



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA
TESIS

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA DE
LOS HABITANTES DE LA JUNTA VECINAL PUEBLO
LIBRE- TACNA 2020”**

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

Briggith Alexandra Aquise Ramos

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en Psicología

Docente asesor:

Dr. Bladimir Domingo Becerra Canales

Código Orcid N° 0000-0002-2234-2189

Chincha, Ica, 2020

Asesor

DR. BLADIMIR DOMINGO BECERRA CANALES

Miembros del jurado

-Dr. Edmundo Gonzales Zavala

-Dr. William Chu Estrada

-Dr. Martín Campos Martínez

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que incluye este. Me formaron con valores y a diario fueron motivándome a lograr mis anhelos.

Gracias Padre y madre.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por darme la oportunidad de este gran logro.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar el nivel de ansiedad en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020. La muestra estuvo conformada por 66 integrantes de la Junta Vecinal Pueblo Libre del Distrito de Tacna. La investigación es de tipo descriptivo. Para ello se aplicó la Escala de ansiedad elaborada por Hamilton, conformado por dos dimensiones y con cinco opciones de respuesta acorde a la intensidad del componente (escala de Likert).

A fin de conocer el comportamiento de la variable de estudio, se emplearon herramientas propias de la estadística descriptiva como las medidas de tendencia central, dispersión, elaboración de tablas de distribución de frecuencia y gráficos. Entre los principales resultados se halló que los niveles de ansiedad de la muestra de estudio son leves. Asimismo, la sintomatología y tipo de ansiedad más frecuente fue de tipo psíquico; y que la ansiedad era leve tanto en mujeres como en hombres, ubicándose entre los 19 a 35 años los niveles más altos de ansiedad. Por ello se recomiendan el diseño de políticas de salud que tome en cuenta los efectos diferenciados de las medidas de confinamiento en los segmentos de la población y diseñar un plan integral de intervención para aquellos sectores más propensos a sufrir sus consecuencias.

Palabras clave: ansiedad, psíquico, sintomatología, COVID-19, Hamilton.

"LEVEL OF ANXIETY IN TIMES OF PANDEMIC OF THE INHABITANTS OF THE VECINAL BOARD PUEBLO LIBRE- TACNA 2020"

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the level of anxiety in times of pandemic of the inhabitants of the J.V. Pueblo Libre - Tacna 2020. The sample consisted of 66 members of the Pueblo Libre Neighborhood Board of the District of Tacna. The research is descriptive. For this, the Anxiety Scale developed by Hamilton was applied, consisting of two dimensions and with five response options according to the intensity of the component (Likert scale).

In order to know the behavior of the study variable, descriptive statistics tools were used, such as measures of central tendency, dispersion, preparation of frequency distribution tables and graphs. Among the main results, it was found that the anxiety levels of the study sample are mild. Likewise, the most frequent symptomatology and type of anxiety was psychic; and that anxiety was mild in both women and men, with the highest levels of anxiety being between 19 and 35 years old. For this reason, the design of health policies that takes into account the differentiated effects of the confinement measures in the population segments and to design a comprehensive intervention plan for those sectors most likely to suffer its consequences are recommended.

Keywords: anxiety, psychic, symptomatology, COVID-19, Hamilton.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	16
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.1 Descripción del Problema.....	18
1.2 Problema de investigación.....	21
1.2.1 Pregunta de Investigación General.....	21
1.2.2 Preguntas de investigación específicas	21
1.3 Objetivo General y Específico	22
1.3.1 General	22
1.3.2 Específicos.....	22
1.4 Justificación e Importancia	22

1.4.1	Justificación	22
1.4.2	Importancia:	24
1.5	Alcances y limitaciones:	25
1.5.1	Alcance	25
1.5.2	Limitaciones	25
II.	MARCO TEÓRICO	26
2.1	Antecedentes.....	26
2.1.1	A nivel internacional.....	26
2.1.2	A nivel nacional.....	30
2.1.3	A nivel local.....	31
2.2	Bases teóricas	33
2.2.1	Variable de investigación: Ansiedad	33
2.3	Identificación de las variables.....	42
2.3.1	Ansiedad.....	42
III.	METODOLOGÍA	43
3.1	Tipo y nivel de investigación.....	43
3.2	Diseño de la investigación	43

3.3	Operacionalización de variables.....	43
3.4	Población – muestra.....	45
3.5	Población.....	45
3.5.1	Criterios de inclusión.....	45
3.6	Muestra.....	45
3.7	Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos.	46
3.7.1	Técnica de recolección de datos.....	46
3.7.2	Instrumento de recolección de datos	47
3.8	Procesamiento y análisis de datos	48
3.8.1	Técnicas de procesamiento de la información	48
3.8.2	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	48
3.9	Aspectos éticos	49
IV.	RESULTADOS	50
4.1	Resultados descriptivos.....	50
4.1.1	Características de la muestra de estudio	50
4.1.2	Resultados por dimensión e indicadores	58
4.2	Resultados inferenciales	89

4.2.1	Nivel de ansiedad más frecuente.....	89
4.2.2	Tipo de ansiedad más frecuente.....	91
4.2.3	Síntomas que se presentan con mayor frecuencia	95
4.2.4	Nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y género	99
V.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	103
5.3	Análisis de los resultados	103
5.3.1	Características sociodemográficas de la población	103
5.3.2	Sintomatología presentada	104
5.3.3	Sintomatología asociada a factores sociodemográficos .	104
5.3.4	Niveles de ansiedad en la población de estudio	105
5.4	Comparación de los resultados con los antecedentes	106
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	109
6.5	CONCLUSIONES.....	109
6.6	RECOMENDACIONES	111
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
	ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	124
	ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	125

ANEXO 3: FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN POR EXPERTOS.....	129
ANEXO 4: BASE DE DATOS	132
ANEXO 5: INFORME TURNITIN.....	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de histograma de los intervalos de edad de la muestra.	51
Figura 2. Sexo de los encuestados de la muestra.	53
Figura 3. Estado civil de los participantes de la muestra	55
Figura 4. Ocupación de los participantes de la muestra.	57
Figura 5. Distribución según presencia de humor ansioso.	58
Figura 6. Distribución según presencia de tensión.	60
Figura 7. Distribución según la presencia de medios.....	62
Figura 8. Distribución según presencia de insomnio.....	64
Figura 9. Distribución según las funciones intelectuales.....	66
Figura 10. Distribución según la presencia de humor depresivo.....	68
Figura 11. Distribución según comportamiento durante la entrevista.	70
Figura 12. Puntajes de la dimensión ansiedad somática.	72
Figura 13. Distribución según presencia de síntomas somáticos generales.	74
Figura 14. Distribución según presencia de síntomas somáticos específicos.....	76

Figura 15. Distribución según la presencia de síntomas cardiovasculares.....	78
Figura 16. Distribución según síntomas respiratorios.	80
Figura 17. Distribución según la presencia de síntomas gastrointestinales.....	82
Figura 18. Distribución según la presencia de síntomas genitourinarios.	84
Figura 19. Distribución según la presencia de síntomas del sistema nervioso autónomo.	86
Figura 20. Puntajes de la dimensión ansiedad psíquica.	88
Figura 21. Gráfico de histograma de los niveles de ansiedad de los participantes de la muestra de estudio.	90
Figura 22. Gráfico de áreas de las dimensiones ansiedad psíquica y somática.	93
Figura 23. Gráfico de dispersión de las dimensiones ansiedad psíquica y somática.....	94
Figura 24. Gráfico de líneas de síntomas psíquicos de la ansiedad.	96
Figura 25. Gráfico de líneas de síntomas somáticos de la ansiedad.....	98
Figura 26. Niveles de ansiedad por edad	100
Figura 27. Nivel de ansiedad por sexo de los participantes.....	102

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1. Edades de los participantes de la muestra de estudio	50
Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la edad de la muestra de estudio ..	51
Tabla 3. Sexo de los encuestados de la muestra	53
Tabla 4. Estado civil de los participantes de la muestra	55
Tabla 5. Ocupación de los participantes de la muestra.	56
Tabla 6. Distribución según la presencia humor ansioso.	58
Tabla 7. Distribución según presencia de tensión.....	60
Tabla 8. Distribución según la presencia de medios.	62
Tabla 9. Distribución según presencia de insomnio.....	64
Tabla 10. Distribución según las funciones intelectuales.	66
Tabla 11. Distribución según la presencia de humor depresivo.....	68
Tabla 12. Distribución según comportamiento durante la entrevista.....	70
Tabla 13. Distribución según presencia de síntomas somáticos generales.	73
Tabla 14. Distribución según presencia de síntomas somáticos específicos.	75

Tabla 15. Distribución según la presencia de síntomas cardiovasculares.....	77
Tabla 16. Distribución según síntomas respiratorios.	80
Tabla 17. Distribución según la presencia de síntomas gastrointestinales.....	82
Tabla 18. Distribución según la presencia de síntomas genitourinarios. .	84
Tabla 19. Distribución según la presencia de síntomas del sistema nervioso autónomo.	86
Tabla 20. Distribución de los niveles de ansiedad de los participantes de la muestra de estudio.....	90
Tabla 21. Puntaje bruto por dimensiones	92
Tabla 22. Medidas de tendencia central y dispersión	92
Tabla 23. Frecuencias por indicador de la dimensión psíquica	96
Tabla 24. Frecuencias por indicador de la dimensión somática	97
Tabla 25. Niveles de ansiedad por edad.....	99
Tabla 26. Nivel de ansiedad por sexo de los participantes	101

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una reacción adaptativa que se desencadena en el momento en que el ser humano es expuesto a una amenaza inminente o potencial. Se trata de un mecanismo que busca la adaptación del individuo a su medio, poniendo en marcha sus mecanismos de afrontamiento. La ansiedad posee manifestaciones físicas y psíquicas, encontrándose ambas profundamente imbricadas en el fenómeno resultante. El presente contexto de crisis sanitaria ha disparado los niveles de ansiedad y depresión en diferentes segmentos de la comunidad, pues, tal como han señalado las autoridades sanitarias, si bien estamos padeciendo una pandemia que afecta al organismo, la pandemia de las enfermedades mentales es una realidad tanto como efecto secundario como factor que recrudece el padecimiento de los pacientes. Entre los más afectados por la ansiedad tenemos a sectores jóvenes y adultos, los que ven en el presente contexto de crisis un futuro desmejorado y con pocas perspectivas de esperanza. Asimismo, la irrupción de los medios de comunicación y la imposición de medidas de confinamiento ha provocado que la percepción de amenaza se vea cada vez más sobredimensionada. De esta manera, el presente trabajo se ha estructurado en cinco partes:

- La primera parte, contiene el planteamiento de la problemática de estudio a partir de un contacto directo con la realidad, asimismo, se sistematiza dicha problemática por medio de una pregunta de investigación general y específica; objetivos general y específico; y, se desarrollará la justificación e importancia de la investigación.

- La segunda parte, se relaciona con el marco teórico, donde se brindará un desarrollo acerca de los principales antecedentes de investigación a nivel internacional, nacional y local.
- La tercera parte, aborda aspectos relacionados con la metodología de la investigación: tipo, nivel, diseño de investigación, operacionalización de la variable de estudio, las hipótesis, técnicas e instrumentos de investigación y las técnicas de análisis de datos.
- La cuarta parte contiene la presentación de los resultados a partir del procesamiento estadístico de la base de datos.
- Finalmente, se desarrollan las conclusiones y recomendaciones, dando cuenta al final del trabajo de las referencias y anexos de la investigación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

La Organización Mundial de la Salud (2020) advirtió de las consecuencias para la salud mental que está teniendo el COVID-19 en el mundo y las repercusiones para el futuro de la comunidad internacional, con un marcado incremento de los índices de suicidio y de trastornos del comportamiento, instando a los gobiernos a no dejar de lado la atención psicológica.

Tal como ha señalado la investigadora de la OMS, Kesler (2020) “la situación actual, con aislamiento, miedo, incertidumbre y crisis económica, puede causar trastornos psicológicos” (pág. 15). Dando cuenta que, tras la epidemia de la COVID-19, advendrá la pandemia de los trastornos mentales producto de las condiciones de confinamiento.

