

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**"MEDICIÓN DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL E INDIVIDUAL Y
PERCEPCIÓN DE MIEDO DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 EN
JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO
DE TACNA"**

TESIS

PRESENTADA POR:

KAROLAIN MELANIE MIRANDA COPAJA

ASESOR:

DR. JAIME EDGAR MIRANDA BENAVENTE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2021

DEDICATORIA:

Dedico esta tesis principalmente a Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante en mi formación profesional, quien supo guiarme por el buen camino, dándome fuerza para seguir adelante y encarar las adversidades.

A mi familia que, por ellos soy lo que soy.

A mi padre, por ser el pilar mas importante en todo lo que soy, en mi educación tanto académica como de la vida y ser el ejemplo de calidad de ser humano y medico que anhele llegar a ser

A mi madre, que su ausencia motivo mi desarrollo personal y por ser guía desde el cielo en mi camino de la vida dándome fuerzas para continuar

A mis hermanas, por su apoyo y cariño invaluable cuando mas lo necesito, por motivarme a superar cada dificultad, y por estar siempre presentes.

A MATIAS y ADRIANO, por su sensibilidad, su cariño y su presencia en mis días, me llena de vida.

A VALENTINA, por haberme regalado la oportunidad de conocer el amor mas puro y ser mi principal motivación.

A todas las personas que llegaron a mi vida por alguna razón llenándome de aprendizaje y experiencia.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar doy gracias infinitas a Dios por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por mi padre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis errores y celebrando mis triunfos.

A mi madre que motiva mi superación para ser una mejor persona teniendo como base su recuerdo para la toma de decisiones en mi vida

A mis hermanas que con sus consejos me han ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida

A mis sobrinos por el simple hecho de estar en mi vida motivándome a convertirme en el mejor médico

Agradezco a la vida por permitirme haber pasado por las diferentes experiencias las cuales me convirtieron en la persona que soy ahora.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las características del comportamiento social e individual y percepción de miedo durante la pandemia COVID 19 en jefes de familia en aislamiento social en el cercado de Tacna, 2020.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional de corte transversal, prospectivo y analítico. se trabajó con 372 personas residentes del cercado de Tacna, seleccionados por muestreo multietápico.

RESULTADOS: Se observó en el presente estudio que de 40 a 49 años fue el grupo de edad más frecuente (37.6%). El 65.1% tenía la condición de conviviente. El 51.1% tenía el nivel de secundaria completa. El 8.3% tuvo contacto con familiar sospechoso COVID 19 bajo el mismo techo. El 34.9% con familiar cercano. El 43.5% se considera en riesgo de padecer COVID 19 y el 56.5% no. Respecto a conducta social, el 89.5% adopta comprar mascarillas respiratorias, 81.70% la adquisición de alcohol. Sólo el 39% adopta el lavado de manos. El 54.60% ha cumplido con aislamiento parcial, el 32.80% prefiere no opinar y sólo el 12.70% tuvo aislamiento total permanente.

CONCLUSIÓN: Hubo diferencia según edad ($p:0.000$) y la condición de contacto con compañeros de trabajo ($p:0.006$) asociados a miedo. El comportamiento social fue estadísticamente diferente según edad ($p:0.000$). El entorno de riesgo es principalmente por compañeros de trabajo ($p:0.007$)

PALABRAS CLAVE: *comportamiento social, comportamiento individual. temor, miedo.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the characteristics of social and individual behaviour and perception of fear during the COVID 19 pandemic in heads of households in social isolation in the Tacna fence, 2020

MATERIAL AND METHOD: Cross-sectional, prospective and analytical observational study. We worked with 372 residents of the Tacna fence, selected by multi-stage sampling.

RESULTS: 40 to 49 years old was the most frequent age group (37.6%). 65.1% were cohabitants. 51.1% had completed secondary school. 8.3% had contact with suspected family member COVID 19 under the same roof. 34.9% had close family members. 43.5% considered themselves at risk of suffering from COVID 19 and 56.5% not. With regard to social behaviour, 89.5% adopted the purchase of respiratory masks, 81.70% the acquisition of alcohol. Only 39% adopt hand washing. 54.60% have complied with partial isolation, 32.80% prefer not to express an opinion and only 12.70% have had permanent total isolation.

CONCLUSION: There was a difference according to age ($p:0.000$) and the condition of contact with co-workers ($p:0.006$) associated with fear. Social behaviour was statistically different according to age ($p:0.000$). The risk environment is mainly by co-workers ($p:0.007$)

KEY WORDS: *social behaviour, individual behaviour. fear, dread*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	9
1 EL PROBLEMA.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	14
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	15
CAPÍTULO II.....	16
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	16
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION.....	16
2.1.1 INTERNACIONALES.....	16
2.2 MARCO TEÓRICO.....	21
2.2.1 ESTADOS DE SALUD MENTAL.....	21
2.2.2 AFRONTAMIENTO PSICOLOGICO EN TIEMPOS DE EPIDEMIA.....	23
2.2.3 INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL.....	26
2.2.4 PRINCIPIOS GENERALES PARA PLANIFICAR E IMPLEMENTAR EL APOYO PSICOSOCIAL EN ENTORNOS EPIDÉMICOS.....	27

CAPÍTULO III.....	29
3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	29
3.1 HIPÓTESIS.....	29
3.2 VARIABLES.....	29
3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	29
 CAPÍTULO IV.....	 31
4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	31
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	31
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	31
4.3.1 Población.....	31
4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	33
4.4.1 TÉCNICA.....	33
4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos).....	33
 CAPÍTULO V.....	 35
5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS.....	35
5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	35
5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	35
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
 RESULTADOS.....	 37

DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS.....	64

INTRODUCCIÓN

La actual pandemia es una infección respiratoria causada por un coronavirus. Fue descubierta por primera vez en China en diciembre de 2019. Desde entonces, el 81% de los casos ha desarrollado neumonía, con una tasa de mortalidad promedio de 2.3% (1). La Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020, casi 90 días después de la aparición del primer caso, y debido a su alta propagación, el número de casos y la gravedad clínica refiere que, además de todo lo clínico conocido no se puede ignorar su impacto psicológico. Considerando que es una patología reciente, ha surgido una variada investigación sobre el estrés emocional en la situación actual. Un estudio bibliográfico realizado el 22 de marzo de 2020, utilizando las estrategias de búsqueda de Pubmed y BIREME "Estrés psicológico y COVID 19", y "Trastorno mental y COVID 19", encontró un total de siete artículos, todos equivalentes en el tema.(2)

Nuestra realidad, no escapa a la vista a nivel mundial. Padeceremos similares estados de estrés poblacional y dependerá de cómo manejemos este estado en la población para mejorar su conducta social identificar las principales medidas sociodemográficas de los jefes de familia (social, laboral y económica) en estados de aislamiento, valorar los estados de miedo y temor, conducta social e identificar los principales factores en tiempos de pandemia COVID 19 del mercado de Tacna, 2020.

Los resultados servirán y estarán a disposición a las publicaciones nacionales y regionales para optar mejores estrategias de un mal que nos acompañará por los próximos 2 años, aproximadamente.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las sociedades modernas están expuestas a una miríada de riesgos que van desde enfermedades hasta peligros naturales e interrupciones tecnológicas. Explorar cómo se extiende la conciencia del riesgo y cómo desencadena una difusión de estrategias de afrontamiento es prominente en la agenda de investigación de varios dominios. Requiere una comprensión profunda de cómo las personas perciben los riesgos y se comunican sobre la efectividad de las medidas de protección, destacando el aprendizaje y la interacción social como los mecanismos centrales que impulsan dichos procesos. Los enfoques metodológicos que van desde modelos de difusión puramente basados en la física hasta métodos ambientales basados en datos de modelos en agentes para acomodar el aprendizaje dependiente del contexto y las interacciones sociales en un proceso de difusión.(3)

Cuando enfrentan riesgos, las personas pasan por un proceso complejo de recopilación de información, decidir qué hacer y comunicarse con otros sobre la efectividad de sus acciones. La influencia social puede interferir con las experiencias personales, lo que hace que los grupos de pares y las interacciones grupales sean factores importantes. Esto es especialmente importante para comprender la difusión de la enfermedad y la aparición de epidemias, ya que estos fenómenos anualmente toman miles de

vidas en todo el mundo (4). Por lo tanto, las buenas estrategias de respuesta y prevención tanto a nivel individual como gubernamental son vitales para salvar vidas. La elección de una estrategia depende de los aspectos conductuales, las interacciones complejas entre las personas (5) y la información disponible sobre una enfermedad (6). Percibir el riesgo de una enfermedad infecciosa puede desencadenar un cambio de comportamiento, como durante la epidemia de SARS de 2003 (7). Recopilar información y experiencia a través de múltiples fuentes es esencial para aumentar la conciencia sobre el riesgo de enfermedad y tomar medidas de protección (8). Para ayudar a prevenir epidemias, necesitamos herramientas avanzadas que identifiquen los factores que ayudan a difundir información sobre enfermedades que amenazan la vida y que cambian el comportamiento individual para frenar la difusión de la enfermedad.

