



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Ansiedad por coronavirus durante la pandemia Covid-19, en personas
residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II
en Los Olivos, 2020

PRESENTADO POR

Guelac Guimac, Noilina

ASESOR

Pipa Carhuapoma, Alfredo José

Los Olivos, 2021

Agradecimiento

En especial a las personas que nos dieron todas las facilidades para poder concluir adecuadamente con el estudio.

Dedicatoria

A las personas que de forma constante nos dieron el aliento y soporte para poder culminar con la carrera y la investigación.

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 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	16
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	18
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	18
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos	18
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	19
III. RESULTADOS	21
IV. DISCUSIÓN	29
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA	29
4.2 CONCLUSIONES	33
4.3 RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	41

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.....	21
Tabla 2. Ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.	23
Tabla 3. Ansiedad por coronavirus en su dimensión mareo, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.....	24
Tabla 4. Ansiedad por coronavirus en su dimensión trastorno del sueño, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.....	25
Tabla 5. Ansiedad por coronavirus en su dimensión inmovilidad tónica, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.....	26
Tabla 6. Ansiedad por coronavirus en su dimensión pérdida de apetito, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.....	27
Tabla 7. Ansiedad por coronavirus en su dimensión malestar abdominal, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.....	28

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	42
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	43
Anexo C. Consentimiento informado.....	45
Anexo D. Validez de contenido de la Escala de Ansiedad por Coronavirus....	47
Anexo E. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos CAS.....	48

Resumen

Objetivo: Determinar la ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Materiales y métodos: El estudio fue realizado desde la mirada del enfoque cuantitativo y en cuanto al diseño de investigación ésta fue descriptiva y transversal. Se contó con 128 participantes. La técnica utilizada para recolectar los datos fue la encuesta y el instrumento de medición fue la escala de ansiedad por coronavirus, que consta de 5 enunciados.

Resultados: En cuanto a la ansiedad por coronavirus, predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8% (74 participantes) y el 42,2% (54 participantes) presentó ansiedad disfuncional. En cuanto a las dimensiones; en mareo, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con un 55,5%, seguido de ansiedad disfuncional con un 44,5%; en trastorno del sueño, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 55,5%, seguido de ansiedad disfuncional con 44,5%; en inmovilidad tónica, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8%, seguido de ansiedad disfuncional con 42,2%; en pérdida de apetito, predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8%, seguido de ansiedad disfuncional con 42,2%. Finalmente, en malestar abdominal, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 59,4% seguido de ansiedad disfuncional con 40,6%.

Conclusiones: En cuanto a la ansiedad por coronavirus, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional seguido de aquellos que tienen ansiedad disfuncional. En cuanto a las dimensiones (mareo, en trastorno del sueño, inmovilidad tónica, pérdida de apetito, malestar abdominal), en todas predominaron los que están sin ansiedad disfuncional.

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

Abstract

Objective: To determine the anxiety due to coronavirus during the COVID-19 pandemic, in people residing in the Human Settlement Juan Pablo II in the district of Los Olivos, 2020.

Materials and methods: This study was carried out taking into consideration the quantitative approach, with a cross-sectional descriptive research design. The population consisted of 128 participants. The data collection technique was the survey and the measurement tool was the coronavirus anxiety scale, which presents 5 statements.

Results: Regarding anxiety due to coronavirus, those without dysfunctional anxiety predominated with 57.8% (74 participants) and 42.2% (54 participants) presented dysfunctional anxiety. As to the dimensions, those without dysfunctional anxiety predominated in dizziness with 55.5%, followed by dysfunctional anxiety with 44.5%. Concerning sleep disorders, those without dysfunctional anxiety predominated with 55.5%, followed by dysfunctional anxiety with 44.5%. With regard to tonic immobility, those without dysfunctional anxiety predominated with 57.8%, followed by dysfunctional anxiety with 42.2%. Regarding loss of appetite, those without dysfunctional anxiety predominated with 57.8%, followed by dysfunctional anxiety with 42.2%. Finally, in abdominal discomfort, those without dysfunctional anxiety predominated with 59.4%, followed by dysfunctional anxiety with 40.6%.

Conclusions: Regarding coronavirus anxiety, those without dysfunctional anxiety predominated, followed by the ones with dysfunctional anxiety. In terms of dimensions (dizziness, sleep disorder, tonic immobility, loss of appetite, abdominal discomfort), those without dysfunctional anxiety predominated in all of them.

Keywords: Anxiety, population, COVID-19 (Source: MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

El alcance de la pandemia por COVID-19 y su eventual impacto negativo en la salud y el bienestar de toda la población es incierto; con la incertidumbre viene el miedo, la ansiedad y la preocupación. En estas circunstancias de emergencia sanitaria en las que muchas personas se infectan y están muriendo, los problemas psicosociales vienen escalando de manera alarmante (1). Actualmente a nivel global se registran 56 270 020 casos confirmados y 1 349 728 fallecidos. En el Perú se registran 939 931 casos confirmados y 35 317 fallecidos (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indicó que la pandemia originada por el COVID-19 viene alterando la dinámica de los servicios de salud mental en muchos países. Por ello, destacaron que el 60% de los servicios de salud mental se vieron interrumpidos para la población más vulnerable, entre ellos el 72% son adolescentes y 70% adultos mayores. Asimismo, el 30% reportó dificultades e interrupciones para acceder a sus medicamentos para sus problemas mentales y neurológicos ya establecidos antes de la pandemia (3).

En este sentido, diferentes estudios han informado sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental y cómo ha provocado mayores niveles de estrés, depresión, ansiedad, aumento de las tasas de suicidio, abuso de sustancias y violencia doméstica (4)(5). Un estudio encontró mayores tasas de angustia psicológica entre los adultos de Estados Unidos, durante el mes de abril del presente año, en comparación con resultados del 2018, hay un notorio aumento que se da mayormente en los jóvenes de 18 a 24 años y en las mujeres (6). Otro estudio realizado en China a 50 mil participantes indicó que el 35% experimenta angustia psicológica durante la pandemia (7). Un estudio realizado en Arabia Saudita, indicó que los participantes luego de haberse autoevaluado, presentaban un estado de salud deficiente, encontrándose un mayor impacto psicológico y una salud mental deficiente en el 86,6% (8).

La situación en rápida evolución ha alterado drásticamente la vida de la población; así como, múltiples aspectos de la economía mundial, pública y privada. La disminución de la dinámica social en actividades como el turismo, la

aviación, la agricultura y la industria financiera debido al brote de COVID-19 es evidente ya que los gobiernos a nivel internacional ordenaron restricciones masivas en los aspectos sociales y económicos, con el objetivo de contener el avance de la infección y contagio (9). Debido a las restricciones de actividades sociales y confinamiento obligatorio las personas expresan problemas económicos, aislamiento social, alteración del estilo de vida y pérdida de ingresos personales, mientras que la sociedad pierde su productividad en una economía estancada (10).