En cuanto a los sectores más vulnerables, la Organización Panamericana de la Salud (2020) ha sido enfática en señalar que el mayor riesgo recae sobre el personal de salud, los que forman parte del personal de primera respuesta, los cuales tienen mayor propensión a sufrir altos niveles de ansiedad y estrés. Por otra parte, se encuentran los niños y adolescentes (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021); mujeres con riesgo de violencia doméstica (Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, 2020), y los ancianos (Ministerio de Salud, 2021). Estos sectores a su vez, producto de condiciones de pobreza y falta de acceso de servicios de salud,

incrementar su riesgo de ser infectados y, por tanto, de mortalidad. Asimismo, los investigadores Gómez, Flujas, Andrés, Sánchez, & Fernández (2020) en base a las estadísticas del Instituto Peruano de Salud Mental, han estimado que son parte de estos sectores de riesgo alto, las personas con condiciones mentales preexistentes, las que experimentan un recrudecimiento de su sintomatología por el contexto de confinamiento, el cual interrumpe su tratamiento o impiden actividades de esparcimiento.

Aunque la COVID-19 es una crisis de salud física, el impacto en la salud mental es significativo y podría generar mayores perjuicios si no se le hace frente correctamente. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (2020) insta a los países a no desatender este tipo de problema, estudiar las necesidades de todos los sectores y garantizar que el apoyo psicológico esté disponible como parte de los servicios esenciales.

Se ha detectado un incremento de la prevalencia de la angustia, de por ejemplo un 35 por ciento en China, un 60 por ciento en Irán o un 40 por ciento en Estados Unidos, tres de los países más afectados por la pandemia, que ha provocado ya más de 285.000 muertos e infectado a más de cuatro millones personas en el mundo.

Específicamente en el sector de los trabajadores sanitarios, un estudio canadiense muestra que casi la mitad de ellos, un 47%, declaró necesitar apoyo psicológico, mientras que en China un 50% sufre depresión, un 45% ansiedad, y un 34% insomnio.

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfunción en la persona.

El coronavirus (COVID-19) ha trastocado los hábitos de vida y el proyecto vital, nos ha llevado a confinarnos, aislarnos, mantenernos en casa; situaciones para las que no estábamos preparados ni física, ni psicológicamente.

En sintonía con lo que pasa en varios países del mundo, actualmente nos encontramos en una situación de aislamiento, debido al incremento de casos de coronavirus en el país y en el planeta.

Fronteras cerradas, trabajos a distancia, cancelación de concurrencia a escuelas, teatros, actividades deportivas, recitales, eventos sociales, plazas y hasta la cancelación de reuniones familiares, son algunos de los ejemplos del impacto del aislamiento necesario que debemos tomar para terminar con los contagios del nuevo virus surgido en China en diciembre de 2019 que causa la enfermedad COVID-19.

La Organización Mundial de la Salud (2020) considera que la ansiedad prolongada y sin tratamiento puede causar ataques de pánico, así como generar un trastorno obsesivo compulsivo y fobias en la persona que la sufre, lo cual suelen tratar los médicos con ansiolíticos o terapias psicológicas.

1.2 Problema de investigación

1.2.1 Pregunta de Investigación General

¿Cuál es el nivel de ansiedad en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?

1.2.2 Preguntas de investigación específicas

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad más frecuente en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?
- ¿Cuáles el tipo de ansiedad más frecuente que se presenta en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y género en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?

1.3 Objetivo General y Específico

1.3.1 General

Identificar el nivel de ansiedad en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.

1.3.2 Específicos

- Identificar el nivel de ansiedad más frecuente en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.
- Identificar el tipo de ansiedad más frecuente que se presenta con más frecuencia en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020
- Identificar el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y género en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.

1.4 Justificación e Importancia

1.4.1 Justificación

La justificación social de la presente investigación recae en que la pandemia de la COVID-19 tiene un impacto diferenciado en salud mental de amplios sectores de la población, incrementando sus sentimientos de miedo, síntomas de ansiedad, depresión, soledad, entre otros. Es así que la ansiedad es reconocida como un problema de salud mental por la

magnitud de sus consecuencias, repercusión psicológica, social y económica.

Durante el contexto de la pandemia COVID-19, las personas con altos niveles de ansiedad presentan dificultades para una adecuada toma de decisiones racionales y una conducta desadaptativa, generando consecuencias dañinas para el individuo y su sociedad.

De esta forma, la presente investigación desarrolla un tema actual y coyuntural que podrá darnos luz acerca de un fenómeno que viene afectando a la población en la actualidad. Por ello es importante realizar estudios que demuestren la presencia de esta problemática y con base en dichos datos crear sistemas de apoyo para su detección y tratamiento oportuno y, de esta forma, se evitará que la población padezca de trastornos mentales o del comportamiento.

La justificación práctica de la presente investigación recae en que los conocimientos extraídos de la presente investigación serán útiles para el planteamiento de estrategias de intervención acordes con las necesidades del público objetivo. Es decir, para poder elaborar prácticas eficaces, es primero necesario conocer las principales características de los participantes, caracterizando tanto los factores protectores como de riesgo a fin de trabajar sobre aquellas variables que se asocian con pautas de comportamiento disfuncionales.

De esta manera, la presente investigación proveerá de información básica para la elaboración de políticas públicas tendientes a la mejora de

la calidad de vida de la población y a paliar los efectos nocivos de la pandemia.

La justificación teórica de la presente investigación recae en que los datos ofrecidos a partir de este trabajo nos proveerán de la oportunidad de realizar un contraste entre el conocimiento teórico en psicología de las emergencias con una situación real y concreta. Por tanto, estos resultados pueden servir para un mejoramiento de la teoría de toma de decisiones en situaciones de alta exigencia.

La justificación metodológica de la presente investigación recae en que para realizar la recolección de los datos se ha empleado un instrumento validado con altos indicadores de fiabilidad, siendo uno de los instrumentos más empleados por los investigadores para estudiar la variable de investigación.

1.4.2 Importancia:

La importancia de la presente investigación recae en que nos encontramos ante una coyuntura actual, pues tal como han señalado diversos organismos internacionales (OMS, 2020; OPS; 2020; UNICEF; 2020), la COVID-19 repercute negativamente sobre la salud mental de la población, y en particular, sobre los grupos poblacionales más vulnerables. La incertidumbre asociada con esta enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden agravar la salud mental de la población y tener impactos diferenciados en relación al riesgo.

Asimismo, es importante porque contribuirá a conocer la información sobre el nivel de ansiedad que se produce en los habitantes de la Junta Vecinal Augusto B. Leguía, identificar los grupos de alto riesgo según su edad y género. Por ello se podrá ayudar a desarrollar programas con diferentes estrategias que intervengan eficazmente en estos grupos, ya que el bienestar psicológico es clave a la hora de afrontar el COVID-19 y prevenir enfermedades mentales, gestionar las emociones y afrontar la crisis gestionando medidas socio-sanitarias efectivas.

1.5 Alcances y limitaciones:

1.5.1 Alcance

La investigación abarca únicamente a los habitantes de la J.V. Pueblo Libre de la ciudad de Tacna.

1.5.2 Limitaciones

Las posibles dificultades que puedan afectar la marcha de este proyecto pueden ser con respecto a que algunos habitantes no deseen tener un contacto directo con la evaluadora, ya que estamos en una situación de pandemia, que nos pone muchas restricciones. Por otro lado, es posible que las personas se rehúsen a dar información de su estado anímico, ya que pervive aún el pensamiento de que un problema de salud mental es negativo socialmente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 A nivel internacional

El primer antecedente internacional es el trabajo realizado por Cuiyan, Riyu, & XiaoyangWan (2020) titulado “Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in China” el cual tuvo por objetivo para evaluar el impacto psicológico inicial en el país asiático de China durante la aparición del COVID 19.

El estudio fue de corte descriptivo y subtipo transversal, siendo los momentos temporales las dos primeras semanas del brote del COVID 19. A fin de recolectar los datos se suministró una encuesta de salud mental desde el 31 enero al 2 de febrero del 2020. Los objetivos analíticos del estudio fueron: Establecer la prevalencia de síntomas y caracterizar los factores de riesgo y protectores presentes en la emergencia del estrés en la muestra de estudio.

La muestra de estudio estuvo compuesta de 1210 participantes provenientes de 194 ciudades de China. Se aplicó un cuestionario anónimo online enviado primero a estudiantes universitarios y se invitó a difundirlo a otros contactos. Las unidades de la muestra fueron en su mayoría de sexo femenino (61,5%), comprendidos entre las edades de 22 a 30 años (53,1%), estado civil casado (71,8%) y buena educación “estudios superiores concluidos” (87,9%).

El impacto psicológico fue evaluado por la escala Event Scale-Revised (IES-R) y el estado de salud mental por la escala Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).

En los resultados se verificó un 51,5% de impacto psicológico moderado a severo, un 16,5% de sintomatología de humor depresivo moderado a severo, un 22,3% de sintomatología ansiosa moderados a severos y un 8,1% de niveles de estrés moderados a severos. El 84,7% de sujetos que participaron en el estudio permanecían en casa entre más de 20 horas. Además, un 75,2% estaban aprehensivos por la posibilidad de que un miembro de su familia sea afectado por la COVID-19 y un 75,1% estaban satisfechos por la cantidad de información de salud disponible.

Los factores relacionados con una alta afectación psicológica y altas categorías de estrés, síntomas de ansiedad y depresión ($p < 0.05$) fueron: sexo femenino, ser estudiante, poseer sintomatología física específica y mala introversión de la propia salud. La información disponible de salud que se encuentra actualizada se relaciona con las medidas preventivas fueron factores vinculadas con bajos niveles de afectación psicológica y bajos intervalos de estrés, sintomatología ansiosa y depresiva.

Los resultados del estudio se pueden emplear para formular intervenciones psicológicas para mejorar la salud mental de las poblaciones vulnerables durante la epidemia de COVID-19.

El segundo antecedente internacional consultado fue el trabajo elaborado por Qiu, y otros (2020) el titulado “A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations”.

Este trabajo incluyó un estudio a nivel nacional sobre la angustia mental en la población china a lo largo de la duración de las medidas por la epidemia de COVID-19, en el que echo mano de un cuestionario de autoinforme en línea del 21 de enero al 08 de febrero de 2020, el cuestionario incluía criterios para diagnosticar trastornos por estrés y fobias específicas según la CIE-11, datos sociodemográficos y el índice de angustia traumática COVID-19 (CPDI) en relación a la frecuencia de ansiedad, depresión, fobias específicas, cambios cognitivos, evitación y compulsiones, comportamiento, síntomas físicos y pérdida de la función social durante la última semana. CPDI obtuvo una puntuación de 0 a 100 puntos, con una puntuación de 25 a 55 para la angustia leve a moderada y una puntuación de ≥ 43 para la angustia grave.

El estudio tomó en cuenta como tamaño muestral a 52730 participantes de 36 regiones de China, donde 18 599 pertenecían a la categoría “masculino” (31,10%) y 34 131 a la “femenina” (41,51%). En los resultados, la media (SD) del CPDI fue de 20,57 (12,31). El 35% experimentó distrés psicológico, un 29,29% con distrés leve a moderado y un 5,14% con distrés severo. Las mujeres mostraron más distrés psicológico que los hombres con un CPDI scores de (SD)=32,71 (14,09) vs 22,31 (14,91), $p < 0,0041$.

Las personas menores de 18 años evidenciaron niveles más bajos de distrés psicológico con un CPDI scores de (SD)=12,71 (11,21). Asimismo, se pudo constatar que los factores de protección como una baja morbilidad y limitada exposición a la epidemia debido a la cuarentena en casa 9, favorecieron estos bajos niveles de distrés.