Dos procesos son esenciales para representar el comportamiento de salud de los agentes y la dinámica de la enfermedad, la evolución de la percepción del riesgo y la selección de una estrategia de afrontamiento. Por lo tanto, el núcleo de una enfermedad ABM radica en definir los métodos de aprendizaje que dirigen estos dos procesos. La detección de información (global, del entorno y social, es decir, de otros agentes), el intercambio de información (es decir, las interacciones entre agentes) y el procesamiento de la información (es decir, la toma de decisiones) son críticos. Las técnicas de aprendizaje automático (ML) pueden respaldar estos tres elementos y ofrecer una forma más realista de ajustar el comportamiento de los agentes en ABM (9) (10)

Los agentes, individuos y grupos, pueden aprender de forma aislada o mediante interacciones con otros, como sus vecinos. En el aprendizaje aislado, los agentes aprenden de forma independiente y no requieren interacción con otros agentes. En el aprendizaje interactivo, varios agentes se dedican a detectar y procesar información y a comunicarse y cooperar para aprender de manera efectiva. El aprendizaje interactivo se puede realizar de múltiples maneras, es decir, en base a diferentes estrategias de aprendizaje social.(11)

La estigmatización y la culpa han estado relacionadas desde hace mucho tiempo con epidemias. Es bien sabido que la Peste Negra provocó la persecución masiva de judíos en varias partes de Europa (12), la pandemia del VIH / SIDA de la década de 1980 provocó un prejuicio extremo contra los homosexuales y los usuarios de drogas intravenosas (13). La globalización y el temor de que las enfermedades exóticas puedan transportarse a los entornos urbanos modernos (14), ha aumentado en cierta medida este tipo de preocupaciones sobre los chivos expiatorios. Los virus no conocen fronteras y, por lo tanto, se enredan fácilmente con las ansiedades contemporáneas sobre la migración y los refugiados (15). Las poblaciones asiáticas en los barrios chinos de varias ciudades occidentales fueron víctimas del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) (16), y los estudios realizados en Hong Kong revelaron que el público realmente anticipó este tipo de resultado (17).

Sin embargo, en años más recientes, la narrativa del otro lado también ha tomado nuevas formas, en las cuales una sociedad subdesarrollada o tradicional amenazada por una epidemia es heroicamente salvada por fuerzas externas.

Aunque a menudo se reconoce que los humanos toman medidas preventivas en el curso de una epidemia, los modelos que incorporan dinámicas de comportamiento son generalmente mucho más difíciles de analizar. Recientemente, estos modelos han comenzado a recibir más atención, y se han realizado importantes avances para comprender el efecto de los diferentes cambios de comportamiento en la dinámica de la epidemia.(18)

Consideramos una población en la que los individuos están socialmente conectados. Dos individuos que están conectados entre sí se conocen como vecinos y los contactos solo se hacen entre vecinos. Los individuos y las conexiones entre ellos forman la estructura de red de la población. La epidemia estocástica de SIR (susceptible-infecciosa-recuperada) con distanciamiento social en una red es la siguiente. Inicialmente, generalmente un individuo es infeccioso, llamamos a este individuo el caso índice, y todos los demás en la población son susceptibles (las suposiciones específicas sobre el caso índice se dan más adelante). Un individuo que se infecta se vuelve infeccioso y permanece así durante un tiempo distribuido exponencialmente con una media de $1 / \gamma$, luego se recupera y es inmune a una infección adicional. Durante su período infeccioso, un individuo transmite la infección a una velocidad constante β independientemente a cada vecino susceptible. Además, un individuo susceptible que tiene un vecino infeccioso se distancia de este vecino.(18)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es el comportamiento social e individual y percepción de miedo durante la pandemia COVID 19 en jefes de familia en aislamiento social en el mercado de Tacna?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características del comportamiento social e individual y percepción de miedo durante la pandemia COVID 19 en jefes de familia en aislamiento social en el cercado de Tacna, 2020.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar las principales medidas sociodemográficas de los jefes de familia en estados de aislamiento domiciliario en tiempos de pandemia COVID 19 del cercado de Tacna, 2020.
- b. Medir la percepción de riesgo, estados de miedo y conducta social (medidas de higiene, adquisitivas, evitativas y de aislamiento) percibidos por jefes de familia en estados de aislamiento domiciliario en tiempos de pandemia COVID 19 del cercado de Tacna, 2020.
- c. Relacionar la conducta individual y social, la percepción de riesgo y miedo en jefes de familia en estados de aislamiento domiciliario en tiempos de pandemia COVID 19 del cercado de Tacna, 2020.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Dado el comportamiento epidemiológico de covid-19, puede requerirse un período indefinido de aislamiento social. Independientemente de la pandemia de covid-19, el aislamiento social en sí mismo puede causar síntomas psicóticos, como lo descrito por Kellerman ya desde 1977 (19) . Ellos evaluaron individuos que estaban en aislamiento social debido al cáncer y observaron el 38.5% de los sujetos con síntomas depresivos (92.3%), trastorno de ansiedad (76.9%), trastornos del sueño (61.5%) y síntomas de alucinaciones, entre otros cambios (19).

Además de la pandemia de covid-19, los profesionales de la salud y el público en general también corren el riesgo de padecer enfermedades mentales. Debemos desarrollar estrategias de apoyo psicológico para promover la salud mental, enfatizando el uso de la tecnología en línea para mantener la distancia física necesaria. Considerar a aquellos que ya padecen enfermedades mentales, que pueden empeorar en la situación actual. Incluso después de la pandemia de covid-19, aún se necesita vigilancia para controlar la "pandemia de miedo" y tratar las enfermedades mentales asociadas.

El presente estudio marcará la línea basal de diagnóstico en este aspecto a nivel regional y pondrá a disposición de las autoridades respectivas el material necesario para mejores estrategias al respecto.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Aislamiento Social: Es la separación física de las personas contagiadas de aquellas que están sanas evitando así el contacto con los demás. (20)

Comportamiento Social: Es la manera de proceder que tienen las personas o los organismos en relación con su entorno o con el mundo de estímulos. (21)

Comportamiento Individual: Es la suma de medidas que adopta una persona de acuerdo a su entorno y su personalidad. (21)

Miedo: Una respuesta afectiva a un peligro externo real, que desaparece con el fin de la situación amenazadora.(22)

Pánico: Un estado de ansiedad aguda, intensa y extrema y de miedo irracional, acompañado por la desorganización del funcionamiento de la personalidad. (23)

Temor: Sentimiento de inquietud o angustia que impulsa a huir o evitar aquello que se considera dañoso, arriesgado o peligroso. (23)

Ansiedad: Respuesta anticipadora a una amenaza futura. Sentimientos o emociones de temor, aprensión y desastre inminente pero no incapacitantes como con el trastorno de ansiedad. (24)

Trastorno de Ansiedad: Ansiedad persistente e incapacitante. (24)

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 INTERNACIONALES

Abdulkareem et al, en su trabajo “Risk perception and behavioral change during epidemics: Comparing models of individual and collective learning” en el 2020, La sociedad moderna enfrenta muchos riesgos, incluyendo enfermedades, desastres naturales y amenaza tecnológica. En las agendas de investigación en varios campos, es muy importante explorar cómo difundir la conciencia del riesgo y cómo desencadenar la propagación de estrategias de respuesta. Requiere una comprensión profunda de cómo las personas ven los riesgos y la efectividad de las medidas de protección, enfatizando que el aprendizaje y la interacción social son los mecanismos centrales que impulsan estos procesos. Desde modelos de difusión puramente físicos hasta métodos ambientales basados en datos, los métodos metodológicos se basan en modelos basados en agentes para adaptarse al aprendizaje sensible al contexto y la interacción social durante el proceso de difusión. La combinación de modelos basados en agentes y aprendizaje automático basado en datos se ha vuelto

popular. Sin embargo, ya sea en el proceso individual o en el proceso colectivo, se presta poca atención al papel del aprendizaje inteligente en la evaluación de riesgos y la toma de decisiones de protección. En general, en el modelo de difusión, especialmente en el modelo de sistema de entorno social basado en asignaturas, la diferencia entre el aprendizaje colectivo y el aprendizaje individual no se ha explorado completamente. Para abordar esta brecha en la investigación, utilizamos modelos basados en agentes mejorados por el aprendizaje automático para explorar el impacto del aprendizaje inteligente en el gradiente del aprendizaje individual al colectivo. Nuestros experimentos de simulación muestran que los grupos basados en el liderazgo o incluso las personas que toman decisiones individuales son mejores que las personas que tienen una mayoría de votos para emitir juicios de sabiduría personal sobre la elección de los riesgos y las estrategias de respuesta. La interacción social es esencial tanto para el aprendizaje individual como para el aprendizaje grupal. La elección de cómo representar el aprendizaje social en un modelo basado en agentes puede estar impulsada por las normas culturales y sociales existentes que son ubicuas en la sociedad modelo.(8)

Ky et al, en el 2018 en su trabajo “Individual preventive social distancing during an epidemic may have negative population-level outcomes” el brote de una enfermedad infecciosa en una población humana puede hacer que las personas respondan con medidas preventivas en un intento de evitar infectarse. Esto conduce a cambios en

los patrones de contacto. Sin embargo, como mostramos en este documento, el comportamiento racional a nivel individual, como el distanciamiento social de los contactos infecciosos, puede no siempre ser beneficioso para la población en general. Utilizamos modelos de redes epidémicas para demostrar las posibles consecuencias negativas a nivel de la población. Tenemos en cuenta la estructura social de la población a través de varios modelos de red. A medida que evoluciona la epidemia, las personas susceptibles pueden distanciarse de sus contactos infecciosos. Algunas personas reemplazan sus conexiones sociales perdidas buscando nuevos lazos. Si el distanciamiento social ocurre a un ritmo alto al comienzo de una epidemia, esto puede evitar que ocurra un brote. Sin embargo, mostramos que el distanciamiento social moderado puede empeorar el resultado de la enfermedad, tanto en la fase inicial de un brote como en el tamaño final de la epidemia. Además, el mismo efecto negativo puede surgir en las redes del mundo real. Nuestros resultados sugieren que hay que tener cuidado al abordar los cambios de comportamiento, ya que podrían empeorar el resultado epidémico. Además, la estructura de la red influye de manera crucial en la forma en que las medidas a nivel individual impactan la epidemia a nivel de la población. Estos hallazgos resaltan la importancia del análisis cuidadoso de las medidas preventivas en modelos epidémicos.(18)

Bavel et al en su estudio “Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response” refiere que la pandemia de COVID-19 representa una crisis de

salud global masiva. Debido a que la crisis requiere un cambio de comportamiento a gran escala y supone una carga psicológica importante para las personas, se pueden utilizar los conocimientos de las ciencias sociales y del comportamiento para ayudar a alinear el comportamiento humano con las recomendaciones de epidemiólogos y expertos en salud pública. Aquí discuten la evidencia de una selección de temas de investigación relevantes para las pandemias, incluido el trabajo sobre las amenazas de dificultades en la consulta, las influencias sociales y culturales en el comportamiento, la comunicación científica, la toma de decisiones morales, el liderazgo y el estrés y el afrontamiento. En cada sección, observaron la naturaleza y la calidad de la investigación previa, incluida la incertidumbre y los problemas sin resolver. Identificaron varias ideas para una respuesta efectiva a la pandemia de COVID-19 y destacaron algunas importantes que los investigadores deben lograr rápidamente para tener una respuesta adecuada para los próximos meses.(25)

