principio fundamental (36).

A cada jefe de hogar participante, se le explicó sobre los alcances del estudio, luego cada uno de ellos decidieron participar a través del consentimiento informado de manera voluntaria.

**Principio de beneficencia**

Consiste en no dañar, sino hacer bien al prójimo, busca en todo momento traer beneficios y aspectos positivos hacia al ser humano (37).

A cada jefe de hogar participante se le informó sobre los beneficios de forma indirecta que se obtendrían con los resultados de este estudio.

**Principio de no maleficencia**

Busca prevenir y no causar ningún perjuicio o cualquier tipo de negligencia en contra el participante humano (38).

A cada jefe de hogar se explicó de manera clara y precisa sobre lo que implica su participación; la cual no trae para él, riesgo o daño contra su propia salud e integridad.

**Principio de justicia**

Está basado en compartir de forma equitativa los beneficios obtenidos a todos los participantes (36).

Cada uno de los participantes fue tratado con cordialidad, sin discriminaciones ni preferencias de ningún tipo.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112).**

| <b>Participantes</b>                         | <b>f</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Edad</b>                                  |          |          |
| Joven (de 18 a 29)                           | 16       | 14,3     |
| Adulto (de 30 a 59)                          | 89       | 79,5     |
| Anciano (60 a más)                           | 7        | 6,3      |
| <b>Sexo</b>                                  |          |          |
| Femenino                                     | 48       | 42,9     |
| Masculino                                    | 64       | 57,1     |
| <b>Estado civil</b>                          |          |          |
| Soltero (a)                                  | 33       | 29,5     |
| Casado (a)                                   | 8        | 7,1      |
| Conviviente                                  | 67       | 59,8     |
| Divorciado (a)                               | 1        | 0,9      |
| Viudo (a)                                    | 3        | 2,7      |
| <b>Grado de instrucción</b>                  |          |          |
| Sin instrucción                              | 1        | ,9       |
| Primaria completa                            | 2        | 1,8      |
| Primaria incompleta                          | 13       | 11,6     |
| Secundaria completa                          | 18       | 16,1     |
| Secundaria incompleta                        | 60       | 53,6     |
| Superior completo                            | 3        | 2,7      |
| Superior incompleto                          | 15       | 13,4     |
| <b>Condición de ocupación</b>                |          |          |
| Estable                                      | 36       | 32,1     |
| Eventual                                     | 55       | 49,1     |
| Sin ocupación                                | 21       | 18,8     |
| <b>Tipo de familia</b>                       |          |          |
| Nuclear                                      | 66       | 58,9     |
| Monoparental                                 | 1        | ,9       |
| Extendida                                    | 37       | 33,0     |
| Ampliada                                     | 8        | 7,1      |
| <b>Infección por COVID-19</b>                |          |          |
| Sí   | 25       | 22,3     |
| No   | 87       | 77,7     |
| <b>Infección de un familiar por COVID-19</b> |          |          |
| Sí   | 46       | 41,1     |
| No   | 66       | 58,9     |
| <b>Muerte de un familiar por COVID-19</b>    |          |          |
| Sí   | 22       | 19,6     |
| No   | 90       | 80,4     |

Elaboración propia

En la tabla 1, se observa los datos sociodemográficos, la cual estuvo conformado por 112 participantes de los cuales el 79,5% (n=89) eran adultos de 30 a 59 años, seguido del 14,3% (n=16) que son jóvenes de 18 a 29 años y el 6,3% (n=7) eran ancianos de 60 años a más. Según el sexo, el 57,1% (n=64) eran masculinos y el 42,9% (n=48) fueron femeninos. En cuanto al estado civil, el 59,8% (n=67)

eran convivientes, seguido de 29,5% (n=33) que eran solteros(as), el 7,1% (n=8) eran casados(as), el 2,7% (n=3) eran viudos(as) y el 1,9% (n=1) era divorciado(a). Según el grado de instrucción, el 53,6% (n=60) tienen secundaria incompleta, seguido de 16,1% (n=18) que tienen secundaria completa, el 13,4% (n=15) tienen superior incompleto, el 11,6% (n=13) primaria incompleta, un 2,7% (n=3) tienen superior completo, el 1,8% (n=2) primaria completa y finalmente un 0,9% (n=1) no tiene estudios. Según la condición de ocupación, el 49,1% (n=55) tienen trabajo eventual, seguido del 32,1% (n=36) tiene trabajo estable y el 18,8% (n=21) no presentan ocupación alguna. Según el tipo de familia, el 58,9% (n=66) son nucleares, seguido del 33% (n=37) son extendidas, el 7,1% (n=8) fueron ampliadas y el 0,9% (n=1) fue monoparental. Según lo referente al COVID-19, se observa que el 77,7% (n=87) no se infectó de COVID-19, pero el 22,3% (n=25) si tuvo la enfermedad. Según la infección de COVID-19 de un familiar, el 58,9% (n=66) dijo que si y el 41,1% (n=46) mencionó que no habían tenido algún familiar infectado, en cuanto a la muerte de un familiar por la COVID-19, el 80,4% (n=90) indicó que no y el 19,6% (n=22) mencionó haber tenido un familiar fallecido por esta enfermedad.

