

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

**“ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS  
HOSPITALIZADOS DE COVID-19 Y EN  
PACIENTES ADULTOS CON COVID-19 DE ALTA  
MÉDICA DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
PRIVADO DE LIMA METROPOLITANA  
DURANTE EL 2021”**

Tesis para optar al título profesional de:

**Licenciado en Psicología**

**Autor:**

Javier Alfredo De la Cruz Echaccaya

**Asesor:**

Mg. Raul Injante Mendoza

<https://orcid.org/0000-0002-5016-4340>

Lima - Perú

2023

### JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	<b>CLAUDIA KARINA GUEVARA CORDERO</b>	<b>43617299</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	<b>TANIA CARMELA LIP MARIN</b>	<b>08179761</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	<b>KENIA KEITH DEL ROCIO CASIANO VALDIVIESO</b>	<b>25762317</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

## INFORME DE SIMILITUD

### TESIS

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>multimedia.elsevier.es</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>scielo.conicyt.cl</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>ri.conicet.gov.ar</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>psiquiatria.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>www.programadelfin.org.mx</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>revistas.unal.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.psicologiamadrid.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>revistainteracciones.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>repositorio.xoc.uam.mx</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

## **DEDICATORIA**

Mi trabajo de investigación lo dedico a mi familia, porque me han brindado su apoyo siempre, desde poder estar en una universidad y poder cumplir mi sueño de ser un buen psicólogo.

Además, se lo dedico a todas las personas que me apoyaron de alguna forma, como mi cuñado, mi hermana y mis docentes que fueron muy importantes para la elección del tema de mi tesis.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a los docentes de la carrera que tuve el agrado de conocer y por supuesto a mi asesor de tesis, que no solo son grandes docentes, sino también grandes personas que me han guiado en este camino universitario para poder llegar a ser un buen profesional.

## TABLA DE CONTENIDO

JURADO EVALUADOR	2
INFORME DE SIMILITUD	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
TABLA DE CONTENIDO	6
INDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	25
CAPÍTULO III: RESULTADOS	33
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS	52
ANEXOS	61

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Coronavirus Anxiety Scale (CAS)</i> .....	27
<b>Tabla 2.</b> <i>CAS en español.</i> ....	28
<b>Tabla 3.</b> <i>Análisis Descriptivo de la información sociodemográfica</i> .....	34
<b>Tabla 4.</b> <i>Análisis Descriptivo del grupo A: Pacientes adultos hospitalizados de COVID-19</i> .....	35
<b>Tabla 5.</b> <i>Análisis Descriptivo del grupo B: Pacientes adultos con COVID-19 de alta médica</i> .....	36
<b>Tabla 6.</b> <i>Análisis Descriptivo de la respuesta al ítem.</i> .....	37
<b>Tabla 7.</b> <i>Análisis Descriptivo de los niveles de ansiedad</i> .....	39
<b>Tabla 8.</b> <i>Análisis Descriptivo de la ansiedad por COVID-19.</i> .....	39
<b>Tabla 9.</b> <i>Análisis Inferencial usando Kolmogorov-Smirnov</i> .....	41
<b>Tabla 10.</b> <i>Análisis Comparativo de la ansiedad entre el grupo de pacientes adultos hospitalizados con COVID-19 y pacientes adultos con COVID-19 de alta médica</i> .....	42
<b>Tabla 11.</b> <i>Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según sexo</i> .....	43
<b>Tabla 12.</b> <i>Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según edad</i> .....	44
<b>Tabla 13.</b> <i>Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según diagnóstico de COVID-19 de algún ser querido</i> .....	45
<b>Tabla 14.</b> <i>Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según la pérdida de algún ser querido a causa del COVID-19</i> .....	46

## RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica, de una muestra de 610 pacientes de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, con edades que van desde los 18 a 59 años. Teniendo así, una investigación de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo - comparativo de corte transversal descriptivo. Se utilizó el instrumento CAS en español para medir la ansiedad frente al COVID-19. En los resultados, se confirma que existe significativamente ( $p = .000$ ) una mayor ansiedad en pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 ( $M = 14.44$ ), con respecto a los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica ( $M = 4.58$ ), sumado a un tamaño del efecto no paramétrico grande ( $>0.8 = \text{Grande}$ ), ( $d = 4.08$ ). También se acepta las hipótesis alternas en las variables sociodemográficas, en donde el sexo femenino cuenta con una mayor ansiedad de la enfermedad en comparación con el masculino. Además, la edad adulta presenta mayor ansiedad frente a la enfermedad con respecto a los jóvenes. Y los pacientes que tienen un ser querido diagnosticado y/o fallecido por el COVID-19, presentan de igual forma una mayor ansiedad por la enfermedad. Por lo tanto, la información obtenida podría ser utilizada por los profesionales de la salud para identificar de manera más precisa a aquellos pacientes que requieren una atención mental más intensiva.

**PALABRAS CLAVES:** *Ansiedad, COVID-19, Pacientes*

## ABSTRACT

The purpose of this study is to determine if there are differences regarding anxiety between adult hospitalized patients with COVID-19 and adults with COVID-19 discharged from a hospital, from a sample of 610 patients from a private health facility in Lima Metropolitana during 2021, with ages ranging from 18 to 59 years. Thus, a research with a quantitative approach, with a descriptive - comparative scope of a descriptive cross-section. The CAS instrument in Spanish was used to measuring anxiety in the face of COVID-19. The results confirm that there is significantly ( $p = .000$ ) greater anxiety in hospitalized adult patients with COVID-19 ( $M = 14.44$ ), compared to adult patients with COVID-19 discharged from the hospital ( $M = 4.58$ ). , added to a large non-parametric effect size ( $>0.8 = \text{Large}$ ), ( $d = 4.08$ ). Alternative hypotheses are also accepted in the sociodemographic variables, where the female sex has greater anxiety about the disease compared to the male. In addition, adulthood presents greater anxiety about the disease compared to young people. In addition, patients who have a loved one diagnosed and/or deceased by COVID-19 similarly present greater anxiety about the disease. Therefore, the information obtained could be used by health professionals to more accurately identify those patients who require more intensive mental care.

**KEYWORDS:** *Anxiety, COVID-19, Patients*

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

### Realidad Problemática

Los brotes de enfermedades infecciosas han dejado una profunda huella en la sociedad y la cultura a lo largo de la historia de la humanidad, este fenómeno ha sido objeto de especial atención en las ciencias sociales y en diversas ramas de la medicina. Las pandemias han causado estragos en las sociedades, llevando a la aniquilación de poblaciones enteras, similar a los efectos de las guerras; sin embargo, paradójicamente, también han impulsado avances en disciplinas como la psicología, la medicina, las matemáticas, la economía, la política y la filosofía (Leal, 2020).

A finales del 2019, en Wuhan-China se informó del brote de una enfermedad infecciosa llamada COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2, pocas personas creían que se venía una de las grandes crisis sanitarias y humanitarias de los últimos tiempos (Leiva et al., 2020).

El rápido incremento de casos reportados y la expansión del virus SARS-CoV-2, ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar el COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (Public Health Emergency of International Concern - PHEI) el 30 de enero de 2020. Posteriormente, el 20 de marzo del mismo año, la OMS lo clasificó como una pandemia (Monterrosa et al., 2020).

En Perú, el 6 de marzo de 2020 se registró el primer caso de contagio por el nuevo COVID-19, convirtiéndose en el primer país de América del Sur en implementar un "aislamiento social obligatorio". Esta medida requiere que cada persona permanezca

confinada en su hogar durante todo el día, saliendo únicamente en situaciones estrictamente necesarias. En este contexto, existen diversas razones que respaldan la toma de esta decisión por parte de los gobiernos, como prevenir el colapso de los sistemas de salud. Por otro lado, la incertidumbre respecto al desenlace de la situación, la separación de seres queridos, las restricciones a la libertad en diferentes aspectos, el aburrimiento y cansancio, la avalancha de información, entre otros factores, pueden generar efectos psicológicos negativos y perturbadores (Oblitas y Sempertegui, 2020).

Esto definitivamente ha ocasionado cambios importantes en la forma como la gran mayoría de gente vive, trabaja, estudia, socializa y sobre todo como accede a la atención médica. También ha llevado al cierre de fronteras, encierros, cierre de instituciones y de lugares donde las personas transitan, distanciamiento social, aislamiento y medidas de cuarentena impuestas por muchos países (Newby et al., 2020).

Para completar el último punto mencionado el cual fue la cuarentena, se citará a Huarcaya (2020) quien detalló que la cuarentena incrementa la posibilidad de presentar problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos ansiosos empeoren, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento; sumado a esto, el tener un conocido diagnosticado con la COVID-19 o fallecido a causa de la enfermedad, sin duda empeoraría los niveles de ansiedad.

Basándonos en estadísticas mundiales tomaremos como referencia a la Organización Mundial de la Salud (2022) el cual indican que existen 260 millones de personas que padecen ansiedad; en el 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, y en el año 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad.

En estadísticas nacionales tenemos el reporte del Ministerio de Salud (MINSA, 2023), que en el 2022 se han diagnosticado 433 816 casos de ansiedad en el Perú, siendo la ansiedad la que ocupa el primer lugar en la atención por problemas o trastornos de salud mental con respecto a otras afecciones mentales.

## **Antecedentes**

Respecto a los antecedentes internacionales tenemos la de Newby et al. (2020), los cuales buscaron encontrar el nivel de cuánto había afectado el brote de la pandemia en la salud mental (ansiedad, depresión y estrés) en los participantes y cuantos estaban preocupados por el contagio de familiares y amigos. Mediante el método descriptivo se realizó una encuesta y se le pregunto al público en general sobre qué tan preocupado está por contraer la enfermedad del COVID-19, se obtuvo un 92.1% de preocupación por su propia salud, mientras que cuando se preguntó sobre la preocupación que sentirían si uno de sus amigos o seres queridos se contagiara de COVID-19, los datos fueron más elevados dando como resultado un 98.4% de preocupación por sus seres queridos.