2.2.2 NACIONALES

Mejia CR et al en su investigación “Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID–19” refiere que en la crisis de salud mundial, los medios de comunicación son importantes para informar problemas relacionados con la población. Describa y encuentre asociaciones de medios

sobre temores o comentarios exagerados en la pandemia COVID-19 de la ciudad peruana. Análisis transversal e investigación multicéntrica. Entre el 15 y el 20 de marzo de 2020, se realizó una encuesta virtual de 4,009 personas en 17 ciudades de Perú. Miedo y comunicación del personal de salud, familiares y amigos. El valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Los participantes creían que las redes sociales (64%) y la televisión (57%) exageraron la información; además, los participantes notaron que la televisión (43%) y las redes sociales (41%) aumentaron el miedo. En cuanto a la familia / amigos, pensaron que exageraron la situación (39%) y generaron miedo (25%). En el análisis multivariante, las mujeres ($p < 0.001$), las mujeres que se graduaron de la escuela secundaria ($p = 0.023$), las estudiantes universitarias ($p = 0.037$) y las estudiantes de posgrado ($p = 0.002$) tuvieron puntajes totales de miedo y exageraciones más bajas.(26)

No se han realizado trabajos aún a nivel regional ni local.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ESTADOS DE SALUD MENTAL

2.2.1.1 Miedo

Según la OMS, “El miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales a amenazas percibidas o reales, y en ocasiones cuando nos enfrentamos a la incertidumbre o lo desconocido. Por lo tanto, es normal y comprensible que las personas experimenten miedo en el contexto de la pandemia de COVID-19”.(22)

El miedo a contagiarse con el virus COVID-19 genera cambios sustanciales en la vida cotidiana e influencia en las acciones y esfuerzos que debemos adoptar para protegernos frente a la infección. Se han agregado nuevos estilos de vida como trabajar en casa y enfrentar nuevos retos de aprendizaje y adaptación, situaciones que aumentan el estrés ya presente. Si a ello se suma la posibilidad de perder el trabajo o encontrarse en desempleo, con falta de asistencia de los hijos al colegio y familiares y amigos separados, los riesgos de aumento de situaciones de miedo o pánico se hacen mayores. La OMS, está brindando orientación y asesoramiento durante la pandemia COVID-19 para trabajadores de la salud, gerentes de establecimientos de salud, personas que cuidan a niños, adultos mayores, personas aisladas y

miembros del público en general. A medida que estén disponibles, se agregarán más materiales relacionados con el cuidado de nuestra salud mental durante la pandemia de COVID. (22)

2.2.1.2 Comportamiento social

Amaya se hace el siguiente cuestionamiento: “¿Puede modificar el comportamiento un individuo aún sin una ganancia directa? Podría pensarse que difícilmente sea así”. Michael analista opina, que, si un individuo no modifica su comportamiento, en si ya es una ganancia porque sabremos cómo es su estado de afrontamiento en su medio. (27)

Por lo general, la excesiva autosuficiencia de las personas generalmente está asociada a excesivos estados de confort o a la independencia exagerada de no aportar con algún sacrificio al bienestar del otro o del entorno. Las teorías económicas explican que generalmente el comportamiento está a orientado a satisfacer lo que es placentero en su mayoría. Ya sea para la propia persona o para el grupo con el cual convive.(27) El entorno y lo que acontece alrededor puede “obligar” a cambios de comportamiento o mediar conductas en beneficio de los demás. Esto se ha observado casi instantáneamente en la actual pandemia. Algunos entrarán en estado de conformidad y

resignación despreocupada y otra cantidad de personas se verá preocupada por cambiar a condiciones más positivas. La actitud al cambio es el principal efecto de una conducta social en tiempos de presión como una pandemia (28). “Actualmente, muchos de esos individuos que no perciben la amenaza, pueden estar actuando por conformidad”(21), pero generalmente cederán a ordenes emanadas de las autoridades bajo castigo de diferente índole. Es necesario medir cuanto de la propia voluntad y la presión estuvo asociada a cambio de una conducta o a la aceptación de la misma. Y estas características serán diferentes en cada región o país (29).

2.2.2 AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN TIEMPOS DE EPIDEMIA

El brote epidémico de esta nueva enfermedad a causa de un virus denominado COVID 19 apareció en los últimos meses del año 2019 y puso en peligro el bienestar y vida de millones de personas alrededor del mundo. En pocas semanas, la población mundial se vio afectada en todas sus esferas. El germen calificado como altamente contagioso a puesto en dificultades muy serias a gobiernos de todas las esferas económicas. Se ha convertido en tiempo récord, en un problema de salud pública mundial. Todos los países del orbe han declarado en sus respectivas naciones una emergencia nacional y adoptado medidas extraordinarias para poder contener el

avance de la infección. La intención es claramente contener el brote. Millones de personas a nivel mundial han sido afectadas en su bienestar mental y este brusco cambio ha generado diferentes maneras de afrontar el estrés generado en la vida diaria.(30)

El brote a alcanzado el nivel de pandemia y la Organización Mundial de la Salud ha generado numerosa información para afrontar los problemas de salud mental. Las acciones médicas son las más importantes, pero se rescata cada vez más un problema importante que se hace emergente y es los estados de miedo, distorsiones de carácter social se presentan en sus formas de crisis psicológicas de emergencia. Este fenómeno no solo es en las personas afectadas por las infecciones o sus familiares sino en la población en general. Esto incluye intervenciones directas para pacientes e indirectas para familiares, cuidadores y profesionales de la salud. (30)

Luego de lo acontecido en China, las diferentes instituciones, clínicas, hospitales, regiones, etc, han abierto canales de apoyo psicológico, personas que sufre la enfermedad o aquellos familiares del entorno cercano. Se tiene reportes que los sistemas de apoyo, como por ejemplo telemedicina, se encuentran con un funcionamiento no adecuado o se encuentran saturados. El manejo aún está en proceso de perfeccionamiento o aprendizaje.

El objetivo es estimular nuevas investigaciones y perspectivas teóricas sobre cómo las personas se ven

psicológicamente afectadas y se enfrentan a la emergencia de COVID-19.

Las diferentes investigaciones proponen intervenir con nuevos trabajos en los siguientes puntos mostrados en la tabla siguiente:

‡ Afrontamiento individual, familiar e interpersonal con la emergencia COVID-19

- Factores de riesgo de angustia psicológica a nivel individual, familiar, interpersonal y cultural (por ejemplo, restricción de actividad y reducción de eventos agradables; rasgos de personalidad; hipocondría y cibercondría; trastornos mentales; características familiares; apoyo social, etc.);
- Impacto de los medios de comunicación y las redes sociales en las actitudes y comportamientos psicológicos hacia la emergencia COVID-19;
- Afrontar como profesional de la salud durante la epidemia (p. Ej., Emociones, cargas psicológicas, ansiedad, experiencias traumáticas, TEPT);
- Intervenciones psicológicas clínicas y de salud para pacientes, personas de alto riesgo y aquellos que viven en las comunidades más afectadas;
- Protocolos clínicos de emergencia para manejar problemas de salud mental: sugerencias e indicaciones basadas en evidencia para gobiernos y formuladores de políticas;
- Intervenciones de cambio de comportamiento para mejorar la adherencia y el cumplimiento de las normas y orientaciones preventivas;
- Intervenciones en Internet, apoyo psicológico remoto, tratamientos basados en mHealth-eHealth, herramientas y aplicaciones digitales orientadas a la psicología en la emergencia COVID-19;
- Monitorear los cambios en las respuestas psicológicas, conductuales e interpersonales a la emergencia COVID-19 a lo largo del tiempo;
- Comparaciones interculturales para responder y hacer frente a la emergencia COVID-19 a nivel individual, familiar e interpersonal.

Fuente: Frontiersin.org (30)

2.2.3 INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL

Las epidemias son emergencias de salud altamente impactantes, que amenazan la vida de muchas personas y puede causar un número significativo de víctimas y muertes; la situación empeora por el miedo de contagio. Por lo general, la seguridad y el funcionamiento normal de la comunidad están amenazados. El impacto psicosocial puede exceder la capacidad de gestión de la población afectada; y se espera un aumento en la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales, dependiendo de la magnitud de la epidemia y la vulnerabilidad de la población. Sin embargo, como en otras emergencias humanitarias, no se pueden describir todas las condiciones mentales que se desarrollan como enfermedades; muchas serán reacciones normales ante una situación anormal.(31) El riesgo psicosocial se define como la probabilidad de que un evento traumático supere un nivel específico de daño en términos sociales y de salud mental. Es el producto de la interacción entre externos. Condiciones (amenaza) y internas (vulnerabilidad). También está vinculado a otros riesgos. (medioambiental, relacionado con la salud, económico, etc.).

Diferencias en la vulnerabilidad entre los diferentes grupos de población, especialmente aquellos relacionados con género, edad y nivel socioeconómico, deben ser

reconocidos. El impacto en la salud mental de una epidemia suele ser más grave en poblaciones con condiciones de vida precarias, pocos recursos y acceso limitado a servicios sociales y de salud. También hay riesgos ocupacionales, como entre los servicios de emergencia (incluidos los trabajadores de la morgue). En general, la mayoría los grupos vulnerables son aquellos que sufren las mayores pérdidas y les resulta más difícil reconstruir sus vidas y redes de apoyo social después de una epidemia. (31)

Los planes de salud mental para sistemas de emergencia no pueden limitarse a expandir y mejorar servicios especializados que se ofrecen directamente a los afectados; su alcance debe abarcar un área de experiencia mucho más amplia, que incluye ayuda humanitaria, asesoramiento para la población y grupos de riesgo y comunicación de riesgos. También se ha reconocido que, después de grandes catástrofes, incluidas epidemias, los sobrevivientes necesitarán atención médica prolongada cuando se enfrentan a la tarea de reconstruir sus vidas.(32)

2.2.4 PRINCIPIOS GENERALES PARA PLANIFICAR E IMPLEMENTAR EL APOYO PSICOSOCIAL EN ENTORNOS EPIDÉMICOS

1. Evaluación rápida de necesidades psicosociales, para informar acciones en la fase inicial.
2. La intervención psicosocial debe ser temprana, rápida y eficiente.

