

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**ASOCIACIÓN DEL GRADO DE ANSIEDAD Y LAS CONDUCTAS DE
AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE ACUDEN A DESPISTAJE DE SARS-
COV2 EN UN LABORATORIO PRIVADO DE AREQUIPA – PERÚ 2021**

Tesis presentada por la Bachiller:
Gutiérrez Bernal, Carla Liliana
Para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujana

Asesora:
Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa- Perú
2021

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 03 de Mayo del 2021

Dictamen: 003369-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003369, presentado por:

2013600052 - GUTIERREZ BERNAL CARLA LILIANA

Titulado:

**ASOCIACION DEL GRADO DE ANSIEDAD Y LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES
QUE ACUDEN A DESPISTAJE DE SARS-COV2 EN UN LABORATORIO PRIVADO DE AREQUIPA
2021.7**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**

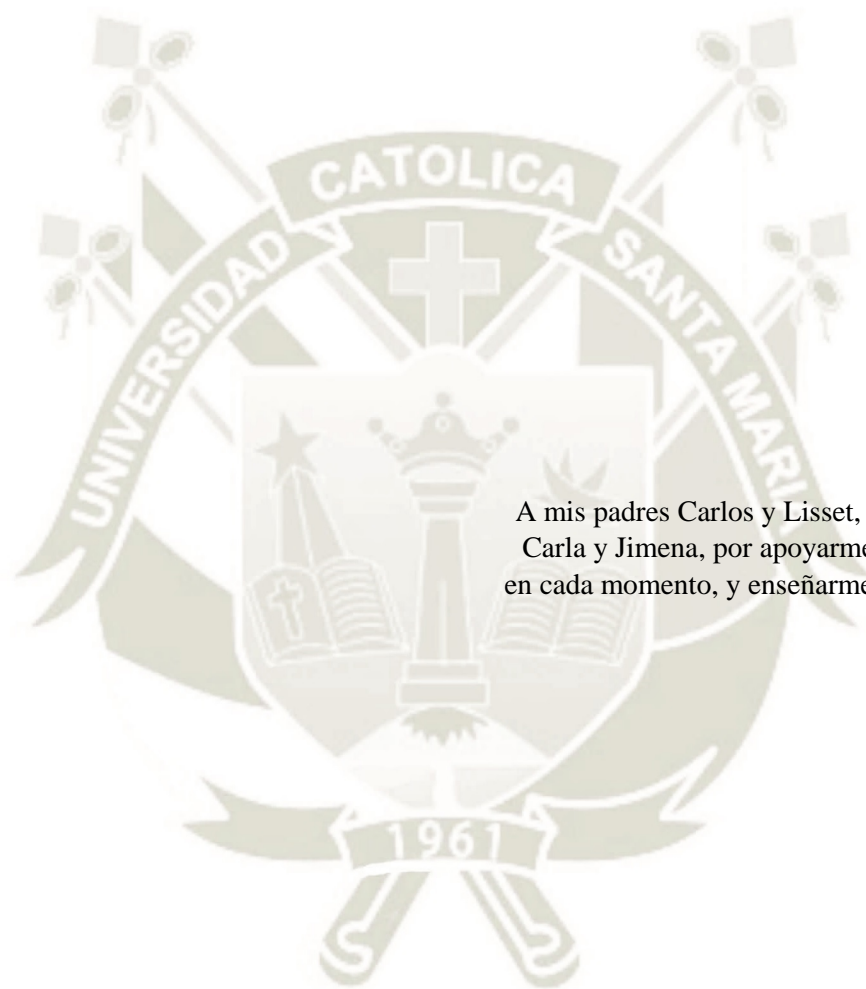


**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



**2545 - QUIÑONES HERMOSA ANGELA GRISELDA
DICTAMINADOR**





A mis padres Carlos y Lisset, a mis hermanas
Carla y Jimena, por apoyarme y aconsejarme
en cada momento, y enseñarme a no rendirme.



“Y cuando la tormenta termine no recordarás como lo lograste, ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa si es segura, cuando salgas de esa tormenta no serás la misma persona que entró en ella.”

Haruki Murakami

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de ansiedad y la agencia de conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado de Arequipa y la existencia de relación entre ambas.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal de asociación simple, se aplicó una ficha de datos generales, la escala de autovaloración de ansiedad de Zung y la escala de apreciación de apreciación de agencia de autocuidado. Para las variables cualitativas y cuantitativas se realizó un análisis descriptivo en base a sus frecuencias absolutas y relativas. Para la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados: Se encuestó a 190 personas que cumplieron con los criterios de selección, de los cuales el 55% eran del sexo femenino y el 45% del sexo masculino, el 60.5% de las personas encuestadas tenían una edad que comprendía entre los 30-59, en cuanto a la procedencia el 97% provenía de un departamento de la sierra, el 99% residía en zona urbana y el 83% tenía grado de instrucción superior. El 37% de encuestados no presentaba ansiedad, el 52% presenta ansiedad leve a moderada y ansiedad en grado máximo, el 11% presenta ansiedad marcada a severa; el 48% tenía una buena agencia de autocuidado, mientras que el 38% presentó una agencia regular y el 14% presentó una baja agencia de autocuidado. De acuerdo a la prueba de Chi-cuadrado ($X^2=35.84$) se pudo hallar que el nivel de ansiedad y la agencia de autocuidado presentan una relación estadística significativa ($p<0.05$).

Conclusiones: La mayoría de personas que acuden a realizarse alguna prueba de despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado de Arequipa presentan algún grado de ansiedad, siendo los más frecuentes el grado leve a moderado y el grado máximo, y del mismo modo presentan una buena agencia de autocuidado. El nivel de ansiedad y las conductas de autocuidado presentan una relación estadísticamente significativa.

Palabras clave:

Ansiedad, autocuidado, despistaje, SARS-COV2.

ABSTRACT

Objetivo: Determine the degree of anxiety and the agency of behaviors of self-care in patients who attend screening for SARS-COV2 in a private laboratory in Arequipa and the existence of a relationship between the two.

Methods: A descriptive, cross-sectional study of simple association was carried out, a general data sheet was applied, the Zung anxiety self-assessment scale and the self-care agency appreciation scale. For the qualitative and quantitative variables, a descriptive analysis was performed based on their absolute and relative frequencies. For the association of qualitative variables, the Chi-square test was used.

Results: 190 people who met the selection criteria were surveyed, of which 55% were female and 45% male, 60.5% of the people surveyed had an age ranging between 30-59. Regarding the origin, 97% came from a department in the mountains, 99% lived in an urban area and 83% had a higher education level. 37% of those surveyed did not present anxiety, 52% present mild to moderate anxiety and maximum anxiety, 11% present marked to severe anxiety; 48% had a good self-care agency, while 38% had a regular agency and 14% had a low self-care agency. According to the Chi-square test ($X^2 = 35.84$) it was found that the level of anxiety and the self-care agency present a statistically significant relationship ($p < 0.05$).

Conclusions: The majority of people who go to undergo a SARS-COV2 screening test in a private laboratory in Arequipa present some degree of anxiety, the most frequent being mild to moderate and maximum degrees, and in the same way they present a good self-care agency. The level of anxiety and self-care behaviors present a statistically significant relationship.

Keywords:

Anxiety, self-care, screening, SARS-COV2

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 el mundo fue golpeado por una crisis sanitaria, producida por la expansión de un nuevo virus, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo - Coronavirus 2 (SARS-CoV2), el cual se originó en Wuhan (China), siendo descubierto el 31 de diciembre de 2019 (1).

Al ser un virus recién descubierto varias de sus características aun eran desconocidas por la población y expertos, lo que propició que este se expandiera al resto del mundo, siendo declarada pandemia el 11 de Marzo del 2020 (1).

Distintos países alrededor del mundo empezaron a verse afectados por el nuevo virus, poniendo en crisis los servicios de salud, sin poder estos darse abasto con la cantidad de personas infectadas, y por consiguiente se vio reflejado en las cifras de fallecidos que poco a poco se iban revelando.

Debido a esto, las autoridades de cada país introdujeron nuevas disposiciones con el fin de preservar la salud de su población y no caer en la crisis que ya estaban presentando otras naciones.

La llegada del nuevo virus, su sintomatología poco característica, las cifras de infectados y fallecidos que iban en aumento, el panorama que se mostraba de otros países y las nuevas disposiciones de parte del gobierno han hecho que la población presente ansiedad, la cual es una respuesta esperada frente a futuras amenazas, con la finalidad de adaptar y mejorar el desempeño de cada individuo, manteniéndolo en un estado de vigilancia ante el peligro y presentando conductas cautelosas o evitativas (2).

Debido a esta situación las personas han optado por reforzar el autocuidado, tanto en casa como en sus centros laborales, definiéndose este como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, mantenerla, prevenir la enfermedad y hacerle frente a esta (3).

Las personas que acuden a pruebas de despistaje de SARS-CoV 2 es probable que presenten algún tipo de trastorno psiquiátrico, en este caso ansiedad, debido a la presente amenaza y la probabilidad de poder haber contraído la enfermedad, además de esto el temor de haber contagiado a algún familiar o compañero de trabajo hacen que acrecente la probabilidad de presentar este tipo de trastorno. Del mismo modo este temor de ser

fuentes de contagio por parte de las personas que acuden a despistaje de SARS-CoV2 ha hecho que se aumente y refuerce el autocuidado, protegiéndose a sí mismos, a su familia y a personas externas.

Debido a esto se llevó a cabo el presente estudio, aplicando tres encuestas a las personas que acudieron a realizarse alguna prueba de despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado de Arequipa, las cuales constaban en una ficha de recolección de datos, una encuesta para hallar el nivel de ansiedad y otra para reconocer la capacidad de autocuidado.

Al realizar este estudio se pudo observar que más de la mitad de las personas encuestadas presentan ansiedad, de los cuales la mayoría se encuentra en un nivel mínimo a moderado y en grado máximo. En lo referente a las conductas de autocuidado, se encontró que la mayoría de encuestados presentaban una regular y buena agencia de autocuidado. Además se encontró la relación significativa entre el nivel de ansiedad y las conductas de autocuidado en las personas que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2.

Con estos resultados se espera que se pueda dar el manejo y apoyo necesario para que estas personas puedan sobrellevar y mejorar sus conductas de autocuidado debido a los cambios producidos por esta pandemia.

INDICE

DICTAMEN APROBATORIO

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

| | |
|---|----|
| CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEORICO | 1 |
| 1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 2 |
| 1.1. Enunciado del problema..... | 2 |
| 1.2. Descripción del problema..... | 2 |
| 1.3. Justificación del problema..... | 3 |
| 2. OBJETIVOS..... | 5 |
| 2.1. Objetivo general | 5 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 5 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 5 |
| 3.1. Ansiedad..... | 5 |
| 3.2. Conductas de Autocuidado..... | 13 |
| 3.3. Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (EAA)..... | 15 |
| 3.4. Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA)..... | 16 |
| 3.5. Análisis de antecedentes investigativos | 18 |
| 4. HIPÓTESIS | 27 |
| CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... | 28 |
| 1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:..... | 29 |
| 1.1. Técnica: | 29 |
| 1.2. Instrumento: | 29 |
| 1.3. Materiales | 29 |
| 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN | 29 |

| | |
|---|----|
| 2.1. Ámbito espacial:..... | 29 |
| 2.2. Temporalidad: | 29 |
| 2.3. Unidades de estudio: | 29 |
| 2.4. Tipo de investigación: | 30 |
| 2.5. Nivel de investigación:..... | 30 |
| 3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 30 |
| 3.1. Organización | 30 |
| 3.2. Validación de instrumentos..... | 31 |
| 4. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS..... | 31 |
| 4.1. Plan de recolección..... | 31 |
| 4.2. Plan de procesamiento..... | 31 |
| 4.3. Plan de clasificación..... | 31 |
| 4.4. Plan de codificación | 31 |
| 4.5. Plan de recuento | 32 |
| 4.6. Plan de análisis | 32 |
| CAPITULO III: RESULTADOS | 33 |
| CAPITULO IV: DISCUSIÓN..... | 42 |
| CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 49 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA..... | 52 |
| ANEXOS..... | 56 |
| ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 57 |
| ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 58 |
| ANEXO 3: ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG (EAA)..... | 59 |
| ANEXO 4: ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA) | 61 |
| ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS | 63 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA N°1: Distribución de las personas encuestadas según las características sociodemográficas | 34 |
| TABLA N°2: Distribución de la intensidad de la ansiedad en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2 | 36 |
| TABLA N°3: Distribución de la intensidad de la ansiedad de acuerdo al sexo | 37 |
| TABLA N°4: Distribución de las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2 | 38 |
| TABLA N°5: Distribución de las conductas de autocuidado de acuerdo al sexo | 39 |
| TABLA N°6: Asociación del grado de ansiedad y las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado de Arequipa | 40 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO N°1: Distribución de las personas encuestadas según las características sociodemográficas | 35 |
| GRÁFICO N°2: Distribución de la intensidad de la ansiedad en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2 | 36 |
| GRÁFICO N°3: Distribución de la intensidad de la ansiedad de acuerdo al sexo | 37 |
| GRÁFICO N°4: Distribución de las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2 | 38 |
| GRÁFICO N°5: Distribución de las conductas de autocuidado de acuerdo al sexo | 39 |
| GRÁFICO N°6: Asociación del grado de ansiedad y las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado de Arequipa | 41 |



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la asociación entre el grado de ansiedad y las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV2 en un laboratorio privado de Arequipa 2021?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área de conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Psiquiatría
- **Línea o Tópico:** Ansiedad - Autocuidado

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD/CATEGORIA | ESCALA |
|--|---|--|---------|
| Grado de ansiedad (Variable independiente) | Escala de ansiedad de Zung | Normal: <50 Mínima a moderada: 50-59 Marcada a severa: 60-69 Grado máximo: >69 | Ordinal |
| Características sociodemográficas | Edad | Entre 18 y 70 años | Ordinal |
| | Sexo | Femenino Masculino | Nominal |
| | Grado de instrucción | Primaria Secundaria Superior | Ordinal |
| | Lugar de procedencia | Rural Urbano | Nomina |
| Conductas de autocuidado (Variable dependiente) | Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) | Muy baja agencia de autocuidado: 24-43 Baja agencia de autocuidado: 44-62 Regular agencia de autocuidado: 63-81 Buena agencia de autocuidado: 82-96 | Ordinal |

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el grado de ansiedad en los pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV 2 en un laboratorio privado de Arequipa?
- ¿Qué tipo de conductas de autocuidado presentan los pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV2 en un laboratorio privado de Arequipa?
- ¿Cuál es la relación entre el grado de ansiedad y las conductas de autocuidado de los pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV2 en un laboratorio privado de Arequipa?

