

ANSIEDAD POR CORONAVIRUS EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD EN LOS OLIVOS

CORONAVIRUS ANXIETY IN ADULT PEOPLE GOING TO A HEALTH CENTER IN LOS OLIVOS

Paola Munguia Ramirez¹, Anthuaneth Estrada Villafuerte¹, Karla León Centeno¹

¹Universidad de Ciencias y Humanidades

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo

Recibido: 03/05/2021
Aprobado: 15/05/2021
Publicado: 30/06/2021

Autor corresponsal

Paola Munguia Ramirez
paomunguiar@uch.pe

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Citar como

Paola Munguia Ramirez, Anthuaneth Estrada Villafuerte, Karla León Centeno. Ansiedad por coronavirus en personas adultas que acuden a un Centro de Salud en Los Olivos. *Ágora Rev. Cient.* 2021; 08(01):3-9. DOI: <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.200>

RESUMEN

Objetivo: Fue determinar la ansiedad por coronavirus en personas adultas que acuden a un Centro de Salud en Los Olivos. **Materiales y métodos:** El enfoque metodológico de este estudio fue cuantitativo y su diseño descriptivo-transversal. La población estuvo conformada por 150 personas adultas. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento de medición fue la Coronavirus Anxiety Scale (CAS), la cual presenta 5 enunciados o ítems, que evalúan la ansiedad por coronavirus a través de síntomas. **Resultados:** En cuanto a la edad del participante, la mínima fue 30 y la máxima 59 años, siendo la edad media 38,63 años. En relación a la ansiedad, predominó el valor final sin ansiedad disfuncional con 94% (N=141), seguido de la ansiedad disfuncional en un 6% (N=9). En cuanto a la sintomatología, en mareo predominó sin ansiedad disfuncional con 89,3% (N=134), en trastorno del sueño sin ansiedad disfuncional con un 81,3% (N=122), en inmovilidad tónica sin ansiedad disfuncional con un 90,7% (N=136), en pérdida de apetito sin ansiedad disfuncional con un 92,7% (N=139) y en malestar abdominal sin ansiedad disfuncional con un 90% (N=135). **Conclusiones:** En cuanto a la ansiedad por coronavirus, predominó sin ansiedad disfuncional seguido de ansiedad disfuncional. De acuerdo a la sintomatología, en todas predominó el valor final sin ansiedad disfuncional.

Palabras clave: Ansiedad; población; atención primaria de salud; COVID-19 (Source: DeCS).

ABSTRACT

Objectives: It was to determine the anxiety for coronavirus in adults who go to a Health Center in Los Olivos. **Materials and methods:** The methodological approach of this study was quantitative and its design was descriptive-cross-sectional. The population consisted of 150 adults. The technique used was the survey and the measurement instrument was the Coronavirus Anxiety Scale (CAS), which presents 5 statements or items, which evaluate coronavirus anxiety through symptoms. **Results:** Regarding the participant's age, the minimum was 30 and the maximum 59 years, the mean age being 38.63 years. Regarding anxiety, the final value without dysfunctional anxiety predominated with 94% (N = 141), followed by dysfunctional anxiety in 6% (N = 9). Regarding symptoms, in dizziness prevalence without dysfunctional anxiety with 89.3% (N = 134), in sleep disorder without dysfunctional anxiety with 81.3% (N = 122), in tonic immobility without dysfunctional anxiety with a 90.7% (N = 136), in loss of appetite without dysfunctional anxiety with 92.7% (N = 139) and in abdominal discomfort without dysfunctional anxiety with 90% (N = 135). **Conclusions:** Regarding anxiety due to coronavirus, it predominated without dysfunctional anxiety followed by dysfunctional anxiety. According to the symptoms, the final value without dysfunctional anxiety predominated in all of them.

Keywords: Anxiety; population; primary health care; COVID-19 (Source: MeSH).

INTRODUCCIÓN

A nivel global durante el año 2019 se desencadenó una enfermedad desconocida, que fue identificada inicialmente en la ciudad China de Wuhan, siendo esta causada por un virus que se propagó rápidamente por todo el mundo y condujo a la pandemia conocida como COVID-19. Aunque el virus se vio por primera vez en China, los países de los continentes europeo y americano son los más afectados ⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud al ver que los casos de esta infección empiezan a propagarse a nivel mundial de una manera desmesurada, proclama el estado de pandemia ⁽²⁾.