3. Los métodos de trabajo deben ser ágiles, simples, concretos, flexibles y adaptados a la etnia y características culturales de la población afectada.
4. La atención no debe considerarse solo como una demanda de atención clínica psiquiátrica.
5. Cree entornos seguros, promueva la vida comunitaria y ayude a las familias a reunirse.
6. Adaptación activa, que implica reanudar las actividades diarias de la comunidad, incluyendo trabajo para adultos y actividades escolares para niños.
7. Crear oportunidades de apoyo mutuo en la comunidad.
8. Escuchar las demandas de las personas en sus propios espacios sociales o informales en lugar de esperar que las personas se presenten a los servicios de salud.
9. El apoyo emocional debe integrarse en las actividades diarias de los grupos organizados dentro de la comunidad.
10. El apoyo emocional para las personas en duelo debe considerar los ritos funerarios culturalmente aceptados.
11. Forjar asociaciones y lograr la participación de los diversos actores sociales.
12. Las acciones deben ser sostenibles a mediano y largo plazo, y el fortalecimiento de los servicios existentes deben buscarse como resultado de estas.(12) (31)

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
EDAD	Años cumplidos	1. De 20 a 29 años 2. De 30 a 39 años 3. De 40 a 49 años 4. De 50 a 59 años 5. Más de 60 años	Nominal
ESTADO CIVIL	Condición conyugal	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente	Nominal
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Último grado alcanzado	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Superior	Nominal
TUVO FAMILIAR CONOCIDO SOSPECHOSO DETECTADO POR SISTEMA DE SALUD	Informado oficialmente	1. Familiar bajo el mismo techo 2. Familiar cercano 3. Amigo 4. Vecino 5. Conocido	Nominal
PORQUE MEDIOS PRINCIPALMENTE SE ENTERA COMO VA LA PANDEMIA	Principal medio de orientación (puede ser más de uno)	1. Sistema de salud y personal médico 2. Radio 3. Televisión 4. Periódicos/diarios	Nominal

		5. Internet 6. Amigos 7. Familiares 8. Vecinos	
SE CONSIDERA EN RIESGO DE EN CUALQUIER MOMENTO SER CONTAGIADO POR MI PROPIA CONDUCTA	Percepción personal	1. Si 2. No 3. No se/ no me preocupa	Nominal
CONSIDERA EN RIESGO DE EN CUALQUIER MOMENTO SER CONTAGIADO POR LA CONDUCTA DE OTRO	Percepción social	1. Familiares bajo el mismo techo 2. Familiares cercanos 3. Vecinos 4. Amigos 5. Compañeros de trabajo 6. Vecinos Otro	Nominal
COMPORTAMIENTO SOCIAL	Instrumento validado de comportamiento en el contexto de actuales normas dictadas por gobierno (29)	1. Aceptación de medidas recomendadas de higiene 2. Medidas adquisitivas 3. Medidas evitativas 4. Aislamiento domiciliario	Nominal
EVALUACIÓN DE MIEDO/TEMOR	Instrumento validado Perú (21)	Los resultados se manejarán en escala continua, con medición de media y varianza	Intervalo

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional de corte transversal, prospectivo y analítico, porque no se hará manipulación de variables y los datos serán recogidos en un solo momento.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fue el cercado del Distrito de Tacna

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

La población considerada fueron los residentes del cercado de Tacna.

Muestra

Se hizo muestreo por conglomerados multietápico. Se identificó mapa de distribución de manzanas del cercado, del cual se seleccionó aleatoriamente un número proporcional representativo de la zona. Los edificios multifamiliares fueron considerados como una manzana. Dentro de cada manzana se seleccionó el hogar con valor k determinado por el número de viviendas habitadas presentes. De cada hogar se seleccionó al familiar responsable del grupo, que residiera bajo el mismo techo

y que consideró participar voluntariamente en la entrevista.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_{α} = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 12000
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%

$$n = 372$$

Unidad de análisis: En el hogar se seleccionó al jefe(a) de familia o persona que se consideró responsable primario del hogar que cumplía los siguientes criterios:

4.3.1.1 Criterios de inclusión

- a. Responsable con residencia en zona seleccionada.
- b. Nacionalidad peruana
- c. De toda edad
- d. Responsable jefe de hogar, en actual convivencia o no.

4.3.1.2 Criterios de exclusión

- a. Personas que no deseen participar
- b. Procedentes de nacionalidad extranjera
- c. Transeúntes.
- d. Personas en aislamiento obligatorio por infección COVID 19 por caso confirmado o contacto sospechoso.
- e. Persona que no adopte las medidas básicas de bioseguridad (mascarilla y distanciamiento mayor a 1 metro)

4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICA

La técnica fue la entrevista, y la información obtenida se registrará en un cuestionario estructurado

4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a) Ficha sociodemográfica y laboral

Se trata de un instrumento que indagó los antecedentes personales de la población estudiada.

b) Instrumento de medición de percepción de comportamiento social y miedo.

Instrumento validado Mejía (26) et al. por su aplicabilidad regional y respaldado por publicaciones científicas, de las cuales se ajustó para fines de validación regional y Agüero et al. (32). Se trabajó con grupo piloto para afinamiento de los reactivos. Se consignó concomitantemente una validación

estadística mediante alfa de Cronbach aceptando un valor mínimo general de 0,8, y de 0,8 por cada pregunta seleccionada. Asimismo, fue sometido a juicio de expertos consultándose principalmente a: Salubristas (2), Psiquiatras (2), Infectólogo y/o Intensivistas que manejaron pacientes y familiares COVID 19 confirmados (1), médicos Internistas (2) que manejaron pacientes confirmados y sospechosos Covid 19 (2). El Instrumento inicial propuesto partió de la opinión de equipo de asesoría profesional de personal médico en manejo de pacientes sospechosos y/o confirmados COVID 19 o estén dirigiendo el control de la epidemia a nivel regional.

Se consideró la escala de Likert para la medición con valores de 1 a 5, considerándose las características en total desacuerdo a muy de acuerdo. La medición de la escala fue en valores continuos. Se indagó los valores con distribución de varianza con 1 desviación estándar para identificar grupos con diferencia significativa de apreciación de los resultados. La diferencia consideró un valor p significativo de 0,05.

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La aplicación de los instrumentos fue mediante visita domiciliaria de tipo cuantitativo adaptado y validado para el servicio respaldado por publicaciones existentes y ajuste de los mismos por prueba piloto con personal de salud seleccionado intencionalmente y resultados de reactivos ajustados consistentemente por alfa de Cronbach, con un valor aceptable no menor de 0.8.

Se seleccionó un equipo de entrevistadores, los cuales recibieron una capacitación informatizada que contempla los siguientes aspectos:

Objetivos de estudio.

- Manejo del Formato de registro estructurado.
- Orientación para el instrumento auto administrado con supervisión del investigador.
- Distribución muestral y desplazamiento en campo

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de doble entrada. Los datos se codificaron en EXCEL. Se utilizó pruebas univariadas y bivariadas para determinar las principales variables relacionadas calculando valores absolutos y relativos, así como indicadores estadísticos de tendencia central y dispersión para variables continuas. Seleccionadas las características asociadas, se

utilizó el análisis con ajuste de muestra de variables confusoras. Se realizó regresión logística para determinar fuerza de asociación con análisis Multivariante. Todos los cálculos consideraron un nivel de confianza del 95%. Se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por un dictaminador institucional correspondiente de la Universidad.

Todas las personas fueron informadas sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria y dejándoles un instructivo (afiche) orientador respecto al estudio.

Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignará un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información fue totalmente anónima.

Los resultados se manejaron absolutamente con fines académicos, cuidando la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA. 2020

		n	%
Edad	De 20 a 29 años	38	10.2%
	De 30 a 39 años	58	15.6%
	De 40 a 49 años	140	37.6%
	De 50 a 59 años	80	21.5%
	Más de 60 años	56	15.1%
	Total	372	100.0%
Estado Civil	Soltero	0	0.0%
	Casado	97	26.1%
	Conviviente	242	65.1%
	Separado/divorciado	29	7.8%
	Viudo	4	1.1%
	Total	372	100.0%
Nivel de Instrucción	Analfabeta	1	0.3%
	Primaria	17	4.6%
	Secundaria	190	51.1%
	Técnico	95	25.5%
	Superior	69	18.5%
	Total	372	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 01 podemos observar la distribución de frecuencia según edad, estado civil y nivel de instrucción de los jefes de familia en aislamiento social por la Pandemia Covid 19 en el cercado de Tacna. Podemos notar que el 37.6% tenía de 40 a 49 años, seguido de un 21.5% de 50 a 59 años y un 15.6% entre 30 a 39 años. Según estado civil, el 65.1% tenía la condición de conviviente y el 26% de casado(a). Según nivel de instrucción, el 51.1% tenía el nivel de

secundaria completa, seguido de un 25.0% con nivel técnico y el 18.5% con nivel superior.

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CONTACTO SOSPECHOSO CON COVID 19 EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

		n	%
Familiar bajo el mismo techo	No	341	91.7%
	Sí	31	8.3%
	Total	372	100.0%
Familiar cercano	No	242	65.1%
	Sí	130	34.9%
	Total	372	100.0%
Amigo	No	267	71.8%
	Sí	105	28.2%
	Total	372	100.0%
Vecino	No	301	80.9%
	Sí	71	19.1%
	Total	372	100.0%
Conocido	No	221	59.4%
	Sí	151	40.6%
	Total	372	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 02 se observa la distribución de frecuencia de contactos sospechosos de covid 19 en los jefes de familia de la muestra de estudio. Podemos observar que el 8.3% refiere que tuvo contacto con familiar bajo el mismo techo. El 34.9% con familiar cercano pero que no habitaba en la misma casa. Un 28.2% refiere que supo de un amigo cercano que era covid positivo, el 19.1% un vecino. Un 59.4% desconoce si tuvo contacto con algún sospechoso.

