



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL SERVICIO DE
MEDICINA DE UN POLICLÍNICO DE HUANCABELICA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

RICARDO DANTE TELLO VERGARA
ORCID: 0000-0003-0974-9555

ASESORA

MAG. KATIA MARILYN CHACALTANA HERNANDEZ
ORCID: 0000-0003-0327-6152

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

TRASTORNOS CLÍNICOS Y DE LA PERSONALIDAD

LIMA, PERÚ, NOVIEMBRE DE 2022



CC BY-SA

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Esta licencia permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre tu obra incluso para propósitos comerciales, siempre que te atribuyan el crédito y licencien sus nuevas obras bajo idénticos términos. Cualquier obra nueva basada en la tuya, lo será bajo la misma licencia, de modo que cualquier obra derivada permitirá también su uso comercial.

Referencia bibliográfica

Tello Vergara, R. D. (2022). *Ansiedad y miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

HOJA DE METADATOS

| Datos del autor | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombres y apellidos | Ricardo Dante Tello Vergara |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 44120289 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0003-0974-9555 |
| Datos del asesor | |
| Nombres y apellidos | Katia Marilyn Chacaltana Hernández |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 71076865 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0003-0327-6152 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | Silvana Graciela Varela Guevara |
| Tipo de documento | DNI. |
| Número de documento de identidad | 47283514 |
| Secretario del jurado | |
| Nombres y apellidos | Diego Ismael Valencia Pecho |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 46196305 |
| Vocal del jurado | |
| Nombres y apellidos | Max Hamilton Chauca Calvo |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 08035455 |
| Datos de la investigación | |
| Título de la investigación | Ansiedad y miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica |
| Línea de investigación Institucional | Persona, Sociedad, Empresa y Estado |
| Línea de investigación del Programa | Trastornos clínicos y de personalidad |
| URL de disciplinas OCDE | https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00 |

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, el Jurado de Sustentación de Tesis conformado por los psicólogos colegiados: Mag. Silvana Graciela Varela Guevara como presidente, el Mag. Diego Ismael Valencia Pecho como secretario y el Mag. Max Hamilton Chauca Calvo como vocal, reunidos en acto público para dictaminar la tesis titulada:

**ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL
SERVICIO DE MEDICINA DE UN POLICLÍNICO DE HUANCAMELICA**

Presentado por el Bachiller:

TELLO VERGARA, RICARDO DANTE

Para obtener el **Título Profesional de Licenciado en Psicología**; luego de escuchar la sustentación de la misma y resueltas las preguntas del jurado, acuerdan:

APROBADO POR MAYORÍA

En fe de lo cual firman los miembros del jurado, a los veintiún días del mes de noviembre de 2022.



Mag. Silvana Graciela Varela Guevara
C. Ps. P. 24029
Presidente



Mag. Diego Ismael Valencia Pecho
C. Ps. P. 24039
Secretario



Mag. Max Hamilton Chauca Calvo
C. Ps. P. 40500
Vocal

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, la Mag. Katia Marilyn Chacaltana Hernández, docente de la Facultad de Ciencias Humanas y Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, en mi condición de asesora de la tesis titulada "ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN POLICLÍNICO DE HUANCVELICA" del estudiante Ricardo Dante Tello Vergara, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin que se adjunta.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Autónoma del Perú.

Lima, 04 de octubre del 2022.



Mag. Katia Marilyn Chacaltana Hernández
DNI 710776865

DEDICATORIA

A mi familia por su gran amor y el apoyo incondicional que me proporcionan en cada meta que me propongo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Perú, a la Facultad de Ciencias Humanas y a la Escuela Profesional de Psicología por facilitarme una educación idónea para el logro de mi tesis. A mis docentes por brindarme los conocimientos suficientes para mi desarrollo como Psicólogo. Al Policlínico de la ciudad de Huancavelica por facilitarme el acceso a sus instalaciones y a los usuarios que acuden a dicho centro de atención médico por su colaboración y participación en el estudio.

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| DEDICATORIA | 2 |
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| RESUMEN | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| RESUMO | 9 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1. Realidad problemática..... | 13 |
| 1.2. Justificación e importancia de la investigación | 18 |
| 1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos | 19 |
| 1.4. Limitaciones de la investigación | 20 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes de estudios | 22 |
| 2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado | 28 |
| 2.3. Definición conceptual de la terminología empleada | 64 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación | 68 |
| 3.2. Población y muestra..... | 68 |
| 3.3. Hipótesis | 70 |
| 3.4. Variables – Operacionalización..... | 71 |
| 3.5. Métodos y técnicas de investigación | 73 |
| 3.6. Procesamiento de los datos | 78 |
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | |
| 4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable | 80 |
| 4.2. Contrastación de hipótesis | 84 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 5.1. Discusiones..... | 89 |
| 5.2. Conclusiones..... | 93 |
| 5.3. Recomendaciones..... | 94 |
| REFERENCIAS | |
| ANEXOS | |

LISTA DE TABLAS

| | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Tabla 1 | Población de estudio |
| Tabla 2 | Muestra de Estudio |
| Tabla 3 | Operacionalización de variables |
| Tabla 4 | Niveles de la variable ansiedad y sus dimensiones |
| Tabla 5 | Niveles de la variable miedo a contraer COVID-19 y sus dimensiones |
| Tabla 6 | Distribución del tamaño muestral según sexo |
| Tabla 7 | Estadísticos descriptivos de la variable ansiedad y sus dimensiones |
| Tabla 8 | Estadísticos descriptivos de la variable miedo a contraer COVID-19 y sus dimensiones |
| Tabla 9 | Prueba de normalidad de la variable Ansiedad |
| Tabla 10 | Prueba de normalidad de la variable Miedo a contraer COVID-19 |
| Tabla 11 | Correlación de Spearman entre ansiedad y miedo a contraer COVID-19 |
| Tabla 12 | Comparación de la variable ansiedad y sus dimensiones según el sexo |
| Tabla 13 | Comparación de la variable miedo a contraer COVID-19 y sus dimensiones según el sexo |
| Tabla 14 | Correlación de Spearman entre fobia social y miedo a contraer COVID-19 |
| Tabla 15 | Correlación de Spearman entre ansiedad física y miedo a contraer COVID-19 |
| Tabla 16 | Correlación de Spearman entre ansiedad psíquica y miedo a contraer COVID-19 |
| Tabla 17 | Correlación de Spearman entre agorafobia y miedo a contraer COVID-19 |

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Los cuatro dominios del miedo
- Figura 2 Modelo cognitivo de la ansiedad

ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN POLICLÍNICO DE HUANCAMELICA

RICARDO DANTE TELLO VERGARA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El estudio tuvo como propósito determinar la relación entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. La metodología empleada fue básica, correlacional, transversal y no experimental. El tamaño muestral estuvo formado por 130 usuarios del servicio de medicina de un Policlínico de Huancavelica y se aplicaron dos cuestionarios; asimismo, se utilizó el programa estadístico SPSS 26 para el procesamiento de datos y para la prueba de hipótesis, la prueba de chi cuadrada. Resultados: el 32.3% de los evaluados mostró un nivel regular de ansiedad, el 62.3% un bajo nivel de agorafobia, el 28.5% un nivel alto de ansiedad psíquica, el 21.5% un nivel regular de ansiedad física, el 57.7% de los pacientes del Policlínico de Huancavelica evidenciaron un nivel bajo de fobia social. Con relación al miedo de contraer COVID-19 se identificó: el 36.2% de los usuarios del servicio de medicina del Policlínico de Huancavelica presentaron un miedo emocional regular, el 28.5% denotan en un nivel emociones negativas y mucho temor por asistir a un centro médico durante la pandemia causada por COVID-19. Concluyendo, al aplicar la prueba de Correlación de Spearman, que existe una correlación alta, directa, positiva y significativa entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en los usuarios del Policlínico Huancavelica, ya que se obtuvo un Coeficiente *Rho* de 0.775 y un *p-valor* de 0.000.

Palabras clave: ansiedad, miedo, COVID-19.

ANXIETY AND FEAR OF CONTRACTING COVID-19 IN USERS OF THE MEDICINE SERVICE OF A POLYCLINIC IN HUANCVELICA

RICARDO DANTE TELLO VERGARA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The study aimed to determine the relationship between anxiety and fear of contracting COVID-19 in users of the medical service of a polyclinic in Huancavelica. The methodology used was basic, correlational, cross-sectional and non-experimental. The sample size consisted of 130 users of the medical service of a Polyclinic of Huancavelica and two questionnaires were applied; likewise, the statistical program SPSS 26 was used for data processing and for hypothesis testing the chi-square test. Results: 32.3% of those evaluated showed a regular level of anxiety, 62.3% a low level of agoraphobia, 28.5% a high level of psychic anxiety, 21.5% a regular level of physical anxiety, 57.7% of patients at the Huancavelica Polyclinic showed a low level of social phobia. In relation to the fear of contracting COVID-19, it was identified: 36.2% of the users of the medicine service of the Huancavelica Polyclinic presented a regular emotional fear, 28.5% denote at a level negative emotions and a lot of fear to attend a medical center during the pandemic caused by COVID-19. Concluding, by applying the Spearman Correlation test. that there is a high, direct, positive and significant correlation between anxiety and fear of contracting COVID-19 in users of the Huancavelica Polyclinic, since a Rho Coefficient of 0.775 and a p-value of 0.000 were obtained.

Keywords: anxiety, fear, COVID-19.

ANSIEDADE E MEDO DE CONTRAIR COVID-19 EM USUÁRIOS DO SERVIÇO DE MEDICINA DE UMA POLICLÍNICA EM HUANCVELICA

RICARDO DANTE TELLO VERGARA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O estudo teve como objetivo determinar a relação entre ansiedade e medo de contrair COVID-19 em usuários do serviço médico de uma policlínica em Huancavelica. A metodologia utilizada foi básica, correlacional, transversal e não experimental. O tamanho amostral consistiu em 130 usuários do serviço médico de uma Policlínica de Huancavelica e foram aplicados dois questionários; da mesma forma, utilizou-se o programa estatístico SPSS 26 para o processamento de dados e para testes de hipóteses no teste qui-quadrado. Resultados: 32,3% dos avaliados apresentaram nível regular de ansiedade, 62,3% baixo nível de agorafobia, 28,5% alto nível de ansiedade psíquica, 21,5% nível regular de ansiedade física, 57,7% dos pacientes na Policlínica Huancavelica apresentaram baixo nível de fobia social. Em relação ao medo de contrair o COVID-19, identificou-se: 36,2% dos usuários do serviço de medicina da Policlínica Huancavelica apresentavam medo emocional regular, 28,5% denotam em um nível negativo e muito medo de frequentar um centro médico durante a pandemia causada pelo COVID-19. Concluindo, aplicando o teste de correlação de Spearman, que há uma correlação alta, direta, positiva e significativa entre ansiedade e medo de contrair COVID-19 em usuários da Policlínica Huancavelica, uma vez que obteve um Coeficiente de Rho de 0,775 e um valor p de 0,000.

Palavras-chave: ansiedade, medo, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad consiste en una sensación incómoda de angustia, zozobra y apnea que responden a una amenaza ambigua, poco probable de predecir, que aún no existe en el presente y que se podría suscitar en el futuro, tanto como no, (Sierra et al., 2003). Este peligro es interpretado por el individuo como una situación adversa y riesgosa que lo deja expuesto (Clark y Beck, 2010). Por otro lado, el miedo se define como una emoción básica e intensa que se origina ante una amenaza inmediata, involucrando la activación de alarma que pone en marcha al organismo, iniciando el desarrollo y ejecución de mecanismos de defensa a distintos niveles: fisiológicos, psicológicos (Bastida, 2013). Tanto la ansiedad y el miedo se presentan ante situaciones amenazantes. En un contexto de pandemia, hay diversas circunstancias que se considerarían amenazantes como aquellas que exponen aún más a las personas al virus (Harcaya-Victoria, 2020). Por ello, la justificación del estudio se basa en el siguiente contexto: En un escenario de emergencia producido por la pandemia por COVID-19 en el país y el álgido aumento de casos a la semana reportados, ciertas personas pueden presentar respuestas emocionales negativas que las alejen de los centros de salud, a pesar de que lo necesiten, por el miedo a contagiarse, desarrollar una infección grave e incluso morir. De ello, se identificó el rechazo a asistir a centros de atención médica. En ese sentido, es relevante para la sociedad que se estudie la relación entre ambas variables para tener un conocimiento y reconocimiento de estas, lo cual a largo plazo sirva para encontrar formas de contrarrestar estas respuestas emocionales y, de este modo, evitar que aquellas personas que requieran de servicios médicos no empeoren sus cuadros o continúen manteniendo una salud adecuada. Asimismo, evidencia importancia debido a que la ansiedad y el miedo son reacciones emocionales naturales ante una amenaza

(LeDoux y Pine, 2016). Cuando estas reacciones emocionales se manifiestan en niveles adecuados, ayudan al ser humano, pues gracias a ellas han podido sobrevivir hasta el momento. Permitiendo a los mismos alejarse de amenazas del entorno como posibles predadores, alimentos dañinos, etc. Esto consiente a que desenvuelvan comportamiento de alejamiento frente a situaciones que atentan contra la homeostasis del cuerpo y, por lo tanto, son amenazas para la salud de la persona (Guy-Evans, 2022).

La tesis buscó desarrollar en los siguientes capítulos de acuerdo a lo siguiente:

Capítulo I: Profundizó sobre el planteamiento del problema, abordando sobre el miedo, la ansiedad, la pandemia y los centros de salud, la justificación y los objetivos. Capítulo II: Incluyó los antecedentes de estudio, internacionales, nacionales; las bases teóricas y científicas sobre ansiedad y el miedo que conforman el marco de referencia de la investigación. Capítulo III: Referido a la metodología de la investigación y sustento de su uso. Capítulo IV: Enfatizó el análisis, resultados y su respectiva interpretación. Capítulo V: Expuso la discusión de los hallazgos o resultados, la conclusión y el aporte de recomendaciones.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

El nuevo coronavirus o COVID-19, tuvo su origen en un mercado de Wuhan, provincia de Hubei, de la república China. En este mercado los comerciantes se dedicaban a la compra y venta de pescado, mariscos y animales para el consumo humano. El 26 de diciembre del año 2019 fue identificado el primer caso de la enfermedad por COVID-19 en Wuhan, localizado en un hombre adulto que trabajaba en el mercado de Wuhan, cuando ingresó al hospital presentaba insuficiencia respiratoria y neumonía, además de ello, fueron identificados otros casos similares de neumonía grave de origen desconocido y un acelerado aumento de casos similares; por ello el 31 de diciembre del 2019, la oficina regional de salud de China divulgó la propagación de la COVID-19 a la Organización Mundial de la Salud (Barbería et al., 2020).

Científicos chinos denominaron a la variante del coronavirus como SARS-COV2 y a la enfermedad Coronavirus Disease 2019 o COVID-19 (Barbería et al., 2020); esta enfermedad tiene un periodo de incubación que dura de 4 a 14 días; en cuanto a la sintomatología, existen casos asintomáticos que no presentan ningún malestar, pero son contagiosos y casos sintomáticos que van desde cuadros leves con malestar general y tos leve, cuadros moderados con presencia de fiebre, tos seca y fatiga y cuadros severos que incluyen fiebre constante, tos y dificultad respiratoria severa causada por la neumonía viral (Maguiña et al., 2020).

El 11 de marzo del 2020, la OMS declaró emergencia sanitaria internacional a consecuencia de una masiva propagación del COVID-19, que posteriormente alcanzo nivel pandémico, el avance de la emergencia sanitaria trajo consigo respuestas preventivas para detener el aumento de los contagios causados por COVID-19 (Caycho-Rodríguez et al., 2021).

Al mes de abril del año 2020, los reportes estadísticos indicaban que en todo el mundo existían 1,792,000 casos positivos de COVID-19 y 10,000 fallecidos, en ese mismo mes Estados Unidos alcanzó el índice más alto de contagios y muertes por COVID-19 a nivel mundial, reportando 530,200 casos confirmados y una cifra de 20,614 fallecidos, seguido de España, que reportaba 163,027 contagiados y 16,927 fallecidos, Italia con 152,271 casos confirmados y 19,468 fallecidos y Francia con 130,730 casos confirmados y 13,832 fallecidos; entre los países latinoamericanos, Brasil fue el más afectado, llegando a reportar 20,984 contagiados y 1,141 decesos, mientras que Perú reportaba para esa fecha 10,303 contagiados y 230 decesos (Maguiña et al., 2020).

Al mes de agosto del 2021 aproximadamente 4,300,000 personas fallecieron a causa del COVID-19, encabezando la lista de países con mayor cantidad de personas fallecidas por Covid-19 se encontraba Estados Unidos con 631,000 fallecidos, seguido por Brasil que reportó 560,801 fallecidos, la India con un reporte de 426,785 fallecidos, México que reportó 243,165 fallecidos y en el quinto lugar se ubicaba el Perú con un reporte de 196.760 decesos (Orús, 2021).

La pandemia por COVID-19 desde su aparición generó un impacto trascendental en los aspectos económico, social y político a nivel global; esto debido al alto índice de contagios por COVID-19 y las excepcionales políticas preventivas del confinamiento colectivo para prevenir la propagación de este virus. Las medidas de confinamiento social significaron el cierre de fronteras, cese de viajes internacionales, cierre de centros educativos, aeropuertos, cierre de lugares turísticos, comercios, actividades deportivas y otras actividades que implicasen la concentración de personas. En países como Alemania, España e Italia surgieron estudios sobre la pandemia de COVID-19 y el impacto psicológico en la salud mental de sus

ciudadanos; en estos estudios identificaron que tanto niños, adolescentes y adultos padecían altos niveles de ansiedad, síntomas depresivos, estrés, trastornos del sueño y trastornos en la conducta (Gatell-Carbó et al., 2021).

A nivel internacional se tiene el caso de Cuba, donde los diversos profesionales que trabajan en el sector salud, han logrado experimentar diversas situaciones complicadas en el desempeño de sus funciones, lo que ha terminado con sensaciones de miedo, estrés, ansiedad y en algunos casos más graves el cansancio mental sobre la situación de incertidumbre que originaba el COVID 19, estas dificultades causaban efectos negativos en la vida profesional, familiar y social de los profesionales de salud. (Cruz et al. 2021)

Es así que se logra identificar al hecho de que el miedo particularmente se presenta en hechos donde prima la incertidumbre, sobre todo las dudas respecto al virus, a esto se añade las preocupaciones vinculadas con los colegas, así con la familia. En el aspecto laboral, el hecho que les tocó atravesar fue las pésimas condiciones laborales, así como la carencia de los insumos, lo que generaba inseguridad al personal de salud, a todo esto, se les suma la tremenda crisis económica que les tocó vivir (Araujo, 2021).

La COVID-19 cumplió su segundo año en el Perú en marzo del 2022. Desde la confirmación del primer caso dentro del territorio el 6 de marzo del 2020 (Redacción Gestión, 2021), hasta el momento, la situación ha cambiado. Por un lado, el contexto actual es el de la tercera ola, confirmada el 4 de enero del 2022, en una sesión de prensa, el Ministerio de Salud (MINSA) la cual se caracteriza por un gran aumento de casos confirmados (Gobierno del Perú, 2022b). De hecho, al finalizar el mes de enero, se alcanzó un pico de 327 mil casos semanales confirmados, lo cual es cinco veces más que el pico más alto de la segunda ola; asimismo, se registraron 916 muertes a

nivel nacional, el doble respecto a la semana anterior (Redacción El Peruano, 2022). Este dramático ascenso en los contagios estaría directamente causado por la variante *ómicron* (Gobierno del Perú, 2022a). Esta variante es más contagiosa, aunque menos virulenta, lo que causa que se reduzca el riesgo de hospitalización y muerte cuando se la compara a otras variantes (Gobierno del Perú, 2022a).

La situación del país respecto a la COVID-19, sus contagios y mortalidad se puede observar en las siguientes cifras: Durante enero, el Perú registró aproximadamente 919 732 casos positivos y 2 657 muertes. Estos números se suman a los anteriores, alcanzando una cifra de 3,200,000 de casos totales y 205,000 mil muertes desde que inicio la pandemia. La Región Huancavelica, por su parte, tiene un total de 18 983 casos confirmados y 1 194 decesos contadas a partir del inicio de la pandemia. En los últimos 28 días, se registraron 2 382 nuevos casos y 11 muertes. Finalmente, es importante mencionar que Huancavelica es la tercera región con menor cantidad de casos en todo el Perú (Center for Systems Science and Engineering, 2022).

También es relevante el avance en la vacunación a la población general. El 1 de febrero se reportó que se han aplicado 56.895 millones de vacunas en todo el territorio nacional. 25.78 millones de peruanos tiene una dosis y 23.180 millones tiene ambas dosis, lo cual significa que el 89.9% de personas en el Perú tienen las dos dosis completas. Poco a poco se siguen avanzando con la tercera dosis, la cual ya se aplicó a 7.934 millones de peruanos. En Huancavelica, se aplicaron 536 mil vacunas: 259 mil en la primera dosis y 221 mil en la segunda dosis; esto significa que el 85.2% de huancavelicanos tiene la vacuna completa; finalmente, 55 mil personas recibieron la tercera dosis en esta región (Ministerio de Salud, 2022).

En el contexto de la pandemia de COVID-19, los problemas de salud mental se ven exacerbados por la incertidumbre y la amenaza de la pandemia, especialmente la preocupación por la salud, el miedo a la enfermedad y la muerte (Huarcaya-Victoria, 2020). La ansiedad se refiere a sentimientos de inquietud y miedo ante amenazas inciertas, impredecibles, pero inexistentes que pueden ocurrir en el futuro (Sierra et al., 2003). Estos peligros son hostiles y se consideran amenazas inminentes para los humanos. Este peligro es percibido como hostil y que pone en inminente peligro al individuo (Clark y Beck, 2010). Por otro lado, el miedo se define como una emoción básica, intensa, la cual se origina ante un peligro inmediato, involucrando reacciones de alerta que activa al organismo e inicia la ejecución de una serie de mecanismos de defensa a distintos niveles: fisiológicos y psicológicos (Bastida, 2013).