En la investigación de Bhuvaneshwari et al. (2020), quienes buscaron determinar el conocimiento y ansiedad sobre COVID-19 entre los adultos que viven en Adukkamparai-

India, para ello se utilizó el instrumento (Spielberger’s state anxiety scale) y mediante el método descriptivo se obtuvo que el nivel de ansiedad por la pandemia del COVID-19 tiene grados diferentes en cada persona, tres cuartas partes de la población en general reporta que ha empeorado su salud mental desde que se dio el brote del COVID-19, entre las cuales, nos dice que el 61%, 28% y 11% del público en general tiene un grado leve, moderado y grave de ansiedad respectivamente.

En otros estudios tenemos a Wang et al. (2020), que tuvo como objetivo encuestar al público en general de China para comprender mejor sus niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés durante la etapa inicial del brote de COVID-19, para ello se utilizaron las pruebas (IES-R y DASS-21), se usó la técnica de muestreo de bola de nieve, donde se obtuvo que durante la etapa inicial de la pandemia con 1.210 personas de 194 ciudades de China, calificó el impacto psicológico de la enfermedad como moderado a severo (53,8%), de los cuales el 28,8%, 16,5% y 8,1% informaron tener entre un nivel moderado a severos de ansiedad, depresión y estrés, respectivamente.

También en el trabajo de Hajure et al. (2020), tuvieron como objetivo evaluar la prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados entre pacientes médicos crónicos en medio de la pandemia de COVID-19 en el hospital de Etiopía, para lo cual se usó los instrumentos (Oslo-3 social support scale y HADS), los hallazgos mostraron que la prevalencia de ansiedad entre los pacientes con enfermedades crónicas en plena pandemia fue de 61,8%.

En otros autores, Parker et al. (2020) realiza un estudio de investigación que busca identificar la prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés agudo en pacientes hospitalizados con COVID-19 con el uso de los instrumentos (HADS y sCAM), el cual observó que los pacientes ingresados en el hospital por COVID-19 pueden ser una población con un riesgo especialmente mayor de desarrollar síntomas psiquiátricos dada la gravedad de su enfermedad, el estrés único de la hospitalización bajo aislamiento de contacto y la posibilidad de efectos psiquiátricos iatrogénicos de los medicamentos y otras intervenciones. Entre los pacientes hospitalizados por contagio de COVID-19, existe una alta prevalencia de síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión. Estos síntomas no están relacionados en gran medida con la gravedad de la enfermedad, aunque algunos indicadores inflamatorios pueden correlacionarse con síntomas de ansiedad. Los pacientes que fueron diagnosticados de COVID-19 y hospitalizados, inicialmente 36% presentaron síntomas de ansiedad elevados. Durante las dos semanas posteriores al ingreso hospitalario, la carga de los síntomas de ansiedad disminuyó significativamente, ya que 9% presento síntomas de ansiedad elevados, hubo una reducción significativa de los síntomas de ansiedad. Por tanto, se prevé que mientras más tiempo pasa y el paciente con COVID-19 empieza a presentar síntomas de mejoría, los niveles de ansiedad suelen disminuir en gran porcentaje. Estos datos sugieren que los médicos deben examinar a los pacientes con enfermedad aguda de COVID-19 para detectar ansiedad tanto en la evaluación inicial como durante el seguimiento y deben ser conscientes del riesgo de trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático a medida que los pacientes se recuperan de su enfermedad aguda.

En el estudio de Yaqoob et al. (2020), tuvieron como objetivo buscar la aparición de comorbilidad psiquiátrica y factores relacionados entre los pacientes con COVID-19 en el ámbito hospitalario, mediante el diseño de investigación transversal, en donde participaron

81 pacientes diagnosticados con COVID-19, se observó que el 21% presentaban síntomas de depresión, 38% experimentaban síntomas de ansiedad y 44% enfrentaban estrés, sin duda la ocurrencia de la ansiedad, depresión y estrés fue alto entre los pacientes que padecían con COVID-19.

Además, Dai et al. (2020) realizó un estudio, el cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los principales factores que influyen en la ansiedad y los síntomas depresivos, entre los pacientes con COVID-19 ingresados en los hospitales refugio de Fangcang-China, usando los instrumentos (Self-Rating Anxiety Scale, Self-Rating Depression Scale y Pittsburgh Sleep Quality Index), mediante un estudio transversal donde participaron 307 pacientes con COVID-19 del hospital de Jiangnan Fangcang Shelter en Wuhan, China, se reveló que 18,57% tenía síntomas de ansiedad y la mayoría fueron mujeres, este porcentaje también revela que los pacientes con el virus indican niveles más severos de ansiedad que la población en general. Además, el presente estudio demostró que los pacientes con más síntomas físicos de COVID-19 eran más vulnerables a los síntomas de ansiedad. Las posibles razones son las siguientes: Primero, los síntomas comunes de COVID-19, como fiebre, dificultad para respirar y dolor de cabeza, pueden inducir síntomas de ansiedad. En segundo lugar, los pacientes con más síntomas suelen ser más graves que los asintomáticos y la prevalencia de la ansiedad también está relacionada con la gravedad de la enfermedad. Por último, los pacientes con más síntomas están más preocupados por la progresión de su enfermedad.

Otro de los estudios recientes en India de Arul et al. (2022) titulado “Evaluation of perceived stress and coronavirus specific anxiety among hospitalized COVID-19 patients – A cross-sectional study”, en los cuales tuvo una muestra de 178 pacientes. El resultado de la edad media de la población fue de 41 años y la mayoría (54,4%) tenía entre 40 y 60 años.

La estancia media en el hospital fue de 10,2 ( $\pm 4,4$ ) días. La ansiedad específica por coronavirus fue 10,39 ( $\pm 3,1$ ), sumado a la pérdida de un miembro de la familia debido a la infección por COVID-19, la infección activa por COVID-19 en cualquier miembro de la familia, el apoyo social deficiente y la crisis financiera fueron los factores que se correlacionaron con puntajes PSS más altos.

Respecto a los antecedentes nacionales tenemos a Oblitas y Sempertegui (2020) quienes en su investigación tienen como propósito determinar el grado de ansiedad de los adultos que se encuentran en aislamiento social obligatorio debido al COVID-19 en un vecindario de una ciudad en Perú, en esta investigación se tuvo como muestras a 67 participantes. En cuanto a los resultados se tuvo una incidencia de ansiedad del 25%, siendo las mujeres mayormente las que sufren de este trastorno y en este contexto de pandemia sin duda no es la excepción, se suma la población de personas mayores de 40 años, debido a que sienten un mayor miedo a contagiarse por ser una población vulnerable y a posiblemente presentar síntomas más graves.

De acuerdo con Saravia et al. (2020) quienes en su investigación tienen como propósito el determinar el grado de ansiedad presente en estudiantes de medicina del primer año de una universidad privada, Lima-Perú. El estudio uso una muestra de 57 estudiantes de una universidad privada en Lima. En relación a los resultados, se observó que el 75,4% de los estudiantes de medicina informaron experimentar algún nivel de ansiedad. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género femenino y la ansiedad ( $p = 0,045$ ). Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre la edad y la ansiedad ( $p = 0,058$ ).

Por otro lado, se cita la investigación realizada por Aldana et al. (2022) titulado “Depresión, ansiedad y estrés en familiares del personal médico que asiste a pacientes por COVID-19”, este estudio se llevó a cabo en Lima, Perú. La muestra consistió en 325 familiares del personal médico que brinda atención de primera línea a pacientes con COVID-19. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 14% de la muestra poblacional presentó síntomas de depresión leve, el 24% se ubicó en el rango de depresión moderada, el 32% experimentó depresión severa y un 30% mostró depresión extremadamente severa. En cuanto a la ansiedad, el nivel leve fue experimentado por el 17% de la muestra poblacional, el 21% se ubicó en el rango de ansiedad moderada, el 30% presentó ansiedad severa y un 32% mostró ansiedad extremadamente severa. Estos resultados reflejan la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los familiares de los profesionales de la salud que están en la primera línea de atención durante la pandemia de COVID-19.

En otros autores nos encontramos con Virto et al. (2020) que realizaron un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar la influencia de los factores asociados al estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social, en respuesta a la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 en Perú. La muestra se conformó por 1089 participantes. Los resultados concluyeron que, durante los primeros días de cuarentena, se encontró depresión (18.1%), estrés (15%), y ansiedad (20.7%).

También Jurado, et al. (2023) quienes investigaron la ansiedad en docentes en contexto COVID-19 de dos universidades de la región de Ica. La muestra fue de 57 docentes de dos universidades de Ica. Respecto a los resultados un 73.7 % de docentes de universidad se ubican en un nivel mínimo respecto a ansiedad, seguido de un 10.5 % de nivel leve, un 8.8 % de nivel moderado y por último un 7.7 % de ansiedad severa.

Por último, Carlessi et al. (2021) investiga la depresión, ansiedad, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por COVID-19. Su investigación usa una muestra de 1264 estudiantes universitarios de diferentes departamentos del Perú. En relación a los resultados, más de la mitad de los estudiantes presentaron de 3 a 6 indicadores de ansiedad, mientras que un 45% de la muestra mostró el mismo número de indicadores de depresión. Además, el 30% de la muestra presentó de 3 a 6 indicadores de somatización, y un 40,3% se ubicó en la parte superior de la escala de evitación experiencial.

### **Marco Teórico**

Enseguida, para poder definir la ansiedad, Cano et al. (2011) menciona que la ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.

Otro de los conceptos sobre ansiedad, esta vez de Fernández (2012) alude que la ansiedad es la más común y universal de las emociones, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otro tipo de alteración psiquiátrica.

Para el Ministerio de Salud (MINSA, 2023) la ansiedad es una emoción que podría convertirse en patológica sino se regula de manera adecuada, cuando su intensidad es desproporcionada, persistente y altera la funcionabilidad diaria de la persona, tanto en el trabajo, la familia y las relaciones sociales o viceversa, en ese momento se califica como un trastorno de ansiedad que afecta directamente a la salud mental. Cabe señalar que, los síntomas pueden ser psicológicos y físicos. También se destacó que se presenta con mayor frecuencia en mujeres.

Asimismo, Zung (1971) señala que la ansiedad se caracteriza por preocupación de intensidad variada de acuerdo con la situación y el grado de afrontamiento de la etapa de vida de la persona, que en momentos se traduce en pánico y frecuentemente se encuentra asociada con síntomas somáticos.