1.2.4. Tipo de investigación

Estudio transversal de asociación simple

1.2.5. Nivel de investigación

Descriptivo

1.3. Justificación del problema

1.3.1. Justificación Científica

En distintos estudios científicos se ha comprobado que las personas al encontrarse en situaciones que suponen peligro o amenaza, ya sea de manera objetiva o subjetiva, presentan una conducta distinta a la normal que tiene por finalidad poder adaptar al individuo a la nueva situación (2). La pandemia producida por el nuevo Coronavirus ha supuesto una situación de riesgo a nivel mundial, siendo tomada por la población como una amenaza que incluso hace peligrar su vida. Por tal motivo las personas podrían estar presentando ansiedad ante la probabilidad de ser portadores de dicho virus y la toma de conductas de autocuidado se podría haber incrementado.

1.3.2. Justificación Humana

Las personas son seres vivos que están acostumbrados a la rutina y a no salir fácilmente de su zona de confort, por tal motivo al verse expuestos a una situación nueva, y más aún si esta pone en riesgo sus vidas, su respuesta tanto psicológica como orgánica no es comprendida por el

mismo individuo debido a esto es importante reconocer no solo la enfermedad física, sino además la psicológica que se desarrolla de manera subyacente (4).

1.3.3. Justificación Social

La ansiedad es un “problema” universal, debido a las diversas situaciones que vive el ser humano y la capacidad adaptativa que estas suponen. Al estar presente una enfermedad nueva que además de poder causar la muerte de la persona que la porta, la escasa información que se tiene de esta y la falta de una cura comprobada, desencadena en la población una respuesta innata ante la probabilidad de haber sido contagiado y la consecuente amenaza para su salud (5).

1.3.4. Justificación Contemporánea

Debido a la presente situación global sin precedentes, las investigaciones relacionadas con la enfermedad del SARS-CoV 2 son limitadas y más aun las que están relacionadas con la ansiedad y las conductas de autocuidado en las personas que acuden a los establecimientos de salud para tomarse pruebas de despistaje, siendo estos últimos los que están acudiendo presentando síntomas o no, solo por temor a ser portadores de la enfermedad (6).

1.3.5. Factibilidad

El presente proyecto se puede realizar ya que se cuenta con el material y los recursos humanos necesarios, además de ser una realidad en los hospitales, clínicas y laboratorios en la actualidad.

1.3.6. Justificación personal

Al igual que muchas personas, estoy viviendo la realidad en relación a la pandemia actual, no como médico, sino como una persona que está guardando la cuarentena y tiene familiares que están saliendo a trabajar y otros conocidos que se han infectado e incluso fallecido.

Recibo variada información sobre la enfermedad emergente, pero muy poca o ninguna se refiere al bienestar mental de las personas que se

encuentran acatando las medidas de protección contra la infección pero que aun así tienen que continuar con su rutina, ya sea acudiendo a lugares de abastos o a trabajos que son esenciales para suplir las necesidades elementales de la población. Ambos grupos están expuestos a contraer la infección y por tal motivo acuden a realizarse el despistaje respectivo ya sea por cuenta propia o porque se los pide el centro donde laboran, aun así el temor de portar la enfermedad y poder contagiarla a los suyos es grande, lo que desencadena la ansiedad, y más aún si alguno de ellos es portador de un factor de riesgo que pueda agravar la evolución normal de la enfermedad.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar si existe asociación entre el grado de ansiedad y las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV2 en un laboratorio privado de Arequipa 2021.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar el grado de ansiedad en los pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV 2 en un laboratorio privado de Arequipa
- Determinar la calidad de conductas de autocuidado que presentan los pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV2 en un laboratorio privado de Arequipa

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Ansiedad

3.1.1. Concepto

La ansiedad se puede definir como la respuesta esperada a futuras amenazas, la cual se asocia con tensión muscular, vigilancia ante peligros futuros y mantener conductas cautelosas o evitativas, es un estado emocional que se acompaña de síntomas orgánicos (2).

La ansiedad es una experiencia implícita de la condición humana, su finalidad es adaptar y mejorar el desempeño individual, por lo que todos la experimentan con normalidad en un determinado momento de la vida diaria en circunstancias inciertas (7).

La mayoría de personas se sienten ansiosas, y esto se caracteriza por lo general con sensación de temor generalizado, desagradable y difuso, a menudo acompañado de síntomas como dolor de cabeza, sudoración, taquicardia, inquietud y malestar en la parte superior del abdomen. La persona no puede sentarse o pararse durante largos períodos de tiempo, pero hay que tener en cuenta que estos síntomas son distintos para cada persona (8).

A veces, los trastornos de ansiedad no logran promover una mejor adaptabilidad y dan falsas alarmas sobre posibles amenazas que no son reales, o en otras ocasiones, perciben una serie de amenazas amplificadas repetidamente, lo que lleva a una ansiedad excesiva. Cuando la ansiedad no guarda proporción con la situación y es prolongada, se vuelve patológica. (9).

Desde la perspectiva de la etimología, la palabra "ansiedad" es el antepasado directo de "anxietas" en latín. A su vez, esta palabra latina proviene de la raíz indoeuropea "angh", de la cual no solo deriva la palabra "anxietas" sino también la palabra "ango". Estos dos términos pueden usarse indistintamente para referirse a diferentes significados, y este punto recorrerá toda la historia del concepto y continuará hasta el día de hoy. (10).

Según un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015, más de 250 millones de personas padecen diversos trastornos de ansiedad. Además la ansiedad es la sexta causa principal de discapacidad mundial, y representa el 3,4% de todas las personas con discapacidad ese año (11).

En Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas son la principal causa de morbilidad del país, similar a la causada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (5).

La Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM) iniciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Perú en 2005 mostró que los trastornos de ansiedad son los más comunes, representando el 7,9% de la prevalencia. De igual forma, el riesgo de que las mujeres lo presenten a los hombres es del doble (12).

3.1.2. Etiología

En el pasado, se pensaba que los trastornos de ansiedad estaban relacionados únicamente con el conflicto mental. En la actualidad, se han aceptado muchos factores para participar en su origen:

Factores biológicos: La susceptibilidad genética se encuentra en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero existe una mayor frecuencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social (9).

- **Factores psicosociales:** los estresores psicosociales (relaciones interpersonales, trabajo, factores socioeconómicos, etc.) juegan un papel muy importante en muchos trastornos de ansiedad, como agravantes o causales de dichos trastornos (9).
- **Factores traumáticos:** Enfrentarse a eventos traumáticos (accidentes graves, desastres, agresiones, violaciones, torturas, secuestros, etc.) más allá del alcance de la experiencia humana normal suele conducir a un daño cerebral biológico grave, acompañado de síntomas de ansiedad graves (9).
- **Factores cognitivos y conductuales:** La ansiedad se manifiesta como una sobreestimación de las amenazas y una subestimación del potencial personal. Asimismo, a través de estímulos, condiciones externas y mecanismos de generalización, es posible aprender o imitar las respuestas o conductas de ansiedad de los demás (9).

3.1.3. Neurobiología de la ansiedad

Entre los sustratos neurobiológicos de la ansiedad se incluye al locus ceruleus (piso del IV ventrículo) ya que el mayor número de células de noradrenalina en este lugar se asocia a temor y ansiedad. Se ha asociado al sistema de "receptor benzodiacepinico" que se encuentra en mayor concentración en el sistema límbico, a nivel de las estructuras septohipocámpicas; al receptor GABA-A, el cual al activarse produce un efecto inhibitor postsináptico y al complejo receptor GABA/benzodiazepina (GABA-A), sitio de unión para benzodiazepinas, las cuales pueden tener participación en los mecanismos que producen la ansiedad tanto patológica como normal (13).

Del mismo modo hay estudios de la presencia de ligandos naturales en el cerebro de mamíferos que regulan el complejo receptor

GABA/Benzodiazepina actuando como agonistas, lo cual hace pensar en la probabilidad de que los estados de ansiedad puedan ser consecuencia de la menor disponibilidad de dichos ligandos (13).

El sistema serotoninérgico regula la conducta humana, de este modo el déficit en la transmisión serotoninérgica facilita o desinhibe algunas actividades, por lo tanto se plantea que la ansiedad esté relacionada a la serotonina (13).

3.1.4. Manifestaciones clínicas

La ansiedad involucra aproximadamente 3 sistemas de respuesta:

- **Subjetivo-Cognitivo:** Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos (9).
- **Fisiológico-Somático:** Activación del sistema nervioso autónomo) (9).
- **Motor-conductual:** Escape y evitación (9).

Por tanto, sus síntomas varían mucho, por lo que es importante clasificarlos:

- **Emocionales:** La ansiedad se manifiesta como inquietud mental, tensión, experiencias amenazantes, preocupación, miedo o pánico, inseguridad, sentimientos de vacío, y la disolución del YO (14).
- **Cognitivos:** Los síntomas cognitivos se expresan como preocupaciones excesivas sobre condiciones reales o imaginarias del presente o del futuro cercano (expectativas ansiosas), anticipación del peligro, o de eventos inminentes, hipervigilancia (14).
- **Conductuales:** Aparece agitación psicomotora, tendencia a llorar por impotencia y tensión excesiva, a diferencia de la depresión tiene la capacidad de calmar y relajar al paciente, evitar conductas que le provoquen miedo, y la exageración de la respuesta de alerta (14).
- **Motores:** Se encuentra temblando, sobresaltado, con estremecimientos o sacudidas musculares, tenso, con dolores musculares, cefaleas, debilidad, tensión, cansancio fácil, incapacidad para relajarse. También parpadea con frecuencia,

frunce el ceño, tensa el rostro la marcha es inestable y aumenta el tono de los músculos estriados (14).

- **Somáticos:** Como consecuencia de la hiperactivación autonómica, aparecen síntomas cardiovasculares, respiratorios, sensoriales, digestivos, vegetativos (febrícula, asfixia, escalofríos, sudación, mucosas secas, manos frías y húmedas, poliuria, tenesmo) (14).

Cuando la ansiedad es demasiado prolongada y desproporcionada con la situación, mostrará un estado patológico, además de mostrar sus propias características (9):

- Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria.
- No proporcionada al desencadenante.
- Función desadaptativa.
- Deterioro del rendimiento.
- Es más grave
- Mayor componente somático
- Genera demanda de tratamiento psiquiátrico

3.1.5. Clasificación

Según la CIE-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), la cual es la décima edición de la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, contempla los trastornos de ansiedad como trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y los clasifica en (15):

- Trastornos de ansiedad fóbica (F40)
- Otros trastornos de ansiedad (F41)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)
- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43)
- Trastornos disociativos (de conversión) (F44)
- Trastornos somatomorfos (F45)
- Otros trastornos neuróticos (F48)

Por otro lado el DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) los ha agrupado del siguiente modo:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Miedo o ansiedad intensos y persistentes relacionados con el hecho de que las personas que están en contacto cercano con usted, ya no lo están, y la evidencia de por lo menos tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo por la separación de estas personas cercanas o sus expectativas, negarse a estar solo en casa o mudarse a otro lugar (escuela, trabajo, etc.) y / o experimentar pesadillas o síntomas físicos. El miedo, la ansiedad o la evitación en los adultos deben durar al menos 6 meses y en los niños y adolescentes al menos 4 semanas (2).
 - **Mutismo selectivo:** Aunque no haya ningún problema en otras situaciones (como en el hogar y con familiares directos), todavía no puede hablar o responder a otros en una situación social específica en la cual se espera se espera su intervención. Duración mínima de 1 mes (no se aplica al primer mes de clases) (2).
 - **Fobia específica:** Mostrar miedo o ansiedad intensa y persistente, de manera inmediata a un objeto o situación específica, la cual se evita o soporta a costa de intenso miedo o ansiedad (2).
- Las especificaciones dependen del tipo de estímulo de miedo: animal, entorno natural, sangre, herida, inyección, estado, etc. El miedo, la ansiedad o la evitación deben durar al menos 6 meses (2).

- **Trastorno de ansiedad social:** Miedo o ansiedad intensos relacionados con una o más condiciones sociales, en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. Esta teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores (2).
- Está exclusivamente relacionada con la ejecución del acto (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses (2).

- **Trastorno de angustia:** Presencia de crisis de angustia inesperada y recurrente. Al menos una de ellas va seguida de por lo menos un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio importantes y desadaptativo en el comportamiento relacionados con las crisis de angustia (2).
- **Agorafobia:** Miedo o ansiedad que aparecen respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que se evitan activamente, necesita la presencia de un compañero o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona está preocupada por esta situación y la evita por temor a tener dificultades para escapar o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pueda ser motivo de vergüenza. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses (2).
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Ansiedad excesiva y persistente que las personas tienen dificultades para controlar, que se da sobre diversos eventos o actividades, y que se relacionan con tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica. La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses (2).
- **Trastorno de ansiedad producido por sustancias:** Las manifestaciones clínicas se caracterizan fundamentalmente por ataques de pánico o ansiedad, y existe evidencia de que estos síntomas ocurren poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la toma de medicación capaz de producir esa sintomatología. No se dan solo durante los delirios (2).
- **Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica:** Las manifestaciones clínicas son principalmente ataques de pánico o ansiedad, y existe evidencia de que esta es una consecuencia fisiopatológica directa de otra enfermedad médica. No ocurren solo durante el delirium (2).
- **Otros trastornos de ansiedad especificados:** Presencia de síntomas clínicos característicos de los trastornos de ansiedad

pero no cumplen con todos los criterios de diagnóstico para ninguno de estos trastornos. Se explicarán las razones específicas por las que no se cumplen todos los criterios de diagnóstico. Por ejemplo las crisis de angustia limitadas o el trastorno de ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días (2).

- **Trastorno de ansiedad no especificado:** Hay síntomas clínicamente significativos que son característicos del trastorno de ansiedad pero no cumplen con todos los criterios de diagnóstico para ninguna de sus clases. Por falta de información no se explican las razones por las que no se cumplen los criterios diagnósticos (2).