A inicios de este año (fines de febrero), en todo el mundo se notificó 183,039 nuevos

infectados y 5,682 fallecidos adicionales en un día, lo que representa un incremento relativo del 0,37% en los casos y 0,48% en las muertes, en comparación con el día anterior. La cifra de muertes totales asciende a 3 millones de personas a nivel global ⁽³⁾. En cambio, en Perú se notificaron 1,300,799 casos confirmados, 15,053 hospitalizados y 45,683 muertes con una tasa de letalidad de 3,51% ⁽⁴⁾.

El avance de la pandemia que deja gran cantidad de infectados y fallecidos, se hace esto más extensivo, ante ello, las autoridades del gobierno y sanitarias, dictan medidas extraordinarias con el fin de evitar que el contagio se propague aún más, por ello se dictan medidas de inamovilidad que implican restricciones de actividades sociales y económicas. Estas medidas afectan e impactan negativamente en la vida y salud mental de las personas confinadas. El encierro, incertidumbre generalizada en la población y la muerte de seres queridos o personas cercanas, ocasiona signos psicosociales como la ansiedad, que si se presenta en un tiempo prolongado puede ser nocivo para la salud ^(5,6).

En el planeta tierra existen 260 millones de individuos que presentan algún nivel de ansiedad. En América Latina, es el segundo trastorno mental más frecuente; la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló una incidencia de 25% en el Perú ⁽⁷⁾. En China, reportaron que durante la pandemia el 53,8% de las personas encuestadas mostraron un impacto psicológico de niveles moderados a severos. Además, el 16,5% y 28,8% indicaron síntomas depresivos y ansiedad de nivel moderado a alto, y el 8,1% niveles moderados a altos de estrés ⁽⁸⁾.

Un estudio realizado en España, informó que el 28,8% tuvo sintomatología de ansiedad de nivel moderado a grave. Así mismo, se realizó un estudio en Bélgica mediante una encuesta a 44000 personas, la cual informó niveles de ansiedad en un 20% ^{(6),(9)}. Diversos autores informaron que en Suecia experimentaron ansiedad en un 14,7%. Además, la mitad de los que tenían depresión o ansiedad clínicamente significativa, estaba asociado con un trastorno comórbido ⁽¹⁰⁾. Así mismo, investigaciones realizadas en Colombia, señalan que reportaron niveles de ansiedad con 53% y que puede afectar considerablemente la salud mental de estos pobladores ⁽¹¹⁾.

Hasta la actualidad, han informado que la carga económica, el apoyo familiar y la capital social afecta el estado de salud mental. El aislamiento social, incluida la exclusión social y el bajo capital social, también conduce a problemas psicológicos que son inducidos por la COVID-19 ⁽¹²⁾.

En una revisión sistemática y un meta de análisis sobre el impacto psicológico y mental del COVID-19 en los trabajadores del sector salud, población general y pacientes con un riesgo mayor de poder contagiarse de COVID-19, la prevalencia en conjunto sobre la ansiedad y depresión fue

del 33% y 28%, respectivamente. La prevalencia de ansiedad y depresión fue la más elevada entre los pacientes con enfermedades preexistentes e infección por COVID-19 (56% y 55%), y fue parecido entre los trabajadores del sector salud y público en general. Los estudios de China, Italia, Turquía, España e Irán informaron una prevalencia mayor que la agrupada entre los trabajadores de la salud y el público en general. Los factores de riesgo comunes incluían a mujeres enfermeras, presentar un nivel socioeconómico más bajo, alto riesgo de contraer COVID-19 y aislamiento social. Los factores de protección incluyeron tener suficientes recursos médicos, información actualizada, precisa y toma de medidas de precaución ⁽¹³⁾.

En el territorio peruano, un estudio informó que en Lima Metropolitana y el Callao se observaron trastornos ansiosos con una prevalencia de vida en un 10,5%, anual con 2,9% y actual en un 1,9%. Asimismo, señalan que las personas que acudieron a una institución sanitaria manifestaron trastorno de ansiedad generalizada en un 23,6%. Sin embargo, podemos decir que, los ciudadanos peruanos presentaron sintomatología de ansiedad debido a la rápida propagación de la pandemia que causa infección y muerte ⁽¹⁴⁾.