Partiendo ahora del American Psychiatric Association (APA, 2014) “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5”, se menciona que en los trastornos de ansiedad se comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas, como la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) identifica a los trastornos de ansiedad por el miedo, una preocupación excesiva, por trastornos del comportamiento y que los síntomas sean lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importante.

Por otro lado, Moreno (2008) indica que los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano, aunque a veces los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal, ello no quiere decir que no se esté

presentando síntomas ansiosos en la persona. No obstante, algunas enfermedades físicas pueden provocar algunos síntomas.

También tenemos a Freud (1926), que describió a la ansiedad como una respuesta interna que funciona como una señal de peligro y tiene sus raíces en experiencias traumáticas durante los primeros años de vida. Él diferenció entre dos tipos de ansiedad: ansiedad automática y ansiedad señal, ambas surgidas del estado de vulnerabilidad psíquica del lactante. La ansiedad automática invadía el aparato psíquico y dejaba al yo paralizado frente a una acumulación de tensión que no podía controlar. Por otro lado, la ansiedad señal era la respuesta anticipatoria del yo frente a la amenaza de una situación traumática, lo cual activaba los mecanismos defensivos para hacer frente a dicha amenaza.

Por otro lado, Skinner (1969, 1977) indica que el reforzamiento negativo no tiene el efecto de suprimir la conducta emocional, sino que en realidad da lugar a una nueva conducta cuyo propósito es evitar o controlar las consecuencias aversivas. A través de este mecanismo, se puede comprender la ansiedad como una respuesta emocional que se refuerza negativamente mediante comportamientos evitativos dirigidos a prevenir y controlar lo aversivo.

En otros autores tenemos a Bandura (1974, 1977, 1982) quien fue el pionero de la corriente cognitiva dentro del enfoque conductual al proponer, a través de la teoría del aprendizaje social, que las acciones están influenciadas por las expectativas del individuo. Él distinguió entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado. Las primeras se refieren a las creencias acerca de la propia capacidad para llevar a cabo determinadas conductas de manera exitosa, mientras que las segundas se refieren a las estimaciones sobre los resultados que ciertas conductas pueden generar. A partir de la información obtenida, se realiza una nueva evaluación o reevaluación del entorno y del individuo, lo cual puede

modificar o fortalecer la valoración inicial. Bandura concibió la ansiedad como un estado subjetivo que surge como resultado de la evaluación y reevaluación de estímulos tanto internos como externos, y dicho resultado determina el tipo, la intensidad y la duración de la experiencia emocional.

Por otra parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2020) menciona una que la ansiedad del sexo femenino puede deberse a la multiplicación de demandas de los quehaceres domésticos, administración de relaciones, emociones familiares, desigualdad de género, reducción de su autonomía y la desatención hacia sí misma por dedicarse a otros, todo ello sumado a sus responsabilidades de trabajo y sus estudios.

### **Justificación**

Como justificación práctica los resultados de esta investigación contribuirán a identificar las necesidades particulares de estos pacientes clínicos. Esta comprensión permitiría a los profesionales de la salud implementar estrategias de atención personalizadas y adecuadas para abordar la ansiedad, lo cual resultaría en una mejora de la calidad de atención proporcionada.

Respecto a la justificación social, los datos obtenidos pueden ser valiosos para la formulación de políticas de salud que aborden de manera eficaz los aspectos psicológicos de la enfermedad. Al comprender las necesidades de los pacientes y los desafíos relacionados con la ansiedad, es posible implementar políticas y programas que ofrezcan un mayor apoyo emocional y una atención integral a los pacientes tanto durante su hospitalización como en etapas posteriores. Asimismo, este trabajo aportaría a generar conciencia acerca de las repercusiones psicológicas de la enfermedad y fomentar la educación pública sobre la relevancia de la salud mental.

## **Formulación del problema**

¿Existirán diferencias estadísticamente significativas de la ansiedad con relación al tipo de pacientes provenientes de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021?

## **Objetivos**

### **1.1.1. Objetivo General**

Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021.

### **1.1.2. Objetivos Específicos**

- a) Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según sexo.
- b) Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según edad.
- c) Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta

médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según diagnóstico de COVID-19 de algún ser querido.

- d) Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según la pérdida de algún ser querido a causa del COVID-19.

## **Hipótesis**

### **1.1.3. Hipótesis general**

Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021.

### **1.1.4. Hipótesis específicas**

- a) Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según sexo.
- b) Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según edad.
- c) Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de

un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según diagnóstico de COVID-19 de algún ser querido.

- d) Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según la pérdida de algún ser querido a causa del COVID-19.

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

### **Tipo de Investigación**

De acuerdo con Sánchez y Reyes (1998), la presente investigación es de tipo básico, ya que pretende buscar conocimiento a través de la recolección de información de la realidad y enriquecer el conocimiento científico. Se trata de una investigación de enfoque cuantitativo, ya que es probatorio, se derivan objetivos, preguntas de investigación, se revisa la literatura, se construye un marco teórico, y se establecen hipótesis (ya que se pronostica un hecho), específicamente es de tipo investigativa y direccional de diferencia entre grupos, porque se especifica en favor de que grupo es la diferencia; posterior a ello, se traza un plan para probarlas; se analizan la o las variables con métodos estadísticos para finalmente extraer conclusiones. De alcance descriptivo, porque el objetivo de la investigación es la definición, clasificación y/o categorización de eventos para describir procesos mentales y conductas manifiestas, también busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández et al., 2014) y comparativo (cuando el objetivo es la comparación de grupos), con un diseño de investigación “no experimental”, ya que no hay manipulación de variables ni control mediante asignación aleatoria) y de corte transversal descriptivo (usan uno o más grupos de participantes que son evaluados, haciendo que se recolecten datos en un solo momento) (Ato et al., 2013; Hernández et al., 2014).

### **Población y muestra (Materiales, instrumento y métodos)**

Se trabajó con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, esto según Ramírez (1997), está conformada por 610 pacientes de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana, de los cuales 307 son del sexo masculino y 303 del sexo femenino,

que comprenden edades de 18 a 59 años, de los cuales fueron divididos en dos grupos, el “A” que se conforma por 313 pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 (123 masculinos y 190 femeninos) y en el “B” conformado por 297 pacientes adultos con COVID-19 de alta médica (184 masculinos y 113 femeninos).

Criterios de inclusión de la población para pertenecer al grupo “A” (pacientes adultos hospitalizados de COVID-19).

- ✓ Haber sido diagnosticado de COVID-19 por un médico, en la prueba serológica (rápida), prueba antigénica o molecular.
- ✓ Haberse hospitalizado recientemente debido a la enfermedad de COVID-19.
- ✓ Tener entre 18 y 59 años (esto según las etapas de vida que considera el MINSA, al cual se basó el estudio).

Criterios de inclusión de la población para pertenecer al grupo “B” (pacientes adultos con COVID-19 de alta médica).

- ✓ Haber sido diagnosticado de COVID-19 por un médico, en la prueba serológica (rápida), prueba antigénica o molecular.
- ✓ Haber sido hospitalizado debido a la enfermedad del COVID-19.
- ✓ Que se le haya dado de alta médica recientemente, por su recuperación de la enfermedad del COVID-19.
- ✓ Que le hayan dado de alta médica pasado aproximadamente entre 2 a 6 semanas desde que se le hospitalizó por COVID-19. (esto es ya que, según estudio publicado por Mancuso et al. (2020) en la revista *BMJ Open* realizado en Italia, el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) tarda unas 2 semanas aproximadamente en desaparecer del cuerpo de la persona si el paciente desarrolla la forma leve de la enfermedad y 4 a 6 semanas aproximadamente si la persona desarrolla la forma moderada a grave la enfermedad.

- ✓ Tener entre 18 y 59 años (esto según las etapas de vida que considera el MINSA, al cual se basó el estudio).

### Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

La recolección de datos se realizó por medio de una encuesta, que es la técnica en el área de investigación, que según Hernández et al. (2014) corresponde a un formato diseñado previamente para facilitar la recogida de datos necesarios para la investigación. La cual servirá para recabar las características sociodemográficas de la población, junto con los ítems del instrumento.

Recientemente en Estados Unidos Lee (2020) desarrolló el Coronavirus Anxiety Scale (CAS) como una medida para identificar la frecuencia de los síntomas fisiológicos generados por los pensamientos y la información relacionada con la COVID-19. Por ende, en la investigación se usará el instrumento traducido al español y validado en el Perú (Caycho et al., 2020).

#### Tabla 1

*Coronavirus Anxiety Scale (CAS).*

Nombre	Coronavirus Anxiety Scale (CAS)
Autor	Lee, S.
Fecha de publicación	16 de abril del 2020
Aplicación	Adultos de las diferentes regiones de los EEUU (edades entre 18-29 y 30 años en adelante)
Ámbito de aplicación	Investigación y en entornos clínicos
Finalidad	Medir la ansiedad con relación al COVID-19

---

Confiabilidad	En la versión original el coeficiente alfa tiene un .93 de confiabilidad por consistencia interna, también adecuadas cualidades diagnósticas de sensibilidad, 90% y especificidad, 85%.
---------------	---

---

**Tabla 2**

*CAS en español.*

---

Nombre validado al español	CAS en español
Autor en español	Caycho, T.
Fecha de publicación	29 de agosto del 2020
Aplicación	Adultos de Lima, Perú (edades entre 18 años a 65 años) y adultos mayores (+65 años)
Ámbito de aplicación	Investigación y en entornos clínicos
Finalidad	Medir la ansiedad en relación con la COVID-19
Confiabilidad	En la versión validada el español en Lima, Perú el coeficiente alfa obtuvo .89 confiabilidad por consistencia interna. Además, las cargas factoriales fueron grandes y significativas (de .68 a .87) y la evidencia de validez con base en la relación con otras variables del CAS fue respaldada por la correlación positiva con la depresión ( $r = .52, p < .01$ ) y negativa con el bienestar subjetivo ( $r = -.50, p < .01$ ).

