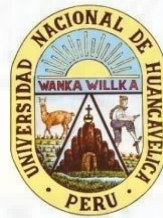


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

MIEDO A COVID-19 EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA 2021

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ

PRESENTADO POR:

OBSTA. ELDY CORREA CHUQUIYAURI

LIC. MARLENE GAMION RAVICHAGUA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

HUANCAMELICA, PERÚ

2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 16:45 horas del día veintiséis de noviembre del año 2021, nos reunimos los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis de las egresadas:

CORREA CHUQUIYAURI ELDY DANITZ
GAMION RAVICHAGUA MARLENE

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA

Secretaria : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO

Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

MIEDO A COVID – 19 EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA 2021.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo **Resolución N°593-2021-D-FCS-R-UNH**; concluyendo a las 17:15 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a los(as) sustentantes que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

Observaciones:

Ciudad de Huancavelica, 26 de noviembre del 2021.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lina Yubana Cardenas Pineda
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

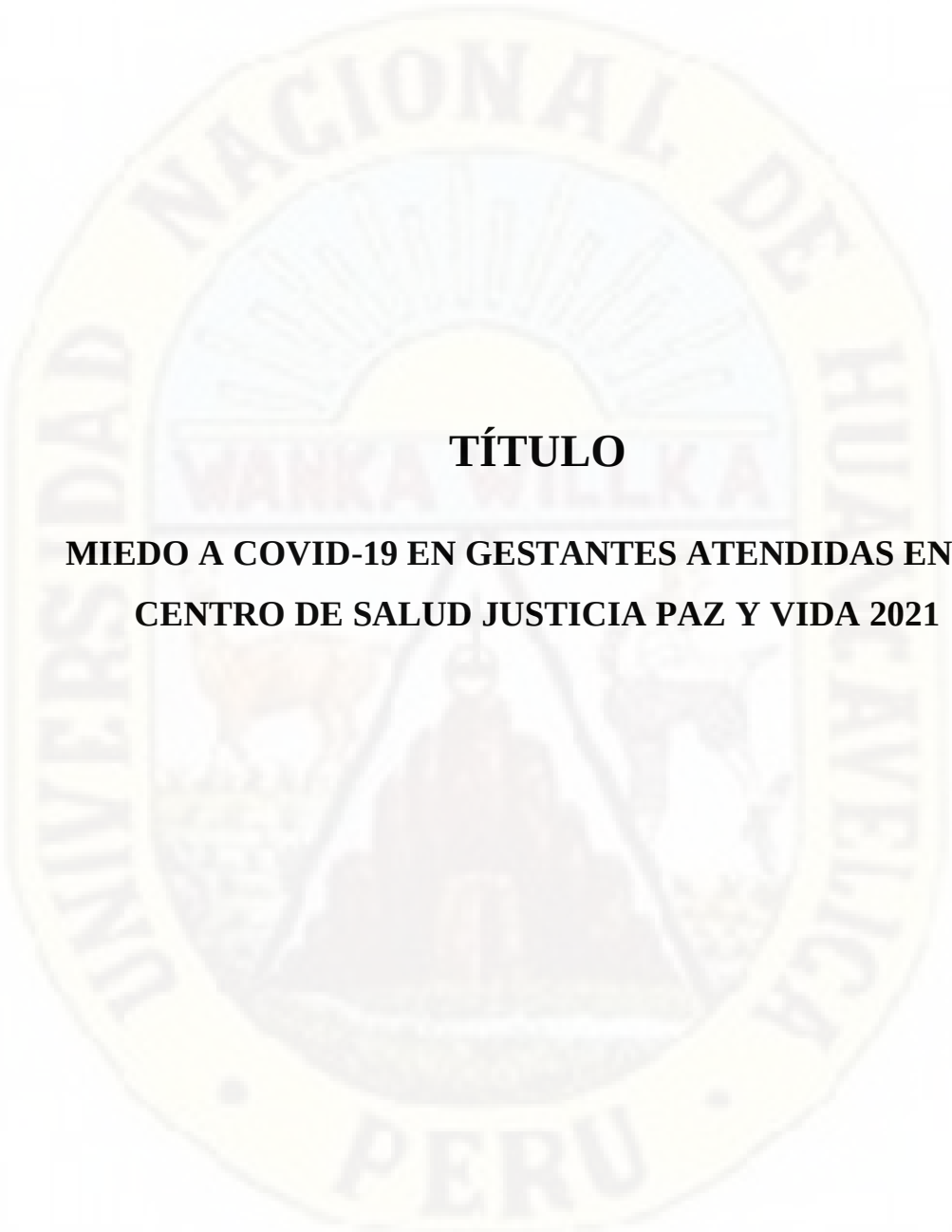
Dr. Leonardo Leyva Yataco
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
VOCAL

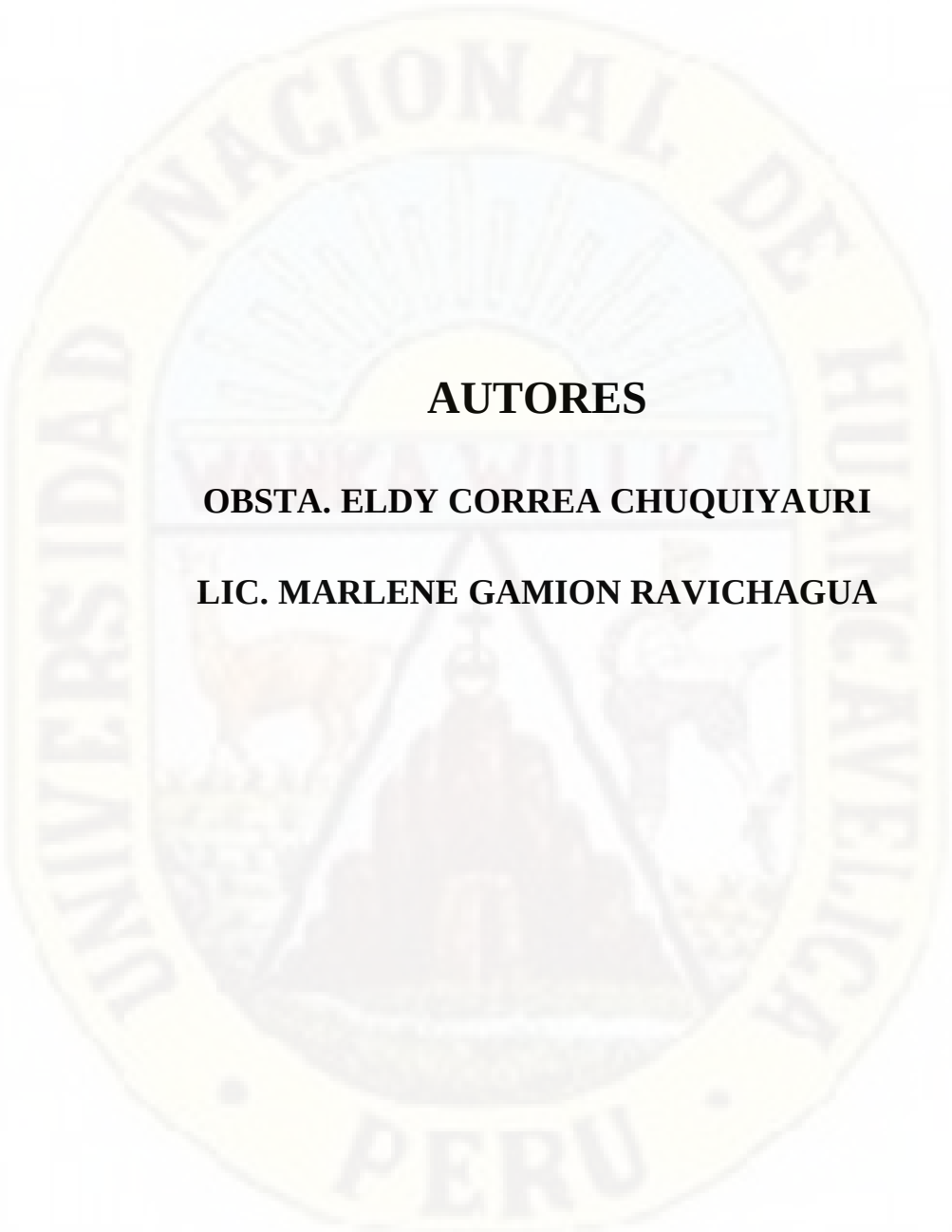
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Lina Yubana Cardenas Pineda
VºBº DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
Mrs. Zulema Mercedes La Cruz Ramos
VºBº SECRETARIA DOC.



TÍTULO

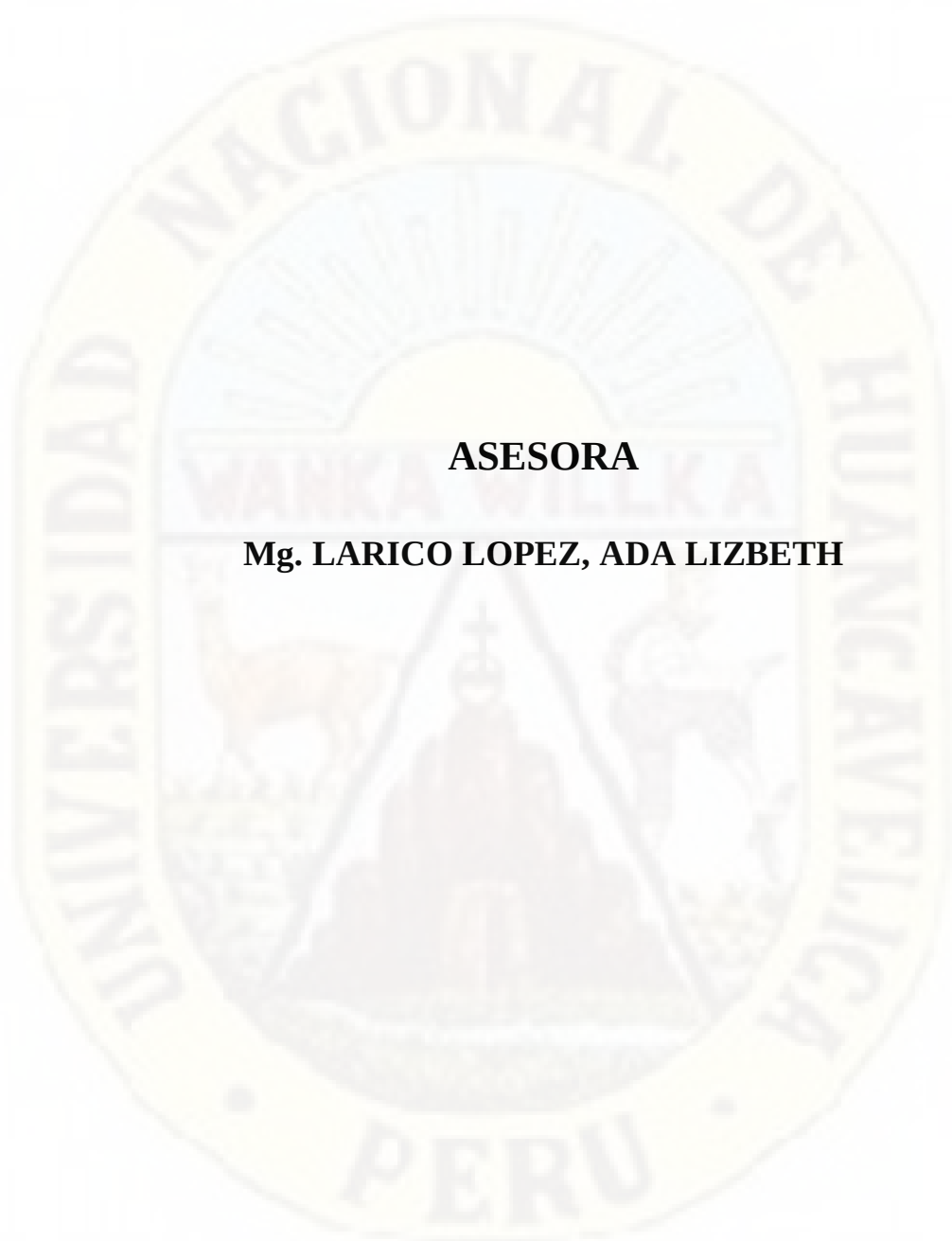
**MIEDO A COVID-19 EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA 2021**



AUTORES

OBSTA. ELDY CORREA CHUQUIYAURI

LIC. MARLENE GAMION RAVICHAGUA



ASESORA

Mg. LARICO LOPEZ, ADA LIZBETH



DEDICATORIA

A nuestros queridos hijos por ser motivación constante para culminar una de nuestras metas profesionales.

A nuestros familiares por su confianza y apoyo constante.

Eldy y Marlene

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por la vida, salud y demás bendiciones abundantes en nuestras vidas.

A la Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud y a todos los que integran la plana docente del Programa de Segunda especialidad por sus enseñanzas volcados en cada uno de nosotros.

Al director del Centro de Salud de Justicia Paz y Vida, Junín por su apoyo en proporcionarnos y darnos facilidades para el logro de esta investigación.

A la asesora Mg. Ada Lizbeth Larico López quien compartió con nosotros sus conocimientos, siempre dispuesta aún en la distancia.

Y a todas las personas que de una u otra manera aportaron para que este trabajo sea una realidad.

AUTORES

ÍNDICE

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	ii
ASESORA	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCION	xiii
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
1.4. JUSTIFICACIÓN	18
1.5. LIMITACIONES	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.2. BASES TEORICAS	24
2.2.1. MIEDO.....	24
2.2.2. MIEDO EN LA GESTANTE	31
2.2.3. COVID-19	31
2.2.4. COVID-19 EN GESTANTES	39
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	40
2.4. HIPÓTESIS.....	41

2.5. VARIABLE	41
2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE	42
CAPITULO III	
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	44
3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL	44
3.1.1. UBICACIÓN.....	44
3.1.2. LIMITES.....	44
3.1.3. SUPERFICIE	45
3.1.4. CLIMA	45
3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	46
3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	46
3.5.1. POBLACIÓN	46
3.5.2. MUESTRA	46
3.6. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	47
3.7. TÉCNICA Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	48
CAPITULO IV	
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.....	49
4.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	49
4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	58
APENDICE	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Características de las gestantes atendidas según edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, religión y trimestre.	50
Tabla N°2	Miedo según el factor emocional (ítems 1,2,4y 5) en las gestantes.	52
Tabla N°3	Miedo según el factor somático (ítem 3,6 y 7) en las gestantes.	53

RESUMEN

Objetivo. Determinar el miedo al COVID-19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida. **Método.** El estudio fue observacional, transversal, de diseño descriptivo simple. La población fue de 110 gestantes atendidas durante Junio a Agosto del 2021, la muestra fue censal. La técnica fue encuesta y el instrumento fue el cuestionario Escala de miedo a COVID-19. **Resultados.** Las gestantes atendidas fueron: 49.1% jóvenes, 38.2% adultas, 53.6% curso secundario, 26.4% técnico superior, 51.8% eran convivientes, 26.4 solteras y 21.8% casadas, 65.5% amas de casa, 21,8% trabajadoras independientes, 78.2% católicas, 14.5% evangélicas, según trimestre 55.5% cursaba el III, 31.8% II y 12.7% I. Para el miedo según el factor emocional en el ítem 1: 32.7% de acuerdo, 23.6% ni de acuerdo ni en desacuerdo. En el ítem 2: 40.9% de acuerdo, 27.3% ni de acuerdo ni en desacuerdo. En el ítem 4: 35.5% de acuerdo, 21.8% ni de acuerdo ni en desacuerdo. En el ítem 5: 37.3% de acuerdo, 24.5% en desacuerdo, 20.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Para el miedo según el factor somático en el ítem 3: 34.5% en desacuerdo, 24.5% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 20.9% de acuerdo, 18.2% totalmente en desacuerdo. En el ítem 6: 29.1% de acuerdo, 27.3% en desacuerdo, 20.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 18.2% totalmente en desacuerdo. En el ítem 7 se encontró 30.9% en desacuerdo, 24.5% de acuerdo, 20.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo. **Conclusiones.** Las gestantes atendidas fueron: joven, conviviente, ama de casa, católica, de nivel secundario y del III trimestre. Para miedo según factor emocional hubo mayor proporción en tener mucho miedo a enfermarse, ponerse incomoda al pensar en este virus, manifestar miedo en perder su vida y sentir nerviosismo al ver noticias. Para miedo factor somático hubo mayor proporción en sentir las manos húmedas y dificultades para dormir debido a la preocupación de contraer la enfermedad.