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MEDIOS DE INFORMACIÓN MAS USADOS PARA ORIENTACIÓN COVID 19 EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

		n	%
Sistema de salud y personal médico	No	321	86.3%
	Sí	51	13.7%
	Total	372	100.0%
Radio	No	108	29.0%
	Sí	264	71.0%
	Total	372	100.0%
Televisión	No	15	4.0%
	Sí	357	96.0%
	Total	372	100.0%
Periódicos/diarios	No	235	63.2%
	Sí	137	36.8%
	Total	372	100.0%
Internet	No	147	39.5%
	Sí	225	60.5%
	Total	372	100.0%
Amigos	No	232	62.4%
	Sí	140	37.6%
	Total	372	100.0%
Familiares	No	160	43.0%
	Sí	212	57.0%
	Total	372	100.0%
Vecinos	No	316	84.9%
	Sí	56	15.1%
	Total	372	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado

El 96% de la muestra en estudio usa la televisión como medio orientador, seguido de un 71% de la radio, 60.5% a través de medios de internet, 37.6% a través de amigos y el 36.8% de periódicos, principalmente.

TABLA 4 PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONTRAER COVID 19 EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

		n	%
Riesgo de contagio por conducta propia	Sí	162	43.5%
	No	210	56.5%

Fuente: Cuestionario aplicado

El 43.5% asume que por conductas propias se considera en riesgo de padecer en cualquier momento de covid 19 y el 56.5% no se considera en riesgo.

TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PERCIBIR ESTAR EN RIESGO POR CONDUCTA DEL ENTORNO EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

		n	%
Familiar bajo el mismo techo	No	44	11.8%
	Sí	328	88.2%
	Total	372	100.0%
Familiar cercano	No	145	39.0%
	Sí	227	61.0%
	Total	372	100.0%
Vecinos	No	213	57.3%
	Sí	159	42.7%
	Total	372	100.0%
Amigos	No	185	49.7%
	Sí	187	50.3%
	Total	372	100.0%
Compañeros de trabajo	No	145	39.0%
	Sí	227	61.0%
	Total	372	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado

El 88.2% percibe mayor riesgo de contagio por familiar que vive bajo el mismo techo, seguido de un 61% a través de familiar cercano o por compañero de trabajo, respectivamente. Un 50.3% de amigos y solo el 42.7% a través de contacto con vecinos.

TABLA 6 FRECUENCIA DE MEDIDAS DE HIGIENE Y ADQUISITIVAS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

Higiene y adquisitivas		n	%
Cubrir nariz y boca con pañuelo de papel al toser o estornudar	No	54	14.5%
	No sé	19	5.1%
	A veces	143	38.4%
	Sí	156	41.9%
	Total	372	100.0%
Lavado de manos constante	No	72	19.4%
	No sé	23	6.2%
	A veces	132	35.5%
	Sí	145	39.0%
	Total	372	100.0%
Comprar gel desinfectante	No	50	13.4%
	No sé	19	5.1%
	A veces	129	34.7%
	Sí	174	46.8%
	Total	372	100.0%
Comprar mascarillas respiratorias	No	0	0.0%
	A veces	39	10.5%
	Sí	333	89.5%
	Total	372	100.0%
Comprar alcohol	No	16	4.3%
	A veces	52	14.0%
	Sí	304	81.7%
	Total	372	100.0%
Fabricarme Mascarillas	No	364	97.8%
	A veces	6	1.6%
	Sí	2	0.5%
	Total	372	100.0%
Comprar lentes protectores	No	237	63.7%
	No sé	4	1.1%
	A veces	51	13.7%
	Sí	80	21.5%
	Total	372	100.0%
Comprar guantes	No	282	75.8%
	A veces	50	13.4%
	Sí	40	10.8%
	Total	372	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado

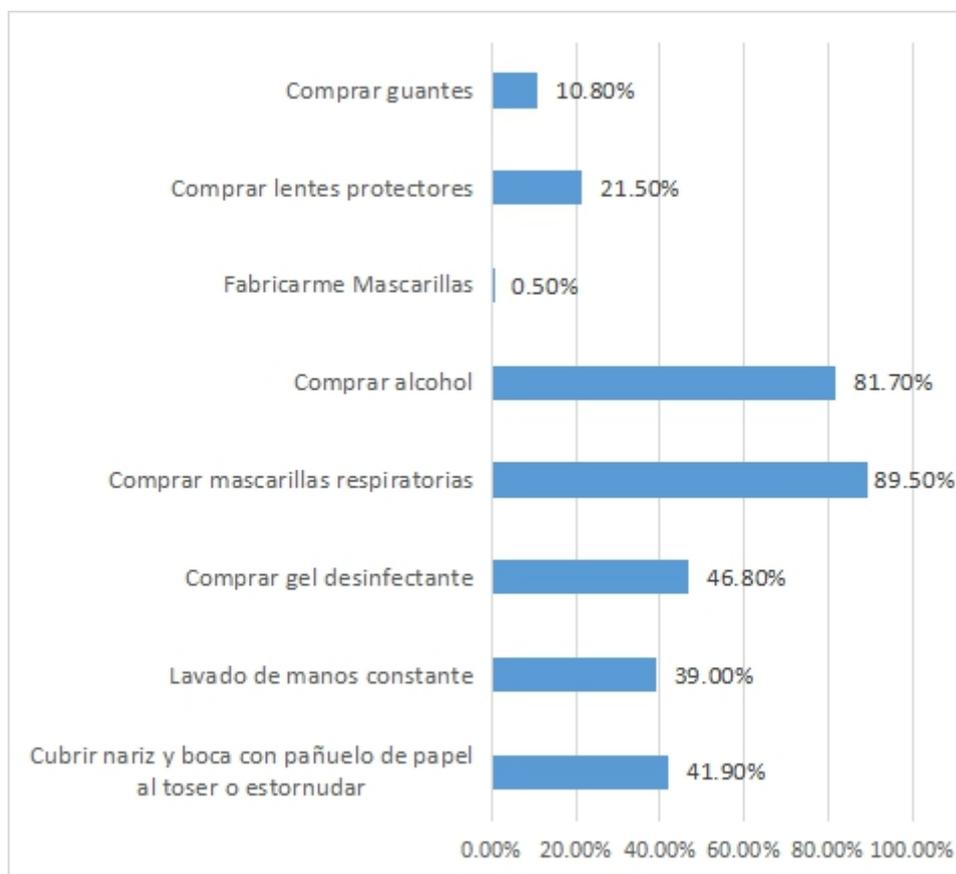


Gráfico 01 Frecuencia de medidas de higiene y adquisitivas

En la tabla 06 y gráfico 01 se puede observar las principales medidas de comportamiento social en la dimensión de medidas de higiene y adquisitivas. Observamos que el 89.5% adopta comprar mascarillas respiratorias, el 81.70% la adquisición de alcohol, principalmente. Sólo el 39% adopta el lavado de manos como una buena conducta.

TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MEDIDAS EVITATIVAS Y DE AISLAMIENTO EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

Evitativas y aislamiento		n	%
Evitar contacto con personas con síntomas de gripe	No	9	2.4%
	No sé	39	10.5%
	A veces	107	28.8%
	Sí	217	58.3%
	Total	372	100.0%
Evitar hospitales y centros de salud	No	23	6.2%
	No sé	21	5.6%
	A veces	70	18.8%
	Sí	258	69.4%
	Total	372	100.0%
Evitar lugares públicos con mucha gente	No	23	6.2%
	No sé	63	16.9%
	A veces	111	29.8%
	Sí	175	47.0%
	Total	372	100.0%
Evitar los transportes públicos con mucha gente	No	26	7.0%
	No sé	56	15.1%
	A veces	100	26.9%
	Sí	190	51.1%
	Total	372	100.0%
Ventilar la casa con mucha frecuencia	No	113	30.4%
	No sé	31	8.3%
	A veces	129	34.7%
	Sí	99	26.6%
	Total	372	100.0%
Usar mascarilla en forma diaria	No	0	0.0%
	No sé	1	0.3%
	A veces	44	11.8%
	Sí	327	87.9%
	Total	372	100.0%
Vacunación que ofrezca el sistema de salud	No	211	56.7%
	No sé	65	17.5%
	A veces	29	7.8%
	Sí	67	18.0%
	Total	372	100.0%
AISLAMIENTO	Parcialmente	201	54.0%
	No Opina	122	32.8%
	Total	47	12.6%
	Total	372	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado

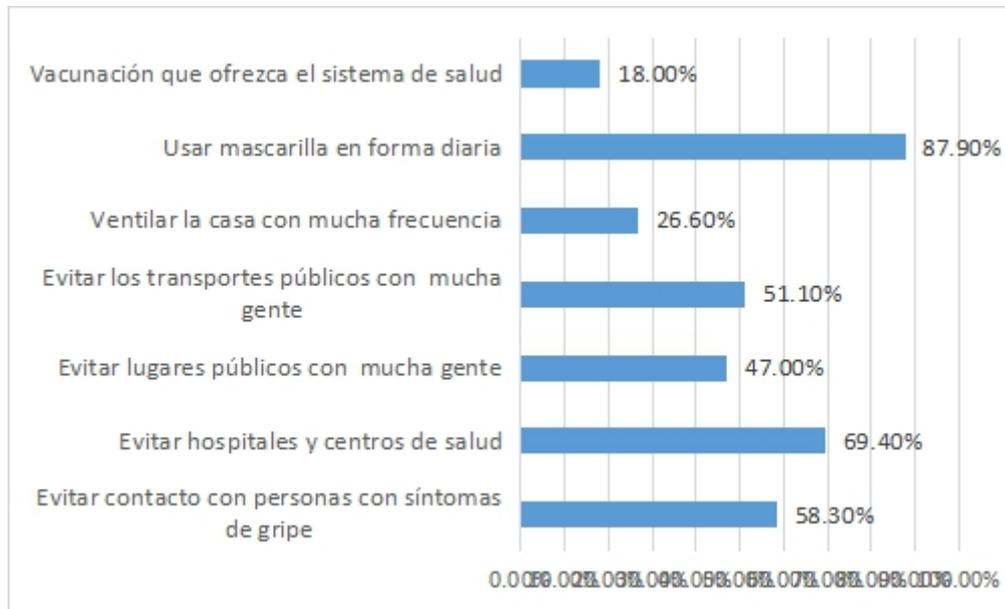


Gráfico 02: Distribución de frecuencia de medidas evitativas

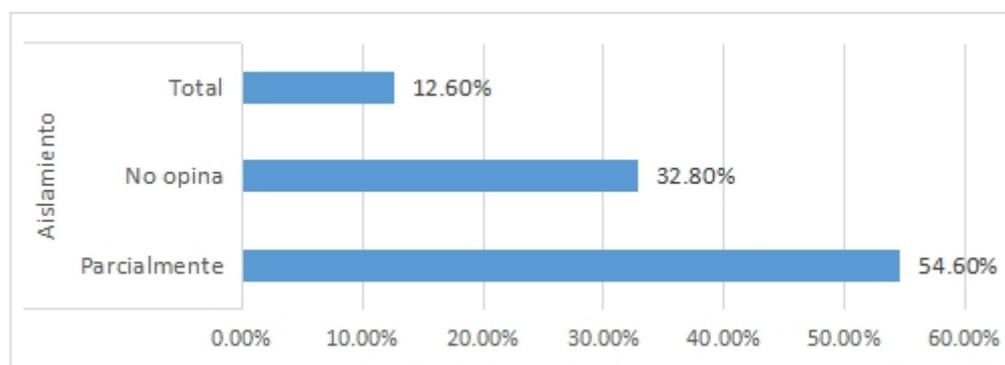


Gráfico 03: Distribución de frecuencia de aislamiento

En la tabla 7 y gráficos 2 y 3, Se puede observar la distribución de frecuencia de las medidas evitativas y de aislamiento de la muestra en estudio. Podemos observar que el 87.90% refiere como una medida adecuada evitativa el uso de mascarillas en forma diaria seguido de un 69.40% el evitar visitar hospitales y centros de salud. Un segundo grupo refiere, en un 47%, que evitar lugares públicos con mucha gente es una medida adecuada y un 51.10% evitar los

transportes públicos con mucha gente. Sólo un 58.30% refirió que el contacto con personas con gripe debería ser una adecuada medida evitativa.

Respecto al aislamiento, el 54.60% refiere que ha cumplido con este mecanismo parcialmente y un 32.80% prefiere no opinar al respecto. Sólo el 12.70% confirma haber realizado, hasta la culminación del presente estudio, un aislamiento total.

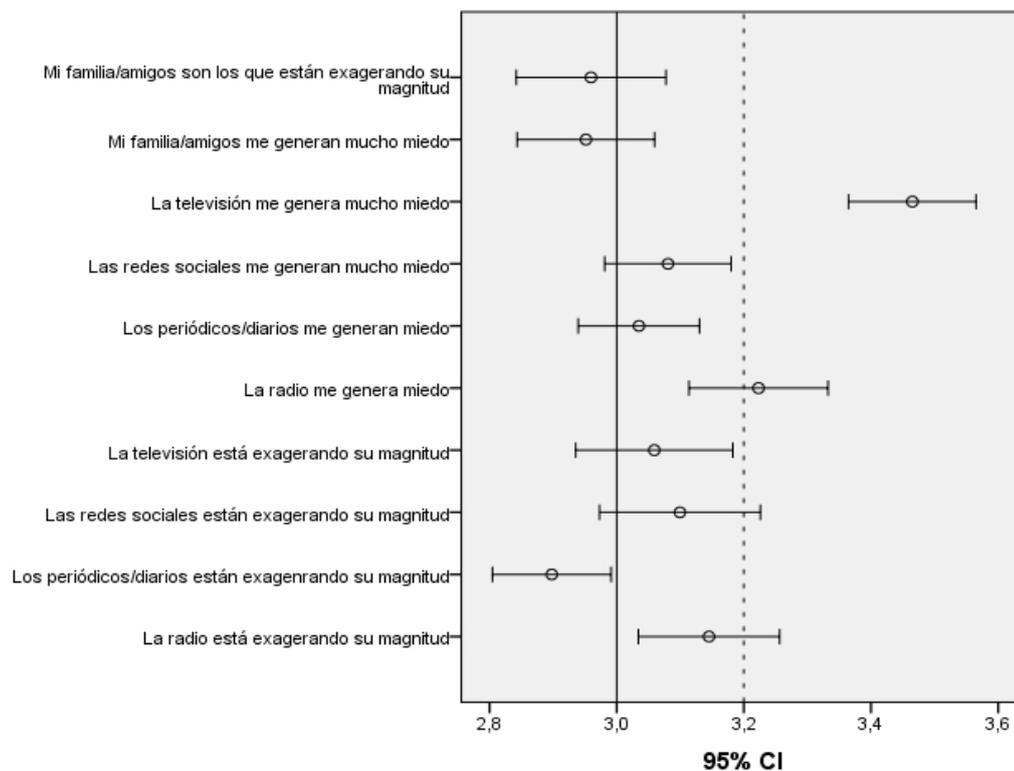


Gráfico 4: Comparación de las características que relacionadas al miedo y su tendencia con un intervalo de confianza del 95%

En la Gráfica 4 podemos observar la comparación de los diferentes estados o características del miedo en la actual condición de pandemia. Podemos observar que el uso de la televisión como instrumento orientador genera mucho miedo seguido por la radio y la comunicación exagerada de la magnitud que realiza las emisoras locales. Considera como estados que también tienen una relación directa con el miedo actual, el uso de redes sociales y la exageración de la comunicación que en esos medios discurre. La población objeto de estudio considera que las características asociadas al temor fueron la comunicación recibida de familiares y amigos y la exageración que pueda haber existido en contadas ocasiones en los periódicos y diarios a los cuales accede.

TABLA 8 FACTORES ASOCIADOS A LA CONDICIÓN DE MIEDO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

	Error estándar	Wald	Sig.
De 20 a 29 años		21.363	0.000
De 30 a 39 años	0.567	3.847	0.050
De 40 a 49 años	0.456	3.243	0.072
De 50 a 59 años	0.458	20.160	0.000
Más de 60 años	0.446	8.387	0.004
Casado		7.606	0.055
Conviviente	20095.530	0.000	0.999
Separado/divorciado	20095.530	0.000	0.999
Viudo	20095.530	0.000	0.999
Analfabeta		5.671	0.225
Primaria	40192.970	0.000	1.000
Secundaria	0.875	2.579	0.108
Técnico	0.425	0.012	0.911
Superior	0.441	0.988	0.320

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 8 podemos observar las principales características sociodemográficas asociadas a miedo en el contexto de la pandemia. Podemos observar que en el grupo de 20 a 29 años se encuentra una diferencia estadísticamente significativa, que confirma que el miedo es muy bajo o ausente en este grupo etario ($p:0.00$) comparado al resto de grupos de edad, considerándose como de riesgo y que se sabe con características de transmisibilidad alta en la comunidad en la cual deambula. Los otros grupos que considera un estado de presencia de mayor miedo es en los grupos de 50 años a más. Estas diferencias son altamente significativas ($p:0.00$). No hubo diferencias según el estado civil o el nivel de instrucción.

TABLA 9: FACTORES ASOCIADOS A MIEDO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE HABER TENIDO ALGÚN FAMILIAR/AMIGO CONOCIDO DETECTADO COMO SOSPECHOSO POR EL SISTEMA EN JEFES DE FAMILIA EN AISLAMIENTO SOCIAL EN EL CERCADO DE TACNA

	Error estándar	Wald	Sig.
Familiar bajo el mismo techo	0.563	0.219	0.640
Familiar cercano	0.303	0.597	0.440
Amigo	0.353	3.173	0.075
Vecino	0.371	0.014	0.907
Conocido	0.284	0.159	0.690

Fuente: Cuestionario aplicado

La muestra de estudio no manifiesta que la percepción de riesgo y miedo actual estén asociados a la posibilidad de que algún familiar, amigo, vecino o conocido cercano haya sido detectados anteriormente como sospechosos. La condición actual de temor no está condicionada por la percepción de la ocurrencia probable de detección anterior.

TABLA 10 MEDICIÓN DE ASOCIACIÓN DE MIEDO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE PODER SER EN CUALQUIER MOMENTO CONTAGIADO POR UN FAMILIAR/AMIGO

	Error estándar	Wald	Sig.
Familiar bajo el mismo techo	0.482	1.181	0.277
Familiar cercano	0.284	0.455	0.500
Vecinos	0.302	0.016	0.900
Amigos	0.301	2.325	0.127
Compañeros de trabajo	0.283	7.667	0.006

Fuente: Cuestionario aplicado

El análisis de los factores asociados se encontró que la característica “compañeros de trabajo” es la variable más asociada a la percepción de miedo y riesgo de contagio del covid-19 (p:0.006) en cualquier momento.

TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS CARACTERÍSTICAS MÁS ASOCIADAS AL COMPORTAMIENTO SOCIAL

		Comportamiento social						p
		No adecuado		Adecuado		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	De 20 a 29	32	84.2%	6	15.8%	38	100.0%	0.000
	De 30 a 39	46	79.3%	12	20.7%	58	100.0%	
	De 40 a 49	130	92.9%	10	7.1%	140	100.0%	
	De 50 a 59	66	82.5%	14	17.5%	80	100.0%	
	De 60 a más	33	58.9%	23	41.1%	56	100.0%	
	Total	307	82.5%	65	17.5%	372	100.0%	
Probabilidad de contagio desde compañeros de trabajo	No	110	75.9%	35	24.1%	145	100.0%	0.007
	Sí	197	86.8%	30	13.2%	227	100.0%	
	Total	307	82.5%	65	17.5%	372	100.0%	

Fuente: Cuestionario aplicado

En la tabla 11 se observa la distribución de la edad ($p:0.00$) y compañeros de trabajo ($p:0.007$) como principales variables asociadas a la conducta en el comportamiento social de los jefes de familia.