3.1.6. Niveles de ansiedad

Existen tres niveles de ansiedad

- **Ansiedad Leve:** Las personas están más alerta que antes de que ocurra este estado, viendo y escuchando la situación dominante; es decir, la capacidad de percibir y observar juega un papel importante y se gasta más energía en la situación que genera ansiedad. También llamada ansiedad benigna o ansiedad leve. Puede experimentar dificultad para respirar, un ligero aumento de la tensión, síntomas estomacales leves, espasmos faciales y labios temblorosos (16).
- **Ansiedad Moderada:** El campo perceptivo de las personas que experimentan este grado de ansiedad está limitado hasta cierto punto al ver, oír y captar la situación en menor medida que el nivel anterior. Encontrará limitaciones y no podrá percibir los alrededores, pero podrá observar si alguien dirige su atención a algún sitio periférico. La falta de aire es frecuente, frecuencia cardíaca rápida, presión arterial alta, boca seca, malestar estomacal, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblores corporales, miedo a las expresiones faciales, tensión muscular, inquietud, reacción exagerada al shock e incapacidad para relajarse y es difícil conciliar el sueño (16).
- **Ansiedad Grave:** En este nivel de ansiedad, el rango de percepción se ha reducido mucho, por lo que la persona no observa la situación circundante, incluso si otra persona dirige su

atención a esta situación, no puede hacerlo. La atención se centra en uno o más detalles dispersos, las observaciones pueden estar distorsionadas. Además, existen grandes dificultades de aprendizaje, la visión circundante se ve afectada y es difícil para los individuos establecer una secuencia lógica en un grupo ideal. Puede tener dificultad para respirar, asfixia, presión arterial baja, todo su cuerpo puede temblar y expresiones faciales de terror (16)

3.1.7. Trastorno de ansiedad por enfermedad

Este trastorno no se da exactamente por temor a los síntomas, sino a la preocupación por la creencia de sufrir o padecer una enfermedad, que se basa en una mala comprensión personal de los signos y síntomas físicos como evidencia de la enfermedad, y persistirá a pesar de una evaluación médica adecuada. Causará disfunción en la propia vida, que no puede explicarse por otra enfermedad mental (16). Se piensa que en este tipo de enfermedades existe hipersensibilidad a las sensaciones físicas normales. Esta reacción de hipersensibilidad también puede ser consistente con sesgos cognitivos, que pueden hacer que los pacientes afectados interpreten cualquier síntoma físico como una enfermedad médica (4). Las preocupaciones relacionadas con las creencias enfermas van acompañadas de una gran ansiedad por la salud. Los pacientes que padecen ansiedad por enfermedad se preocupan fácilmente por posibles enfermedades, por el solo hecho de escuchar que otra persona está enferma y preocuparse por su probable padecimiento juega un papel importante en la vida del paciente (4).

3.2. Conductas de Autocuidado

El cuidado es una parte esencial del ser humano, se pone en práctica desde que se decide realizar una acción hasta que esta se concreta. Tomando en cuenta esto el autocuidado se refiere al mismo cuidado que una persona se da a sí misma, basándose en la responsabilidad y educación que el individuo ha obtenido a lo largo de su vida (17).

Para complementar esta idea es importante tener en cuenta que:

- Este es un comportamiento que permite a todos ser sujetos de sus propias acciones. Entonces esto es voluntario y para uno mismo (17).

- Debe ser una filosofía de vida, su responsabilidad está estrechamente relacionada con la vida diaria y experiencia de vida personal, a su vez, hay que contar con apoyo familiar y social (17).
- Esta es una práctica social e implica un cierto grado de conocimientos básicos detallados, sabiendo que esto conducirá a la comunicación y a las relaciones entre individuos (17).

El autocuidado es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, mantenerla, prevenir enfermedades y hacer frente a estas, y a discapacidades con o sin el apoyo del personal de salud (3).

Según Dorotea Orem, el autocuidado es un fenómeno activo en el cual se exige que las personas puedan usar la razón para conocer su salud y sus habilidades de toma de decisiones para elegir el curso correcto (18).

El autocuidado puede clasificarse de la siguiente manera en tres categorías: requisitos universales, para el desarrollo y desviación de la salud. Este último se refiere a la búsqueda de ayuda médica oportuna, al reconocimiento adecuado de los signos y síntomas, adherirse al tratamiento y cambiar el concepto y la imagen de uno mismo en aceptación del estado de salud, determinar las necesidades de atención y aprender a adaptarse a los efectos de las condiciones patológicas (18).

Durante este período de pandemia y cuarentena, algunas situaciones o ideas pueden aumentar el riesgo de salud mental, por lo que debemos evitar esta situación. Estos pueden ser (19):

- Imaginarse constantemente el peor de los casos, lo que aumentará las preocupaciones sobre esta situación.
- Tratar de quedarse dormido todo el día, esto tendrá un impacto negativo en la calidad del sueño.
- Dedicar demasiado tiempo a leer información o noticias sobre la enfermedad. Recibir grandes cantidades de información puede generar más preocupaciones e inquietudes.
- Ocultar o reprimir las emociones y rehusarse a expresar pensamientos y sentimientos con quienes lo rodean. Esto puede causar más angustia y afectar su estado de ánimo.

Debido a las disposiciones que ha tomado el gobierno de cada país, muchas personas han entrado en cuarentena, siendo este un ambiente en el que no habían estado nunca, por ese motivo es necesario poner a su disposición diversas formas

de poder mantener un autocuidado apropiado y así no presentar alguna enfermedad mental. Por lo cual sería importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones (19):

- Buscar información en canales oficiales y confiables y evitar encontrar información en canales sospechosos (19).
- Utilice las redes sociales, llamadas telefónicas y otros medios técnicos para mantenerse en contacto con sus redes de confianza (familiares y amigos), esta es una de las mejores formas de reducir la ansiedad, la soledad y el aburrimiento durante el aislamiento. Hay muchas aplicaciones que permiten reuniones con varios miembros al mismo tiempo. Se pueden utilizar para el trabajo y el entretenimiento social (19).
- Establezca tareas para realizar en su día a día en casa. Considere lo que ha pospuesto durante mucho tiempo y puede realizar. Incluso puede aprender nuevos conocimientos con la ayuda de tutoriales en Internet. Establezca metas realistas para proporcionar una sensación de control (19).
- Mantenga una rutina porque es bueno para su salud y reduce la incertidumbre y la ansiedad, como comer, dormir y hacer ejercicio (19).
- Incluir actividades relajantes y agradables en las actividades diarias, estas actividades se pueden realizar en espacios y recursos limitados, como pintar, leer, escuchar música, realizar ejercicios de estiramiento o relajación, etc. (19).
- Mantenerse mentalmente activo y mantenerse al margen de la información relacionada con la emergencia, escribir, hacer crucigramas y Sudoku en todo momento, y desarrollar juegos intelectuales para estimular el pensamiento (19).
- Utilice el humor para afrontar la situación actual. En momentos de mayor incertidumbre, el humor puede ser un buen apoyo. Incluso sonreír puede reducir la ansiedad o la depresión que pueda sentir (19).

3.3. Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (EAA)

En 1971, el psiquiatra William W.K. Zung realizó un cuestionario para evaluar la intensidad de la ansiedad en adultos, lo denominó Self-Rating Anxiety Scale,

traducido al español como Escala de Autovaloración de Ansiedad (EAA), que incluía un cuestionario que contiene 20 ítems, cada uno de los cuales presenta las características de la ansiedad como síntomas o signos. Este conjunto incluye una variedad de síntomas de ansiedad como la expresión de trastornos del estado de ánimo (20).

El examinador debe utilizar la observación clínica y la información proporcionada por los pacientes en las entrevistas para evaluar los síntomas que estos mencionan. La pregunta debe referirse al tiempo de la semana anterior (19). Las palabras utilizadas en la escala se eligieron para que la mayoría de los pacientes las utilizaran en su propio idioma (20).

En función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas, se utilizó una escala de cuatro puntos (1-4) para cuantificar la respuesta. Cuando el paciente describe la situación o hecho como si estuviera ocurriéndole o cuando admite que los síntomas aún son un problema, el ítem se marca como positivo y presente. Por el contrario, cuando la situación no ocurre o no constituye un problema, cuando el paciente no brinda información relevante o la respuesta no es clara luego de una investigación suficiente, se expresa como negativa o inexistente (20).

La estructura de la escala es tal que un índice bajo indica ausencia de ansiedad y un índice alto indica ansiedad clínicamente significativa (20).

3.4. Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA)

La escala fue desarrollada por M. Isenberg y G. Evers, ambas seguidoras de D. Orem y pertenecientes al Nursing Development Conference Group (NDCG), sobre las facultades de la agencia de autocuidado, y ha sido ampliamente estudiada en grupos de investigadores estadounidenses y holandeses en el cual se muestra la capacidad del individuo para realizar actividades de producción de la organización de autocuidado (21).

La escala Appraisal of Self-care Agency (ASA) es el producto del primer trabajo colaborativo que comenzó en 1983 cuando Isenberg fue invitada como consultora a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Maastricht en Holanda para desarrollar una investigación basada en la teoría de enfermería. Los equipos involucrados en el desarrollo y las pruebas psicológicas de esta escala incluyen al profesor Hans Philipsen, al profesor George Evers, al profesor Ger Brauns, a Harriet Smeets e Isenberg (22).

La escala consta de 24 ítems con un formato de respuestas de cinco alternativas donde el número uno (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de la

capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (totalmente de acuerdo) el más alto (22).

En países de Europa, Asia Oriental y América Latina, la escala ASA se ha traducido a varios idiomas. Este proyecto de colaboración le da al equipo la oportunidad de identificar el conocimiento general de enfermería e identificar el conocimiento culturalmente específico a través de comparaciones interculturales (23).

La escala ASA fue desarrollada originalmente en inglés y traducida al español por dos estudiantes de doctorado en enfermería y tres traductores profesionales, bajo la responsabilidad de la Dra. Gallegos. Los estudiantes de doctorado analizaron y compararon estas cinco traducciones para construir un cuestionario separado. El resultado de la revisión es que los ítems 4, 6, 13 y 16 se han reescrito de una manera más simple, más cautelosa y gramaticalmente correcta. Las instrucciones también se han modificado para que sean más fáciles de entender. La traducción al español fue aprobada por los investigadores, se entregó a tres traductores profesionales que la tradujeron al inglés, de los cuales solo uno fue fusionado y considerado por un autor de la escala para que pudiera ser evaluado con base en el formulario original. El autor concluye que el índice ASA en la versión en inglés es equivalente al índice ASA en la versión en español (23).

Los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia utilizaron la escala ASA en la versión española en diferentes encuestas del país, modificando así la escala Likert y el formulario de respuesta pasando de totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo, al formato de respuestas nunca, casi nunca, casi siempre y siempre) Esto se debe a que los elementos de la escala se utilizan para describir la capacidad de las personas para comprometerse con el autocuidado, no para indicar si están de acuerdo con esta afirmación. Por otro lado, se revisó la escala Likert a 4 puntos, eliminando así la opción del medio (el tercer punto), porque permite al encuestado estar en el medio sin tener que dejar de considerar la realidad de su agencia de autocuidado (23).

El formato de respuesta resultante tiene las siguientes opciones: uno (nunca) representa el valor más bajo de agencia de autoservicio, dos (casi nunca), tres (casi siempre) y cuatro (siempre) representan el valor más alto. Estos cambios han sido negociados con la Dra. Gallegos (2004) (22).

La escala ASA tiene un rango de 24 a 96 puntos, y para clasificar la capacidad de autocuidado se tuvieron en cuenta las siguientes categorías establecidas por los autores: muy baja agencia de autocuidado: 24 a 43 puntos; baja agencia de autocuidado: 44 a 62 puntos; regular agencia de autocuidado: 63 a 81 puntos y buena agencia de autocuidado: 82 a 96 puntos (24).

3.5. Análisis de antecedentes investigativos

3.5.1. A nivel local:

3.5.1.1. Autor: Condori Arias, Yaime

Título: Asociación entre la exposición al Covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa

Resumen: Se realizó una encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Se indagó sobre las características de exposición al COVID-19, y se detectaron síntomas y severidad de depresión, ansiedad e insomnio, con las escalas PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) e ISI (Insomnia Severity Index), respectivamente. La asociación se determinó con razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95%, calculados con regresiones de Poisson con varianza robusta, las cuales fueron ajustadas. **RESULTADOS:** El sexo femenino representó un 53,9% de la muestra, la mediana de la edad fue 31 años, con un rango intercuartil de 29 a 37 años. Se encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas. Las características que mostraron asociación fueron, el ser mujer (RP:1,30; IC95%:1,07-1,58, para depresión) (RP:3,31; IC95%:2,43-4,52, ansiedad), el tener alguna enfermedad crónica (RP:1,39; IC95%:1,13-1,70, para depresión) (RP:2,75;IC95%:2,09-3,63, ansiedad) (RP:2,89; IC95%: 2,10-3,97, insomnio), la presencia de algún colega infectado (RP:2,75; IC95%: 2,09-3,63, para ansiedad) (RP:1,78; IC95%: 1,15-2,77, insomnio), el manejar pacientes infectados (RP:1,66; IC95%: 1,00-2,76), el tener un familiar infectado(RP:1,57; IC95%: 1,00-2,46), vecino (RP:1,83; IC95%: 1,37-2,45) o coresidente infectado (RP:1,81; IC95%: 1,12- 2,92) se asociaron a insomnio. El contar con un EPP adecuado (Equipo de protección personal) (RP:0,46; IC95%: 0,25-0,83), disminuyó la probabilidad de insomnio.

CONCLUSIÓN: Existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (25).

3.5.1.2. Autor: Muñoz-Najar Pacheco, A.O. Tejada Rivera, M.C. Gallegos Muñoz-Najar, S.D. ObandoVera, S.D. GuerraJácobo, M.B. OcharanPinto, A.E. ZeballosPaz; E.S. InofuenteCenteno, A.

Título: Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú

Resumen: Se aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión a 50 pacientes internados en dos hospitales de la ciudad, uno del Ministerio de Salud y otro del Seguro Social.

RESULTADOS: Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hospitales respecto a la ansiedad y la depresión ($p=.451$; $p=.468$). Se observó también que existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres respecto a la ansiedad ($p=.009$) en la muestra en general. Se observó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres respecto a la ansiedad en solo uno de los hospitales evaluados ($p=.022$).

CONCLUSIONES: Se concluye que los pacientes internados tienden a presentar problemas de ansiedad y depresión, sin diferenciar el tipo de hospital (26).

3.5.1.3. Autor: Villanueva Kuong, Leslie Emilia

Título: Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas, filial Arequipa

Resumen: La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre los niveles de ansiedad y las categorías de la calidad de vida de los jóvenes, la muestra fue probabilística al azar conformada por 448 jóvenes de 20 a 24 años de la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa, la hipótesis a comprobarse fue: Es probable que exista relación entre los niveles de ansiedad y las categorías de la calidad de vida en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa, se consideró como variable (X) los niveles de ansiedad, con sus indicadores: No hay ansiedad presente, ansiedad mínima a moderada, ansiedad marcada a severa y ansiedad en grado máximo, el instrumento utilizado fue: Escala de AutoEvaluación de Ansiedad (EAA) de Zung, al mismo que se le aplicó, el Test de Kolmogorov de Bondad de Ajuste a la curva normal ($p0.05$) y el análisis de la Confiabilidad de la Consistencia Interna a través del Coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha=0,808$). El diseño de la

investigación es no experimental, correlacional transversal. Se realizó el análisis estadístico para datos categóricos.