Palabras clave: Miedo, COVID-19, gestante, factor emocional, factor somático.

ABSTRACT

Objective. Determine the fear of COVID-19 in pregnant women treated at the Justicia Paz y Vida Health Center. **Method.** The study was observational, cross-sectional, with a simple descriptive design. The population was pregnant women attended from June to August 2021, the sample was census, 110 in total. The technique was a survey and the COVID-19 fear scale questionnaire instrument. **Results.** The pregnant women attended were: 54 (49.1%) young, 42 (38.2%) adults, 59 (53.6%) secondary course, 29 (26.4%) higher technician, 57 (51.8%) were cohabiting, 29 (26.4) single and 24 (21.8%) married, 72 (65.5%) housewives, 24 (21.8%) independent workers, 86 (78.2%) Catholic, 16 (14.5%) evangelicals, according to the quarter 61 (55.5%) attended III, 35 (31.8%) II and 14 (12.7%) I. For fear according to the emotional factor in item 1: 36 (32.7%) agree, 26 (23.6%) neither agree nor disagree. In item 2: 45 (40.9%) agree, 30 (27.3%) neither agree nor disagree. In item 4: 39 (35.5%) agree, 24 (21.8%) neither agree nor disagree. In item 5: 41 (37.3%) agree, 27 (24.5%) disagree, 23 (20.9%) neither agree nor disagree. For fear according to the somatic factor in item 3: 38 (34.5%) disagree, 27 (24.5%) neither agree nor disagree, 23 (20.9%) agree, 20 (18.2%) totally disagree. In item 6: 32 (29.1%) agree, 30 (27.3%) disagree, 23 (20.9%) neither agree nor disagree, 20 (18.2%) totally disagree. In item 7, 34 (30.9%) disagreed, 27 (24.5%) agreed, 23 (20.9%) neither agreed nor disagreed. **Conclusions.** The pregnant women cared for were: young, cohabitant, housewife, Catholic, secondary level and third trimester. For fear according to emotional factor, there was a higher proportion in being very afraid of getting sick, being uncomfortable when thinking about this virus, expressing fear in losing their life and feeling nervous when watching the news. For somatic factor fear, there was a higher proportion of feeling wet hands and sleeping difficulties due to the concern of contracting the disease.

Keywords: Fear, COVID-19, pregnant, emotional factor, somatic factor.

INTRODUCCION

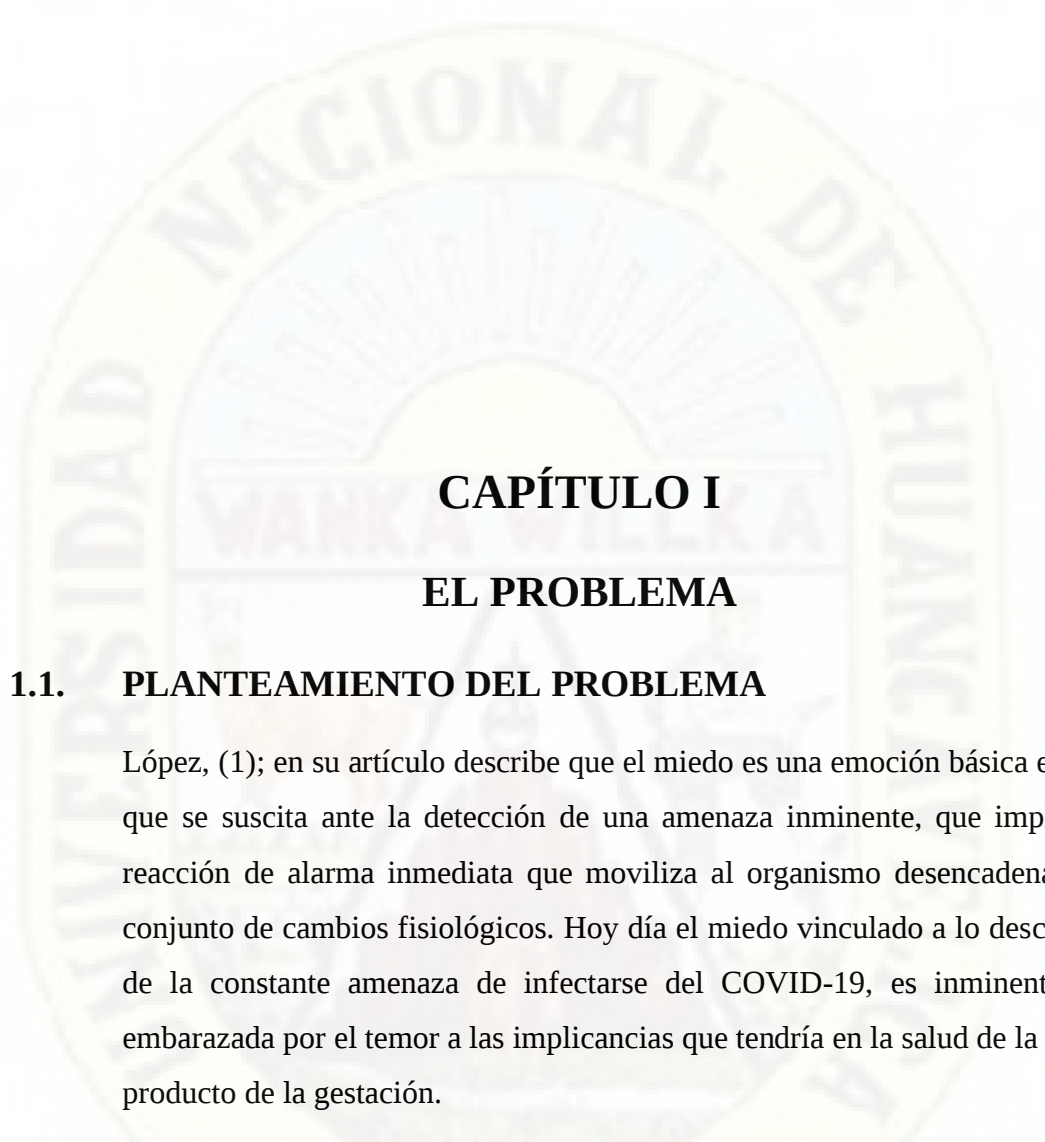
El miedo es una emoción básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata que moviliza al organismo desencadenando un conjunto de cambios fisiológicos.

El embarazo ha sido descrito como uno de los períodos más placenteros y críticos en la vida de la mayoría de las mujeres, que involucra nuevas emociones y experiencias. En el primer trimestre las emociones más frecuentes son el miedo, la confusión, alegría y tristeza, en el segundo trimestre persiste el miedo, alegría o tristeza, mientras que en el tercer trimestre predominan los sentimientos de la alegría, ilusión y finalmente el miedo al parto; demostrando que siempre esta emoción intensa del miedo acompaña durante el estado gravídico de la mujer.

La pandemia del COVID-19, no solo ha tenido como resultado consecuencias en aspectos físicos, sociales y económicas sino más bien ha tenido un impacto negativo considerable en la salud mental de las gestantes condicionado al miedo a la infección, la incertidumbre, el estrés, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo y las tendencias suicidas.

El miedo puede condicionar estrés y ansiedad en el embarazo el cual conduce a un trastorno en la relación madre-hijo, depresión prenatal y posparto, aumento de los problemas físicos y un mayor riesgo de preeclampsia.

La presente investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capitulo describe los resultados.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

López, (1); en su artículo describe que el miedo es una emoción básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata que moviliza al organismo desencadenando un conjunto de cambios fisiológicos. Hoy día el miedo vinculado a lo desconocido de la constante amenaza de infectarse del COVID-19, es inminente en la embarazada por el temor a las implicancias que tendría en la salud de la madre y producto de la gestación.

El embarazo ha sido descrito como uno de los períodos más placenteros en la vida de la mayoría de las mujeres, que involucra nuevas emociones y experiencias. En el primer trimestre las emociones más frecuentes son el miedo a lo nuevo o desconocido, la confusión, alegría y tristeza, en el segundo trimestre persiste el miedo y alegría, mientras que en el tercer trimestre predominan los sentimientos de la alegría, ilusión y finalmente el miedo al parto (2,3) queda demostrado que el miedo por ser una emoción básica siempre acompaña a la mujer embarazada en esta nueva experiencia.

La COVID-19 es una enfermedad de naturaleza infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2 (4,5). Debido a su rápida transmisión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró una pandemia a principios del 2020 (6). Más de 232 millones de personas en todo el mundo están infectadas con este virus y hay más de 4,69 millones de muertes al 2021 (7). Así mismo, dentro de la población más vulnerable que tiene mayor riesgo de presentar síntomas y complicaciones más graves son las embarazadas. La Organización Panamericana de la salud (OPS) el 15 de enero del 2021, reportó que Perú es el primer país en Latinoamérica con más gestantes diagnosticadas con COVID-19, siendo Lima la región con más casos, seguidos de Piura, La Libertad y Cajamarca. El conocer de este panorama mundial, nacional y local genera más miedo en la población de las gestantes por sus letales repercusiones a corto y largo plazo (8).

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, el miedo relacionado al COVID-19 han provocado sintomatología que ha generado cambios en los patrones del sueño y alimentación ocasionando mayor demanda del uso de sustancias tóxicas que con frecuencia se fundamentan como un factor para el deterioro de la salud mental. El miedo a la infección, la incertidumbre a lo desconocido, el estrés de infectarse, generan trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que repercute en la salud mental de las gestantes por ser un grupo poblacional más susceptible a complicaciones perinatales ante un posible contagio de COVID-19 (9–12).

En las pandemias anteriores, se habían identificado cuatro tipos principales de factores de estrés suicida, siendo el miedo a ser infectado el factor prominente seguido por el aislamiento social, la interrupción de la vida normal y la secuela de la enfermedad a largo plazo; es así que durante la pandemia COVID-19, también se ha observado un aumento de la tasa de mortalidad por suicidio según los reportes (13–15), situación similar a los factores que generan miedo y repercute en estrés en las mujeres gestantes.

En el contexto de la pandemia actual, el miedo a la infección también se reporta como el principal factor mediador del suicidio (9,13,16,17); donde se han identificado varios dominios del miedo como: miedo a la infección, miedo a que uno mismo o sus familiares se infecten, miedo a sufrir pérdidas económicas y estar desempleado, miedo a comportamientos de evitación para obtener conocimiento sobre la pandemia, miedo a tomar decisiones sobre visitar a los padres o familiares entre otros (18).

Comprender que el miedo es una parte importante del bienestar individual y colectivo, hará que influya en la forma en que una mujer gestante participe en las decisiones diarias (19). Por otro lado, el miedo podría afectar la forma en que las personas reaccionan a las pautas de control requeridas como medidas preventivas que ayudan en el resultado general de la transmisión de la enfermedad en la comunidad (20,21).

El miedo prolongado puede estimular el sistema inmunológico conductual, lo que generalmente conduce a emociones y respuestas conductuales aversivas. Aunque estos comportamientos aversivos inicialmente ayudan a mantenerse alejado de las enfermedades, la exposición prolongada al miedo puede conducir a trastornos emocionales y relacionados con la angustia (22,23).

Durante el embarazo, en circunstancias normales, el 80% de las principales preocupaciones o miedo de las mujeres sobre el embarazo y el parto no son nada extraordinario ni inusual; solo alrededor del 20% de las mujeres embarazadas experimentan una preocupación excesiva por eventos futuros en el embarazo (24); que se originan en diferentes fuentes: socio-médicas, socioeconómicas, la salud del feto, la propia salud de la madre, etc. (25,26). No obstante, el nivel de ansiedad, miedo y preocupación entre las mujeres embarazadas aumentó durante la pandemia (27,28); donde esto es atribuible a una serie de factores que incluyen: la probabilidad de un mayor riesgo de contraer COVID-19, presentar complicaciones graves, el riesgo de muerte en mujeres embarazadas infectadas;

preocupación por la salud del feto o la propia salud de la madre, la preocupación por ir al hospital y la incertidumbre sobre la eficacia de los tratamientos disponibles y la producción oportuna de la vacuna (29).

El miedo y la preocupación generan ansiedad, la misma que durante el embarazo tienen consecuencias negativas para la salud física y psicológica de la mujer embarazada. Estudios anteriores sugieren que el estrés del embarazo puede conducir a un trastorno de la relación madre-hijo, depresión prenatal y posparto, aumento de los problemas físicos y un mayor riesgo de preeclampsia (30–32).

Para contener el brote, los gobiernos de todo el mundo han implementado una serie de medidas de salud pública, que incluyen restricciones, cuarentena obligatoria, cierres locales y distanciamiento social. Sin embargo, el tratamiento actual de COVID-19 en todo el mundo se ha centrado principalmente en el control de infecciones, una vacuna eficaz y la tasa de curación del tratamiento, mientras que en el aspecto psicosocial aún no se ha considerado a fondo. Sin embargo, también cada país a través de sus programas de salud mental debería de trabajar en conocer e intervenir en los miedos individuales de la gestante y colectivos para lograr de manera integral tener una sociedad libre repercusiones negativas en su salud mental que genere enfermedades.

El miedo a la infección por COVID-19 ha llevado a muchas gestantes a abandonar su participación en la actividad social y laboral, lo que significa una falta impuesta de oportunidades esta privación ocupacional conduce a la mala salud.

En este sentido, por todo lo expuesto queda claro que el miedo es una emoción que siempre acompaña a la gestante la mismas que en situaciones excesivas puede alterar la salud mental materna, por lo que es un tema de gran preocupación, ya que se informa que el bienestar mental de las embarazadas que desempeñaran el rol de madres se vea afectado negativamente por las medidas restrictivas de salud pública y las incertidumbres que rodean la pandemia. Dado

que la ansiedad está relacionada con resultados maternos y neonatales adversos, es importante identificar estos miedos propios que acompañan como emociones nuevas a las gestantes en esta pandemia de COVID-19. Así mismo, dado que el miedo puede ayudar a explicar varias de estas consecuencias negativas en la salud mental de la gestante, es importante comprender qué crea este miedo para generar nuestras estrategias de intervención.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el miedo al COVID-19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida 2021?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el miedo al COVID-19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a las gestantes atendidas según edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, religión y trimestre.
- Identificar el miedo según el factor emocional (ítems 1,2,4y 5) en las gestantes.
- Identificar el miedo según el factor somático (ítem 3,6 y 7) en las gestantes.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Las mujeres embarazadas se encuentran entre los grupos vulnerables que necesitan atención especial durante la pandemia del COVID-19. La vulnerabilidad no solo se debe a que las mujeres embarazadas corren el riesgo de desarrollar una forma grave de COVID-19, sino más bien a padecer más problemas de salud mental como ansiedad y angustia que inicia con la vivencia

del miedo al contagio individual y comunitario; miedo que genera en esta población la necesidad de interrumpir la atención prenatal adecuada.