La pandemia y emergencia sanitaria actual generan incertidumbre, nerviosismo y ansiedad en una sociedad donde todos estamos afectados en alguna medida. La evidencia reciente sugiere que las personas que se mantienen aisladas y en cuarentena experimentan niveles significativos de ansiedad, ira, confusión y estrés (11). En general, todos los estudios que han examinado los trastornos psicológicos durante la pandemia por COVID-19 han informado que las personas afectadas muestran varios síntomas de trauma mental como angustia emocional, depresión, estrés, cambios de humor, irritabilidad, insomnio, déficit de atención, trastorno de hiperactividad, estrés postraumático e ira (12). Otro estudio realizado en la India indicó que cuando se les preguntó a los participantes qué tipo de medio influencia en sus niveles de estrés y ansiedad, el 42% de la población dijo que la televisión, el 10% dijo periódicos, el 26% dijo que las redes sociales y el 21% dijo no había influencia de los medios (13).

La pandemia por COVID-19 ha llevado a una excesiva carga de información por parte de los medios de comunicación, lo que puede incrementar el nivel de ansiedad. El consumo excesivo de noticias sobre la propagación de enfermedades transmisoras puede llevar a un pensamiento de preocupación persistente, lo que afecta a la salud mental de las personas (14).

Un estudio realizado en China a inicios de la pandemia, indicó que las pandemias de salud movilizan todos los recursos de los sistemas de salud locales y nacionales por controlar a los infectados y prevenir la propagación de la enfermedad y que muy pocos sistemas de atención médica reconocen la importancia de la intervención de salud mental como un pilar clave en el manejo efectivo de la enfermedad (15). Otro estudio indicó que los datos de las

encuestas de opinión pública recientes muestran que la COVID-19 está teniendo un impacto psicológico significativo. Una encuesta realizada a 1354 adultos canadienses realizada a principios de febrero de 2020 indicó que un tercio de los encuestados estaban preocupados por el virus y el 7% estaba muy preocupado por infectarse (16).

La ansiedad se refiere a la preocupación y el miedo intenso, excesivo y persistente por situaciones cotidianas (13). También se manifiesta como una sensación de tensión, preocupación y cambios físicos como aumento de la presión arterial, sudoración, temblores, mareos o palpitaciones (17).

Se define cuarentena al conjunto de restricciones que se impone a las personas para poder realizar sus actividades debido a que han estado expuestas a una enfermedad contagiosa o reducir algún riesgo (18).

La Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), es un evaluador de salud mental de cinco elementos diseñado para ayudar de manera eficiente y efectiva a los profesionales de la salud e investigadores a identificar casos probables de ansiedad disfuncional asociados con la crisis de COVID-19. Cada elemento del CAS incluye una reacción distinta de miedo o ansiedad de base fisiológica a los pensamientos o información relacionados con el coronavirus (19). Es importante señalar que la ansiedad por coronavirus también se ha denominado "coronaphobia" en esta línea de investigación emergente (20).

Los indicadores que acompañan a la ansiedad por coronavirus como mareo (sensación de vértigo-inestabilidad), trastorno del sueño (cambio en la forma de dormir), inmovilidad tónica (quedarse paralizado ante el miedo o temor a algo), pérdida de apetito (no tener hambre) y malestar abdominal (molestia o dolor en la zona del abdomen), se dan como parte de la respuesta que el organismo expresa ante la sensación de preocupación y temor ante una situación amenazante que se presente. Los individuos con presencia de alta ansiedad suelen confundir e interpretar la percepción de sensaciones y cambios a nivel corporal de naturaleza benigna como algo peligroso. En el caso de situaciones extremas como las pandemias, dependiendo de experiencias vivenciadas previamente, se puede interpretar negativamente la presencia de algún tipo de

dolor normal a nivel de los músculos o la presencia de tos, como signos de estar infectados por el virus (21)(22).

Lee y colaboradores (19) durante el año 2020, en USA, realizó un estudio titulado “Miedo y ansiedad clínicamente significativos de COVID-19: un examen psicométrico de la escala de ansiedad por coronavirus”, examinó las propiedades psicométricas de la escala CAS utilizando una encuesta en línea de 398 trabajadores adultos de Amazon MTurk en los EE. UU. En general, sus resultados fueron en gran medida consistentes con los resultados de la primera investigación de CAS y respaldan la validez de este instrumento de medición de salud mental para la investigación y la práctica relacionadas con la COVID-19.

Caycho T. y colaboradores (23), durante el 2020, en Perú, desarrollaron un estudio sobre la ansiedad por coronavirus en la población peruana, contaron con la participación de 790 personas mayores de 18 años. Aplicaron la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS). Los resultados demostraron que las mujeres ($1,28 \pm 0,80$) tenían mayores síntomas de ansiedad por COVID-19 que los hombres ($1,11 \pm 0,75$) ($p < 0,001$). Concluyeron que las mujeres son las que presentan más ansiedad.

Vivanco P. (24), durante el 2021, en Perú, desarrolló un estudio sobre ansiedad por COVID-19 y salud mental en universitarios. Participaron 356 estudiantes. Aplicaron la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS). Su hallazgo demostró que existe relación significativa al comparar la ansiedad y la salud mental respecto a las variables sociodemográficas. Concluyendo que aquellos que presentan mayor ansiedad obtienen una menor salud mental.

Prasad D y colaboradores (25), durante el 2021, en la India, desarrollaron un estudio sobre miedo y ansiedad en personas que asisten a un hospital de atención terciaria, contaron con la participación de 398 participantes. Uno de los instrumentos utilizados fue la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS). Los resultados indicaron que el 20,4% de los participantes tenían ansiedad debido al COVID-19. Asimismo, también dedujeron que las personas con ansiedad relacionada con COVID-19 enfrentaron más miedo.

Magano J. y colaboradores (26), durante el 2021, en Portugal, desarrollaron una investigación sobre la ansiedad y miedo al COVID en población portuguesa. Uno de los instrumentos utilizados fue el CAS. Los resultados indicaron que ambas escalas se relacionan, a mayor ansiedad, mayor es el miedo en las personas. Asimismo, concluyeron que todos los cambios están generando ansiedad y miedo, especialmente cuando no son deseados, ya que la mayoría de los cambios que las personas han tenido que realizar en su vida están relacionados con la nueva normalidad forzada por la situación de emergencia sanitaria que se a nivel global.