---

El Coronavirus Anxiety Scale (CAS) es una escala breve y de fácil aplicación que presenta propiedades psicométricas robustas y parece ser adecuada para utilizarse con personas, independientemente de la edad y el sexo, cuenta con 5 ítems referidos a la ansiedad relacionada con el COVID-19. Los evaluados responden una escala Likert de 5 grados en función a la frecuencia con que han experimentado síntomas de ansiedad, variando de entre 0 (de ninguna manera) a 4 (casi todos los días en las últimas 2 semanas). El puntaje total es obtenido al sumar el puntaje de cada uno de los ítems, siendo el puntaje mínimo 0 y el máximo 20. Los puntajes altos representan ansiedad severa en relación al COVID-19. Asimismo, un mayor puntaje del CAS se asoció con el diagnóstico de coronavirus, discapacidad, afrontamiento mediante el uso de alcohol o drogas, afrontamiento religioso negativo, desesperanza, ideación suicida, actitudes negativas hacia el presidente Trump y los productos chinos. Finalmente, el CAS excluye adecuadamente personas con y sin ansiedad (Caycho et al., 2020).

### **Validez y Confiabilidad**

La versión original diseñado por Lee (2020), en donde participaron 775 adultos de los cuales 446 eran hombres y 329 eran mujeres, con una edad promedio de 32.72 años (SD = 9.35), evidenció excelentes índices de ajuste para la estructura unifactorial  $\chi^2(5) = 2.68$ , CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .00, SRMR = .001, así como una excelente consistencia interna evaluada mediante el coeficiente alfa de .93. Asimismo, los resultados del análisis factorial confirmatorio multigrupo indican que la escala evalúa de manera equivalente a los grupos de acuerdo con el sexo y a los rangos de edad comprendidos entre los 18-29 años y 30 años en adelante. Se encontró también que posee adecuadas cualidades diagnósticas de sensibilidad, 90% y especificidad, 85%.

Por otro lado, la traducción y validación del instrumento en el Perú fue realizado por Caycho et al. (2020) donde participaron un total de 704 estudiantes universitarios de ciencias de la salud, de los cuales 57.5% (n = 405) eran mujeres y el 42.5% (n = 299) eran hombres, con una edad promedio de 23.39 años (DE = 3.45), el análisis factorial confirmó la estructura factorial unidimensional del CAS ( $\chi^2 = 7.62$ , gl = 5, p = .18,  $\chi^2/df = 1.52$ , CFI = .99, RMSEA = .03 [CI90% .00, .06]; SRMR = .02, WRMR = .52); además, las cargas factoriales fueron grandes y significativas (de .68 a .87). Los cinco ítems del CAS mostraron correlaciones ítems test total corregido aceptable (de .64 a .74). La confiabilidad por consistencia interna fue buena ( $\omega = .89$ ;  $\alpha$  ordinal = .89). La evidencia de validez con base en la relación con otras variables del CAS fue respaldada por la correlación positiva con la depresión (r = .52, p < .01) y negativa con el bienestar subjetivo (r = -.50, p < .01). Por tanto, la versión en español del CAS posee evidencias de validez y confiabilidad para medir la ansiedad por la COVID-19 en una muestra de universitarios peruanos.

Posterior a traducirlo en español y validarlo para el Perú con estudiantes universitarios de ciencias de la salud, Caycho et al. (2020), realizó otros estudios para ampliar las edades a las cuales se podría aplicar el instrumento, de 18 a 65 años, sumado a un estudio que realizó con adultos mayores, para evaluar la coronafobia en ellos.

Existen pocos estudios donde el instrumento (CAS en español) se haya aplicado a entornos clínicos, ya que mayormente se aplicaron otro tipo de instrumentos; sin embargo, existen algunos estudios similares.

## **Procedimiento**

Para la investigación, se procedió a la búsqueda de información en bases de datos como EBSCOhost, Redalyc, ProQuest y Scopus, que tengan mejor relevancia con el estudio, tanto nacionales como internacionales, en los últimos 5 años. Posterior a ello, se encontró el

instrumento “CAS” que mide ansiedad por COVID-19, y justamente fue validado en la población de Lima Metropolitana. Consecuentemente, se tramitó el permiso con el establecimiento de salud privado, para poder aplicar el instrumento en la población de pacientes clínicos con COVID-19, una vez que se accedió a la base de datos, se procedió a compartirles el formulario virtual, debido a que era más seguro para los pacientes, por las mismas restricciones de la pandemia y también fue la vía más rápida de obtener la información, en dicho formulario, se les brindó la información para que sean partícipes del estudio, a que grupo pertenecerían, el consentimiento informado (aspecto ético), sumado a las preguntas sociodemográficas y las del instrumento, que se basan en 5 ítems con 5 opciones de respuesta de escala tipo Likert, siendo este instrumento adecuado para excluir a personas con y sin ansiedad frente al COVID-19; posterior a ello, las respuestas de la encuesta fueron vaciadas a Microsoft Excel.

### **Análisis de Datos**

Para el análisis de los datos recogidos, se utilizó el software estadístico IBM SPSS, versión 25. Se empezó por el análisis descriptivo de la ansiedad por COVID-19, donde las medidas de tendencia central resultaron de la siguiente manera; la Media resultó en 9.64, la Mediana en 10.00. También se realizó las medidas de variabilidad, en la cual el Rango fue de 18, la Desviación Estándar de 5.49 y la Varianza de 30.17. En seguida, se realizó el análisis inferencial, donde se estima los parámetros y se somete a prueba la hipótesis; para analizar la distribución de los datos se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para determinar si la distribución de los puntajes era normal en los puntajes de la escala de ansiedad, se aceptó la hipótesis alternativa y se rechazó la hipótesis nula ( $p$  valor = .00), quiere decir que la significancia ( $p$  valor) es menor a .050, por lo que resultaría ser “no

paramétrico”; así que, se decidió utilizar el estadístico de comparación “U de Mann-Whitney”, que busca la comparación de 2 grupos y no una relación de variables. Además, cabe mencionar que la diferencia significativa de la variable ansiedad por COVID-19 con los dos grupos, presenta un tamaño del efecto grande ( $d$  de Cohen = 4.08), ( $>0.8$  = Grande).

### **Aspectos Éticos**

Se obtuvo la carta de autorización de uso de información del establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana, para el acceso a la base de datos de los pacientes.

Se procedió a enviar el formulario a cada paciente individualmente, con el fin de pedirle su consentimiento para que pueda participar del estudio mediante el link del formulario Google Form, que se le brindó por la aplicación de WhatsApp, ya sea al mismo paciente o al de algún familiar que le pueda apoyar, cabe resaltar que todos los participantes son mayores de edad (entre 18 a 59 años).

Además, la investigación siguió todos los protocolos aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Privada del Norte y siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

También siguió los lineamientos y código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú, de respetar la dignidad, autonomía y la integridad de la persona, y del ejercicio profesional de la Psicología, donde estas acciones se realicen por medio de preceptos de beneficencia, se basen en la búsqueda del bien para la persona y no de la maleficencia, consiste en evitar que se produzca cualquier forma de daño o lesión (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

La presente investigación surgió de la necesidad de poder determinar si existe diferencias respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021.

Se plantea lograr comparar los dos grupos presentados, respondiendo a la hipótesis de investigación planteada, la cual se logra a través la comparación de grupos relacionados usando el estadístico de comparación “U de Mann-Whitney”.

Así mismo, comparar los grupos y la ansiedad que se presenta con las variables sociodemográficas siguiente: según sexo, edad, seres queridos diagnosticados con COVID-19, y seres queridos que han fallecido a causa del COVID-19.

Por lo tanto, el presente capítulo muestra los resultados con el tratamiento estadístico; en primer lugar, se muestran los resultados descriptivos seguido de los resultados inferenciales, que permitirán dar respuesta a la pregunta de investigación, a los objetivos y a las hipótesis establecidas en el estudio.

### 3.1 Análisis Descriptivo de la variable de estudio

**Tabla 3**

*Análisis Descriptivo de la información sociodemográfica.*

	<b>Grupos</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Ser querido diagnosticado de COVID-19</b>	<b>Pérdida de un ser querido a causa del COVID-19</b>
<b>n</b>	610	610	610	610	610
<b>Grupo A</b>	313	298	307	315	319
<b>Grupo B</b>	297	312	303	295	291
<b>Media</b>	1,49	1,51	1,50	1,48	1,48
<b>DE</b>	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50

*Nota.* En esta tabla 3, se observa que la muestra total es 610 pacientes entre los dos grupos. Comenzando con el grupo A (pacientes adultos hospitalizados de COVID-19) que se integra por 313 pacientes y en el grupo B (pacientes adultos con COVID-19 de alta médica) se integra por 297 pacientes. Cabe resaltar que los dos grupos están muy bien balanceados, ya que la media (M) se mantiene entre 1,48 y 1,51.

**Tabla 4**

Análisis Descriptivo del grupo A: Pacientes adultos hospitalizados de COVID-19.

<b>Grupo A n = 313</b>	<b>Edad</b> f (%)	<b>Sexo</b> f (%)	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
<b>Jóvenes (18-29 años)</b>	52 (16.61)			
<b>Adultos (30-59 años)</b>	261 (83.39)			
<b>Masculino</b>		123 (39.30)		
<b>Femenino</b>		190 (60.70)		
<b>Si</b>			300 (95.85)	302 (96.49)
<b>No</b>			13 (4.15)	11 (3.51)

*Nota.* En esta tabla 4, se observa que en el grupo A de pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 (n = 313) la gran mayoría son adultos de entre 30-59 años (f = 261, % = 83.39); el sexo que predomina es el femenino (f = 190, % = 60.70) y suelen tener más seres queridos entre diagnosticados de COVID-19 y fallecidos (f = 300, % = 95.85), (f = 302, % = 96.49) respectivamente.

**Tabla 5**

*Análisis Descriptivo del grupo B: Pacientes adultos con COVID-19 de alta médica.*

<b>Grupo B</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>
<b>n = 297</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>		
<b>Jóvenes</b>	246			
<b>(18-29 años)</b>	(82.83)			
<b>Adultos</b>	51			
<b>(30-59 años)</b>	(17.17)			
<b>Masculino</b>		184		
		(61.95)		
<b>Femenino</b>		113		
		(38.05)		
<b>Si</b>			15	17
			(5.05)	(5.72)
<b>No</b>			282	280
			(94.95)	(94.28)

*Nota.* En esta tabla 5, se observa que en el grupo B de pacientes adultos con COVID-19 de alta médica (n = 297) la gran mayoría son jóvenes entre 18-29 años (f = 246, % = 82.83); el sexo que predomina es el masculino (f = 184, % = 61.95) y casi no suelen tener seres queridos entre diagnosticados de COVID-19 y fallecidos (f = 282, % = 94.95), (f = 280, % = 94.28) respectivamente.