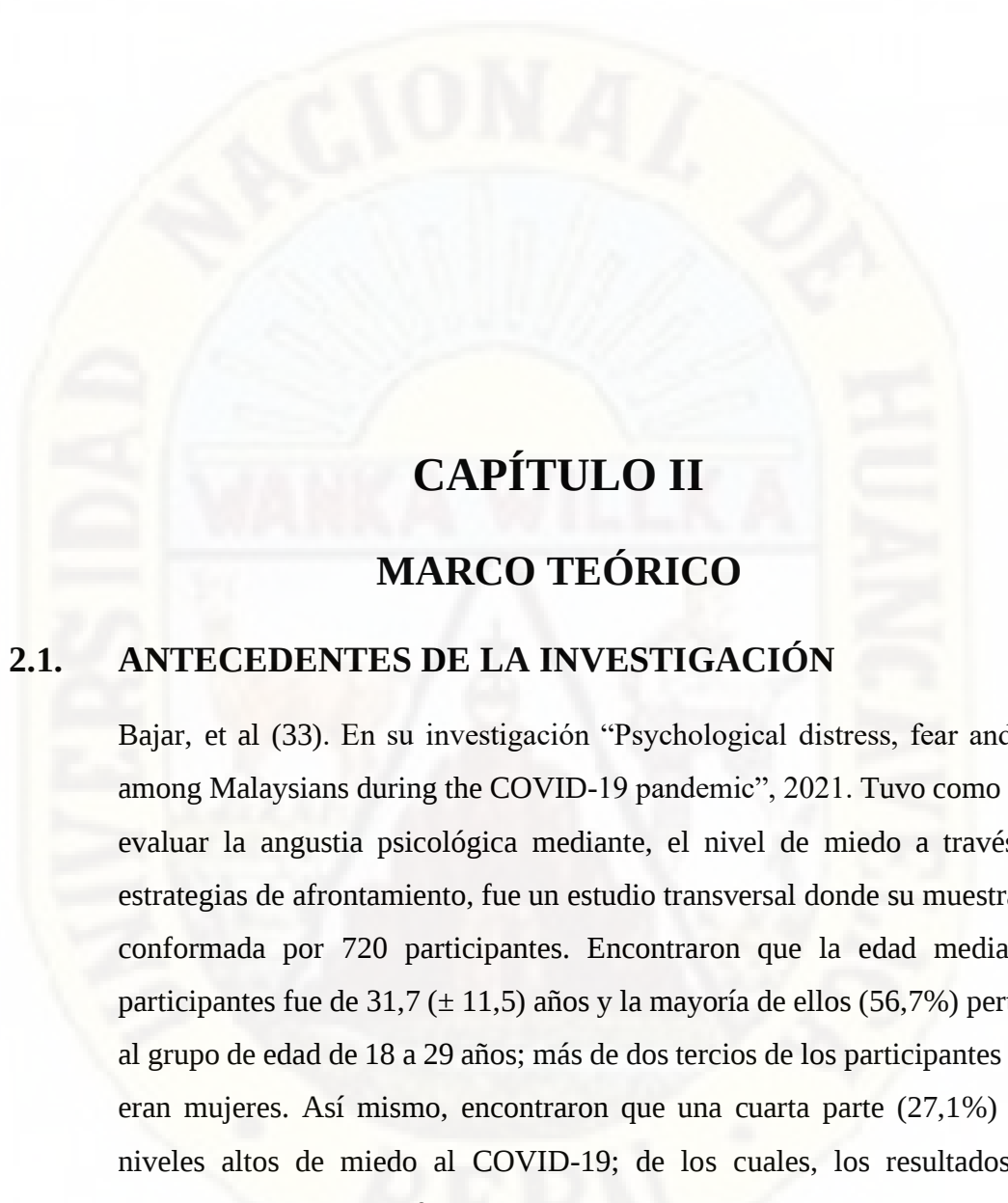
Desafortunadamente, desde la pandemia del COVID-19, el embarazo y el parto de las mujeres se están produciendo en condiciones difíciles y escenarios nuevos en cuanto a las nuevas medidas de bioseguridad generadas frente al virus. Estas medidas sumadas a otros problemas como el interaccionar con el personal de salud que es el encargado de manejar los casos positivos de COVID-19 han contribuido a aumentar la preocupación que genera más miedo en las gestantes, como las estresantes noticias sobre el número de personas infectadas y el número de muertos, los diversos síntomas y complicaciones causados por la enfermedad en la población materna.

Con la presente investigación se proporcionará información importante al conocer que genera el miedo y a la vez con estos resultados podremos proponer la intervención apropiada para contribuir a disminuir los indicadores de enfermedades como estrés y ansiedad en gestantes; de la misma manera podremos hacer los ajustes de intervención en la atención prenatal para impedir que sea afectado sus concurrencias por parte de la gestante ante la pandemia.

A través del programa de salud mental se propiciará la intervención para generar y buscar el bienestar emocional en las gestantes a fin de experimentar emociones positivas que mejoran su calidad vida, como la seguridad, la alegría y la satisfacción.

1.5. LIMITACIONES

Por ser un estudio observacional, donde la principal fuente de recolección de datos fue el cuestionario; la principal limitación fue la negativa por parte de algunas gestantes en participar en el estudio.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Bajar, et al (33). En su investigación “Psychological distress, fear and coping among Malaysians during the COVID-19 pandemic”, 2021. Tuvo como objetivo evaluar la angustia psicológica mediante, el nivel de miedo a través de las estrategias de afrontamiento, fue un estudio transversal donde su muestra estuvo conformada por 720 participantes. Encontraron que la edad media de los participantes fue de 31,7 ($\pm$ 11,5) años y la mayoría de ellos (56,7%) pertenecían al grupo de edad de 18 a 29 años; más de dos tercios de los participantes (67,1%) eran mujeres. Así mismo, encontraron que una cuarta parte (27,1%) informó niveles altos de miedo al COVID-19; de los cuales, los resultados de los elementos individuales fueron los siguientes: le tengo miedo al covid 19 (Muy en desacuerdo 14,7%, algo en desacuerdo 15,1%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 20,8%, parcialmente de acuerdo 32,9% y totalmente de acuerdo 16,4%); me incomoda pensar en COVID-19 (Muy en desacuerdo 18,9%, algo en desacuerdo 16,4%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 22,9%, parcialmente de acuerdo 31,9%, totalmente de acuerdo 9,9%); mis manos se ponen húmedas cuando pienso en

COVID-19 (Muy en desacuerdo 26,1%, algo en desacuerdo 15,7%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 21,4%, parcialmente de acuerdo 25%, totalmente de acuerdo 11,8%); cuando veo noticias e historias sobre COVID-19 en las redes sociales me pongo nervioso o ansioso (Muy en desacuerdo 22,9%, algo en desacuerdo 19,3%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 22,4%, parcialmente de acuerdo 30%, totalmente de acuerdo 5,4%); no puedo dormir porque me preocupa tener COVID-19 (Muy en desacuerdo 57,4%, algo en desacuerdo 18,8%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 17,9%, parcialmente de acuerdo 4,6%, totalmente de acuerdo 1,4%); mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contraer COVID-19 (Muy en desacuerdo 48,1%, algo en desacuerdo 17,1%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 19,7%, parcialmente de acuerdo 12,5%, totalmente de acuerdo 2,6%).

Rahman, et al (34). En su investigación “COVID-19 Related Psychological Distress, Fear and Coping: Identification of High-Risk Groups in Bangladesh, 2021”. Tuvo como objetivo investigar los factores asociados con la angustia psicológica, el miedo y las estrategias de afrontamiento para las personas durante la pandemia de COVID-19, fue un estudio transversal donde su muestra estuvo conformada por 962 participantes. Encontraron que, la mitad de los participantes (49,7%) pertenecían al grupo de edad de 30 a 59 años y la mitad eran mujeres (50,4%), casi dos tercios de los encuestados habían completado la graduación (68%) y la mitad de ellos tenía una fuente de ingresos durante la pandemia (51%). Así mismo encontraron que, más de un tercio de los participantes (38,5%) informaron niveles altos de miedo al COVID-19, donde se encontró en los ítems individuales del miedo lo siguiente: le tengo miedo al covid 19 (totalmente en desacuerdo 18%, algo en desacuerdo 11,7%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 21,9%, algo de acuerdo 33% y totalmente de acuerdo 15,4%); me incomoda pensar en COVID-19 (totalmente en desacuerdo 17,3%, algo en desacuerdo 12,3%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 17,3%, algo de acuerdo 37,4%, totalmente de acuerdo 15,6%); mis manos se ponen húmedas cuando pienso en COVID-19

(totalmente en desacuerdo 42,3%, algo en desacuerdo 17,9%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 21,1%, algo de acuerdo 12,9%, totalmente de acuerdo 5,7%); tengo miedo de perder la vida a causa de COVID-19 (totalmente en desacuerdo 28,1%, algo en desacuerdo 13,3%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 20%, algo de acuerdo 27%, totalmente de acuerdo 11,5%); cuando veo noticias e historias sobre COVID-19 en las redes sociales me pongo nervioso o ansioso (totalmente en desacuerdo 19,1%, algo en desacuerdo 10,6%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 15,9%, algo de acuerdo 38,3%, totalmente de acuerdo 16,2%); no puedo dormir porque me preocupa tener COVID-19 (totalmente en desacuerdo 49,7%, algo en desacuerdo 14,4%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 17,9%, algo de acuerdo 13,1%, totalmente de acuerdo 4,8%); mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contraer COVID-19 (totalmente en desacuerdo 40,7%, algo en desacuerdo 14%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 17%, algo de acuerdo 20,5%, totalmente de acuerdo 7,8%).

Dule (35), en su investigación “ Psychological Distress Among Ethiopian Pregnant Women During COVID-19: Negative Correlation with Self-Efficacy 2021”. Tuvo como objetivo explorar la asociación de la angustia psicológica con la autoeficacia y otros correlatos entre las mujeres embarazadas, fue un estudio transversal donde su muestra estuvo conformada por 384 gestantes. Encontraron que la edad media fue de 31,3 (DE $\pm$ 7,7) y las edades de 25 a 34 eran dominantes en número (40,4%); la mayoría (59,4%) de las mujeres eran multíparas y aproximadamente un tercio de ellas estaban en el tercer trimestre. Además, encontraron que aproximadamente el 43,8% de las gestantes estuvieron de acuerdo en que tenían miedo al COVID-19 y más de un tercio (35,7%) de ellas estaban muy de acuerdo en que tenían miedo de perder la vida debido al COVID-19; del mismo modo, alrededor del 33,6% de las embarazadas coincidieron firmemente en que tenían dificultades para dormir debido a la preocupación de contraer la enfermedad.

Machado, et al (36). En su investigación “COVID-19 and mental health of pregnant women in Ceará, Brazil, 2021”. Tuvo como objetivo evaluar las percepciones de las embarazadas sobre el COVID-19 y la prevalencia de trastornos mentales comunes durante el período de distanciamiento social implementado, un estudio observacional y transversal, su muestra estuvo conformada por 1.041 gestantes. Encontraron que el 49% si tuvo miedo al coronavirus; el 30,3% no pudo dormir porque le preocupaba contraer el virus y el 51,4% se ponía nerviosa o ansiosa cuando veía noticias e historias sobre COVID-19 en las redes sociales.

Folch, et al (37). En su investigación “Pregnancy during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional observational descriptive study, 2021”. Tuvo como objetivo proporcionar datos sobre los miedos de las embarazadas durante el período de encierro y conocer los factores que pueden haber exacerbado el miedo en las embarazadas, un estudio observacional, descriptivo de corte transversal y su muestra estuvo conformada por 62 gestantes. Encontraron que la edad media fue de 33,6 años; la media de embarazos previos fue de 1,8; la duración media de la gestación fue de 23,6 semanas y el 98,3% fueron embarazos únicos. También encontraron que los sentimientos más comúnmente descritos fueron el miedo (33,9%) y el estar abrumado (25,9%); así mismo encontraron que el 95,2% presentó algún tipo de miedo, particularmente con respecto a la infección transplacentaria (27,1%), la soledad durante el parto (27,1%) y la separación de su recién nacido como un resultado de su propia infección (27,1%).

Ravaldi, et al (38). En su investigación “Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy, 2020”. Tuvo como objetivo explorar el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en las mujeres embarazadas, un estudio trasversal donde su muestra estuvo conformada por 200 gestantes. Encontraron que el 78,5% tenían otros hijos y el 50,0% tenían antecedentes de pérdida perinatal; además encontraron que

"Alegría" fue la emoción más prevalente expresada antes de COVID-19 (126, 63.0% antes vs 34, 17.0% después; $p < 0.05$) y el miedo fue el más prevalente después (15, 7.5% antes vs 98, 49.0% después; $p < 0.05$).

Vásquez y Guzmán (39); en su tesis "Factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID en Arequipa, Mayo 2021". Tuvo como objetivo identificar los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes, un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal, donde su muestra estuvo conformado por 175 gestantes. Encontraron que, la edad promedio fue de 28 años, el 63.43% fueron convivientes, el 51.43% contaban con instrucción superior, el 53.71% presentaban un ingreso mensual menor al básico, mientras que el 78.29% no tenían empleo; el 57.71% y 86.86% contaban con apoyo familiar y de la pareja respectivamente, el 64.0% no planificaron su embarazo, el 10.29% de gestantes refieren haber sufrido de violencia doméstica, mientras que el 53.14% tienen algún familiar que se contagió de COVID-19%. Así mismo, el 34.29% de las gestantes fueron multíparas, el 41.71% se encontraban en su II trimestre de embarazo, el 22,86% tuvo amenaza de aborto, mientras que el 20.57% presentaba alguna comorbilidad. En cuanto a la percepción de miedo al coronavirus, el 40.00% de las gestantes presentaron niveles moderados de miedo al coronavirus, seguido del 37.14% con niveles altos de miedo percibidos.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. MIEDO

DEFINICIÓN

El miedo es una emoción de choque de defensa ante un peligro inminente, externo, y es reconocido como tal por el individuo que lo padece; se trata de una reacción emotiva que no solo depende la gravedad del mal con que se amenaza, sino de las especiales

circunstancias de la persona que lo padece. El fenómeno del miedo lleva consigo cuatro componentes principales:

- La experiencia subjetiva del temor.
- Las modificaciones asociadas.
- Las manifestaciones exteriores del miedo.
- Las tentativas de evitación o huida de ciertas situaciones en una misma persona (40).

CASCADA DE DEFENSA

Excitación: La excitación es el primer paso necesario para activar la cascada de defensa, la cual conduce directamente a la respuesta de huida o lucha. En algunas circunstancias, la excitación también puede ser seguida directamente por inmovilidad tónica o inmovilidad colapsada. El hipotálamo juega un papel importante en la excitación al aumentar el tono tanto en la rama simpática del sistema nervioso autónomo (viscero motor) como en el sistema nervioso somato motor (es decir, los músculos estriados) lo que produce sequedad en la boca, aumento del tono en los músculos laríngeos proximales (junto con los músculos de la espalda y posturales) y, a su vez, un tono agudo. La frecuencia cardíaca y la respiración se vuelven más rápidas; y la postura se estabiliza. El cuerpo está preparado para la acción (41).

Vuelo o lucha: Las respuestas de huida o lucha son respuestas de defensa activas (patrones coordinados de respuesta emocional-conductual-fisiológica) que se activan cuando nos enfrentamos a un peligro inminente, como ser perseguidos o atacados activamente por un depredador. Los estudios sugieren que huir o luchar es la suma total de distintos componentes activados

simultáneamente: un componente somatomotor, un componente visceromotor y un componente de modulación del dolor (41).

Respuesta congelada: La respuesta de congelación también se conoce como la inmovilidad atenta, inmovilidad hiperreactiva, y la inmovilidad reactiva. Los componentes de la respuesta de congelación se describen a continuación:

1. Activación del musculo esquelético, conocida también como la activación del gris periacueductal ventrolateral (VLPAG) por parte del núcleo central de la amígdala impone inmovilidad, anulando cualquier movimiento.
2. Patrón de activación autónoma (visceromotora): La congelación implica una coactivación de componentes simpáticos y parasimpáticos. La activación simpática del corazón, los pulmones, el intestino y otros tejidos viscerales ocurre de la misma manera que se describe para la respuesta de huida o lucha. La coactivación del componente parasimpático generará un efecto bradicárdico, que se manifiesta como una taquicardia atenuada o sin cambios en la frecuencia cardíaca.
3. Procesamiento del dolor: La respuesta de congelación integrada incluye una analgesia mediada por opioides, que a su vez está mediada por el PAG y el circuito de dolor de la médula ventromedial rostral. El movimiento para liberar el VLPAG y los frenos vagales, es decir, cambiar de congelación a huir o luchar, probablemente sea iniciado por la amígdala y provocado por una inhibición del núcleo central de la amígdala, el principal controlador del VLPAG (41).

Inmovilidad tónica: la inmovilidad tónica puede producirse en varios escenarios diferentes, entre ellos cuando el individuo está acorralado y percibe que no es posible escapar ni luchar; como respuesta de último recurso cuando hay contacto físico con un agresor y la huida o la lucha no es posible o ha fracasado; o como la respuesta de primera línea del individuo al trauma, debido a la preparación en el contexto de una experiencia previa u otras diferencias individuales. La inmovilidad tónica en humanos parece presentarse como una pérdida de la capacidad de moverse o gritar y se cree que ocurre cuando una persona está en peligro inminente o real (y grande), cuando se ha alcanzado un umbral de excitación simpática; alcanzado, pero cuando escapar o ganar una pelea no es posible o se percibe como imposible. Las víctimas describen experiencias subjetivas de miedo, inmovilidad, frialdad, entumecimiento y analgesia, temblores incontrolables, cierre de ojos y disociación (desrealización y despersonalización), así como una sensación de atrapamiento o desesperanza (41).