Tanto la ansiedad y el miedo se presentan ante situaciones amenazantes. En un contexto de pandemia, hay diversas circunstancias que se considerarían amenazantes como aquellas que exponen aún más a las personas al virus (Huarcaya-Victoria, 2020). Una de estas circunstancias es el acto de acudir a los hospitales para ser atendido; esto se puede deber a no sentir seguridad en los protocolos de bioseguridad de los hospitales, la posible presencia de otros pacientes con COVID-19 que puedan contagiar a la persona. Este miedo llega incluso a alejar a los pacientes de los hospitales e impide que aquellas personas que lo necesiten o no acudan a recibir tratamiento o lo hagan demasiado tarde (Hafner, 2020). Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se encuentra imperante estudiar y analizar la ansiedad y el miedo en pacientes atendidos en un policlínico de Huancavelica.

Por las consideraciones expuestas, se formula la pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

1.2.1. Justificación

La justificación de este estudio se divide en cuatro aspectos importantes: la justificación social, teórica, práctica y metodológica. En primer lugar, la justificación social se basa en el siguiente contexto: En un escenario de emergencia producido por la pandemia por COVID-19 en el país, ciertas personas pueden presentar respuestas emocionales negativas que las alejen de los establecimientos sanitarios o puestos de salud, por el miedo a contagiarse. En ese sentido, es relevante para la sociedad que se estudie la relación entre ambas variables para tener un conocimiento y reconocimiento de las mismas, lo cual a largo plazo sirva para encontrar formas de contrarrestar estas respuestas emocionales y, de este modo, evitar que aquellas personas que requieran de servicios médicos no empeoren sus cuadros o continúen manteniendo una salud adecuada.

En segundo lugar, la justificación teórica se sustenta en la necesidad de aplicar el marco general de referencia sobre la ansiedad y el miedo en el contexto específico huancavelicano. Esto no solo beneficia a la población, sino que también aporta con la replicación de resultados de las investigaciones antecedentes, lo cual solidifica el marco de referencia general, lo hace más amplio, comprueba su viabilidad y se verifica en un contexto específico de pandemia en un centro de salud de Huancavelica. Finalmente, esta investigación y sus resultados sirvieron de antecedente de estudios posteriores sobre el tema en una población similar.

En tercer lugar, la justificación práctica del presente estudio busca sentar antecedentes para el planteamiento de intervenciones orientadas a la implementación y consolidación de prácticas que favorezcan el abordaje y tratamiento de la ansiedad y del mismo modo al miedo al COVID-19; de modo tal, que se minimicen factores de

afectación a la salud mental comunitaria a nivel regional y nacional; del mismo modo proporcionará a los distintos actores sociales que prestan servicios de atención en salud mental una información clara y actualizada de la percepción que se tiene frente a la pandemia por COVID-19.

En cuarto lugar, sobre la justificación metodológica, se puede señalar que este estudio fue de nivel correlacional, de tipo básica, de diseño no experimental mediante la observación de los indicadores; en este contexto se consideró relevante realizar una investigación de tipo correlacional con las variables miedo y ansiedad debido a que se planteó observar cómo estas interactuaban juntas y cuál fue la naturaleza de su relación.

1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.3.1. *Objetivo general*

Determinar la relación entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Establecer la relación entre la fobia social y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.
- Determinar la relación entre la ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.
- Identificar la relación entre la ansiedad psíquica y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.
- Establecer la relación entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.

1.4. Limitaciones de la investigación

En primer lugar, se consideró como una limitación el tamaño muestral, por tratarse de una muestra pequeña, los resultados no podrán ser generalizados a otro tipo de poblaciones. Segundo, fue la dificultad de acceso a la población de estudio, dado que la recolección de los datos se realizó durante el desarrollo de la pandemia causada COVID-19, mientras se encontraban vigentes las políticas sanitarias de distanciamiento social, lo que generaba cierta desconfianza en algunos participantes.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. A nivel Internacional

Apisarnthanarak et al. (2021) en su exploración científica indagaron los niveles de ansiedad, miedo y pánico por COVID-19 en personas usuarias de hospitales tailandeses. Utilizando escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizado de 7 ítems. Donde se halló que la ansiedad, el miedo y el pánico relacionados con la COVID-19 fueron informados por el 90%, 45 % y 41% de participantes, respectivamente. Los sentimientos de discriminación y estigma contra los pacientes con COVID-19 fueron informados el 57% y 54%, respectivamente. Las redes sociales fueron la fuente más común de información sobre el COVID-19 entre los pacientes (83%). Donde se concluyó que el 78% tenía una ansiedad leve, el 7.6%, moderada y el 5.6%, severa. De estos resultados concluyeron que el miedo, ansiedad y pánico son altos en los pacientes; sin embargo, estos no parecen relacionarse a sus percepciones de seguridad en el hospital ni otras variables.

De Boer et al. (2021), en su investigación, realizaron la comparación el miedo, ansiedad y depresión en pacientes con asma antes y durante el encierro causado por la pandemia por el COVID-19. En este estudio, el investigador tomó como muestra un grupo de caso y otro de control. Para su cometido aplicaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el cuestionario de control de asma para observar el nivel de control de asma que tiene el paciente. Donde se encontró que los niveles de control de asma no varían de forma significativa antes y durante del encierro. Sin embargo, el miedo de infectarse es significativamente mayor en personas con asma que con aquellas que no ($[5.11 \pm 1.99$ vs. $3.50 \pm 2.79]$, $p = 0.006$). Los encuestados del grupo de control no mostraron ningún aumento de sujetos con presencia de ansiedad o depresión Los pacientes con asma mostraban con más frecuencia miedo

a infectarse con el SARS-CoV-2 durante las visitas al médico de cabecera y el hospital en comparación con los controles (24% vs 0%, $p = 0,02$). Concluyendo que los pacientes con asma que tenían más probabilidades de evitar a su médico de cabecera y al hospital obtuvieron puntuaciones más altas en HADS-Ansiedad en comparación con los pacientes con asma que no evitaron estas visitas (8,30 + 5,49 frente a 4,85 + 2,63, $p = 0,014$).

Budack et al. (2021) llevaron a cabo un estudio para medir el nivel de miedo al COVID-19 y de ansiedad en pacientes ingresados en una consulta externa de oftalmología. Entonces, desarrollaron una investigación cuantitativa. Se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A). Se halló que un 58% de pacientes habían pospuesto el ingreso hospitalario como consecuencia de la pandemia. La puntuación media total en la HAM-A fue de $9,28 \pm 8,717$, y el 51,6% de los pacientes puntuaron >6 , lo que indica significación de ansiedad clínica. Las mujeres y los participantes solteros tenían una ansiedad significativamente mayor que los hombres y las parejas casadas o civiles ($p < 0,05$), respectivamente. Los estudiantes también tenían una mayor ansiedad en comparación con otros grupos de empleo ($p < 0,05$). Concluyendo que más de la mitad de los participantes tenían ansiedad clínicamente significativa y muchos pacientes sintieron miedo al COVID-19 cuando visitaron el hospital.

Shafran et al. (2021) en su estudio, buscaron utilizar los marcos de referencia existentes de la teoría cognitiva y casos ilustrativos para brindar un mayor entendimiento sobre: a) vulnerabilidad a la exacerbación de los síntomas en personas con trastornos relacionados con la ansiedad preexistentes y (b) implicaciones para el tratamiento de personas con trastornos relacionados con la ansiedad preexistentes. Aplicado a un educador que padecía trastorno obsesivo compulsivo; una docente con ansiedad; un sujeto que padecía ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y

generalizada; una mujer con trastornos de ansiedad generalizada y obsesivo compulsivo, una joven con agorafobia y trastorno de pánico. Se halló que hay varios componentes cognitivos para entender el aumento o exacerbación de miedos como la sobreestimación del daño, una responsabilidad inflada, sobreestimación de la importancia de ciertos pensamientos como de control, se exacerban los sesgos cognitivos, intolerancia al estrés o la incertidumbre. Se concluyó que los tratamientos para cada uno de los casos se centraron en estos hallazgos y se modificó el curso del tratamiento por terapia a distancia por videollamada.

Prasad et al. (2021), evaluaron el miedo y la ansiedad relacionada con el COVID-19 en aquellas personas que asisten al hospital para tomarse pruebas de descarté. Utilizó para medir la Ansiedad por Coronavirus mediante una escala (CAS). Se encontró que la puntuación media de miedo a Corona era más alta en personas del sexo femenino que en personas del sexo masculino, pero la diferencia no fue significativa. Se encontró que el miedo fue mayor entre los participantes de 41–50 años ($18,73 \pm 5,29$), seguido de 31–40 años ($18,47 \pm 4,26$) y más de 50 años ($17,60 \pm 4,11$). Concluyendo que la edad del participante, la ocupación, el estado de cuarentena, el historial de viajes a otro estado o país, la presencia de cualquier síntoma y la presencia de cualquier enfermedad subyacente no tuvieron ninguna asociación con la experiencia de ansiedad.

Çağlar y Kaçer (2022), en su investigación buscaron determinar el estado/rasgo y niveles de ansiedad de muerte en pacientes con infarto de miocardio y neumonía por COVID-19. Hicieron uso del cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y el cuestionario de Ansiedad por la muerte revisada. En este estudio se encontró que, en el grupo de neumonía por COVID-19, se encontró que todas las puntuaciones de ansiedad eran significativamente más altas en pacientes con condiciones

comórbidas y en fumadores ($p < 0.05$). No se identificó diferencia significativa en las tres puntuaciones con respecto al género y el estado civil. Se encontró que Ansiedad-Estado era significativamente más bajo en los graduados de la escuela primaria. En el grupo de personas con infarto de miocardio, los resultados para ansiedad fueron significativamente más altas en pacientes con comorbilidades y en fumadores. Se concluyó que el nivel de ansiedad está relacionado con las enfermedades crónicas y el tabaquismo.

2.1.2. A nivel Nacional

Cáceres y Gutiérrez (2020) realizaron una investigación con la finalidad de determinar las consecuencias psicológicas de la pandemia COVID-19 en pacientes de una clínica en Ventanilla durante el 2020. Utilizaron la escala DASS-21, este es un cuestionario que contempla el impacto psicológico en sus dimensiones de depresión, ansiedad y estrés. Se halló que el impacto psicológico fue normal en el 23%; moderado en el 21.6%; severo en el 21.1%. La dimensión depresión fue normal para el 27%; severa para el 22.5%; moderada para el 18.6%; extremadamente severa para el 16.2%. La dimensión de ansiedad fue normal para el 24%; severa para el 21.6%; moderada para el 19.6%; extremadamente severo para el 17.6% y leve para el 17.2%. Se concluyó que el autor propone que el impacto psicológico se encontró dentro de los rangos normales y severos en todas sus dimensiones.

Correa (2021), realizó una exploración para determinar la asociación entre la depresión y ansiedad ante el COVID-19. Siendo de tipo básica, no experimental, transversal y correlacional. Las pruebas utilizadas fueron el cuestionario de Depresión de Beck versión II y la Escala de Ansiedad por Coronavirus de Lee. Establecieron que la depresión fue mínima en el 58%; leve en el 19.3%; moderada en el 13.3% y grave en el 9.3%. Respecto a la ansiedad, esta fue leve en el 76%; moderada en el 18.7%

y grave en el 5.3%. La relación entre ambas variables, calculada con el coeficiente rho de Spearman, resultó siendo significativa ($p=0.00$, $r=0.421$). Se concluyó que existe una correlación entre la depresión y la ansiedad, la cual es moderada y directa. Además, que las mujeres y las personas convivientes experimentaron mayor ansiedad y las mujeres también experimentaron mayor depresión.

Apaza (2021), desarrollo un estudio científico orientado a determinar los factores asociados a ansiedad y depresión en personas hospitalizadas en el área de medicina interna de un hospital estatal, durante la emergencia por el COVID-19. Para el registro de los datos empleo: el cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Determino que un 56.60% tuvo caso clínico depresivo y el 34% estado depresivo dudoso. Asimismo, no se reportaron casos clínicos de ansiedad en el 56.6% y el 32.1% fueron casos dudosos. Los factores patológicos que se relacionaron con los niveles de ansiedad fueron tener antecedentes de depresión ($p=0.007$) y de ansiedad ($p=0.002$). Concluyendo que aquellos factores que se relacionan con la ansiedad son antecedentes de depresión y antecedentes de ansiedad, el sexo y tiempo de hospitalización. Mientras que la depresión se asocian el nivel de instrucción y número de hijos que tiene el paciente.

Pacori (2020), desarrolló un estudio científico para evaluar los niveles de ansiedad causada por el temor de contagio por COVID-19 en usuarios concurrentes a un hospital de Arequipa durante el 2020. Para medir la ansiedad aplicó adaptación de la versión española del STAI. Se halló que el nivel de ansiedad fue bajo para el 48.6%, medio para el 43.8% y alto para el 7.6% restante. Se encontró también que el 65.5% de personas entre 18 y 29 años tiene niveles bajos de ansiedad y el 31%, medios. Asimismo, el 53.9% de personas de 30 a 59 años tiene niveles medios de ansiedad; además, el 53.8% de personas de más de 60 años tienen niveles bajos.

Concluyendo que las personas atendidas en este hospital son en su mayoría hombres, de los cuales la mayoría no tiene niveles altos de ansiedad; mientras que la minoría son mujeres y la mayoría de estas tiene niveles medios de ansiedad.

Cárdenas (2021) en su exploración científica, buscó establecer las propiedades psicométricas de la escala de miedo al COVID-19 en personas usuarias de un establecimiento médico. La investigación instrumental fue básica, de corte transversal. Se halló que la V de Aiken obtenida fue de 1, lo cual es aceptable (>0.8). Los análisis descriptivos de los ítems evidenciaron que la asimetría se encuentra en una distribución normal. Asimismo, se encontró que, en ambas dimensiones, los valores del índice de homogeneidad corregido superan el 0.3. Las comunalidades también fueron mayores a 0.4. Finalmente, la T de student indica que los ítems se diferencian entre sí de forma significativa ($p < 0.05$). Los indicadores de ajuste absoluto ($\chi^2/df = 3.867 < 5$; $RMSEA = 0.76 < 0.8$; $SRMR = 0.026 < 0.8$) y los de ajuste comparativo ($CFI = 0.986 > 0.95$; $TLI = 0.977 > 0.95$) evidencian validez de estructura interna. Concluyendo que tiene esta escala una adecuada validez y confiabilidad.

Guzmán y Vásquez (2021), ejecutaron un estudio científico con el objeto de determinar aquellos factores relacionados con el nivel de ansiedad y miedo en usuarias gestantes de una microred. En ese sentido, desarrolló una exploración cuantitativa, descriptiva – analítica, transversal y correlacional. Aplicó el cuestionario de ansiedad de Hamilton y la escala de miedo al COVID-19. Encontrando que un 36.57% no reportó ansiedad; el 31.43%, la tiene leve y el 32%, moderada. Mientras que el miedo fue regular en el 40%, alto en el 37.14% y bajo en el 22.86%. Su hallazgo fue que el 21.14% de los encuestados tiene miedo alto y ansiedad moderada o grave; el 17.14% tiene miedo medio y ansiedad leve; el 16%, miedo medio y no tiene ansiedad y el 13.14% tiene miedo bajo y no tiene ansiedad; asimismo, el estadístico

chi cuadrado demostró una relación significativa entre miedo y ansiedad ($p=0.00$; $\chi^2=34.84$). Respecto a las variables socio demográficas, el estado civil también se relaciona de forma significativa con la ansiedad ($p=0.05$; $\chi^2=9.13$), más no con el miedo ($p>0.05$). Se concluye que las gestantes atendidas tienen una ansiedad moderada/grave en su mayoría y que también tienen niveles moderados de miedo. Tanto el grado de instrucción, estado civil y nacionalidad (datos socio demográficos); amenaza de aborto, trimestre gestacional (factores clínicos).

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado

2.2.1. Ansiedad

La ansiedad puede ser considerada como una reacción tensa a la cual no se le puede rastrear un motivo específico, su origen tiene menor claridad (Fernández et al., 2012). Otra definición indica que la ansiedad es experimentar miedo a las cosas que son confusas, vagas y poco claras, sin una referencia concreta. Dado que los síntomas más comunes están asociados a la adrenalina, las personas con ansiedad suelen tener nerviosismo, temblores, dolores de cabeza, dolores de estómago, palpitaciones, sudoración u otros síntomas que afectan su organismo y se adaptan a su vida diaria (Rojas, 2014). Asimismo, se le señala como una respuesta normal que se produce de forma automática, y que cada individuo la experimenta ante un suceso difícil, crítico o complicado que le obliga a responder, o a reaccionar ante un peligro inexistente (Stossel, 2014).

Muchos autores concuerdan que la ansiedad es una reacción frente a determinadas situaciones normales que generan ciertos niveles de estrés en las personas; aunque, habría un límite entre una ansiedad normal y una que podría resultar siendo patológica. Entonces, por un lado, la ansiedad es necesaria para la supervivencia del ser humano, puesto que, le permite realizar una gestión adecuada

de las actividades diarias y de los recursos a utilizar para sobreponerse a la situación amenazante; por otro lado, la ansiedad es considerada peligrosa o patológica en los casos donde se traspasa los límites de control, conllevando a un malestar significativo que conduce a síntomas físicos, emocionales, conductuales y psicológicos (Fernández et al., 2012).

Entonces, la ansiedad se puede entender de dos modos distintos: primero por aparecer como una respuesta adaptativa humana, que incluso desempeña un papel en la evitación y el enfrentamiento de algunos peligros. Ello se considera normal si el sujeto es capaz de adaptarse a él, ya que se cree que es una emoción básica que se encuentra en casi todas las enfermedades mentales y médicas como una reacción natural al peligro o amenaza. En segundo lugar, sirve para que la persona esté preparada para que practique o ensaye; de esta forma, logren desarrollar un desenvolvimiento adecuado para actuar prudentemente y de modo cauteloso cuando estén en medio de situaciones peligrosas o desafiantes. Dado que la ansiedad es el miedo a eventos desconocidos y que el miedo es considerado una reacción natural que consta de factores físicos y psíquicos, ambas se definen como respuestas normales para la supervivencia del sujeto (Fernández et al., 2012).

También se tiene que la ansiedad patológica o trastornos de ansiedad, pueden diferenciarse de la ansiedad normal o moderada, que varía en frecuencia, intensidad y persistencia a lo largo del tiempo y en varios contextos sintomáticos (Sierra et al., 2003). Además, se reporta cuando el sujeto tiene miedo a algo sin razón aparente. Debido a que se enfoca en expectativas ansiosas, en su mayoría se esperan que sucedan cosas negativas que afecten el bienestar físico o psicológico y causan irritación general. También se estableció que la ansiedad puede llegar a ser mal adaptativa, si produce malestar o cambios en el funcionamiento del organismo, esta

sensación está caracterizada porque cuando aumenta el miedo, la eficacia para la actividad se incrementa en una medida razonable y, además, su utilidad disminuye con los aumentos posteriores del miedo generado por la ansiedad (Fernández et al., 2012).

Los trastornos de ansiedad se clasifican y catalogan como trastornos de ansiedad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Estos incluyen aquellos en los que se experimenta miedo excesivo, ansiedad y otros rasgos disruptivos. Por otro lado, los trastornos ansiosos se diferencian entre sí en cuanto a los tipos, objetos o situaciones que desencadenan el miedo, la ansiedad o la conducta de evitación y la percepción cognitiva asociada. Aunque los trastornos de ansiedad suelen ser muy similares, se pueden distinguir examinando detenidamente la situación temida o evitada y el contenido de los pensamientos y creencias asociados a ella. Estos trastornos incluyen ansiedad difusa, mutismo selectivo, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, determinantes de ataques de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o sustancias, otro trastorno, otro trastorno de ansiedad y trastorno de ansiedad no especificado. Estos trastornos se clasifican en el DSM-V según la etapa de desarrollo en la que típicamente ocurren (American Psychiatric Association, 2014).

Otro criterio de clasificación se presenta en la edición 10ª de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), aquí se encuentran Los trastornos neuróticos, los trastornos que se relacionan con el estrés y los trastornos somatomorfos incluyen F0 a F08. En primer lugar, se considera un trastorno de ansiedad fóbica. Este grupo incluye trastornos en los que el miedo es causado única o principalmente por situaciones bien definidas. Una característica de estas

situaciones es que generalmente no son peligrosas. La respuesta de la persona ante estas situaciones es la evitación o el soportarlo con pavor. Dentro de este grupo está la agorafobia, fobias sociales, fobias específicas y los otros trastornos fóbicos, finalmente, los no especificados (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Además, están dentro del CIE-10, otros trastornos de ansiedad, en cuyos casos la ansiedad se coloca al centro de la sintomatología y no se restringe a una situación específica del entorno. Dentro de este grupo se incluye el trastorno de pánico que se caracteriza por recurrentes ataques de pánico que no tienen una causa específica), mientras que la ansiedad generalizada se presenta de forma general y persistente (no se constriñe a alguna situación específica), el trastorno mixto de ansiedad y depresión (característico de presentar tanto sintomatología depresiva como ansiosa), otros trastornos de ansiedad mixtos y los especificados y no especificados (Organización Mundial de la Salud, 1994).

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) centra su definición en la presencia recurrente de pensamientos de tipo obsesivo (impulsos, ideas o imágenes que son disruptivos y angustiantes, que, aunque se intenta evitarlos, no se puede) y/o de actos compulsivos (son ritos frecuentes, estereotipados, repetitivos y que no son agradables de realizar ni tienen una finalidad específica). Se incluye dentro de este grupo el TOC con obsesiones o cavilaciones dominantes, TOC con impulsos/rituales dominantes, obsesiones e ideas mixtas, otro TOC y no especificado (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Los trastornos de adaptación al igual que la reacción al estrés grave, se caracterizan por incluir trastornos identificables según su sintomatología, evolución y, sobre todo, por su causa: un suceso altamente significativo que trae consecuencias repulsivas y prolongadas, lo que termina ocasionando en la persona un trastorno de

adaptación (incluye trastorno de estrés postraumático, reacción por estrés agudo, etc.). Otro grupo de trastornos ansiosos son los trastornos disociativos que consisten en una pérdida gradual de la integración normal entre la memoria pasada, la autoconciencia y la sensación inmediata, incluye también la pérdida gradual de control motor del cuerpo (OMS, 1994). Además, los trastornos somatomorfos (presencia repetida de síntomas físicos que no se pueden asociar directamente a problemas físicos) y otros trastornos neuróticos (se incluye la neurastenia y la despersonalización) (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Para un mayor entendimiento sobre la ansiedad, se exploran a continuación las explicaciones que diversas perspectivas psicológicas y otras ciencias relacionadas le han dado a la ansiedad:

2.2.1.1. Aportes desde la neurobiología.

Para el trastorno de ansiedad social, el sistema límbico, como el lóbulo temporal, la amígdala y el hipocampo, mostrarían alteraciones en la conectividad funcional con las regiones frontales, como las cortezas cingulada anterior, prefrontal y orbitofrontal (Lai, 2020). Las estructuras cerebrales de procesamiento emocional se conocen como el sistema límbico. La corteza límbica es parte de la corteza filogenéticamente antigua. Incluye la corteza insular y la corteza cingulada. La corteza límbica integra la sensación de dolor, la emoción y los componentes cognitivos y procesa la información sobre el estado interno del cuerpo. El hipocampo es otra estructura del sistema límbico. Tiene un efecto inhibitor del tono en el sistema de respuesta al estrés del hipotálamo y actúa como una retroalimentación negativa en el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (Martin et al., 2009).