Mohammadpour y colaboradores (27), en Irán, durante el 2020, desarrollaron una investigación sobre las propiedades psicométricas de la versión iraní de la escala de ansiedad por coronavirus CAS. Sus resultados mencionan que, existió correlación significativa, positiva y negativa en las emociones y problemas de conducta. Concluyeron que, la ansiedad relacionada con la COVID-19 puede ser desproporcionada e innecesaria y causar muchos problemas psicológicos. La versión iraní de la escala de ansiedad por coronavirus refleja la validez y confiabilidad deseables y podría usarse como una herramienta de detección breve y válida para medir la medición de la ansiedad por coronavirus.

Ramos C (28), en su estudio realizado en Perú, en el año 2021, titulado “La dinámica interna de la Escala de Ansiedad por Coronavirus mediante análisis en red”, señala que la Coronavirus Anxiety Scale (CAS) es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación de la COVID-19. Cada elemento del CAS incluye una reacción distinta de miedo o ansiedad de base fisiológica a los pensamientos o información relacionados con el coronavirus. Este instrumento se aplicó a un grupo de 450 adultos peruanos (el 57,11% mujeres; media de edad, 34 años) a través de los formularios de Google, con un formulario de consentimiento adjunto, evaluado durante los meses de julio y agosto, realizando el análisis multivariante, conocido como network analysis estima coeficientes estadísticos de tamaño de efecto que valora la magnitud de las conexiones de red. La importancia de otras alternativas metodológicas en la evaluación del impacto de la COVID-19 como el network analysis permite reportar hallazgos específicos que ayudan a los profesionales de la salud en la identificación más precisa de los componentes más prevalentes que refuerzan la dinámica

disfuncional de la ansiedad por COVID-19 como en el presente estudio. Este malestar específico a largo plazo puede deteriorar el funcionamiento físico y mental e incluso derive en un trastorno clínico grave ante la falta de tratamiento por la coyuntura pandémica. Los resultados son un aporte en la evaluación mediante encuestas de salud para su uso en la detección e intervención de los efectos negativos de la COVID-19, y de gran implicancia en la investigación como un modelo de contraste que puede complementarse con otras metodologías.

La pandemia por COVID-19 y la recesión económica generada por las medidas de restricción de actividades económicas y sociales para salvaguardar la salud pública, vienen afectando negativamente la salud mental de muchas personas que estaban sanas y han creado nuevas barreras para las personas que ya padecían enfermedades mentales y trastornos por abuso de sustancias. Se viene reportando una gran incertidumbre y temor por la situación de emergencia sanitaria prolongada en que vivimos, ello hace que aparezcan síntomas de ansiedad, estrés, depresión, entre otros, que vienen afectando la salud emocional de la población. La importancia de este estudio está en que busca valorar la salud emocional de los participantes para identificar signos de ansiedad, y así generar conocimiento y evidencia científica que permita identificar y poder actuar ante este problema que afecta la salud psicosocial de esta población vulnerable.

Desde la puesta en marcha del estudio se programó una búsqueda bibliográfica importante en diferentes plataformas virtuales, ahí se pudo ver que los estudios vinculados al COVID-19 se enfocan principalmente en ver la enfermedad desde el punto de vista clínico, su tratamiento, complicaciones clínicas y proceso de recuperación, pero poco es lo que se ve de su impacto negativo en la salud emocional de la población general; en nuestro país no se encontró estudios antecedentes similares, del mismo modo en la zona donde se realizó el trabajo de campo tampoco se evidenció estudio antecedente alguno sobre el tema tratado en esta investigación. Lo señalado justifica la realización del presente estudio que busca generar conocimiento, que permita más adelante tomar decisiones que estén orientados al cuidado de la salud emocional de las personas.

En cuanto al valor práctico, el estudio y sus resultados permitirán a las autoridades del asentamiento humano y al establecimiento de salud de la jurisdicción conocer y diseñar medidas de prevención para evitar o mitigar el daño emocional de la pandemia en la población.

En cuanto al valor social, el estudio realizado permitirá que se pueda conocer la situación emocional de los participantes en relación con la ansiedad; asimismo, se podrán realizar estrategias que permitan cuidar la salud integral de dicha población, todo en beneficio de ellos mismos.

En cuanto al valor científico de la investigación ya concluida, esta fue desarrollada teniendo en cuenta los lineamientos del método científico; asimismo, se empleó abundante bibliografía científica relevante y de alto impacto que permitió obtener resultados y conclusiones válidas y confiables que puedan ser consideradas como evidencia científica.

El objetivo del estudio realizado fue determinar la ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación ya desarrollada, fue abordada desde la perspectiva del enfoque metodológico cuantitativo, ello debido al tipo de instrumento de medición utilizado y al uso de procedimientos estadísticos para realizar el análisis de los datos recolectados. En cuanto al diseño, la investigación fue descriptivo-transversal, descriptivo debido a que la variable principal fue presentada en su medio natural sin realizar intervención alguna y transversal ya que esta variable fue medida una sola vez durante el tiempo que duró la investigación (29).

2.2 POBLACIÓN

En la presente investigación se planificó incluir la población completa (población finita), identificada a través de un trabajo censal realizado inicialmente con el apoyo de dos promotores de salud de la zona. Esta estuvo conformada por 128 participantes residentes en la zona denominada Asentamiento Humano Juan Pablo II, que es parte de la zona denominada Confraternidad ubicada en el distrito de Los Olivos. Todos ellos fueron seleccionados considerando los criterios de selección establecidos al inicio del estudio:

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II, con al menos 6 meses de antigüedad.
- Personas que no estén infectados con el virus del COVID-19.
- Personas que manifestaron participan voluntariamente en el estudio.
- Personas que dieron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas que sean menores de edad.
- Personas que no mostraron interés de ser parte del estudio.
- Personas que estén infectados con el virus del COVID-19.

- Personas que no dieron el consentimiento informado.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio ya ejecutado presenta como variable principal de estudio a la ansiedad por coronavirus, según como se expresan sus valores finales en categorías (su naturaleza) es una variable cualitativa y según la presencia de su atributo orden su escala de medición fue la ordinal.

Definición conceptual:

La ansiedad por coronavirus se refiere al estado emocional que se da en las personas por la preocupación y miedo intenso, debido a la situación de pandemia por coronavirus (13).

Definición operacional:

La ansiedad por coronavirus se refiere al estado emocional que se da en las personas residentes en el Asentamiento Juan Pablo II por la preocupación y miedo intenso, debido a la situación de pandemia por coronavirus, el cual se expresa en mareo, en trastorno del sueño, inmovilidad tónica, pérdida de apetito, malestar abdominal, el cual será medido por la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS).

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

Para efectuar el trabajo de campo del estudio, se empleó la técnica de la encuesta, que viene a ser la más expandida y utilizada por los investigadores del campo de las ciencias de la salud cuando se lleva a cabo un estudio cuantitativo. Esta técnica se realiza mediante una serie de pasos estandarizados con lo cual busca recolectar una serie de respuestas y apreciaciones de los participantes, donde se prioriza captar la mayor cantidad de datos en el tiempo más breve (30).