RESULTADOS: Ausencia de ansiedad en los jóvenes investigados, sin embargo, la categoría más acentuada es la mala calidad de vida de los jóvenes.

CONCLUSIÓN: No existe relación significativa ($p>0.05$) entre los niveles de ansiedad y la calidad de vida. Sin embargo, la ausencia de ansiedad se relaciona significativamente ($p<0.05$) de forma negativa leve con los indicadores hogar y bienestar económico, vida familiar y familia extensa, salud, existiendo relación positiva leve con el indicador medios de comunicación (27).

3.5.2. A nivel nacional

3.5.2.1. Autor: Oblitas González, Anibal. Sempertegui Sánchez, Nancy

Título: Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020

Resumen: Estudio descriptivo de corte transversal, desarrollado durante una parte del período de aislamiento social obligatorio en el Perú (marzo-junio). El instrumento fue entregado a domicilio y recogido en el domicilio del participante o enviado al correo electrónico del investigador entre el día 7 y 12 del aislamiento. Con una población de 142 adultos, la muestra estuvo compuesta por 67 participantes. Se identificó los niveles de ansiedad mediante la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (1971) y un cuestionario con nueve variables sociodemográficas.

RESULTADOS: la ansiedad alcanzó al 43,3 % de los participantes, 20,9 % presentan ansiedad leve, 13,4 % moderada y 9 % severa. El nivel de ansiedad según variables sociodemográficas fue más frecuente en el sexo femenino, en personas de 40 o más años, casados/convivientes y divorciados/ separados, en los que llevan entre 10 y 12 días de aislamiento, cuando se está en compañía de alguien, cuando hay afectación económica o cuando no se realizan actividades distractoras.

CONCLUSIÓN: los niveles de ansiedad durante una pandemia pueden llegar a reducirse cuando la duración del aislamiento es lo más corta posible, la persona recibe información precisa, se informa de medios de comunicación confiables, cuenta con el suministro suficiente para disminuir la frecuencia de salidas, tiene una situación financiera estable,

realiza actividades lúdico/recreativas y cuando mejora la comunicación (física o virtual) (28).

3.5.2.2. Autor: Nina Bonifacio, Eric Russell

Título: Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Mayo a Junio del 2019

Resumen: El estudio es de diseño Observacional no experimental, descriptivo de corte transversal y correlacional. Se aplicó la escala de Zung para ansiedad y depresión. Para determinar la relación entre ansiedad y depresión se usó la prueba T de Student. Población. 100 pacientes del servicio de Emergencia del área de triaje del Hospital Hipólito Unanue de Tacna los meses de mayo y junio del 2019.

RESULTADOS: Existe un 3% de pacientes que presentaron un nivel de ansiedad en su nivel máximo, así como un 10% de pacientes que cursaron con un nivel de depresión en su nivel extremo.

CONCLUSIONES: Las mujeres con cierto nivel de depresión alcanzaron el 57,41% en varones fue de un 41,31%. Concerniente a ansiedad el sexo femenino estuvo constituido por el 72,22%, mientras que en el sexo masculino un 52,17% tenía cierto nivel de ansiedad (29).

3.5.2.3. Autor: Becerra Canales, Bladimir Domingo. Becerra Huamán, Domizbeth

Título: Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19

Resumen: Estudio descriptivo transversal, realizado en la región Ica, del Perú, durante abril y junio del 2020. Participaron 386 adultos, que respondieron a un cuestionario con variables sociodemográficas, sanitarias, religiosas y la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer, adaptada al contexto actual. Se calcularon frecuencias relativas, medias y desviaciones estándar, pruebas de U de MannWhitney y Kruskal-Wallis.

RESULTADOS: El grado de ansiedad ante la muerte en promedio es medio/alto. Puntúan más alto en la escala las mujeres, viudos, amas de casa y profesores, alcanzando significación estadística. Si bien, los que no enfermaron de COVID-19, tienen familiar con COVID-19, no tienen familiar fallecido por COVID-19, se consideran religiosos y tienen edad

de 30 a 59 años, puntúan alto, las diferencias no fueron significativas. Los resultados varían según temor a la muerte, temor a la enfermedad y temor al paso del tiempo. **CONCLUSIONES:** Durante esta pandemia, el grado de ansiedad ante la muerte es de tendencia alta, existen factores sociodemográficos relacionado. Es necesario promover acciones conjuntas y multidisciplinarias orientadas a prevenir o aliviar el sufrimiento psicológico que ocasiona la crisis sanitaria y contribuir al bienestar de la población (30).

3.5.3. A nivel internacional

3.5.3.1. Autor: Galindo-Vázquez, Oscar. Ramírez-Orozco, Mónica. Costas-Muñiz, Rosario. Mendoza-Contreras, Luis A. Calderillo-Ruiz, Germán. Meneses-García, Abelardo.

Título: Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general.

Resumen: Se realizó mediante una encuesta en línea distribuida durante tres semanas utilizando un muestreo no probabilístico. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente PHQ-9, la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 y la Escala Visual analógica para conductas de autocuidado. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos entre grupos (ansiedad y depresión).

RESULTADOS: De los 1508 participantes incluidos, el 20,8% presentaba síntomas de ansiedad grave, mientras que el 27,5% mostraba síntomas de depresión grave. Ser mujer, estar soltera, no tener hijos, tener comorbilidades médicas y un historial de atención de salud mental eran factores de riesgo para desarrollar síntomas de ansiedad y depresión; 66 a 80% de la población cumplió con las recomendaciones de autocuidado. Se identificó la necesidad de recibir atención de salud mental en nuestra población de estudio.

CONCLUSIÓN: Se observó un mayor número de individuos con síntomas de ansiedad y depresión de moderados a severos que en otras pandemias. Los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 se consideran un problema de salud pública emergente, por lo que se recomienda la implementación de programas para su atención (31).

3.5.3.2. Autor: Arias Molinal, Yordany. Herrero Solano, Yosvany. Cabrera Hernández, Yuleimy. Chibás Guyat, Doralvis. García Mederos, Yohani

Título: Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19

Resumen: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en el consultorio médico de la familia 16-A perteneciente al Policlínico docente “Jimmy Hirtzel” de Bayamo durante el mes de abril de 2020. Se estudiaron las variables ansiedad, depresión, estrés e idea suicida, para lo cual se aplicaron pruebas psicológicas.

RESULTADOS: Predominó la ansiedad como estado con niveles alto (30,96 %) y medio (26,90 %); la depresión se manifestó como estado en los niveles medio (36,54 %) y alto (13,70 %) y medio (12,20 %) como rasgo; el 66,49 % de las personas presentaron niveles de estrés alterado; el 98,47 % no mostró idea suicida. No se reveló asociación entre el estrés, la ansiedad ($p= 0,90$) y la depresión como rasgo y estado ($p= 0,97$).

CONCLUSIONES: Frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19, las personas estudiadas presentaron alteraciones psicológicas de ansiedad y depresión como estado, altos niveles de estrés y sin idea suicida en la mayoría de los casos (6).

3.5.3.3. Autor: Ozamiz-Etxebarria, Naiara. Dosil-Santamaria, Maria. Picaza-Gorrochategui, Maitane. Nahia Idoiaga-Mondragon

Título: Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España

Resumen: Se han analizado los niveles de estrés, ansiedad y depresión a la llegada del virus y se han estudiado los niveles de sintomatología psicológica según edad, cronicidad y confinamiento. Se ha recogido una muestra de 976 personas y la medición de las variables ansiedad, estrés y depresión se ha hecho mediante la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés).

RESULTADOS: Aunque los niveles de sintomatología han sido bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población. También se ha detectado un mayor nivel de sintomatología a partir del confinamiento, donde las personas tienen prohibido salir de sus casas.

CONCLUSION: Se prevé que la sintomatología aumentará según vaya transcurriendo el confinamiento. Se defienden intervenciones

psicológicas de prevención y tratamiento para bajar el impacto psicológico que pueda crear esta pandemia (32).

3.5.3.4. Autor: Fardin Mohammad, Ali

Título: COVID-19 and Anxiety: A Review of Psychological Impacts of Infectious Disease Outbreaks

Resumen: En esta breve revisión, se examinaron los efectos psicológicos del COVID-19 y su asociación con la ansiedad. En consecuencia, las bases de datos electrónicas, incluidas PubMed, Medline, Elsevier y Science Direct, fueron revisadas.

RESULTADOS: El estudio actual se llevó a cabo para indicar que el COVID-19 además de la mortalidad tiene problemas psicológicos negativos. Una revisión de los estudios realizados en otras partes del mundo mostró que COVID-19 ha causado varios impactos psicológicos, entre ellos aumento de la ansiedad.

CONCLUSIONES: Debido al aumento en la tasa de prevalencia de COVID-19 y sus restricciones resultantes, el nivel de ansiedad también aumenta; por lo tanto, sensibilizar al público sobre la enfermedad y ofrecer programas psicológicos positivos en los medios de comunicación destinados a controlar el estrés puede reducir la ansiedad en la sociedad (33).

3.5.3.5. Autor: Borges Machado, Daiane; Flávia J.O. Alves; Camila S. S. Teixeira; Aline S. Rocha; Luís FS Castro-de-Araujo; Amandeep Singh; Maurício L. Barreto

Título: Effects of COVID-19 on Anxiety, Depression and Other Mental Health Issues: A worldwide scope review.

Resumen: La revisión de alcance actual se realizó a partir de una selección de 465 artículos sobre los resultados de COVID19 y salud mental, basados en la base de datos principal de referencias científicas sobre salud, evaluadas en PubMed.

RESULTADOS: De los 43 artículos seleccionados para análisis resumen y crítico, 77% (n = 33) indicó una relación entre la pandemia de COVID-19 y los síntomas de ansiedad, el 56% (n = 26) con depresión o síntomas de depresión, siete con cambios en el patrón de sueño y siete con comportamientos obsesivos u obsesivos compulsivos. Además de los estudios que mostraron una influencia de la pandemia COVID-19 en

trauma o trastorno de estrés postraumático (PTSD), angustia psicológica, estrés y miedo. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en China y evaluaron principalmente la presencia de ansiedad y depresión a través de escalas y cuestionarios. Los profesionales de la salud y los ancianos fueron citados entre los grupos de población afectados.

CONCLUSIONES: La mayoría de los estudios presentan importantes límites metodológicos. Inversiones en nueva investigación, con estudios controlados, incluyendo muestras representativas y aleatorias, y seguimiento longitudinal, son necesarios para explorar más a fondo las relaciones entre la pandemia de COVID-19 y la salud mental, y efectos a largo plazo. En espera de tales estudios, dados los efectos (durante y después) de epidemias previas en salud mental, es necesario implementar medidas gubernamentales para reducir los posibles efectos catastróficos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y la carga que permanecerá después de la pandemia. La identificación oportuna de angustia psicológica y la identificación de las necesidades de salud mental entre las poblaciones, facilitan el desarrollo de intervenciones psicológicas específicas, además de la organización de los servicios de salud y sistemas, durante la pandemia (34).

3.5.3.6. Autor: Selçuk Özdin, Şükriye Bayrak Özdin

Título: Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender

Resumen: El estudio se realizó mediante un cuestionario en línea. Se pidió a los participantes que completaran una encuesta sociodemográfica, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el Inventario de Ansiedad en Salud (HAI). Luego de esto se investigaron los efectos de depresión, ansiedad y niveles de ansiedad por la salud de factores como la edad, el sexo, el estado civil, la convivencia con una persona mayor de 60 años, la presencia de un nuevo paciente de Coronavirus positivo entre amigos o familiares, enfermedad psiquiátrica anterior y actual y la presencia de enfermedad crónica acompañante.

RESULTADOS: En términos de puntos de corte de HADS, el 23,6% (n = 81) de la población puntuó por encima del punto de corte de depresión, y el 45,1% (n = 155) puntuó por encima del punto de corte de ansiedad. En el análisis de regresión, el género femenino, que vive en zonas urbanas

y antecedentes de enfermedades psiquiátricas previas se encontraron como factores de riesgo de ansiedad; vivir en áreas urbanas se encontró como factor de riesgo de depresión; y sexo femenino, enfermedad crónica acompañante e historial psiquiátrico previo fueron encontrados como factores de riesgo de ansiedad por la salud.

CONCLUSIÓN: Los resultados de este estudio transversal sugieren que los grupos más afectados psicológicamente por la la pandemia de COVID-19 son mujeres, personas con enfermedades psiquiátricas previas, personas que viven en áreas urbanas y aquellas con una enfermedad crónica acompañante. Por tanto, se les podría dar prioridad en la planificación psiquiátrica futura (35).

3.5.3.7. Autor: Saad Kazim Karim, Perjan Hashim Taha, Nazar Mohammad Mohammad Amin, Habeeb Shuhaib Ahmed, Miami Kadhim Yousif, Ammar Mohmmmed Hallumy

Título: COVID-19-related anxiety disorder in Iraq during the pandemic: an online crosssectional study

Resumen: En Irak, no hay datos conocidos registrados sobre la consecuencia psicológica del público durante el brote de enfermedades transmisibles. El estudio en curso tiene como objetivo abordar la escasez de estos datos como una evaluación de la carga de salud mental que representa el trastorno de ansiedad relacionado con la era global del COVID-19.

RESULTADOS: Entre los 1591 encuestados iraquíes, 788 (49,5%) tenían ansiedad por la salud durante la situación de restricción en el hogar. Las edades más jóvenes experimentaron más ansiedad por la salud relacionada con el COVID-19 en comparación con las personas mayores. Las mujeres informaron una mayor ansiedad por la salud en comparación con los hombres (57,7% frente al 42,3%). Los profesionales sanitarios presentaron 20,9% de ansiedad por la salud. La población del sur de Irak mostró más ansiedad por la salud en comparación con la población del norte y media. Este trabajo mostró que aproximadamente la mitad de los encuestados pasaban más de 60 minutos centrándose en noticias de COVID-19. Encontramos que el 80 al 90% realiza esfuerzos preventivos y cuarentena domiciliaria contra la infección por COVID-19. Curiosamente el 70,1% de la muestra experimentaron temor por el riesgo

de infección por COVID-19, ya sea más o igual a un nivel de pánico bélico,

CONCLUSIONES: En Irak, durante la pandemia de COVID-19, casi la mitad de los encuestados tiene ansiedad por su salud. Las ciudades iraquíes mostraron tasas más altas de ansiedad. Además, ser mujer, tener una edad más joven, tener un título académico o ser un estudiante universitario se asocia con grados más prominentes de ansiedad. Además, es importante adoptar estrategias para la educación y prevención en salud pública, y alertando futuras respuestas gubernamentales centradas en el impacto del estado psicológico entre la población en general (36).

4. HIPÓTESIS

Dado que la ansiedad es una respuesta adaptativa del individuo frente a una situación amenazante, la cual en este caso induce a la toma de medidas adecuadas para el cuidado de nuestra salud.

Es probable un mayor grado de ansiedad y el consecuente ejercicio de conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-CoV2 en un laboratorio privado de Arequipa



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

1.1. Técnica:

En la presente investigación se aplicará la técnica de entrevista personal

1.2. Instrumento:

- Consentimiento informado (Anexo 1)
- Ficha de recolección de datos de cada paciente (Anexo 2)
- Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (EAA) (Anexo 3)
- Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) (Anexo 4)

1.3. Materiales

- Material de escritorio.
- Fichas de investigación.
- Equipo de protección personal
- Computadora personal con software de procesamiento de textos,
- Base de datos y procesamiento estadístico (Excel 2016).
- Impresora

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito espacial:

La investigación se realizó en el ámbito general de la ciudad de Arequipa, en el ámbito específico del distrito de Arequipa, en las instalaciones de una sede de Laboratorios Muñoz ubicada en el distrito de Cercado

2.2. Temporalidad:

La investigación se realizó en el mes de Febrero - Marzo del año 2021

2.3. Unidades de estudio:

Las unidades de estudio fueron los pacientes que acudieron a realizarse pruebas de despistaje de COVID-19 en un laboratorio privado de la ciudad de Arequipa

2.3.1. Población:

Pacientes que acudieron a un laboratorio privado de Arequipa para la realización de pruebas de despistaje de COVID-19

2.3.2. Muestra:

Por conveniencia, compuesto por pacientes que cumplieron los criterios de selección durante el período de estudio

2.3.3. Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Paciente cuya edad comprenda entre 18 y 70 años.
- Pacientes que acudan a realizarse prueba de despistaje de SARS-CoV 2.
- Participación voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes mayores de 70 años.
- Pacientes que no deseen participar del estudio.
- Encuestas mal llenadas o incompletas.

2.4. Tipo de investigación:

Estudio transversal de asociación simple

2.5. Nivel de investigación:

Estudio descriptivo

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se realizó las coordinaciones a través de solicitudes con la dirección de una de las sedes de Laboratorios Muñoz para la aplicación de las encuestas a los pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-CoV 2.
- Se explicó el motivo del estudio a cada paciente que cumplía con los criterios de inclusión, y se le pidió que participe de forma voluntaria, se dio autorización con previa aceptación del consentimiento informado, se procedió a entregar a cada paciente 4 fichas que contenían: consentimiento informado, ficha de datos generales de cada paciente, ficha que contiene el Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (EAA) y otra ficha con la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA). Brindándole apoyo a los participantes en caso de dudas para el llenado de dichas fichas.
- Una vez recopilados los datos, se organizó en fichas de borrador, que luego se procesaron en la base de datos Excel y se analizaron los resultados.

3.2. Validación de instrumentos

3.2.1. Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (EAA)

Fue diseñado por Zung en 1971 para tener un instrumento que pueda comparar los casos y datos importantes de pacientes con trastornos de ansiedad. Para determinar el grado de ansiedad se utiliza la Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung (EAA), que contiene 20 informes o hechos, cada informe se relaciona con manifestaciones características de ansiedad (como síntomas o signos). Confiabilidad: El coeficiente de correlación de la investigación de Zung es 0,66 (11)

3.2.2. Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA)

La escala de apreciación de agencia de autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), desarrollado por Isemberg y Everst en 1983, traducida al español por Gallegos y validada para Colombia en 2009 y 2013 está conformada por 24 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, donde 1=nunca, 2=casi nunca, 3=casi siempre y 4=siempre que mantienen la unidimensionalidad del constructo que fue planteado originalmente. La confiabilidad que presenta la escala en las diferentes realidades reportan valores alfa de Crombach de 0.77 en la traducción realizada por Gallegos y valores de 0.74 para la realidad colombiana; otros estudios reportan valores alfa alrededor de los presentados (22)

4. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

4.1. Plan de recolección

La recolección de datos se llevó a cabo luego de la aprobación de la solicitud por parte del gerente de dicha sede.

4.2. Plan de procesamiento

Los datos recogidos en la ficha de datos y en ambas encuestas, fueron tabulados en el programa Excel para su posterior análisis e interpretación.

4.3. Plan de clasificación

Se elaboró una base de sistematización de datos, la que fue diseñada en una hoja de cálculo de Excel 2016, en la cual se colocaron los datos obtenidos en las encuestas y la ficha de recolección de datos.

4.4. Plan de codificación

Los datos obtenidos se codificaron para facilitar el ingreso de información para su posterior procesamiento

4.5. Plan de recuento

El recuento de los datos se realizó de manera electrónica, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo de Excel.

4.6. Plan de análisis

Se utilizó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y relativas para el análisis de datos. Para la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. En el análisis de datos se usó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico.





CAPÍTULO III RESULTADOS

TABLA N° 1

Distribución de las personas encuestadas según las características sociodemográficas

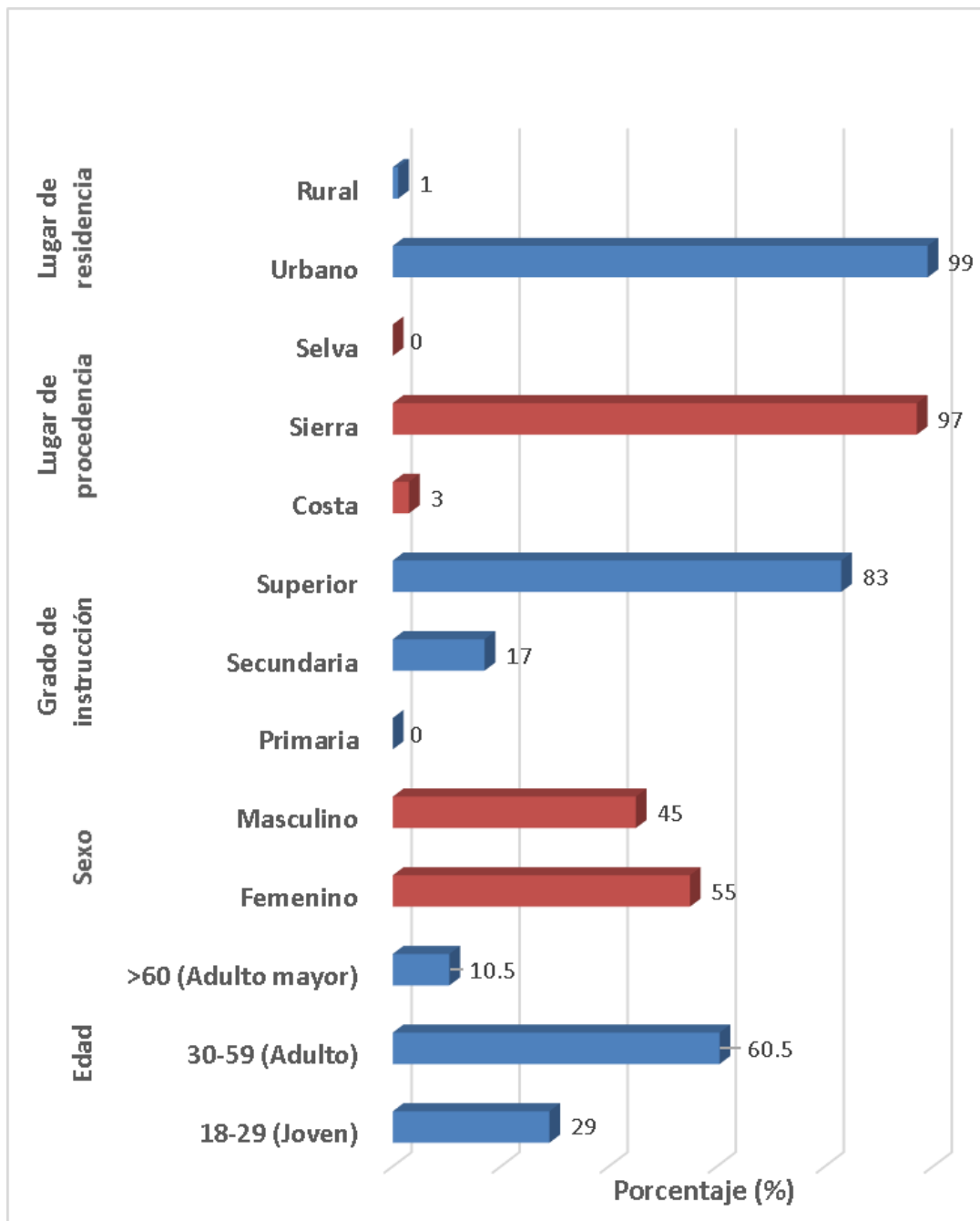
| | | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Edad | 18-29 (Joven) | 55 | 29 |
| | 30-59 (Adulto) | 115 | 60,5 |
| | >60 (Adulto mayor) | 20 | 10,5 |
| Sexo | Femenino | 105 | 55 |
| | Masculino | 85 | 45 |
| Grado de instrucción | Primaria | 0 | 0 |
| | Secundaria | 33 | 17 |
| | Superior | 157 | 83 |
| Lugar de procedencia | Costa | 5 | 3 |
| | Sierra | 185 | 97 |
| | Selva | 0 | 0 |
| Lugar de residencia | Urbano | 188 | 99 |
| | Rural | 2 | 1 |
| Total | | 190 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°1 se observa el total de personas encuestadas las cuales fueron 190, donde se observa que el mayor rango de edad se encuentra entre los 30- 59 años, lo cual corresponde al grupo etario de adulto, en un 60.5%. El 55% de encuestados era del sexo femenino. El 83% tenía un grado de instrucción superior. El 97% provenía de un departamento de la sierra y el 99% del total residía en una zona urbana.

GRÁFICO N°1

Distribución de las personas encuestadas según las características
sociodemográficas



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°2

Distribución de la intensidad de la ansiedad en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2

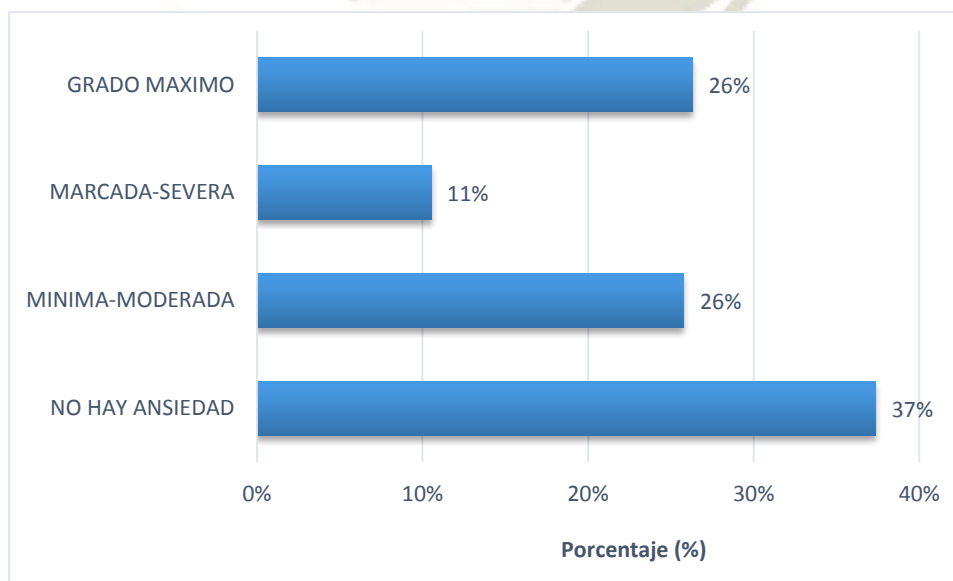
| Intensidad de la ansiedad | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) | Total (%) |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| No hay ansiedad | 71 | 37 | 37 |
| Mínima-moderada | 49 | 26 | 63 |
| Marcada-severa | 20 | 11 | |
| Grado máximo | 50 | 26 | |
| TOTAL | 190 | 100 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°2 se muestra que el 37% de encuestados no presentó ansiedad, por lo tanto se observó que el 63% presentó ansiedad en alguna intensidad, mostrando que el 26% presentó ansiedad en intensidad mínima a moderada, el 11% presentó ansiedad marcada a severa y el 26% presentó ansiedad en grado máximo.

GRÁFICO N°2

Distribución de la intensidad de la ansiedad en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°3

Distribución de la intensidad de la ansiedad de acuerdo al sexo

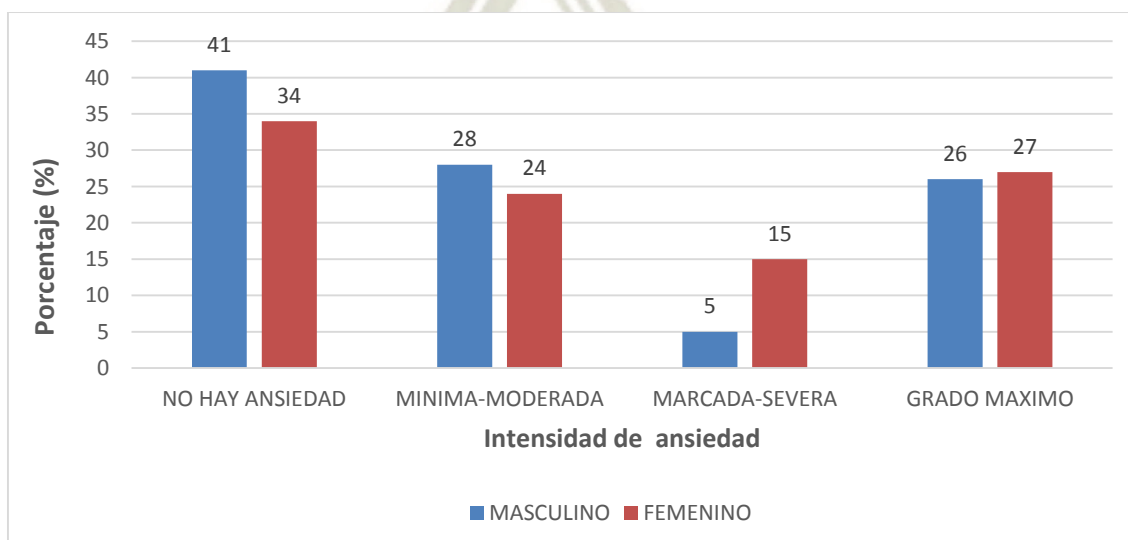
| | MASCULINO | | | FEMENINO | | |
|------------------------|-----------|-----|-----------|----------|-----|-----------|
| | n | % | Total (%) | n | % | Total (%) |
| No hay ansiedad | 35 | 41 | 41 | 36 | 34 | 34 |
| Mínima-moderada | 24 | 28 | 59 | 25 | 24 | 66 |
| Marcada-severa | 4 | 5 | | 16 | 15 | |
| Grado máximo | 22 | 26 | | 28 | 27 | |
| TOTAL | 85 | 100 | 100 | 105 | 100 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N° 3 se puede observar que el 41% de los encuestados de sexo masculino no presentan ansiedad, por consiguiente el 59% restante presenta ansiedad, siendo las intensidades de mínima moderada (28%) y la de grado máximo (26%) las más representativas, al igual que los encuestados de sexo femenino, donde el 34% no presenta ansiedad y el 66% presenta ansiedad con alguna intensidad, siendo, al igual que en el sexo masculino, la intensidad mínima a moderada (24%) y la de grado máximo (27%) las más representativas.

GRÁFICO N°3

Distribución de la intensidad de la ansiedad de acuerdo al sexo



Fuente: Elaboración propia

TABLA N^º4

Distribución de las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2

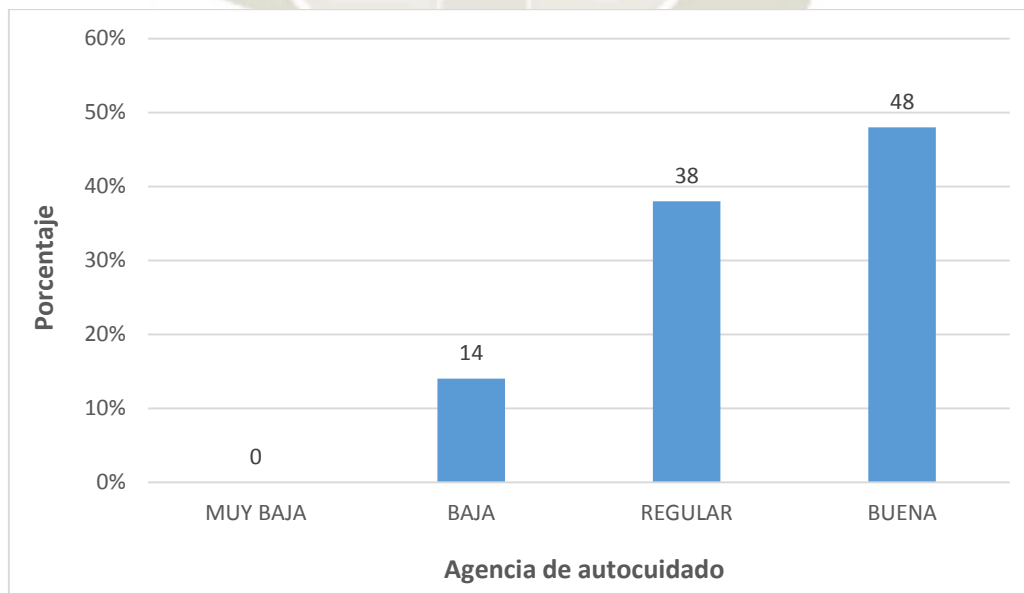
| Agencia de autocuidado | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|------------------------|----------------|----------------|
| Muy baja | 0 | 0 |
| Baja | 27 | 14 |
| Regular | 72 | 38 |
| Buena | 91 | 48 |
| TOTAL | 190 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N^º4 se observa que el 48% de personas que acuden a realizarse alguna prueba de despistaje de SARS-COV2 presentan una buena agencia de autocuidado, seguido del 38% que presenta una agencia regular y el 14% que tiene una baja agencia, ninguna persona presentó muy baja agencia de autocuidado.

GRÁFICO N^º4

Distribución de las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°5

Distribución de las conductas de autocuidado de acuerdo al sexo

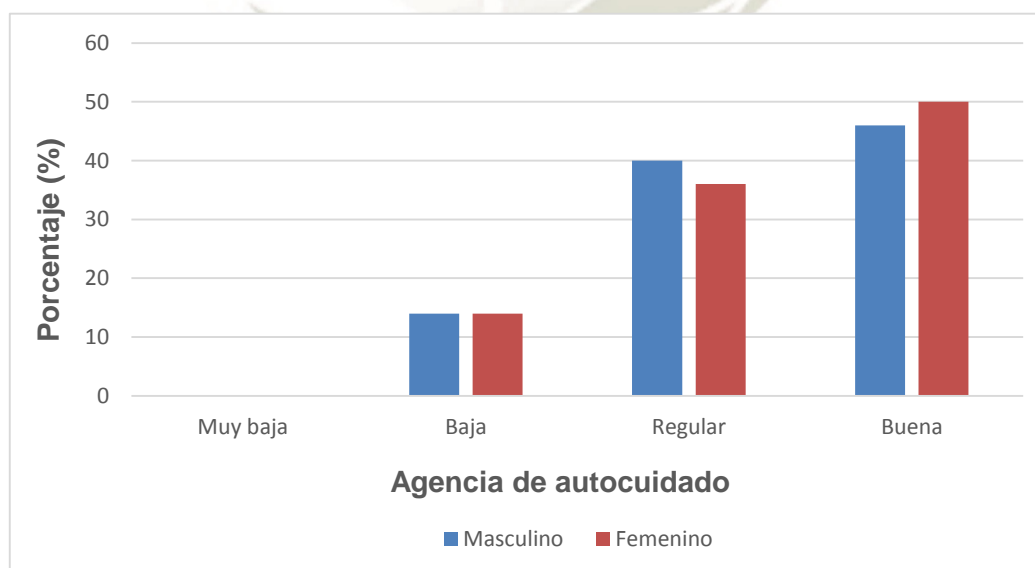
| | Masculino | | Femenino | |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|
| | n | % | n | % |
| Muy baja | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Baja | 12 | 14 | 15 | 14 |
| Regular | 34 | 40 | 38 | 36 |
| Buena | 39 | 46 | 52 | 50 |
| Total | 85 | 100 | 105 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico N°5 se muestra que el 46% de personas encuestadas del sexo masculino presentan una buena agencia de autocuidado, seguido del 40% que presentan un autocuidado regular y el 14% que presenta una baja agencia de autocuidado. En caso de las personas de sexo femenino el 50% presenta una buena agencia de autocuidado, el 36% una agencia regular y el 14% una baja agencia de autocuidado. En ambos sexos ninguna persona encuestada presentó muy baja agencia de autocuidado.

GRÁFICO N°5

Distribución de las conductas de autocuidado de acuerdo al sexo



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°6

Asociación del grado de ansiedad y las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado de Arequipa

| Ansiedad | Autocuidado | | | | | | | | Total | |
|-----------------|-------------|---|------|-----|---------|----|-------|------|-------|-----|
| | Muy Baja | | Baja | | Regular | | Buena | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| No hay ansiedad | 0 | 0 | 3 | 1.5 | 31 | 16 | 37 | 19.5 | 71 | 37 |
| Mínima-moderada | 0 | 0 | 15 | 8 | 19 | 10 | 15 | 8 | 49 | 26 |
| Marcada-severa | 0 | 0 | 3 | 1.5 | 13 | 7 | 4 | 2.5 | 20 | 11 |
| Grado máximo | 0 | 0 | 6 | 3 | 9 | 5 | 35 | 18 | 50 | 26 |
| Total | 0 | 0 | 27 | 14 | 72 | 38 | 91 | 48 | 190 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

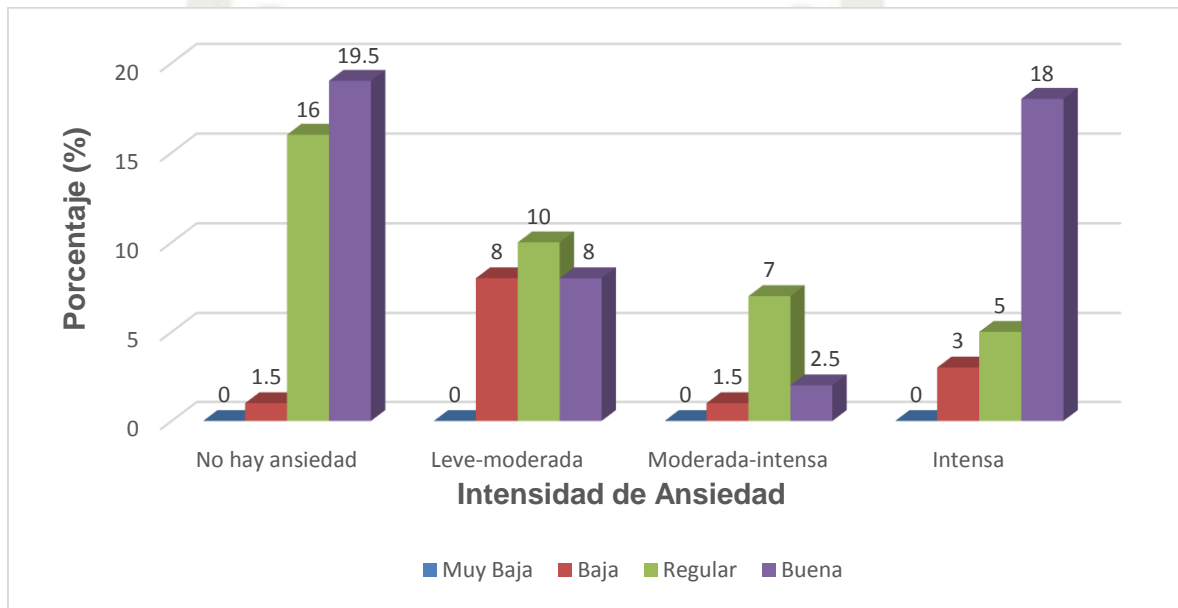
$$X^2=35,84 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

En la tabla y gráfico N°6, según la prueba de Chi-cuadrado ($X^2=35,84$), se puede observar que la intensidad de la ansiedad y las conductas de autocuidado tienen una relación estadísticamente significativa ($P=0.00$).

Del mismo modo se muestra que el 28.5% de personas presenta una buena agencia de autocuidado y a la vez ansiedad, siendo el grado máximo de ansiedad el que se encuentra en mayor proporción (18%), así mismo el 8% de personas que presentan una baja agencia de autocuidado, también poseen ansiedad en intensidad mínima a moderada.

GRÁFICO N°6

Asociación del grado de ansiedad y las conductas de autocuidado en pacientes que acuden a despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado de Arequipa



Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer si existe o no ansiedad en las personas que acuden a realizarse pruebas de despistaje de COVID-19, y en caso que si la presenten, conocer la intensidad de esta, del mismo modo saber la calidad de conductas de autocuidado que presenta este mismo grupo de estudio, y conocer si existe relación entre ambas. Esta investigación se llevó a cabo en un laboratorio privado de Arequipa-2021.

Debido a la problemática actual se ha visto que la pandemia de SARS-COV2 no solo ha traído consigo una enfermedad que afecta a nivel físico, sino también psicológico, pero los estudios respecto a este son escasos. En esta investigación se quiere abordar uno de esos trastornos que sería la ansiedad, como una respuesta propia del ser humano frente a una amenaza y su capacidad de adaptación frente a este (2), y la presencia de esta en las personas que acuden a realizarse una prueba de despistaje, ya que es una población extensa debido a que no solo en los hospitales se está pidiendo pruebas de despistaje de SARS-COV2, sino también en los centros de trabajo para poder acudir a laborar, en los terminales terrestres y aéreos para poder realizar un viaje, y las mismas familias que por temor a contraer la enfermedad acuden a realizarse una prueba.

Por otro lado, las conductas de autocuidado también cumplen un rol importante en estos tiempos, ya que la misma infección y el aislamiento, sumado al trabajo en casa y las restricciones para salir, hace que las personas tomen medidas para cuidar su salud, ya sea para evitar el probable contagio y para mantener su salud en términos generales.

Debido a esto se encuestó a 190 personas que acudieron a realizarse alguna prueba de despistaje de SARS-COV2 durante el mes de Marzo 2021 y que cumplieron con los criterios de inclusión, a ellos se les dio una ficha para recolección de datos, y se les aplicó la escala de autovaloración de ansiedad de Zung (EAA) y la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, y se asocian variables con prueba Chi cuadrado

De acuerdo a los hallazgos obtenidos, se observa que el 63% de personas encuestadas presentan ansiedad, de los cuales el 26% presenta ansiedad de intensidad mínima a moderada, el 11% ansiedad con intensidad marcada a severa, y un 26% presenta ansiedad en grado máximo.

En el estudio de **Condori (2020)**, se utilizó la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) para medir la ansiedad, se evaluó a 395 médicos que laboran en hospitales COVID-19 y no COVID-19 y se encontró que el 64.3% no presentó ansiedad, el 29.1% presentó ansiedad leve, y 6,6% ansiedad moderada con severidad leve a moderada (25). La diferencia de resultados podría deberse a que, el grupo de estudio en el trabajo de **Condori (2020)** son médicos, por lo tanto la información que recibieron, referente al COVID-19, y el conocimiento propio de los años de estudio y la práctica médica les permitieron afrontar de mejor manera la pandemia, en comparación con el grupo de estudio de la presente investigación, las cuales fueron personas con poco o ningún conocimiento en lo referente al área de salud, y cuya fuente de información sobre la pandemia proviene en su mayoría de los medios de comunicación, las redes sociales y conversaciones con conocidos, por lo cual esto podría generar un aumento en la severidad de los síntomas de ansiedad.

Similar a ello se encontró en el estudio de **Oblitas y Sempertegui (2020)**, en donde se encuestó a 67 personas durante el periodo de aislamiento social por el COVID-19 y se les aplicó la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung, encontrándose que el 43.3% de los participantes presentó ansiedad, 20,9 % presentó ansiedad leve, 13,4 % moderada y 9 % severa (28). Estos resultados difieren de los mostrados en el presente estudio, ya que se encontró que el 63% de personas presentó ansiedad, lo cual puede deberse a que el estudio de **Oblitas y Sempertegui**, está abocado a la población en el periodo de aislamiento y esta es solo una de las características que presentó el grupo de estudio del presente trabajo, ya que no todos los participantes se encontraron aislados, más bien la mayoría se encontraba laborando de manera presencial o debían realizar un viaje, para lo cual necesitan de una prueba de despistaje de COVID-19. Debido a lo antes mencionado la exposición con otras personas, potencialmente infectadas, puede que acrecente la presencia e intensidad de ansiedad.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los encontrados en el estudio de **Nina (2019)**, donde se empleó la escala de Zung para la ansiedad y se estudió a 100 pacientes que acudieron al servicio de emergencia del área de triaje. Se encontró que el 63% presentó cierto nivel de ansiedad, 28% ansiedad mínima a moderada, 32% ansiedad moderada a severa y 3% ansiedad en grado máximo (29). Si bien, este estudio no se realizó en el periodo de pandemia, los resultados en cuanto las personas que presentaron ansiedad son similares con los hallados en la presente investigación, es probable que esto

se deba a que los dos grupos de estudio acuden a ambas instituciones (hospital y laboratorio) a la espera de que puedan darles una solución o respuesta a su malestar, respectivamente; por lo cual estas sensaciones que presentan los pacientes en relación a su enfermedad y gravedad, y más aún la falta de conocimiento de la probable causa o solución hace que empiecen a experimentar síntomas de ansiedad.