El volumen del hipocampo y la neurogénesis (crecimiento de nuevas células) en esta estructura se han implicado en la reacción al estrés y la resiliencia

relacionados con el trastorno ansioso y del estado de ánimo. La amígdala procesa estímulos externos emocionalmente destacados e inicia la respuesta conductual adecuada. La amígdala cumple con la función de la expresión del miedo y la agresión, también influye en el comportamiento defensivo que asume toda especie y en efecto ello conlleva una gran relevancia en la creación y evocación de recuerdos de tipo emocional con efecto de relacionarlo con el miedo (Šimić et al., 2021). El núcleo central de la amígdala está fuertemente interconectado con regiones corticales, incluida la corteza límbica. También recibe información del hipocampo, el tálamo y el hipotálamo (Martin et al., 2009).

Los desórdenes de pánico se caracterizan por las alteraciones de la corteza cingulada anterior-amígdala en el condicionamiento del miedo, alteraciones frontoparietales en el área de la red atencional y alteraciones límbico-prefrontales en la tarea emocional. Se observa una conectividad funcional aberrante similar basada en la amígdala, en la fobia específica. Las alteraciones funcionales mesocorticolímbicas y límbico-prefrontales se encuentran en el trastorno de ansiedad generalizada. Los componentes principales de la conectividad funcional basada en resonancia magnética de tareas en la ansiedad incluyen regiones límbicas y frontales que podrían desempeñar un papel vital para el origen de la ansiedad en diferentes escenarios y tareas (Lai, 2020).

La interrupción en la señalización de neurotransmisores, neuropéptidos y neuroendocrinos también pueden ser atribuidos a trastornos distintos al trastorno del estado de ánimo y de ansiedad; cabe esperar una gran superposición entre los síndromes diagnósticos. Por ejemplo, la desregulación de la respuesta generalizada al estrés es común a numerosos diagnósticos médicos y psiquiátricos. El estrés repetitivo, prolongado o particularmente intenso puede incrementar el grado y la

duración de la señalización de factor liberador de corticotropina (FLC), los glucocorticoides y las catecolaminas, y estas tres clases de señales. La transmisión puede explicar los síntomas psiquiátricos, cardiovasculares, metabólicos e inmunológicos de los trastornos asociados al estrés. Por el contrario, puede ocurrir un hipo activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) como mecanismo compensatorio de la exposición crónica/grave al estrés (Martin et al., 2009).

La hiperactividad del eje HHS se observa, por ejemplo, en trastornos depresivos agudos, TOC, desórdenes de pánico, anorexia y alcoholismo, mientras que la hipoactividad del eje HHS se observa en fatiga crónica, fibromialgia, abstinencia de nicotina, TEPT y el período posparto. Se debe precisar que la dirección de la disfunción del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal varía con el tipo, permanencia, predicción y la lesividad del factor estresante, así como con la madurez del paciente, herencia genética y la experiencia pasada. Otras implicaciones clínicas de la señalización monoaminérgica alterada probablemente estén influenciadas por una lista igualmente larga de factores. Una relación más cercana entre la investigación preclínica y clínica es esencial antes de que sea posible comenzar a reconstruir la relación entre cada uno de estos factores (Martin et al., 2009).

Finalmente, se cree que el factor genético es altamente influyente en la predisposición al padecimiento de los trastornos ansiosos. Varios estudios han encontrado que la susceptibilidad genética está presente en un alto porcentaje de trastornos ansiosos, pero es más grave en el trastorno obsesivo compulsivo, el pánico y la fobia social. Otras investigaciones han descubierto que la población juvenil masculina se encuentra más predispuesta a presentar trastornos de conducta y de eliminación, mientras que en la población adolescente femenina existe una mayor predisposición para presentar trastornos emocionales (Reyes, 2005).

2.2.1.2. Perspectiva conductual.

Los autores conductistas plantean que la ansiedad es un impulso motivacional que se encarga de la capacidad de un sujeto para dar una respuesta ante un estímulo específico. De modo tal que la ansiedad es aprendida y se relaciona con una serie de estímulos a los cuales la persona ha sido condicionada o incondicionada, o que ha sido aprendida por modelado (conservación), lo cual causa la respuesta emocional. El axis conductual puede ir desde un simple enfado hasta un hecho concreto que le haya molestado, producido inquietud o llegar a querer desaparecer de la percepción de otras personas. La ansiedad supone un afrontamiento de la situación, aunque este no resulte siendo funcional, como huir (Sierra et al., 2003).

2.2.1.3. Perspectiva cognitiva.

El modelo cognitivo, propuesto por Beck, indica que la ansiedad surge de pensamientos ansiosos y evaluaciones provocadas por situaciones específicas llamadas situaciones provocativas. Ante esta situación desencadenante, el individuo se siente vulnerable. Por tanto, las valoraciones de riesgo de situaciones o estímulos no son proporcionales. De hecho, muchas veces se experimenta miedo ante situaciones hipotéticas o venideras, situaciones que actualmente son inexistentes y que no son del todo importantes (Clark y Beck, 2010).

En resumen, las respuestas de miedo se derivan de cómo una persona interpreta una situación o estímulo. Al evaluar un estímulo como una amenaza, las personas responden en múltiples niveles, incluidos el fisiológico, el cognitivo, el conductual y el emocional. Los síntomas fisiológicos incluyen palpitaciones, agitación, dolor y presión en el pecho, malestar estomacal, escalofríos y entumecimiento y hormigueo en las extremidades. Perder el control, temor a ser lastimado o perecer, miedo a volverse loco, pensamientos o recuerdos devastadores y una dificultad para

pensar. Finalmente, los síntomas emocionales incluyen nerviosismo, tensión, ansiedad, colapso inminente, excitación e impaciencia. Estas respuestas a estímulos amenazantes y situaciones que asustan a una persona la preparan para enfrentarlos y demuestran el dominio adaptativo del miedo. Así que el miedo es el núcleo de la ansiedad (Sierra et al., 2003).

2.2.1.4. Perspectiva cognitiva-conductual.

Según esta perspectiva, la conducta ansiosa se relacionaría con la interacción entre las condiciones situacionales en las que se encuentra la persona y sus características individuales como sus variables cognitivas. Al intervenir las características personales, la respuesta ansiosa se determina por estas y resulta ser variable entre las personas. La ansiedad se conceptualiza entonces como aquellas respuestas emocionales que se sub dividen tres tipos: respuestas cognitivas, respuestas fisiológicas y respuestas motoras. En ese sentido, la ansiedad es multidimensional (Sierra et al., 2003).

2.2.1.5. Dimensiones.

2.2.1.5.1. Fobia social.

Este trastorno, según el DSM-V, cuando alguien tiene fobia social o ansiedad social. La persona está ansiosa, preocupada o evita situaciones que podrían llevar a una interacción social o a una prueba. Esto incluye conocer gente nueva, observar cómo come o bebe e interacciones sociales, como situaciones en las que la persona se comporta frente a los demás. Es la imagen cognitiva de ser juzgado negativamente, avergonzado, humillado, rechazado o insultado por otros. Se incluyen en este manual los siguientes criterios diagnósticos: (American Psychiatric Association, 2014).

- En situaciones sociales, se presenta un miedo o ansiedad marcados. En estas situaciones, el individuo se expone a un posible escrutinio u observación por otras personas (American Psychiatric Association, 2014).
- La persona debe tener el temor de que el individuo actúe de cierta forma o muestre sintomatología ansiosa que serán vistos de forma negativa (American Psychiatric Association, 2014).
- Las situaciones sociales en la gran mayoría de ocasiones, o en todas, causan miedo o ansiedad (American Psychiatric Association, 2014).
- Las situaciones sociales suelen ser evitadas o se soportan con un miedo o ansiedad muy intensos (American Psychiatric Association, 2014).
- La respuesta ansiosa o el temor son desproporcionales ante una amenaza de acuerdo una situación de carácter social y ante un contexto sociocultural (American Psychiatric Association, 2014).
- La respuesta ansiosa, el temor o la conducta evitativa son persistentes, presente en al menos 6 meses (American Psychiatric Association, 2014).
- La respuesta ansiosa, el temor o la conducta evitativa causas angustia de grado clínico (American Psychiatric Association, 2014).
- La respuesta ansiosa, el temor o la conducta evitativa no pueden ser explicadas desde la observación de los síntomas de otros trastornos mentales como los trastornos de dismorfia corporal, desorden de pánico o a partir de los síntomas del espectro autista (American Psychiatric Association, 2014).
- La respuesta ansiosa, el temor o la conducta evitativa no deben asociarse a cualquier otra condición médica como la obesidad, o enfermedad de Parkinson (American Psychiatric Association, 2014).

En la guía diagnóstica de bolsillo del CIE-10 señala cinco criterios diagnósticos: Primero, se deben presentar miedo marcado a ser el centro de la atención o que el comportamiento sea percibido como vergonzoso o humillante; que se evite llamar la atención en ciertas situaciones en las que el temor de avergonzarse o humillarse se presente. Es específico de esta que se presente en situaciones de carácter social. Segundo, se debe evidenciar ruborización, miedo a vomitar o necesidad de orinar o defecar que es imperiosa; de estos, se debe presentar al menos uno. Tercero, el malestar emocional originado por los síntomas o conducta de evitación. Cuarto, los síntomas se reducen a situaciones que causen temor o que se perciben como tal (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Los indicadores de esta dimensión conforme a lo planteado por Lozano y Vega (2018) son el temor de conocer gente nueva, miedo del ridículo o humillación personal, miedo a realizar entrevistas o exámenes, dificultad de conversación con otros e incomodidad por sentirse observado.

2.2.1.5.2. Ansiedad física.

Esta dimensión refiere a cómo la ansiedad se expresa de forma física en aquella persona que la experimenta. Algunos síntomas físicos mencionados en la guía de bolsillo del CIE-10 son el ritmo cardíaco acelerado o palpitaciones rápidas del corazón; además, está la sudoración, sensación de temblores y sacudidas; luego, la boca reseca, que no se relacione al consumo de medicamentos o a la deshidratación; estos síntomas constituyen el grupo de síntomas autonómicos. Otros síntomas son la dificultad respiratoria, la sensación de estarse ahogando, dolor en el pecho, náuseas o molestias estomacales, sentirlo *revuelto*, este es el grupo de sintomatología relacionada con el pecho y abdomen (Organización Mundial de la Salud, 1994).

También se advierte la sensación bochorno, calor o por el contrario escalofríos, sensación de aturdimiento u hormigueo, tensión, dolores musculares, inquietud o que no se pueda relajar, sensación de alcanzar sus propios límites, estar sometido a mucha presión o altamente tensionado, además sensación de atragantamiento o ahogo; estos son síntomas más generales relacionados a la ansiedad. Por otro lado, están síntomas no específicos como sobresaltos, dificultad para concentrarse, irritabilidad y no poder dormir. De la totalidad de estos síntomas listados hasta el momento (además de los presentados en la siguiente sección) se espera que se cumplan al menos cuatro para detectar una ansiedad patológica (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Los indicadores de esta dimensión que fueron considerados de acuerdo a lo planteado por Lozano y Vega (2018) son síntomas de molestias en el pecho, dificultad para respirar, hormigueo en las extremidades, ahogo, inestabilidad o pérdida de equilibrio y escalofríos. Específicamente: Dolor en el pecho, sensación de alteración, escalofríos y adormecimiento u hormigueo corporal

2.2.1.5.3. Ansiedad psíquica.

Esta dimensión acompaña a la expresión psíquica de la ansiedad; podría decirse que incluye aquellos síntomas que son más subjetivos. Esto es, cómo la ansiedad se expresa de forma psíquica en aquella persona que la experimenta. Sensación de agitación y ahogo. De hecho, es muy cercano a la noción de distrés (Lozano y Vega, 2018). Este se entiende como la respuesta de estrés negativo, que a menudo involucra afecto negativo y reactividad fisiológica: Estrés causado por ansiedad, pérdida o amenaza percibida. Afecta negativamente a la salud humana, causando trastornos físicos y mentales y amenazando gravemente la salud humana.

Este es generalmente el significado intencionado de la palabra estrés (American Psychological Association [APA], 2020a).

Como se había adelantado en el subtítulo anterior, junto a estos síntomas y aquellos físicos mencionados anteriormente, una persona estaría comprometido con al menos cuatro de ellas para detectar una ansiedad generalizada. Entonces, está la sensación de mareo, sentirse inestable en todo momento o como que se va a desmayar o desvanecer, en otros casos está la desrealización (estado caracterizado por una sensación disminuida de la realidad; es decir, cambios en la percepción de la realidad externa o rasgos cognitivos (American Psychiatric Association, 2020) o deshumanización (un estado mental en el que el yo parece irreal). Una persona se siente alienada de sí misma, a menudo del mundo exterior, con sus pensamientos y sentimientos (American Psychiatric Association, 2020); también se encuentra el miedo a perder el control, volverse loco, desmayarse y finalmente miedo a la muerte (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994).

Los indicadores de esta dimensión de acuerdo a lo planteado por Lozano y Vega (2018) son el aturdimiento o confusión, la sensación de miedo sin motivo, el dolor o presión en el pecho, la tendencia a sentir miedo fácilmente, la sensación de angustia y nervios y la ausencia de una sensación de comodidad, sosiego y paz.

2.2.1.5.4. Agorafobia.

Esta se define como un grupo de fobias las cuales pueden definirse de forma clara y engloban miedos a salir de casa, a ser parte de multitudes, entrar a tiendas o exponerse en lugares públicos. Se presenta miedo o evitación a multitudes, a viajar lejos de casa y solo o a lugares públicos. Se consideran síntomas autonómicos como palpitaciones, temblores o boca seca; malestar en abdomen y el pecho, al igual que

sintomatología a nivel mental y otros síntomas como sofocos o escalofríos; estos síntomas coinciden con los mencionados anteriormente en la ansiedad (OMS, 1994).

Asimismo, de acuerdo al DSM-V, las personas con agorafobia son ansiosas o temerosas de dos o más de los siguientes: concurrir a lugares abiertos, ingresar en sitios cerrados, hallarse en una fila o en una muchedumbre, o estar solo alejado de su vivienda u otras circunstancias. Está presente el temor a las situaciones antes descritas debido a la idea de que, si se presenta pánico u otros síntomas físicos o vergonzosos, puede ser difícil escapar o puede que no haya ayuda disponible, estas situaciones suelen causar miedo y ansiedad, a menudo se evitan y requieren la presencia de acompañantes (American Psychiatric Association, 2014). Este trastorno es específicamente importante en tiempos de pandemia, pues, el individuo puede evitar salir a espacios públicos por miedo a contagiarse o, quizás, pudo quedar afectado por el confinamiento y cuarentena; esto último especialmente en individuos que ya tenían este trastorno antes de la pandemia (Shafran et al., 2021).

Los indicadores de esta dimensión de acuerdo a lo planteado por Lozano y Vega (2018) son: Miedo de estar lejos de casa, miedo de lugares altos, incomodidad de lugares cerrados e inseguridad.

2.2.2. Miedo

El miedo es una emoción natural y primitiva que todas las personas pueden experimentar hasta cierto punto. Esta emoción tiene la función de alertar de la presencia de peligros, reales o imaginarios. Se puede experimentar miedo en situaciones como caminar solas a casa por la noche, cuando se enfrentan a animales que perciben como peligrosos o cuando están a punto de lanzarse en paracaídas desde un avión (Guy-Evans, 2022). Asimismo, el miedo se define como una emoción básica, intensa, la cual se origina ante un peligro muy próximo, involucrando la

activación conductual de alarma que impulsa inmediatamente al organismo para el inicio o ejecución de mecanismos de defensa a distintos niveles: fisiológicos, psicológicos (Bastida, 2013). La mayoría de las veces se refiere a un estado subjetivo, un sentimiento que uno experimenta cuando está amenazado. Sin embargo, también describe comportamientos, como expresiones faciales, congelación, huida y evitación, así como cambios fisiológicos que acompañan a dichos comportamientos (LeDoux y Pine, 2016).

2.2.2.1. Neurobiología del miedo.

La amígdala procesa estímulos externos emocionalmente destacados e inicia la respuesta conductual adecuada. La amígdala genera las respuestas del miedo y las conductas agresivas, además de otras defensas específicas de la especie, y cumple un rol en la generación y evocación de emociones y recuerdos relacionados con el miedo. El núcleo central de la amígdala (CEA) está fuertemente interconectado con regiones corticales, incluida la corteza límbica. También recibe información del hipocampo, el tálamo y el hipotálamo (Martin et al., 2009). Sin embargo, existe diversa evidencia para decir que no existe una estructura cerebral única para procesar el miedo, e incluso no ha surgido un pequeño conjunto de estructuras necesarias y suficientes (Adolphs, 2013).

Una razón probable por la que ha sido difícil encontrar evidencia clara de un circuito de miedo dedicado a partir de estudios de resonancia magnética en humanos es que ahora es evidente que comportamientos emocionales bastante diferentes, que van desde la defensa hasta la agresión y el apareamiento, están controlados por poblaciones específicas de neuronas que se encuentran espacialmente dentro de la misma estructura y, por lo tanto, no se pueden resolver mediante resonancia magnética funcional. Lo mismo ocurre con la codificación de valores en general: las

neuronas dentro de la amígdala que codifican el refuerzo positivo o negativo parecen estar estrechamente entremezcladas, lo que hace que su visualización con enfoques típicos de resonancia magnética sea problemática. Otra razón es que el miedo provocado por diferentes clases de estímulos (impredecibles, sociales, depredadores, etc.) puede ser procesado por sistemas neuronales parcialmente separables. Hay mejor evidencia, y más razones para creer a priori, que se podrían identificar sistemas extendidos compuestos por una red de estructuras. Algunos estudios de resonancia magnética han sugerido esto, y se han propuesto varios modelos. Sin embargo, en última instancia, es posible que necesitemos volver a dibujar los límites de las estructuras componentes: las redes para procesar el miedo consistirán en subpoblaciones específicas de células extendidas a lo largo de una serie de estructuras (Adolphs, 2013).

La reacción bioquímica al miedo hace que los cuerpos respondan a las amenazas percibidas en el medio ambiente. Esto produce reacciones físicas automáticas como sudoración, aumento del ritmo cardíaco y pupilas dilatadas. El propósito de estas reacciones corporales es preparar el cuerpo para combatir la amenaza o huir de ella; esto se denomina respuesta de *fight or flight* o *lucha o huida*. En respuesta a la amenaza, el sistema nervioso simpático, que es parte del sistema nervioso autónomo, se activa y las hormonas se liberan repentinamente. Luego, el sistema nervioso simpático estimula las glándulas suprarrenales para que secreten hormonas, particularmente adrenalina (epinefrina) y norepinefrina (norepinefrina), lo que da como resultado las reacciones físicas (Guy-Evans, 2022).

2.2.2.2. Causas del miedo.

Los miedos intensos, como las fobias específicas, suelen desarrollarse en la infancia y, en algunos casos, pueden señalarse en un momento exacto. En algunos

casos, las fobias específicas generalmente resultan de un suceso traumático temprano con el objeto, evento o situación temidos, como una fobia a las bicicletas causada por un incidente traumático de caerse de una bicicleta cuando era niño. Las fobias adquiridas a temprana edad pueden ser resultado de la imitación de alguna fobia presente en un familiar muy próximo. Por ejemplo, si un padre tiene fobia a las arañas, el niño puede aprender a tener también fobia a las arañas (Guy-Evans, 2022).

2.2.2.2.1. Teoría evolutiva del miedo.

De acuerdo a la hipótesis de preparación para explicar por qué los humanos temen. La hipótesis de la preparación es la creencia de que los humanos tienen una tendencia a temer las cosas que fueron una fuente de peligro para nuestros antepasados. Seligman propuso que los miedos de las personas a las que se les diagnostican fobias reflejan el aprendizaje evolutivo preparado para temer eventos y situaciones que han proporcionado amenazas para la supervivencia. Argumentó que estas amenazas serían desde una perspectiva evolutiva más que contemporánea. Esto se puede usar para explicar por qué las fobias como animales amenazadores, alturas, espacios cerrados, enfermedades y evaluaciones sociales son muy comunes y parecen ser miedos innatos. Mientras que los temores contemporáneos, como las bicicletas, los equipos eléctricos rotos y las armas, menos comunes, no habrían sido amenazas de supervivencia para nuestros antepasados. La hipótesis de la preparación sugiere que los humanos pueden tener respuestas innatas a estímulos específicos sin ningún aporte previo del entorno. Esto se probó con científicos que descubrieron que era más fácil entrenar a los humanos para que temieran a las serpientes y las arañas que a los perros amistosos de las almohadas, por ejemplo. Se descubrió que esto era especialmente cierto para los niños muy pequeños que

parecían tener miedo de las serpientes y las arañas antes de encontrarlas o de oír hablar de ellas (Guy-Evans, 2022).