La ansiedad puede ser experimentada por casi todo el mundo. Esto es definido como percepción a los cambios de sensaciones corporales con la interpretación de que la enfermedad está establecida. Se define como la sensación de miedo que se produce cuando se enfrenta a amenazas o situaciones estresantes ^(15,16). Es un trastorno emocional que afecta a las personas y se caracteriza por la presencia de sentimientos de tensión y pensamientos de preocupación que se dan por la pandemia COVID-19 ⁽¹⁷⁾.

Los indicadores que acompañan a la ansiedad por coronavirus son el mareo (presencia de vértigo e inestabilidad), trastorno del sueño (cambios en formas de dormir), inmovilidad tónica (estar paralizado ante el temor hacia algo), disminución de apetito (sin hambre) y malestar abdominal (molestias o presencia de dolor en la región abdominal), que se presentan como parte de la respuesta que el cuerpo humano manifiesta ante sensaciones de temor que se dan en situaciones de peligro o amenaza. Las personas con alta ansiedad suelen confundir e interpretar la percepción de estas sensaciones y cambios corporales de naturaleza benigna como situaciones peligrosas. Muchas veces se puede interpretar negativamente la presencia de algún tipo de dolor normal a nivel musculoesquelético o la presencia de tos, como creencia de estar ya infectados por el coronavirus ^(18,19).

Existen diversos instrumentos para medir la ansiedad, pero se empleó en este estudio la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), que evalúa la sintomatología de ansiedad por el coronavirus. Este instrumento fue elaborado por Lee en el 2020, que es conformado por 5 enunciados ⁽²⁰⁾.

Lee ⁽²⁰⁾, en Estados Unidos, durante el 2020 demostró

que, este instrumento CAS es confiable y válido para ser empleado en la investigación y práctica clínica. Gonzales y colaboradores ⁽²¹⁾, en Puerto Rico, durante el 2020 mencionaron que, la escala CAS es confiable y válida para distinguir entre personas que presentan síntomas de ansiedad asociado al COVID-19 y a los que no presentan síntomas.

Broche y colaboradores ⁽²²⁾, en Cuba, durante el 2020, informan que los participantes que valoran su salud como débil presentaron niveles más altos de ansiedad debido al COVID-19. Además, señalan que el instrumento es válido y confiable para explorar las reacciones que suelen presentarse en la ansiedad.

En la actualidad la lucha contra el COVID-19 presenta desafíos sociales y económicos sin precedentes. Muchos sufren de incertidumbre, miedo a la infección, angustia y dolor, a menudo experimentados solos. Existe una creciente preocupación por hacer frente a la ansiedad resultante, así como a sus impactos individuales y colectivos a corto, mediano y largo plazo ⁽²³⁾. Valorar la ansiedad es de suma importancia, pues con ello se obtiene conocimiento actualizado y pertinente que permite aportar con evidencia científica el estado psicosocial de la población participante. Ante ello, en este estudio el objetivo fue determinar la ansiedad por coronavirus en personas adultas que acuden a un Centro de Salud en Los Olivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque y diseño de estudio

Este estudio fue abordado desde el enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue el descriptivo-transversal ^(24,25).

Población de estudio

La población estuvo conformada por 150 personas adultas (30 a 59 años) que acuden a un Centro de Salud en Los Olivos (Centro de Salud Laura Caller). Entre los criterios de inclusión tenemos, ser residentes como mínimo 1 año en la zona, acudir al establecimiento de salud para atención de salud, aceptar participar de forma voluntaria y dar su consentimiento informado. En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyó a los participantes que no cumplieron con la totalidad de las pautas de inclusión establecidas previamente.

Variable de estudio

La variable principal del estudio fue la “ansiedad por coronavirus”, la cual según su naturaleza es cualitativa y según su escala de medición es la ordinal.

Técnica e instrumento de recolección de datos

En esta investigación se utilizó como técnica de

recolección de datos la encuesta, la cual es ampliamente difundida y empleada en las investigaciones cuantitativas y descriptivas del campo de las Ciencias de la Salud. Esta permitió recolectar un importante número de datos de forma eficaz y en un tiempo breve ⁽²⁶⁾.