Podemos observar que la conducta inadecuada estuvo mayormente presente en los grupos de población joven o adulto y encontrándose una mayor conducta adecuada en aquellos de 60 a más años. Esta diferencia fue altamente significativa ($p:0.00$). Aquellos que percibían que el contagio no era probable a través de los compañeros de trabajo, el 75.9% tenía un comportamiento no adecuado, pero aquellos en los cuales tenían una percepción que sí era probable

el contagio a través de compañeros de trabajo, el 86.8% aun así tenía un comportamiento social inadecuado. Las dos condiciones inadecuadas se suman probabilísticamente. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Probablemente esta relación se pudo observar porque mayormente la población estuvo en condiciones de aislamiento o aislamiento parcial donde el contacto con compañeros, a pesar de considerarse como un factor de riesgo, no lo era en el mayor tiempo del día. Estas características deberán en trabajos futuros profundizarse, pues se considera una de las principales acciones asociadas a transmisibilidad en los grupos humanos con contacto.

DISCUSIÓN

Abdulkareem et al, refiere que la sociedad moderna enfrenta muchos riesgos, incluyendo enfermedades, desastres naturales y amenaza tecnológica. Se requiere una comprensión profunda de cómo las personas ven los riesgos y la efectividad de las medidas de protección. En el proceso individual o en el proceso colectivo, se presta poca atención al papel del aprendizaje inteligente en la evaluación de riesgos y la toma de decisiones de protección. La interacción social es esencial tanto para el aprendizaje individual como para el aprendizaje grupal.(8) Se estudia las características fenomenológicas de cómo abordar integralmente el trabajo con la comunidad y como afrontar el trabajo sanitario con el individuo. Las características propias de cada lugar, grupo humano y persona explican la gran dificultad que se tuvo para afrontar esta pandemia, una de las más riesgosas aun en un actual contexto moderno y científico como se abordan los problemas sanitarios. Es necesario entender que cada grupo humano de cada región o conglomerado de personas mostrarán comportamientos y afrontamientos diferentes que es necesario conocer. Los resultados deberán servir para abordar eficientemente las estrategias en la comunidad. En este contexto, nuestra población de estudio manifiesta características muy particulares en la mayoría y otras que se podrían generalizar a otras sociedades. Este comportamiento social, percepción de temor o miedo y la percepción de estar en riesgo podrían explicar porque en Tacna tuvimos una “explosión” de casos que escapó al control epidemiológico con una frecuencia de muerte que superó los 600 fallecidos.

Ky et al (18) refiere que en una epidemia infecciosa la población humana puede asumir medidas preventivas en un intento de evitar infectarse, pero el comportamiento racional a nivel individual o colectivo, como el distanciamiento social, puede no siempre ser beneficioso para la población en general. Refiere que en muchos casos el distanciamiento social puede evitar que

ocurra un brote, pero cuando el distanciamiento social es moderado puede empeorar el resultado de la enfermedad. En nuestros resultados evidenciamos que este concepto es real. En el supuesto deseado de un aislamiento total, observamos que este no se cumplió. En la muestra de estudio representativa, el 54.60% refiere que ha cumplido con este mecanismo parcialmente y un 32.80% prefiere no opinar al respecto. Sólo el 12.70% confirma haber realizado, hasta la culminación del presente estudio, un aislamiento total. Un aislamiento moderado podría considerarse aún más peligroso o riesgoso que aquel que no se realizó puesto que oculta la real dimensión de una de las medidas evitativas más eficientes conocida a la fecha. En ese escenario, se recomendaría mejor el distanciamiento social más que el aislamiento.

Bavel et al describió que la pandemia de COVID-19 representa una crisis de salud global masiva y que requiere un cambio de comportamiento a gran escala. Identificó varias ideas para una respuesta efectiva a la pandemia de COVID-19 y destacaron las lagunas importantes que los investigadores tienen aún (25). Si esto es reconocido a nivel mundial, es muy necesario contar con la mayor cantidad de trabajos como el presente para conocer las verdaderas características que muestra cada grupo humano. En el contexto de comportamiento social y afrontamiento del miedo aún se conoce muy poco, y en la población sujeta de la presente investigación se logró resumir que el 34.9% tuvo contacto con familiar cercano pero que no habitaba en la misma casa. Un 28.2% refiere que supo de un amigo cercano que era Covid positivo, el 19.1% un vecino. Así como que el 96% de la muestra en estudio usa la televisión como medio orientador, seguido de un 71% de la radio, 60.5% a través de medios de internet. Además de ello, sólo el 43.5% asume que por conductas propias se considera en riesgo. El 54.60% refiere que ha cumplido con este mecanismo de aislamiento parcialmente y un 32.80% prefiere no opinar al respecto. Sólo el 12.70% confirma haber realizado un aislamiento tal como se le pidió por medios oficiales sanitarios a nivel nacional.

Mejía et al observa en su trabajo que, en la crisis de salud mundial, los medios de comunicación son importantes para informar problemas relacionados con la población. Las redes sociales (64%) y la televisión (57%) exageran la información y aumentaron el miedo (26). Es de reconocerse que no se han realizado trabajos aún a nivel regional ni local respecto al problema sujeto de estudio. Mediante nuestro trabajo se observó con un 95% de confianza que el uso de la televisión como instrumento orientador genera más miedo respecto a los demás medios de comunicación, dada principalmente por la exageración de la magnitud de los daños observados. Los usos de las redes estuvieron en la misma escala de riesgo de provocar temor y miedo. Hubo una diferencia estadísticamente significativa según edad y la percepción de riesgo y temor estuvo fuertemente asociada a probable transmisión de compañeros de trabajo. Sin lugar a dudas, es muy probable que el comportamiento social, especialmente de las medidas evitativas y de aislamiento, son las principales variables a controlar en el futuro más cercano.

CONCLUSIONES

1. Se identifico en relación a la edad el 37.6% tenía entre 40 a 49 años, seguido de un 21.5% de 50 a 59 años y en menor proporción el grupo entre 30 a 39 años con un 15.6%. Según su estado civil el mayor porcentaje se vio en la condición de conviviente con un 65.1% y debajo de ella, la condición de casado(a) con un 26%. En cuanto al nivel de instrucción, el 51.1% tenía el nivel de secundaria completa, y a su vez el nivel técnico un 25% y tan solo con un 18.5% el nivel superior.
2. Se determinó que solo el 8.3% tuvo contacto con familiar sospechoso de COVID 19 bajo el mismo techo. El 34.9% con familiar cercano y un 28% con un amigo, mientras que un 59.4% desconoce si tuvo contacto con algún sospechoso. En relación a la percepción de contraer COVID 19 por riesgo de su propia conducta el 43.5% si lo considera como tal y el 56.5% no. El entorno de riesgo es principalmente por compañeros de trabajo (p:0.000)
3. Respecto a conducta social, se observo que el 89.5% adopta comprar mascarillas respiratorias, seguido de un 81.70% opta por la adquisición de alcohol y sólo el 39% adopta el lavado de manos. Y como medidas evitativas, el 87.9% considera el uso de mascarillas de forma diaria, el 47% refiere como adecuado el evitar lugares públicos con mucha gente, el 51.10% evitar los transportes públicos con mucha gente. Sólo un 58.30% refirió que el evitar el contacto con personas sintomáticas es una adecuada medida evitativa. El 54.60% de los jefes de familia del cercado de Tacna ha cumplido con aislamiento parcial, el 32.80% prefiere no opinar y sólo el 12.70% tuvo aislamiento total permanente.
4. Las características relacionadas a miedo fueron el uso de la televisión, la radio, uso de redes sociales y la exageración de la comunicación que en esos medios discurre. Asimismo, las características que infundían

temor fueron la comunicación recibida de familiares y amigos, principalmente. (IC: 95%)

5. Hubo diferencia según edad ($p:0.000$) y la condición de contacto con compañeros de trabajo ($p:0.006$) asociados a miedo. El comportamiento social fue estadísticamente diferente según edad ($p:0.000$) y contagio a partir de compañeros de trabajo ($p:0.007$).

RECOMENDACIONES

1. Realizar trabajos de investigación de las mismas características en las zonas de cono sur de Tacna y cono norte, donde la frecuencia de casos fue epidemiológicamente diferente.
2. Establecer un plan estratégico de control eficiente de regulación del aislamiento considerando la posibilidad de difundir mejor el distanciamiento social con refuerzo de medidas evitativas y de higiene.
3. Apoyar las medidas dadas por el gobierno en relación a la protección social frente a la pandemia COVID 19, minimizando contacto entre compañeros de trabajo y con el cliente asegurando la distancia mínima y segura de 2m, garantizar sus equipos de protección personal, dar facilidades de realizar teletrabajo con el objetivo de disminuir la propagación de contagio en el trabajo velando a su vez por la salud mental del trabajador por el miedo relacionado al contagio en su trabajo.
4. Generar un plan de asesoría a medios de comunicación para adecuados mensajes que eviten la alarma exagerada.
5. Dirigir a los lectores a fuentes expertas y fiables, como la Organización Mundial de la Salud, contribuye a mejorar la información del público. Los medios de comunicación han de desarrollar la confianza de la audiencia en las organizaciones de la salud y profesionales expertos, para que los lectores sepan a quién recurrir para futuras recomendaciones.
6. Fortalecer los programas de salud mental en el periodo que dure la pandemia y las secuelas de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* [Internet]. 7 de abril de 2020 [citado 2 de junio de 2020];323(13):1239-42. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>
2. Silva DAR da, Pimentel RFW, Mercedes MC das, Silva DAR da, Pimentel RFW, Mercedes MC das. Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 2 de junio de 2020];54. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102020000100800&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Han Q, Curtis DR. Social Responses to Epidemics Depicted by Cinema - Volume 26, Number 2—February 2020 - *Emerging Infectious Diseases journal - CDC*. [citado 8 de mayo de 2020]; Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/2/18-1022_article
4. WOH WHO. *Managing Epidemics: Key Facts About Major Deadly Diseases*. World Heal Organ. 2018.
5. Morens DM, Fauci AS. *Emerging Infectious Diseases: Threats to Human Health and Global Stability*. Heitman J, editor. *PLoS Pathog* [Internet]. 4 de julio de 2013 [citado 8 de mayo de 2020];9(7):e1003467. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.ppat.1003467>
6. Zhao S, Wu J, Ben-Arieh D. Modeling infection spread and behavioral change using spatial games. *Health Syst* [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 8 de mayo de 2020];4(1):41-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1057/hs.2014.22>
7. Tan X, Li S, Wang C, Chen X, Wu X. Severe acute respiratory syndrome epidemic and change of people's health behavior in China. *Health Educ Res* [Internet]. octubre de 2004;19(5):576-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15150138/>
8. Abdulkareem SA, Augustijn E-W, Filatova T, Musial K, Mustafa YT. Risk perception and behavioral change during epidemics: Comparing models of individual and collective learning. *PLoS ONE* [Internet]. 6 de enero de 2020 [citado 8 de mayo de 2020];15(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6944362/>