**Tabla 2. Miedo al COVID-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112).**

| Miedo al COVID-19 | n   | %      |
|-------------------|-----|--------|
| Bajo              | 23  | 20,5%  |
| Medio             | 57  | 50,9%  |
| Alto              | 32  | 28,6%  |
| Total             | 112 | 100,0% |

*Elaboración propia.*

En la tabla 2, en cuanto al miedo al COVID-19, predominó el nivel medio con 57 participantes que representan el 50,9%, seguido de nivel alto con 32 participantes que representan el 28,6% y 23 participantes que representan el 20,5% presentaron nivel bajo.

**Tabla 3. Miedo al COVID-19, en su dimensión reacciones al miedo emocional durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112).**

| Reacciones al miedo emocional | n   | %      |
|-------------------------------|-----|--------|
| Bajo                          | 23  | 20,5%  |
| Medio                         | 60  | 53,6%  |
| Alto                          | 29  | 25,9%  |
| Total                         | 112 | 100,0% |

*Elaboración propia.*

En la tabla 3, en cuanto al miedo en su dimensión reacciones al miedo emocional, 60 participantes que representan el 53,6% presentan un nivel medio, seguido de 29 participantes que representan el 25,9% presentan nivel alto y 23 participantes que representan el 20,5% obtuvieron un nivel bajo.

**Tabla 4. Miedo al COVID-19, en su dimensión expresiones somáticas durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020 (N=112).**

| Expresiones somáticas | n   | %      |
|-----------------------|-----|--------|
| Bajo                  | 27  | 24,1%  |
| Medio                 | 53  | 47,3%  |
| Alto                  | 32  | 28,6%  |
| Total                 | 112 | 100,0% |

*Elaboración propia.*

En la tabla 4, en cuanto al miedo al COVID-19 en su dimensión expresiones somáticas, predominó 53 participantes que representan el 47,3% obtuvo nivel medio, seguido de 32 participantes que representan el 28,6% obtuvieron nivel alto y finalmente 27 participantes que representan el 24,1% un nivel bajo.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSION PROPIAMENTE DICHA

Es innegable el impacto negativo de la pandemia en las diversas actividades humanas y en la salud mental; ante ello, es necesario desarrollar conocimiento científico y evidencia con suma urgencia, para así poder reorientar la atención oportuna y pertinente en beneficio de las poblaciones vulnerables. Algunos métodos utilizados en el brote de SARS podrían ser útiles para la respuesta al brote de 2019-nCoV; por ello, los estudios antecedentes también son importantes analizarlos y reflexionar en torno a sus resultados. Ante ello, en el presente estudio se planteó como objetivo identificar el miedo al COVID-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar de una población desfavorecida.

En cuanto al miedo al COVID-19, predominó el nivel medio con 50,9% (57 participantes), seguido de nivel alto con 28,6% (32 participantes) y el 20,5% (23 participantes) presentó nivel bajo. Estos efectos podrían representar los resultados de salud mental para las personas afectadas por COVID-19. Similar a nuestro estudio, Sathe y colaboradores (23), indicaron que el 50,4% de los participantes presentaron un nivel de miedo leve, seguidamente del 46,6% que informaron un nivel moderado, tan solo el 3% presentó un nivel severo; concluyendo que el sexo femenino era el más vulnerable y el nivel de medio leve. Otro estudio realizado por Rodríguez-Hidalgo y colaboradores (24), indicaron resultados diferentes a los nuestros, donde demostraron que predominó el nivel alto, aunque señaló que el sexo femenino es el más predominante. Las reacciones psicológicas a las pandemias incluyen conductas desadaptativas, angustia emocional y respuestas defensivas, ansiedad, miedo, frustración, soledad, ira, aburrimiento, depresión, estrés, conductas de evitación (39). En el ámbito de salud es importante examinar la variabilidad entre los diferentes grupos en términos de vulnerabilidad, sensibilidad y reacción al miedo, ante ello se debe diseñar programas y tratamientos de educación, prevención efectivos.