Instrumentos de recolección de datos:

Se empleó la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), la cual es señalada como un buen evaluador para valorar en las personas, la ansiedad que se produce como parte del impacto psicosocial negativo de la pandemia por

coronavirus. La escala de cinco ítems consiste en síntomas somáticos de miedo y ansiedad desencadenados por pensamientos o información de coronavirus. Las respuestas se registran en una escala Likert de 4 puntos que específicamente se presenta como “de ningún modo” (0 puntos), “raro, menos de uno o dos días” (1 punto), “varios días” (2 puntos), “más de 7 días” (3 puntos), “(se repite los días) casi todos los días durante las últimas 2 semanas” (4 puntos). El instrumento de medición CAS tiende a discriminar bien entre individuos con y sin ansiedad disfuncional empleando un punto de corte ya optimizado de ≥ 9 puntos (22).

Los indicadores presentes y asociados a la ansiedad por coronavirus son el mareo, trastorno del sueño, inmovilidad tónica, pérdida de apetito y malestar en el abdomen; se presentan como una respuesta que el organismo manifiesta ante la presencia de sensaciones de preocupación y miedo ante una situación de peligro o amenaza que se produzca (21)(22).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

Caycho y colaboradores (23), mediante el análisis factorial, donde esta fue grande y significativa con un valor de 0,68 a 0,87, determinaron la validez de la escala ansiedad por coronavirus para la realidad peruana.

En el presente estudio se buscó, además, la validez del instrumento de recolección de datos mediante la validez de contenido en la que participaron 5 profesionales que hicieron de jueces expertos, cuya valoración promedio fue de 87% (ver anexo D).

La confiabilidad de la escala de ansiedad por coronavirus fue elaborado por Caycho y colaboradores (23), durante el 2020, los resultados mostraron que el alfa de Cronbach fue de 0,89.

En este estudio también se realizó el análisis de la confiabilidad, el cual se determinó en función a la prueba estadística alfa de Cronbach, la misma que obtuvo para el total de los ítems ($i = 5$) un coeficiente de 0,961 (Ver anexo E).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para dar inicio al trabajo de campo se tuvo que realizar una serie de coordinaciones a nivel administrativo, en primer lugar, se tramitó una carta de presentación emitida por la universidad, con ella acudimos a un dirigente para solicitar el acceso al asentamiento humano. Gracias a él, se pudo contactar con dos promotoras de salud, quienes nos brindaron información específica de la zona y de los posibles participantes del estudio. Esta información fue de mucha utilidad ya que permitió poder planificar el trabajo de campo y en especial la recolección de datos que fue realizada en el mes de abril del presente año.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

Durante la etapa de planificación, se había previsto realizar el trabajo de campo en el mes de abril del presente año, lo cual se hizo, ahí se pudo estar en contacto con la población participante, para ello se respetaron los protocolos sanitarios para evitar contagio alguno en esta situación de emergencia sanitaria. El instrumento fue aplicado en formato digital, específicamente en formulario Google. A través del celular (Smartphone) se pudo ingresar los datos brindados por los pobladores participantes. Con cada participante se tomó un tiempo promedio de 15 minutos. Al concluir la recolección de datos, se hizo una verificación del ingreso correcto y codificación de cada una de las fichas. Los datos se mantuvieron en el anonimato y se resguardó la confidencialidad de estos.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez culminado el proceso de recolección de datos, estos fueron exportados a través de un formulario Google al programa de Microsoft Excel 2016, para posteriormente transferirlos al programa de estadístico IBM SPSS Statistics Base v25.0, donde se procedió al análisis de los datos. Considerando que fue una investigación cuantitativa-descriptiva, para el análisis de datos se utilizaron los procedimientos de la estadística descriptiva, específicamente se empleó las tablas de frecuencias absolutas-relativas, medidas de tendencia central, sumatoria de valores de variables involucradas para obtener los valores finales

de las variables y dimensiones de la misma, entre otras pruebas más (31). Con ello se obtuvieron tablas y figuras, que luego permitieron poder realizar la sección de resultados, discusión y conclusiones del estudio.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En todo estudio investigativo en el ámbito de la salud, donde los participantes sean seres humanos, se debe garantizar el respeto, su autonomía, la confidencialidad de los datos, su salud e integridad de estas. Sin embargo, en la década de los 70 en U.S.A, surgieron una serie de voces que denunciaron transgresiones por parte de los responsables de llevar a cabo estudios clínicos, ya que afectaban la salud y vida de seres humanos, uno de los casos emblemáticos fue el abuso cometido contra personas afroamericanas, en el estudio de Sífilis en Tuskegee-Alabama, que fue llevado a cabo durante muchas décadas anteriores. Debido a ello, la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, sacó a la luz el Reporte Belmont en el año 1979, donde señalaron los lineamientos y conductas éticas a seguir en el desarrollo de investigaciones, que se involucren la participación de seres humanos. Uno de los aportes fue el planteamiento de los principios bioéticos a tener en cuenta para el desarrollo de los estudios, entre ellos tenemos al de autonomía, beneficencia y justicia, más adelante se le suma el de no maleficencia (32) (33). En el presente estudio se aplicaron los cuatro principios bioéticos de la investigación:

Principio de autonomía

Este principio es entendido en el respeto a las personas en la toma de decisiones, cada uno debe actuar y poder expresarse por libre voluntad sin ningún tipo de presión o coacción. Este principio es la base que permite la aplicación del consentimiento informado, en el cual cada uno expresa su voluntad de ser partícipe del estudio luego de comprender los objetivos, alcances, beneficios y posibles riesgos que pudiera implicar ser parte del mismo (34).

Cada persona residente decidió de forma autónoma ser parte del presente estudio, se les hizo llegar la información necesaria sobre dicha investigación, con lo cual dieron su pleno consentimiento informado correspondiente.

Principio de beneficencia

Se refiere a que en todo momento se debe buscar el máximo beneficio para la persona participante o paciente, el sentimiento de satisfacción y bienestar debe ser prioritario. El actuar de todo profesional del área de salud se basa en este principio, ya que este busca siempre el bienestar para el paciente (35).

A cada participante se le explicó los beneficios que se obtendrían en este estudio, estos pueden ser de forma directa e indirecta.

Principio de no maleficencia

Busca evitar efectuar daños físicos y psicosociales que pongan en riesgo la salud del participante. El actuar y proceder en un caso clínico, debe tener presente que se debe evitar por todos los medios causar perjuicio y efectos negativos (36).

A las personas residentes se les informó que su participación no implicará daño, no se atenta contra su bienestar emocional y físico.

Principio de justicia

Está basada en la equidad e igualdad hacia todas personas, sin preferencias ni discriminación de ninguna índole (35).