9. Abdulkareem SA, Augustijn E-W, Mustafa YT, Filatova T. Intelligent judgements over health risks in a spatial agent-based model. *Int J Health Geogr.* 20 de 2018;17(1):8.
10. Fonoberova M, Fonoberov VA, Mezić I. Global sensitivity/uncertainty analysis for agent-based models. *Reliab Eng Syst Saf* [Internet]. 1 de octubre de 2013 [citado 8 de mayo de 2020];118:8-17. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0951832013000999>
11. Eberlen J, Scholz G, Gagliolo M. Simulate this! An Introduction to Agent-Based Models and their Power to Improve your Research Practice. *Int Rev Soc Psychol* [Internet]. 3 de julio de 2017 [citado 8 de mayo de 2020];30(1):149-60. Disponible en: <http://www.rips-irsp.com/article/10.5334/irsp.115/>
12. Samuel K. Cohn J. Epidemics: Hate and Compassion from the Plague of Athens to AIDS [Internet]. *Epidemics.* Oxford University Press; [citado 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198819660.001.0001/oso-9780198819660>
13. Kazanjian P. The AIDS pandemic in historic perspective. *J Hist Med Allied Sci* [Internet]. julio de 2014;69(3):351-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23090980>
14. Covello VT, Peters RG, Wojtecki JG, Hyde RC. Risk communication, the West Nile virus epidemic, and bioterrorism: responding to the communication challenges posed by the intentional or unintentional release of a pathogen in an urban setting. *J Urban Health Bull N Y Acad Med* [Internet]. junio de 2001;78(2):382-91. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11419589&dopt=Abstract
15. Caduff C. On the Verge of Death: Visions of Biological Vulnerability. *Annu Rev Anthropol* [Internet]. 21 de octubre de 2014 [citado 8 de mayo de 2020];43(1):105-21. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-anthro-102313-030341>
16. Eichelberger L. SARS and New York's Chinatown: the politics of risk and blame during an epidemic of fear. *Soc Sci Med* 1982 [Internet]. septiembre de 2007;65(6):1284-95. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=17544189&dopt=Abstract

17. Lau JTF, Kim JH, Tsui H, Griffiths S. Perceptions related to human avian influenza and their associations with anticipated psychological and behavioral responses at the onset of outbreak in the Hong Kong Chinese general population. *Am J Infect Control* [Internet]. febrero de 2007;35(1):38-49. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=17276790&dopt=Abstract
18. Ky L, F B, D S, T B. Individual preventive social distancing during an epidemic may have negative population-level outcomes. *J R Soc Interface* [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 8 de mayo de 2020];15(145). Disponible en: <https://europepmc.org/article/PMC/6127185>
19. Kellerman. The psychological effects of isolation in protected environments | *American Journal of Psychiatry* [Internet]. [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.134.5.563>
20. Sánchez-Villena A. y de La Fuente-Figuerola V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *An Pediatr (Barc)* 2020 pp. 73-74. DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.05.001. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-covid-19-cuarentena-aislamiento-distanciamiento-social-articulo-S1695403320301776>
21. Amaya-Castellanos C. Comportamientos individual y social: Estrategias para mantener acciones preventivas en tiempos de epidemia. *Rev Salud UIS* [Internet]. 18 de marzo de 2020 [citado 22 de mayo de 2020];52(2):169-71. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/10727>
22. Mental health and COVID-19 [Internet]. [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
23. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>>

24. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2019. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017. Disponible en:
<http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>.
25. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav* [Internet]. mayo de 2020 [citado 20 de mayo de 2020];4(5):460-71. Disponible en:
<https://www.nature.com/articles/s41562-020-0884-z>
26. Mejia CR, Rodriguez-Alarcon JF, Garay-Rios L, Enriquez-Anco M de G, Moreno A, Huaytan-Rojas K, et al. Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Cuba Investig Bioméd* [Internet]. 14 de abril de 2020 [citado 28 de mayo de 2020];39(2). Disponible en:
<http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/e698>
27. Kelly MP, Barker M. Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health* [Internet]. julio de 2016;136:109-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27184821/>
28. Leal NSB, Soares MF, Rocha IT da, Ribeiro CG. A atitude dos universitários em relação ao profissional de limpeza urbana. *Psicol Ciênc E Prof* [Internet]. 2013 [citado 22 de mayo de 2020];33(4):946-63. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932013000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
29. Lima CKT, Carvalho PM de M, Lima I de AAS, Nunes JVA de O, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 2020;287:112915.
30. Frontiers Topic. Coronavirus Disease (COVID-19): Psychological, Behavioral, Interpersonal Effects, and Clinical Implications for Health Systems | [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/research-topics/13561/coronavirus-disease-covid-19-psychological-behavioral-interpersonal-effects-and-clinical-implication>
31. PAHO. MENTAL HEALTH PROTECTION AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN EPIDEMIC SETTINGS Mental Health and Substance Use Unit, Pan American Health Organization (PAHO/WHO), 2016.

32. Agüero Santagelo F, Nebot Adell M, Pérez Giménez A. A, López Medina MJ, García Continente X. Actitudes y comportamientos preventivos durante la pandemia de gripe (H1N1) 2009 en España. Rev Esp Salud Pública [Internet]. febrero de 2011 [citado 28 de mayo de 2020];85(1):73-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272011000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD

- a) De 20 a 29 años
- b) De 30 a 39 años
- c) De 40 a 49 años
- d) De 50 a 59 años
- e) Más de 60 años

ESTADO CIVIL

- a) Soltero
- b) Casado

- c) Conviviente

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico
- e) Superior

TUVO FAMILIAR CONOCIDO SOSPECHOSO DETECTADO POR SISTEMA DE SALUD:

- a) Familiar bajo el mismo techo
- b) Familiar cercano
- c) Amigo
- d) Vecino
- e) Conocido

PORQUE MEDIOS PRINCIPALMENTE SE ENTERA COMO VA LA PANDEMIA

- a) Sistema de salud y personal médico
- b) Radio
- c) Televisión
- d) Periódicos/diarios
- e) Internet
- f) Amigos
- g) Familiares
- h) Vecinos

SE CONSIDERA EN RIESGO DE EN CUALQUIER MOMENTO SER CONTAGIADO POR MI PROPIA CONDUCTA:

- a) Si

- b) No
- c) No se/ no me preocupa

CONSIDERA EN RIESGO DE EN CUALQUIER MOMENTO SER
CONTAGIADO POR LA CONDUCTA DE:

- a) Familiares bajo el mismo techo
- b) Familiares cercanos
- c) Vecinos
- d) Amigos
- e) Compañeros de trabajo
- f) Vecinos
- g) Otro: _____

**CARACTERISTICAS DE COMPORTAMIENTO SOCIAL EN
PANDEMIA ACTUAL(29)**

	Si	No	A veces	No se
Aceptación de medidas recomendadas de higiene				
1. Cubrir nariz y boca con pañuelo de papel al toser o estornudar				
2. Lavado de manos constante				
Medidas adquisitivas				
1. Comprar gel desinfectante				
2. Comprar mascarillas respiratorias				
3. Comprar alcohol				
4. Fabricarme mascarillas				
5. Comprar lentes protectores				
6. Comprar guantes				
Medidas evitativas				
1. Evitar contacto con personas con síntomas de gripe				
2. Evitar hospitales y centros de salud				
3. Evitar lugares públicos con mucha gente				
4. Evitar los transportes públicos con mucha gente				
5. Ventilar la casa con mucha frecuencia				
6. Usar mascarilla en forma diaria				
7. Vacunación que ofrezca el sistema de salud				
Aislamiento domiciliario				
1. Lo hice totalmente				
2. Lo hice parcialmente a veces				
3. No lo hice, busque la forma de salir				

Otras: _____

DESCRIPCIÓN DEL MIEDO/TEMOR(21)

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy en acuerdo

La radio está exagerando su magnitud	1	2	3	4	5
Los periódicos/diarios están exagerando su magnitud	1	2	3	4	5
Las redes sociales están exagerando su magnitud	1	2	3	4	5
La televisión está exagerando su magnitud	1	2	3	4	5
La radio me genera miedo	1	2	3	4	5
Los periódicos/ diarios me generan miedo	1	2	3	4	5
Las redes sociales me generan mucho miedo	1	2	3	4	5
La televisión me genera mucho miedo	1	2	3	4	5
Mi familia/amigos me generan mucho miedo	1	2	3	4	5
Mi familia/amigos son los que están exagerando su magnitud	1	2	3	4	5
Los médicos y el personal de salud me generan mucho miedo	1	2	3	4	5
Los médicos y el personal de salud están exagerando su magnitud	1	2	3	4	5