**Tabla 6**

*Análisis Descriptivo de la respuesta al ítem.*

Ítems	M (DE)	Alternativas de respuesta	f (%)
<b>Item 1:</b> Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias sobre el COVID-19.	2.23 (1.28)	0 = De ninguna manera	50 (8.20)
		1 = Rara vez, menos de un día o dos	166 (27.21)
		2 = Varios días	116 (19.02)
		3 = Más de 7 días	152 (24.92)
		4 = Casi todos los días en las últimas 2 semanas	126 (20.66)
<b>Item 2:</b> Tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el COVID-19.	1.88 (1.24)	0 = De ninguna manera	85 (13.93)
		1 = Rara vez, menos de un día o dos	179 (29.34)
		2 = Varios días	142 (23.28)
		3 = Más de 7 días	131 (21.48)
		4 = Casi todos los días en las últimas 2 semanas	73 (11.97)
<b>Item 3:</b> Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.	2.12 (1.26)	0 = De ninguna manera	70 (11.48)
		1 = Rara vez, menos de un día o dos	149 (24.43)
		2 = Varios días	126 (20.66)
		3 = Más de 7 días	170 (27.87)
		4 = Casi todos los días en las últimas 2 semanas	95 (15.57)
<b>Item 4:</b> Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.	1.54 (1.15)	0 = De ninguna manera	67 (10.98)
		1 = Rara vez, menos de un día o dos	177 (29.02)
		2 = Varios días	160 (26.23)
		3 = Más de 7 días	180 (29.51)
		4 = Casi todos los días en las últimas 2 semanas	26 (4.26)
<b>Item 5:</b> Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.	1.87 (1.09)	0 = De ninguna manera	159 (26.07)
		1 = Rara vez, menos de un día o dos	115 (18.85)
		2 = Varios días	194 (31.80)
		3 = Más de 7 días	130 (21.31)
		4 = Casi todos los días en las últimas 2 semanas	12 (1.97)

*Nota.* Como se interpreta en la tabla 6, los participantes respondieron al **ítem 1** en su mayoría la alternativa 1 ( $M = 2.23$ ,  $DE = 1.28$ ,  $f = 166$ ,  $\% = 27.21$ ); lo que significaría que la mayoría de encuestados indicó mediante su puntuación que presentan **Rara vez, menos de un día o dos** síntomas de debilidad, mareos, aturdimiento, cuando escuchan noticias sobre el COVID-19. Mientras que los participantes que respondieron al **ítem 2** en su mayoría marcaron la alternativa 1 ( $M = 1.88$ ,  $DE = 1.24$ ,  $f = 179$ ,  $\% = 29.34$ ); lo que significaría que la mayoría de encuestado indicó mediante su puntuación que tuvieron **Rara vez, menos de un día o dos** problemas para quedarse dormidos porque estaban pensando en el COVID-19. Con respecto al **ítem 3** en su mayoría marcaron la alternativa 3 ( $M = 2.12$ ,  $DE = 1.26$ ,  $f = 170$ ,  $\% = 27.87$ ); lo que significaría que la gran mayoría de encuestados indico que se sintió **por más de 7 días** paralizado o congelado cuando pensaban o estaban expuestos a información sobre el COVID-19. En el **ítem 4**, los participantes en su mayoría respondieron la alternativa 3 ( $M = 1.54$ ,  $DE = 1.15$ ,  $f = 180$ ,  $\% = 29.51$ ); por lo que se describe que la mayoría de encuestados **por más de 7 días** perdieron el interés en comer cuando pensaban o estaban expuestos a información sobre el COVID-19. Y por último en el **ítem 5**, en su mayoría respondieron la alternativa 2 ( $M = 1.87$ ,  $DE = 1.09$ ,  $f = 194$ ,  $\% = 31.80$ ); lo que significaría que la mayoría de encuestados sintieron **por varios días** nauseas o problemas estomacales cuando pensaban o estaban expuestos a información sobre el COVID-19.

**Tabla 7**

*Análisis Descriptivo de los niveles de ansiedad.*

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo</b>	251	41.2%
<b>Moderado</b>	202	33.1%
<b>Alto</b>	157	25.7%
<b>Total</b>	610	100%

*Nota.* Se puede interpretar de la tabla 7, que, si hay presencia de ansiedad para ambos grupos, la gran mayoría de pacientes adultos tienen un bajo nivel de ansiedad ( $f = 251$ ,  $\% = 41.1$ ), seguido del nivel moderado ( $f = 202$ ,  $\% = 33.1$ ) y finalmente del nivel alto ( $f = 157$ ,  $\% = 25.7$ ); sin embargo, esto no quiere decir que no haya una diferencia significativa entre el grupo A y el grupo B en base a la ansiedad por el COVID-19, esos resultados pertenecen al análisis inferencial.

**Tabla 8**

*Análisis Descriptivo de la ansiedad por COVID-19.*

		Estadístico	Desv. Error
	Media	9.64	.222
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	9.20 10.07
Ansiedad por COVID-19	Media recortada al 5%	9.60	
	Mediana	10.00	
	Varianza	30.17	
	DE	5.49	
	Mínimo	1	
	Máximo	19	
	Rango	18	
	Rango intercuartil	11	
	Asimetría	.013	.099
	Curtosis	-1.458	.198

*Nota.* Se puede interpretar de la tabla 8, que la media del puntaje obtenido del instrumento CAS en español que mide ansiedad por COVID-19 es de ( $M = 9.64$ ). Obteniendo una desviación estándar de ( $DE = 5.49$ ), por lo cual varía entre 4,15 y 15,13 puntos. Por otro lado, se puede observar que el mínimo puntaje obtenido fue 1 y el máximo puntaje 19, del total de 20 puntos como máximo que se puede obtener del instrumento.

### 3.2 Análisis Inferencial de la variable de estudio

### 3.2.1 Normalidad

#### Tabla 9

*Análisis Inferencial usando Kolmogorov-Smirnov.*

<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>			
	Estadístico	gl	Sig.
<b>Ansiedad por COVID-19</b>	.127	610	.000

*Nota.* En la tabla 9, se observa que si la significancia (p valor) es menor a .050, por lo cual es “no paramétrico” / no normal, [ $p < .050 = Hi$ ]; por lo tanto, se usará la “U de Mann-Whitney” para 2 grupos.

### 3.2.2 Prueba de Hipótesis

**Tabla 10**

*Análisis Comparativo de la ansiedad entre el grupo de pacientes adultos hospitalizados con COVID-19 y pacientes adultos con COVID-19 de alta médica.*

	¿A qué grupo perteneces?	N	Rango	Media	DE	Sig. (bilateral)	U de Mann-Whitney	d de Cohen
<b>Ansiedad por COVID-19</b>	Hospitalizados	313	453.32	14.44	2.51	.000	213.000	4.08
	Alta médica	297	149.72	4.58	2.31			
	Total	610						

*Nota.* Como se logra observar en la tabla 10, existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p$  valor = .000) entre grupo “A” de paciente adultos hospitalizados de COVID-19 que presentan un nivel de ansiedad moderado a severo y aquellos del grupo “B” pacientes adultos con COVID-19 de alta médica que presentan un nivel de ansiedad leve, evidenciando que esta diferencia significativa en el grupo “A” es más propensa a la variable de ansiedad ( $M = 14.44$ ,  $d = 4.08$ ,  $p < .000$ ). Además, cabe mencionar que esta diferencia significativa presenta un tamaño del efecto grande ( $d$  de Cohen = 4.08), ( $>0.8 =$  Grande).

**Tabla 11**

*Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según sexo.*

	Sexo	N	Media	DE	U de Mann- Whitney	Sig. (bilateral)	d de Cohen
<b>Ansiedad por COVID- 19</b>	Masculino	307	6.93	4.54			
	Femenino	303	12.39	4.99	18211.50	.000	1.14
	Total	610					

*Nota.* Como se logra apreciar en la tabla 11, el sexo femenino tiene una diferencia de ansiedad significativamente mayor a la media del sexo masculino ( $M = 12.39$ ), ( $M = 6.93$ ) respectivamente; esto es debido al análisis comparativo de la “U de Mann-Whitney” ( $p$  valor = .000); por lo tanto, se evidencia que el sexo femenino tiene un nivel de ansiedad moderado con respecto al sexo masculino que presenta un nivel de ansiedad leve. Además, cabe mencionar que esta diferencia significativa presenta un tamaño del efecto grande ( $d$  de Cohen = 1.14), ( $>0.8 =$  Grande).

**Tabla 12**

*Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según edad.*

	Edad	N	Media	DE	U de Mann- Whitney	Sig. (bilateral)	d de Cohen
<b>Ansiedad por COVID- 19</b>	Joven (18-29 años)	298	5.98	3.83			
	Adulto (30-59 años)	312	13.13	4.47	12543.00	.000	1.71
	Total	610					

*Nota.* Como se logra apreciar en la tabla 12, la edad de 30 a 59 años que se categoriza por pacientes adultos, tiene una diferencia de ansiedad significativamente mayor a la media, a diferencia de los pacientes jóvenes (M = 13.13), (M = 5.98) respectivamente, esta significancia es debido a la “U de Mann-Whitney” (p valor = .000); por lo tanto, los adultos de 30 a 59 años tienen un nivel de ansiedad moderado, a diferencia de los jóvenes de 18 a 29 años, que presentan un nivel de ansiedad leve. Además, cabe mencionar que esta diferencia significativa presenta un tamaño del efecto grande ( $d$  de Cohen = 1.71), ( $>0.8$  = Grande).

**Tabla 13**

*Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según diagnóstico de COVID-19 de algún ser querido.*

	<b>Dx de algún ser querido</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>U de Mann- Whitney</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>d de Cohen</b>
	Sí	315	14.04	3.14			
<b>Ansiedad</b>							
<b>por</b>					3734.50	.000	2.96
<b>COVID- 19</b>	No	295	4.94	3.00			
	Total	610					

*Nota.* Como se logra apreciar en la tabla 13, los pacientes que marcaron sí tener un ser querido diagnosticado de COVID-19 tienen una diferencia de ansiedad significativamente mayor a la media con respecto a los pacientes que marcaron no tener un ser querido diagnosticado de la enfermedad, (M = 14.04), (M = 4.94) respectivamente; esta significancia es debido a la “U de Mann-Whitney” (p valor = .000); por lo tanto, los pacientes que sí tienen un ser querido diagnosticado de COVID-19, presentan un nivel de ansiedad moderado a diferencia de los que no tienen un ser querido diagnosticado de COVID-19, que presentan un nivel de ansiedad leve. Además, cabe mencionar que esta diferencia significativa presenta un tamaño del efecto grande (*d* de Cohen = 2.96), (>0.8 = Grande).