A cada uno de los participantes se le trató con respeto y cordialidad sin actos discriminatorios de cualquier índole.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	128	100,0
Edad	Mín. - Máx.	Media
	20 - 76	44,03
Sexo		
Femenino	80	62,5
Masculino	48	37,5
Estado civil		
Soltero(a)	17	13,3
Casado(a)	39	30,5
Conviviente	68	53,1
Viudo(a)	4	3,1
Nivel de instrucción		
Primaria completa	17	13,3
Primaria incompleta	15	11,7
Secundaria completa	49	38,3
Secundaria incompleta	39	30,5
Superior completo	2	1,6
Superior incompleto	6	4,7
Condición de Ocupación		
Estable	2	1,6
Eventual	85	66,4
Sin ocupación	39	30,5
Estudiante	2	1,6
Estuvo contagiado por COVID-19		
Sí	70	54,7
No	58	45,3
Contagio de un familiar por COVID-19		
Sí	41	44,9
No	87	55,1
Muerte de un familiar por COVID-19		
Sí	21	16,4
No	107	83,6

En la tabla 1, observamos los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, que estuvo conformado por 128 adultos. En cuanto a la edad, la mínima fue 20, la máxima 76 y la media 44,03 años. Según el sexo, predominó el sexo femenino con un 62,5% (n=80), seguido del sexo masculino con un 37,5% (n=48). Según el estado civil, predominaron los convivientes con 53,1% (n=4), seguido de casado con 30,5% (n=39), soltero con 13,3% (N=17) y viudos el 3,1% (n=4). Según el nivel de instrucción, predominó el nivel secundario completa con 38,3% (n=49), seguido de secundaria incompleta con 30,5% (n=39), primaria completa con 13,3% (n=17), primaria incompleta con 11,7% (n=15), superior

completo con 4,7% (N=6) y superior completo con 1,6% (n=2). En cuanto a la condición de ocupación, predominó el nivel eventual con 66,4% (n=85), seguido de sin ocupación 30,5% (n=39) y aquellos con trabajo estable y estudiantes con 1,6% (n=2). En cuanto a los que se contagiaron de COVID-19, predominaron aquellos que indicaron que si con un 54,7% (n=70) y el 45,3% (n=58) indicó que no. El 55,1% (n=87) indicaron que sus familiares no se contagiaron y el 44,9% (n=41) indicó que si tuvo un familiar con COVID-19. Finalmente, el 83,6% no tiene una muerte familiar con COVID-19 y el 16,4% (n=21) indicó haber tenido un familiar fallecido de COVID-19.

Tabla 2. Ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Ansiedad al COVID	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad disfuncional	38	41,6	34	70,8	74	57,8
Ansiedad disfuncional	42	58,4	14	29,2	54	42,2
Total	80	100,0	48	100,0	128	100,0

En la tabla 2, en cuando a la ansiedad por coronavirus, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8% (n=74) y el 42,2 (n=54) presentó ansiedad disfuncional. Según el sexo femenino, predominaron aquellas que presentaron ansiedad disfuncional con un 58,4% (n=42) y sin ansiedad disfuncional con un 41,6% (n=38). En cuanto al sexo masculino, predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 70,8% (n=34) seguido de ansiedad disfuncional con un 29,2% (n=14).

Tabla 3. Ansiedad por coronavirus en su dimensión mareo, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Dimensión mareo	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad disfuncional	38	47,5	33	68,8	71	55,5
Ansiedad disfuncional	42	52,5	15	31,3	57	44,5
Total	80	100,0	48	100,0	128	100,0

En la tabla 3, se observa la ansiedad al COVID-19 en su dimensión mareo, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con un 55,5% (n=71) seguido de ansiedad disfuncional con un 44,5% (n=57). En cuanto al sexo femenino, predominaron aquellos con ansiedad disfuncional con un 52,5% (n=42) seguido de sin ansiedad disfuncional con 47,5% (n=38). Según el sexo masculino, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 68,8% (n=33) seguido de ansiedad disfuncional con 31,3% (n=15).

Tabla 4. Ansiedad por coronavirus en su dimensión trastorno del sueño, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Dimensión trastorno del sueño	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad disfuncional	38	47,5	33	68,8	71	55,5
Ansiedad disfuncional	42	52,5	15	31,3	57	44,5
Total	80	100,0	48	100,0	128	100,0

En la tabla 4, se observa la ansiedad al COVID-19, en su dimensión trastorno del sueño, donde predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 55,5% (n=71) seguido de aquellos con ansiedad disfuncional con 44,5% (n=57). En cuanto al sexo femenino, predominó la ansiedad disfuncional con 52,5% (n=42) seguido de aquellas sin ansiedad disfuncional con 47,5% (n=38). Según el sexo masculino, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 68,8% (n=33) y aquellos con ansiedad disfuncional con 31,3% (n=15).

Tabla 5. Ansiedad por coronavirus en su dimensión inmovilidad tónica, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Dimensión inmovilidad tónica	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad disfuncional	39	48,8	33	68,8	72	57,8
Ansiedad disfuncional	41	47,5	15	31,3	56	42,2
Total	80	100,0	48	100,0	128	100,0

En la tabla 5, se observa la ansiedad ante el COVID-19, en su dimensión inmovilidad tónica, donde predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8% (n=72) seguido de ansiedad disfuncional con 42,2% (n=56). En cuanto al sexo femenino, predominó la ansiedad disfuncional con 47,5% (n=41) y sin ansiedad disfuncional con 48,8% (n=39). Según el sexo masculino, predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 68,8% (n=33) y aquellos que obtuvieron ansiedad disfuncional con 31,3% (n=15).

Tabla 6. Ansiedad por coronavirus en su dimensión pérdida de apetito, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Dimensión perdida de apetito	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad disfuncional	39	48,8	33	51,2	72	57,8
Ansiedad disfuncional	41	51,2	15	48,8	56	42,2
Total	80	100,0	48	100,0	128	100,0

En la tabla 6, se observa la ansiedad ante el COVID-19, en su dimensión pérdida de apetito, donde predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8% (n=72), seguido de ansiedad disfuncional con 42,2% (n=56). En cuanto al sexo femenino, predominó aquellos con ansiedad disfuncional con 51,2% (n=41) seguido de sin ansiedad disfuncional con 48,8% (n=39). Según el sexo masculino, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 51,2% (n=33) seguido de ansiedad disfuncional con 48,8% (n=15).

Tabla 7. Ansiedad por coronavirus en su dimensión malestar abdominal, durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Dimensión malestar abdominal	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad disfuncional	38	47,5	34	70,8	76	59,4
Ansiedad disfuncional	42	52,5	14	29,2	52	40,6
Total	80	100,0	48	100,0	128	100,0

En la tabla 7, se observa la ansiedad ante el COVID-19, en su dimensión malestar abdominal donde predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 59,4% (n=76) seguido de ansiedad disfuncional con 40,6% (n=52). En cuanto al sexo femenino, predominó aquellos con ansiedad disfuncional con 52,5% (n=42) seguido de aquellos sin ansiedad disfuncional con 47,5% (n=38). Según el sexo masculino, predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 70,8% (n=34) seguido de aquellos con ansiedad disfuncional con 29,2% (n=14).