Las personas de 17 a 29 años y mayores de 55 años mostraron elevados niveles de estrés, con CPDI (SD) = 25,63 (13,58) y CPDI (SD) = 25,32 (23,11), conforme los resultados del reporte. Las personas de entre 17 y 29 años gozan de una mayor accesibilidad a las redes sociales, lo que puede redundar negativamente en la sobrecarga informativa. Por otra parte, el mayor impacto psicológico en los ancianos puede explicarse por medio de los altos niveles de mortalidad en los ancianos.

Por otra parte, la población con elevados niveles educativos se decanta a padecer más angustia y miedo, pues gozan de una mayor introversión de la enfermedad y del riesgo. Debe mencionarse que los trabajadores extranjeros experimentaron elevados niveles de estrés en comparación con otras ocupaciones, con los resultados de CPDI (DE) = 29,51 (28,45), $F = 1508,405$, $p < 0,002$).

Los elevados niveles de estrés pueden explicarse bajo algunos factores que rodean el ambiente en que se desenvuelven los sujetos: por la exposición al virus en el transporte público, el miedo a retrasarse en las horas laborables y el temor a la pérdida de ingresos monetarios. El nivel de estrés psicológico también puede verse vinculado con la disponibilidad

y acceso a la sanidad, la eficacia del sistema sanitario y las medidas de control señaladas por el gobierno de turno.

2.1.2 A nivel nacional

El primer antecedente nacional consultado fue el trabajo realizado por Gonzáles (2020) titulado “Nivel de ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociado a confinamiento social – Arequipa 2020” el cual tuvo como propósito obtener el título profesional de médico cirujano por la Universidad Católica Santa María, Arequipa.

El objetivo de este trabajo fue establecer los niveles de ansiedad y estrés asociados a confinamiento social en jóvenes universitarios de la ciudad de Arequipa. Entre sus principales resultados figuran los siguientes hallazgos: de la distribución total, podemos señalar que un 29% son de hombres y el 71% mujeres. La edad promedio asciende a 25 años. En cuanto al estrato socio-económico, prevaleció el nivel B-C (67%). En cuanto al lugar de procedencia, un 83 proviene de la Región Arequipa. De la distribución total un 97% ostenta el estado civil de soltero. Se pudo verificar que el nivel de ansiedad severo puntuó 18,3% y la categoría muy severa fue de 15,1%. Entre las conclusiones se pudo concluir que un sector del más del 30% de la distribución sufre sintomatología ansiosa y depresiva con relevancia clínica. De esta forma el 33,3% de jóvenes universitarios experimentó síntomas de ansiedad, y finalmente el 41,2% presentó síntomas de estrés. Asimismo, se puede concluir que no hay vínculo entre los síntomas presentados y el confinamiento.

El segundo antecedente nacional consultado fue el trabajo realizado por Huayapa (2019) titulado “Ansiedad en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019” el cual tuvo como propósito obtener el título profesional de licenciada en enfermería por la Universidad César Vallejo, Lima.

La investigación consultada se realizó bajo el enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y de subtipo transversal. La muestra de estudio incluyó a 50 pacientes que concurrían al servicio de Adulto – Adulto Mayor. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Asimismo, el investigador abordó a las siguientes conclusiones: se han reportado bajos niveles de ansiedad, los cuales se pueden subdividir en la siguiente forma: ansiedad estado de nivel medio con un 88% y de nivel bajo con un 12% de frecuencia relativa. Asimismo, se pudo concluir que el nivel de ansiedad en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Daniel Alcides Carrión 2019 pertenecía a la categoría media.

2.1.3 A nivel local

El primer antecedente local consultado fue el trabajo realizado por Sologuren (2019) titulado “Ansiedad rasgo-estado y agresividad en alumnos de quinto grado de secundaria del sector de Viñani, Tacna 2018” el cual tuvo el propósito de obtener el título profesional de Licenciada en Psicología por la Universidad Privada de Tacna.

Este estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre la ansiedad del estado y el rasgo y la agresividad en estudiantes de quinto grado de

secundaria del sector Viñani. La investigación fue de tipo fundamental por y de corte relacional. El estudio, asimismo, fue no experimental, descriptivo y relacional. La muestra incluyó a 193 estudiantes de 13 a 17 años, incluidas 95 estudiantes mujeres (48,6%) y 93 estudiantes (55,3%). Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios tipo test, utilizando el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo y el Cuestionario de Agresión de Durke. Entre los resultados se halló que el 42,3% arrojaba un nivel moderado de Ansiedad del Estado, mientras que el 3,8 arrojaba un nivel muy alto de Ansiedad del Estado. En relación al rasgo de ansiedad, la evidencia demuestra que el 51,3% de los estudiantes posee un moderado nivel de ansiedad y el 18,3% un nivel alto.

En cuanto a la agresividad, los datos demuestran que el 45,8% tiene bajos niveles de agresividad y el 11,3% de los estudiantes ostenta niveles moderadamente altos de agresividad. Entre los tipos de agresividad, los resultados indicaron que el tipo de agresividad más frecuente en los estudiantes fue la sospecha. En cuanto al vínculo entre la ansiedad del estado y la agresividad, se halló que existía un vínculo con el nivel de significancia del 5%. En cuanto a la ansiedad-rasgo y agresión se halló la existencia de una asociación al nivel de significancia del 0.05.

El segundo antecedente local consultado fue el trabajo realizado por Nina (2019) titulado "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mayo a junio del 2019" a fin de obtener el título de médico cirujano por la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

El estudio empleó un modelo de observación de relación de tipo no experimental, asimismo, el nivel de investigación fue descriptivo y transversal. Al efecto, se empleó el instrumento escala de Zung para medir la ansiedad y depresión. Para el análisis estadístico se empleó la prueba t de Student para establecer la asociación entre ansiedad y depresión. La muestra incluyó a 100 pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en abril y julio del año 2019. Entre los resultados presentado por el investigador encontramos que el 3% de los pacientes ostentaban altos niveles de ansiedad, mientras que el 10% de los pacientes ostentaban niveles muy altos de ansiedad. Entre las principales conclusiones del investigador, podemos señalar que las mujeres constituyeron el 71,33% de la muestra con ansiedad clínicamente relevante, mientras que en el caso de los hombres esa cifra fue del 51,23%.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Variable de investigación: Ansiedad

2.2.1.1 *Definición*

Para la Organización Mundial de la Salud (2020) “la ansiedad es un conjunto de respuestas psicológicas, emocional, conductuales y volitivas de gran intensidad ante una amenaza potencial o inminente”. (pág. 212)

Tal como señalan Bielli, Bacci, Bruno, Calisto, & Navarro (2019) “la ansiedad es una serie de mociones sensoriales displacenteras que acaecen ante un evento desagradable, molesto o potencialmente amenazante”. (pág. 18)

Tal como señalan (Del Castillo & Velasco, 2020) la ansiedad es una respuesta adaptativa, por lo que es sana y natural, ya que tiene como finalidad preservar la integridad física del individuo. Por otra parte, “ciertos estímulos nos pueden conducir a la ansiedad desadaptativa que puede desencadenar una experiencia destructiva para la salud mental del individuo”. (Del Castillo & Velasco, 2020, pág. 25)

Según Martínez (2014):

(...) la ansiedad es una reacción que genera un estado de alerta en los individuos, debido a que un estímulo ha sido evaluado como generador de peligro (amenaza de peligro), teniendo respuestas de activación fisiológica, dando la oportunidad de reaccionar previamente para evitar el posible daño. (pág. 66)

Tal como señalan Del Castillo & Velasco (2020) “la ansiedad es una reacción adaptativa que no siempre es efecto ante una causa objetiva, ya que estas se encuentran medidas por esquemas cognitivos muy concretos”. (pág. 28) En otras palabras, la ansiedad viene condicionada por el acervo cognitivo y percepciones de cada persona, siendo esta una condicionante para llevar a cabo la intervención.

Parafraseando a Zeballos (2013) la ansiedad es una respuesta de alta intensidad que altera el libre flujo de los individuos, por ello afecta el libre desempeño; además, posibilita otros problemas como la alteración fisiológica, las alteraciones gastrointestinales y aparición de migrañas.

2.2.1.2 Características de la ansiedad

La ansiedad puede ser caracterizada como un estado (Ramírez, Castro, Lerma, Yela, & Escobar, 2020; Robles, 2020), como un rasgo diferenciado (Cuiyan, Riyu, & XiaoyangWan, 2020; Cortés, 2018) o como reacción situacional (Arango & Rincón, 2018; Barraza, y otros, 2015). Sin embargo, tal como señala Bisquerra (2014) esta tiene cuatro características que pueden ser descritas en todos los casos:

2.2.1.2.1 Estado emocional displacentero

En primer lugar, la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios en el cuerpo y en la conducta. Tal como señala Bisquerra (2014) puede aparecer como una reacción que tiene como finalidad última la adaptación de individuo, sin embargo, es descrita mayormente como desagradable, incómoda o indeseable. Este estado displacentero se presenta como un síntoma en forma concomitante a diversos médicos y psiquiátricos.

2.2.1.2.2 Patológica en ciertos casos

En segundo lugar, en ciertas ocasiones, es patológica por su presentación irracional, pues, tal como han descrito Constantino, Bocanegra, León, & Díaz (2015) la mayor parte de las veces el estímulo puede ser inespecífico o indefinido por el paciente. Tal como apunta Cortés (2018) “la intensidad de la ansiedad es directamente proporcional al estímulo, donde la duración, si es prolongada determina la remisión de

la misma” (pág. 75), siendo justamente este criterio, el temporal, el cual es tomado en cuenta para señalar como patológica una reacción ansiosa.

2.2.1.2.3 Genera bloqueos

Según Bisquerra (2014) la ansiedad es descrita como incapacitante, pues genera en el paciente una sensación de incapacidad para dar respuesta adecuada ante estímulos y obstruye la buena toma de decisiones y resolución de problemas.

Tal como han acentuado Constantino, Bocanegra, León, & Díaz (2015) “es esta característica la cual le da un sentido completamente negativo e indeseable a la ansiedad algo indeseable en la vida cotidiana”. (pág. 201)

Con respecto a los bloqueos, se puede señalar que la ansiedad tiene fuertes repercusiones en las cogniciones del paciente, pues puede generar pensamientos rumiantes y un razonamiento circular acerca del evento que desencadenó la reacción ansiosa.

2.2.1.2.4 Es situacional

Por último, según Bisquerra (2014) la ansiedad no siempre es negativa, pues esta debe evaluarse situacionalmente. En primer término, la ansiedad nos prepara para reaccionar ante un estímulo huyendo o enfrentando. Desde esta perspectiva, la ansiedad busca la supervivencia del individuo.

Por otra parte, tal como han señalado Luna, Hamana, Colmenares, & Maestre (2001):

(...) la ansiedad puede manifestarse como una sensación de angustia acompañada de cogniciones ante un peligro determinado, lo que activa respuestas motoras que tiene por finalidad la evitación y bloqueo. En este último caso, pueden existir conductas de autolesión a fin de inhibir las respuestas. (pág. 28)

2.2.1.3 Epidemiología de los trastornos ansiosos

Tal como señalan Rovella & Gonzáles (2008) los estudios epidemiológicos han señalado que la prevalencia de los trastornos mentales recae sobre la depresión y la ansiedad. Por otra parte, tan solo en el Perú se ha reportado que la prevalencia de ansiedad en el grupo de adolescentes y jóvenes es del más del 8.1% según el informe Ministerio de Salud (2020), ubicando dichos porcentajes en la franja etaria desde los 15 y 28 años. Esta realidad, tal como sostiene el Ministerio de Salud (2020) se recrudecido producto del nuevo contexto de confinamiento que atraviesa la población desde el mes de marzo del 2020 y que se sostuvo hasta mediados de año, siendo un balance negativo el sostenido por dicha institución.