**Tabla 14**

*Análisis Comparativo de la Ansiedad por COVID-19 según la pérdida de algún ser querido a causa del COVID-19.*

	<b>Pérdida de algún ser querido</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>d de Cohen</b>
<b>Ansiedad por COVID-19</b>	Sí	319	13.95	3.38			
	No	291	4.91	2.81	3910.00	.000	2.90
	Total	610					

*Nota.* Como se logra apreciar en la tabla 14, los pacientes que marcaron sí tener un ser querido fallecido a causa del COVID-19 tienen una diferencia de ansiedad significativamente mayor a la media con respecto a los pacientes que marcaron no tener un ser querido fallecido a causa del COVID-19, (M = 13.95), (M = 4.91) respectivamente; esta significancia es debido a la “U de Mann-Whitney” (p valor = .000); por lo tanto, los pacientes que sí tienen un ser querido fallecido a causa del COVID-19, presentan un nivel de ansiedad moderado a diferencia de los que no tienen un ser querido fallecido a causa del COVID-19, que presentan un nivel de ansiedad leve. Además, cabe mencionar que esta diferencia significativa presenta un tamaño del efecto grande (*d* de Cohen = 2.90), (>0.8 = Grande).

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### Discusión

El objetivo general de esta investigación fue determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021. Al respecto se evidenció resultados estadísticamente significativos con el primer grupo (nivel de ansiedad moderado a severo), frente al segundo grupo (nivel de ansiedad leve) respectivamente, El cual se puede confirmar en la tabla 10. Esto a la vez es corroborado por Parker et al. (2020), menciona que los pacientes que van presentando mejorías tienen menor nivel de ansiedad. Al igual que Dai et al. (2020), afirmó en su estudio, que los pacientes con más síntomas físicos de COVID-19 eran más vulnerables a los síntomas de ansiedad. Esto se corrobora también con las teorías de Cano et al. (2011), en la cual menciona que la ansiedad surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo. El (APA, 2014), menciona de igual forma que los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo excesivo, así como alteraciones conductuales asociadas, como la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos evitativos.

Con respecto a la primera hipótesis específica, se confirma que hay una mayor ansiedad significativa frente al COVID-19 en el sexo femenino (nivel de ansiedad moderado) con respecto al masculino (nivel de ansiedad leve) respectivamente, esto se evidencia en la tabla 11. La cual coincide con el (MINSU, 2023) y la (OMS, 2022), en la que se observa que la incidencia de presentar mayor ansiedad se da más en mujeres. Esto también se corroboró en el estudio de Caycho et al. (2021), el resultado fue que el sexo femenino reportó más niveles de ansiedad por COVID-19. Por otro parte, Dai et al. (2020)

alude de igual forma que las mujeres presentan mayor ansiedad en su estudio. Seguido de Oblitas y Sempertegui (2020) donde mencionan que las mujeres mayormente son las que sufren de este trastorno y en este contexto de pandemia no es la excepción. También, Arul et al. (2022) obtuvo una ligera preponderancia de mujeres que presentaron mayor ansiedad por COVID-19. De igual manera, Saravia et al. (2020) encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género femenino y la ansiedad. En teoría esta tendencia puede deberse a la multiplicación de demandas de los quehaceres domésticos, administración de relaciones, emociones familiares, desigualdad de género, reducción de su autonomía y la desatención hacia sí misma por dedicarse a otros, todo ello sumado a sus responsabilidades de trabajo y sus estudios (CEPAL, 2020).

En relación a la segunda hipótesis específica, se confirma que la edad adulta que está entre los 30 y 59 años (esto según las etapas de vida que considera el MINSA, al cual se basó el estudio), efectivamente tiene una mayor ansiedad significativa frente al COVID-19 (nivel de ansiedad moderado) a diferencia de las edades que están entre 18 a 29 años de edad (nivel de ansiedad leve), todo esto se comprueba en la tabla 12. De acuerdo con el estudio de Arul et al. (2022), resultó que la población de los pacientes hospitalizados que presentaron ansiedad por COVID-19, tenían entre 40 y 60 años de edad. La cual coincide con el estudio de Oblitas y Sempertegui (2020), se encontró que quienes presentan mayor ansiedad son la población de personas mayores de 40 años a más; ya que, en teoría, sienten un mayor miedo a contagiarse por ser una población vulnerable y que posiblemente presenten síntomas más graves de la enfermedad; por ende, se eleva su ansiedad por contagiarse. Sumado a que el contexto de la pandemia repercute en sus trabajos, sus ingresos económicos o la misma preocupación de sus familias y seres queridos. De acuerdo al estudio Zung (1971), señala que la ansiedad se caracteriza por preocupación de intensidad variada de acuerdo con la situación y el grado de afrontamiento de la etapa de vida de la persona, que en momentos se

traduce en pánico y frecuentemente se encuentra asociada con síntomas somáticos. Esto se traduce que a más edad tenga la persona, la enfermedad del COVID-19 le genere más síntomas somáticos; por ende, la ansiedad en personas adultas aumente.

La tercera hipótesis específica, es corroborada en la tabla 13, ya que se demuestra que las personas que tienen un ser querido diagnosticado de COVID-19 presentan una mayor ansiedad significativa de la enfermedad (nivel de ansiedad moderado) a diferencia de los que no lo tienen (nivel de ansiedad leve). Todo ello se confirma con otros estudios, como el de Huarcaya (2020), el cual menciona que, el tener un conocido diagnosticado con la COVID-19 sin duda empeoraría los niveles de ansiedad. Junto con Newby et al. (2020), el cual obtiene como resultado, que las personas están más preocupadas que sus seres queridos se contagien de COVID-19, que de ellos mismos. Además, Arul et al. (2020) menciona en su investigación que, la infección activa por la COVID-19 en cualquier miembro de la familia, fue uno de los factores que se correlacionaron con puntajes más altos de ansiedad por la COVID-19. Una institución que respalda esto es el Ministerio de Salud (MINSA, 2023) indica que la ansiedad podría convertirse en patológica cuando su intensidad es desproporcionada y persistente, consecuentemente llega a alterar la funcionalidad dentro de la familia y viceversa, todo esto afecta directamente a la salud mental.

La última hipótesis específica, es analizada en la tabla 14, en la que se demuestra que los pacientes que tienen algún ser querido fallecido por la COVID-19, presentan una mayor ansiedad significativa frente a dicha enfermedad (nivel de ansiedad moderado) a diferencia de los pacientes que no tienen ningún ser querido fallecido por la COVID-19 (nivel de ansiedad leve). También, es corroborado por Arul et al. (2020), ya que se observa que la pérdida de un ser querido, debido a la infección por COVID-19, fue uno de los factores que se correlacionaron con puntajes más altos de ansiedad por la enfermedad. Considerando

que un paciente con la enfermedad muchas veces fallece en la sala de emergencia, este podría tener un impacto traumático en la persona. Un autor que respalda esto es Freud (1926) quien indica que la ansiedad señal era la respuesta anticipatoria del yo frente a la amenaza de una situación traumática, lo cual activaba los mecanismos defensivos para hacer frente a dicha amenaza. Y en este caso, sin duda al haber pasado por una situación traumática por la muerte de algún ser querido, la ansiedad señal se activa, lo cual incrementa los niveles de ansiedad por la enfermedad del COVID-19.

Como implicancia práctica los hallazgos de la investigación podrían tener un impacto significativo en las decisiones clínicas relacionadas con el manejo de la ansiedad en pacientes adultos hospitalizados con COVID-19. La información obtenida podría ser utilizada por los profesionales de la salud para identificar de manera más precisa a aquellos pacientes que requieren una atención mental más intensiva.

Respecto a la implicancia social los resultados de esta investigación podrían generar un impacto significativo en las actitudes y comportamientos de la comunidad, promoviendo un entorno más solidario y comprensivo hacia las personas afectadas por la ansiedad relacionada con el COVID-19. Además, la investigación podría fomentar la implementación de programas de educación pública enfocados en la promoción de la salud mental.

En cuanto a las limitaciones, en el presente estudio se tuvo que aplicar la recolección de datos por medio de encuestas de forma virtual, debido a las restricciones por la pandemia y de los hospitales, ante esta situación no se puede determinar si esta modalidad pueda influenciar en los resultados de la presente investigación. A la vez considerando que se

recolectó los datos de manera virtual, no se pudo controlar que todos los pacientes hayan llenado de forma correcta, y sin duda algo para resaltar fue el estado de salud del paciente, si era grave o muy grave no se le hizo participar del estudio, hasta en algunos casos hubo decesos. Por último, hubo un tiempo limitado para poder aplicar el instrumento a los pacientes clínicos.

A través de esta investigación, se puede identificar a la ansiedad en sus diferentes niveles como un factor que contribuye al deterioro de la salud emocional en las personas, pero especialmente en los pacientes hospitalizados de COVID-19 y sumado a que pertenezcan al sexo femenino, sean adultos mayores de 30 años, que tengan sus seres queridos también diagnosticados de COVID-19 y/o seres queridos que hayan fallecido por la enfermedad. A partir de este estudio se puede sugerir hacer una vigilancia de las consecuencias psicológicas que pueden ocasionar potenciales epidemias o pandemias a fin de que exista la preparación, prevención y cuidados en la salud mental de todas las personas.

## **Conclusión**

A partir del estudio, se puede plantear las siguientes conclusiones:

- En general, existe significativamente mayor ansiedad en el grupo de pacientes adultos hospitalizados de COVID-19.
- Existe significativamente mayor ansiedad en el sexo femenino.
- Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos que están entre los 30 a 59 años.
- Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes que tienen algún ser querido diagnosticado de COVID-19.
- Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes que tienen algún ser querido fallecido a causa del COVID-19.