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

Para evitar la propagación masiva de este virus pandémico, los gobiernos han tomado la decisión de restringir las diferentes actividades de la vida humana generando una nueva normalidad, esto con el objetivo de cuidar la salud de la población. Sin duda, esto salvará muchas vidas pero trae consigo también efectos negativos; este bloqueo está creando caos, incertidumbre y zozobra, que a su vez puede llevar a las personas a sufrir cuadros que afecten su salud mental y bienestar (37). Por ello, la presente investigación tuvo como objetivo valorar la ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19 en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, con el fin de generar conocimiento útil que permita actuar en el cuidado de la salud emocional.

En cuanto a la ansiedad por coronavirus, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8% (n=74) y el 42,2% (n=54) presentó ansiedad disfuncional. Según el sexo femenino, predominaron aquellas que presentaron ansiedad disfuncional con un 58,4% (n=42) y sin ansiedad disfuncional con un 41,6% (n=38). En cuanto al sexo masculino, predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 70,8% (n=34) seguido de ansiedad disfuncional con un 29,2% (n=14). La ansiedad se presenta debido a la situación de emergencia sanitaria que atravesamos a nivel global, tener en cuenta que nuestro país es señalado como uno de los que peor se ha manejado a través de las políticas de salud pública la pandemia; por ello, la gran cantidad de afectados (fallecidos, infectados y vulnerables en la parte económica). Además de ello, se suma la cantidad de información que circula en los medios de comunicación y redes sociales, las cuales en muchos de los casos no es la adecuada y en vez de ayudar, confunde a la población. Coincidimos con lo señalado por Prasad y colaboradores (25), quienes señalaron que el 20,4% de los participantes tenían ansiedad debido al COVID-19, concluyendo que las personas con altos niveles de ansiedad ante la COVID-19 corren el riesgo de desarrollar trastornos psicosociales. Otro estudio similar fue el de Caycho y colaboradores (23), quienes indicaron que las mujeres son más vulnerables que los varones, concluyeron que las mujeres son las que presentan más ansiedad. Esto se debe

a su respuesta emocional, la cual al parecer en muchos casos es más susceptible y por tanto, no sabe afrontar adecuadamente el impacto repentino y masivo de la pandemia en su salud emocional (38).

En cuanto a la ansiedad al COVID-19 en su dimensión mareo, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con un 55,5% (n=71) seguido de ansiedad disfuncional con un 44,5% (n=57). En cuanto a la ansiedad al COVID-19, en su dimensión trastorno del sueño, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 55,5% (n=71) seguido de aquellos con ansiedad disfuncional con 44,5% (n=57). Ante estos resultados, es importante poder identificar oportunamente cualquier situación de ansiedad, para ello el CAS es una herramienta ampliamente difundida y sugerida para su uso (19)(26)(28); además, es importante valorar a las personas con algún indicativo de ansiedad para así evaluar si se requiere de algún tipo de atención más específica.

El estudio de Prasad D y colaboradores (25), indicaron que el 20,4% de los participantes tenían ansiedad debido al COVID-19. Asimismo, también dedujeron que las personas con ansiedad relacionada con la situación de emergencia sanitaria enfrentaron más miedo. La edad, la educación y el estado de cuarentena son los principales determinantes del miedo relacionado con COVID-19. Agregan que es necesario identificar a las personas con ansiedad COVID-19 que pueden necesitar intervenciones específicas de salud mental.

En cuanto a la ansiedad ante el COVID-19 en su dimensión inmovilidad tónica, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8% (n=72) seguido de ansiedad disfuncional con 42,2% (n=56). La información recibida sobre el COVID-19, si no llega adecuadamente a la población, puede herir susceptibilidades y generar una sensación de impotencia a hacer algo. Coincidimos con lo señalado por Vivanco (24), quien concluyó que todos aquellos que presentaban mayor ansiedad, es por la situación de pandemia y obtienen una menor valoración de su salud mental. La aparición de una pandemia puede provocar trastornos psicosociales en respuesta a una amenaza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que al menos un tercio de la población expuesta a una pandemia puede sufrir una manifestación psicopatológica, según la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad.

En cuanto a la ansiedad ante el COVID-19 en su dimensión pérdida de apetito, predominó aquellos sin ansiedad disfuncional con 57,8% (n=72) seguido de ansiedad disfuncional con 42,2% (n=56). La pérdida de apetito es una reacción de respuesta ante una situación difícil o de amenaza. Otras investigaciones también han informado de un aumento de la angustia psicológica en la población general, las personas con trastornos mentales preexistentes, así como en los trabajadores de la salud, esto trae consigo alteraciones corporales fisiológicas (39).

En cuanto a la ansiedad ante el COVID-19 en su dimensión malestar abdominal, donde predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional con 59,4% (n=76) seguido de ansiedad disfuncional con 40,6% (n=52). En todos los indicadores que acompañan a la ansiedad por coronavirus, se vieron más afectadas las mujeres. La investigación de Magano y colaboradores (26), indicaron que ambas escalas (ansiedad y miedo) se relacionan, a mayor ansiedad mayor es el miedo en las personas. Asimismo, concluyeron que todos los cambios en nuestras vidas están generando ansiedad y miedo, especialmente cuando no son deseados, ya que la mayoría de los cambios que las personas han tenido que realizar en su vida están relacionados con el COVID-19. Estos cambios si no son adecuadamente afrontados, traen consigo que expresemos respuestas fisiológicas de dolor y malestar. Caycho y colaboradores (23), señalaron que las mujeres presentan mayores síntomas de ansiedad por COVID-19 que los varones ($p < 0,001$), ello se verificó en la valoración de la variable principal ansiedad por coronavirus y todos sus indicadores.

La crisis de salud pública generada por la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) viene afectando en gran medida la vida humana en todo el planeta. La incertidumbre y la cuarentena han estado afectando la salud mental de las personas. Las estimaciones de los problemas de salud mental son necesarias de inmediato para una mejor planificación y gestión de estas preocupaciones a nivel mundial, para ello el CAS es un instrumento de medición ampliamente aceptado (27)(28).

Es importante mencionar que, no se debe desconocer el impacto negativo de la pandemia en la salud emocional y la situación de incertidumbre que origina

miedo, ansiedad y preocupación, en estas circunstancias difíciles donde más personas se infectan y mueren. Por ello, el desarrollo de este estudio genera conocimiento y evidencia científica que permite aportar en ver la importancia del cuidado integral de las personas principalmente vulnerables, donde la dimensión salud emocional es uno de los indicadores de bienestar y salud general que no deben descuidarse.