En cuanto al miedo en su dimensión reacciones al miedo emocional, predominó el nivel medio con 53,6% (60 participantes), seguido de nivel alto con 25,9%

(n=29 participantes) y nivel bajo con 20,5% (23 participantes), al parecer el impacto negativo de la pandemia va afectando a los participantes. El estudio de Doshi y colaboradores (25), realizó una correlación entre el miedo al COVID-19 y los datos sociodemográficos donde señaló que aquellos que no tienen estudios o trabajan en el ambiente de salud presentan un nivel alto. Asimismo, el estudio de Mejía y colaboradores (27), indicó que los participantes perciben el miedo al ver las redes sociales con 64% y la televisión con 57% como información exagerada. Ante ello, es importante que los equipos multidisciplinarios de salud mental establecidos por las autoridades de salud a nivel regional y nacional (incluidos psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos clínicos y otros trabajadores de salud mental) deben brindar apoyo de salud mental a pacientes, ello debe ser parte de la atención integral que se les brinda.

En cuanto al miedo al COVID-19 en su dimensión expresiones somáticas, predominó el nivel medio con 47,3% (53 participantes), seguido del nivel alto con 28,6% (32 participantes) y nivel bajo con 24,1% (27 participantes), el miedo tiene como efecto generar expresiones somáticas en las personas, que, de no abordarse oportunamente, puede significar y convertirse en un problema psicosocial mayor. El estudio de Rahman y colaboradores (28), indicaron que todos aquellos que tienen comorbilidades, alteraciones mentales presentan un nivel más alto de angustia y miedo. El impacto a largo plazo en la salud mental de la COVID-19 puede tardar semanas o meses en hacerse completamente evidente, manejar este impacto requiere un esfuerzo concertado no solo de los psiquiatras sino del sistema de atención en salud en general, el miedo puede generar otras afecciones psicosociales mayores como ansiedad y estrés (40). Dicho esto, las estrategias más recomendadas para controlar la propagación de la COVID-19, son el distanciamiento social y el lavado frecuente de manos que no son fáciles para los millones de personas que viven en comunidades muy densas con viviendas precarias o inseguras, saneamiento y acceso a agua potable deficientes. Debido a que a menudo, las personas que viven en estos entornos también padecen desnutrición, enfermedades no transmisibles y enfermedades infecciosas como el VIH / SIDA y la tuberculosis, se debe de tener más cuidado en poder darles la atención debida la cual debe ser pertinente y oportuna (6).

Nuestro sistema de salud tiene limitaciones históricas, está precarizado y el servicio dirigido a la población no es de calidad. Durante esta pandemia, fueron expuestas en toda su dimensión dichas limitaciones, que se traducen en una importante cantidad de infectados y fallecidos, mostrando indicadores negativos en comparación al manejo de la pandemia con otros países de la región.

Con el fin de abordar mejor los problemas psicosociales urgentes de las personas afectadas en la pandemia COVID-19, se sugiere que se pueda formular un nuevo modelo de atención integral de salud, donde se haga prevención e intervención en situaciones de crisis psicosociales generados durante la emergencia sanitaria. En lo que respecta a las personas afectadas por COVID-19, las intervenciones deben basarse en una evaluación integral de los factores de riesgo que conducen a problemas psicosociales, incluida la mala salud mental antes de una crisis, duelo, dificultades a nivel personal o familiar, circunstancias potencialmente mortales, pánico, separación de la familia y de los bajos ingresos del hogar.

#### **4.1 CONCLUSIONES**

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

#### **4.2 RECOMENDACIONES**

- Ante la incertidumbre vivida en esta nueva normalidad, se debe informar adecuadamente a la población sobre las medidas de cuidado y autocuidado que deben asumir para evitar el contagio durante la pandemia. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención; así como, las direcciones de salud, deben coordinar para hacer llegar un mensaje de alerta, pero sin encender alarmas o alimentar más la situación de incertidumbre o saturación de información que muchas veces es inadecuada y equivocada.