## REFERENCIAS

- Aldana, J., Isea, J., y Colina, F. (2021). Depresión, ansiedad y estrés en familiares del personal médico que asiste a pacientes por COVID-19. *Desde el Sur*, 13(2).  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/des/v13n2/2415-0959-des-13-02-e0024.pdf>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ta. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arul, P., Ananthi, P & Sugirda, P. (2022). Evaluation of perceived stress and coronavirus specific anxiety among hospitalized COVID-19 patients – A cross-sectional study. *Asian Journal of medical sciences*. DOI:10.3126/ajms.v13i4.42132
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*.  
<http://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.37.2.122>
- Bandura, A., & Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barzilay, R., Moore, T., Greenberg, D., DiDomenico, G., Brown, A., White, L., Gur, R & Gur, R. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>

Baiano, C., Zappullo, I & Conson, M. (2020). Tendency to Worry and Fear of Mental Health during Italy's COVID-19 Lockdown. *Public Health*. Doi:10.3390/ijerph17165928

Bhuvaneshwari, G., Babu, B & Balasuntharam, B. (2020). A study to assess the level of knowledge and level of anxiety on coronavirus disease 2019 among adults living in Adukkamparai. *Journal of Pharmacy Research*, 13(7). ISSN: 0975-7619

Cano, A., Dongil, E., Salguero, J y Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Rev Información Psicológica*.  
<https://bit.ly/3laIeZw>

Carlessi, H., Chocas, L., Alva, L., Nuñez E., Iparraguirre, C., Calvet, M, Saltaña, E., Medina, I., Quispe, J y Fernandez, C. (2021). Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 346-353. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3179>

Caycho, T., Barboza, M., Ventura, J., Carbajal, C., Noé, M., Gallegos, M., Reyes, M y Vivanco, A. (2020). Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud. *Ansiedad y Estrés*.  
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.00>

Caycho, T., Vilca, L., Carbajal, C., White, M., Vivanco, A., Saroli, D., Peña, B., y Moreta, R. (2021). Coronavirus Anxiety Scale: New psychometric evidence for the Spanish version based on CFA and IRT models in a Peruvian sample. *Death Studies*.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1865480>

Caycho, T., Vilca, L., Peña, B., Barboza, M., White, M y Reyes, M. (2022). Measurement of coronaphobia in older adults: Validation of the Spanish versión of the Coronavirus

Anxiety Scale. *Revista española de geriatría y gerontología*.

Doi:10.1016/j.regg.2021.09.001

Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología*.

[https://www.cpsp.pe/documentos/marco\\_legal/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *América Latina y el Caribe*

*ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales*.

[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/S2000264\\_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/S2000264_es.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

Dai, L., Wang, X., Jiang, T., Li, P., Wang, Y., Wu, S., Jia, L., Liu, M., An, L & Cheng, Z.

(2020) Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan

Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *PLoS ONE*. [https://doi.org/10.1371/](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238416)

[journal.pone.0238416](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238416)

Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D y Cruz, J. (2012). Manual para

diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias*

*Médicas en Cienfuegos*. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>

Franco, A. (2020). Traducción y análisis psicométrico del Coronavirus Anxiety Scale (CAS)

en jóvenes y adultos peruanos. *Interacciones*.

<https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.159>

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *En S. Freud (Ed.), Obras Completas, 20*

*71-161*). Buenos Aires: Amorrortu Editores

- Gualano, M., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F & Soliquini, R. (2020). Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *Public Health*.  
Doi:10.3390/ijerph17134779
- Haider, I., Tiwana, F & Tahir, S. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pak J Med Sci*. Doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756>
- Hajure, M., Tariku, M., Mohammedhusein, M & Dule, A. (2020). Depression, Anxiety and Associated Factors Among Chronic Medical Patients Amid COVID-19 Pandemic in Mettu Karl Referral Hospital, Mettu, Ethiopia, 2020. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S281995>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2014) Metodología de la investigación. México, D.F.: *Interamericana Editores*.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Islam, A., Barna, S., Raihan, H., Khan, N & Hossain, T. (2020). Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based crosssectional survey. *PLoS ONE*.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238162>
- Jurado, E., Vargas, K., y Jurado, P. (2023). Ansiedad en docentes en contexto COVID-19 de dos universidades de la región Ica (Perú). *HUMAN REVIEW. International Humanities Review/Revista Internaci*, 18(1), 1-

- 10.<https://www.journals.eagora.org/revHUMAN/article/view/4855/3153>onal de Humanidades
- Karaahmet, E., Angın, Ü., Yılmaz, O., Deniz, D & Konuk, N. (2022). Assessment of psychometric characteristics of the Coronavirus Anxiety Scale in patients with preexisting psychiatric disorders. *Death Studies*. Doi: 10.1080/07481187.2021.1876184
- Kwong, A., Pearson, R., Smith, D., Northstone, K., Lawlor, D & Timpson, N. (2020). Longitudinal evidence for persistent anxiety in young adults through COVID-19 restrictions. *Wellcome Open Research*. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16206.1>
- Lasheras, I., García, P., Lipnicki, D., Bueno, J., López, R., De la Cámara, C., Lobo, A & Santabárbara, J. (2020). Prevalence of Anxiety in Medical Students during the COVID-19 Pandemic: A Rapid Systematic Review with Meta-Analysis. *Public Health*. Doi:10.3390/ijerph17186603
- Leal, R. (2020). Breve historia de las pandemias. *Psiquiatria.com*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Breve%20hiistor%20de%20las%20pandemias.pdf>
- Lee, S. (2020a). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety, *Death Studies*. Doi: 10.1080/07481187.2020.1748481
- Lee, S. (2020b). Replication analysis of the Coronavirus Anxiety Scale. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. Doi: 10.14744/DAJPNS.2020.00079

Leiva, A., Nazar, G., Martínez, M., Petermann, F., Richezza, J y Celis, C. (2020).

Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del COVID-19. *Ciencia y Enfermería*. Doi: 10.29393/CE26-3DPAL60003

Mancuso, P., Venturelli, F., Vicentini, M., Perilli, C., Larosa, E., Bisaccia, E., Bedeschi, E.,

Zerbini, A., & Giorgi, P. (2020). Temporal profile and determinants of viral shedding and of viral clearance confirmation on nasopharyngeal swabs from SARS-CoV-2-positive subjects: a population-based prospective cohort study in Reggio Emilia, Italy. *BMJ Open*. Doi: 10.1136/bmjopen-2020-040380

Ministerio de Salud. (2023). *Salud mental: ¿Cómo detectar y superar la ansiedad?*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>

Monterrosa, A., Dávila, R., Mejía, A., Contreras, J., Mercado, M y Flores, C. (2020). Estrés

laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020;23(2): 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890

Moreira, W., Sousa, AR & Nóbrega, M. (2020). Mental illness in the general population and

health professionals during COVID-19: a scoping review. *Texto & Contexto Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0215>

Moreno, P. (2008). Superar la ansiedad y el miedo: un programa paso a paso (8a. ed.).

*Editorial Desclée de Brouwer*.  
<https://elibro.bibliotecaupn.elogim.com/es/lc/upnorte/titulos/47660>

Newby, J., O’Moore, K., Tang, S., Christensen, H & Faasse, K. (2020). Acute mental health

responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE*.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>

Oblitas, A y Sempertegui, N. (2020). Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020. *Editorial Universidad Nacional de Colombia*.  
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.87589>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos Mentales: Datos y cifras*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M y Idolaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública: Reports in Public Health*. Doi:  
10.1590/0102-311X00054020

Parker, C., Shalev, D., Hsu, I., Shenoy, A., Cheung, S., Nash, S., Wiener, I., Fedoronko, D., Allen, N & Shapiro, PA. (2020). Depression, Anxiety, and Acute Stress Disorder among Patients Hospitalized with COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.10.001>

Petzold, M., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Grobe, J & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behavior*.  
<https://doi.org/10.1002/brb3.1745>

Ramirez, C y Tulio, A. (1997). Como hacer un proyecto de investigación. *Caracas: Editorial Panapo*. ISBN 980-366-231-7

Salari, N., Far, A., Jalali, R., Vaisi, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S & Khaledi, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

Sánchez, H., y Reyes, C. (1998). Metodología y diseños en la investigación científica.

*Editorial Mantaro.*

Saravia, M., Cazorla, P, y Cedillo, L. (2020). Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 568-573.  
<https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3198>

Skinner, B.F. (1969). Contingencies of reinforcement, a theoretical analysis. *New York: Appleton Century Crofts.*

Skinner, B.F. (1977). Ciencia y conducta humana. *Barcelona: Fontanella.*

Solomou, I & Constantinidou, F. (2020). Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *Public Health*.  
Doi:10.3390/ijerph17144924

Sundarasan, S., Chinna, K., Kamaludin, K., Nurunnabi, M., Baloch, G., Khoshaim, H., Hossain, S & Sukayt, A. (2020). Psychological Impact of COVID-19 and Lockdown among University Students in Malaysia: Implications and Policy Recommendations. *Public Health*. Doi:10.3390/ijerph17176206

Ventura, J. (2016). Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Revista de Neuropsiquiatría* 54(4), 353-354.  
DOI:10.4067/S0717-92272016000400010

Virto, H., Ccahuana, F., Loayza, W., Cornejo, A., Sanchez, D., Cedeño, M., Virto, C., y Tafet, G. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento

- social por COVID-19, Cusco-Perú. *Revista Científica De Enfermería (Lima, En Linea)*, 10(3), 5-21. <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/76>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, CS & Ho, RC. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., Qin, H., Ou, J., Peng, K., Zhou, F., Li, C., Liu, Z & Chen, R. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
- Yaqoob, N., Ahmad, M., Khan, S., Farooq, M., Younis, F & Mirza, T. (2020). Occurrence of psychiatric co-morbidity and factors associated among COVID-19 patients. *Pak Armed Forces Med J*.
- Zheng, L., Miao, M., Lim, J., Li, M., Nie, S & Zhang, X. (2020). Is Lockdown Bad for Social Anxiety in COVID-19 Regions?: A National Study in The SOR Perspective. *Public Health*. Doi:10.3390/ijerph1712456
- Zhou, Y., MacGeorge, E & Myrick, J. (2020). Mental Health and Its Predictors during the Early Months of the COVID-19 Pandemic Experience in the United States. *Public Health*. Doi:10.3390/ijerph17176315
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)