Inmovilidad colapsada: responden a la restricción forzada en lugar de inmovilidad tónica, la postura erguida de los humanos los hace especialmente propensos a la bradicardia inducida por hipoxia que conduce a la inmovilidad colapsada. Al igual que la inmovilidad tónica, la inmovilidad colapsada puede ocurrir desde las posiciones de pie, sentado o supino, aunque es más probable en las posiciones de pie o sentado. En la inmovilidad colapsada, como en la inmovilidad tónica, un pico parasimpático de DMN produce bradicardia repentina o asistolia. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en la inmovilidad tónica, la disminución asociada del flujo sanguíneo cerebral es mayor en la inmovilidad colapsada y conduce a la hipoxia. Este estado

cerebral hipóxico interrumpe las señales del tronco encefálico que normalmente mantienen el tono muscular, dejando al individuo inmóvil y colapsado. En respuesta a la hipoxia cerebral, en algunos individuos, la hipoxia cerebral puede comprometer el control inhibitorio y manifestarse como aumento de la ansiedad, pánico, llanto o gemidos (41).

Inmovilidad quiescente: la inmovilidad inactiva es una respuesta adaptativa que se produce en respuesta a un dolor intenso visceral, esquelético, muscular o articular o ante un evento estresante. Cuando la inmovilidad inactiva se prolonga más allá del período necesario para la curación física, se vuelve desadaptativa. Es posible que algunos síndromes de fatiga y dolor crónico puedan representar una inmovilidad inactiva en formas desadaptativas (41).

ETAPAS DEL MIEDO

Según Mira y López (40), el miedo puede diversificarse en 6 etapas o grados.

- Primera fase (la prudencia): es la etapa en la cual el sujeto pretende pasar desapercibido (40).
- Segunda fase (estado de cautela): el individuo en situación de desconfianza domina intelectualmente la situación, pero el pesimismo le invade (40).
- Tercera fase (de alarma): predomina la sensación de insuficiencia, se pierde la claridad y hay desconfianza plena (40).
- Cuarta fase (angustia): la unidad intencional se desorganiza, lo que reduce las posibilidades de reacción. Existe desequilibrio de los procesos de excitación e inhibición,

comenzando el di encéfalo a adquirir su dominio sobre la corteza cerebral. El sujeto cree perder la cabeza, comenzándose a mezclar el temor con el furor (40).

- Quinta fase (estadio de pánico): la conducta se automatiza, apareciendo incluso crisis convulsivas en plena invasión del miedo, que incluso puede llevar a conductas sorprendentes y crepusculares, con reducción de los niveles de conciencia, dominando la personalidad profunda (40).
- Sexta fase (de terror): el individuo ha perdido no sólo la intelección y sensibilidad afectiva, sino toda su potencia motriz y memoria (40).

FACTORES DEL MIEDO

Factor somático: El término somatización son quejas físicas que ocasionan malestar, que en ausencia de hallazgos clínicos justifican una causa orgánica (42).

El rasgo principal es la presentación reiterada de síntomas somáticos difícilmente explicables desde la fisiopatología y no tienen justificación orgánica (42).

Las somatizaciones pueden ser:

- Agudas: estas se dan en individuos con una personalidad de adaptación normal, que debido a un estrés psicosocial presentan síntomas somáticos.
- Crónicas: se dan en pacientes con un nivel previo de adaptación insatisfactorio que presentan desde hace un mínimo de 6 meses, síntomas físicos inexplicados que les producen mucha incapacidad (43).

El paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas somáticos que afectan a diferentes órganos:

- Síntomas generales: astenia, cansancio.
- Musculo esqueléticos: cervicalgias, dolores generalizados.
- Gastrointestinales: dolor y distensión abdominal, «gases», diarrea, estreñimiento.
- Cardiorrespiratorios: palpitaciones, dolor torácico, sensación de falta de aire.
- Neurológicos: cefalea, mareos, debilidad muscular, alteraciones de la visión o de la marcha.
- Genitourinarios: disuria, prurito, dispareunia (44).

Factor emocional: La reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste.

Actividad fisiológica:

- Aceleración de la frecuencia cardiaca, incremento de la conductancia y de las fluctuaciones de la misma.

Experiencia subjetiva:

- Se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar.
- Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud.
- Sensación de pérdida de control (45).

ESCALA DE MIEDO AL COVID-19

La escala de miedo al COVID-10 version español (FCV-19S) fue validado por Jeft, Villarreal, Podesta y Luna (46).

El FCV-19S es una escala unidimensional novedosa de siete ítems con buenas propiedades psicométricas utilizado para evaluar los

temores o miedos de COVID-19 entre la población general. Todos los ítems tienen una escala de puntos, que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las puntuaciones totales oscilan entre 7 a 35. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el miedo al COVID-19. Esta escala obtuvo un Alfa de Cronbach = 0,82 y fiabilidad test-retest coeficiente de correlación intraclass = 0,72. El factor general del FCV-19 S consta de 7 ítems los mismos que pueden ser estudiados en el factor específico de reacciones de miedo emocional (F1) de 4 ítems; este primer factor incluye diferentes preocupaciones causado por un factor emocional específico relacionado con COVID-19 y el factor específico somático evalúa las expresiones de miedo (F2) de 3 ítems) el cual incluye componentes somáticos como sudoración, palpitaciones e insomnio (46).

2.2.2. MIEDO EN LA GESTANTE

Durante el embarazo, el miedo es un sentimiento muy común; y que está relacionado con la incertidumbre de no saber cómo se va desarrollando la gestación, así mismo por los cambios que se van produciendo. La mayoría de los miedos están relacionados sobre si hay alguna anomalía en el embarazo o salud fetal, como también hacia el dolor en el parto (47).

2.2.3. COVID-19

ORIGEN

A fines de diciembre del 2019, varios establecimientos de salud en Wuhan, en China, informaron grupos de pacientes con neumonía de causa desconocida. Los pacientes presentaron síntomas de neumonía viral, fiebre, tos y malestar torácico, y en casos severos disnea e infiltración pulmonar bilateral

(48,49). Según un estudio retrospectivo, el inicio del primer caso conocido se remonta al 8 de diciembre del 2019 (4,50). El 31 de diciembre, la Comisión de Salud Municipal de Wuhan notificó sobre un brote de neumonía de causa no identificada a la Organización Mundial de la Salud (OMS). La alta eficiencia de transmisión del SARS-CoV-2 y la abundancia de viajes internacionales permitieron una rápida propagación mundial del COVID-19. El 11 de marzo del 2020, la OMS caracterizó oficialmente el brote mundial de COVID-19 como una pandemia (51).

CONFIRGURACION ESTRUCTURAL Y BIOLOGICA

Los CoV pertenecen a la familia Coronaviridae y al orden Nidovirales; estos se clasifican en cuatro géneros principales, a saber, alfa-coronavirus (α -CoV), beta-coronavirus (β -CoV), gamma-coronavirus (γ -CoV) y delta-coronavirus (δ -CoV). En las últimas dos décadas, surgieron tres nuevos CoV altamente contagiosos y patógenos que causaron brotes globales. Todos estos tres CoV, a saber, el SARS-CoV, el MERS-CoV y el recién descubierto SARS-CoV-2, pertenecen notablemente al mismo género de β -CoV (52).

Hasta la fecha, se han identificado siete CoV que afectan a los seres humanos que se pueden segregar en dos tipos principales, a saber, altamente patógenos (SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2) y de baja patogenicidad (HCoV 229E , NL63, OC43 y HKU1) (52).

EPIDEMIOLOGIA

Las características clínicas y patológicas van desde infección asintomática hasta síntomas leves autolimitados e insuficiencia respiratoria aguda que requiere ventilación mecánica invasiva. El hallazgo clínico más común es fiebre, tos y fatiga, con algunos hallazgos de laboratorio como aumento de ferritina sérica, dímeros D y proteína C reactiva (PCR) (51,53).

Los pacientes que no desarrollan una infección bacteriana presentan niveles altos de PCR inicial y niveles bajos de procalcitonina (PCT), disminuyendo progresivamente, con implicaciones en el manejo antimicrobiano. La PCR no tiene valor predictivo de infecciones bacterianas en pacientes de UCI con infección por SARS-CoV-2; se debe considerar la posibilidad de sobreinfección y el uso oportuno y apropiado de antibióticos si la PCT aumenta después de algunos días de VM (53).

FISIOPATOLOGIA

Los coronavirus, y especialmente el SARS-CoV-2, penetran en las células epiteliales a través de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2); la transmembrana proteasa 2 en la célula huésped promueve aún más la captación viral del ACE2 y activar la proteína SARS-CoV-2. El virus utiliza la maquinaria intracelular para multiplicarse y diseminarse por las vías respiratorias (54).

La ausencia de respuesta Th1 normal conduce a la piroptosis de la célula epitelial (con reacciones proinflamatorias masivas, reclutamiento de monocitos sanguíneos en los pulmones y atracción y activación de neutrófilos (especies reactivas de oxígeno, producción de proteasas y muerte celular por trampas

extracelulares de neutrófilos (NETosis)), conduciendo a una tormenta de citocinas. La falta de citocinas a nivel transcripcional en la sangre, en contraste con el alto nivel de proteína, sugiere una compartimentación de la respuesta que comienza en el pulmón y se extiende a otros tejidos (54).

La respuesta Th2 anormal no puede eliminar el patógeno y conduce a una activación anormal de las células T CD8 + con disminución masiva, diferenciación parcial y agotamiento. La respuesta CD4 + es anárquica con proliferación de plasmablastos. El alto nivel de producción de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 al mismo tiempo que la persistencia del virus aumenta la reacción inflamatoria y anula la respuesta de cicatrización de la herida (producción de MCP-1 e interleucina (IL) -8 y reclutamiento de monocitos / macrófagos proinflamatorios) (55).

El endotelio se activa, a través del receptor ACE2 con expresión de factor tisular, activación plaquetaria y aumento de los niveles de factor von Willebrand (VWF) y factor VIII (FVIII), todos los cuales contribuyen a la generación de trombina y formación de coágulos de fibrina. La trombina, a su vez, causa inflamación a través de su efecto sobre las plaquetas que promueven la formación de NET en los neutrófilos: también activa el endotelio a través del receptor de receptores activados por proteasa (PAR), lo que conduce a la liberación de C5a y la activación de monocitos (56,57).

Como el receptor ACE-II al que se une el SARS-COV-2 se encuentra ampliamente en todo el cuerpo, incluidas las células epiteliales alveolares del pulmón, los enterocitos del intestino delgado, las células endoteliales arteriales y venosas y las células

del músculo liso arterial, no se debe extrañar que el COVID-19 sea una enfermedad que va más allá de los pulmones (58).

Después de los pulmones, el corazón es el órgano más frecuentemente afectado. Varias patologías pueden alterar la función cardíaca, tanto primaria (miocarditis) como secundaria (infarto de miocardio, arritmia, supresión inducida por citocinas, etc.); pero, la evaluación de la causa de la afectación cardíaca se complica por la frecuente enfermedad cardíaca comórbida en pacientes con enfermedad grave y la variedad de medicamentos cardiotóxicos que se utilizan con frecuencia en combinación (59,60). Sin embargo, las tasas de miocarditis son bastante significativas y un motivo de preocupación con respecto a las consecuencias a largo plazo en los supervivientes de COVID-19 (61).

La enfermedad trombotica generalizada en el sistema venoso y arterial debido a la endotelitis, a pesar de la terapia profiláctica con heparina de bajo peso molecular, es el otro sello distintivo de COVID-19. La enfermedad neurológica primaria distinta del accidente cerebrovascular es rara y la mayoría de las enfermedades renales son secundarias a agresiones sistémicas en lugar de primarias (62).

FENOTIPOS

La presentación de COVID-19 se caracteriza por diferentes fenotipos clínicos, con diferente gravedad de la enfermedad y resultados, con biomarcadores específicos (63).

- El fenotipo 1: se caracteriza por pacientes sintomáticos leves (fiebre, dolor de cabeza, tos o dolor de garganta) sin hipoxemia y alteraciones radiológicas (63).

- El fenotipo 2: se presenta como pacientes hiperinflamados e hipovolémicos, presentando hipoxemia leve y / o pequeñas opacidades en la radiografía de tórax. Expuesto al riesgo de deterioro rápido, se necesita una estrecha monitorización de la SpO2. Estos pacientes tienen una mediana de IL-6 por debajo de 95 pg / mL (63).
- El fenotipo 3 se caracteriza por una mayor hipoxemia ($PaO_2 / FiO_2 < 200$), frecuencias respiratorias > 25 por minuto, valores de IL-6 > 94 pg / mL, siendo una posible progresión del tipo 2 (63).
- Los fenotipos 4 y 5 se caracterizan por una hipoxemia grave que requiere intubación. El fenotipo se caracteriza por vasoconstricción hipóxica, lesiones microembólicas, distensibilidad pulmonar normal, edema de los lóbulos inferiores con opacidades en vidrio esmerilado; la tomografía computarizada (TC) es compatible con un patrón de neumonía organizada progresiva. El fenotipo 5 representa una etapa avanzada de SDRA, típicamente en pacientes con intubación retrasada; se ajusta totalmente a los criterios severos del ARDS. Los pacientes pueden beneficiarse de niveles de presión espiratoria final positiva (PEEP) > 12 cm H₂O, posición en decúbito prono y volúmenes corrientes bajos (63).

DIAGNOSTICO

La detección molecular del ácido nucleico del SARS-CoV-2 es el estándar de oro. Muchos kits de detección de ácidos nucleicos virales que se dirigen a los genes ORF1b (incluido RdRp), N, E o S. El tiempo de detección varía de varios minutos a horas dependiendo de la tecnología, la detección molecular puede verse

afectada por muchos factores. Aunque el SARS-CoV-2 se ha detectado a partir de una variedad de fuentes respiratorias, que incluyen frotis de garganta, saliva orofaríngea posterior, frotis nasofaríngeos, esputo y líquido bronquial, la carga viral es mayor en las muestras del tracto respiratorio inferior (64–66).

Además, también se encontró ácido nucleico viral en muestras del tracto intestinal o de sangre incluso cuando las muestras respiratorias fueron negativas. Por último, la carga viral ya puede caer desde su nivel máximo al inicio de la enfermedad. En consecuencia, los falsos negativos pueden ser comunes cuando se usan hisopos orales, por lo que deben adoptarse múltiples métodos de detección para confirmar un diagnóstico de COVID-19 117. Por tanto, se utilizaron otros métodos de detección para superar este problema (67–69).

La TC de tórax se utilizó para identificar rápidamente a un paciente cuando la capacidad de detección molecular estaba sobrecargada en Wuhan. Los pacientes con COVID-19 mostraron características típicas en la TC inicial, incluidas opacidades bilaterales en vidrio deslustrado multilobar con distribución periférica o posterior. Por lo tanto, se ha sugerido que la tomografía computarizada combinada con pruebas de hisopo repetidas debe usarse para personas con alta sospecha clínica de COVID-19 pero que dan negativo en la detección inicial de ácido nucleico. Finalmente, las pruebas serológicas del SARS-CoV-2 que detectan anticuerpos contra la proteína N o S podrían complementar el diagnóstico molecular, particularmente en las fases tardías después del inicio de la enfermedad o para estudios retrospectivos (68,69)

TRATAMIENTO

En nuestro país el tratamiento consta de:

- Fosfato de cloroquina 500 mg cada 12 horas durante 7-10 días, vía oral.
- Hidroxicloroquina 200 mg cada 8 horas durante 7-10 días, vía oral.
- Hidroxicloroquina 200 mg cada 8 horas durante 7-10 días, vía oral + Azitromicina 500 mg el primer día, luego 250 mg cada 24 horas durante 5 días, vía oral (70).

VACUNAS

Las vacunas están diseñadas para enseñar al sistema inmunitario del organismo a reconocer y bloquear de manera segura el virus causante de la COVID-19:

- BNT162B2 - BioNTech / Pfizer (BNT/Pfizer) (COMIRNATY): consiste en una molécula de ARN mensajero que codifica la proteína S (Spike) del virus, su eficacia es de un 95%.
- ARNm-1273 – MODERNA: se trata de una molécula de ARN mensajero que codifica al antígeno S-2P que incluye la glicoproteína, su lugar de anclaje a la membrana viral y el sitio de unión S1-S2. Su eficacia es del 94,1%.
- ChAdOx1 – UNIVERSIDAD DE OXFORD/ASTRA ZENECA COVID-19 VACCINE): Se trata de una vacuna recombinante que utiliza un virus como vector, que expresa los antígenos del virus.
- Ad26.COV2S – JANSSEN VACCINES: Se trata de una vacuna recombinante cuyo vector es un adenovirus serotipo 26

(Ad26) que codifica la proteína S, completa y estabilizada. Su eficacia es del 66.9 %.