Para medir la variable principal “ansiedad por coronavirus” en personas adultas, se utilizó el instrumento de medición Escala de Ansiedad por Coronavirus o Coronavirus Anxiety Scale (CAS) elaborada por Lee en el año 2020, esta evalúa la ansiedad por coronavirus través de la sintomatología identificada (ha sido validada, aceptada y traducida a varios idiomas y su uso por tanto ya está ampliamente difundido). Está conformado por 5 enunciados o ítems que expresan 5 síntomas; mareo, trastorno del sueño, inmovilidad tónica, pérdida de apetito y malestar abdominal, cada enunciado presenta 5 opciones de respuesta tipo escala Likert (0=de ningún modo, 1=rara, menos de uno o dos días, 2=varios días, 3=más de 7 días y 4=casi todos los días durante las últimas dos semanas). La puntuación total va de 0 a 20 puntos, a mayor puntuación, mayor es la ansiedad por coronavirus ⁽²⁰⁾.

Se realizaron coordinaciones a nivel administrativo para poder acceder plenamente a las instalaciones del establecimiento de salud y cada uno de los participantes. La escala de ansiedad fue preparada y luego pasada al formato digital (formulario google), lo cual facilitó su distribución a los participantes. Para el llenado de datos a través del Smartphone, cada uno tomó un tiempo de 5 a 10 minutos, lo cual les valió para completar las fichas de datos respectivas de forma eficiente. La recolección de datos se realizó durante el mes de noviembre del año 2020.

En el presente estudio, se realizó la validez del instrumento de recolección de datos de dos maneras, primero mediante la validez de contenido en la que participaron 5 jueces expertos, cuya valoración promedio fue de 87,2% y segundo, a través de una prueba piloto, en donde se aplicó la medida de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin que reportó un valor de 0,806 ($KMO > 0,5$) y el test de esfericidad de Bartlett cuyo resultado fue significativo ($p < 0,001$), ambos valores evidencian una adecuada validez del instrumento de medición. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,848 ($\alpha > 0,8$), lo cual confirma la fiabilidad del instrumento de medición.

Análisis de datos

Al ser un estudio de diseño descriptivo, se realizó el análisis de los datos mediante la estadística descriptiva, para ello se empleó el software estadístico IBM SPSS Statistics Base v25, las herramientas empleadas fueron las tablas de frecuencias, medidas de tendencia central, operaciones con variables para obtener el valor final del análisis de la variable principal y síntomas involucrados en los ítems,

entre otros. Todo ello permitió la obtención de tablas estadísticas que expresan los resultados más importantes, siendo ello insumo para la redacción de la sección discusión u conclusiones.

Consideraciones éticas

Las personas adultas participantes en este estudio fueron cordialmente invitadas a ser parte de él, siendo previamente informadas sobre los objetivos y alcances del estudio, dando cada uno su pleno consentimiento informado. En todo el proceso de desarrollo del estudio, se tomó en consideración los aspectos de protección de los participantes humanos en investigaciones, asimismo, se tuvo en cuenta los cuatro principios bioéticos establecidos en el informe Belmont ^(27,28).

RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de ansiedad por coronavirus en personas adultas (N=150)

Información del participante	Total	
	N°	%
Total	150	100,0
Edad		
De 30 a 39 años	87	58,0
De 40 a 49 años	44	29,3
De 50 a 59 años	19	12,7
Sexo		
Femenino	75	50,0
Masculino	75	50,0
Estado civil		
Soltero	77	51,3
Casado	25	16,7
Conviviente	37	24,7
Divorciado	10	6,7
Viudo	1	0,7
Grado de instrucción		
Sin instrucción	4	2,7
Primaria	2	1,3
Secundaria	28	18,7
Superior Técnico	56	37,3
Superior Universitario	60	40,0
Ocupación		
Estable	86	57,3
Eventual	38	25,3
Sin ocupación	26	17,3
Tipo de familia		

Nuclear	58	38,7
Monoparental	34	22,7
Extendida	26	17,3
Ampliada	13	8,7
Reconstituida	5	3,3
Equivalente familiar	1	0,7
Persona sola	13	8,7
Contagio por COVID-19		
Sí	30	20,0
No	120	80,0
Contagio de un familiar por COVID-19		
Sí	75	50,0
No	75	50,0

En la Tab. 1, se observa los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, que estuvo conformado en un total de 150 personas adultas. En cuanto a los participantes, la edad mínima fue 30 años y máxima 59 años, siendo la edad media 38,63 años. En relación al sexo, 50% (N=75) son femenino y 50% (n=75) masculino. En cuanto al estado civil, predominó los solteros con 51,3% (n=77). En relación al grado de instrucción, su mayor frecuencia fue superior universitario con 40% (n=60), seguido de superior técnico en un 37,3% (N=56). En cuanto a la ocupación, predominó el trabajo estable con 57,3% (n=86). En cuanto al tipo de familia, tuvo mayor predominio las familias nucleares con 38,7% (n=58). En relación al contagio por COVID-19, predominó los que respondieron No con 80% (N=120). De acuerdo al contagio de un familiar por COVID-19, predominó los que contestaron Sí con 50% (N=75), seguido de los que respondieron No con 50% (N=75).