- Se sugiere al establecimiento de salud de la zona que presta servicios en el primer nivel de atención, diseñe estrategias para cuidar la salud psicosocial de la población, la atención debe ser integral y dentro de ello se debe contemplar acciones que permitan contrarrestar el efecto negativo de la pandemia en la salud mental de los participantes y pobladores en general. El trabajo extramural debe ser contemplado en este proceso.
- En cuanto a las personas que obtuvieron niveles medio y alto de miedo al COVID-19, se sugiere: poder brindarles una información clara y adecuada sobre la pandemia, los cuidados a tener en cuenta para evitar contagios y algunas charlas que les permita poder afrontar el impacto psicosocial negativo que esta trae. El profesional enfermero debe promover el cuidado y autocuidado de estas personas, para que puedan sobrellevar de una mejor manera esta situación de incertidumbre y emergencia sanitaria en que vivimos. Los abordajes de estas personas deben hacerse mediante un equipo multidisciplinario, donde el enfermero lidere con su ciencia del cuidado las intervenciones a realizarse.
- En investigaciones a realizarse en un tiempo futuro, se sugiere tomar en cuenta una población mayor, que permita obtener resultados que puedan ser generalizados a realidades idénticas.
- Este tema debe complementarse con el desarrollo de estudios que asuman otros enfoques como el cualitativo o mixto, ello permitirá tener una comprensión más profunda del problema analizado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2020 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Epidemiología. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. Perú; 2021. Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
3. Thorlund K, Dron L, Park J, Hsu G, Forrest J, Mills E. A real-time dashboard of clinical trials for COVID-19. *Lancet Digit Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2021];2(6):286-287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195288/>
4. Rajgor D, Lee M, Archuleta S, Bagdasarian N, Chye S. The many estimates of the COVID-19 case fatality rate. *The Lancet* [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2021];20(7):776-777. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270047/>
5. Nikolich-Xugich J, Knox K, Rios C, Natt B, Bhattacharya D, Fain M. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. *GeroScience* [revista en Internet] 2020 [citado 20 de abril de 2021];42(2):505-514. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7145538/>
6. The Lancet. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2021];8(5):e644. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270489/>
7. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2020];395: 912-920. Disponible en: <https://gpsych.bmj.com/content/gpsych/33/2/e100213.full.pdf>

8. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2021];87(4):281-286. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090728/pdf/12098\\_2020\\_Article\\_3263.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090728/pdf/12098_2020_Article_3263.pdf)
9. Ayittey F, Ayittey M, Chiwero N, Kamasah J, Dzuvor C. Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *Journal of Medical Virology* [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2021];92(5):473-475. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166799/pdf/JMV-92-473.pdf>
10. Shultz J, Cooper J, Baingana F, Oquendo M, Espinel Z, Althouse B, et al. The Role of Fear-Related Behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola Virus Disease Outbreak. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. 2016 [citado 20 de abril de 2021];18(11):104. Disponible en: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241909/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241909/)
11. Wan C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, et al. Mental health in the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Salud pública* [Internet]. 2020 [citado 17 de setiembre de 2020];17(5):1-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/pdf/ijerph-17-01729.pdf>
12. Ahmed Z, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 23 de abril de 2021];51(2020):102092. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194662/>
13. Yu T, Yuan Y, Wen L, Ling Z, Qinge Z, Teris C. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet* [Internet] 2020 [citado 5 de junio de 2020];7(3):228-229. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30046-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30046-8/fulltext)
14. Mohammed M, Griffiths M. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due

- to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry journal* [revista en Internet] 2020 [citado 22 de febrero de 2021];51(1):1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139250/pdf/main.pdf>
15. 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](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292241/pdf/11469_2020_Article_343.pdf)
  16. Harper C, Satchell L, Fido D, Latzman R. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction* [Internet]. 2020 [citado 30 de octubre de 2020]; 27(1):1-14. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185265/pdf/11469\\_2020\\_Article\\_281.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185265/pdf/11469_2020_Article_281.pdf)
  17. Bashir M, Ma B, Komal B, Bashir M, Tan D, Bashir M. Correlation between climate indicators and COVID-19 pandemic in New York, USA. *Science of the Total Environment* [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2021]; 728(2020):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195034/pdf/main.pdf>
  18. Hoog N, Stroebe W, Whit J. The processing of fear-arousing communications: How biased processing leads to persuasion. *Social Influence* [Internet] 2008 [citado 12 de febrero de 2021];3(2):84-113. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15534510802185836?needAccess=true>
  19. Adolphs R. The Biology of Fear. *Curr Biol.* [Internet]. 2018 [citado 12 de febrero de 2021 ];23(2):79-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3595162/pdf/nihms431820.pdf>