Tal como ha señalado Martínez (2014) la ansiedad y depresión, constituyen los dos trastornos más prevalentes en la población peruana. Asimismo, apunta que la es un padecimiento que se ha ido acrecentando exponencialmente y, las edades en las que se presentan cada vez más tempranos. Algunos factores que contribuyen a una inadecuada valoración de la prevalencia dentro del país es el “fenómeno del infra diagnóstico, por lo que muchos adolescentes, jóvenes y adultos quedan

sin tratamiento y con un pronóstico negativo”. (Espinosa, Orozco, & Ybarra, 2015, pág. 205)

2.2.1.4 Causas

Tal como señala Abufhele & Jeanneret (2020) en su estudio acerca de los efectos psicológicos del confinamiento, señalo las principales causas de agravamiento de la ansiedad:

- Coexistencia de trastornos de estrés post traumáticos: la presencia de este tipo de trastornos desfavorece la remisión de un trastorno de ansiedad.
- Coexistencia de enfermedades físicas alcoholismo y drogadicción: Se ha asociado que la mayor prevalencia de ansiedad se encuentra entre la población que posee comorbilidad.
- Falta de trabajo: Otra causa es la falta de un oficio u ocupación, el cual le provee al sujeto no solo de sustento, sino de autorrealización frente a un futuro incierto.
- Ausencia de grupo familiar: Al estar ausente un grupo de apoyo capaz de sostener emocionalmente al sujeto, este puede reducir sus recursos personales de afrontamiento.

2.2.1.5 Manifestaciones de la ansiedad

La ansiedad manifiesta cambios y activación fisiológica de tipo externo (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial,

entre otros), interno (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros), e involuntarios o parcialmente voluntarios (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros).

De igual manera se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

2.2.1.6 Clasificación de la ansiedad

Tal como señalan Terol, Cabrera, & Martín (2015), partiendo de la teoría de la ansiedad de Hamilton, la clasifica en:

2.2.1.6.1 Ansiedad psíquica

Tipo de ansiedad que se manifiesta a través de sintomatología subjetiva, es decir, solo puede ser reportada por el propio sujeto, siendo los más comunes la preocupación, alteración de la concentración, patrones de sueño, apetito y tensión. Los indicadores de este tipo de ansiedad son los siguientes:

- **Estado de ánimo ansioso:** pensamientos o preocupación acerca de algo, anticipaciones catastrofistas, ánimo aprehensivo.
- **Tensión:** Incapacidad de relajarse, sobresaltos y desregulaciones anímicas, labilidad emocional y debilidad.
- **Temores:** temores específicos e inespecíficos, sensaciones de pavor y miedo.

- **Insomnio:** Desregulación de los patrones de sueño, sensación de cansancio a pesar de haber dormido, insomnio.
- **Cognitivo:** Problemas de memoria, dificultades para concentrarse.
- **Estado de ánimo deprimido:** Anhedonia, pérdida del gusto por la vida, desinterés generalizado.
- **Comportamiento en la entrevista:** Nerviosismo, movimientos repetitivos, distracción, sudoración excesiva.

2.2.1.6.2 Ansiedad somática

Tipo de ansiedad que posee manifestaciones visibles al evaluador mediante marcadores biológicos o simple observación, entre los más comunes tenemos el dolor muscular, boca seca, palpitaciones, etc. Los indicadores de este tipo de ansiedad son los siguientes:

- **Síntomas somáticos generales:** molestias corporales, músculos rígidos y contracciones
- **Síntomas somáticos generales:** Visión borrosa, zumbido en oídos y molestias en boca.
- **Síntomas respiratorios:** dificultad para respirar, bradicardia, y sensación de ahogo.

- **Síntomas genitourinarios:** micción urgente, micción muy frecuente y dificultades para orinar.
- **Síntomas autónomos:** Rubor, sudor excesivo, boca reseca y escalofríos.

2.2.1.7 Niveles de ansiedad

Tal como señalan Terol, Cabrera, & Martín (2015) la ansiedad, en cuanto a su intensidad, se ha categorizado de la siguiente manera:

2.2.1.7.1 Ansiedad Leve

Nivel que se caracteriza por la cronicidad, pues en esta se presentan episodios de ansiedad agudos de varias intensidades. Es la categoría con mejor pronóstico y la más frecuente en casi todas las franjas de edad.

2.2.1.7.2 Ansiedad Moderada

Nivel que se caracteriza por un incremento significativo del estado de vigilia. Asimismo, se ha señalado que es un estado favorable para realizar una valoración objetiva de los eventos venideros, lo que secunda la buena toma de decisiones por parte del individuo.

2.2.1.7.3 Ansiedad Severa

Nivel que se caracteriza por la presencia de errores intelectuales, asimismo, se presenta un deterioro del funcionamiento cognitivo en todos sus niveles. En este nivel es común la obstrucción de la concentración y los procesos relacionados con la memoria.

Tal como señalan Terol, Cabrera, & Martín (2015) existen evidencias fuertes de que la ansiedad leve y moderada es un estado que puede favorecer la toma de decisiones y el potencial adaptativo del individuo en la mayoría de los casos, pues surge a partir de la irrupción de eventos potencialmente amenazantes. Sin embargo, en el caso de la ansiedad grave o muy grave, las funciones psicológicas del individuo se hayan afectadas y deterioradas, por lo que se tendrán que plantear una serie de estrategias para reducir su intensidad.

2.3 Identificación de las variables

En la investigación realizada se pueden definir la siguiente variable:

2.3.1 Ansiedad

2.3.1.1 Definición conceptual

“La ansiedad es un estado emocional que se acompaña de variaciones somáticos y psíquicas ante una percepción de amenaza concreta” (Ramírez, Castro, Lerma, Yela, & Escobar, 2020, pág. 12)

2.3.1.2 Definición operativa

De la lectura del estado del arte, podemos plantear la siguiente definición operativa u operacional:

Estado emocional generado por la percepción de peligro o amenaza que se manifiesta mediante cambios somáticos y psíquicos.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación

El tipo de investigación corresponde al tipo cuantitativo, el cual “busca la medición de atributos y propiedades con la finalidad de encontrar regularidades mediante herramientas de procesamiento estadístico” (Carrasco S. , 2012, pág. 158)

La investigación es de nivel descriptivo; porque está orientada al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio – temporal dada.

3.2 Diseño de la investigación

El tipo de diseño corresponde al de tipo no experimental pues “no busca la manipulación de las variables de investigación, sino que busca únicamente la observación naturalística de los fenómenos observados” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 121).

3.3 Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Tipo</i>	<i>Escala de medición</i>
Ansiedad	<p>“La ansiedad es un estado emocional que se acompaña de variaciones de somáticos y psíquicas ante una percepción de amenaza concreta” (Ramírez, Castro, Lerma, Yela, & Escobar, 2020, pág. 12)</p>	Estado emocional generado por la percepción de peligro o amenaza que se manifiesta mediante cambios somáticos y psíquicos.	Ansiedad psíquica	1. Humor ansioso (AP) 2. Tensión (AP) 3. Miedos (AP) 4. Insomnio (AP) 5. Funciones intelectuales (AP) 6. Humor depresivo (AP) 14. Comportamiento durante la entrevista (AP)	Categoría	Ordinal
			Ansiedad somática	7. Síntomas somáticos generales (AS)		Categorías de valoración

			8. Síntomas somáticos generales (AS)	- 0 (Ausente)
			9. Síntomas cardiovasculares (AS)	- 1 (Leve)
			10. Síntomas respiratorios (AS)	- 2 (Moderado)
			11. Síntomas gastrointestinales (AS)	- 3 (Severo)
			12. Síntomas genitourinarios (AS)	- 4 (Grave)
			13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS)	

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Población – muestra

3.5 Población

Población de estudio: La población está conformado por 200 habitantes que pertenecen a la Junta Vecinal Pueblo Libre- Leguía.

3.5.1 Criterios de inclusión

- Personas cuyas edades oscilen entre los 18 años y 59 años de edad.

3.6 Muestra

El muestreo utilizado para la presente investigación es un muestreo probabilístico, debido a que no se cuenta con listado de los datos de los pobladores de la Junta Vecinal Pueblo Libre.

Con la finalidad de determinar el tamaño muestral, debemos aplicar la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

n = *Tamaño de muestra.*

N = *Tamaño de la población:*

α = *Nivel de Confianza*

p = *Proporción aproximada del fenómeno en estudio*

$q = \text{Unidades excluidas}$

$d = \text{Error relativo}$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 200}{0.1^2 * (200 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{192.08}{2.9504}$$

$$n = 65.10$$

Así, podemos señalar que la muestra estará conformada por:

$n = 66 \text{ habitantes de la J.V. Augusto B. Leguía.}$

3.7 Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos.

3.7.1 Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta, la misma que consiste en el suministro de un cuestionario a una muestra con el propósito de conocer la variable de estudio. Por tanto, esta técnica supone el uso de un instrumento estructurado que tiene por objetivo estandarizar las respuestas de los encuestados.

3.7.2 Instrumento de recolección de datos

3.7.2.1 Aspectos técnicos

El instrumento que se empleará con la finalidad de recoger los datos será el Test de Ansiedad de Hamilton, la cual es una escala que se emplea para la evaluación de la ansiedad. Se trata de un instrumento hetero aplicado y cuya aplicación soporta las modalidades individual y colectiva.

3.7.2.2 Instrucciones para su administración

3.7.2.2.1 Puntuación

La prueba consta de 14 ítems, los cuales pueden acomodarse a dos puntuaciones que se corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) o con ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que se puede usar en estudios de seguimiento.

Deben puntuarse acordes a los siguientes criterios:

0	1	2	3	4
Ausente	Intensidad ligera	Intensidad media	Intensidad elevada	Intensidad máxima

3.7.2.2.2 Categorización

Primero, se suma la totalidad de los 14 ítems, luego, se ubica el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56 puntos. De esta manera, si se obtiene una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave. Por otra parte, una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve. Finalmente, una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

3.8.1 Técnicas de procesamiento de la información

La recolección de datos será primaria, por lo que se aplicará el cuestionario a los colaboradores de la entidad. Se empleará, un plan de análisis estadístico descriptivo e inferencial. La interpretación se realizará mediante la verificación de la hipótesis de investigación. Con respecto al procesamiento y presentación de los datos, se utilizará el software estadístico SPSS versión 23.0.

3.8.2 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Se empleará como software de soporte informático Microsoft Excel y el software estadístico SPSS versión 24.0. Asimismo, se organizarán y presentarán los resultados en tablas de frecuencias y gráficos, siendo el análisis de los resultados en base a estadísticos de tendencia central y dispersión.

Los datos serán procesados mediante el uso de técnicas estadísticas representado en tablas y gráficos, las cuales fueron analizadas a fin de llegar a una conclusión con respecto a las hipótesis de investigación.

3.9 Aspectos éticos

Con respecto a los aspectos éticos, la presente investigación ha respetará tanto la integridad de los evaluados, así como el uso estrictamente académico de la información brindada. Por otra parte, se suministraron los permisos y autorizaciones pertinentes a fin de concretar la recolección de los datos.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos

4.1.1 Características de la muestra de estudio

4.1.1.1 Edad

Tabla 1. Edades de los participantes de la muestra de estudio

<i>Intervalos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
19-27	38	58%
27-35	20	30%
35-43	3	5%
43-51	1	2%
51-60	2	3%
60-68	2	3%
Total	66	100

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

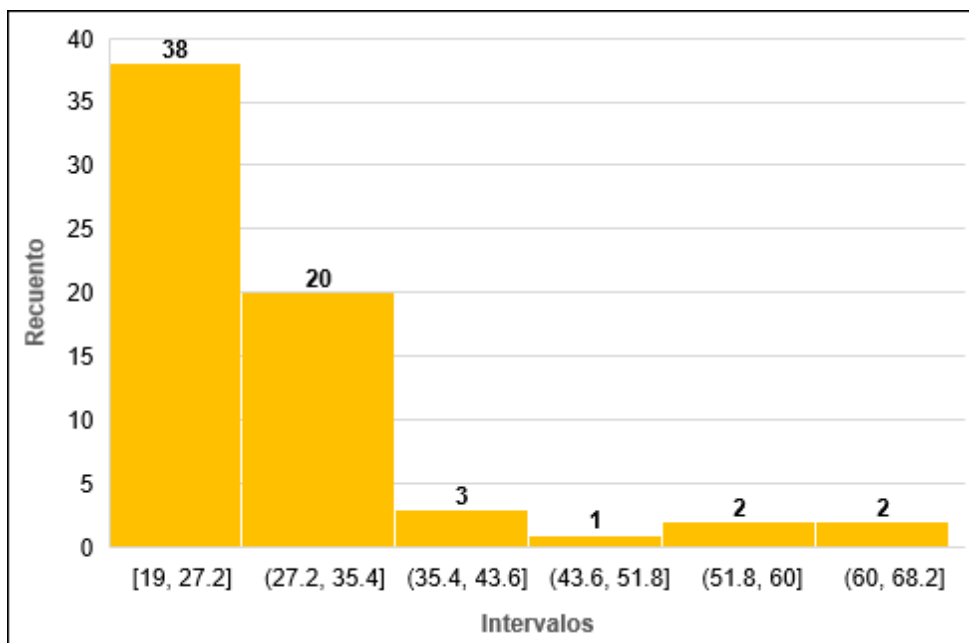


Figura 1. Gráfico de histograma de los intervalos de edad de la muestra.