## ANEXOS

### ANEXO N° 1. Matriz de Consistencia

<b>TÍTULO: ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS DE COVID-19 Y EN PACIENTES ADULTOS CON COVID-19 DE ALTA MÉDICA DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIVADO DE LIMA METROPOLITANA DURANTE EL 2021.</b>					
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>MÉTODOS DE MEDICIÓN</b>	<b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b>
¿Existirán diferencias estadísticamente significativas de la ansiedad con relación al tipo de pacientes provenientes de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021?	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p><b>a)</b> Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según sexo.</p> <p><b>b)</b> Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p><b>a)</b> Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según sexo.</p> <p><b>b)</b> Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con</p>	Ansiedad	Coronavirus Anxiety Scale (CAS) en español	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Básico, de enfoque cuantitativo</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>De alcance descriptivo, comparativo y de corte transversal descriptivo.</p> <p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>Muestra no probabilística por conveniencia de 610 pacientes, distribuidos en dos grupos, en el “A” 313 pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y en el “B” 297 pacientes con COVID-19 de alta médica.</p> <p><b>ANÁLISIS DE DATOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Excel 2016</li> <li>• IMB SPSS v.25</li> </ul>

	<p>adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según edad.</p> <p><b>c)</b> Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según diagnóstico de COVID-19 de algún ser querido.</p> <p><b>d)</b> Determinar si existen diferencias con respecto a la ansiedad entre los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 y los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según diagnóstico de COVID-19 de algún la pérdida de algún ser querido a causa del COVID-19.</p>	<p>COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según edad.</p> <p><b>c)</b> De Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según diagnóstico de COVID-19 de algún ser querido.</p> <p><b>d)</b> Determinar Existe significativamente mayor ansiedad en los pacientes adultos hospitalizados de COVID-19 a diferencia de los pacientes adultos con COVID-19 de alta médica de un establecimiento de salud privado de Lima Metropolitana durante el 2021, según la pérdida de algún ser querido a causa del COVID-19.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolmogorov-Smirnov</li> <li>• No paramétrico</li> <li>• Estadístico de comparación “U de Mann-Whitney</li> <li>• d de Cohen</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

**ANEXO N° 2. Matriz de operacionalización de la variable**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NÚMERO DE ÍTEMS	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
ANSIEDAD	<p>Para Cano et al. (2004). La ansiedad es “una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.</p> <p>Según Moreno (2008), los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Aunque a veces los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal, ello no quiere decir que no se esté presentando síntomas ansiosos en la persona.</p> <p>Otro de los conceptos sobre ansiedad, es el de Fernández (2012), menciona que la ansiedad es la más común y universal de las emociones, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones; sin embargo, si sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.</p> <p>De acuerdo a la (OMS, 2022), se identifica a los trastornos de ansiedad, por el miedo, la preocupación excesiva, por trastornos</p>	<p>La ansiedad aparece cuando hay situaciones de incertidumbre o de algún posible resultado negativo. (Cano et al., 2004).</p> <p>La ansiedad es una emoción más; sin embargo, si la intensidad es desproporcionada, persistente y supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica. (Fernández, 2012; MINSA, 2023).</p> <p>Se identifica un trastorno de ansiedad, por el miedo, preocupación excesiva y trastornos del comportamiento conexas y estos sean a la vez graves que provoquen angustia o discapacidad funcional importante. (OMS, 2022).</p>	5 ítems	Cualitativa	Ordinal

	<p>del comportamiento conexos y que los síntomas sean lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importante.</p> <p>Por último, según el (MINSA, 2023), la ansiedad es una emoción que podría convertirse en patológica, sino se regula de manera adecuada, cuando su intensidad es desproporcionada, persistente y altera la funcionabilidad diaria de la persona, tanto en el trabajo, la familia y las relaciones sociales, se convertiría en ansiedad patológica.</p>				
--	---	--	--	--	--

**ANEXO N° 3. Matriz de operacionalización del instrumento**

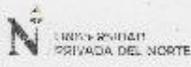
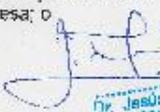
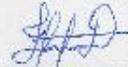
VARIABLE	INDICADORES	VALORACIÓN	NIVELES Y RANGO	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	ESCALA	INSTRUMENTO
ANSIEDAD	<ol style="list-style-type: none"> <li>Me sentí mareado, aturcido o débil cuando leí o escuché noticias sobre el COVID-19.</li> <li>Tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el COVID-19</li> <li>Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.</li> <li>Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.</li> <li>Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.</li> </ol>	<p>Los evaluados responden una escala Likert de 5 grados en función a la frecuencia con que han experimentado síntomas de ansiedad, variando de:</p> <p>(0) de ninguna manera            (1) rara vez,            menos de un día o dos            (2) varios días            (3) más de 7 días            (4) casi todos los días en las últimas 2 semanas.</p>	<p>El puntaje total es obtenido al sumar el puntaje de cada uno de los ítems, siendo el puntaje mínimo 1 y el máximo 19. Los puntajes altos representan ansiedad severa en relación al COVID-19.</p> <p>[Del 1 al 7] Ansiedad Leve            [Del 8 al 14] Ansiedad Moderado            [Del 15 al 19] Ansiedad Severo</p>	<p>En el estudio para validar la escala al Perú, participaron un total de 704 estudiantes universitarios de ciencias de la salud, de los cuales 57.5% (n = 405) eran mujeres y el 42.5% (n = 299) eran hombres, con una edad promedio de 23.39 años (DE = 3.45), el análisis factorial confirmó la estructura factorial unidimensional del CAS (<math>\chi^2 = 7.62</math>, gl = 5, p = .18, <math>\chi^2/df = 1.52</math>, CFI = .99, RMSEA = .03 [CI90% .00, .06]; SRMR = .02, WRMR = .52); además las cargas factoriales fueron grandes y significativas (de .68 a .87). Los cinco ítems del CAS mostraron correlaciones ítems test total corregido aceptables (de .64 a .74). La confiabilidad por consistencia interna fue buena (<math>\omega = .89</math>; <math>\alpha</math> ordinal = .89). La evidencia de validez con base en la relación con otras variables del CAS fue respaldada por la correlación positiva con la depresión (<math>r = .52</math>, p &lt; .01) y negativa con el bienestar subjetivo (<math>r = -.50</math>, p &lt; .01). Por lo tanto, la versión en español del CAS posee evidencias de validez y confiabilidad para medir la ansiedad por la COVID-19 en una muestra de universitarios peruanos.</p>	Escala Ordinal	CORONAVIRUS ANXIETY SCALE (CAS) EN ESPAÑOL

**ANEXO N° 4. Baremos de los Niveles de Ansiedad**

<b>Min Puntaje</b>	<b>Max puntaje</b>	<b>Rango</b>	<b>Amplitud</b>
1	19	18	6

<b>ANSIEDAD POR COVID-19</b>			
<b>LEVE</b>	1	a	7
<b>MODERADO</b>	8	a	14
<b>SEVERO</b>	15	a	19

**ANEXO N° 5. Carta de autorización de uso de información de empresa**

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA					
Yo, <u>JESUS EDGAR FLORES MORELES</u> <small>(Nombre del representante legal o persona facultada en paréntesis al usar la data)</small>					
identificado con DNI <u>09903670</u>	en mi calidad de <u>GERENTE CENTRO MEDICO</u> <small>(Nombre del puesto del representante legal o persona facultada en paréntesis al usar la data)</small>				
	del área de <u>GENECIA</u> <small>(Nombre del área de la empresa)</small>				
	de la empresa/institución <u>CENTRO MEDICO "MANCOSA Y LEIVA"</u> <small>(Nombre de la empresa)</small>				
con RUC N° <u>200905609</u> , ubicada en la ciudad de <u>LIMA</u>					
<b>OTORGO LA AUTORIZACIÓN,</b>					
Al señor, <u>JAVIER ALFREDO DE LA CRUZ CASHA 00419</u> <small>(Nombre completo del Egresado/Aspirante)</small>					
identificado con DNI N° <u>70835930</u>	egresado de la <input checked="" type="checkbox"/> Cámara profesional o <input type="checkbox"/> Programa de Postgrado de <u>PSICOLOGIA</u> <small>(Nombre de la cámara o programa)</small>				
que utilice la siguiente información de la empresa: <u>BASE DE DATOS DE LOS PACIENTES</u> <small>(Detallar la información a entregar)</small>					
con la finalidad de que pueda desarrollar su <input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación, <input checked="" type="checkbox"/> Tesis o <input type="checkbox"/> Trabajo de suficiencia profesional para optar al grado de <input type="checkbox"/> Bachiller, <input type="checkbox"/> Maestro, <input type="checkbox"/> Doctor o <input checked="" type="checkbox"/> Título Profesional					
Adjunto a esta carta, está la siguiente documentación: <input checked="" type="checkbox"/> Ficha RUC <input type="checkbox"/> Vigencia de Poder (Para informes de suficiencia profesional) <input type="checkbox"/> Otro (ROF, MOF, Resolución, etc. para el caso de empresas públicas válido tanto para Tesis, Trabajo de Investigación o Trabajo de Suficiencia Profesional).					
<small>*Nota: En el caso de no contar con la "Vigencia de Poder" requerido para los informes de Suficiencia Profesional</small>					
Indicar si el Representante que autoriza la información de la empresa, solicita mantener el nombre o cualquier distintivo de la empresa en reserva, marcando con una "X" la opción seleccionada. <input checked="" type="checkbox"/> Mantener en Reserva el nombre o cualquier distintivo de la empresa; o <input type="checkbox"/> Mencionar el nombre de la empresa.					
		 <b>Firma y sello del Representante Legal</b> DNI: <u>09905620</u>			
<small>**Este documento debe ser firmado por un representante inscrito en RIMAT y debe adjuntar una copia de su documento de identidad (DNI) para verificar la firma.</small>					
El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Tercero de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al inicio del procedimiento disciplinario correspondiente, asumiendo toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, organismo de información, pueda ejecutar.					
		 <b>Firma del Egresado</b> DNI: <u>70835936</u>			
CÓDIGO DE DOCUMENTO	CORPUS N°	NÚMERO/VERSION	DE	PÁGINA	Página de :
FECHA DE VIGENCIA	25/06/2020				