Finalmente, hay que señalar que la vigilancia y el seguimiento continuos de las consecuencias psicológicas de los brotes de enfermedades potencialmente mortales con potencial epidémico y el establecimiento de intervenciones tempranas de salud mental dirigidas deberían convertirse en una rutina como parte de los esfuerzos de hacer frente a estos problemas en todo el mundo.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la ansiedad por coronavirus, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional seguido aquellos con ansiedad disfuncional.
- En cuanto a la ansiedad por coronavirus en su dimensión mareo, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional seguido de aquellos con ansiedad disfuncional.
- En cuanto a la ansiedad al COVID-19 en su dimensión trastorno del sueño, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional seguido de aquellos con ansiedad disfuncional.
- En cuanto a la ansiedad por coronavirus en su dimensión inmovilidad tónica, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional seguido de aquellos con ansiedad disfuncional.
- En cuanto a la ansiedad por coronavirus en su dimensión pérdida de apetito, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional seguido de aquellos con ansiedad disfuncional.
- En cuanto a la ansiedad por coronavirus en su dimensión malestar abdominal, predominaron aquellos sin ansiedad disfuncional seguido de aquellos con ansiedad disfuncional.

4.3 RECOMENDACIONES

- La evidencia científica mostrada en este estudio, nos señala que es necesario que los establecimientos de salud del primer nivel de atención realicen un cuidado integral de la salud de la población de su jurisdicción; dentro de ello, no descuidar el cuidado de la salud mental es algo fundamental. Se debe informar adecuadamente a la población sobre los protocolos sanitarios que deben tomarse en cuenta; así como, difundir información sobre la situación de la pandemia de una forma objetiva y resaltando el compromiso que debe tener cada uno con el cuidado y autocuidado de su salud.
- Se debe de establecer recomendaciones sobre cuidados de la salud mental para las personas que tengan la confirmación de la infección o de familiares cercanos, para que puedan afrontar de la mejor manera la situación.
- Se sugiere involucrar en futuros estudios, investigaciones en donde se aborde el problema desde la perspectiva de otros enfoques como el cualitativo y mixto, así se podrá complementar la comprensión del problema a una mayor profundidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray B. COVID-19 and Anxiety and Depression in 2020. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2020 [citado 18 de noviembre de 2020];37(4):302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262238/pdf/DA-37-302.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [noviembre de 2020; 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. World Health Organization. COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; 2020 [actualizado octubre de 2020; citado noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
4. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine* [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2021];113(8):529-535. Disponible en: <https://academic.oup.com/qjmed/article/113/8/531/5860841>
5. Thombs B, Bonardi O, Rice D, Boruff J, Azar M, He C, et al. Curating evidence on mental health during COVID-19: A living systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2021];133(1):1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185913/>
6. McGinty E, Presskreischer R, Han H, Barry C. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA - Journal of the American Medical Association* [Internet]. 2020 [citado 18 de noviembre de 2020];324(1):93-94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270868/>

7. Sher L. COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep Medicine* [Internet]. 2020 [citado 19 de noviembre de 2020];70(1):124. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195057/pdf/main.pdf>
8. Alkhamees A, Alrashed S, Alzunaydi A, Almohimeed A, Aljohani M. The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 1 de marzo de 2021];102(1):2-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7354380/>
9. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Ann Oncol* [Internet]. 2020 [citado 09 de diciembre de 2020];78:19-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162753/pdf/main.pdf>
10. Evans J. Qualitative and quantitative approaches in mental health nursing: moving the debate forward. *Psychiatric and Mental Health Nursing* [Internet]. 2001 [citado 14 de febrero de 2021];7(1):15-24. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2850.2000.00260.x?sid=nlm%3Apubmed>
11. 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. *The Lancet* [Internet]. 2020 [citado el 17 de febrero de 2021];395(10227):912-920. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
12. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu Su. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic?. *General Hospital Psychiatry* [Internet]. 2011 [citado 17 de febrero de 2021];33(1):75-77. Disponible en: [sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834310002070?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834310002070?via%3Dihub)
13. Lekha, Hannah R. Evaluation of anxiety levels amidst COVID-19 pandemic

- among Chennai population. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences* [Internet]. 2020 [citado 19 de noviembre de 2020];11(1):641-652. Disponible en: <https://pharmascope.org/ijrps/article/view/3060>
14. Skalski S, Uram P, Kwiatkowska A. Thinking Too Much About the Novel Coronavirus . The Link Between Persistent Thinking About COVID-19 , SARS-CoV-2 Anxiety and Trauma Effects. *Current Issues in Personality Psychology* [Internet]. 2020 [citado 18 de noviembre de 2020];8(3):169-17. Disponible en: 10.5114/cipp.2020.100094
 15. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine* [Internet]. 2020 [citado 17 de noviembre de 2020];3(1):3-8. Disponible en: doi: 10.1093/pcmedi/pbaa006
 16. Augus Reid Institute. Half of Canadians taking extra precautions as coronavirus continues to spread around the globe [Internet]. Canadá; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7134790/>
 17. Kazdin A. *Encyclopedia of Psychology*. Hardcover; 2000. 428 p.
 18. Centers for Disease, Control and Prevention. Quarantine and Isolation [Internet]. Estados Unidos; 2017. Disponible en: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>
 19. Lee S. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies* [Internet]. 2020 [citado 25 de febrero de 2021];44(7):393-401. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07481187.2020.1748481?needAccess=true>
 20. Asmundson G, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord.* [Internet]. 2020 [citado 25 de febrero de 2021];70(1):1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7134790/>
 21. Asmundson G, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral

- outbreaks like COVID-19. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre de 2020];71(2020):1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271220/pdf/main.pdf>
22. Wheaton M, Abramowitz J, Berman N, Fabricant L, Olatunji B. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research* [Internet]. 2012 [citado 15 de diciembre de 2020];36:210-218. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-011-9353-3>
23. Caycho-Rodríguez T, Vilca L, Carbajal-León C, Vivanco-Vidal A, Saroli-Araníbar D, Peña B, et al. Coronavirus Anxiety Scale: New psychometric evidence for the Spanish version based on CFA and IRT models in a Peruvian sample. *Death Studies* [Internet]. 2021 [citado 09 de noviembre de 2020];1(1):1-8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07481187.2020.1865480?nedAccess=true>
24. Vivanco A. Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios [tesis de grado]. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2020. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653536/Vivanco_VA.pdf?sequence=3&isAllowed=y
25. Sahu D, Pradhan S, Sahoo D, Patra S, Singh A, Patro B. Fear and anxiety among COVID-19 Screening Clinic Beneficiaries of a tertiary care hospital of Eastern India. *Asian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 04 de marzo de 2021];57(2021):1-5. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1876201820306560?token=55A9D705AA89C039D91476052E82B740FF7D730BC786C9119629DB733554E752971EE6F9C536AD558DC70ED4DBE92441>
26. Magano J, Vidal D, Sousa H, Pimienta M, Leite Â. Validation and Psychometric Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) and Associations with Travel, Tourism and Hospitality. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 [citado 14 de febrero de 2021];18(427):