Tabla 2. Resultados de la ansiedad por coronavirus

Valores finales	N	%
Sin ansiedad disfuncional	141	94,0
Ansiedad disfuncional	9	6,0
Total	150	100,0

En la Tab. 2, se observa que 141 participantes que representan un 94% presentaron el valor final sin ansiedad disfuncional y 9 participantes que representan el 6% tienen el valor final ansiedad disfuncional.

Tabla 3. Resultados de la ansiedad por coronavirus según sintomatología

Valores finales	N	%
Mareo		
Sin ansiedad disfuncional	134	89,3

Ansiedad disfuncional	16	10,7
Total	150	100,0
Trastorno del sueño		
Sin ansiedad disfuncional	122	81,3
Ansiedad disfuncional	28	18,7
Total	150	100,0
Inmovilidad tónica		
Sin ansiedad disfuncional	136	90,7
Ansiedad disfuncional	14	9,3
Total	150	100,0
Pérdida de apetito		
Sin ansiedad disfuncional	139	92,7
Ansiedad disfuncional	11	7,3
Total	150	100,0
Malestar abdominal		
Sin ansiedad disfuncional	135	90,0
Ansiedad disfuncional	15	10,0
Total	150	100,0

En la Tab. 3, observamos la ansiedad por coronavirus según sintomatología. En mareo predominio sin ansiedad disfuncional con 89,3% (134 participantes), en trastorno del sueño sin ansiedad disfuncional con un 81,3% (122 participantes), en inmovilidad tónica sin ansiedad disfuncional con un 90,7% (136 participantes), en pérdida de apetito sin ansiedad disfuncional con un 92,7% (139 participantes) y en malestar abdominal sin ansiedad disfuncional con un 90% (135 participantes).

DISCUSIÓN

En este estudio, se plantea un tema enmarcado en la problemática de la salud mental de la población, que viene siendo afectada negativamente por la pandemia por COVID-19 que arrastra con el paso del tiempo un número importante de infectados y fallecidos, y las estrictas medidas de restricción de actividades sociales y económicas. Acá se busca evaluar la ansiedad por coronavirus en personas adultas que acuden a un Centro de Salud en Los Olivos, con ello se busca identificar personas adultas ansiosas, para así poder actuar oportunamente en el cuidado de su salud emocional. El estudio se enfoca desde la perspectiva de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, todo esto busca finalmente el bienestar físico y mental de las personas participantes.

En cuanto a la ansiedad por coronavirus, 141 (94%) participantes tienen como valor final sin ansiedad disfuncional y 9 (6%) participantes tienen ansiedad disfuncional. Los participantes son personas que fueron

abordadas cuando acudían a establecimiento de salud del primer nivel de atención, y son usuarios continuadores, ello explica el porqué de su nivel de ansiedad derivada del contexto de pandemia, allí reciben atención en salud y son informados, ello les da mayor seguridad y tranquilidad para afrontar esta situación generalizada de incertidumbre en que estamos inmersos. Estar en contacto con el personal de salud, da la oportunidad de estar mejor informado y educado en salud. El consumo excesivo de televisión y redes sociales (que muchas veces distorsiona la información), puede sesgar la información sobre la pandemia y exacerbar los temores en una buena parte de la población ⁽²⁹⁾. La escala CAS es confiable y válida para escenarios clínicos y no clínicos, asimismo la ansiedad por el coronavirus influye en las actitudes sociales, la cual dependerá del nivel de información que se tenga ⁽²⁰⁾. Según Broche y colaboradores ⁽²²⁾, hace referencia a que la pandemia muestra la asociación entre miedo y ansiedad, así mismo, las personas con un mayor grado de ansiedad tienden a presentar alteraciones en su estado emocional y cuadros psicopatológicos. Enfatizan que el CAS es un instrumento válido y confiable para explorar la experiencia de ansiedad en la población, y depende de ello para poder establecer estrategias para hacer intervenciones que permitan contrarrestar sus efectos.

En relación a la sintomatología expresada en los ítems, en mareo, 134 (89,3%) participantes tienen como valor final sin ansiedad disfuncional; en trastorno del sueño 122 (81,3%) participantes presentan sin ansiedad disfuncional; en inmovilidad tónica, 136 (90,7%) participantes presentan sin ansiedad disfuncional; en pérdida de apetito 139 (92,7%) participantes presentan sin ansiedad disfuncional; y finalmente en malestar abdominal 135 (90%) participantes presentan sin ansiedad disfuncional. Al igual que en la ansiedad por coronavirus, al evaluar los ítems y los síntomas que expresan, todos presentan valores finales sin ansiedad disfuncional. La acción de acudir al establecimiento de salud, se comporta como un factor protector del impacto negativo de la pandemia en la dimensión salud mental. Así mismo, el estar en contacto con el personal de salud, favorece educación y tener una información adecuada sobre la pandemia por COVID-19, ello en otros estudios fueron los únicos factores que predijeron la buena práctica de las medidas preventivas contra la enfermedad ya que los esfuerzos deben estar dirigidos a mejorar el nivel de conocimiento en la comunidad sobre el cuidado frente al COVID-19 ⁽³⁰⁾. El cuestionario CAS presenta una sólida validez y confiabilidad, además que puede distinguir entre personas que presentan síntomas de ansiedad asociados al COVID-19 y los que no presentan síntomas ⁽²¹⁾.

La fuerte preocupación por la infección y muerte, por el perjuicio a nivel socioeconómico, educacional y social, ha generado un impacto negativo de las personas

ante el COVID-19, por ello la atención integral de salud debe involucrar valorar los problemas psicosociales, y dar orientaciones para su afrontamiento y cuidado. Se debe trabajar para minimizar los impactos adversos del COVID-19 en la salud mental de la población ⁽³¹⁾.

En este estudio se concluye que, en cuanto a la ansiedad por coronavirus, predominó el valor final sin ansiedad disfuncional seguido de ansiedad disfuncional. De acuerdo a la sintomatología, en todas predominó el valor final sin ansiedad disfuncional. El resultado es alentador, esto se debe que los participantes en su mayoría son pacientes continuadores, es decir acuden al establecimiento de salud de forma regular, ello es una de las razones por la que su salud psicosocial no se vea tan afectada, acudir a su establecimiento de salud y recibir atención en salud, se comporta como un factor protector importante para el cuidado de la salud mental en estos tiempos de incertidumbre y pandemia de este grupo de participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Özdin S, Bayrak S. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry* [revista en Internet] 2020 [acceso 26 de febrero de 2021]; 66(5): 504-511. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7405629/pdf/10.1177_0020764020927051.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [sede Web]. Washington-Estados Unidos: OPS; 2020 [acceso 7 de abril de 2021]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [sede Web]. Washington-Estados Unidos: OPS-OMS; 2021 [acceso 26 de febrero de 2021]. [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- Ministerio de Salud. Sala situacional de COVID-19 Perú [sede Web]. Lima-Perú: MINSA; 2021 [acceso 26 de febrero de 2021]. [Internet]. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Benke C, Autenrieth L, Asselmann E, Pané-Farré C. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de mayo de 2021]; 293(20). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7500345/pdf/main.pdf>
- Ozamiz-Etxebarria N, Dosi-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saude Publica* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 36(4): 1-10. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00054020/es>
- Oblitas A, Sempertegui N. Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020. *Av Enferm* [revista en Internet] 2020 [acceso 1 de marzo de 2021]; 38(1): 1-11. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/87589/>
- Alkhamees A, Alrashed S, Alzunaydi A, Almohimeed A, Aljohani M. The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry* [revista en Internet] 2020 [acceso 1 de marzo de 2021]; 102(1): 2-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7354380/>
- Valero N, Velez M, Duran A, Torres M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga. Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* [revista en Internet] 2020 [acceso 25 de febrero de 2021]; 5(3): 63-70. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/337425623.pdf>
- Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: Point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ* [revista en Internet] 2013 [acceso 2 de marzo de 2021]; 1: 1-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709104/pdf/peerj-01-98.pdf>
- Cifuentes-Avellaneda Á, Rivera-Montero D, Vera-Gil C, Murad-Rivera R, Sánchez S, Castaño L. Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. *Estudio solidaridad Profamilia* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 2020: 1-13. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf>
- Zhao Y, Wang P, Wu J, Wang R, Song Q. Evaluation of Factors Associated with Anxiety and Depression in Chinese Visiting Scholars in the United States during the COVID-19 Medical Science Monitor [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 26: 1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7521068/pdf/medscimonit-26-e926602.pdf>
- Luo M, Guo L, Yu M, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de mayo de 2021]; 291: 1-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120310209>
- Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier J. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Revista de Neuro-Psiquiatría* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de marzo de 2021]; 81(4): 226-234. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a03v81n4.pdf>
- Stamu-O'Brien C, Carniciu S, Halvorsen E, Jafferany M. Psychological aspects of COVID-19. *Journal of Cosmetic Dermatology* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 19(9): 2169-2173. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocd.13601>
- Dean E. Anxiety. *Nursing standard* [revista en Internet] 2016 [acceso 22 de octubre de 2020]; 30(46): 15. Available from: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/anxiety-ns.30.46.15.s17>
- American Psychological Association. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz [sede Web]. Washington-Estados Unidos: APA; 2010 [acceso 7 de abril de 2021]. Available from: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>
- Asmundson G, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19. *Journal of Anxiety Disorders* [revista en Internet] 2020 [acceso 15 de diciembre de 2020]; 71(2020): 1-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271220/pdf/main.pdf>
- Wheaton M, Abramowitz J, Berman N, Fabricant L, Olatunji B. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1

- (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research* [revista en Internet] 2012 [acceso 15 de enero de 2021]; 36: 210-218. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-011-9353-3>
20. Lee S. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 44(7): 393-401. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07481187.2020.1748481?needAccess=true>
 21. González-Rivera J, Rosario-Rodríguez A, Cruz-Santos A. Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 6(3): 1-9. 201-205. Available from: <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/163>
 22. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, Vizcaíno-Escobar A, Ferrer-Lozano D. Adaptation of the Cuban version of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 2020: 1-5. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07481187.2020.1855610?needAccess=true>
 23. Peteet J. COVID-19 Anxiety. *Journal of Religion and Health* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 59(5): 2203-2204. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7227179/pdf/10943_2020_Article_1041.pdf
 24. Siedlecki S. Understanding Descriptive Research Designs and Methods. *Clinical Nurse Specialist* [revista en Internet] 2020 [acceso 13 de mayo de 2021]; 34(1): 8-12. Available from: https://journals.lww.com/cns-journal/Citation/2020/01000/Understanding_Descriptive_Research_Designs_and.4.aspx
 25. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. 2018. 714 p.
 26. Jones T, Baxter M, Khanduja V. A quick guide to survey research. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* [revista en Internet] 2013 [acceso 2 de mayo de 2021]; 95(1): 5-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964639/pdf/rcse9501-5.pdf>
 27. Comisión Nacional para la Protección de Personas objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta. *The Belmont Report. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación* [Internet]. Estados Unidos; 1979. p. 1–10. Available from: https://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/informe_belmont.pdf
 28. Gomez P. Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [revista en Internet] 2009 [acceso 25 de abril de 2021]; 55(4): 230-233. Available from: <http://www.spg.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
 29. Mejía C, Rodríguez-Alarcon J, Garay-Rios L, Enriquez-Anco M, Moreno A, Huaytán-Rojas K. Perception of fear or exaggeration transmitted to the Peruvian population by the media during the COVID 19 pandemic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas* [revista en Internet] 2020 [acceso 13 de febrero de 2021]; 39(2): 1-15. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2020/cib202a.pdf>
 30. Nwonwu E, Ossai E, Umeokonkwo C, Ituma I. Knowledge and preventive practice to covid-19 among household heads in enugu metropolis, south-east nigeria. *Pan African Medical Journal* [revista en Internet] 2020 [acceso 3 de marzo de 2021]; 37(63): 1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680221/pdf/PAMJ-37-63.pdf>
 31. Choi E, Hui B, Wan E. Depression and anxiety in Hong Kong during covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de marzo de 2021]; 17(10): 1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277420/pdf/ijerph-17-03740.pdf>