- CUREVAX (CVnCoV): Se trata de una vacuna mRNA (similar a la BNT/Pfizer Comirnaty, y a la Astra/Zeneca ChAdOx1), que codifica la proteína S (Spike) del virus.
- NOVAVAX (NVX-CoV2373): Se trata de una vacuna de subunidades, que contiene exclusivamente la proteína S en forma de nanopartículas termoestables, unida a un adyuvante Matrix-M, se ha comprobado que se une al receptor hACE2.
- Gam-COVID-Vac - SPUTNIK V: Se trata de una vacuna basada en adenovirus recombinante; su eficacia es del 96.1%(71).

2.2.4. COVID-19 EN GESTANTES

SUCEPTIVILIDAD FISIOLÓGICA

Los cambios en los sistemas cardiorrespiratorio e inmunológico durante el embarazo aumentan la susceptibilidad de la mujer a infecciones graves y compromiso hipóxico (72). Los volúmenes pulmonares se alteran: ya que la capacidad residual funcional, los volúmenes al final de la espiración y los volúmenes residuales disminuyen, lo que resulta en una capacidad pulmonar total reducida a término y una incapacidad para eliminar las secreciones pulmonares de manera efectiva (73). La neumonía por COVID-19 progresa rápidamente desde una consolidación bilateral focal a difusa del parénquima pulmonar, lo cual, en el contexto de los cambios pulmonares descritos anteriormente, predispondría más fácilmente a insuficiencia respiratoria hipoxémica durante el embarazo (74).

CARACTERISTICAS CLINICAS

Al igual que las pacientes no embarazadas; las características predominantes de COVID-19 en las gestantes son fiebre, to, disnea y linfopenia (75).

COMPLICACIONES

Hasta la fecha, no ha habido casos confirmados de transmisión vertical. Dentro de las complicaciones fetales de COVID-19 incluyen aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino en algunos casos y parto prematuro; por otro lado, los estudios de cohortes en pacientes con otras infecciones no han mostrado un mayor riesgo de anomalías congénitas por pirexia materna en el primer trimestre (76).

RECIEN NACIDOS Y COVID-19

Es poco probable que los recién nacidos se vean afectados por la infección materna por SARS-CoV-2, por otro lado, los pocos estudios en los que los recién nacidos se han infectado, informan resultados favorables, siendo síntomas típicos la tos, dificultad respiratoria, fiebre y neumonía (77).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

GESTANTE

Mujer que lleva en su vientre a un embrión o feto producto de la concepción.

COVID-19

La covid-19 pertenece a la familia Coronaviridae; la transmisión se basa principalmente en la exposición de un individuo sano a objetos contaminados o a individuos infectados; donde los principales síntomas frecuentes son: fiebre,

tos seca, astenia, mialgias, artralgias, escalofríos, cefalea, odinofagia y disnea.
(65)

MIEDO

Es una emoción básica, que se produce ante un peligro en específico; que comienza con un estímulo estresante y termina con la liberación de sustancias químicas que causan reacciones en el organismo, como: taquicardia, respiración rápida, inmovilización, etc.

2.4. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere del planteamiento de hipótesis.

2.5. VARIABLE

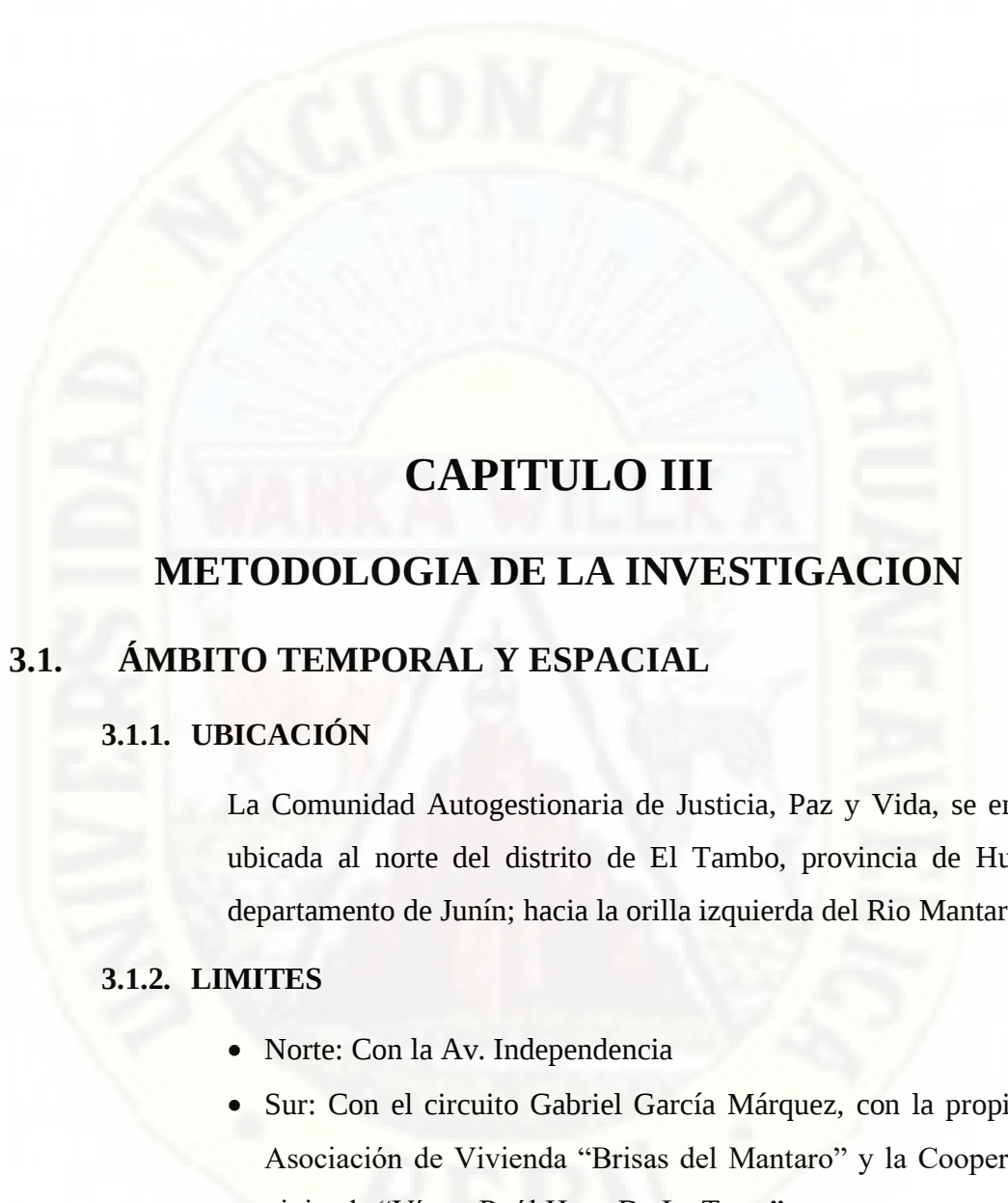
Univariable

- Miedo al COVID-19 en gestantes

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	ITEM	Valor
Miedo a COVID-19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida 2021	El miedo es una emoción de choque de defensa ante un peligro inminente, externo, y es reconocido como tal por el individuo que lo padece.	Aplicación de la encuesta de Escala de miedo a COVID-19; aplicado a gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida.	Características de la gestante	Edad	Adolescente (12-18 años) Joven (19-29 años) Adulto (>30 años)	1 2 3
				Nivel de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario	1 2 3 4 5
				Estado civil	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado	1 2 3 4 5
				Ocupación	Ama de casa Estudiante Trabajadora independiente Trabajadora dependiente	1 2 3 4 5
				Religión	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otros	1 2 3 4
				Trimestre	I trimestre II trimestre III trimestre	1 2 3

			Miedo a Covid-19	Factor de miedo emocional (ítems 1,2,4y 5)	1.- Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19) 2.- Me pone incomoda pensar en el coronavirus (COVID-19) 4.- Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19) 5.- Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nerviosa o ansiosa	1 totalmente en desacuerdo 2 en desacuerdo 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 de acuerdo 5 totalmente de acuerdo
				Factor somático (ítem 3,6 y 7)	3.- Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19) 6.- No puedo dormir porque estoy preocupada de contagiarme del coronavirus (COVID-19) 7.- Mi corazón se acelera o palpita cuando piensa en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1 totalmente en desacuerdo 2 en desacuerdo 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 de acuerdo 5 totalmente de acuerdo



CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

3.1.1. UBICACIÓN

La Comunidad Autogestionaria de Justicia, Paz y Vida, se encuentra ubicada al norte del distrito de El Tambo, provincia de Huancayo, departamento de Junín; hacia la orilla izquierda del Rio Mantaro.

3.1.2. LIMITES

- Norte: Con la Av. Independencia
- Sur: Con el circuito Gabriel García Márquez, con la propiedad de Asociación de Vivienda “Brisas del Mantaro” y la Cooperativa de vivienda “Víctor Raúl Haya De La Torre”
- Este: Con la Av. Cultural, las praderas, con las viviendas de FONAVI y el circuito 26 de Julio, con la Cooperativa de vivienda Sala.
- Oeste: Con el circuito Gabriel García Márquez, familia Sala – Ministerio de Agricultura y Asociación de vivienda Brisas del Mantaro.

3.1.3. SUPERFICIE

La Comunidad Autogestionaria Justicia, Paz y Vida está ubicado en el Distrito de El Tambo, a 10 minutos del centro de la ciudad de Huancayo. La jurisdicción del establecimiento de salud: Centro de Salud “Dr. Ernesto Guevara La Serna”, se halla inserta en la urbe del distrito de El Tambo con una población total de 14 082, que se encuentran ubicados en el quintil 4 de pobreza, según datos brindados por la oficina de estadística de la DIRESA Junín -2018.

3.1.4. CLIMA

La Comunidad Autogestionaria tiene un clima templado durante todo el año, variando entre 21° y 5° C. La poca diferencia en las temperaturas hace que en la zona solo se distingan dos temporadas, la temporada de lluvias desde octubre hasta abril (correspondiente a gran parte de la primavera y el verano) y la temporada seca desde mayo hasta septiembre, con variedades sensibles de temperatura entre el día y la noche, pero con la moderación apropiada y permisible para la vida humana.

3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo. Es observacional porque no existe intervención del investigador los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, es retrospectivo porque los datos necesarios para el estudio son recogidos de años posteriores, transversal porque la información se obtendrá en un solo momento y en un tiempo determinado (78,79).

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de nivel descriptivo porque consistió fundamentalmente en describir un fenómeno o una situación. Son las investigaciones que tratan de recoger información sobre el estado actual del fenómeno. Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente (78,79).

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma (78,79):

M O

M: Gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia paz y vida

O: Miedo de las gestantes al COVID-19

3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.5.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todas las Gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia paz y vida, durante el periodo de junio, julio y agosto del 2021, siendo según el reporte de la oficina de estadística 110 en total.

3.5.2. MUESTRA

La muestra es censal debido a que incluye en su totalidad a la población de la investigación, y estuvo conformado por las 110 gestantes atendidas.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Gestantes que acudieron a su atención en el Centro de Salud durante los meses de junio a agosto del 2021.
- Gestantes que previo consentimiento verbal, desearon participar en rellenar el cuestionario de escala al miedo a COVID-19.

Criterios de exclusión:

- Gestantes transeúntes que no pertenecen a la jurisdicción del Centro de salud.
- Gestantes que no desearon participar del estudio.

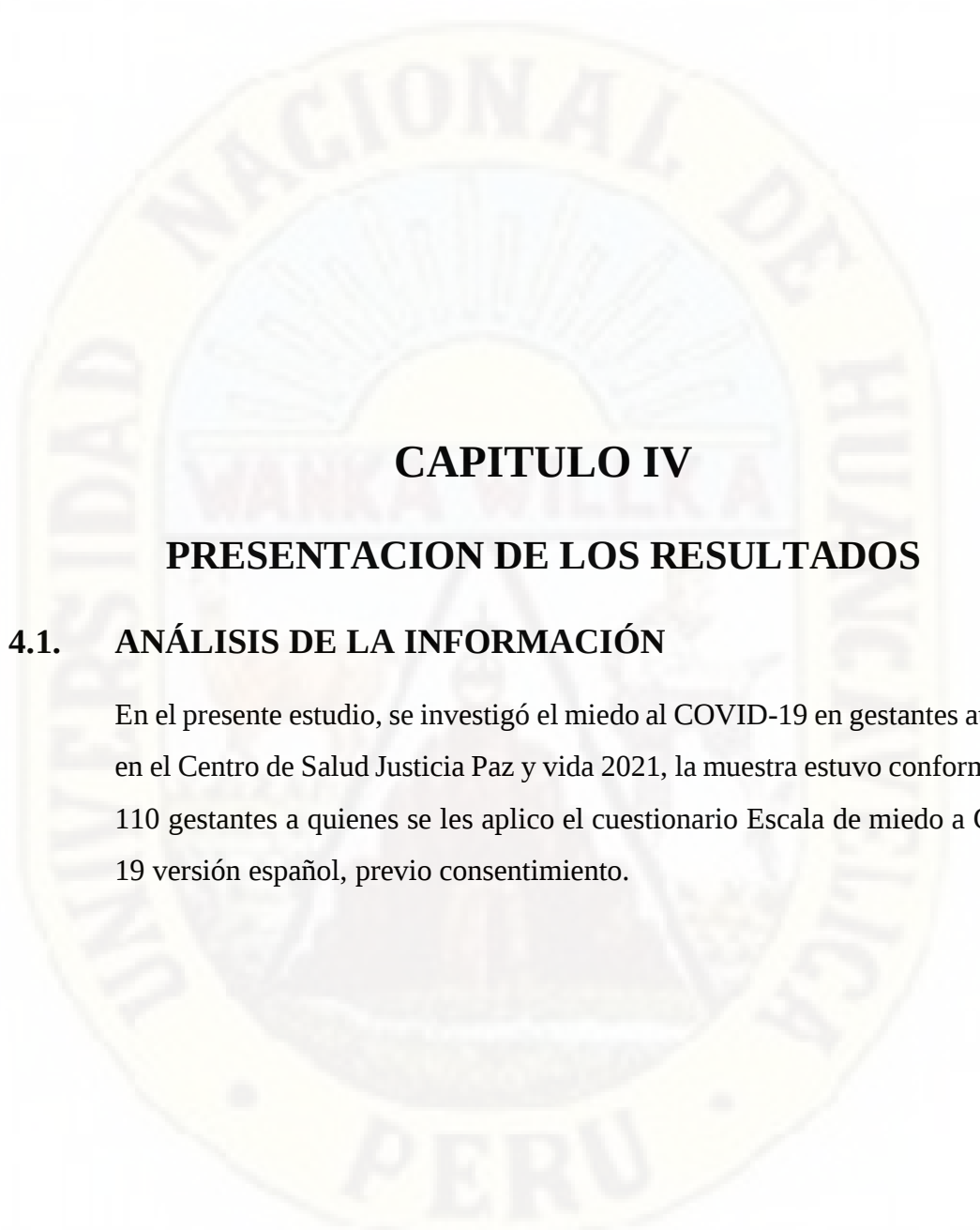
3.6. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue la encuesta.

Instrumento: El instrumento de medición que se utilizó fue el cuestionario denominado versión en español de la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S). El FCV-19S es una escala unidimensional novedosa de siete ítems con buenas propiedades psicométricas utilizado para evaluar los temores o miedos de COVID-19 entre la población general. Todos los ítems tienen una escala de puntos, que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Esta escala obtuvo un Alfa de Cronbach = 0,82 y fiabilidad test-retest coeficiente de correlación intraclase = 0,72. El factor general del FCV-19 S consta de 7 ítems los mismos que pueden ser estudiados en el factor específico de reacciones de miedo emocional (F1) de 4 ítems; y el factor específico somático evalúa las expresiones de miedo (F2) de 3 ítems (46).