Así mismo, los resultados hallados en esta investigación se asemejan a los encontrados en el estudio de **Arias et al (2020)**, en el cual se encuestaron a 197 pacientes que acudieron a un consultorio de medicina familiar en Granma, Cuba. Se empleó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y se encontró que el 22,35% presentó ansiedad como rasgo y el 77, 65% ansiedad como estado, en este último grupo el 19,79% se encontraba en nivel bajo, el 26,90% en nivel medio, y el 30,96% en nivel alto. Siendo la ansiedad como estado la que presentó mayor representación (6). Teniendo presente que la ansiedad como estado es una condición emocional transitoria y la ansiedad como rasgo es una propensión ansiosa relativamente estable (10). Podemos concluir que los resultados de este estudio y el presentado actualmente, reflejan semejanza debido a que se encuentra una mayor proporción de personas que presentan ansiedad como un estado transitorio, ya que es producto de una nueva amenaza y no un rasgo propio de su personalidad y a la que pueden estar propensos.

En el estudio de **Ozamiz et al. (2020)**, se encuestó 976 personas de la Comunidad Autónoma Vasca (España) utilizando la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) de manera online, donde se pudo encontrar que de las personas que presentaban ansiedad, las mayores proporciones se encontraban en las que presentaban sintomatología leve y moderada, además que antes del catorce de marzo fueron menos los pacientes encuestados que presentaron síntomas de ansiedad (L:11, M:23, S: 6, ES:8), en comparación con los que realizaron la encuesta luego del 14 de marzo (L:44, M:74, S:22, ES:22) (32). Estos resultados presentan similitudes a los encontrados en el presente estudio, la cantidad de personas que presentan ansiedad a medida que pasa el tiempo y que van asumiendo la crisis que se avecina muestra un claro incremento, lo cual se halló en el presente estudio, a casi un año de la declaración de pandemia por la OMS.

Del mismo modo se puede observar en la revisión de **Borges et al. (2020)**, donde se seleccionaron 465 artículos sobre el COVID19 y la salud mental, de los cuales 43 fueron seleccionados para análisis, resumen y crítica, se encontró que el 77% mostraba relación entre los síntomas de ansiedad y la pandemia de COVID-19, el riesgo de presentar

ansiedad se asociaba con el miedo a la infección y que algún miembro de su familia resultara infectado, de igual manera las personas que presentan enfermedades crónicas o han estado expuestos a la infección presentaron tasas más altas de ansiedad y esta se asociaba con depresión (34). En la presente investigación las personas referían presentar temor por una probable infección y el miedo de haber contagiado a algún familiar, del mismo modo también refirieron tener temor a que los resultados sean positivos y que sus centros laborales los obliguen a entrar en cuarentena, ya que eso se vería reflejado en su sueldo al final del mes o quincena. Cabe recalcar que la mayoría de las personas que acudían a este laboratorio no provenían de empresas que tuvieran algún tipo de consorcio y por lo tanto cada uno se costeaba la prueba.

En la presente investigación también se halló que el porcentaje de personas de sexo masculino que presentaban ansiedad (59%) era menor al porcentaje de mujeres con ansiedad (66%), de las cuales el 24% presentó ansiedad leve-moderada, 15% moderada-severa, 27% grado máximo. Estos resultados se asocian con los encontrados en el estudio de **Condori (2020)**, donde el género femenino mostró ser una característica que se asociaba a la ansiedad (RP: 3,31; IC95%:2,43- 4,52) (25). Del mismo modo en la investigación de **Oblitas y Sempertegui (2020)**, el sexo femenino presentó mayores porcentajes de ansiedad en comparación con el sexo masculino (44,4% y 42,5 %, respectivamente) (28). Similares resultados se encontraron en el estudio de **Nina (2019)**, en el cual el 52,17% de los pacientes de género masculino que acudieron a emergencia presentaron cierto nivel de ansiedad, mientras que el 72,22% de las pacientes de género femenino presentó ansiedad (29). Así mismo se ve reflejado en los hallazgos de **Ozamiz et al. (2020)**, donde el 12.2% de personas con ansiedad eran del sexo masculino, en comparación con el 87.8% que eran del sexo femenino, dentro del cual el 28,7% presentaba ansiedad leve, 45,7% moderada, 13% severa y 12,6% extremadamente severa (32). Se encontraron resultados similares en el trabajo de **Özdin y Bayrak (2020)**, donde el género femenino fue encontrado como un factor de riesgo para padecer ansiedad (OR = 2.478, IC 95% = 1.439, 4.267) durante la pandemia de COVID-19 en Turquía (35). En el estudio de **Karim et al. (2020)**, se encontró que las mujeres presentaron mayor ansiedad por la salud (57,7%) en comparación con los hombres (42,3%), y estos hallazgos fueron significativos ($X^2 = 22,375$, GL = 1, P <0,001) (36). Se asocian a los encontrados en el presente estudio, si bien se enfoca en la ansiedad por la salud, esta es una parte del trastorno de ansiedad del cual se habla en esta investigación. En términos generales se

encontró que el sexo femenino presenta cierta relación con la ansiedad, lo cual guarda relación con estudios sobre anteriores pandemias (SARS, influenza, AH1N1), donde las mujeres presentaban mayor temor por infectarse en comparación con los hombres (37, 38, 39).

En la presente investigación también estudiaron las conductas de autocuidado, para lo cual se utilizó la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA), y se encontró que el 14% de personas encuestadas presentaban una baja capacidad de agencia de autocuidado, el 38% presento una regular capacidad, y el 48% una buena agencia de autocuidado. Del mismo modo se halló una relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y las conductas de autocuidado ($X^2= 35.84, P<0.05$), donde el 28.5% de personas encuestadas presentaron una buena agencia de autocuidado y a la vez ansiedad en cierta intensidad, siendo el grado máximo de ansiedad el que se encontró en mayor proporción (18%), así mismo el 8% de personas que poseían una baja agencia de autocuidado, también presentaban ansiedad en intensidad mínima a moderada, y el 19.5% de pacientes que presentaron una buena agencia de autocuidado a su vez no presentaban ansiedad.

En el trabajo de **Galindo et al. (2020)**, se estudió la ansiedad, mediante la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), y las conductas de autocuidado, mediante la escala visual análoga de conductas de autocuidado, se encuestaron a 1508 personas provenientes de México y extranjeras y se encontró que entre el 66% y 88% ponían en práctica las recomendaciones dadas para evitar el contagio del COVID-19 (lavado de manos, mantener la distancia, quedarse en casa), aproximadamente el 29% presentaba preocupación por contagiarse y continuamente se autoanalizaban por la probabilidad de la presencia de algún síntoma de la enfermedad, la mitad de los encuestados refirió mantener una actitud positiva y contar con redes de apoyo. Entre otros resultados se encontró que el 12,35% presentaba ansiedad, de lo cual el 20,8% presentó ansiedad grave, el 78.7% de mujeres presentó ansiedad leve, y el 76% ansiedad moderada, mientras que los varones presentaron 21.3% y 24% respectivamente, por lo tanto se encontró que el sexo femenino presentaba mayores niveles de ansiedad y por lo tanto mayor asociación ($P<0,001$) (31). En este estudio se muestran similitudes en cuanto a los resultados hallados, ya que ambos grupos de estudio presentaban adecuadas conductas y por lo tanto buena agencia de autocuidado, lo que demuestra que es probable que al mantener una buena agencia de autocuidado los niveles de ansiedad sean menores, pero por otro lado

cierta parte de la población al presentar ansiedad maximiza los esfuerzos en mantener adecuadas conductas de autocuidado y así evitar una probable infección. Los resultados referentes al género y el nivel de ansiedad también fueron similares, siendo el sexo femenino el que presenta mayor nivel de ansiedad en ambos estudios.





CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El 63% de las personas que acuden a realizarse pruebas de despistaje de SARS-COV2 en un laboratorio privado presentaron ansiedad de cierta intensidad, el 26% presentó ansiedad en una intensidad mínima-moderada, el mismo porcentaje presentó ansiedad en grado máximo y por último el 11% presentó ansiedad marcada-severa. El 33% no presentó ansiedad.

SEGUNDA:

En cuanto a la calidad de conductas de autocuidado, el 48% de las personas encuestadas presentan una buena calidad de conductas de autocuidado, seguido de un 38% que presentan una regular calidad, mientras que el 14% presenta una baja calidad de autocuidado. Ninguna persona presentó muy baja agencia de autocuidado.

TERCERA:

El grado de ansiedad y las conductas de autocuidado presentan una asociación estadísticamente significativa ($P < 0.05$) en las personas que acuden a realizarse pruebas de despistaje en un laboratorio privado de Arequipa 2021.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Tomar en cuenta que la pandemia del SARS-COV2 afecta no solo a nivel corporal, sino también mental, por lo tanto es necesario que al igual que se realiza seguimiento a los pacientes que dan positivo a las pruebas de COVID19 y se les pregunta por la probabilidad de haber presentado síntomas nuevamente, enfocarse también en el estado mental de ese paciente y su familia, que generalmente son las personas que viven con él/ella y de manera indirecta también padecen la enfermedad.

SEGUNDA:

Mayor difusión por parte de los medios de comunicación de cómo cuidarse no solo de una probable infección, sino también como cuidarnos a nivel mental y anímico, proponiendo nuevas actividades para realizar dentro de casa y evitar estar pendientes de las noticias que hablan sobre la pandemia.

TERCERA:

Fomentar actividades que motiven la relajación (yoga, tai chi, etc) de tal modo que la población pueda realizar acciones que los mantengan distraídos, realizando ejercicio y al mismo tiempo disminuya el nivel de ansiedad que puedan estar presentando.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

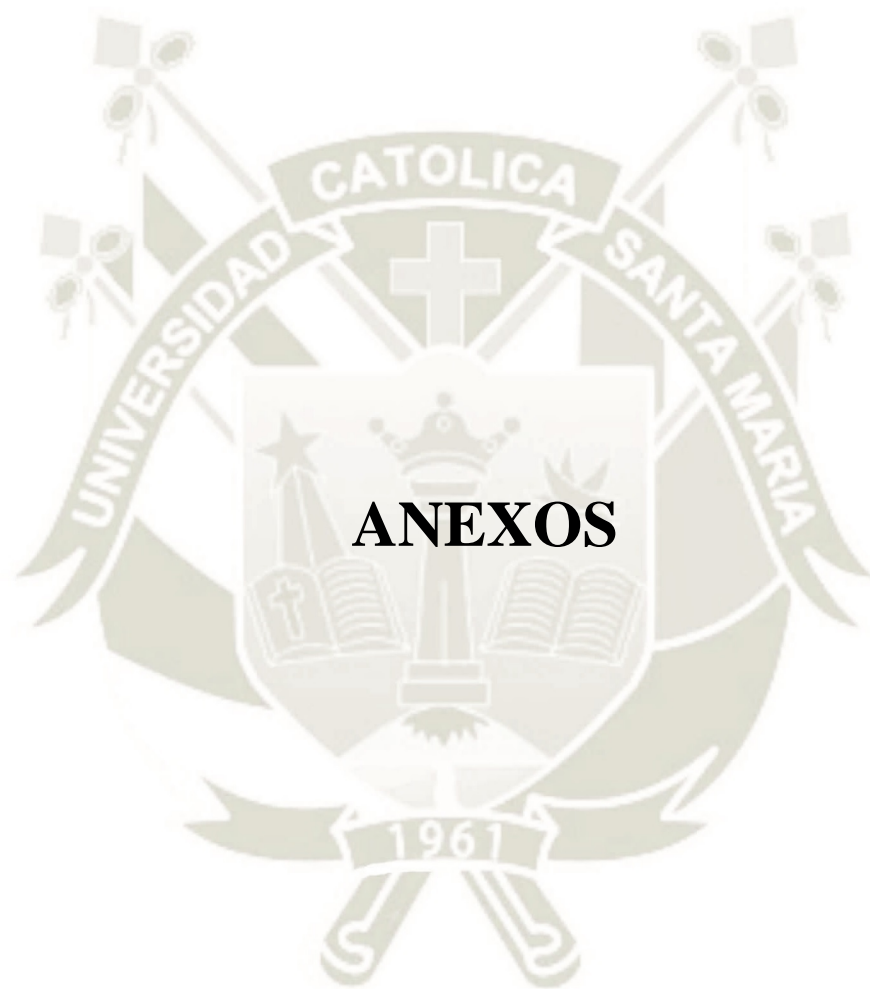
1. Origin of SARS-CoV-2; Geneva: World Health Organization; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace revista iberoamericana de psicosomática. 2014; 110: 62-69.
3. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP. Dirección de Salud Mental – DSAME, Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19. MINSA. 2020 (36)
4. Gomez A. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. Revista Farmacia Profesional. 2012; 26 (6): 32-39
5. Ferre Navarrete, F., & Gimeno Álvarez, D. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la ansiedad generalizada. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2011; 10(86), 5846–5850.
6. Arias Molina, Y., Herrero Solano, Y., Cabrera Hernández, Y. , Doralvis Chibás, G., Yohani García, M. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020, 19(1):1-13
7. Kaplan y Sadock.. Sinopsis de psiquiatría, 11 ed. España: Wolters Kluwer; 2015.
8. Navas W., Vargas M. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica 2012; 69 (604): 497-507
9. Sarudiansky, M. Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. Psicología Iberoamericana. 2013, 21(2): 19-28
10. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.
11. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de transtornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):39-47
12. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva. WHO, 1993.
13. Luna, M, Hamana Z, L, Colmenares, YC, & Maestre, CA. Ansiedad y Depresión. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 20(2), 111-122. (2001).