- 2-12. Disponible en: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9218/1/ijerph-18-00427-v2.pdf>
27. Mohammadpour M, Ghorbani V, Moradi S, Khaki Z, Foroughi A, Rezaei M. Research paper psychometric properties of the iranian version of the coronavirus anxiety scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* [Internet]. 2020 [citado 2 de marzo de 2021];26(3):374-387. Disponible en: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3270-en.pdf>
28. Ramos C. La dinámica interna de la Coronavirus Anxiety Scale mediante análisis de red. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet]. 2021 [citado 10 de febrero de 2021];1:1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7904518/pdf/main.pdf>
29. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. 2018. 714 p.
30. 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>
31. Matos F, Contreras F, Olaya J. *Estadística descriptiva y probabilidad para las ciencias de la información con el uso del SPSS*. Lima-Perú: Asociación de bibliotecólogos; 2020. 247 p. [Internet]. 1995. Disponible en: [http://eprints.rclis.org/40470/1/ESTADISTICA DESCRIPTIVA.pdf](http://eprints.rclis.org/40470/1/ESTADISTICA%20DESCRIPTIVA.pdf)
32. Barrow J, Brannan G, Khandhar P. *Ética de la investigación*. *Research Ethics* [Internet] 2020 [citado 12 de febrero de 2021]; 2020:1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/>
33. Carreño Dueñas J. Consentimiento informado en investigación clínica: Un proceso dinámico. *Persona y Bioética* [Internet]. 2016 [citado 18 de marzo de 2021];20(2):232-243. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v20n2/0123-3122-pebi-20-02-00232.pdf>
34. 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>
35. Alvarez P. Ética e Investigación. Revista Boletín Redipe [Internet]. 2018 [citado 18 de marzo de 2021];7(2):122-149. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/434>
 36. Gomez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [citado 2 de febrero de 2021];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
 37. Sharma S, Sharma M, Singh G. A chaotic and stressed environment for 2019-nCoV suspected, infected and other people in India: Fear of mass destruction and causality. Asian J Psychiatr [Internet]. 2020 [citado 22 de febrero de 2021];51(1):1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7146677/>
 38. Gautam R, Sharma M. 2019-nCoV pandemic: A disruptive and stressful atmosphere for Indian academic fraternity. Nombre de la revista [Internet] 2018 [citado 20 de enero de 2021];88(1):948-949. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151469/>
 39. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. Brain, Behavior, and Immunity journal [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184991/pdf/main.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Ansiedad por coronavirus	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa transversal Escala de medición: Ordinal	La ansiedad por coronavirus se refiere al estado emocional que se da en las personas por la preocupación y miedo intenso, debido a la situación de pandemia por coronavirus (13).	La ansiedad por coronavirus se refiere al estado emocional que se da en las personas residentes en el Asentamiento Juan Pablo II por la preocupación y miedo intenso, debido a la situación de pandemia por coronavirus, el cual se expresa en mareo, en trastorno del sueño, inmovilidad tónica, pérdida de apetito, malestar abdominal, el cual será medido por la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS).	Mareo	Presencia de mareo	Ítem 1	Sin ansiedad disfuncional	Los pacientes con puntuación ≥ 9 se clasifican como pacientes con ansiedad disfuncional asociada con la crisis de COVID-19.
				Trastorno de sueño	Presencia del trastorno del sueño	Ítem 2		
				Inmovilidad tónica	Presencia de inmovilidad tónica	Ítem 3		
				Pérdida de apetito	Presencia de pérdida de apetito	Ítem 4		
				Malestar abdominal	Presencia de malestar abdominal	Ítem 5		

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE ANSIEDAD POR CORONAVIRUS

Buenos días, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar la ansiedad que usted percibe ante el COVID-19. Pido su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

Aspectos Sociodemográficos

Edad: ____ años

Sexo: () Femenino () Masculino

Estado Civil

() Soltero(a) () Casada(o) () Conviviente () Divorciado(a) () Viudo(a)

Nivel de instrucción:

() Sin instrucción () Primaria completa () Primaria Incompleta

() Secundaria completa () Secundaria Incompleta () Superior completo

() Superior Incompleto

Ocupación:

() Estable () Eventual () Sin Ocupación () Jubilada(o) () Estudiante

() No aplica

Cuántas personas viven actualmente con usted: _____

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

Marque según su tipo de familia

TIPO DE FAMILIA	
<input type="checkbox"/>	Nuclear: Familia compuesta por ambos padres con o sin hijos, propios o adoptados.
<input type="checkbox"/>	Monoparental: Familia compuesta por uno de los padres (madre o padre) y uno o más hijos.
<input type="checkbox"/>	Extendida: Familia compuesta por abuelos, Padres con su(s) Hijo(s), también abuelos y nietos.
<input type="checkbox"/>	Ampliada: Familia compuesta por padres, hijos y otros parientes: tíos, sobrinos, ahijados, amigos, empleada, hermanos.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Equivalente familiar: Grupo de amigos, hermanos sin hijos, Parejas homosexuales sin hijos, etc.

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

De ningún modo	Rara, menos de uno o dos días	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días durante las últimas dos semanas
0	1	2	3	4

1. Me sentí mareado, aturdido o desmayado cuando leí o escuché noticias sobre el coronavirus					
2. Tuve problemas para conciliar el sueño o quedarme dormido porque estaba pensando en el coronavirus					
3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus					
4. Perdí el interés en comer cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus					
5. Sentí náuseas o tuve problemas estomacales cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus					

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: Ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020.

Nombre de los investigadores principales:

Guelac Guimac Noilina

Marín Sinarahua Hilda

Propósito del estudio: Determinar la ansiedad por coronavirus durante la pandemia COVID-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 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 Marín Sinarahua Hilda (marinsinarahua@gmail.com), 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
Marín Sinarahua Hilda	
Nº de DNI	
47033963	
Nº teléfono	
959585558	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, 2 de febrero de 2021

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

.....
Firma del participante

Anexo D. Validez de contenido de la Escala de Ansiedad por Coronavirus

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Juez 1	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Juez 2	85%	85%	90%	85%	85%	86%
Juez 3	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Juez 4	90%	90%	90%	85%	90%	89%
Juez 5	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Resultado final						87%

Valoración de la validez de contenido del instrumento CAS:	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

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

Anexo E. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos CAS

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach 0,961	N de elementos 5