20. Dozois D. también compraron. Canadá: *Abnormal psychology perspectives*; 2018. 95–125 p.
21. Riva M, Benedetti M, Cesana G. Pandemic Fear and Literature: Observations from Jack London's *The Scarlet Plague*. *Emerging Infectious Diseases* [Internet] 2014 [citado 20 de abril de 2021];20(10):1753-1757. Disponible en: [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/20/10/13-0278\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/20/10/13-0278_article)
22. Shin L, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2010 [citado 15 de enero de 2021]; 35(1):169-191. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055419/pdf/npp200983a.pdf>
23. 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>
24. 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>
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. Magano J, Vidal D, Sousa H, Pimienta M, Leite Â. Validation and Psychometric Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) and Associations with Travel, Tourism and Hospitality. *International Journal of Environmental*

- Research and Publi [Internet]. 2021 [citado 14 de febrero de 2021];18(427): 2-12. Disponible en: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9218/1/ijerph-18-00427-v2.pdf>
27. 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>
  28. 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>
  29. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. 2018. 714 p.
  30. Pakpour A, Griffiths M. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders* [Internet]. 2020 [citado 2 de febrero de 2021];1(2020):1-6. Disponible en: [http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561/1/1313636\\_Griffiths.pdf](http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561/1/1313636_Griffiths.pdf)
  31. Casas J, Repullo J, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atencion Primaria* [Internet] 2003 [citado 18 de marzo de 2021];31(8):527-538. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707288>
  32. Ponto J. Understanding and Evaluating Survey Research. *Journal of the advanced practitioner in oncology* [Internet]. 2015 [citado 7 de enero de 2021]; 6(2):168-171. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4601897/pdf/jadp-06->

168.pdf

33. 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>.
34. Rendón-Macias M, Villasís-Keever M, Miranda-Navales 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>
35. Department of Health & Human Services. The Belmont Report - Historic [Internet]. 1976. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
36. Miracle V. The belmont report: The triple crown of research ethics. *Dimensions of Critical Care Nursing* [Internet]. 2016 [citado 4 de noviembre de 2020];35(4):223-228. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27258959/>
37. Comisión nacional para la protección de personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. The Belmont Report. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación [Internet]. Estados Unidos; 1979. p. 1–10. Disponible en: [https://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/informe\\_belmont.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/informe_belmont.pdf)
38. 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>
39. 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>

40. Maunder R. Was SARS a mental health catastrophe?. *General Hospital Psychiatry* [Internet]. 2009 [citado 19 de abril de 2021];31(4):316-317. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19555790/>

## **ANEXOS**

## Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

| OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE MIEDO AL COVID-19   |   |   |  |                                |                                   |                      |                   |   |
|---|---|---|--|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|---|
| TÍTULO: Miedo al COVID-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 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 por COVID-19  | Tipo de variable según su naturaleza:<br><br>Cualitativa<br><br>.Escala de medición:<br><br>Ordinal | Es una condición emocional desagradable que se presenta en los individuos por la percepción de estímulos amenazantes o situaciones de peligro (30). | Es una condición emocional desagradable que se presenta en los jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca por la percepción de estímulos amenazantes o situaciones de peligro, que se expresa en reacciones al miedo emocional y expresiones somáticas de miedo, el cual será medido con la Escala Miedo al COVID-19. | Reacciones al miedo emocional  | Cantidad de reacciones            | 4 ITEMS<br>(1,2,4,5) | Bajo              | 0 a 12 puntos<br>13 a 23 puntos<br>24 a más puntos  |
|   |   |   |  | Expresiones somáticas de miedo | Cantidad de expresiones somáticas | 3 ITEMS<br>(3,6,7)   | Medio<br><br>Alto | 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 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

##### Marque según el tipo de familia que corresponda

- ( ) Nuclear
- ( ) Monoparental
- ( ) Extendida
- ( ) Ampliada
- ( ) Reconstituida
- ( ) Equivalente familiar
- ( ) Persona sola

Cuestionario sobre miedo al COVID-19, marque la respuesta que usted crea conveniente con lo que ha sentido durante las 2 últimas semanas.

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

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

## **Anexo C. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

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 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020.