3.7. TÉCNICA Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

- Primero. Se envió una solicitud dirigida al director del Centro de Salud para contar con el permiso respectivo para aplicar el trabajo de investigación.
- Segundo. Se utilizó un instrumento validado versión español.
- Tercero. Se solicitó el consentimiento verbal de las gestantes antes de aplicar la encuesta.
- Cuarto. Se aplicó el cuestionario respetando los criterios de inclusión y exclusión.
- Quinto: Para el procesamiento y análisis de los datos se elaboró la base de datos a través del instrumento empleando el programa Excel 2013, luego se exportó la base de datos al paquete estadístico SPSS 23V para la tabulación de los resultados.
- Sexto: Los datos, se presentaron en tablas de frecuencias absolutas.



CAPITULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el presente estudio, se investigó el miedo al COVID-19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y vida 2021, la muestra estuvo conformada por 110 gestantes a quienes se les aplicó el cuestionario Escala de miedo a COVID-19 versión español, previo consentimiento.

Tabla 1. Características de las gestantes atendidas según edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, religión y trimestre.

Características	Frecuencia	Porcentaje %
¿Qué edad tiene?		
Adolescente (12-18 años)	14	12,7
Joven (19-29 años)	54	49,1
Adulto (>30 años)	42	38,2
¿Cuál es su nivel de instrucción?		
Secundario	59	53,6
Técnico superior	29	26,4
Primaria	14	12,7
Universitario	8	7,3
¿Cuál es su estado civil?		
Conviviente	57	51,8
Soltera	29	26,4
Casada	24	21,8
¿Qué es su ocupación?		
Ama de casa	72	65,5
Trabajadora independiente	24	21,8
Trabajadora dependiente	9	8,2
Estudiante	5	4,5
¿Cuál es su religión?		
Católica	86	78,2
Evangélica	16	14,5
Cristiana	8	7,3
¿Qué edad gestacional tiene?		
I trimestre	14	12,7
II trimestre	35	31,8
III trimestre	61	55,5
Total	110	100,0

Fuente: Cuestionario escala de Miedo a COVID-19 versión español; en gestantes atendidas en el Centro de salud Justicia Paz y Vida 2021.

En la tabla N°1: Las características de las gestantes encontradas fueron: para la edad 54(49.1%) jóvenes, 42(38.2%) adultas y 14(12.7%) adolescentes. Para el nivel de instrucción 59(53.6%) curso secundario, 29 (26.4%) técnico superior, 14(12.7%) primaria y 8(7.3%) nivel universitario. Para el estado civil 57(51.8%) eran convivientes, 29(26.4) solteras y 24(21.8%) casadas. Para la ocupación 72(65.5%) amas de casa, 24(21,8%) trabajadoras independientes, 9(8.2%) trabajadora dependiente y 5(4.5%) estudiante. Para la religión 86(78.2%) eran católicas, 16(14.5%) evangélicas y 8(7.3%) cristianas. Para la edad gestacional que cursaban 61(55.5%) estaba dentro del III trimestre, 35(31.8%) II trimestre y 14(12.7%) I trimestre.

Tabla 2. Miedo según el factor emocional (ítems 1,2,4y 5) en las gestantes.

Miedo según el Factor emocional	1		2		3		4		5		Total	
	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo			
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1.Tengo mucho miedo al COVID-19	13	11.8	17	15.5	26	23.6	36	32.7	18	16.4	110	100
2.Me pone incomoda pensar en el COVID-19	6	5.5	18	16.4	30	27.3	45	40.9	11	10	110	100
4.Tengo miedo de perder mi vida a causa del COVID-19	10	9.1	19	17.3	24	21.8	39	35.5	18	16.4	110	100
5.Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes sociales me pongo nerviosa o ansiosa	7	6.4	27	24.5	23	20.9	41	37.3	12	10.9	110	100

Fuente: Cuestionario escala de Miedo a COVID-19 versión español; en gestantes atendidas en el Centro de salud Justicia Paz y Vida 2021.

En la tabla N°2: Para el miedo según el factor emocional se encontró en el ítem 1 de acuerdo 36(32.7%), ni de acuerdo ni en desacuerdo 26(23.6%), totalmente de acuerdo 18(16.4%), en desacuerdo 17(15.5%) y totalmente en desacuerdo 13(11.8%).

En el ítem 2 se encontró 45(40.9%) de acuerdo, 30(27.3%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 18(16.4%) en desacuerdo, 11(10%) totalmente de acuerdo y 6(5.5%) totalmente en desacuerdo.

En el ítem 4 se encontró 39(35.5%) de acuerdo, 24(21.8%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 19(17.3%) en desacuerdo, 18(16.4%) totalmente de acuerdo y 10(9.1%) totalmente en desacuerdo.

En el ítem 5 se encontró 41(37.3%) de acuerdo, 27(24.5%) en desacuerdo, 23(20.9%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 12(10.9%) totalmente de acuerdo y 7(6.4%) totalmente en desacuerdo.

Tabla 3. Miedo según el factor somático (ítem 3,6 y 7) en las gestantes.

Miedo según el Factor somático	1		2		3		4		5		Total	
	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo			
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
3.Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19	20	18.2	38	34.5	27	24.5	23	20.9	2	1.8	110	100
6.No puedo dormir porque estoy preocupada de contagiarme del COVID-19	20	18.2	30	27.3	23	20.9	32	29.1	5	4.5	110	100
7.Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del COVID-19	18	16.4	34	30.9	23	20.9	27	24.5	8	7.3	110	100

Fuente: Cuestionario escala de Miedo a COVID-19 versión español; en gestantes atendidas en el Centro de salud Justicia Paz y Vida 2021.

En la tabla N°3: Para el miedo según el factor somático en el ítem 3 se encontró 38(34.5%) en desacuerdo, 27(24.5%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 23(20.9%) de acuerdo, 20(18.2%) totalmente en desacuerdo y 2(1.8%) totalmente de acuerdo.

En el ítem 6 se encontró 32(29.1%) de acuerdo, 30(27.3%) en desacuerdo, 23(20.9%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 20(18.2%) totalmente en desacuerdo y 5(4.5%) totalmente de acuerdo.

En el ítem 7 se encontró 34(30.9%) en desacuerdo, 27(24.5%) de acuerdo, 23(20.9%) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 18(16.4%) totalmente en desacuerdo y 8(7.3%) totalmente de acuerdo.

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para las características de las gestantes se encontró según la edad 49.1% jóvenes, 38.2% adultas y 12.7% adolescentes. Para el nivel de instrucción 53.6% curso secundario, 26.4% técnico superior, 12.7% primaria y 7.3% nivel universitario. Para el estado civil 51.8% eran convivientes, 26.4% solteras y 21.8% casadas. Para la ocupación 65.5% amas de casa, 21.8% trabajadoras independientes, 8.2% trabajadora dependiente y 4.5% estudiante. Para la religión 78.2% eran católicas, 14.5% evangélicas y 7.3% cristianas. Para la edad gestacional que cursaban 55.5% estaban dentro del III trimestre, 31.8% II trimestre y 12.7% I trimestre; estos resultados fueron similares a lo hallado por Vásquez y Guzmán (38), Dule (34) y Folch et al (36) quienes también encontraron proporciones similares en estos ítems, en el grupo de gestantes atendidas; por lo cual podríamos decir que las gestantes que acuden a los establecimientos se caracterizan por ser jóvenes, convivientes, amas de casa, con educación de nivel secundario, que profesan la religión católica y que en su mayoría cursan el III y II trimestre.

Para el miedo según el factor emocional se encontró en el ítem 1: Tengo mucho miedo al COVID-19 (de acuerdo 32.7%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 23.6%, totalmente de acuerdo 16.4%, en desacuerdo 15.5% y totalmente en desacuerdo 11.8%). En el ítem 2: Me pone incomoda pensar en el COVID-19 (40.9% de acuerdo, 27.3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 16.4% en desacuerdo, 10% totalmente de acuerdo y 5.5% totalmente en desacuerdo). En el ítem 4: Tengo miedo de perder mi vida a causa del COVID-19 (35.5% de acuerdo, 21.8% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 17.3% en desacuerdo, 16.4% totalmente de acuerdo y 9.1% totalmente en desacuerdo). En el ítem 5: Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes sociales me pongo nerviosa o ansiosa (37.3% de acuerdo, 24.5% en desacuerdo, 20.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 10.9% totalmente de acuerdo y 6.4% totalmente en desacuerdo; estos resultados fueron similares a lo hallado por Bajar et al (32) y Rahman et al (33) quienes también

encontraron proporciones similares en estos ítems; por lo cual podríamos decir que la población gestante tiene mucho miedo a enfermarse, le pone incomoda el tan solo pensar en este virus, manifiestan miedo en perder su vida y al ver noticias esto genera nerviosismo y ansiedad en proporciones mayores que elevan el nivel del miedo en estos factores del lado emocional.

Para el miedo según el factor somático se encontró en el ítem 3: Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19 (34.5% en desacuerdo, 24.5% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 20.9% de acuerdo, 18.2% totalmente en desacuerdo y 1.8% totalmente de acuerdo). En el ítem 6: No puedo dormir porque estoy preocupada de contagiarme del COVID-19 (29.1% de acuerdo, 27.3% en desacuerdo, 20.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 18.2% totalmente en desacuerdo y 4.5% totalmente de acuerdo). En el ítem 7: Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del COVID-19 (30.9% en desacuerdo, 24.5% de acuerdo, 20.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 16.4% totalmente en desacuerdo y 7.3% totalmente de acuerdo; estos resultados fueron similares a lo hallado por Bajar et al (32), Rahman et al (33), Dule (34) y Manchado et al (35) quienes encontraron proporciones similares a lo hallado en estos ítems; por lo que podríamos decir que las gestantes manifiestan reacciones somáticas de nerviosismo como sudor de las manos, problemas o dificultades para dormir debido a la preocupación de contraer la enfermedad y en menor proporción manifiestan que se acelera o palpita más rápido el corazón tan solo cuando piensan en contagiarse del COVID-19.

CONCLUSIONES

- 1.- Las características de las gestantes atendidas fueron: joven, conviviente, ama de casa, católica, con nivel de instrucción secundario y que cursaban el III trimestre.
- 2.- Para miedo según el factor emocional en gestantes se encontró mayor proporción en tener mucho miedo a enfermarse, el ponerse incomoda al pensar en este virus, manifestar miedo en perder su vida y sentir nerviosismo y ansiedad al ver noticias sobre el COVID-19.
- 3.- Para el miedo según el factor somático en gestante se encontró mayor proporción en sentir las manos húmedas al pensar en contagiarse, problemas o dificultades para dormir debido a la preocupación de contraer la enfermedad y en menor proporción manifiestan que se acelera o palpita más rápido el corazón tan solo cuando piensan en el COVID-19.

RECOMENDACIONES

Al gobierno regional de Huancavelica.

- Desarrollar políticas públicas relacionadas a las determinantes de la salud mental, con enfoque intercultural y equidad de género; que permitan un mejor acceso a los servicios de salud.

Al sector salud.

- Conociendo las características de las gestantes se deben desarrollar nuevas estrategias sanitarias que permitan la captación temprana y oportuna antes de las 14 semanas de embarazo.
- Así mismo tomando en cuenta las visitas domiciliarias integrales para un seguimiento adecuado y educación en salud mental se debe abordar talleres o sesiones para el manejo del miedo ante la situación que se vive por la pandemia del COVID-19, para disminuir y contribuir con los problemas de alteraciones en el patrón del sueño y manifestación de sudoración excesiva.
- En los procesos de consejería y atención a la gestante se le debe brindar atención psicológica para aprender el manejo y detección oportuna de la ansiedad y estrés que genere más secuelas a largo plazo en la calidad de vida de la gestante en su rol de madre en su esfera de la salud mental.
- Brindar consejería en los avances que se tienen el manejo y control del COVID-19 en la población gestante para romper con mitos o creencias que generan miedo e incertidumbre en la mujer.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. American Psychological Association. APA dictionary of psychology: fear. Am Psychol Assoc (2020). Available online at: <https://dictionary.apa.org/fear> [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/fear>
2. López, C. «Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio.» Matrona. Psicoterapeuta (2016).
3. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce, editores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2007.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 7 de abril de 2020;323(13):1239-42.
5. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siati DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. agosto de 2020;277(8):2251-61.
6. Organización Panamericana de la Salud. La Organización Mundial de la Salud caracteriza a COVID-19 como una pandemia - OPS/OMS [Internet]. [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
7. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://covid19.who.int>
8. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19) - 15 de enero de 2021 - OPS/OMS

[Internet]. [citado 4 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-15-enero-2021>

9. Mamun MA. Suicide and Suicidal Behaviors in the Context of COVID-19 Pandemic in Bangladesh: A Systematic Review. *Psychol Res Behav Manag*. 2021;14:695-704.
10. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*. agosto de 2020;74:102258.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Coping with Stress [Internet]. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/stress-coping/cope-with-stress/index.html>
12. Mamun MA, Sakib N, Gozal D, Bhuiyan AI, Hossain S, Bodrud-Doza M, et al. The COVID-19 pandemic and serious psychological consequences in Bangladesh: A population-based nationwide study. *J Affect Disord*. 15 de enero de 2021;279:462-72.
13. Kahil K, Cheaito MA, El Hayek R, Nofal M, El Halabi S, Kudva KG, et al. Suicide during COVID-19 and other major international respiratory outbreaks: A systematic review. *Asian J Psychiatry*. febrero de 2021;56:102509.
14. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. diciembre de 2008;23(12):1231-8.
15. Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010;31(2):86-92.

16. Dsouza DD, Quadros S, Hyderabadwala ZJ, Mamun MA. Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor. *Psychiatry Res.* agosto de 2020;290:113145.
17. Griffiths MD, Mamun MA. COVID-19 suicidal behavior among couples and suicide pacts: Case study evidence from press reports. *Psychiatry Res.* julio de 2020;289:113105.
18. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depress Anxiety.* agosto de 2020;37(8):706-14.
19. Law M. Participation in the occupations of everyday life. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc.* diciembre de 2002;56(6):640-9.
20. Doshi D, Karunakar P, Sukhabogi JR, Prasanna JS, Mahajan SV. Assessing Coronavirus Fear in Indian Population Using the Fear of COVID-19 Scale. *Int J Ment Health Addict.* 28 de mayo de 2020;1-9.
21. Nicomedes CJC, Avila RMA. An analysis on the panic during COVID-19 pandemic through an online form. *J Affect Disord.* 1 de noviembre de 2020;276:14-22.
22. Iwasa K, Yamada Y, Tanaka T. Editorial: Behavioral Immune System: Its Psychological Bases and Functions. *Front Psychol.* 2021;12:659975.
23. Gallagher M, Muldoon OT, Pettigrew J. An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Front Psychol.* 2015;6:1281.
24. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery.* septiembre de 2006;22(3):240-8.
25. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowden CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol.* noviembre de 2003;8(6):753-64.