2.2.2.2. Condicionamiento del miedo.

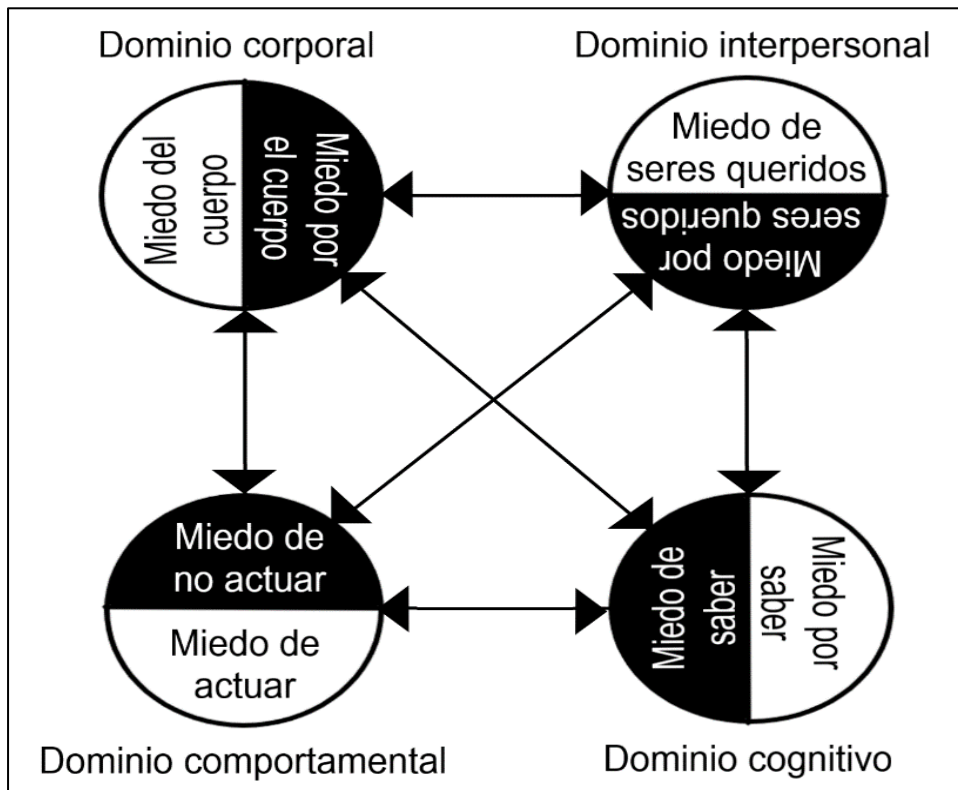
De acuerdo a las teorías conductistas del condicionamiento, el condicionamiento del miedo es un estado de miedo o ansiedad que se ha demostrado en animales después de emparejamientos repetidos de un estímulo amenazante con un estímulo previamente neutral usando condicionamiento clásico. En los experimentos, los investigadores combinarían un estímulo neutral con un estímulo desagradable, como un ruido fuerte o una descarga. Después de emparejar repetidamente estos dos estímulos, eventualmente el estímulo neutral por sí solo provocaría un estado de miedo. Esta es otra forma en la que se podría causar un miedo intenso. El miedo expresado por los animales sería visto como esencial para su supervivencia en este caso. Este condicionamiento del miedo podría aprenderse en humanos con presencia de estrés postraumático. El estrés postraumático se define como las respuestas incondicionadas, exageradas e implacables a los estímulos (p. ej., multitudes, destellos de luz o sonidos) que están asociadas con un trauma (p. ej., muerte o lesiones). El TEPT puede provocar sentimientos de miedo intenso cuando algo lo desencadena específicamente. La mayoría de las veces, el desencadenante no será una amenaza real para la supervivencia, sino un estímulo condicionado para el individuo. Esto significa que pueden experimentar intensos sentimientos de miedo en momentos en que no es apropiado (Guy-Evans, 2022).

2.2.2.3. Miedo durante la pandemia por COVID-19.

Una forma de entender al miedo durante la pandemia de COVID-19 que sigue estando presente en el contexto, es la conceptualización de los cuatro dominios del miedo, estos se pueden entender en base a la figura a continuación:

Figura 1

Los cuatro dominios del miedo



Nota: Adaptado de Schimmenti et al., 2020.

2.2.2.3.1. Dominio corporal.

El primer dominio del miedo (miedo al cuerpo/miedo por el cuerpo) se refiere al cuerpo y sus señales. Desde esta perspectiva se entiende al cuerpo como el primer organizador de la experiencia humana y lleva la cuenta de los eventos que amenazan la integridad física y psicológica. En la experiencia actual de la pandemia de COVID-19, el miedo al cuerpo se relaciona con una sensación de vulnerabilidad física debido a que el cuerpo es una fuente potencial de peligro. Debido a que el contagio no depende de una decisión personal o que esté completamente en el control interno de la persona, pueden desarrollarse delusiones de una traición del cuerpo a través de una infección, que finalmente conduce a la muerte. Es por eso que este elemento recibe el nombre de miedo del cuerpo. Este miedo al cuerpo se manifiesta de diferentes formas en el desarrollo de la pandemia causada por COVID-19. Las

personas generalmente se vuelven hipervigilantes sobre cualquier cambio corporal que pueda sugerir la infección por COVID-19, anticipando temerosamente su rendición (Schimmenti et al., 2020).

El otro miedo relacionado con el cuerpo (miedo por el cuerpo) se refiere a la necesidad de proteger el cuerpo. En este tipo de miedo, el cuerpo no es percibido como una amenaza, sino como un tesoro que puede perderse; por lo tanto, el cuerpo es valorado para sobrevivir y necesita ser cuidado. El miedo al cuerpo y el miedo por el cuerpo pueden alternarse muy rápidamente, generando comportamientos inconsistentes y potencialmente dañinos para el cuerpo. Por ejemplo, si las noticias informan que muchas personas que sobrevivieron a un infarto prefirieron quedarse en casa, que ir al hospital por temor a infectarse, aumentaría el miedo por el cuerpo. Por lo tanto, el miedo al cuerpo y la necesidad de protegerlo pueden estar tan entrelazados que las estimaciones subyacentes de amenaza (riesgo de morir por un ataque cardíaco repetido o sus complicaciones versus riesgo de infectarse con COVID-19 y morir a causa de él) pueden ser sesgados y resultan en un comportamiento que finalmente no protege al cuerpo (Schimmenti et al., 2020).

2.2.2.3.2. Dominio interpersonal.

El segundo dominio del miedo (miedo a las personas significativas/miedo por las personas significativas) se relaciona con las relaciones interpersonales importantes. Las relaciones interpersonales están en el centro de la identidad humana, especialmente aquellas que involucran figuras de apego como los padres, los hijos, amigos y las personas con las que se establecen relaciones románticas. Estos individuos brindan un refugio seguro y una base segura desde donde surge una seguridad que permite explorar la experiencia interna y el mundo externo. Esta pandemia viene afectando la percepción de las relaciones interpersonales cercanas

con las recomendaciones en torno al distanciamiento social (Schimmenti et al., 2020). La recomendación de las autoridades dice que mantener una distancia física, incluso de las personas a las que están vinculados, evitar congregaciones de personas, reuniones y resto de actividades sociales, con la expectativa que desacelerará la propagación del coronavirus y mantendrá a todos a salvo (Gobierno del Perú, 2020).

La consecuencia de esto es la percepción de que incluso los seres queridos y el resto de personas cercanas pueden causar daño, aunque sea sin saberlo. Por lo tanto, en lugar de brindar protección o una sensación de seguridad, un padre, un hijo, un amigo, colega o una pareja íntima se convierte en una amenaza potencial, dependiendo posiblemente la supervivencia de protegernos contra las personas con las que se han formado los vínculos afectivos más fuertes. Por el contrario, también el individuo se siente como un peligro potencial para las personas cercanas a sí mismo y, además, existe la formación de responsabilidad si es que se infectan. Por lo tanto, cuando el miedo se extiende, la persona se priva del rol de cuidar o proteger a esas personas. Estos cambios tienen profundas consecuencias no solo en términos de cómo se establecen las relaciones con las personas importantes, sino también en términos de socavar aún más en el sentido de seguridad y necesidad de estar ahí para aquellos seres queridos (Schimmenti et al., 2020).

2.2.2.3.3. Dominio cognitivo.

Este dominio del miedo (miedo a no saber/miedo a saber) se refiere al aspecto cognitivo del dominio de las situaciones. En este contexto de pandemia, el conocimiento es acotado y parcial, además de haber bastantes noticias falsas, las cuales terminan afectando la salud mental de la persona, incrementando el miedo y el pánico, además de fatiga y depresión (Mendes et al., 2021). Una forma de hacer frente a esta situación es mediante la heurística de disponibilidad; es decir, confiar en

la información que se puede recordar, generalmente información a la que la persona estuvo expuesta muy recientemente. Sin embargo, esto conduce a un razonamiento sesgado, según el cual las cosas que se recuerdan tienen un mayor valor para la comprensión que aquellas que no se pueden recordar fácilmente. Los sesgos en el razonamiento, como la heurística de disponibilidad, paradójicamente pueden dar a una persona cierta sensación de comprensión o control, pero actúan como una defensa contra una profunda confusión sobre lo que uno debe saber o necesita saber sobre la pandemia en lugar de lo que es mejor no conocer (Schimmenti et al., 2020).

La información nunca es neutral y puede ser difícil lograr un equilibrio cuidadoso entre la información útil y que promueve la supervivencia y la información aterradora y paralizante. Por ejemplo, podemos querer saber y evitar saber cuántas personas se han infectado en nuestra comunidad local. Si bien este tipo de información puede ayudar a algunas personas a sobrellevar mejor la situación, otras pueden encontrarla abrumadora y preferirían quedarse en la oscuridad. Lo que es más confuso, como ocurre con otros tipos de miedo descritos durante la pandemia, es una rápida alternancia de una necesidad de saber (miedo a no saber) y una necesidad de no saber (miedo a saber); es probable que dicha alternancia interfiera con la toma de decisiones y las acciones relacionadas. Por ejemplo, la búsqueda frenética de información en línea relacionada con COVID-19 puede aumentar la ansiedad y la angustia y, por lo tanto, conducir a la cibercondría, entendida como los efectos amplificadores de la ansiedad causados por las búsquedas sobre la salud en línea (Starcevic, 2017); sin embargo, al mismo tiempo, la información importante e incluso que promueve la supervivencia puede pasarse por alto debido al miedo a saber. El resultado puede ser una inacción paralizante que se alterna con un comportamiento arriesgado (Schimmenti et al., 2020).

2.2.2.3.4. Dominio comportamental.

Este último dominio del miedo (miedo a actuar/miedo a la inacción) se refiere a las consecuencias conductuales por miedo durante la pandemia. Para entender este dominio, es importante concebir que el vivir también consiste en acciones, es decir, actividades intencionales y con un propósito que no son reflexivas, sino subjetivamente significativas. Como ya se ha señalado, los miedos en los dominios corporal, interpersonal y cognitivo a menudo tienen un impacto directo en el comportamiento. Este es especialmente el caso cuando los temores mutuamente opuestos se alternan rápidamente, produciendo indecisión y acción paralizante. Por ejemplo, puede ser muy difícil decidir si visitar a los padres ancianos por la posibilidad de contagiarlos; tal persona se debate entre el deber de cuidar a los padres y la responsabilidad de mantenerlos a salvo evitando tales visitas. En algunas personas vulnerables, el miedo a actuar puede manifestarse en dudas obsesivas acerca de hacer cosas simples, como comprar comestibles o abrir un paquete enviado por un padre que vive en un área muy contaminada (Schimmenti et al., 2020).

La otra cara de la moneda en este dominio del miedo se relaciona con los sujetos que presentan la urgente necesidad de realizar alguna acción y que pueden temer ser pasivas o ser percibidas como tales. Esto puede explicar el comportamiento de las personas que se volvieron hiperactivas en los sitios de redes sociales solo durante la pandemia de COVID-19. Estas personas pasan la mayor parte del tiempo en línea, transmitiendo en vivo en cámaras web, publicando sus propias imágenes o videos o publicando noticias relacionadas con la pandemia. Además de aliviar el miedo de estos individuos a la inacción y a ser invisibles en el mundo de las redes sociales, dicho comportamiento puede satisfacer sus necesidades narcisistas y/o la necesidad de pertenecer a un grupo que podría proporcionar una sensación de

seguridad. Sin embargo, este patrón de comportamiento también puede reflejar el uso problemático de sitios o aplicaciones de redes sociales que pueden tener aspectos adictivos difíciles de atenuar y que podrían requerir intervención clínica (Schimmenti et al., 2020).

2.2.2.4. Dimensiones.

2.2.2.4.1. Miedo emocional.

Esta dimensión corresponde a la primera dimensión, la cual acompaña las reacciones al miedo y otras expresiones somáticas características del miedo al COVID-19 (Huarcaya-Victoria et al., 2020). La respuesta emocional ante un miedo está personalizada para el individuo. Dado que la biología del miedo involucra algunas de las mismas respuestas químicas a las emociones positivas, como la emoción y la felicidad, las personas pueden experimentar emociones positivas o negativas al miedo. Por ejemplo, algunas personas pueden disfrutar montando montañas rusas extremas, mientras que otras pueden tener una reacción negativa y las evitarán a toda costa. Aunque la reacción bioquímica del miedo puede ser la misma, algunas personas experimentarán la intensidad de las situaciones de miedo de manera diferente que otras (Guy-Evans, 2022).

De acuerdo a lo planteado por Huarcaya-Victoria et al. (2020), esta dimensión tiene cuatro indicadores: miedo del COVID-19, incomodidad por tener pensamientos relacionados con el COVID-19, miedo a la muerte a consecuencia de la enfermedad por COVID-19 y sentirse nervioso cuando escucha u observa noticias relacionadas con el COVID-19 (Huarcaya-Victoria et al., 2020).

2.2.2.4.2. Expresiones somáticas.

Esta dimensión incluye los componentes somáticos del miedo (Huarcaya-Victoria et al., 2020). En momentos de miedo, la persona reacciona de distintas

maneras. Ya sea un peligro físico o un peligro psicológico, puede comenzar a respirar más rápido, puede sentir que se le aceleran los latidos del corazón y todo su cuerpo se vuelve para tomar medidas si es necesario. La reacción comienza en la amígdala, la sección del cerebro responsable del miedo. La amígdala responde transmitiendo señales al hipotálamo, estimulando al sistema nervioso autónomo; este sistema está compuesto por el sistema nervioso simpático, el cual da origen a la respuesta de hostilidad o fuga, además estimula las glándulas suprarrenales para desencadenar la liberación de catecolaminas, incluyendo la adrenalina y noradrenalina. Esto dispara la respuesta de pelear o huir o congelarse o adular (*fight or flight or freeze or fawn*). Una vez que esta respuesta se activa, se presentan los siguientes signos y síntomas fisiológicos (Frothingham, 2021):

- Ojos: Las pupilas se dilatan, esto ocurre para permitir que los ojos absorban más luz mejora su vista para que pueda dedicar más atención al peligro. Se puede notar una visión de túnel o darse cuenta de que su visión se vuelve más nítida (Frothingham, 2021).
- Oídos: El mismo concepto de los ojos se aplica a los oídos. Notará que sus oídos esencialmente se animan y su audición puede volverse más aguda (Frothingham, 2021).
- Corazón: Aumenta la frecuencia cardíaca, al mismo tiempo la dilatación de vasos sanguíneos coronarios. La aceleración cardíaca puede alimentar más sangre, oxígeno y energía al cuerpo, mejorando su poder para huir o luchar (Frothingham, 2021).
- Pulmones: La respiración se acelera y se vuelve menos profunda. Una vez más, esta respiración más rápida consume más oxígeno para los músculos (Frothingham, 2021).

- Piel: La persona se empalidece y su cara se enrojece. La contracción de vasos sanguíneos dirige mayor cantidad de sangre donde se necesita: cerebro, sistema muscular y extremidades. Sus manos y pies también se enfrían debido a esto (Frothingham, 2021).
- Músculos: La musculatura de todo el cuerpo experimentan tensión y se preparan para la acción. Debido a esto, sus músculos pueden sacudirse o temblar, especialmente si no se está moviendo (Frothingham, 2021).
- Estómago: Se experimentan náuseas: la sangre se desvía del sistema digestivo, lo que puede causar estos sentimientos (Frothingham, 2021).
- Mente: Los pensamientos comienzan a correr. Este pensamiento más rápido puede ayudarlo a evaluar su entorno y tomar decisiones rápidas, si es necesario. Por lo tanto, puede ser un desafío concentrarse en otra cosa que no sea el peligro que percibe. También puede sentirse mareado o aturdido si uno no corre o lucha (Frothingham, 2021).
- Dolor: La percepción del dolor se reduce temporalmente mientras está bajo el gatillo de lucha o huida o congelación (Frothingham, 2021).

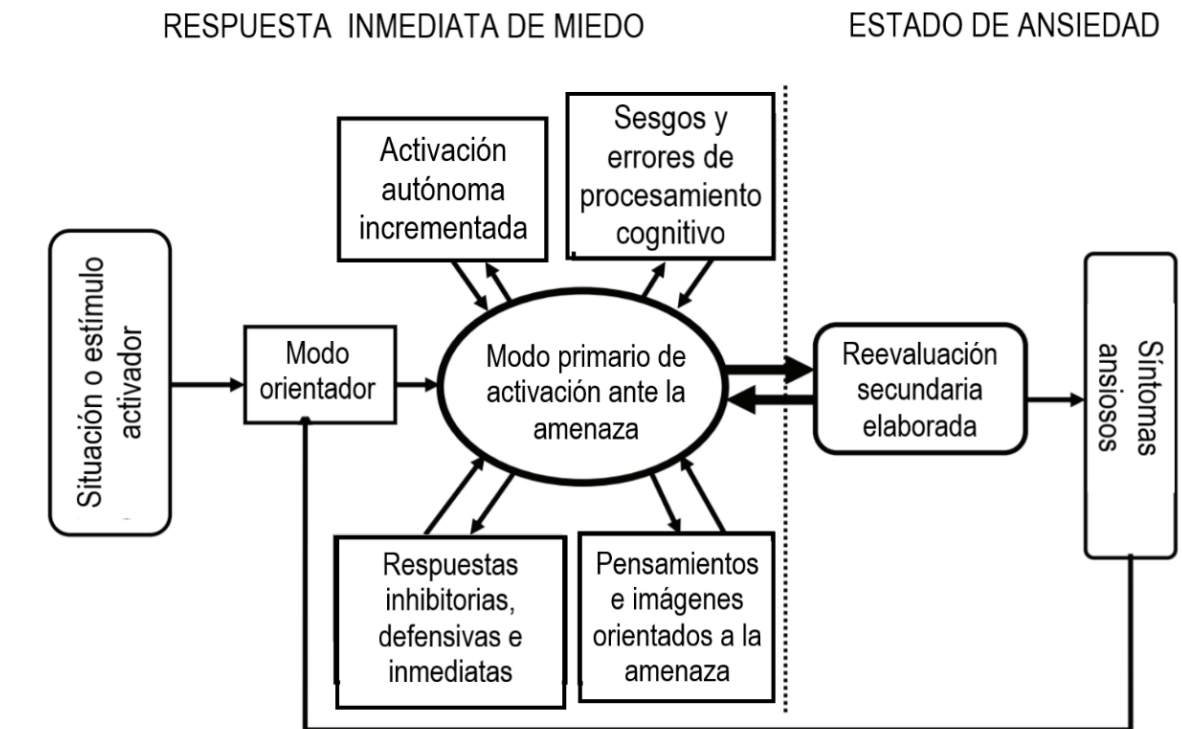
Aunque estas respuestas varíen entre las personas, de acuerdo a lo planteado por Huarcaya-Victoria et al. (2020), esta dimensión tiene tres indicadores: Sudoración en las manos, insomnio y palpitaciones. Estos indicadores se relacionan con el miedo al COVID-19.

2.2.3. Ansiedad y miedo

El miedo es definido como una respuesta de tipo emocional frente a una amenaza inminente. La ansiedad es la anticipación de futuras amenazas. Como era de esperar, estos dos estados se superponen, pero también son diferentes. El miedo se asocia más comúnmente con la lucha o evitación, los pensamientos que advierten

de peligros inminentes y el aumento de una activación autónoma requerida para el comportamiento de escape. La ansiedad, por otro lado, se asocia más comúnmente con el tono muscular y el estado de alerta para prepararse para peligros futuros y comportamientos cautelosos o de evitación. Los comportamientos de evitación comunes reducen los niveles de miedo y ansiedad (American Psychiatric Association, 2014). Otros autores proponen la siguiente distinción: el término de estado mental miedo, se use para describir sentimientos que ocurren cuando la fuente del daño, la amenaza, es inmediata o inminente; por otro lado, la *ansiedad* es el estado de experimentar ciertos sentimientos que ocurren cuando la fuente del daño es incierta o distante en el espacio u hora (LeDoux y Pine, 2016).

Desde la teoría cognitiva de Beck, la diferencia entre el miedo y la ansiedad es que el miedo es una emoción y el miedo es una percepción. La ansiedad está asociada con la valoración mental de estímulos amenazantes; el miedo se refiere a la respuesta emocional a un peligro o amenaza. Cuando las personas dicen tener ansiedad, se están refiriendo a una serie de situaciones que no existen, pero que pueden ocurrir en el futuro. El miedo ahora está oculto. El miedo se desencadena cuando una persona se expone a estímulos físicos o psicológicos que percibe como amenazantes. Cuando se provoca el miedo, la gente se siente ansiosa. Este miedo puede conducir a un estado de angustia emocional caracterizado por malestar subjetivo, tensión, estrés y síntomas físicos como palpitaciones, temblores, náuseas y mareos. En este sentido, según esta teoría, la ansiedad es una valoración del peligro, y la ansiedad es la emoción desagradable que surge cuando se provoca el miedo. Esto se puede entender utilizando el modelo de ansiedad cognitiva (Beck y Emery, 1985).

Figura 2*Modelo cognitivo de la ansiedad*

Nota: Adaptado de Clark y Beck, 2010.

Tanto el miedo como la ansiedad se han definido como respuestas adaptativas y normales en el ser humano; sin embargo, si se entiende que el miedo y la ansiedad son normales, surge la pregunta de qué caracteriza al miedo o la ansiedad anormales. Desde este punto de vista, la diferencia radica en cinco aspectos (Clark y Beck, 2010):

- *Cognición disfuncional*, es valorado en las creencias disfuncionales acerca la amenaza que se siente y crea temores excesivos y aparentemente irracionales que entran en conflicto con las evaluaciones objetivas del entorno o la situación (Clark y Beck, 2010).
- *Funcionamiento alterado*, este consiste en la implicación directa de la ansiedad en la vida rutinaria de la persona, afectando su funcionalidad, como consecuencia se tiene incluso que la persona no lleve una vida con la que se sienta conforme (Clark y Beck, 2010).

- *Persistencia, la ansiedad significa inquietud ante un peligro potencial, por lo que las personas tienden a sentirse inquietas durante días, meses o incluso años (Clark y Beck, 2010).*
- *Falsas alarmas que se concretizan en un miedo intenso o incluso ataques de pánico sin una razón adecuada (Clark y Beck, 2010).*
- *Hipersensibilidad a los estímulos que dan respuesta de forma desproporcionada a la realidad estimulante; en este caso, si bien el miedo es una respuesta aversiva impulsada por estímulos a señales externas o internas percibidas como una amenaza potencial. Sin embargo, en el entorno clínico, la ansiedad se desencadena por una gama más amplia de estímulos o situaciones de intensidad de amenaza relativamente baja que la persona ansiosa percibe como inofensivas (Clark y Beck, 2010).*

2.2.4. Ansiedad y miedo durante la pandemia de COVID-19

Existen componentes cognitivos han servido durante años a la investigación psicológica a mejorar el entendimiento sobre cómo las personas con presencia ansiedad alta tienen una predisposición a desarrollar miedos exacerbados cuando sufren cuadros prolongados de estrés (Shafran et al., 2021). Estos se desarrollan a continuación.

2.2.4.1. Sobreestimación de la amenaza.

La sobreestimación de la amenaza se demuestra en dos tipos bastante comunes: Primero, se sobrestima la probabilidad de que ocurran ciertos eventos a los que se les tiene miedo y; segundo, se sobreestima la gravedad o costo de dichos eventos. La sobreestimación de la probabilidad también se entiende como el llegar a conclusiones apresuradas y ocurre cuando los eventos negativos se juzgan como mucho más probables de lo que son en realidad (Abramowitz y Blakey, 2020). De

acuerdo a esta definición, entonces, una persona que sobreestima la amenaza pensaría que tiene mucha probabilidad de contagiarse de COVID-19 o incluso de morir a causa de esta enfermedad.

Sin embargo, en la situación actual, las probabilidades de contagio de COVID-19 serían las siguientes: Personas adultas y mayores de 18 años tienen 4 veces más probabilidad de testear positivo y 15 veces más de probabilidad de morir por COVID-19 cuando se le compara a alguien con dos dosis de cualquiera de las vacunas; asimismo, se reportó que aquellos adultos, mayores de 18 años que no se han vacunado tienen hasta 13 veces más riesgo de testear positivo y 68 veces más de morir por COVID-19 cuando se les compara a adultos con las dosis completas además de la dosis de refuerzo (Center for Disease Control and Prevention, 2021b).

Por otro lado, la sobreestimación de la severidad implica ver el evento como algo completamente devastador, terrible o que no se podría soportar las consecuencias, que la persona no sienta que se pueda recuperar del evento y de las consecuencias que traiga consigo (Abramowitz y Blakey, 2020). Teniendo en cuenta que el COVID-19 causa mayores complicaciones en personas con edades 65 años a más y que tengan condiciones médicas como el cáncer, enfermedad crónica del riñón, hígado o pulmón, diabetes, condiciones del corazón, estados que comprometen al sistema inmunológico, sobrepeso y obesidad, etc., además que las vacunas prometen una protección mayor contra el virus y sus efectos en estas personas (Centers for Disease Control and Prevention, 2021a), entonces, la sobreestimación de la severidad se observaría en una persona joven, saludable, vacunada, que siente que va a desarrollar severas complicaciones o va a morir si se expone.

Ambos tipos de sobreestimación de la amenaza se presentan en personas con ansiedad clínica; además, el contenido de tales sobreestimaciones suele ser

específico de la naturaleza y los factores desencadenantes del miedo de la persona (Abramowitz y Blakey, 2020). Desde la teoría cognitiva de Beck, las emociones y sentimientos no son una respuesta directa a los estímulos o situaciones, sino a una evaluación subjetiva que realiza el individuo y que le asigna ciertos significados a la situación; de hecho, ciertas emociones se relacionan con interpretaciones específicas (Clark y Beck, 2010). En el caso de la ansiedad, esta se causa por la percepción sobreestimada, no realista, del nivel de peligro o amenaza en el que se encuentra la persona (Clark y Beck, 2010). Por lo tanto, el miedo, se encuentra en el centro de la ansiedad (Sierra et al., 2003). De hecho, personas con ansiedad patológica no pueden sobreponerse mediante sus propios recursos a estos miedos, muchos irracionales (Abramowitz y Blakey, 2020).

La información importante sobre la COVID-19 puede ser difícil de obtener en contraste con la abrumadora cantidad de información (y desinformación) disponible en los medios; tanto las dificultades para obtener datos precisos como la sobrecarga de información de los medios pueden llevar a sobreestimar la amenaza y perpetuarla. Incluso algunos de los datos y consejos proporcionados originalmente por la OMS generaron confusión. El empleo y verificación de fuentes confiables de información como los Centros para el Control de Enfermedades, así como experiencias personales, ayudarán a obtener información personalizada, realista y significativa sobre las estimaciones de riesgo. Sin embargo, la relativa falta de información disponible sobre el riesgo, la importancia de adherirse a las pautas de salud pública y la posible ansiedad relacionada con la pandemia que los médicos pueden estar experimentando, puede dificultar trazar la línea entre las estimaciones realistas y no realistas del peligro (Shafran et al., 2021).

2.2.4.2. Responsabilidad inflada.

La responsabilidad inflada se define como la creencia que uno posee primordial influencia o injerencia en la prevención de resultados que se perciben subjetivamente como negativos (Shafran et al., 2021). Las actitudes acerca de la responsabilidad individual son síntomas de algunos desórdenes ansiosos como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG); de hecho, podría ser incluido como un síntoma propio de este grupo de trastornos de ansiedad, incluyendo al trastorno obsesivo compulsivo (o TOC) (Avard y Garrat-Reed, 2021).

El COVID-19 es extremadamente contagioso y los intentos de controlarlo implican el distanciamiento social (mantenerse alejado del peligro y comportarse de manera responsable manteniendo distancias seguras de persona a persona) y ser responsable al quedarse en casa, excepto por razones esenciales. Se recomienda el uso de máscaras, no solo como una forma de evitar el contagio, sino como una forma responsable de evitar propagar el virus a otras personas. Otra forma de prevenir el contagio de otras personas es toser y estornudar con la boca y nariz cubiertas. Asimismo, está el lavarse las manos y mantenerlas alejadas de superficies que pueden estar contaminadas; además de no tocarse ojos, nariz o boca con manos que aún no han sido lavadas. Finalmente, está el vacunarse (Gobierno del Perú, 2021). Todas estas formas de prevención ponen la responsabilidad de la salud del individuo (e incluso de su entorno) en sí mismo.

Las personas con una responsabilidad muy inflada temen infectar a otros sin darse cuenta y es probable que experimenten una ansiedad intensa. Esto podría resultar en el uso de máscaras con más frecuencia, pero también en un mayor lavado de manos, más precaución al interactuar con otros (tanto con los que se supone que son vulnerables como con los de estado desconocido), y más cuidado con los

paquetes, comestibles y otros artículos posiblemente contaminados que ingresan a la vivienda. La creencia de que uno ha fallado o podría fallar en proteger a sus seres queridos es especialmente alta para aquellos con responsabilidades infladas (Shafran et al., 2021).

El incumplimiento de las pautas adecuadas (por ejemplo, lavarse las manos, limpiar los artículos que ingresan al hogar, mantener un distanciamiento social adecuado) se interpreta como una irresponsabilidad inaceptable. Las personas que están preocupadas por su irresponsabilidad percibida buscan tranquilidad, especialmente de aquellos que están cerca del individuo: por ejemplo, ¿Crees que esto necesita para ser limpiado? ¿Esa persona se acercó demasiado a mí? ¿Debería lavarme las manos de nuevo? La tranquilidad puede funcionar en parte transfiriendo la responsabilidad del buscador al proveedor de la tranquilidad, aunque solo temporalmente (Leonhart y Radomsky, 2019). Entonces, la búsqueda de tranquilidad aumentará durante la pandemia y que quienes la buscan pueden beneficiarse, al menos temporalmente, de una menor percepción de la responsabilidad personal por el daño asociado con su propio comportamiento de lavado y limpieza. La forma en que otros respondan a estas solicitudes de tranquilidad también puede desempeñar un papel en el hecho de que es probable que las declaraciones de apoyo sean más útiles que simplemente negarse a proporcionarlas (Shafran et al., 2021).

2.2.4.3. Pensamientos y sesgos cognitivos.

Aunque la importancia excesiva de los pensamientos y su control se identifican como creencias importantes en el mantenimiento de la ansiedad como no patológica y dentro de sus valores normales, particularmente en el TOC, no es obvio que se presenten con fuerza como factores cognitivos importantes que contribuyen a la generación de ansiedades y miedos durante la COVID-19. Para algunas personas,

particularmente aquellas propensas al TOC, las dudas sobre si la persona se ha limpiado correctamente son prominentes, pero para otras, como aquellas con TAG, es probable que los procesos cognitivos dominantes se refieran a la preocupación y la rumiación (Shafran et al., 2021).

Para muchos individuos con TAG, las preocupaciones serán realistas, por ejemplo, sobre las implicaciones financieras de COVID-19, el impacto en el sistema educativo del nivel básico por el cierre de las escuelas y las implicaciones para la salud de contraer COVID-19, particularmente en aquellos que son vulnerables. Para otros, las preocupaciones pueden ser excesivas, por ejemplo, en aquellos sin problemas de salud subyacentes, que son relativamente jóvenes y cuya situación financiera está relativamente protegida. La preocupación por el COVID-19 es considerada una reacción común frente a una situación poco recurrente y no propia de la psicopatología (Shafran et al., 2021).

Por otro lado, un sesgo cognitivo es un patrón sistemático de desviación de una norma establecida o racionalidad en el juicio. Aunque algunos sesgos cognitivos pueden ser adaptativos, ya que pueden conducir a acciones más efectivas en un contexto dado, especialmente cuando la puntualidad es más valiosa que la precisión, también pueden conducir a la distorsión de la percepción, juicios inexactos y decisiones ilógicas como resultado de nuestra capacidad limitada para procesamiento de información (Landucci y Lamperti, 2020). Por ejemplo, mediante el sesgo de disponibilidad, en países severamente afectados en el 2003 por el SARS, se realizaron medidas más efectivas para contener la COVID-19 y que fueron recibidas con mayor aceptación. Sin embargo; este sesgo tuvo resultados completamente opuestos en países occidentales que no sufrieron por el SARS-CoV y no recordaban la desgracia causada por la pandemia H1N1 de 1918-1920, que diezmó a más de 50

millones de la población mundial. En cambio, al recordar la pandemia causada por la gripe AH1N1, las autoridades de muchos países han sido acusadas de reaccionar de forma exagerada al COVID-19 (Lechanoine y Gangi, 2020).

Segundo, la heurística de representatividad empuja a las personas a sobreestimar la probabilidad de eventos de bajo riesgo, como convertirse en víctima de un ataque terrorista, y subestimar los riesgos de alta probabilidad, como infectarse con un virus durante una pandemia. Por otro lado, diversos entornos sociales influyen de manera diferente en los temores humanos sobre las enfermedades, lo que lleva a percepciones públicas erróneas de los riesgos y afecta fácilmente los comportamientos y la toma de decisiones posterior. En tercer lugar, el efecto de arrastre es la tendencia a hacer algo, principalmente porque otros lo están haciendo, en lugar de seguir las propias creencias. El efecto de arrastre y el favoritismo por las creencias del endogrupo centran la atención en las personas del entorno y que difieren de nosotros. Se percibe que los desastres que le suceden a personas de otras culturas, otros países, otras comunidades (consideradas el grupo externo) o simplemente a otras personas, no pueden sucedernos a nosotros. Una tras otra, las autoridades subestimaron el desastre que se presentaba a sus puertas, llevando a cada país a superar las curvas de propagación viral y muerte del anterior. Los expertos muestran exceso de confianza y sesgos de crecimiento exponencial. Ante los primeros casos y muertes de la actual pandemia, la mayoría de los principales epidemiólogos del mundo se equivocaron por un factor de al menos 10 en la predicción de su evolución. Inevitablemente, el sesgo retrospectivo erosionará la memoria colectiva. Cualquiera que sea el número de muertes y los problemas socioeconómicos, nadie recordará lo incierta que era la situación al principio. La mayoría de las autoridades ya son acusadas de manejar mal la crisis, de llegar tarde

y no estar preparadas, o, por el contrario, de haber lastrado innecesariamente la economía del país (Lechanoine y Gangi, 2020).

Sin embargo, con un efecto contrario, un sesgo cognitivo que probablemente contribuya al mantenimiento del miedo y la ansiedad es el razonamiento ex-consequentia o razonamiento emocional. Este es uno de los errores cognitivos originales descritos por Beck (Clark y Beck, 2010). Este sesgo contribuye al miedo, al inferir que existe un peligro a partir de la experiencia de la ansiedad, con el razonamiento de que, si me siento ansioso, debe haber peligro. En la pandemia, los informes de noticias diarios y los cambios dramáticos en la vida cotidiana causan una gran ansiedad. Para aquellos con trastornos relacionados con la ansiedad, es probable que la ansiedad provocada por estos cambios confirme la vulnerabilidad de uno a la infección por el virus y enfatice la necesidad de quedarse en casa en todo momento para mitigar el peligro y la ansiedad. Las vacunas ya están disponibles, pero muchas personas se muestran escépticas acerca de la seguridad y/o el valor de las inyecciones (Shafran et al, 2021).

2.2.4.4. Intolerancia a la incertidumbre.

La COVID-19 se ha caracterizado por la incertidumbre en muchas áreas: incertidumbre sobre la enfermedad, su transmisión y su impacto clínico, pero también incertidumbre sobre el bloqueo, su naturaleza, duración, implicaciones financieras y desafíos educativos. Puede que no sea el caso que dicha incertidumbre sea elevada en pacientes con trastornos de ansiedad preexistentes, pero, en cambio, el constructor de angustia de incertidumbre puede ser más relevante. El modelo reúne la amenaza real, la amenaza percibida, la incertidumbre real, la incertidumbre percibida y la intolerancia a la incertidumbre. Comprender la distinción entre estos constructos y cuál, si corresponde, se aplica a los pacientes, ayudará en la

formulación de las dificultades de los pacientes y determinará si el tratamiento se enfoca en la tolerancia de la incertidumbre, la sobreestimación de la amenaza o un híbrido de los dos (Shafran et al, 2021).

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

- a) **Ansiedad.** Consiste en una confrontación de sensación desagradable, intranquilidad, miedo, etc. Siendo estos ocasionados a un peligro que aún no existe en el presente y que podría ocurrir en el futuro, tanto como no, es incierto e imposible de predecir (Sierra et al., 2003).
- b) **Ansiedad física.** Esta dimensión refiere a cómo la ansiedad se expresa de forma física en aquella persona que la experimenta (Lozano y Vega, 2018).
- c) **Ansiedad psíquica.** Esta dimensión acompaña a la expresión psíquica de la ansiedad; podría decirse que incluye aquellos síntomas que son más subjetivos. Esto es, cómo la ansiedad se expresa de forma psíquica en aquella persona que la experimenta (Lozano y Vega, 2018).
- d) **Agorafobia.** Se define como un grupo de fobias las cuales pueden definirse de forma clara y engloban miedos a salir de casa, a ser parte de multitudes, entrar a tiendas o exponerse en lugares públicos (OMS, 1994)
- e) **COVID-19.** Enfermedad de tipo viral que afecta principalmente las vías respiratorias, causada por el virus SARS-CoV2 (OMS, 2020).
- f) **Expresiones somáticas.** Esta dimensión incluye los componentes somáticos del miedo (Huarcaya-Victoria et al., 2020).
- g) **Fobia específica.** Es un trastorno de ansiedad, anteriormente llamado fobia simple, caracterizado por un miedo marcado y enfatiza objetos, actividades o situaciones específicas (por ejemplo, perros, sangre, fugas, tamaño). El miedo, generalmente definida como excesiva o irracional, siempre es causada por la

presencia o anticipación de un estado de miedo, evitación o tolerancia o un estado de miedo cuando se está ansioso o estresado (American Psychological Association, 2020b).

- h) Fobia social.** Ocurre cuando alguien tiene fobia social o ansiedad social. El individuo está temeroso, ansioso o evita el contacto con otras personas y o escenarios que signifiquen el escrutinio público (American Psychiatric Association, 2014).
- i) Miedo.** Es una emoción básica, intensa, la cual se origina ante un riesgo inminente, involucrando una respuesta de defensa inmediata que pone en acción al organismo e inicia la ejecución de una serie de mecanismos de defensa a distintos niveles: fisiológicos, psicológicos (Bastida, 2013)
- j) Miedo emocional.** Esta dimensión acompaña las reacciones al miedo y otras expresiones somáticas características del miedo a la enfermedad por COVID-19 (Huarcaya-Victoria et al., 2020).
- k) Pandemia.** O realidad epidémica que ocurre a grandes rasgos de manera global, o un área extensa, siendo los principales afectados un gran número de individuos (Kelly, 2011)
- l) Trastorno de pánico.** Este es caracterizado por crisis recurrentes de pánico, sin causa específica (American Psychiatric Association, 2014).
- m) Trastorno de Ansiedad Generalizada.** El cuadro ansioso se presenta de forma general y persistente, no se restringe a alguna situación específica (OMS, 1994).
- n) Trastorno Obsesivo Compulsivo.** Está caracterizado por una marcada presencia de pensamientos obsesivos y/o de actos compulsivos (American Psychiatric Association, 2014).

- o) Sesgos cognitivos.** Es un patrón sistemático de desviación de una norma establecida o racionalidad en el juicio (Landucci y Lamperti, 2020).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

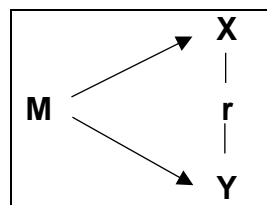
3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo

La investigación fue de tipo básica o también denominada teórica, tomando en cuenta que su propósito es comprender la naturaleza de los fenómenos y variables estudiadas, su objeto es estudiar una problemática para ampliar los conocimientos científicos (Baena, 2017).

3.1.2. Diseño

El diseño fue no experimental, transversal y de alcance correlacional. Primero, se dice que será no experimental debido a que las variables serán estudiadas en su estado natural; en ese sentido, el investigador no intervendrá ni manipulará estas variables. El corte transversal indica que la recolección de los datos y la información se realizará una sola vez en un momento específico y en un grupo único. Finalmente, el diseño correlacional se da debido a que se busca encontrar una relación entre ambas variables y observar cómo ambas funcionan juntas (Hernández et al., 2014).



Donde:

M: Muestra de usuarios Policlínico de la ciudad de Huancavelica.

X: Miedo.

Y: Ansiedad.

r: Correlación.

3.2. Población y muestra

En las investigaciones, la población es definida como el conjunto universal de elementos a ser estudiados (Hernández et al., 2014). En esta investigación, la población fue conformada por 195 usuarios del servicio de medicina de un policlínico

de Huancavelica que recibieron atención médica en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2021.

Tabla 1

Población de Estudio

| Atenciones en el servicio de medicina | f | % |
|---------------------------------------|-----|------|
| Octubre | 63 | 32,3 |
| Noviembre | 60 | 30,8 |
| Diciembre | 72 | 36,9 |
| Total | 195 | 100 |

Nota: La población de estudio fue conformada por los usuarios atendidos en el servicio de medicina que cumplieron con los criterios de inclusión.

La muestra de este estudio estuvo conformada por 130 usuarios que recibieron atención médica en el servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2021 que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

Tabla 2

Muestra de Estudio

| Sexo | f | % |
|-----------|-----|-----|
| Femenino | 52 | 40 |
| Masculino | 78 | 60 |
| Total | 130 | 100 |

Nota: f = Frecuencia. % = Porcentaje.

3.2.1. Muestreo

Para efectos que se efectuó en la investigación con el propósito, en este estudio se recurrió a muestreo no probabilístico, específicamente el muestreo por conveniencia (Hernández et al., 2014).

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Participación voluntaria.

- Que otorgue el consentimiento para el procesamiento de la información proporcionada.
- Haber concurrido al policlínico para recibir atención en el servicio de medicina.
- Ser usuario del policlínico de Huancavelica.

Criterios de exclusión:

- Ser menor de 18 años.
- Negarse a la entrevista.
- Haber concurrido al policlínico para recibir atención en otros servicios que no sean el de medicina.
- No ser usuario del policlínico de Huancavelica.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis General

Existe relación directa y significativa entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica

3.3.2. Hipótesis Específicas

- Existe relación directa y significativa entre la fobia social y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.
- Existe relación directa y significativa entre la ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.
- Existe relación directa y significativa entre la ansiedad psíquica y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.

- Existe relación directa y significativa entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.

3.4. Variables – operacionalización

- Ansiedad
- Miedo a contraer COVID-19

Tabla 3*Operacionalización de variables*

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicador | Ítems |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|---------|
| Ansiedad | Es el malestar desagradable, temor y dificultad respiratoria ante peligros que aún no existen, que son vagos e impredecibles (Sierra et al., 2003). | Sensación desagradable ante el peligro que se expresa en las dimensiones: Fobia social, Ansiedad física, Ansiedad psíquica y Agorafobia | Fobia social | Temor de conocer gente nueva | Ítem 3 |
| | | | | Miedo del ridículo o humillación personal | Ítem 5 |
| | | | | Miedo a entrevista o exámenes | Ítem 11 |
| | | | | Dificultad de conversación con otros | Ítem 15 |
| | | | | Incomodidad por sentirse observado | Ítem 19 |
| | | | Ansiedad psíquica | Aturdimiento o confusión | Ítem 2 |
| | | | | Sensación de miedo sin motivo | Ítem 6 |
| | | | | Tendencia a sentirse nervioso | Ítem 10 |
| | | | | Sentir miedo fácilmente | Ítem 13 |
| | | | | Sensación de angustia | Ítem 14 |
| Ansiedad física | Sensación de comodidad, sosiego y paz | Ítem 18 (inverso) | | | |
| | Sensación de agitación y ahogo | Ítem 4 | | | |
| | Dolor o presión en el pecho | Ítem 8 | | | |
| | Sensación de agitación | Ítem 12 | | | |
| | Escalofríos | Ítem 17 | | | |
| Agorafobia | Adormecimiento u hormigueo corporal | Ítem 20 | | | |
| | Miedo de estar lejos de casa | Ítem 1 | | | |
| | Miedo de lugares altos | Ítem 7 | | | |
| | Incomodidad de lugares copados | Ítem 9 | | | |
| Miedo a contraer COVID-19 | Es una emoción básica, intensa, la cual se origina ante una amenaza inminente que implica una respuesta de alarma inmediata, la movilización del cuerpo y el inicio de varios mecanismos de defensa en diferentes niveles.: fisiológicos, psicológicos (Bastida, 2013) | Emoción desatada ante una amenaza eminente y se expresa en el miedo emocional y expresiones somáticas | Miedo emocional | Inseguridad | Ítem 16 |
| | | | | Miedo del COVID-19 | Ítem 1 |
| | | | | Incomodidad al pensar en el COVID-19 | Ítem 2 |
| | | | | Miedo a la muerte por COVID-19 | Ítem 4 |
| | | | | Nerviosismo al ver noticias sobre COVID-19 | Ítem 5 |
| Expresiones somáticas | Sudoración en las manos | Ítem 3, | | | |
| | Insomnio | Ítem 6 | | | |
| | Palpitaciones | Ítem 7 | | | |

3.5. Métodos y técnicas de investigación

3.5.1. Método

El método fue científico. Considerado el método más utilizado en las investigaciones y consiste en el desarrollo de estrategias de acuerdo a una secuencia ordenada que garantice la rigurosidad del estudio y su replicabilidad. Asimismo, se caracteriza por seguir un marco de referencia que ha sido anteriormente establecido (Hernández et al., 2014).

Los métodos específicos fueron el inductivo y el deductivo. Se dice que será inductivo debido a que se aportará desde los resultados de la investigación al gran marco de referencia; por otro lado, se dice que es deductivo debido a que el planteamiento de las hipótesis parte de un marco de referencia (Hernández et al., 2014); en este caso, el marco teórico sobre el miedo y la ansiedad revisados anteriormente

3.5.2. Técnicas

La técnica que se utilizó fue la encuesta, que consiste en el recojo de datos mediante una lista de ítems, ya sean preguntas o enunciados a los que la persona responde. La escala para medir el miedo tendrá respuestas de tipo Likert, es decir, serán respuestas cerradas que se responden de acuerdo a una numeración, de una menor intensidad a una mayor (Hernández et al., 2014). Esto facilita la codificación y medición de las variables estudiadas (Hernández et al., 2014). Por otro lado, para la ansiedad las respuestas son dicotómicas, sí y no.

Los instrumentos que se emplearon para las encuestas son los que se detallan a continuación:

3.5.2.1. Cuestionario para evaluar la Ansiedad.

Denominación : Escala de Ansiedad de Lima.

| | | |
|----------------------|---|-----------------------------------------------|
| Autores | : | Lozano y Vega (2018). |
| Adaptación | : | Instrumento original de Lozano y Vega (2018). |
| Grupo etario | : | Adultos de 18 a 60 años. |
| Forma de administrar | : | Individual o colectiva. |
| Propósito | : | Evaluar los niveles de ansiedad. |

3.5.2.1.1. Descripción de la Prueba.

La Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20), es un instrumento que se emplea para la evaluación de la ansiedad y sus manifestaciones sintomatológicas, fue creada en el año 2018 por Lozano y Vega (2018) a partir de la Escala de Ansiedad de Lima de 130 Items (EAL-130). La creación de esta escala responde a la necesidad de obtener un instrumento abreviado; por ello, los creadores seleccionaron los 20 ítems más característicos y significativos de la EAL-130.

La EAL-20 está compuesta por 20 ítems con opción de respuesta dicotómica, la puntuación que se asigna a la respuesta SI tiene una valoración de 1 punto y NO tiene una valoración de 0 puntos, en el caso del ítem 18 la puntuación es inversa; la puntuación máxima en esta escala es de 20 puntos, para la calificación se entenderá que una puntuación mayor o igual a 10 puntos significa la presencia de ansiedad (Lozano y Vega, 2018).

La EAL-20, evalúa los síntomas de la ansiedad a partir de cuatro dimensiones fundamentales:

Fobia social. Conductas evitativas como un temor a interactuar y hablar con otras personas, sensación de temor o rechazo a conocer gente nueva, sensación de sentirse observado mientras realiza cualquier actividad, miedo a rendir exámenes, temor a ser entrevistado o participar en entrevistas de empleo, sensación de estar

haciendo el ridículo y consecuentemente sentirse humillado. Esta dimensión se encuentra en los Ítems: 3, 5, 11, 15, y 19 de la escala (Lozano y Vega, 2018).

Ansiedad física. Experimentación de disnea, parestesias, escalofríos, molestias en el pecho como presión o dolor, sensación de pérdida del equilibrio o inestabilidad, molestias en el pecho; este apartado incluye la sensación de paz y tranquilidad. Esta dimensión se encuentra en los Ítems 4, 8, 12, 17, y 20 de la escala (Lozano y Vega, 2018).

Ansiedad psíquica. Incluye estados o sensaciones como nerviosismo, miedo, incomodidad, angustia, estado mental alterado, aturdido y confusión sin ningún motivo racional. Esta dimensión se encuentra en los Ítems: 2, 6, 10, 13, 14 y 18 de la escala (Lozano y Vega, 2018).

Agorafobia. Se entiende como la experimentación de miedo o evitación al distanciarse de su vivienda o al ingresar y salir de lugares públicos llenos de gente, incluye el miedo a lugares altos. Esta dimensión se encuentra en los Ítems: 1, 7, 9, 16 de la escala (Lozano y Vega, 2018).

3.5.2.1.2. Análisis Psicométrico de la Escala de Ansiedad de Lima – (EAL-20).

Validez y confiabilidad del instrumento original.

Huarcaya et al. (2020), realizaron la construcción y validación de la EAL-20 empleando el método de análisis de regresión múltiple, para ello partieron realizando la aplicación y validación de la EAL-130 sobre una muestra de 254 pacientes de nacionalidad peruana del servicio de psiquiatría con tratamiento ambulatorio, la muestra fue conformada por varones y mujeres que se encontraban en un grupo etario de 18 a 60 años; a partir de los resultados de la aplicación de la EAL-130 sobre la muestra antes descrita, los investigadores seleccionaron los 20 ítems más

representativos de los que al analizar el análisis de la consistencia interna obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,8885 que representa el 90,38% del puntaje total obtenido de la aplicación de la EAL-130, identificando y definiendo para este instrumento cuatro factores o dimensiones de la ansiedad que corresponden a la ansiedad física, fobia social, ansiedad psíquica y agorafobia.

3.5.2.2. Escala de Miedo a COVID-19.

| | | |
|----------------------|---|-------------------------------------------------|
| Denominación | : | Escala de miedo a COVID-19 (versión en español) |
| Autor original | : | Ahorsu et al. (2020). |
| Adaptación | : | Huarcaya-Victoria et al. (2020). |
| Grupo etario | : | Adultos en de 18 a 80 años |
| Forma de administrar | : | Individual o colectiva |
| Propósito | : | Evaluar los niveles de miedo al COVID-19. |

3.5.2.2.1. Descripción de la Prueba.

La Escala de Miedo al Covid-19, es un instrumento que se emplea para la evaluación del miedo al Covid-19 o el miedo percibido por la población frente al contagio del Covid-19, fue validada para su uso en población peruana en el año 2020 por Huarcaya-Victoria et al. (2020). a partir de la versión original Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) iraní.

La Escala de Miedo al Covid-19 está compuesta por 7 items con opción múltiple de respuesta de 5 opciones: 1. totalmente desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. De acuerdo y 5 Totalmente de acuerdo. La puntuación se realiza en la escala de Likert de 1 al 5, mientras que la calificación final será igual a la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada una de las 7 preguntas,

siendo la puntuación mínima de 7 y la máxima de 35; se concluirá que a mayor puntaje obtenido mayor será la intensidad de miedo al Covid-19 (Huarcaya et al., 2020).

La Escala de Miedo al Covid-19, evalúa la intensidad de miedo al Covid-19 a partir dos dimensiones fundamentales:

Miedo emocional. El cual se manifiesta mediante la incomodidad, nerviosismo y temor a perder la vida y que se encuentren o guarden estrecha relación con la enfermedad del COVID-19. Esta dimensión se encuentra en los Ítems: 1, 2 ,4 y 5 de la escala (Huarcaya-Victoria et al., 2020).

Expresiones somáticas de miedo. Se manifiestan mediante la sudoración, dificultad para conciliar el sueño y taquicardia. Esta dimensión se encuentra en los Ítems: 3, 6 y 7 de la escala (Huarcaya-Victoria et al., 2020).

3.5.2.2.2. Análisis Psicométrico de la Escala de Miedo al Covid-19.

Validez y confiabilidad del instrumento original.

Huarcaya-Victoria et al., (2020), realizaron la validación de la Escala de Miedo al Covid-19 en población peruana mediante un estudio transversal cuyo objetivo fue el de determinar las propiedades psicométricas de esta escala; este estudio fue realizado sobre una muestra de 832 personas de nacionalidad peruana, esta muestra fue conformada por varones y mujeres que se encontraban en un grupo etario de 18 años hasta los 80 años de edad; los resultados de este estudio determinaron que la Escala de Miedo al Covid-19 presenta un alfa de Cronbach = 0,87, lo que implica un nivel óptimo de consistencia interna que indica valores adecuados de fiabilidad y una validez convergente con sintomatología depresivas, síntomas ansiosos y síntomas de estrés valores adecuados, demostrando con ello propiedades psicométricas adecuadas para su uso en población en general.

3.6. Procesamiento de los datos

Los datos recogidos con la encuesta se digitalizaron y conformaron una base de datos en el programa estadístico SPSS, versión 26.0.

Se formarán grupos de acuerdo a los baremos de cada escala. Seguidamente se utilizará la prueba chi-cuadrado. Seguidamente, se realizó los análisis de estadística descriptiva, se pidieron gráficas necesarias como histogramas para la caracterización de la muestra, y un gráfico de dispersión de datos para las correlaciones. Finalmente, es importante señalar que se tomó en cuenta una significancia asintótica bilateral menor a .05 para todos los análisis y pruebas de hipótesis.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE DATOS

4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

4.1.1. Resultados descriptivos de la variable de ansiedad y miedo a contraer

COVID-19

A continuación, se exponen los resultados descriptivos logrados mediante la valoración de la Ansiedad y el Miedo a contraer COVID-19.

Tabla 4

Niveles de la variable ansiedad y sus dimensiones

| Miedo a contraer COVID-19 | | f | % |
|---------------------------|---------|----|------|
| Fobia Social | Bajo | 75 | 57.7 |
| | Regular | 36 | 27.7 |
| | Alto | 19 | 14.6 |
| Ansiedad Física | Bajo | 94 | 72.3 |
| | Regular | 28 | 21.5 |
| | Alto | 8 | 6.2 |
| Ansiedad Psíquica | Bajo | 61 | 46.9 |
| | Regular | 32 | 24.6 |
| | Alto | 37 | 28.5 |
| Agorafobia | Bajo | 81 | 62.3 |
| | Regular | 40 | 30.8 |
| | Alto | 9 | 6.9 |
| Ansiedad | Bajo | 71 | 54.6 |
| | Regular | 42 | 32.3 |
| | Alto | 17 | 13.1 |

Nota: f = Frecuencia. % = Porcentaje.

Según la Tabla 4, el 27.7% de los usuarios del Policlínico de Huancavelica presentaron fobia social regular, revelando que experimentan emociones negativas de forma regular por acudir a un establecimiento de salud y el 14.6% señalaron un nivel alto de fobia social al asistir a un centro médico durante la pandemia causada por COVID-19. El 21.5% percibió un nivel regular de ansiedad física, 28.5% un nivel alto de ansiedad psíquica, esto refleja que los usuarios evaluados denotan altos niveles de ansiedad psíquica debido al riesgo de contagio por COVID-19, en tanto el 30% advierte un nivel regular de agorafobia por concurrir a un establecimiento de salud. El 13.1% padeció ansiedad en un nivel alto y el 42.3%, ello revela que una porción considerable de los pacientes del Policlínico de Huancavelica presenta

sensaciones de peligro y de alarma de aspecto psíquico por concurrir a un establecimiento de salud durante el contexto de la pandemia por COVID-19.

Tabla 5

Niveles de la variable miedo a contraer COVID-19 y sus dimensiones

| Miedo a contraer COVID-19 | | f | % |
|---------------------------|---------|----|------|
| Miedo emocional | Bajo | 46 | 35.4 |
| | Regular | 47 | 36.2 |
| | Alto | 37 | 28.5 |
| Expresiones somáticas | Bajo | 68 | 52.3 |
| | Regular | 42 | 32.3 |
| | Alto | 20 | 15.4 |
| Miedo a contraer COVID-19 | Bajo | 56 | 43.1 |
| | Regular | 55 | 42.3 |
| | Alto | 19 | 14.6 |

Nota: f = Frecuencia. % = Porcentaje.

Según la Tabla 5, el 36.2% de los usuarios del Policlínico de Huancavelica presentaron un miedo emocional regular, revelando que demuestran emociones negativas de forma regular por acudir a un establecimiento de salud y el 28.5% denotan en un nivel emociones negativas y mucho temor por asistir a un centro médico durante la pandemia causada por COVID-19. El 15.4% un nivel alto de expresiones somáticas y el 52.3% un nivel bajo de expresiones somáticas, esto refleja que los usuarios evaluados denotan mínimamente las siguientes reacciones debido al riesgo de contagio por COVID-19: una aceleración de los latidos del corazón y una respiración agitada. El 14.6% miedo a contraer COVID-19 en un nivel alto y el 42.3% un miedo regular a contraer COVID-19, ello revela que la gran mayoría de los pacientes del Policlínico de Huancavelica presentan emociones intensas de amenaza y de alarma de aspecto psicológico y fisiológico por contagiarse de la enfermedad respiratoria causada por COVID-19.

Tabla 6*Distribución del tamaño muestral según sexo*

| Sexo | f | % |
|-----------|-----|-----|
| Femenino | 52 | 40 |
| Masculino | 78 | 60 |
| Total | 130 | 100 |

Nota: f = Frecuencia. % = Porcentaje.

La Tabla 6 revela que la distribución de la muestra; a partir del sexo, es 60% del sexo masculino y 40% del sexo femenino.

4.1.2. Análisis descriptivos de la variable de ansiedad y miedo a contraer COVID-19

A continuación, se presentó el análisis descriptivo de las variables Ansiedad y el Miedo a contraer COVID-19.

Tabla 7*Estadísticos descriptivos de la variable ansiedad y sus dimensiones*

| | Fobia social | Ansiedad física | Ansiedad psíquica | Agorafobia | Ansiedad |
|-----------|--------------|-----------------|-------------------|------------|----------|
| N | 130 | 130 | 130 | 130 | 130 |
| M | 6,48 | 7,59 | 7,04 | 5,22 | 26,34 |
| Mdn | 6,00 | 7,00 | 7,00 | 5,00 | 25,00 |
| Moda | 5,00 | 6,00 | 5,00 | 4,00 | 20,00 |
| D.E. | 1,591 | 1,549 | 1,857 | 1,247 | 5,272 |
| Asimetría | 0,691 | 0,785 | 0,297 | 0,737 | 0,376 |
| Curtosis | -0,793 | -0,295 | -1,402 | -0,460 | -1,143 |

Nota: Elaboración propia – procesada en el programa SPSS v. 26.

Según la Tabla 7, se mostraron el análisis estadístico descriptivo de la variable Ansiedad y sus dimensiones, los cuales presentaron los siguientes datos: la dimensión Fobia social tuvo una Media (M) de 6.48, Mediana (Mdn) de 6 y una Desviación Estándar (DE) de 1.591. La dimensión Ansiedad física tuvo una Media (M) de 7.59, Mediana (Mdn) de 7 y una Desviación Estándar (DE) de 1.549. La dimensión Ansiedad psíquica tuvo una Media (M) de 7.04, Mediana (Mdn) de 7 y una Desviación

Estándar (DE) de 1.857. La dimensión Agorafobia tuvo una Media (M) de 5.22, Mediana (Mdn) de 5 y una Desviación Estándar (DE) de 1.247. La variable Ansiedad presentó una Media (M) de 26.34, Mediana (Mdn) de 25 y una Desviación Estándar (DE) de 5.272. En cuanto a la asimetría, tanto como la variable y sus dimensiones estuvieron por fuera de la curva asimétrica de (-1.5 a +1.5), indicando de este modo que su distribución no presentó normalidad.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de la variable miedo a contraer COVID-19 y sus dimensiones

| | Miedo Emocional | Expresiones somáticas | Miedo |
|-----------|-----------------|-----------------------|--------|
| N | 130 | 130 | 130 |
| M | 11,08 | 7,32 | 18,40 |
| Mdn | 11,00 | 6,50 | 18,00 |
| Moda | 16,00 | 3,00 | 7,00 |
| D.E. | 4,216 | 3,417 | 7,176 |
| Asimetría | -0,218 | 0,162 | -0,089 |
| Curtosis | -0,933 | -1,289 | -1,103 |

Nota: Elaboración propia – procesada en el programa SPSS v. 26.

Según la Tabla 8, se mostraron el análisis estadístico descriptivo de la variable Miedo a contraer COVID-19 y sus dimensiones, los cuales presentaron los siguientes datos: la dimensión Miedo emocional tuvo una Media (M) de 11.08, Mediana (Mdn) de 11 y una Desviación Estándar (DE) de 4.216. La dimensión Expresiones somáticas tuvo una Media (M) de 7.32, Mediana (Mdn) de 6.50 y una Desviación Estándar (DE) de 3.417. La variable Miedo a contraer COVID-19 presentó una Media (M) de 18.40, Mediana (Mdn) de 18 y una Desviación Estándar (DE) de 7.176. En cuanto a las asimetrías, tanto como la variable y sus dimensiones estuvieron por fuera de la curva asimétrica de (-1.5 a +1.5), indicando de este modo que su distribución no presenta normalidad.

Tabla 9*Prueba de normalidad de la variable Ansiedad*

| Ansiedad | Estadístico | gl | Sig. |
|-------------------|-------------|-----|-------|
| Fobia social | 0.357 | 130 | 0.000 |
| Ansiedad física | 0.440 | 130 | 0.000 |
| Ansiedad psíquica | 0.300 | 130 | 0.000 |
| Agorafobia | 0.386 | 130 | 0.000 |
| Ansiedad | 0.340 | 130 | 0.000 |

Nota: gl. = Grados de libertad. Sig.= Significancia.

En la Tabla 9 se evidencia la prueba de normalidad basándose en el estadístico Kolmogorov-Smirnov de la variable Ansiedad, la cual muestra una significancia de 0.000 para la misma y sus dimensiones. Por ello, se sabe que la variable mencionada presenta una distribución no normal, debido a ello se explica el uso de pruebas no paramétricas.

Tabla 10*Prueba de normalidad de la variable Miedo a contraer COVID-19*

| Miedo a contraer COVID-19 | Estadístico | gl | Sig. |
|---------------------------|-------------|-----|-------|
| Miedo emocional | 0.232 | 130 | 0.000 |
| Expresiones somáticas | 0.327 | 130 | 0.000 |
| Miedo a contraer COVID-19 | 0.275 | 130 | 0.000 |

Nota: gl. = Grados de libertad. Sig.= Significancia.

La Tabla 10, señala la prueba de normalidad aplicada a la variable Miedo a contraer COVID-19, según el estadístico Kolmogorov-Smirnov. Indicando un resultado de 0.000 como significancia tanto para la variable y sus dimensiones. Ello evidencia la no existencia de una distribución normal, sustentando la aplicación de pruebas no paramétricas.

4.2. Contrastación de hipótesis

4.2.1. Correlación de Spearman entre Ansiedad y Miedo a contraer COVID-19

En base a la hipótesis formulada se identificó lo siguiente:

Tabla 11*Correlación de Spearman entre ansiedad y miedo a contraer COVID-19*

| | Miedo a contraer COVID-19 | |
|----------|---------------------------|-------|
| Ansiedad | Rho | 0.775 |
| | Sig. | 0.000 |

Nota: Rho. = Correlación de Spearman. Sig. = Significancia.

La Tabla 11 denota la correlación que coexiste entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del Policlínico de la ciudad de Huancavelica. Se identifica que existe una correlación alta, directa, positiva y significativa entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en los usuarios que acuden al Policlínico de Huancavelica. Esto muestra que a mayores niveles de ansiedad que denote una persona se incrementará el miedo a contraer COVID-19 en un Policlínico.

Tabla 12*Comparación de la variable ansiedad y sus dimensiones según el sexo*

| | Sexo | n | Rango promedio | U de Mann-Whitney | Z | Sig. |
|-------------------|-----------|----|----------------|-------------------|--------|-------|
| Fobia social | Femenino | 52 | 68.91 | 1850.500 | -0.953 | 0.341 |
| | Masculino | 78 | 63.22 | | | |
| Ansiedad física | Femenino | 52 | 68.83 | 1855.000 | -1.051 | 0.293 |
| | Masculino | 78 | 63.28 | | | |
| Ansiedad psíquica | Femenino | 52 | 70.00 | 1794.000 | -1.200 | 0.230 |
| | Masculino | 78 | 62.50 | | | |
| Agorafobia | Femenino | 52 | 72.91 | 1642.500 | -2.146 | 0.032 |
| | Masculino | 78 | 60.56 | | | |
| Ansiedad | Femenino | 52 | 68.79 | 1857.000 | -0.908 | 0.364 |
| | Masculino | 78 | 63.31 | | | |

Nota: n = Número de la muestra. Z = Nivel de confianza. Sig. = Significancia

La Tabla 12 muestra la comparación de la variable ansiedad y de sus dimensiones en relación al sexo. De ello, se señala que no existe ninguna diferencia significativa entre las dimensiones ni en los puntajes totales.

Tabla 13

Comparación de la variable miedo a contraer COVID-19 y sus dimensiones según el sexo

| | Sexo | n | Rango promedio | U de Mann-Whitney | Z | Sig. |
|---------------------------|-----------|----|----------------|-------------------|--------|-------|
| Miedo emocional | Femenino | 52 | 69.16 | 1837.500 | -0.962 | 0.336 |
| | Masculino | 78 | 63.06 | | | |
| Expresiones somáticas | Femenino | 52 | 67.23 | 1938.000 | -0.472 | 0.637 |
| | Masculino | 78 | 64.35 | | | |
| Miedo a contraer COVID-19 | Femenino | 52 | 66.57 | 1972.500 | -0.288 | 0.774 |
| | Masculino | 78 | 64.79 | | | |

Nota: n = Número de la muestra. Z = Nivel de confianza. Sig. = Significancia

En la Tabla 13 se exhibe la comparación de la variable miedo a contraer COVID-19 según el sexo, la cual detalla que no concurre diferencias de forma significativa entre las dimensiones ni en el puntaje global.