14. Grundi, S. Grado de ansiedad del usuario en la atención de emergencia en un establecimiento de salud, durante el año 2017. Universidad Científica del Perú [Tesis Pregrado]. Iquitos, 2017.
15. Torales; J., ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. marzo 2017; 4 (1):77-86
16. María del Pilar Escobar Potes, Zoila Rosa Franco Peláez, Jorge Alberto Duque Escobar, El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior, Hacia la Promoción de la Salud, 16 (132-146), 2011.
17. Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda, Sandra Mónica Rodríguez; Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2009; 11 (2): 9-25
18. Isenberg, MA. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En: Parker M. Nursing Theories and Nursing practice. Philadelphia: F.A. Davis; 2001,125.
19. Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres MINSAL, Guía práctica de bienestar emocional: Cuarentena en tiempos de COVID-19 (2020)
20. Zung W. , A Rating Instrument For Anxiety Disorders, Psychosomatics. Oficial Journal or the Academy of Phychosomatic Medicine.1971,12(6):371-379
21. Velandia Arias, Anita, Rivera Álvarez, Luz Nelly. (2009). Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. Avances en Enfermería, 27(1), 38-47.
22. Gallegos Cabriales E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Auto-cuidado. Desarrollo científico de Enfermería. 1998; 6. (9): 260-266.
23. Contreras Orozco, Astrid; Contreras Machado, Adriana; Hernández Bohórquez, Candelaria; Castro Balmaceda, María Teresa; Navarro Palmett, Linda Lucía Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investigaciones Andina, 2013; 15 (26): 667-678
24. Olazo, F. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Nacional

- Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015. Universidad Peruana Unión [Tesis Posgrado] Lima, 2015.
25. Condori, Y., Asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. [Tesis Pregrado] Arequipa, 2020
26. Muñoz-Najar, A., Tejada, M., Gallegos, S., Obando, S., Guerra, M., Ocharan, A., Zeballos, E., Inofuente, A. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. *Revista de Psicología de la Salud*. 2019, 7(1):333-348
27. Villanueva, L. Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas, Filial Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Tesis Posgrado] Arequipa; 2017.
28. Oblitas, A., Sempertegui, N. Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020, 38: p-p
29. Nina, E. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mayo a junio del 2019. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Tesis Pregrado] Tacna; 2019.
30. Becerra Canales B., Becerra Huamán D. Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Cubana Enfermería*. 2020;36:e3999
31. Galindo, O., Ramirez, M., Costas, R., Mendoza L., Calderillo, G., Meneses, A. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Gaceta Médica de México*. 2020, 156:298-305.
32. Ozamiz-Etxebarria N. , Dosil-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. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4):1-10
33. Fardin, Mohammad Ali. COVID-19 and Anxiety: A Review of Psychological Impacts of Infectious Disease Outbreaks. *Archives of Clinical Infectious Diseases*. In Press. 2020.
34. Borges Machado, Daiane; J.O., Flávia; Teixeira, Camila; Rocha, Aline; Castro-de-Araujo, Luís; Singh, Amandeep & Barreto, Mauricio. Effects of COVID-19 on Anxiety, Depression and Other Mental Health Issues: A worldwide scope review. 2020

35. Özdin, S., Bayrak Özdin, Ş. 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*, 66(5), 504–511, (2020).
36. Karim, S.K., Taha, P.H., Amin, N.M.M. et al. COVID-19-related anxiety disorder in Iraq during the pandemic: an online cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry* 27, 55 (2020).
37. Hawryluck L; Gold WL; Robinson S; Pogorski S; Galea S; Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(7):1206-1212.
38. Braunack MA; Toohar R; Collins JE; Street JM; Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health.* 2013;13:344:115.
39. Prati G; Pietrantonio L; Zani B. A social cognitive model of pandemic influenza H1N1 risk perception and recommended behaviors in Italy. *Risk Anal.* 2011;31(4):645-656.





ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

He escuchado atentamente la información proporcionada por el investigador, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación y he recibido respuestas satisfactorias. He hablado con el investigador y he obtenido suficiente información sobre la investigación:

Entiendo que la participación es voluntaria y en caso de no aceptar no habrá repercusiones en mi contra.

Estos datos serán procesados y protegidos de acuerdo con mi privacidad y la normativa vigente de protección de datos.

Doy mi consentimiento sólo para extraer la información necesaria para la investigación de la que se me ha informado y para que sean utilizadas exclusivamente en ella.

Declaro que he leído y comprendido el contenido de este documento, comprendo mi compromiso y lo acepto expresamente. Por lo tanto, firmé voluntariamente el consentimiento informado para manifestar mi deseo de participar en el estudio sobre “ASOCIACION DEL GRADO DE ANSIEDAD Y LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES QUE ACUDEN A DESPISTAJE DE SARS-COV2 EN UN LABORATORIO PRIVADO DE AREQUIPA 2021.” hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del paciente

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la siguiente ficha se recolectan datos generales sobre usted, por favor llene o marque los espacios. Se pide su sinceridad al llenar la encuesta.

DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE

- Fecha: _____
- Edad: ____ años
- Sexo: masculino () femenino ()
- Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
- Lugar de procedencia: Urbano () Rural ()

Nº FICHA:

ANEXO 3: ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG (EAA)

| SITUACION | MUY POCAS VECES | ALGUNAS VECES | BUEN NUMERO DE VECES | LA MAYORIA DE VECES |
|---|-----------------------|------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre | | | | |
| 2. Me siento con temor sin razón | | | | |
| 3. Despierto con facilidad o siento pánico | | | | |
| 4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos | | | | |
| 5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme | | | | |
| 6. Me tiemblan los brazos y las piernas | | | | |
| 7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura | | | | |
| 8. Me siento débil y me canso fácilmente | | | | |
| 9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente | | | | |
| 10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón | | | | |
| 11. Sufro de mareos | | | | |
| 12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar | | | | |
| 13. Puedo inspirar y expirar fácilmente | | | | |
| 14. Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies | | | | |
| 15. Sufro de molestias estomacales o indigestión | | | | |
| 16. Orino con mucha frecuencia | | | | |
| 17. Generalmente mis manos están secas y calientes | | | | |
| 18. Siento bochornos | | | | |
| 19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche | | | | |
| 20. Tengo pesadillas | | | | |

**CALIFICACION DE LA ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE ANSIEDAD DE
ZUNG (EAA)**

| SITUACION | MUY POCAS VECES | ALGUNAS VECES | BUEN NUMERO DE VECES | LA MAYORIA DE VECES |
|---|-----------------------|------------------|----------------------------|------------------------|
| 1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me siento con temor sin razón | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Despierto con facilidad o siento pánico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Me tiemblan los brazos y las piernas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me siento débil y me canso fácilmente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sufro de mareos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Puedo inspirar y expirar fácilmente | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sufro de molestias estomacales o indigestión | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Orino con mucha frecuencia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Generalmente mis manos están secas y calientes | 4 | | | |
| 18. Siento bochornos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Tengo pesadillas | 1 | 2 | 3 | 4 |

| INDICE EAA | INTERPRETACIÓN |
|-------------|---------------------|
| MENOS DE 50 | DENTRO DE LO NORMAL |
| 50 A 59 | ANSIEDAD LEVE |
| 60 A 69 | ANSIEDAD MODERADA |
| 70 A MAS | ANSIEDAD INTENSA |

$$EAA = \frac{\text{Total del puntaje} \times 100}{\text{Promedio máximo}=80}$$

ANEXO 4: ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)

| ITEM | NUNCA | CASI NUNCA | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|-------|------------|--------------|---------|
| 1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud. | | | | |
| 2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas. | | | | |
| 3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda. | | | | |
| 4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo. | | | | |
| 5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud. | | | | |
| 6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo | | | | |
| 7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora. | | | | |
| 8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio. | | | | |
| 9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios. | | | | |
| 10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser. | | | | |
| 11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo. | | | | |
| 12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre. | | | | |
| 13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado. | | | | |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo. | | | | |
| 15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio. | | | | |
| 16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud. | | | | |
| 17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios. | | | | |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro. | | | | |
| 19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud. | | | | |
| 20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme. | | | | |
| 21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer. | | | | |
| 22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda. | | | | |
| 23. Puedo sacar tiempo para mí. | | | | |
| 24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta. | | | | |

**CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE
AUTOCUIDADO (ASA)**

| ITEM | NUNCA | CASI NUNCA | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|-------|---------------|-----------------|---------|
| 1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Puedo sacar tiempo para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| INDICE ASA | INTERPRETACIÓN |
|------------|---------------------------------|
| 24-43 | Muy baja agencia de autocuidado |
| 44-62 | Baja agencia de autocuidado |
| 63-81 | Regular agencia de autocuidado |
| 82-96 | Buena agencia de autocuidado |

ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS

| Nº FICHA | EDAD | SEXO | GRADO DE INSTRUCCIÓN | PROCEDENCIA | RESIDENCIA | PUNTAJE EAA | NIVEL DE ANSIEDAD | PUNTAJE ASA | AGENCIA DE AUTOCUIDADO |
|----------|------|-----------|----------------------|-------------|------------|-------------|-------------------|-------------|------------------------|
| 1 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 69 | Moderada-Intensa | 55 | Baja |
| 2 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 70 | Regular |
| 3 | 65 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 63 | Regular |
| 4 | 40 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 41 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 5 | 39 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 60 | Moderada-Intensa | 77 | Regular |
| 6 | 38 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 60 | Baja |
| 7 | 30 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 54 | Leve-Moderada | 60 | Baja |
| 8 | 31 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 74 | Regular |
| 9 | 22 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 10 | 53 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 11 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 53 | Leve-Moderada | 80 | Regular |
| 12 | 39 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 13 | 58 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 14 | 20 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 45 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 15 | 35 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 16 | 25 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 17 | 56 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 46 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 18 | 44 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 64 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 19 | 66 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 41 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 20 | 25 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 21 | 50 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 60 | Baja |
| 22 | 54 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 98 | Intensa | 84 | Buena |
| 23 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 89 | Intensa | 84 | Buena |
| 24 | 24 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 25 | 47 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 26 | 37 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 27 | 30 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 28 | 63 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 60 | Baja |
| 29 | 56 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 84 | Buena |
| 30 | 49 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 31 | 21 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 32 | 67 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 33 | 49 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 34 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 85 | Intensa | 96 | Buena |
| 35 | 27 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 95 | Intensa | 96 | Buena |
| 36 | 44 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 37 | 29 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 25 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 38 | 70 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 39 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 40 | 33 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 25 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 41 | 52 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 42 | 50 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 43 | 70 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 89 | Intensa | 96 | Buena |
| 44 | 23 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 45 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 46 | 33 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 47 | 30 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 48 | 35 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 60 | Baja |
| 49 | 44 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 50 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 51 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 84 | Buena |
| 52 | 53 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 84 | Buena |
| 53 | 27 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 28 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 54 | 58 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 55 | 45 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 56 | 31 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 57 | 42 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 58 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 59 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 60 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 61 | 30 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 69 | Moderada-Intensa | 55 | Baja |
| 62 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 70 | Regular |
| 63 | 63 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 63 | Regular |
| 64 | 42 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 41 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 65 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 60 | Moderada-Intensa | 77 | Regular |
| 66 | 36 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 60 | Baja |
| 67 | 30 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 54 | Leve-Moderada | 60 | Baja |
| 68 | 33 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 74 | Regular |
| 69 | 20 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 56 | Baja |

| | | | | | | | | | |
|-----|----|-----------|------------|-------|-------|----|------------------|----|---------|
| 70 | 55 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 71 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 53 | Leve-Moderada | 80 | Regular |
| 72 | 37 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 73 | 60 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 74 | 23 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 45 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 75 | 32 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 76 | 27 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 77 | 54 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 46 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 78 | 46 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 64 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 79 | 64 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 41 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 80 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 81 | 47 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 60 | Baja |
| 82 | 56 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 98 | Intensa | 84 | Buena |
| 83 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 89 | Intensa | 84 | Buena |
| 84 | 27 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 85 | 44 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 86 | 37 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 87 | 30 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 88 | 62 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 60 | Baja |
| 89 | 57 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 84 | Buena |
| 90 | 51 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 91 | 21 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 92 | 65 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 93 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 94 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 85 | Intensa | 96 | Buena |
| 95 | 25 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 95 | Intensa | 96 | Buena |
| 96 | 46 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 97 | 29 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 25 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 98 | 70 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 99 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 100 | 33 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 25 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 101 | 55 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 102 | 48 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 103 | 70 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 89 | Intensa | 96 | Buena |
| 104 | 23 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 105 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 106 | 35 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 107 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 108 | 37 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 60 | Baja |
| 109 | 44 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 110 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 111 | 24 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 84 | Buena |
| 112 | 54 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 84 | Buena |
| 113 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 28 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 114 | 57 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 115 | 46 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 116 | 31 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 117 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 118 | 27 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 119 | 44 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 120 | 25 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 121 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 69 | Moderada-Intensa | 55 | Baja |
| 122 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 70 | Regular |
| 123 | 65 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 63 | Regular |
| 124 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 41 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 125 | 38 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 60 | Moderada-Intensa | 77 | Regular |
| 126 | 39 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 60 | Baja |
| 127 | 29 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 54 | Leve-Moderada | 60 | Baja |
| 128 | 31 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 74 | Regular |
| 129 | 22 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 130 | 51 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 131 | 45 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 53 | Leve-Moderada | 80 | Regular |
| 132 | 39 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 133 | 58 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 134 | 23 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 45 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 135 | 32 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 56 | Baja |
| 136 | 25 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 48 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 137 | 56 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 46 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 138 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 64 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 139 | 67 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 41 | No hay ansiedad | 72 | Regular |

| | | | | | | | | | |
|-----|----|-----------|------------|-------|-------|----|------------------|----|---------|
| 140 | 25 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 141 | 53 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 60 | Baja |
| 142 | 54 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 98 | Intensa | 84 | Buena |
| 143 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 89 | Intensa | 84 | Buena |
| 144 | 24 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 145 | 49 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 146 | 35 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 147 | 30 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 148 | 61 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 60 | Baja |
| 149 | 58 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 84 | Buena |
| 150 | 49 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 151 | 21 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 152 | 67 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 153 | 49 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 154 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 85 | Intensa | 96 | Buena |
| 155 | 27 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 95 | Intensa | 96 | Buena |
| 156 | 42 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 157 | 29 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 25 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 158 | 68 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 159 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 96 | Buena |
| 160 | 33 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 25 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 161 | 55 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 162 | 47 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 50 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 163 | 70 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 89 | Intensa | 96 | Buena |
| 164 | 23 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 165 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 166 | 35 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 167 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 84 | Buena |
| 168 | 35 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 56 | Leve-Moderada | 60 | Baja |
| 169 | 44 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 170 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 72 | Regular |
| 171 | 28 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 84 | Buena |
| 172 | 51 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 84 | Buena |
| 173 | 27 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 28 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 174 | 58 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 175 | 45 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 176 | 31 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 177 | 42 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 178 | 25 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 179 | 43 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 58 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 180 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 81 | Intensa | 84 | Buena |
| 181 | 33 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | Moderada-Intensa | 84 | Buena |
| 182 | 26 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Intensa | 84 | Buena |
| 183 | 64 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 184 | 42 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 73 | Moderada-Intensa | 72 | Regular |
| 185 | 41 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 28 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 186 | 35 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 65 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 187 | 31 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 49 | No hay ansiedad | 72 | Regular |
| 188 | 32 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 40 | No hay ansiedad | 84 | Buena |
| 189 | 23 | MASCULINO | SECUNDARIA | COSTA | RURAL | 33 | Leve-Moderada | 72 | Regular |
| 190 | 47 | MASCULINO | SUPERIOR | COSTA | RURAL | 33 | Intensa | 84 | Buena |