26. Mortazavi F, Akaberi A. Worries of Pregnant Women: Testing the Farsi Cambridge Worry Scale. *Scientifica*. 2016;2016:5791560.
27. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 1 de diciembre de 2020;277:5-13.
28. Nanjundaswamy MH, Shiva L, Desai G, Ganjekar S, Kishore T, Ram U, et al. COVID-19-related anxiety and concerns expressed by pregnant and postpartum women-a survey among obstetricians. *Arch Womens Ment Health*. diciembre de 2020;23(6):787-90.
29. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. mayo de 2020;2(2):100107.
30. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Res*. 1984;28(3):213-20.
31. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. mayo de 2001;108(5):492-8.
32. Krishnamurti T, Davis AL, Simhan HN. Worrying yourself sick? Association between pre-eclampsia onset and health-related worry in pregnancy. *Pregnancy Hypertens*. octubre de 2019;18:55-7.
33. Bajar Moni AS, Abdullah S, Abdullah MFILB, Kabir MS, Alif SM, Sultana F, et al. Psychological distress, fear and coping among Malaysians during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE [Internet]*. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];16(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8432783/>

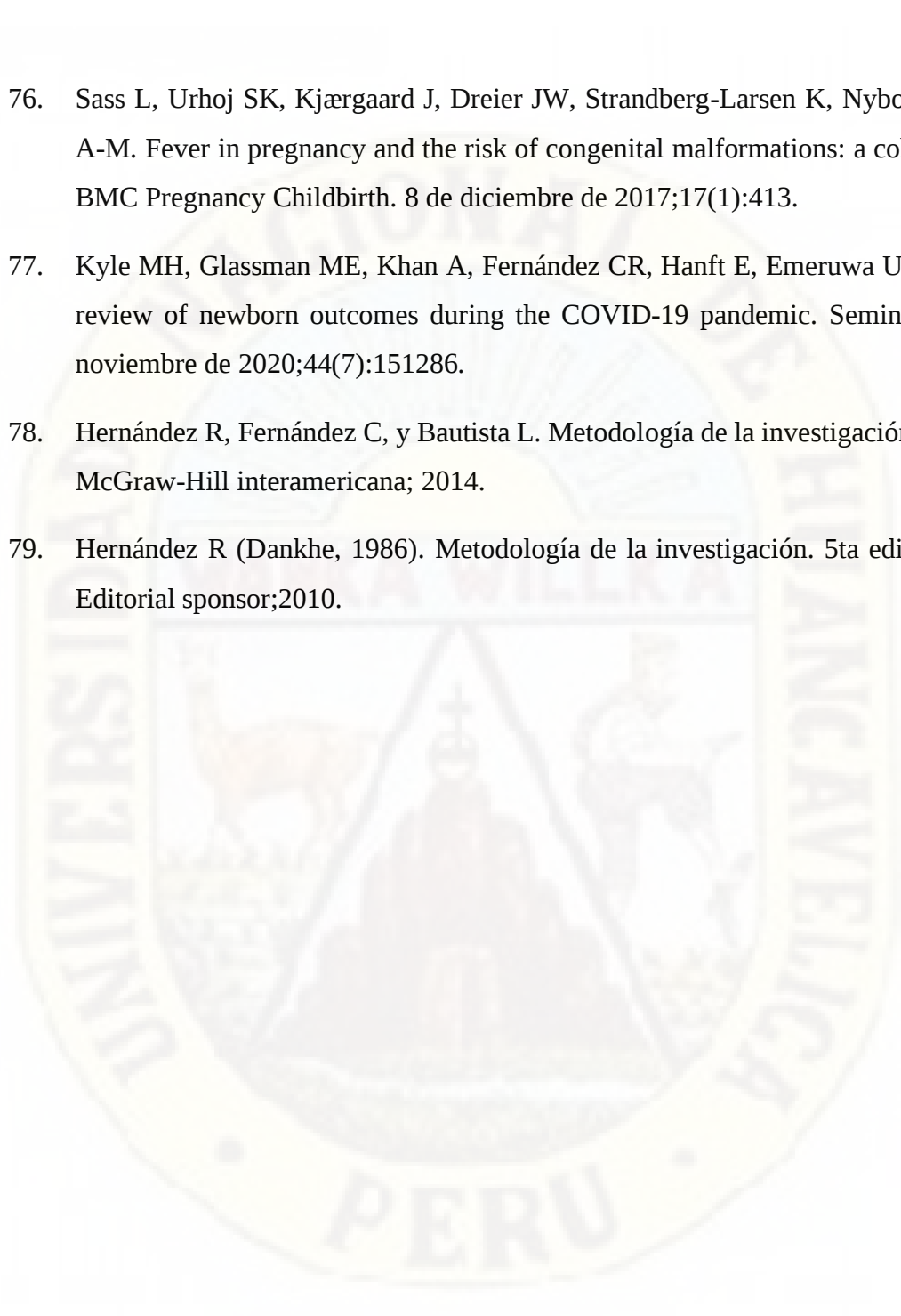
34. Rahman MA, Rahman S, Wazib A, Arafat SMY, Chowdhury ZZ, Uddin BMM, et al. COVID-19 Related Psychological Distress, Fear and Coping: Identification of High-Risk Groups in Bangladesh. *Front Psychiatry*. 13 de agosto de 2021;12:718654.
35. Dule A. Psychological Distress Among Ethiopian Pregnant Women During COVID-19: Negative Correlation with Self-Efficacy. *Psychol Res Behav Manag*. 8 de julio de 2021;14:1001-10.
36. Machado MMT, Rocha HAL, Castro MC, Sampaio EGM, Oliveira FA, da Silva JPF, et al. COVID-19 and mental health of pregnant women in Ceará, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 55:37.
37. Folch Ayora A, Salas-Medina P, Collado-Boira E, Ropero-Padilla C, Rodriguez-Arrastia M, Bernat-Adell MD. Pregnancy during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional observational descriptive study. *Nurs Open*. 17 de agosto de 2021;10.1002/nop2.1014.
38. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women Birth* [Internet]. 13 de julio de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7357495/>
39. Vásquez Laime AM, Guzmán de la Torre M del R. Factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID en Arequipa, Mayo 2021. *Repos Univ Católica St María - UCSM* [Internet]. 28 de mayo de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2493101>
40. Paredes Vargas CA. Concepto Medico-Psiquiatrico del miedo. [Lima]: Universidad Nacional de Huancavelica;

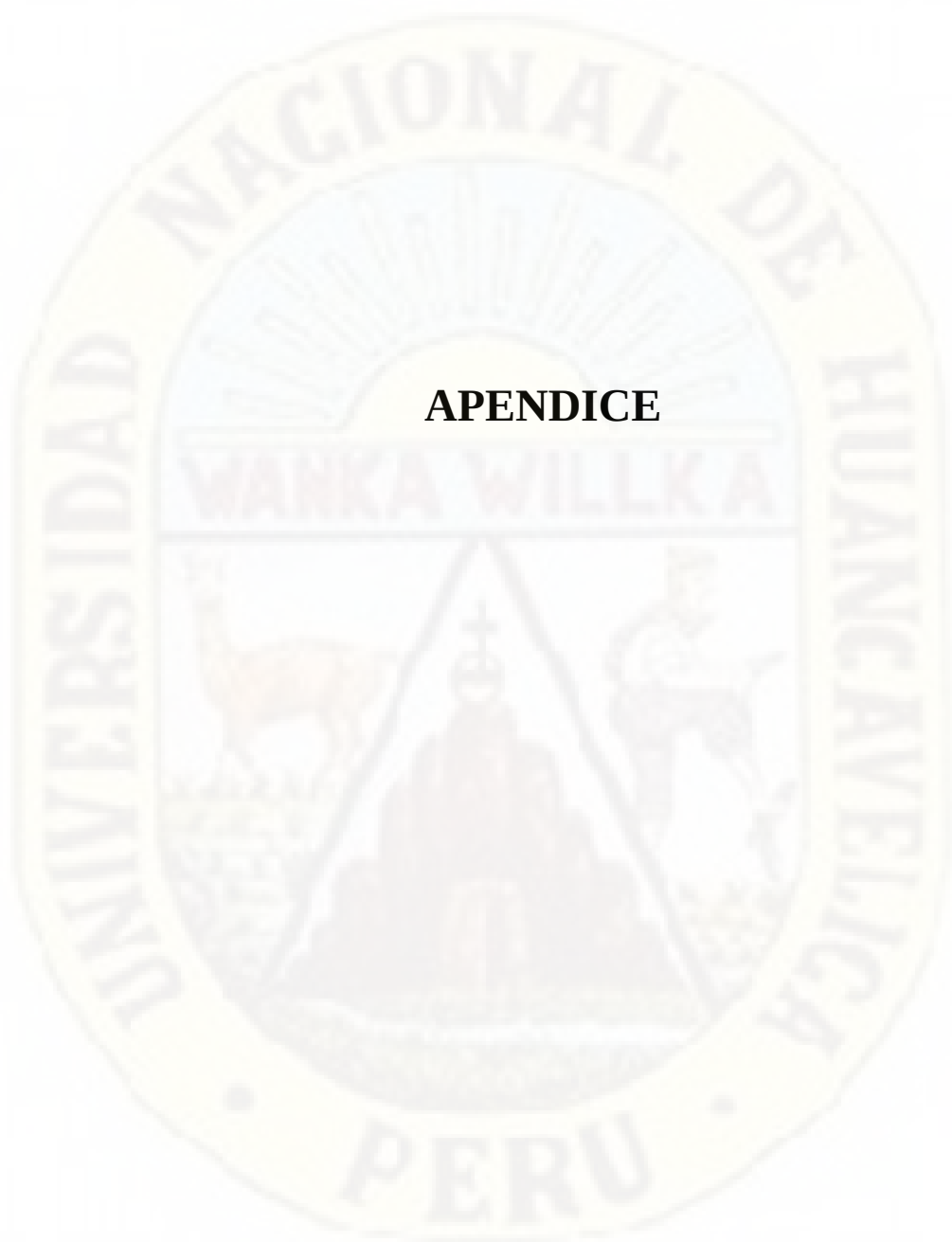
41. Kozłowska K, Walker P, McLean L, Carrive P. Fear and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management. *Harv Rev Psychiatry*. julio de 2015;23(4):263-87.
42. Pascual P, Cerecedo M. Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados (AMF 2015) [Internet]. Actualización en Medicina de Familia. 2015 [citado 6 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433
43. García Campayo J. Usted no tiene nada. La somatización. Barcelona: Ed. Océano; 1999.
44. Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am*. 2006;90(4):603-26.
45. Chóliz Montañés, Mariano. «Psicología de la emoción: el proceso emocional.» Universidad de Valencia 3 (2005). Disponible en <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>.
46. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 22 de junio de 2020 [citado 6 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
47. Dieste, Gemma Baños. «LOS MIEDOS DURANTE EL EMBARAZO TRATADOS CON MUSICOTERAPIA.» LIBRO DE ACTAS: 70.
48. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 20 de 2020;382(8):727-33.
49. Gralinski LE, Menachery VD. Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. *Viruses*. 24 de enero de 2020;12(2):E135.

50. Deng S-Q, Peng H-J. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. *J Clin Med*. 20 de febrero de 2020;9(2):E575.
51. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 7 de abril de 2020;323(13):1239-42.
52. Muralidar S, Ambi SV, Sekaran S, Krishnan UM. The emergence of COVID-19 as a global pandemic: Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2. *Biochimie*. diciembre de 2020;179:85-100.
53. Ge H, Wang X, Yuan X, Xiao G, Wang C, Deng T, et al. The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol*. junio de 2020;39(6):1011-9.
54. Hadjadj J, Yatim N, Barnabei L, Corneau A, Boussier J, Smith N, et al. Impaired type I interferon activity and inflammatory responses in severe COVID-19 patients. *Science*. 7 de agosto de 2020;369(6504):718-24.
55. Chen Z, John Wherry E. T cell responses in patients with COVID-19. *Nat Rev Immunol*. septiembre de 2020;20(9):529-36.
56. Hanley B, Naresh KN, Roufousse C, Nicholson AG, Weir J, Cooke GS, et al. Histopathological findings and viral tropism in UK patients with severe fatal COVID-19: a post-mortem study. *Lancet Microbe*. octubre de 2020;1(6):e245-53.
57. Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, Haberecker M, Andermatt R, Zinkernagel AS, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *Lancet Lond Engl*. 2 de mayo de 2020;395(10234):1417-8.

58. Hamming I, Timens W, Bulthuis MLC, Lely AT, Navis GJ, van Goor H. Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis. *J Pathol.* junio de 2004;203(2):631-7.
59. Hendren NS, Drazner MH, Bozkurt B, Cooper LT. Description and Proposed Management of the Acute COVID-19 Cardiovascular Syndrome. *Circulation.* 9 de junio de 2020;141(23):1903-14.
60. Waterer GW, Rello J, Wunderink RG. COVID-19: First Do No Harm. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 de junio de 2020;201(11):1324-5.
61. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, Fahim M, Arendt C, Hoffmann J, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 1 de noviembre de 2020;5(11):1265-73.
62. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, Arbous MS, Gommers D, Kant KM, et al. Confirmation of the high cumulative incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19: An updated analysis. *Thromb Res.* julio de 2020;191:148-50.
63. Rello J, Storti E, Belliato M, Serrano R. Clinical phenotypes of SARS-CoV-2: implications for clinicians and researchers. *Eur Respir J.* mayo de 2020;55(5):2001028.
64. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* marzo de 2020;579(7798):270-3.
65. Bordi L, Nicastrì E, Scorzolini L, Di Caro A, Capobianchi MR, Castilletti C, et al. Differential diagnosis of illness in patients under investigation for the novel coronavirus (SARS-CoV-2), Italy, February 2020. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* febrero de 2020;25(8).

66. Konrad R, Eberle U, Dangel A, Treis B, Berger A, Bengs K, et al. Rapid establishment of laboratory diagnostics for the novel coronavirus SARS-CoV-2 in Bavaria, Germany, February 2020. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* marzo de 2020;25(9).
67. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med.* 19 de marzo de 2020;382(12):1177-9.
68. Zhang W, Du R-H, Li B, Zheng X-S, Yang X-L, Hu B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerg Microbes Infect.* 2020;9(1):386-9.
69. Kanne JP. Chest CT Findings in 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infections from Wuhan, China: Key Points for the Radiologist. *Radiology.* 2020;295(1):16-7.
70. Ministerio De Salud. Norma Técnica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en Perú. 2020.
71. PICAZO, Juan J. Vacuna frente al COVID-19. 2021.
72. Nelson-Piercy C. Manual de medicina obstétrica. Prensa CRC; Boca Raton, FL: 2015. Enfermedad respiratoria; págs. 63–84.
73. Gardner MO, Doyle NM. Asthma in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* junio de 2004;31(2):385-413, vii.
74. Shi H, Han X, Jiang N, Cao Y, Alwalid O, Gu J, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis.* abril de 2020;20(4):425-34.
75. Assiri A, Abedi GR, Al Masri M, Bin Saeed A, Gerber SI, Watson JT. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection During Pregnancy: A Report of 5 Cases From Saudi Arabia. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 de octubre de 2016;63(7):951-3.

- 
76. Sass L, Urhoj SK, Kjærgaard J, Dreier JW, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen A-M. Fever in pregnancy and the risk of congenital malformations: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 de diciembre de 2017;17(1):413.
77. Kyle MH, Glassman ME, Khan A, Fernández CR, Hanft E, Emeruwa UN, et al. A review of newborn outcomes during the COVID-19 pandemic. *Semin Perinatol*. noviembre de 2020;44(7):151286.
78. Hernández R, Fernández C, y Bautista L. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill interamericana; 2014.
79. Hernández R (Dankhe, 1986). *Metodología de la investigación*. 5ta edit. México. Editorial sponsor;2010.



APENDICE



APENDICE N°1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES



CUESTIONARIO: ESCALA DE MIEDO A COVID-19 VERSION ESPAÑOL

INVESTIGACIÓN: MIEDO A COVID-19 EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA 2021

INSTRUCCIONES: Estimada Sra., reciba un saludo cordial. El presente cuestionario es parte de una investigación realizada por la suscrita que tiene como propósito conocer el Miedo al COVID-19 en gestantes. La información que proporcione será totalmente confidencial por favor le pedimos que responda y marque con toda sinceridad las preguntas del cuestionario.