Tabla 14

Correlación de Spearman entre fobia social y miedo a contraer COVID-19

| | | Miedo a contraer COVID-19 |
|--------------|------|---------------------------|
| Fobia social | Rho | 0.648 |
| | Sig. | 0.000 |

Nota: Rho. = Correlación de Spearman. Sig. = Significancia.

La Tabla 14 muestra la correlación que existe entre la dimensión fobia social de la variable ansiedad y la variable miedo a contraer COVID-19. Señalando la existencia de una relación alta, directa, significativa y positiva entre la fobia social y el miedo a contraer COVID-19 en los usuarios que se atienden en el Policlínico de Huancavelica.

Tabla 15

Correlación de Spearman entre ansiedad física y miedo a contraer COVID-19

| | | Miedo a contraer COVID-19 |
|-----------------|------|---------------------------|
| Ansiedad física | Rho | 0.621 |
| | Sig. | 0.000 |

Nota: Rho. = Correlación de Spearman. Sig. = Significancia.

La Tabla 15 muestra la relación existente entre la dimensión ansiedad física y la variable miedo a contraer COVID-19, evidenciado la presencia de una correlación directa, significativa, positiva y alta entre la ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19.

Tabla 16

Correlación de Spearman entre ansiedad psíquica y miedo a contraer COVID-19

| | | Miedo a contraer COVID-19 |
|-------------------|------|---------------------------|
| Ansiedad psíquica | Rho | 0.647 |
| | Sig. | 0.000 |

Nota: Rho. = Correlación de Spearman. Sig. = Significancia.

La Tabla 16 detalla la relación existente entre la dimensión ansiedad psíquica perteneciente a la variable ansiedad con la variable miedo a contraer COVID-19. La cual señala que existe una relación positiva, directa y altamente significativa entre la ansiedad psíquica y el miedo a contraer COVID-19 en los usuarios que asisten al Policlínico de Huancavelica.

Tabla 17

Correlación de Spearman entre agorafobia y miedo a contraer COVID-19

| | | Miedo a contraer COVID-19 |
|------------|------|---------------------------|
| Agorafobia | Rho | 0.594 |
| | Sig. | 0.000 |

Nota: Rho. = Correlación de Spearman. Sig. = Significancia.

La Tabla 17 evidencia la correspondencia existente entre la dimensión agorafobia de la variable ansiedad con la variable miedo a contraer COVID-19. Mostrando una relación positiva, alta, directa y significativa entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19. Ello refleja que a mayor nivel de agorafobia se presentará un mayor nivel de miedo a contraer COVID-19 en los pacientes del Policlínico de Huancavelica.

CAPÍTULO V
DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

Después del desarrollo de los resultados, se procede a trabajar la discusión de resultados sobre los datos de la variable ansiedad y la variable miedo a contraer COVID-19, se identificó una relación alta, directa, positiva y significativa, pues se obtuvo el valor de 0.775 del Rho y una significancia de 0.000 entre las variables ansiedad y miedo a contraer COVID-19. Tal resultado coincidió con los hallazgos logrados por Guzmán y Vásquez (2021), quienes identificaron la presencia de una asociación alta entre el miedo a contraer COVID-19 y la ansiedad. Asimismo, los resultados logrados por Prasad et al. (2021) concuerdan con la investigación actual realizada, pues tales autores identificaron que los pacientes que acudieron a un hospital evidenciaron un nivel alto de ansiedad debido a que sintieron un miedo elevado por contagiarse de COVID-19. Estos datos justifican la teoría planteada por Shafran et al. (2021), la cual señala que debido a los diversos componentes cognitivos que denota la ansiedad, en las personas originan sentimiento y emociones de temor o miedo frente a una situación percibida como riesgo ante el individuo. Ocasionando altos niveles de estrés en los mismos, perjudicando la capacidad de identificar los riesgos reales de los irreales que pueden suscitarse en el contexto que se encuentra o desenvuelve la persona.

Con respecto a los resultados de hallados de las dimensiones de la ansiedad y la relación con la variable miedo a contraer COVID-19, se identificó que la fobia social se relaciona con el miedo a contraer COVID-19. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Pacori (2020) y de Apaza (2021), los cuales evidenciaron que los usuarios que acuden un establecimiento de salud evidencian altos niveles de miedo por contagiarse de COVID-19, reflejándose en sus comportamientos que denotan al acudir a los diferentes servicios de salud. Ya que revelaron que sienten

una angustia, cierto grado de estrés y una sensación de ahogo y opresión en el pecho semejante a los síntomas de la enfermedad mencionada, incrementando los niveles de fobia social en los usuarios de los espacios sanitarios. Ello se justifica con lo formulado por Lozano y Vega (2018) y por la American Psychiatric Association (2014), tal teoría señala que, el malestar emocional originado por los síntomas o conducta de evitación causada, por el temor a contraer la enfermedad respiratoria, ocasiona sentimientos de angustia, de estrés en las personas. Además, en los espacios abiertos y sociales el individuo presenta niveles elevados de ansiedad y miedo por encontrarse expuesto a situaciones de peligro o escrutinio, a percepción del mismo, afectando la estabilidad emocional que posee y perjudicando la realización y desarrollo de sus obligaciones o deberes. Esto motiva al individuo a generar pensamientos frecuentes que limiten su contacto con las demás personas que lo rodean, ocasionando una fobia social en el mismo.

En cuando a la dimensión, ansiedad física y la variable miedo a contraer COVID-19, se identificó que se encuentran relacionados de forma directa. Puesto que la ansiedad física es manifestada cuando la persona que siente miedo temor ante una situación, contexto, una persona experimenta una serie de síntomas físicos como, sensación de ahogamiento, palpitaciones cardiacas aceleradas, dolor en el pecho, náuseas, dolor abdominal, sudoración en las manos, temblor en algunas partes del cuerpo, escalofríos, etc. La presencia de estos incrementa el miedo que posee la persona por contraer la enfermedad mencionada, puesto que algunos de ellos se asemejan a la sintomatología que denota el COVID-19, ocasionando sentimiento y emociones de alarma, angustia, estrés y ansiedad en las personas (OMS, 1994; Lozano y Vega, 2018).

Es así que, los resultados de relación identificados en el estudio sobre la ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19, coinciden con los hallazgos alcanzados por Apisarnthanarak et al. (2021), De Boer et al. (2021) y Pacori (2020), quienes identificaron que las personas y pacientes que acudieron a un establecimiento de salud durante el contexto de COVID-19 evidenciaron niveles altos de miedo, ansiedad y pánico frente a la posibilidad de contraer la enfermedad respiratoria mencionada. Asimismo, hallaron que los usuarios de los hospitales expresan sentimientos ansiosos parecidos a los síntomas que causa el contagio por COVID-19, como dolor en el pecho, sensación de ahogo, escalofríos y sudoración excesiva. Esto aumenta el miedo en los usuarios por contagiarse de la enfermedad respiratoria.

Sobre la dimensión, ansiedad psíquica y la variable miedo a contraer COVID-19, se halló que ambos denotan una relación significativa. Este resultado concuerda con los logrados por Correa (2021), Çağlar y Kaçer (2022) y Budak et al. (2021), los cuales señalaron que las personas que acuden a los servicios médicos o que solo asisten para visitar a familiares y/o amigos en hospitales, evidencian un nivel elevado de ansiedad psíquica debido al miedo con contagiarse de COVID-19 y afectar a sus seres queridos dentro de sus hogares. Ya que al momento de ingresar al hospital o establecimiento de salud manifestaron sensaciones de temor, de presión en el pecho, de nervios, de angustia, de rechazo y de incomodidad por estar en tal ambiente. Por tanto, el resultado del estudio se corrobora con lo propuesto por APA (2020b), Lozano y Vega (2018) y OMS (1994), quienes manifestaron que la ansiedad psíquica expresada en un individuo se denota mediante síntomas subjetivos como la sensación de ahogo y de agitación, acordándose a la noción del distrés.

También, evidenciaron un temor alto por morir debido a una situación particular, como por contraer una enfermedad, sufrir un accidente u otros. A partir de ello, se identificó que el temor con traer COVID-19 que manifiestan las personas incrementa el miedo a morir y sobre todo los síntomas subjetivos que expresa la ansiedad psíquica en los seres humanos.

La asociación directa identificada en el estudio sobre la dimensión agorafobia y la variable miedo a contraer COVID-19 se asemeja a los hallazgos logrados por Budak et al. (2021), Shafran et al. (2021) y Cáceres y Gutiérrez (2020), quienes identificaron que los pacientes evaluados que acudieron a un servicio médico denotaron altos niveles de ansiedad y un miedo elevado por contraer COVID-19 en tal entidad. También, hallaron que existieron varios componentes cognitivos para entender el aumento o exacerbación de miedos como la cantidad de contagios, la responsabilidad que poseen sobre su familia y la incertidumbre que ocasiona la enfermedad mencionada en los mismos.

Es así que, el hallazgo de relación entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19 se asiente con la teoría expresada por Lozano y Vega (2018) y por la OMS (1994), la cual señala que la agorafobia que denotan las personas es causada por el miedo que sienten las personas frente a un espacio, contexto o situación de inseguridad, a partir de ello se incrementa el miedo a salir de casa y el miedo a exponerse en espacios públicos. Sobre la base de ese temor, las personas evitan permanecer o estar en multitudes o espacios públicos como tiendas, hospitales, restaurantes, etc. Ya que, si acuden a espacios públicos, sintiendo tal temor, llegarían a expresar sentimientos de ansiedad, angustia y síntomas de ansiedad elevados reflejados en palpitaciones aceleradas, temblores, sudoración, dolor o presión en el pecho, entre otros. Estas alteraciones se consideran relevantes en tiempos de

pandemia pues el individuo puede evitar salir a espacios públicos por miedo a contagiarse o, quizás, pudo quedar afectado por el confinamiento y cuarentena, hallándose relacionado con el miedo a contraer COVID-19.

5.2. Conclusiones

- Se determinó una relación ($Rho: 0.775; p=0.000$) alta, directa, positiva y significativa entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en los usuarios que acuden al Policlínico de Huancavelica. Ya que el 54.6% de los usuarios evidenciaron un nivel bajo de ansiedad y el 43.1% un nivel bajo de miedo a contraer COVID-19, evidenciando que si se reducen los niveles de ansiedad en los usuarios se disminuye el nivel de miedo por contraer COVID-19 en los mismos.
- Se estableció una relación ($Rho: 0.648; p=0.000$) directa, significativa y positiva entre la fobia social y el miedo a contraer COVID-19 en los usuarios que se atienden en el Policlínico de Huancavelica. Pues, el 57.7% de los usuarios denotó un nivel bajo de fobia social y el 43.1% un nivel bajo de miedo a contraer COVID-19. Lo cual señala que, a niveles bajos de fobia social, el miedo a contraer COVID-19 baja.
- Se determinó una relación ($Rho: 0.621; p=0.000$) directa, significativa y positiva entre la dimensión ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19. Pues el 21.5% de los usuarios evidenciaron un nivel regular de ansiedad física y el 42.3% un nivel regular de miedo a contagiarse de COVID-19, evidenciando una relación en un 62.1% entre las mencionadas. Lo cual señala que a mayores niveles de ansiedad física que denota una persona se incrementa el nivel de miedo por contraer COVID-19.

- Se identificó una relación ($Rho: 0.647; p=0.000$) positiva, directa y altamente significativa entre la ansiedad psíquica y el miedo a contraer COVID-19 en los usuarios que asisten al Policlínico de Huancavelica. Ya que 28.5% de los usuarios evidenciaron un nivel alto de ansiedad psíquica y el 14.6% un nivel alto de miedo a contraer COVID-19, señalando que, a mayores niveles de ansiedad psíquica en una persona, el nivel de miedo a contraer COVID-19 es elevado.
- Se estableció una relación ($Rho: 0.594; p=0.000$) positiva, directa y significativa entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19. Ello refleja que a mayor nivel de agorafobia se presentará un mayor nivel de miedo a contraer COVID-19 en los pacientes del Policlínico de Huancavelica. Debido a que, el 30.8% de los usuarios mostraron un nivel regular de agorafobia y 42.3% un nivel regular de miedo a contraer COVID-19 dentro del Policlínico Huancavelica, señalando que la relación entre la dimensión y la variable mencionada es de 59.4%.

5.3. Recomendaciones

- Se recomienda al Policlínico de Huancavelica implementar mayores medidas preventivas a corto plazo para evitar la propagación de los contagios por COVID-19 en los usuarios que acuden. Asimismo, consolidar en los pacientes y usuarios la importancia del uso de los recursos necesarios para evitar y disminuir los contagios por COVID-19 dentro del establecimiento. De este modo, se conseguirá proporcionar seguridad sanitaria y confianza a los usuarios del policlínico.
- Se recomienda a los profesionales de psicología de la Universidad Autónoma del Perú a realizar campañas informativas sobre las formas y los medios que ocasionan el contagio de COVID-19 en la ciudad de Huancavelica.

- Se recomienda comunicar a la población en general la sintomatología que denota la enfermedad del COVID-19, logrando que diferencien los síntomas físicos de los psicológicos que origina el miedo a contraer COVID-19.
- Se recomienda al Policlínico Huancavelica implementar campañas de salud mental para concientizar la importancia y relevancia de poseer una adecuada salud mental para evitar alteraciones emocionales que perjudiquen el desarrollo integral de la población.
- Se recomienda a las familias de los usuarios del Policlínico de Huancavelica continuar informándose sobre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 con el fin de proponer estrategias y conseguir proporcionar las herramientas necesarias para controlar las emociones y sentimiento negativos que origina el temor por contagiarse de COVID-19 en la actualidad.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. & Blakey, S. (2020). *Clinical Handbook of Fear and Anxiety: Maintenance Processes and Treatment Mechanisms*. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000150-000>
- Adolphs, R. (2013). The Biology of Fear. *Current biology*, 23(2), 79-93. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.3/tsteimer>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. EAFIT. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Psychological Association. (2020a, 4 de diciembre). *Distres*. <https://dictionary.apa.org/distress>
- American Psychological Association. (2020b). *Specific phobia*. <https://dictionary.apa.org/specific-phobia>
- Apaza, V. (2021). *Factores asociados a la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en el contexto COVID-19 en el Hospital María Auxiliadora, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villareal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5095>
- Apisarnthanarak, A., Siripraparat, C., Apisarnthanarak, P., Ullman, M., Saengaram, P., Leeprechanon, N. & Weber, D. (2021). Patients' anxiety, fear, and panic related to coronavirus disease 2019 (COVID-19) and confidence in hospital infection control policy in outpatient departments: a survey from four Thai hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(10), 1288-1290. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.1240>

- Avard, S. & Garrat-Reed, D. (2021). The role of inflated responsibility beliefs in predicting symptoms of generalised anxiety disorder and depression. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 157-166. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1882268>
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación*. Grupo Editorial Patria.
- Barbería, E., Pujol-Robinat, A. y Arimany-Manso, J. (2020). Aspectos médico-legales de la pandemia por COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.012>
- Bastida, A. (2013). *Miedos, ansiedad y fobias: Diferencias, normalidad o patología* [Archivo PDF]. http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20130110_wXO2Y3NkxjVszUYzFP1q_0.pdf
- Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Basic Books.
- Budak, E., Karahan, M. & Han, Ç. (2021). Evaluation of anxiety and fear of COVID-19 in patients admitted to an ophthalmology outpatient clinic. *International Journal of Clinical Practice*, 75(10), 1-2. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14519>
- Cáceres, I. & Gutierrez, M. (2020). *Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad de Ciencias y Humanidades]. Repositorio de la Universidad de Ciencias y Humanidades. <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/532>
- Çağlar, A. & Kaçer, İ. (2022). Anxiety levels in patients admitted to the emergency department with myocardial infarction or COVID-19 pneumonia. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1876893>

- Cardenas, M. (2021). *Propiedades psicométricas de la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S) en pacientes del Centro de Salud San Vicente de Cañete, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/75617>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, 20 de octubre). *Médical Conditions*. CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html#:~:text=Having%20heart%20conditions%20such%20as,severely%20ill%20from%20COVID%2D19.>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, 18 de noviembre). *Rates of COVID-19 Cases and Deaths by Vaccination Status*. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#rates-by-vaccine-status>
- Center for Systems Science and Engineering. (2022, 20 de enero). *COVID-19 Dashboard*. <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J. & Barboza-Palomino, M. (2021). Diseño y validación de una escala para medir la preocupación por el contagio de la COVID-19 (PRE-COVID-19). *Enfermería Clínica*, 31(3), 175-183. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.034>.
- Clark, D. & Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. The Guilford Press.
- Correa, H. (2021). *Depresión y ansiedad ante el Covid-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado de Pacanguilla en La Libertad* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/1481>

- Cruz A., Fernandes, M., Aliaga Pérez, L. & Pillon, S. (2021). Miedo experimentado por profesionales de salud en la pandemia por COVID-19 e implicaciones para la salud mental. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), 1-5. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3971>
- De Boer, G. H. L., Hendriks, R., Vercoulen, J., Tramper-Stranders, G. & Braunstahl, G.-j. (2021). Asthma patients experience increased symptoms of anxiety, depression and fear during the COVID-19 pandemic. *Chronic Respiratory Disease*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1177/147997312111029658>
- Fernández, M., García, M. & Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Frothingham, M. (2021). *Fight, Flight, Freeze, or Fawn: What This Response Means*. <https://www.simplypsychology.org/fight-flight-freeze-fawn.html>
- Gatell-Carbó A., Alcover-Bloch, E., Balaguer-Martínez, J. V., Pérez-Porcuna, T., Esteller-Carceller, M., Álvarez-García, P. & Fortea-Gimeno, E. (2021). Estado de la salud mental infantojuvenil durante la primera ola de la pandemia de la COVID-19 y en el inicio del curso escolar 2020-2021. *Elsevier Doyma*, 95(5), 354-363. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.08.008>
- Gobierno del Perú. (2020). *Medidas para la ampliación del distanciamiento social obligatorio*. <http://www.mimp.gob.pe/sinavol/cartilla-medidas-distanciamiento-social-12-05-2020.pdf>
- Gobierno del Perú. (2021, 14 de agosto). *¿Cómo prevenir el coronavirus?* <https://www.gob.pe/8663-ministerio-de-salud-como-prevenir-el-coronavirus>
- Gobierno del Perú. (2022a, 22 de junio). *Coronavirus: qué es la variante ómicron*. <https://www.gob.pe/17276>

- Gobierno del Perú. (2022b, 24 de enero). *Minsa confirma tercera ola ante incremento de casos de contagio por la COVID-19.*
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/574040-minsa-confirma-tercera-ola-ante-incremento-de-casos-de-contagio-por-la-covid-19/>
- Guy-Evans, O. (2022, 4 de enero). *What Is Fear?*
<https://www.simplypsychology.org/what-is-fear.html>
- Guzmán, M. & Vásquez, A. (2021). *Factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, mayo 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10772>
- Hafner, K. (2020). Fear of Covid-19 leads other patients to decline critical treatment. *The New York Times.*
<https://www.nytimes.com/2020/05/25/health/coronavirus-cancer-heart-treatment.html>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A. & Luna-Cuadros, M. (2020). Psychometric properties of a Spanish version of the fear of COVID-19 scale in general population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
- Kelly, H. (2011). The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(7), 540-541.
<https://doi.org/10.2471/BLT.11.088815>

- Lai, CH. (2020). Red de Ansiedad cerebral funcional basada en resonancia magnética. *Trastornos de ansiedad. Avances en Medicina Experimental y Biología*, 1191(1), 3-20. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_1
- Landucci, F. & Lamperti, M. (2020). Una pandemia de sesgo cognitivo. *Cuidados Intensivos Med*, 47(1), 636–637. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06293-y>
- Lechanoine, F. & Gangi, K. (2020). COVID-19: Pandemic of Cognitive Biases Impacting Human Behaviors and Decision-Making of Public Health Policies. *Frontiers in Public Health*, 8(1), 1-2. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.613290>
- LeDoux, J. & Pine, D. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *American journal of psychiatry*, 173(11), 1083-1094. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Leonhart, M. & Radomsky, A. (2019). La responsabilidad también provoca la búsqueda de tranquilidad: una investigación experimental. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20(1), 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.005>
- Lozano, A. & Vega, J. (2018). Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 226-234. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3437>
- Maguiña V., Gastelo A. & Tequen B. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 125-131. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Ministerio de Salud. (2022, 14 de enero). *Vacunación COVID-19 - Perú*. <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-covid19.asp>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Editorial Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud (2020). *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*.
[https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
- Orús, A. (2021, 20 de noviembre). *COVID-19: número de muertes por país en 2021*.
<https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>
- Pacori, J. (2020). *Nivel de ansiedad por riesgo de contagio de COVID-19 en pacientes que acuden al Hospital Militar de Arequipa – 2020* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57876>
- Prasad, D., Kumar, S., Prasad, D., Patra, S., Kumar, A. & Kumar (2021). Fear and anxiety among COVID-19 Screening Clinic Beneficiaries of a tertiary care hospital of Eastern India. *Asian Journal of Psychiatry*, 57(1), 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102543>
- Redacción El Peruano. (2022, 31 de enero). *EsSalud: contagios por ómicron es casi 5 veces más de lo registrado en el pico de la segunda ola*.
<https://elperuano.pe/noticia/138360-essalud-contagios-por-omicron-es-casi-5-veces-mas-de-lo-registrado-en-el-pico-de-la-segunda-ola>
- Redacción Gestión. (2021, 6 de marzo). *COVID-19: a un año desde el primer caso confirmado en Perú a la fecha han fallecido 47,000 personas*.
<https://gestion.pe/peru/covid-19-hace-un-ano-se-confirmando-el-primer-caso-en-peru-y-desde-entonces-han-muerto-47-mil-personas-nndc-noticia/>

- Reyes, A. (2005). *Trastornos de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad*. Ediciones Temas de Hoy.
- Schimmenti, A, Billieux J. & Starcevic, V. (2020) The Four Horsemen of Fear: An Integrated Model of Understanding Fear Experiences During the Covid-19 Pandemic. *Clin Neuropsychiatry*, 17(2), 41-45. <https://doi.org/10.36131/CN20200202>.
- Shafran, R., Whittal, M. & Coughtrey, A. (2021). Fear and Anxiety in COVID-19: Preexisting Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(1), 459-467.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 129-133. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28490037/>
- Stossel, S. (2014). *Ansiedad; miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior*. Editorial Planeta.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

| PROBLEMA | OBJETIVO | MARCO TEÓRICO | HIPÓTESIS | VARIABLE | METODOLOGÍA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Problema General: ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre la fobia social y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica? ¿Cuál es la relación entre la ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica? ¿Cuál es la relación entre la ansiedad psíquica y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica? ¿Cuál es la relación entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica? | <p>Objetivo General: Determinar la relación entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer la relación entre la fobia social y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. Determinar la relación entre la ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. Identificar la relación entre la ansiedad psíquica y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. Establecer la relación entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. | <p>1. Antecedentes.</p> <p>A nivel nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cáceres y Gutiérrez (2020) en su tesis Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla. Correa (2021) en su investigación Depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado de Pacanguilla en La Libertad. Apaza (2021) en su investigación Factores asociados a la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en el contexto COVID-19 en el Hospital María Auxiliadora, 2021. Pacori (2020) en su tesis Nivel de ansiedad por riesgo de contagio de COVID-19 en pacientes que acuden al Hospital Militar de Arequipa – 2020. Cárdenas (2021) en su investigación Propiedades psicométricas de la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S) en pacientes del Centro de Salud San Vicente de Cañete, 2021. Guzmán y Vásquez (2021) en su tesis Factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, mayo 2021. <p>A nivel internacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apisamthanarak et al. (2021) en su artículo científico tesis Ansiedad, miedo y pánico de los pacientes relacionados con la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y confianza en la política de control de infecciones hospitalarias en departamentos ambulatorios: una encuesta de cuatro hospitales tailandeses De Boer et al. (2021) en su artículo científico Los pacientes con asma experimentan un aumento de los síntomas de ansiedad, depresión y miedo durante la pandemia de COVID-19. Budak et al. (2021) en su investigación Evaluación de la ansiedad y el miedo a la COVID-19 en pacientes ingresados en una consulta externa de oftalmología. Shafran et al. (2021) en su estudio Fear and Anxiety in COVID-19: Preexisting Anxiety Disorders Prasad et al. (2021) en su estudio Miedo y ansiedad entre los beneficiarios de la clínica de detección de COVID-19 de un hospital de atención terciaria del este de la India Çağlar y Kaçer (2022) en su estudio Niveles de ansiedad en pacientes ingresados en urgencias con infarto de miocardio o neumonía por COVID-19. | <p>Hipótesis General: Existe relación directa y significativa entre la ansiedad y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.</p> <p>Hipótesis Específicas: He1: Existe relación directa y significativa entre la fobia social y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. He2: Existe relación directa y significativa entre la ansiedad física y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. He3: Existe relación directa y significativa entre la ansiedad psíquica y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica. He4: Existe relación directa y significativa entre la agorafobia y el miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de Huancavelica.</p> | <p>Variable 1. Ansiedad</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fobia social Ansiedad física Ansiedad psíquica Agorafobia <p>Variable 2. Miedo de contraer COVID-19</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Miedo emocional Expresiones somáticas | <p>Tipo de Investigación: Básica</p> <p>Nivel de Investigación: Correlacional</p> <p>Método General: Científico Inductivo-Deductivo</p> <p>Diseño: No experimental, transversal y correlacional</p> <p>Técnicas e Instrumentos: Encuesta y cuestionarios</p> |

Anexo 2. Protocolo de los instrumentos

ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN POLICLÍNICO DE HUANCAMELCA

Código:

Buen día, este cuestionario pretende recopilar información sobre cómo se siente en este momento. La sinceridad con que respondan a las afirmaciones será de gran utilidad con fines de investigación. Asimismo se indica que las respuestas brindadas se conservarán de forma discreta y confidencial.

I. INFORMACIÓN GENERAL

- 1.1. Edad: 1.2. Peso: 1.2. Talla:
- 1.3. Sexo: Femenino Masculino
- 1.4. Enfermedades previas: Cardíacas Diabetes Hipertensión
Crónicas Otras
- 1.4. ¿Alguien cercano contrajo COVID-19? Sí No

II. ESCALA DEL MIEDO A CONTRAER COVID-19

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas sobre sus sentimientos de miedo respecto al COVID-19. Utilice una escala numérica del 1 al 5 donde 1 es "totalmente en desacuerdo" y 5 es "totalmente de acuerdo" como se muestra a continuación.

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

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19). | | | | | |
| 2 | Me pone incómodo (a) pensar en el coronavirus (COVID-19). | | | | | |
| 3 | Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19). | | | | | |
| 4 | Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID19). | | | | | |
| 5 | Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a). | | | | | |
| 6 | No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19). | | | | | |
| 7 | Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19) | | | | | |

Hemos terminado. Muchas gracias por tu colaboración

**ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN
POLICLÍNICO DE HUANCVELICA**

Código:

Buen día, este cuestionario pretende recopilar información sobre sus hábitos alimenticios. La sinceridad con que respondan a las afirmaciones será de gran utilidad con fines de investigación. Asimismo se indica que las respuestas brindadas se conservarán de forma discreta y confidencial.

III. NUEVA ESCALA DE ANSIEDAD 20 (NEA-20)

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas sobre cómo se ha sentido durante la última semana. Marque Sí o No de acuerdo a lo que corresponda

| | | Sí | No |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1 | Me da miedo alejarme de mi casa. | | |
| 2 | Me he sentido aturdido o confundido. | | |
| 3 | Tengo miedo de conocer gente nueva. | | |
| 4 | He sentido que me falta el aire o me ahogo. | | |
| 5 | Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado. | | |
| 6 | He sentido miedo sin motivo. | | |
| 7 | Me da miedo estar en lugares altos. | | |
| 8 | He sentido dolor o presión en el pecho. | | |
| 9 | Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente. | | |
| 10 | Tiendo a sentirme nervioso. | | |
| 11 | Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo. | | |
| 12 | Me he sentido agitado o alterado. | | |
| 13 | Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo. | | |
| 14 | Me he sentido angustiado, con los nervios de punta. | | |
| 15 | Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se | | |
| 16 | Me siento inseguro, como si me fuera a caer. | | |
| 17 | Tengo escalofríos frecuentemente. | | |
| 18 | Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible. | | |
| 19 | Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me pueda caer. | | |
| 20 | Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo. | | |

Hemos terminado. Muchas gracias por tu colaboración

Anexo 3. Correo de Autorización para uso de los Instrumentos

Solicito Autorización para uso de la Escala de Ansiedad

Recibidos x



Ricardo TELLO VERGARA <dantellover@gmail.com>

jue, 2 sept 19:46



para antoniolv2000, edward.lozano.v

Estimado Doctor Lozano

Previo al cordial saludo, le escribe el Bachiller en Psicología Ricardo Dante TELLO VERGARA para solicitarle el permiso correspondiente para utilizar la escala de Ansiedad Lima puesto que estoy desarrollando mi tesis de licenciatura la cual cuenta con el respaldo de la Universidad Autónoma del Perú

Esperando que acceda a mi solicitud, me despido de usted.
Atentamente, Ricardo Tello.



EDWARD ANTONIO LOZANO VARGAS <edward.lozano... 3 sept 2021 17:40



para mí

Estimado

Ricardo Tello

Gracias por su mensaje y qué bueno que estén interesados en investigar en temas de salud mental

Les damos permiso para usar los instrumentos validados.

Te envío un Link en donde podrán encontrar los instrumentos, las instrucciones para su calificación y sus respectivas referencias bibliográficas que se han validado en el Perú para detectar la presencia de ansiedad, depresión y miedo al COVID-19.

https://es.padlet.com/edward_lozano_v/hz4gggb7s50d3b6i

Saludos,

Dr. Antonio Lozano Vargas
Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta
Clínica Anglo Americana
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Celular: (+51) 999374904

Solicito Autorización de prueba psicológica



Recibidos x



Ricardo TELLO VERGARA <dantellover@gmail.com>

jue, 2 sept 19:42



para jhuarcayav ▾

Estimado Doctor Huarcaya

Previo al cordial saludo, le escribe el Bachiller en Psicología Ricardo Dante TELLO VERGARA para solicitarle el permiso correspondiente para utilizar la escala de miedo a contraer Covid19 puesto que estoy desarrollando mi tesis de licenciatura la cual cuenta con el respaldo de la Universidad Autónoma del Perú

Esperando que acceda a mi solicitud, me despido de usted.

Atentamente, Ricardo Tello.



JEFF DAVID HUARCAYA VICTORIA <jhuarcayav@usmp.... 2 sept 2021 21:48



para mí ▾

Estimado Ricardo, gracias por tu comunicación. No veo problema en que uses la escala de miedo contra la COVID-19. Quedo muy atento a los resultados y publicación de su trabajo.

Saludos cordiales

Dr. Huarcaya Victoria Jeff David

Médico Psiquiatra

C.M.P. 64639 - R.N.E. 33879

Departamento de Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría de Adultos, Jefe de la Unidad de Psiquiatría de Enlace, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud

Centro de Investigación en Salud Pública, FMH-USMP

Departamento Académico de Psiquiatría, Facultad de Medicina Humana, UNMSM

Anexo 4. Consentimiento Informado

A través de este documento expreso mi libre voluntad, sin coerción de por medio, de aceptar ser partícipe de la investigación que conduce el Bachiller en Psicología Ricardo Dante TELLO VERGARA, la cual cuenta con el respaldo de la Universidad Autónoma del Perú.

Así entiendo que la finalidad de dicha investigación, persigue comprender los aspectos relacionados a la Ansiedad y Miedo a contraer COVID-19 en usuarios del servicio de medicina de un policlínico de la ciudad de Huancavelica.

En tal sentido, tengo conocimiento que, si acepto ser participante, se me formularán preguntas agrupadas en dos cuestionarios; así como que mi colaboración es totalmente voluntaria sin ningún tipo de amonestación.

Por otro lado, también se me ha dejado en claro, que la información personal y respuestas proporcionadas en los cuestionarios, serán estrictamente confidenciales, por lo que no se me podrá identificar al interior de la investigación más que a través de un código.

Finalmente, de acuerdo a lo descrito, habiendo leído y entendido en su totalidad el contenido de este consentimiento informado, me dispongo a expresar mi acuerdo a través de mi firma.

Huancavelica, de del 2021.

Firma del Participante

Anexo 5. Revisión del porcentaje de Turnitin

TESIS RICARDO TELLO 2

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet | 6% |
| 2 | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 3 | doku.pub Fuente de Internet | 1% |
| 4 | prezi.com Fuente de Internet | 1% |
| 5 | tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet | <1% |
| 6 | Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante | <1% |
| 7 | epdf.pub Fuente de Internet | <1% |
| 8 | vsip.info Fuente de Internet | <1% |
| 9 | repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet | |

Anexo 6. Carta solicitando autorización

Huancavelica 01 de octubre del 2021.

CARTA INV.

SEÑORA:

CAPITAN SPNP

Tania Consuelo ALLASI PARI

JEFE DE LA POSTA MÉDICA POLICIAL DE HUANCAMELICA

Sirva el presente para expresarle un cordial saludo y al mismo tiempo informarle que me encuentro desarrollando la tesis de investigación titulada **“ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN POLICLÍNICO DE HUANCAMELICA”** para optar el título de Licenciado en Psicología. Por lo que, solicito su autorización para el desarrollo de la indicada investigación y la aplicación de las pruebas psicológicas: Escala de Ansiedad de Lima de 20 Items (EAL-20) y la Escala de miedo al COVID-19 a los usuarios en la institución que usted dirige.

Es propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Ricardo Dante, TELLO VERGARA
DNI: 44120289



SA - 31625246
Graciano E. SOLANO B. PTOLOMÉ
S2 PNP

Anexo 7. Constancia de Aplicación de Instrumentos



POLICIA NACIONAL DEL PERÚ
DIRECCION DE SANIDAD POLICIAL
VI MACRO REGION DE SANIDAD POLICIAL - JUNIN
POSTA MEDICA POLICIAL HUANCVELICA

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION PARA TESIS

QUIEN SUSCRIBE, JEFE DE LA POSTA MEDICA POLICIAL DE HUANCVELICA,
DEJA CONSTANCIA QUE: -----

--- El Bachiller RICARDO DANTE TELLO VERGARA, identificado con DNI: 44120289, realizó la aplicación de sus instrumentos de investigación en la Posta Medica Policial de Huancavelica durante los meses de NOVIEMBRE Y DICIEMBRE del 2021, para su tesis de investigación titulada “**ANSIEDAD Y MIEDO A CONTRAER COVID-19 EN USUARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN POLICLÍNICO DE HUANCVELICA**” conducente a la obtención de su grado de Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma del Perú.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime por conveniente.

Huancavelica 31 de enero del 2022.




OS 369533 O+
Tania Consuelo ALLASI PARÍ
CAP SPNP
JEFE POSMEPOL - HVCA

Anexo 8. Base de datos

| Miedo emocional | Expresiones somáticas | Miedo | Fobia social | Ansiedad física | Ansiedad psíquica | Agorafobia | Ansiedad |
|-----------------|-----------------------|-------|--------------|-----------------|-------------------|------------|----------|
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 6 | 5 | 22 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 18 | 5 | 23 | 9 | 7 | 8 | 7 | 31 |
| 10 | 5 | 15 | 5 | 7 | 8 | 5 | 25 |
| 9 | 6 | 15 | 8 | 7 | 5 | 6 | 26 |
| 14 | 12 | 26 | 8 | 9 | 8 | 8 | 33 |
| 20 | 15 | 35 | 10 | 11 | 10 | 8 | 39 |
| 10 | 7 | 17 | 5 | 6 | 6 | 4 | 21 |
| 8 | 4 | 12 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 9 | 6 | 15 | 6 | 7 | 6 | 5 | 24 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 14 | 11 | 25 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 16 | 12 | 28 | 9 | 9 | 8 | 8 | 34 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 13 | 5 | 18 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 9 | 3 | 12 | 9 | 7 | 7 | 6 | 29 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 7 | 5 | 4 | 21 |
| 16 | 11 | 27 | 9 | 9 | 9 | 6 | 33 |
| 16 | 8 | 24 | 8 | 8 | 8 | 6 | 30 |
| 7 | 3 | 10 | 6 | 7 | 6 | 4 | 23 |
| 15 | 12 | 27 | 8 | 9 | 10 | 5 | 32 |
| 16 | 12 | 28 | 8 | 10 | 8 | 8 | 34 |
| 15 | 10 | 25 | 5 | 7 | 6 | 4 | 22 |
| 13 | 10 | 23 | 8 | 7 | 9 | 6 | 30 |
| 13 | 6 | 19 | 5 | 10 | 8 | 4 | 27 |
| 5 | 3 | 8 | 6 | 6 | 5 | 4 | 21 |
| 16 | 12 | 28 | 8 | 10 | 9 | 8 | 35 |
| 5 | 9 | 14 | 5 | 6 | 5 | 5 | 21 |
| 16 | 8 | 24 | 7 | 9 | 10 | 5 | 31 |
| 12 | 5 | 17 | 6 | 7 | 10 | 6 | 29 |
| 11 | 4 | 15 | 6 | 8 | 6 | 5 | 25 |
| 16 | 8 | 24 | 7 | 9 | 9 | 5 | 30 |
| 16 | 9 | 25 | 8 | 9 | 7 | 5 | 29 |
| 9 | 9 | 18 | 9 | 8 | 5 | 6 | 28 |
| 9 | 5 | 14 | 8 | 7 | 5 | 4 | 24 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 12 | 3 | 15 | 6 | 7 | 8 | 5 | 26 |
| 8 | 3 | 11 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 8 | 5 | 13 | 6 | 6 | 6 | 5 | 23 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 11 | 10 | 21 | 9 | 8 | 7 | 7 | 31 |
| 8 | 6 | 14 | 5 | 6 | 7 | 5 | 23 |
| 15 | 13 | 28 | 7 | 11 | 10 | 7 | 35 |
| 12 | 6 | 18 | 5 | 8 | 9 | 5 | 27 |
| 11 | 6 | 17 | 5 | 7 | 5 | 4 | 21 |
| 16 | 7 | 23 | 5 | 6 | 7 | 5 | 23 |
| 12 | 9 | 21 | 6 | 11 | 7 | 6 | 30 |
| 7 | 3 | 10 | 6 | 7 | 6 | 4 | 23 |
| 8 | 6 | 14 | 6 | 6 | 6 | 5 | 23 |
| 11 | 10 | 21 | 6 | 8 | 8 | 5 | 27 |
| 10 | 6 | 16 | 6 | 8 | 7 | 5 | 26 |
| 7 | 6 | 13 | 5 | 6 | 8 | 4 | 23 |
| 9 | 3 | 12 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 7 | 5 | 4 | 21 |
| 12 | 3 | 15 | 5 | 7 | 7 | 5 | 24 |
| 15 | 11 | 26 | 10 | 9 | 10 | 4 | 33 |
| 14 | 12 | 26 | 8 | 9 | 10 | 7 | 34 |
| 14 | 12 | 26 | 9 | 9 | 10 | 6 | 34 |
| 5 | 3 | 8 | 5 | 6 | 5 | 5 | 21 |
| 8 | 6 | 14 | 5 | 6 | 7 | 4 | 22 |
| 10 | 6 | 16 | 6 | 8 | 5 | 6 | 25 |
| 15 | 10 | 25 | 7 | 6 | 9 | 7 | 29 |
| 15 | 11 | 26 | 8 | 9 | 9 | 7 | 33 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 8 | 6 | 14 | 5 | 7 | 7 | 4 | 23 |
| 12 | 3 | 15 | 7 | 7 | 6 | 5 | 25 |
| 8 | 6 | 14 | 7 | 6 | 6 | 4 | 23 |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|---|----|
| 11 | 12 | 23 | 6 | 6 | 6 | 4 | 22 |
| 16 | 12 | 28 | 10 | 10 | 9 | 6 | 35 |
| 11 | 12 | 23 | 5 | 7 | 5 | 4 | 21 |
| 12 | 12 | 24 | 8 | 8 | 8 | 6 | 30 |
| 11 | 6 | 17 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 10 | 11 | 21 | 7 | 8 | 8 | 5 | 28 |
| 10 | 6 | 16 | 6 | 7 | 8 | 5 | 26 |
| 6 | 3 | 9 | 5 | 7 | 5 | 5 | 22 |
| 14 | 3 | 17 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 11 | 3 | 14 | 5 | 8 | 6 | 5 | 24 |
| 11 | 8 | 19 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 6 | 3 | 9 | 6 | 6 | 5 | 4 | 21 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 5 | 6 | 11 | 5 | 9 | 9 | 6 | 29 |
| 8 | 6 | 14 | 6 | 8 | 5 | 4 | 23 |
| 12 | 9 | 21 | 5 | 8 | 9 | 6 | 28 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 8 | 6 | 14 | 5 | 6 | 6 | 4 | 21 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 7 | 5 | 4 | 21 |
| 8 | 6 | 14 | 6 | 7 | 5 | 4 | 22 |
| 8 | 6 | 14 | 5 | 7 | 5 | 4 | 21 |
| 12 | 4 | 16 | 7 | 8 | 6 | 6 | 27 |
| 16 | 8 | 24 | 7 | 9 | 9 | 6 | 31 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 7 | 5 | 4 | 21 |
| 8 | 3 | 11 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 15 | 9 | 24 | 8 | 9 | 8 | 7 | 32 |
| 16 | 9 | 25 | 6 | 10 | 9 | 6 | 31 |
| 12 | 8 | 20 | 5 | 7 | 7 | 6 | 25 |
| 6 | 4 | 10 | 5 | 6 | 6 | 5 | 22 |
| 11 | 6 | 17 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 4 | 3 | 7 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 11 | 5 | 16 | 5 | 8 | 8 | 5 | 26 |
| 20 | 11 | 31 | 9 | 10 | 10 | 8 | 37 |
| 13 | 8 | 21 | 7 | 9 | 9 | 4 | 29 |
| 11 | 6 | 17 | 5 | 7 | 6 | 5 | 23 |
| 8 | 4 | 12 | 5 | 7 | 7 | 4 | 23 |
| 11 | 9 | 20 | 5 | 6 | 5 | 4 | 20 |
| 16 | 11 | 27 | 7 | 11 | 10 | 5 | 33 |
| 14 | 12 | 26 | 6 | 8 | 10 | 6 | 30 |
| 16 | 9 | 25 | 8 | 7 | 8 | 7 | 30 |
| 15 | 13 | 28 | 8 | 9 | 10 | 6 | 33 |
| 15 | 11 | 26 | 7 | 7 | 10 | 7 | 31 |
| 11 | 11 | 22 | 7 | 6 | 10 | 6 | 29 |
| 12 | 7 | 19 | 5 | 7 | 7 | 6 | 25 |
| 15 | 13 | 28 | 7 | 11 | 10 | 6 | 34 |
| 15 | 10 | 25 | 8 | 10 | 6 | 7 | 31 |
| 15 | 11 | 26 | 8 | 11 | 9 | 6 | 34 |
| 16 | 12 | 28 | 10 | 12 | 9 | 4 | 35 |
| 13 | 9 | 22 | 9 | 8 | 7 | 5 | 29 |
| 18 | 11 | 29 | 7 | 9 | 8 | 7 | 31 |
| 16 | 10 | 26 | 8 | 11 | 10 | 4 | 33 |
| 12 | 9 | 21 | 7 | 8 | 7 | 5 | 27 |
| 12 | 9 | 21 | 6 | 7 | 10 | 6 | 29 |
| 14 | 9 | 23 | 7 | 6 | 5 | 6 | 24 |
| 14 | 8 | 22 | 7 | 7 | 5 | 6 | 25 |
| 12 | 9 | 21 | 9 | 9 | 5 | 5 | 28 |
| 16 | 11 | 27 | 10 | 9 | 9 | 6 | 34 |
| 16 | 12 | 28 | 10 | 8 | 10 | 7 | 35 |
| 16 | 13 | 29 | 9 | 8 | 9 | 8 | 34 |
| 16 | 13 | 29 | 9 | 10 | 9 | 8 | 36 |
| 16 | 11 | 27 | 9 | 10 | 9 | 8 | 36 |