**Nombre del investigador o investigadores principales:**

Campos Carrera Ederson

Bañez Vía Yuleysi Diana

Matta Zamudio Lourdes Sukeyko

**Propósito del estudio:** Determinar el miedo al Covid-19 durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 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 Matta Zamudio Lourdes Sukeyko, coordinador de equipo de investigación (teléfono móvil N° 936294575) o al correo electrónico: sukeyko201995@gmail.com

**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.

Lima, febrero de 2021.

|   |                        |
|---|------------------------|
| 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 investigador                         | Firma                  |
| Lourdes Sukeyko Matta Zamudio                               |                        |
| Nº de DNI   |                        |
| 74810309  |                        |
| Nº teléfono móvil   |                        |
| 936294575   |                        |
| Nombre y apellidos del responsable de encuestar             | Firma                  |
| Lourdes Sukeyko Matta Zamudio                               |                        |
| Nº de DNI   |                        |
| 74810309  |                        |
| Nº teléfono   |                        |
| 936294575   |                        |
| Datos del testigo para los casos de participantes iletrados | Firma o huella digital |
| Nombre y apellido:  |                        |
| DNI:  |                        |
| Teléfono:   |                        |

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

.....  
Firma del participante

#### Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición

| Profesionales          | Congruencia de ítems | Amplitud de contenido | Redacción de los ítems | Claridad y precisión | Pertinencia | Resultado    |
|------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|-------------|--------------|
| Profesional 1          | 90%                  | 90%                   | 90%                    | 90%                  | 90%         | 90%          |
| Profesional 2          | 85%                  | 85%                   | 85%                    | 85%                  | 85%         | 85%          |
| Profesional 3          | 85%                  | 85%                   | 90%                    | 90%                  | 85%         | 87%          |
| Profesional 4          | 90%                  | 95%                   | 90%                    | 90%                  | 95%         | 92%          |
| Profesional 5          | 90%                  | 90%                   | 90%                    | 90%                  | 90%         | 90%          |
| <b>RESULTADO FINAL</b> |                      |                       |                        |                      |             | <b>88,8%</b> |

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

La validez de contenido del instrumento fue de 88,8%, lo cual se interpreta como bueno.

## **Anexo E. Validez del instrumento de recolección de datos**

Se determinó la validez de la Escala de miedo al COVID-19 mediante la medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. La prueba de adecuación obtuvo un puntaje de 0,802 ( $KMO > 0,5$ ). 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.

| <b>KMO y prueba de Bartlett</b>                             |                         |          |
|---|-------------------------|----------|
| <b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.</b> |                         | ,802     |
| <b>Prueba de esfericidad de Bartlett</b>                    | Chi-cuadrado aproximado | 1087,765 |
|   | gl                      | 21       |
|   | Sig.                    | ,000     |

## **Anexo F. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos**

La confiabilidad del instrumento se determinó en función al coeficiente Alfa de Cronbach. El resultado de la prueba arrojó 0,972 ( $\alpha > 0,6$ ), 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.

| <b>Estadísticos de fiabilidad</b> |                |
|-----------------------------------|----------------|
| <b>Alfa de Cronbach</b>           | N de elementos |
| <b>0,972</b>                      | <b>7</b>       |

## Anexo G. Tabla complementaria

**Tabla 5. Miedo al COVID-19, según el sexo, durante la emergencia sanitaria en jefes de hogar que residen en el Asentamiento Humano Cuernavaca, Comas – 2020**

|                   |       | SEXO DEL PARTICIPANTE |       |           |       |
|-------------------|-------|-----------------------|-------|-----------|-------|
|                   |       | Femenino              |       | Masculino |       |
|                   |       | n                     | %     | n         | %     |
| Miedo al COVID-19 | Bajo  | 14                    | 12,5% | 9         | 8,0%  |
|                   | Medio | 15                    | 13,4% | 42        | 37,5% |
|                   | Alto  | 19                    | 17,0% | 13        | 11,6% |
|                   | Total | 48                    | 42,9% | 64        | 57,1% |

*Elaboración propia*

En la tabla 5, según el sexo femenino, 19 participantes que representan el 17% presentaron un nivel alto de miedo, seguido de nivel medio con 15 participantes que representan el 13,4% y finalmente 14 participantes que representan el 12,5% obtuvieron un nivel bajo. En cuanto al sexo masculino, predominó el nivel medio ya que 42 participantes representaron el 37,5%, seguido de 13 participantes que representaron el 11,6% obtuvieron un nivel alto y finalmente 9 participantes que representaron el 8% obtuvieron un nivel bajo.