N° de cuestionario: _____ Fecha del llenado: ____ / ____ / 2021 Hora del llenado: ____ : ____ horas

I. DATOS GENERALES:

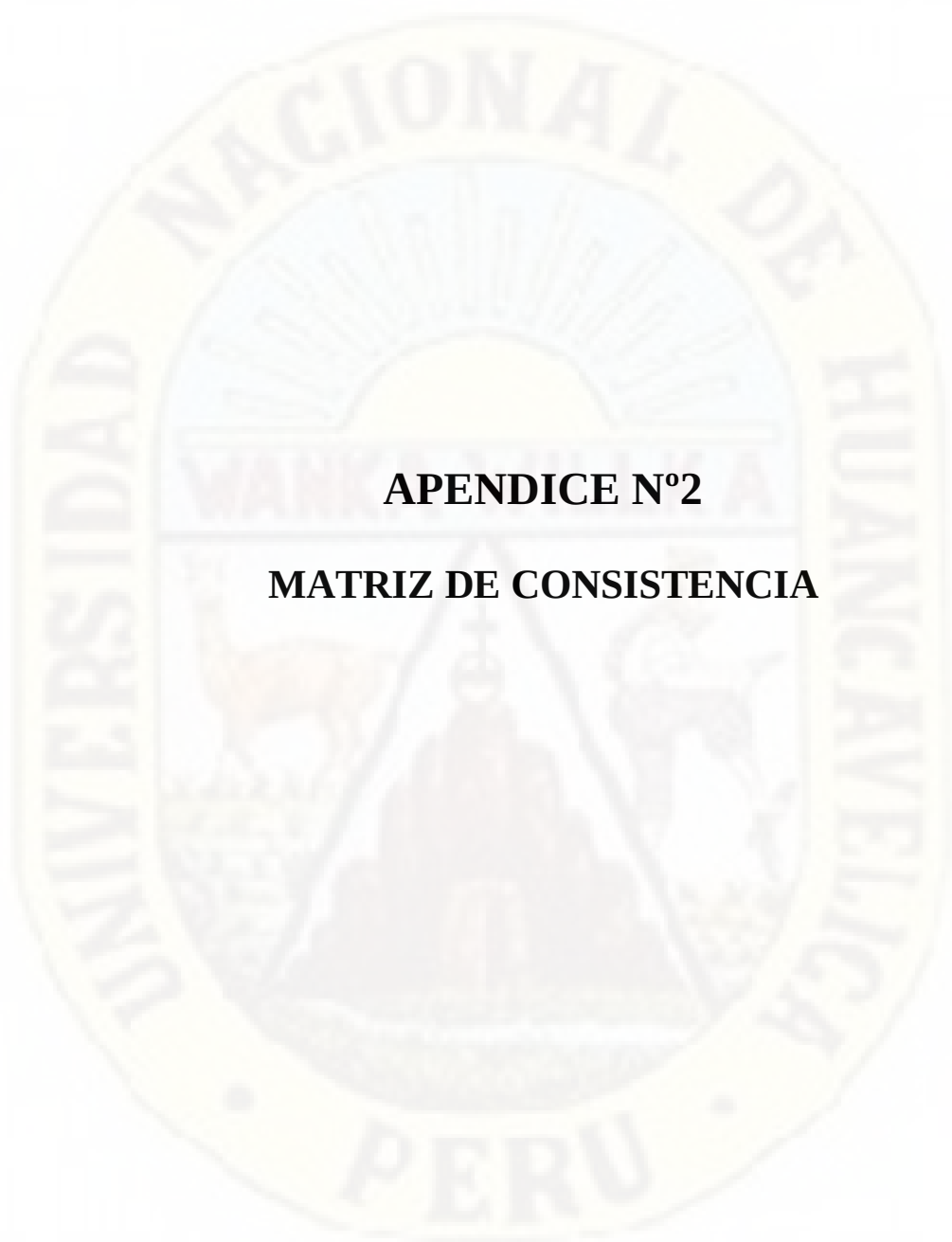
- 1.1 ¿Qué edad tiene? _____
- 1.2 ¿Qué estado civil tiene? _____
- 1.3 ¿Qué ocupación tiene? _____
- 1.4 ¿Cuál es su nivel de instrucción que tiene usted? _____
- 1.5 ¿Qué edad gestacional (semanas de embarazo) tiene? _____
- 1.6 ¿Qué religión profesa usted? _____

II. ESCALA DE MIEDO A COVID-19

Esta escala se utiliza para evaluar los temores al COVID-19. Consta de 07 ítems, cada ítem tiene una escala de 5 puntos marque usted con una X con la que se identifica más. Le pedimos que responda con total confianza y seguridad.

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

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



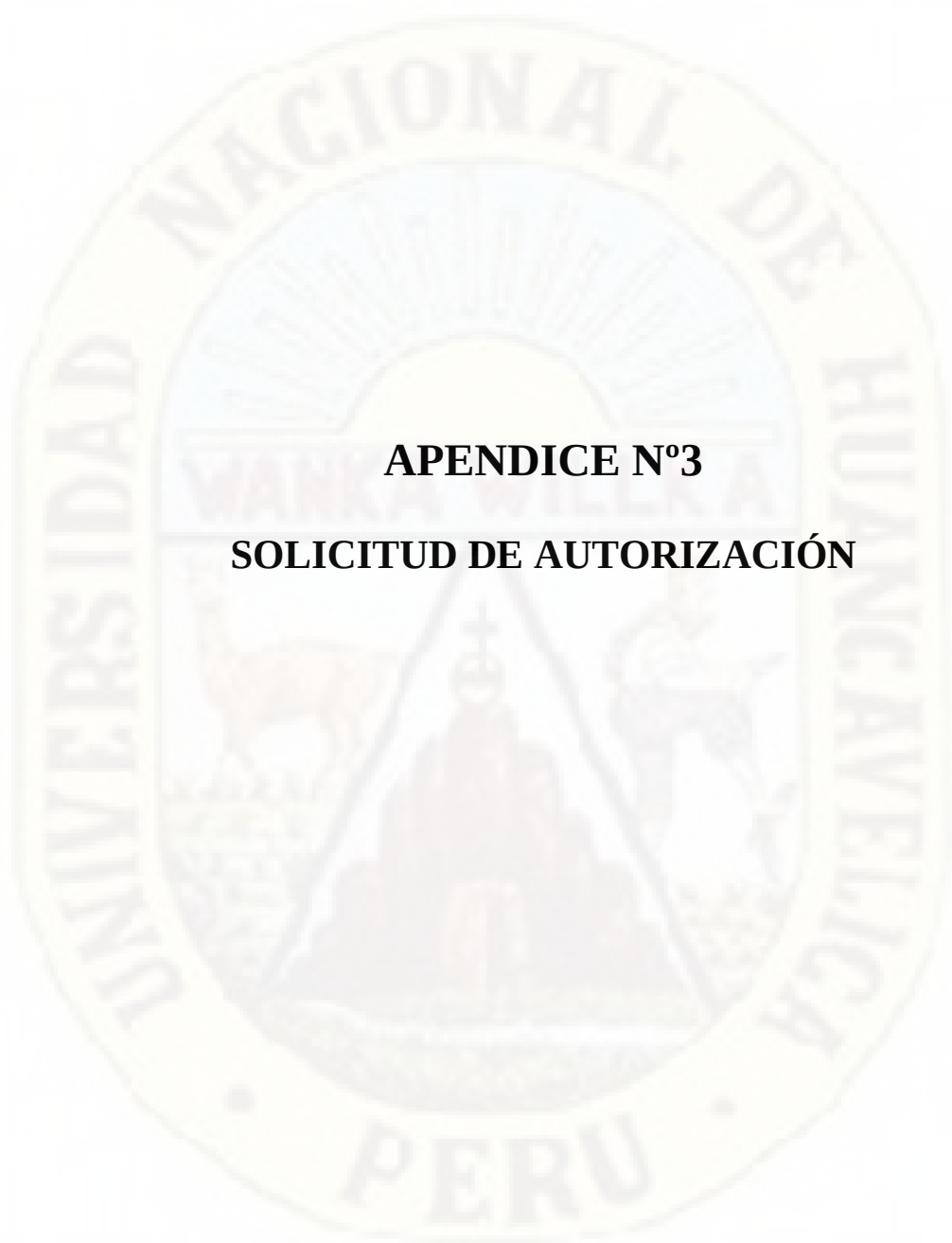
APENDICE N°2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: MIEDO A COVID-19 EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA
¿Cuál es el miedo al COVID-19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida 2021?	OBJETIVO GENERAL Determinar el miedo al COVID-19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida. OBJETIVOS ESPECIFICOS •Caracterizar a las gestantes atendidas según edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, religión y trimestre. •Identificar el miedo según el factor emocional (ítems 1,2,4y 5) en las gestantes. •Identificar el miedo según el factor somático (ítem 3,6 y 7) en las gestantes.	Univariable •Miedo al COVID-19 en gestantes	Tipo de Investigación La presente investigación fue observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo. Nivel de investigación La presente investigación fue de nivel descriptivo. Diseño de la investigación El diseño de la investigación descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma (40): M O M: Gestantes atendidas en el centro de salud Justicia paz y vida O: Miedo al COVID-19 en gestantes.	Población La población estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el Centro de salud Justicia paz y vida durante los meses de mayo a Julio del 2021, siendo 110 en total. Muestra. La muestra fue censal porque se trabajó con todas las gestantes atendidas en el periodo de Junio a Agosto del 2021. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Técnica: La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue la encuesta. Instrumento: El instrumento de medición que se utilizo fue el cuestionario denominado versión en español de la escala de miedo al COVID-19.



APENDICE N°3
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRORED DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA
CENTRO DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA



SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DIRECTOR DE IPRESS JUSTICIA PAZ Y VIDA

S.D.

Nosotros, **ELDY DANITZ CORREA CHUQUIYAURI**, identificado con el N° DNI 40527695 domiciliado en Jr. Las Linzas Mz. J Lote 1 del Distrito Huancayo, Provincia de Huancayo y Departamento de Junín y **MARLENE GAMION RAVICHAGUA**, identificado con el N° DNI 20008792 domiciliado en Jr. Antonio Lobato 389 Distrito El Tambo, Provincia de Huancayo y Departamento de Junín, ante su despacho con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que, habiendo culminado el Post Grado en la Universidad Nacional de Huancavelica del Programa de Segunda Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria, solicitamos a Ud. Permiso para realizar el Trabajo de Investigación en la IPRESS sobre "Miedo al Covid 19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud Justicia Paz y Vida 2021"; para optar el Grado de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a Ud. acceder a nuestra solicitud y autorizar la aplicación del Instrumento de Investigación (encuestas a gestantes), en la Instituciones que tan acertadamente dirige, a fin de poder desarrollar el estudio.

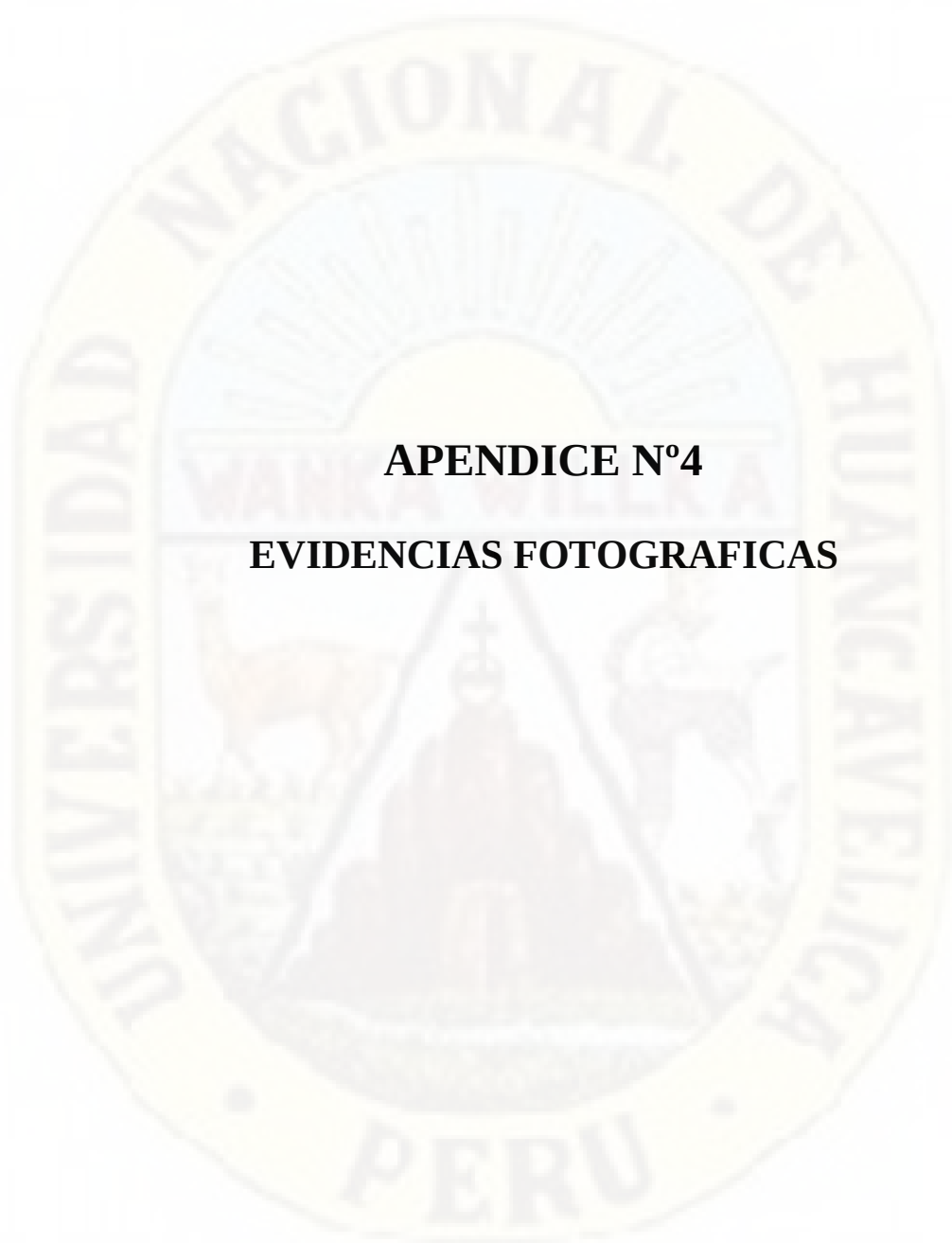
El Tambo, 1 de Junio de 2021

Obs. **ELDY DANITZ CORREA CHUQUIYAURI**

DNI 40527695

Lic. Enf. **MARLENE GAMION RAVICHAGUA**

DNI 20008792



APENDICE N°4
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

FOTO N°1. CENTRO DE SALUD JUSTICIA PAZ Y VIDA

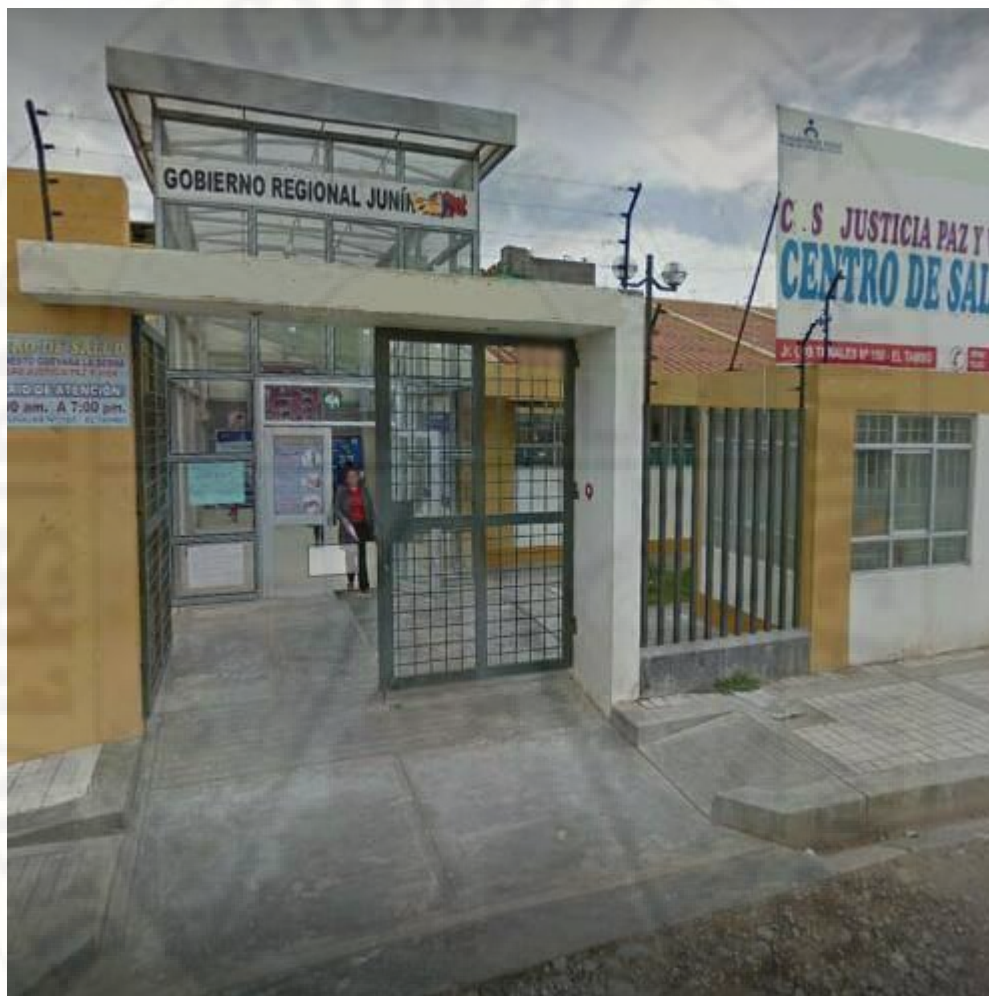


FOTO N°2 Y 3. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO