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la edad de la muestra de estudio

Estadístico	Valor
Promedio	28.7727273
Mediana	26.5
Moda	29
Desviación típica	9.4800121
Varianza	89.8706294

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede observar de la Tabla N° 1 y la Figura N° 1, la distribución está conformada por 66 encuestados, de los cuales, un sector conformado por 38 personas se encuentra dentro de la franja etaria entre los 19 a 27 años, lo que supone el 58% de la distribución total. Por otra parte, un sector conformado por 20 personas se encuentra en la franja etaria comprendida entre los 27 a 35 años, lo que supone el 30% de la distribución; ubicándose el 13% restante repartido entre los 35 y 68 años en forma minoritaria y fragmentada.

Con respecto a los estadísticos descriptivos, podemos observar que, con respecto al promedio, el valor central es de 28, el cual coincide parcialmente con la mediana la cual puntúa 26, mientras que la moda se ubica en el valor más frecuente, el cual es 29. En cuanto a las medidas de dispersión, estas caracterizan la distribución como muy dispersa, ubicándose el valor de la desviación típica en 9.4 y la varianza en 89.8.

4.1.1.2 Genero

Tabla 3. Sexo de los encuestados de la muestra

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	42	63.6%
Masculino	24	36.3%
Total	66	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

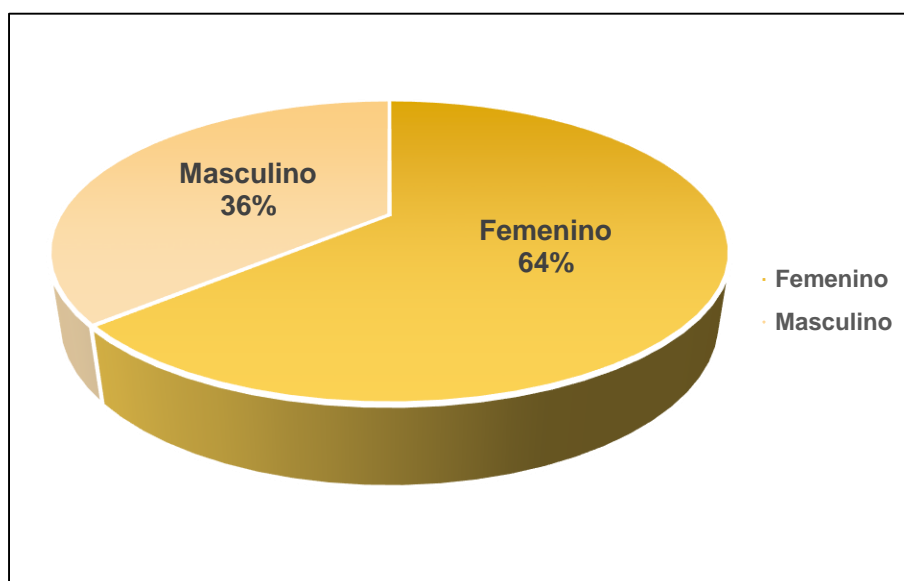


Figura 2. Sexo de los encuestados de la muestra.

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 3 y la Figura N° 2, con respecto al sexo de los encuestados, un sector conformado por 42 participantes forma parte del sexo femenino, lo que supone un 64% de la distribución. Por otra parte, un sector conformado por 24 participantes es de sexo masculino, lo que supone un 36% de la distribución.

4.1.1.3 Estado civil

Tabla 4. Estado civil de los participantes de la muestra

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	52	81%
Casado	6	9%
Conviviente	4	6%
Otros	2	3%
Total	64	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

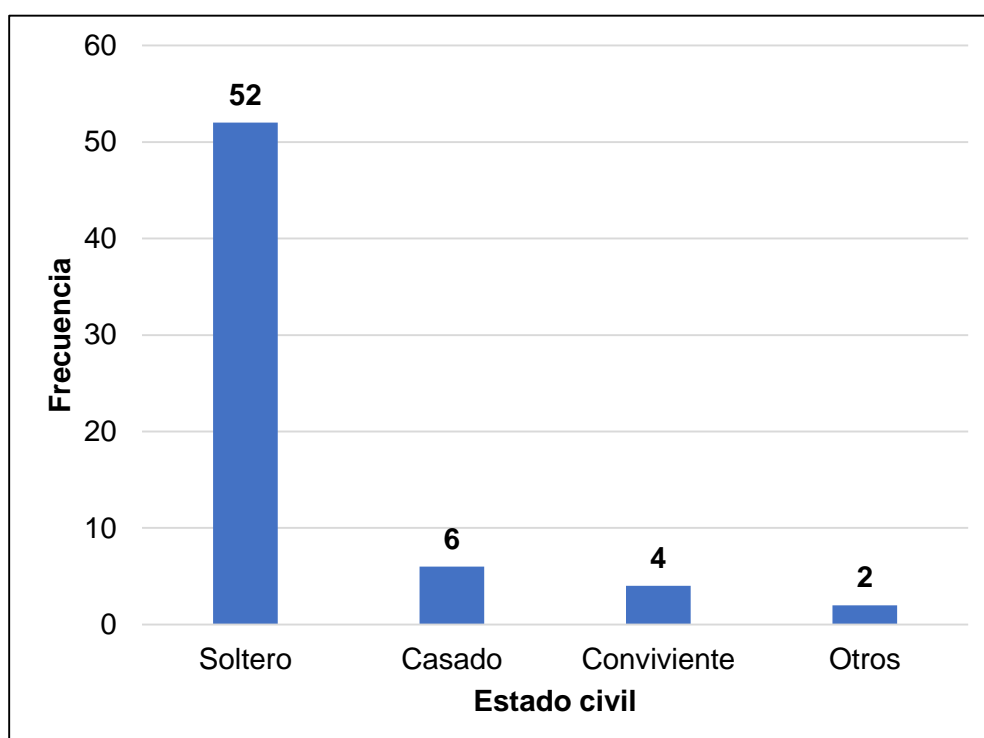


Figura 3. Estado civil de los participantes de la muestra

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 4 y la Figura N° 3, la distribución está conformada por 66 participantes, de los cuales un sector mayoritario conformado por 52 participantes, los cuales han señalado como estado civil “soltero”, lo que supone el 81% de la distribución. Por otra parte, un sector conformado por 6 personas, han señalado encontrarse casadas. Asimismo, un sector conformado por 4 participantes ha señalado como estado civil “conviviente”, mientras que un sector minoritario conformado por 2 participantes, han indicado otros estados civiles.

4.1.1.4 Ocupación

Tabla 5. Ocupación de los participantes de la muestra.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Trabajador	4	6
Estudiante	19	29
Ama de casa	2	3
Independiente	3	5
Contador	2	3
Administrador	2	3
Otros	30	45
No sabe/No opina	4	6
Total	66	100

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

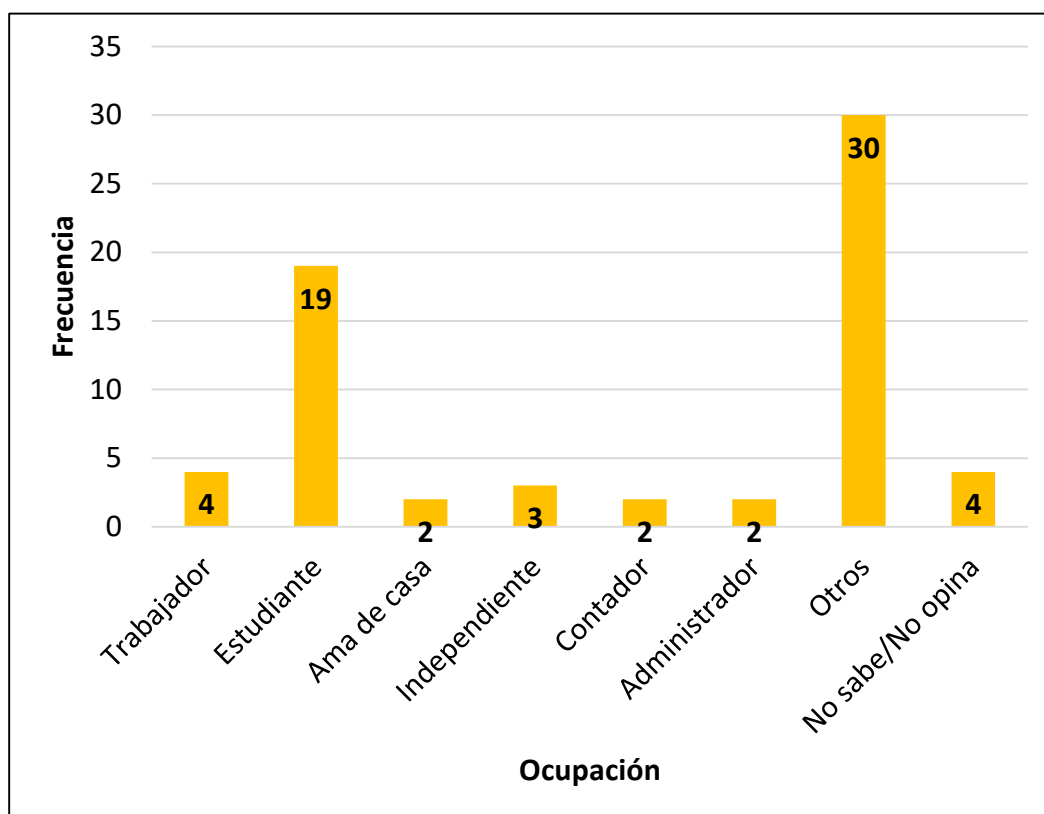


Figura 4. Ocupación de los participantes de la muestra.

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede observar de la Tabla N° 5 y la Figura N° 4, la distribución está conformada por 66 participantes, de los cuales un sector mayoritario conformado por 19 participantes, ha señalado como ocupación la categoría “estudiante”. Por otra parte, un sector conformado por 4 participantes ha señalado como ocupación la de “trabajador”, mientras que 3 participantes han señalado ser “independientes”. Por último, un sector amplio se desempeña en otras actividades u ocupaciones.

4.1.2 Resultados por dimensión e indicadores

4.1.2.1 Dimensión 1: Ansiedad psíquica

Indicador 1: Humor ansioso (AP)

Tabla 6. Distribución según la presencia humor ansioso.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	14	21%
Leve	26	39%
Moderado	22	33%
Grave	3	5%
Muy grave	1	2%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

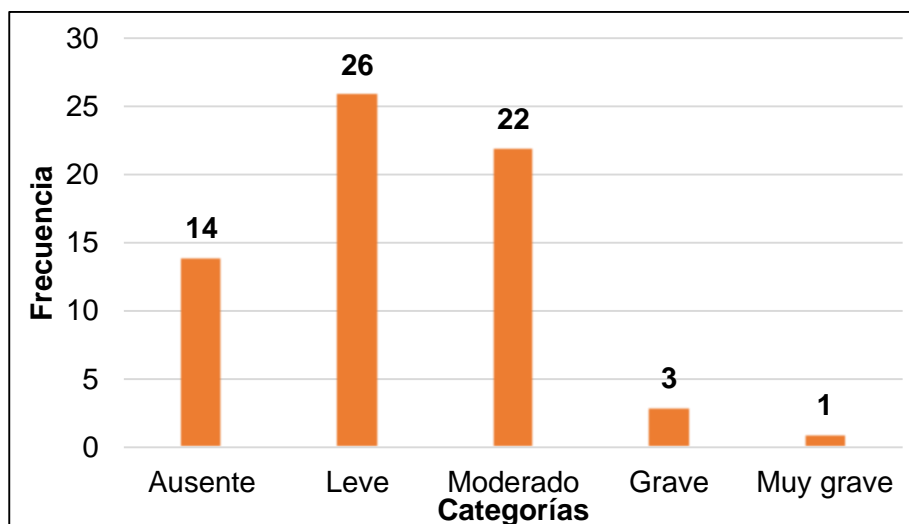


Figura 5. Distribución según presencia de humor ansioso.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede observar de la Tabla N° 6 y de la Figura N° 5, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de inquietud o aprehensión:

- Un sector conformado por 14 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa el 21% de la muestra.
- Otro sector conformado por 26 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 39% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 22 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 33% de la muestra.
- Por otro lado, un sector conformado por 3 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 5% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 1 participante ha señalado que el indicador bajo examen se presenta en forma muy grave, representando un 2% de la distribución.

Indicador 2: Tensión (AP)

Tabla 7. Distribución según presencia de tensión.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	18	27%
Leve	20	30%
Moderado	24	36%
Grave	2	3%
Muy grave	2	3%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

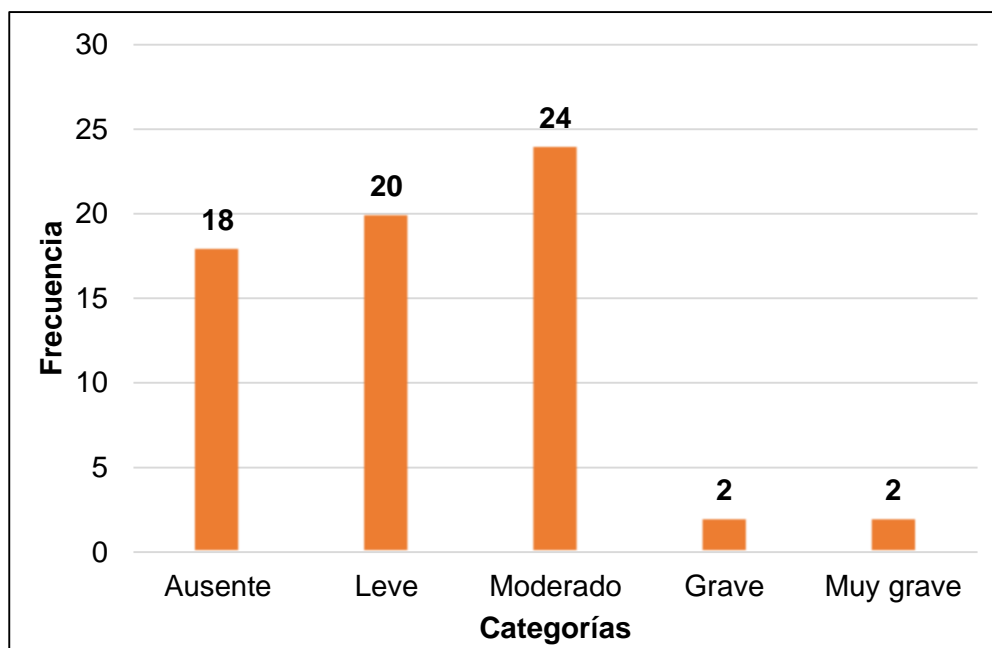


Figura 6. Distribución según presencia de tensión.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 7 y de la Figura N° 6, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de sensación de tensión, fatigabilidad e imposibilidad de relajarse:

- Un sector conformado por 18 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 27% de la muestra.
- Otro sector conformado por 20 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 30% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 24 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 36% de la muestra.
- Por otro lado, un sector conformado por 2 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 3% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 2 participantes ha señalado que el indicador bajo examen se presenta en forma muy grave, representando un 3% de la distribución.

Indicador 3: Miedos (AP)

Tabla 8. Distribución según la presencia de medios.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	25	38%
Leve	24	36%
Moderado	14	21%
Grave	3	5%
Muy grave	0	0%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

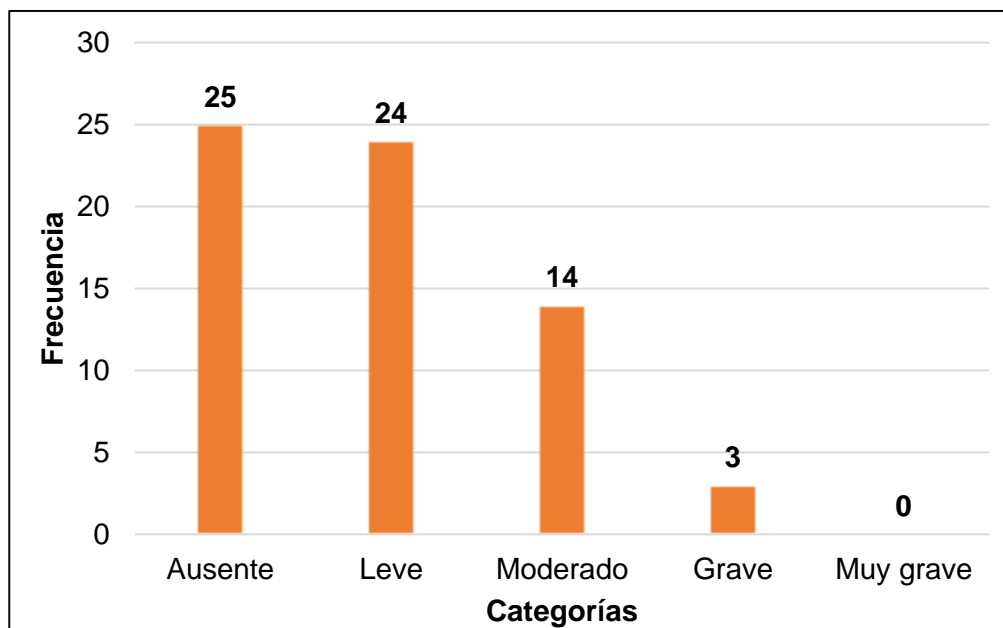


Figura 7. Distribución según la presencia de medios.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 8 y de la Figura N° 7, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la

siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de miedo a la oscuridad, a la gente desconocida o a quedarse solo:

- Un sector conformado por 25 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 38% de la muestra.
- Otro sector conformado por 24 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 36% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 14 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 21% de la muestra.
- Finalmente, un sector conformado por 3 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 5% de la muestra.

Indicador 4: Insomnio (AP)

Tabla 9. Distribución según presencia de insomnio.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	13	20%
Leve	32	48%
Moderado	10	15%
Grave	10	15%
Muy grave	1	2%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

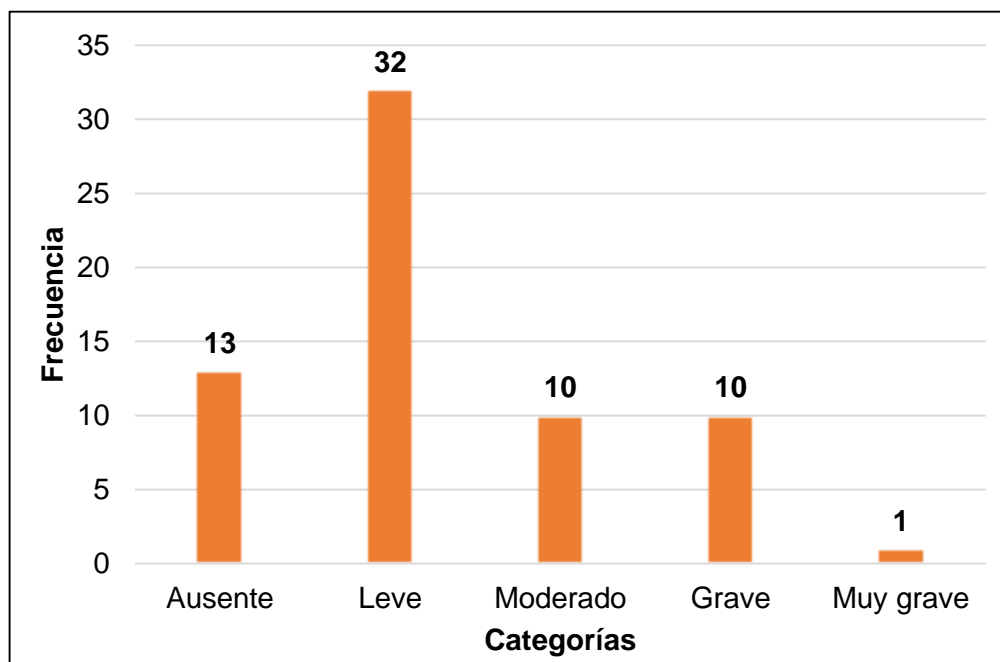


Figura 8. Distribución según presencia de insomnio.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 9 y de la Figura N° 8, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido o sueño no satisfactorio con cansancio:

- Un sector conformado por 13 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 20% de la muestra.
- Otro sector conformado por 10 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 15% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 10 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 15% de la muestra.
- Por otro lado, un sector conformado por 10 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 15% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 1 participante ha señalado que el indicador bajo examen se presenta en forma muy grave, representando un 2% de la distribución.

Indicador 5: Funciones intelectuales (AP)

Tabla 10. Distribución según las funciones intelectuales.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	15	23%
Leve	25	38%
Moderado	22	33%
Grave	3	5%
Muy grave	1	2%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

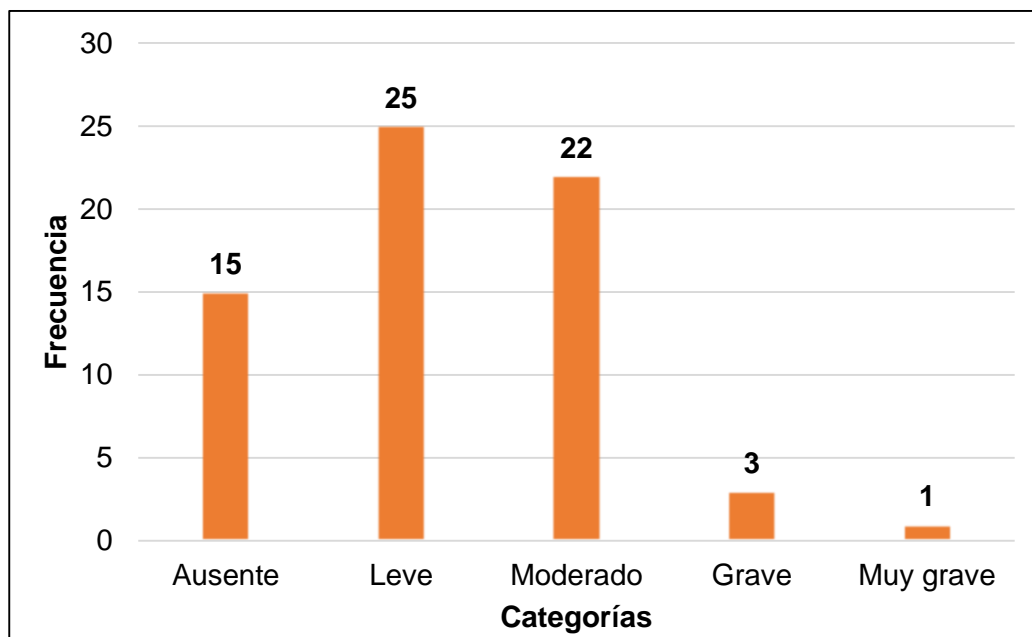


Figura 9. Distribución según las funciones intelectuales.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 10 y de la Figura N° 9, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de dificultades en la concentración y mala memoria:

- Un sector conformado por 15 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 23% de la muestra.
- Otro sector conformado por 25 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 38% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 22 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 33% de la muestra.
- Por otro lado, un sector conformado por 3 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 5% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 1 participante ha señalado que el indicador bajo examen se presenta en forma muy grave, representando un 2% de la distribución.

Indicador 6: Humor depresivo (AP)

Tabla 11. Distribución según la presencia de humor depresivo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	22	33%
Leve	22	33%
Moderado	13	20%
Grave	8	12%
Muy grave	1	2%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

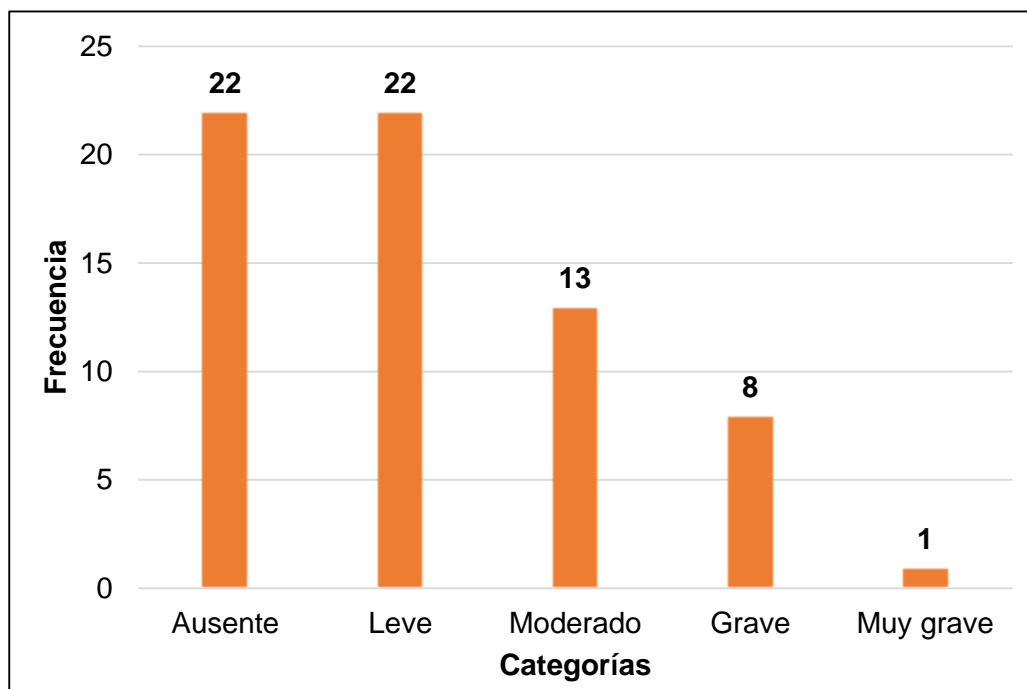


Figura 10. Distribución según la presencia de humor depresivo.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 11 y de la Figura N° 10, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de falta de interés, incapacidad para el disfrute o depresión:

- Un sector conformado por 22 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 33% de la muestra.
- Otro sector conformado por 22 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 33% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 13 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 20% de la muestra.
- Por otro lado, un sector conformado por 8 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 12% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 1 participante ha señalado que el indicador bajo examen se presenta en forma muy grave, representando un 2% de la distribución.

Indicador 7: Comportamiento durante la entrevista (AP)

Tabla 12. Distribución según comportamiento durante la entrevista.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	31	47%
Leve	24	36%
Moderado	9	14%
Grave	2	3%
Muy grave	0	0%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

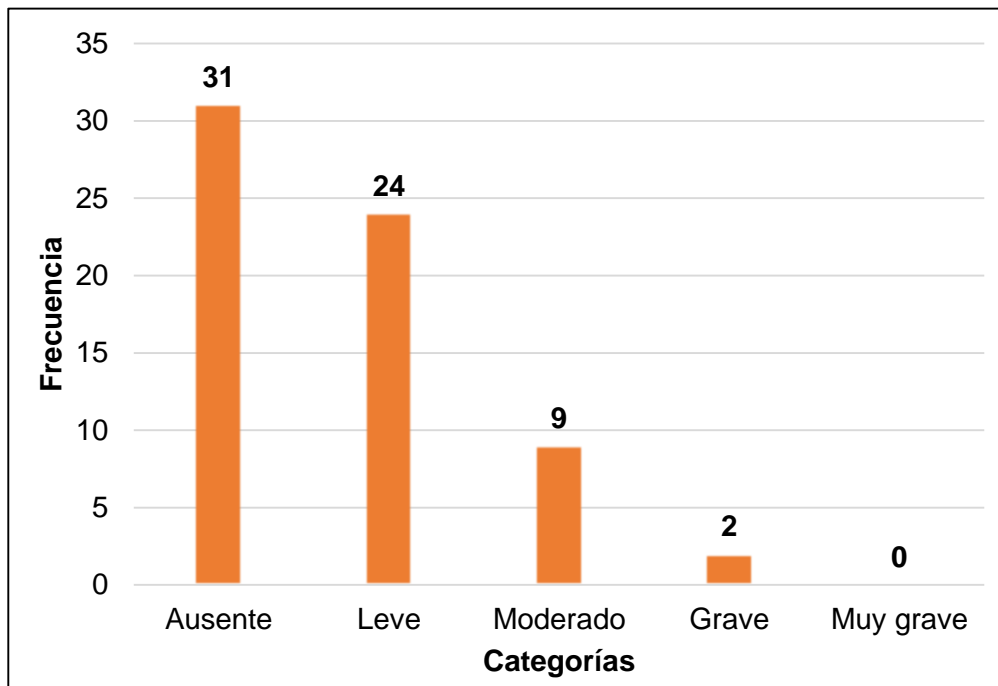


Figura 11. Distribución según comportamiento durante la entrevista.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 12 y de la Figura N° 11, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación al indicador sobre el comportamiento durante la entrevista:

- Un sector conformado por 31 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 47% de la muestra.
- Otro sector conformado por 24 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 36% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 9 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 14% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 2 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 3% de la muestra.

Puntajes dimensionales

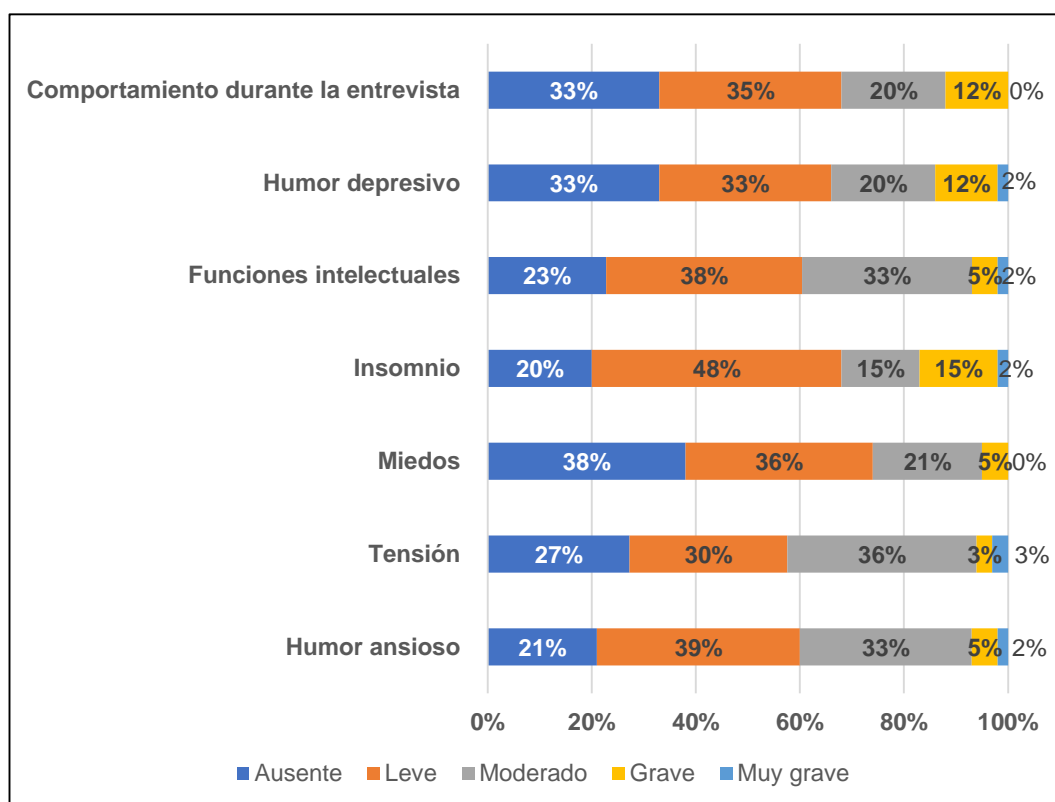


Figura 12. Puntajes de la dimensión ansiedad somática.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

De la Figura N° 12 podemos advertir que las valoraciones más empleadas en la dimensión ansiedad somática fueron “ausente” con una frecuencia relativa entre el 20-38%, por otra parte, la categoría “leve” con una frecuencia entre el 30-48%. Asimismo, las categorías que acusan mayor intensidad de la ansiedad han puntuado 5-15% para “grave” y 2-3% para “muy grave”. Entre los indicadores que arrojan un mayor porcentaje del uso de las categorías “grave” y “muy grave” se encuentran el humor depresivo, el insomnio y comportamientos durante la entrevista relacionados con la ansiedad.

4.1.2.2 Dimensión 2: Ansiedad somática

Indicador 8: Síntomas somáticos generales (AS)

Tabla 13. Distribución según presencia de síntomas somáticos generales.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	22	33%
Leve	23	35%
Moderado	13	20%
Grave	8	12%
Muy grave	0	0%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

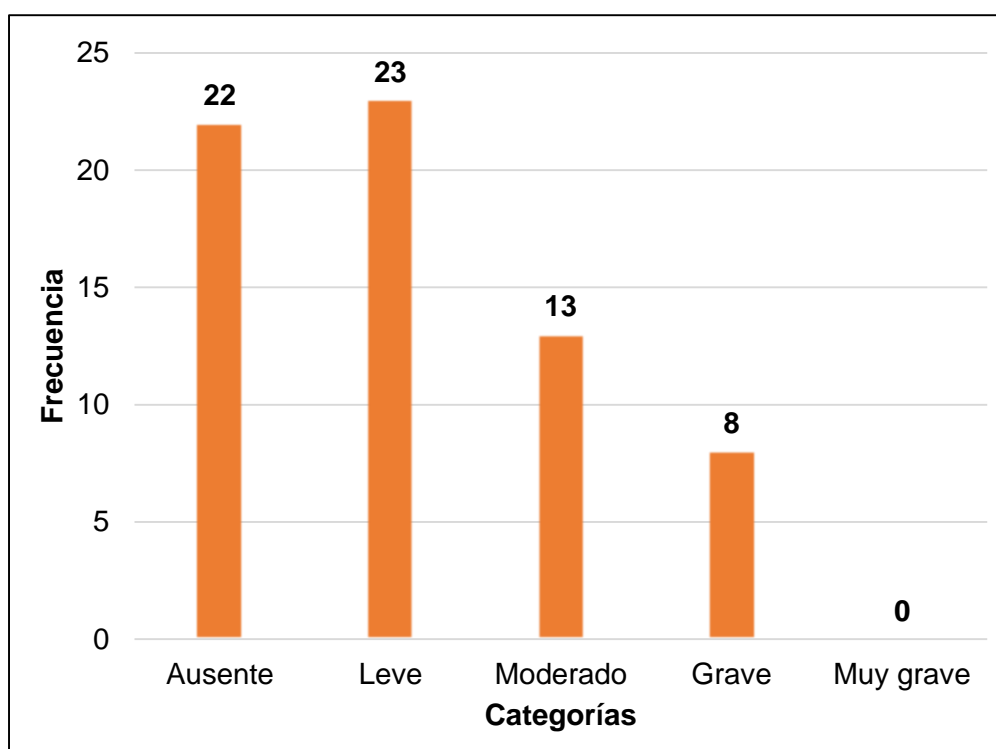


Figura 13. Distribución según presencia de síntomas somáticos generales.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 13 y de la Figura N° 13, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de dolor y cansancio muscular:

- Un sector conformado por 22 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 33% de la muestra.

- Otro sector conformado por 23 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 35% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 13 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 20% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 8 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 12% de la muestra.

Indicador 9: Síntomas somáticos específicos (AS)

Tabla 14. Distribución según presencia de síntomas somáticos específicos.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	27	41%
Leve	20	30%
Moderado	12	18%
Grave	7	11%
Muy grave	0	0%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

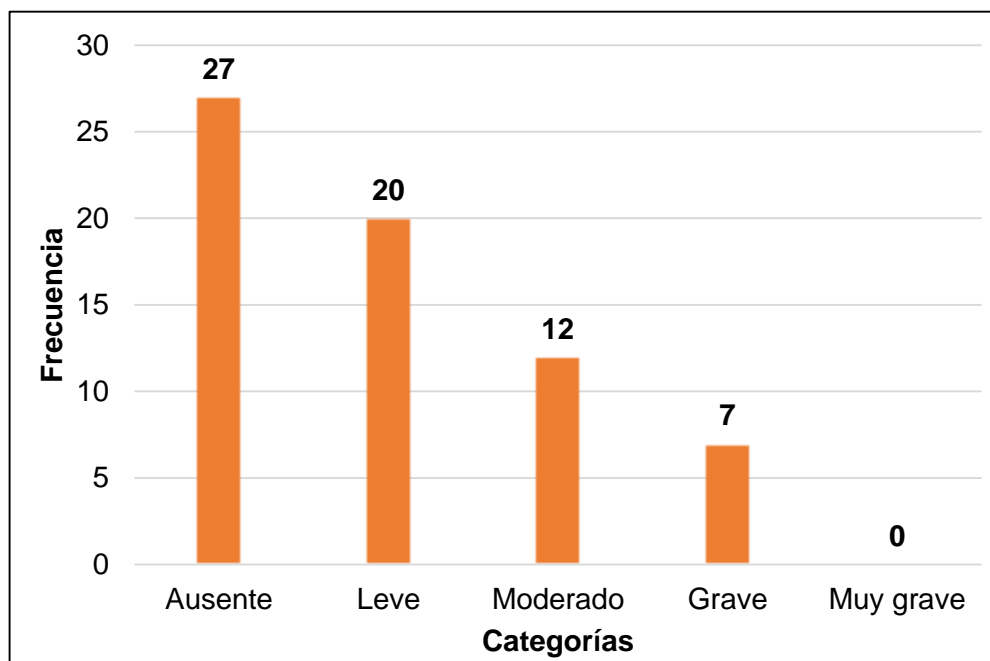


Figura 14. Distribución según presencia de síntomas somáticos específicos.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 14 y de la Figura N° 14, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de zumbidos de oídos, visión borrosa y sofocaciones o escalofríos:

- Un sector conformado por 27 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 41% de la muestra.

- Otro sector conformado por 20 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 30% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 12 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 18% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 7 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 11% de la muestra.

Indicador 10: Síntomas cardiovasculares (AS)

Tabla 15. Distribución según la presencia de síntomas cardiovasculares.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	40	61%
Leve	17	26%
Moderado	7	11%
Grave	1	2%
Muy grave	1	2%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

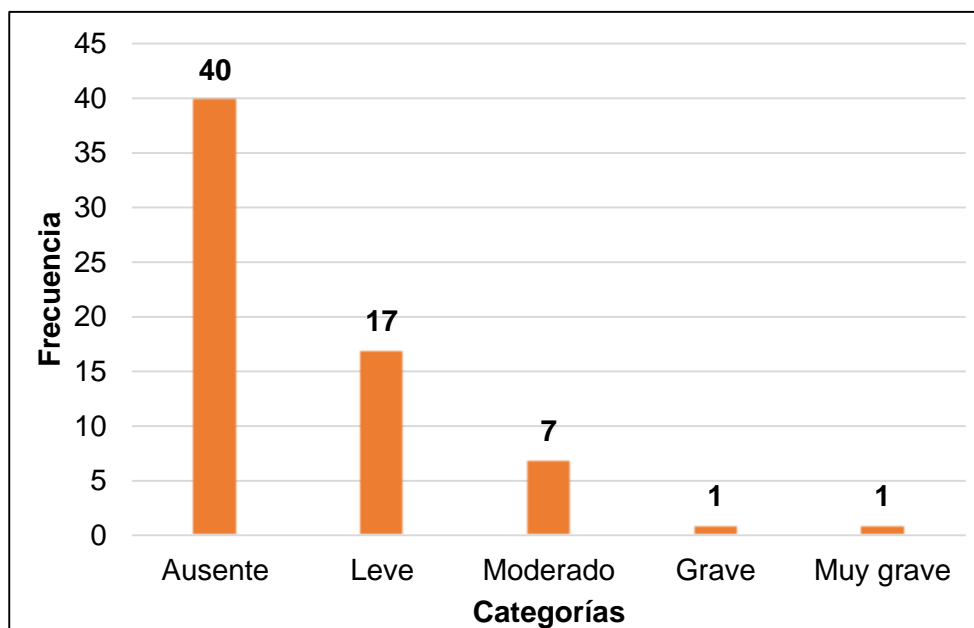


Figura 15. Distribución según la presencia de síntomas cardiovasculares.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 15 y de la Figura N° 15, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de taquicardia, palpitaciones y dolores en el pecho:

- Un sector conformado por 40 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 61% de la muestra.
- Otro sector conformado por 17 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 26% de la muestra.

- Asimismo, otro sector conformado por 7 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 11% de la muestra.
- Por otro lado, un sector conformado por 1 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 2% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 1 participante ha señalado que el indicador bajo examen se presenta en forma muy grave, representando un 2% de la distribución

Indicador 11: Síntomas respiratorios (AS)

Tabla 16. Distribución según síntomas respiratorios.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	33	50%
Leve	23	35%
Moderado	8	12%
Grave	2	3%
Muy grave	0	0%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

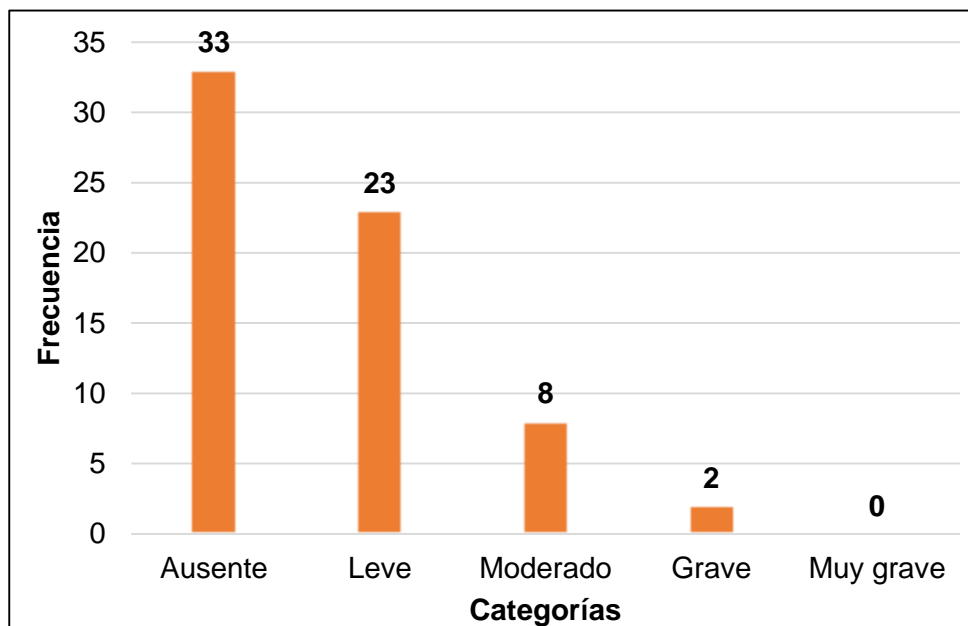


Figura 16. Distribución según síntomas respiratorios.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 16 y de la Figura N° 16, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la

siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de la presencia de sensación de opresión torácica, sensación de ahogo o suspiros:

- Un sector conformado por 33 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 50% de la muestra.
- Otro sector conformado por 23 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 35% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 8 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 12% de la muestra.
- Finalmente, un sector conformado por 2 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 3% de la muestra.

Indicador 12: Síntomas gastrointestinales (AS)

Tabla 17. Distribución según la presencia de síntomas gastrointestinales.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	26	39%
Leve	26	39%
Moderado	10	15%
Grave	2	3%
Muy grave	2	3%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

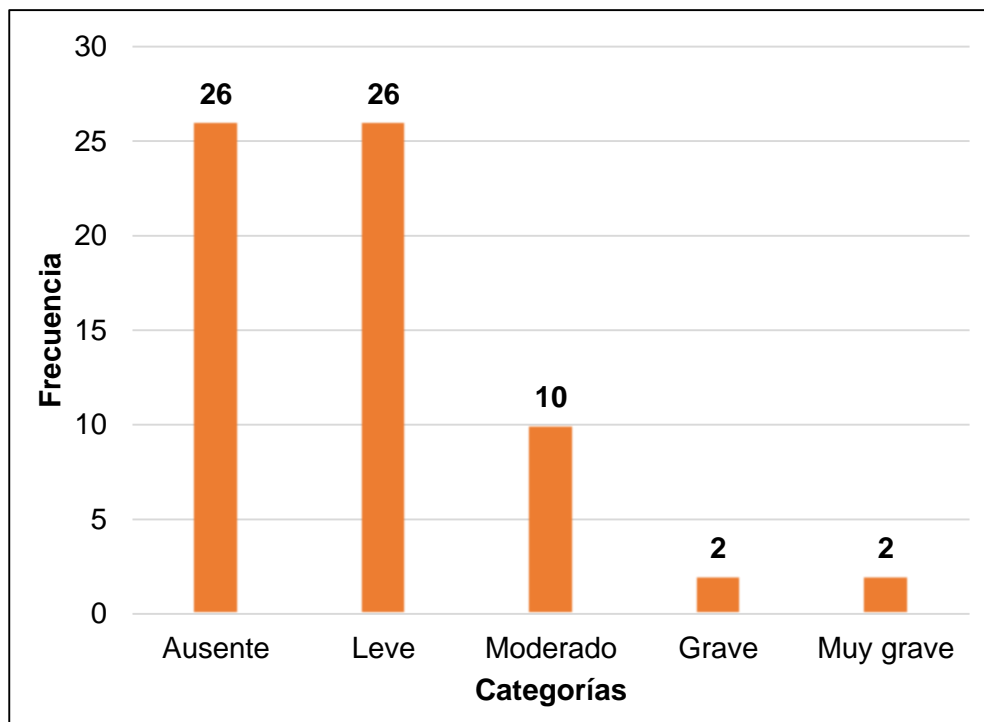


Figura 17. Distribución según la presencia de síntomas gastrointestinales.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 17 y de la Figura N° 17, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de dificultad para tragar, meteorismo y dispepsia:

- Un sector conformado por 26 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 39% de la muestra.
- Otro sector conformado por 26 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 39% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 10 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 15% de la muestra.
- Por otro lado, un sector conformado por 2 participantes ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 3% de la muestra.
- Por último, un sector conformado por 2 participantes ha señalado que el indicador bajo examen se presenta en forma muy grave, representando un 3% de la distribución

Indicador 13: Síntomas genitourinarios (AS)

Tabla 18. Distribución según la presencia de síntomas genitourinarios.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	41	63%
Leve	16	25%
Moderado	7	11%
Grave	1	2%
Muy grave	0	0%
Total	65	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

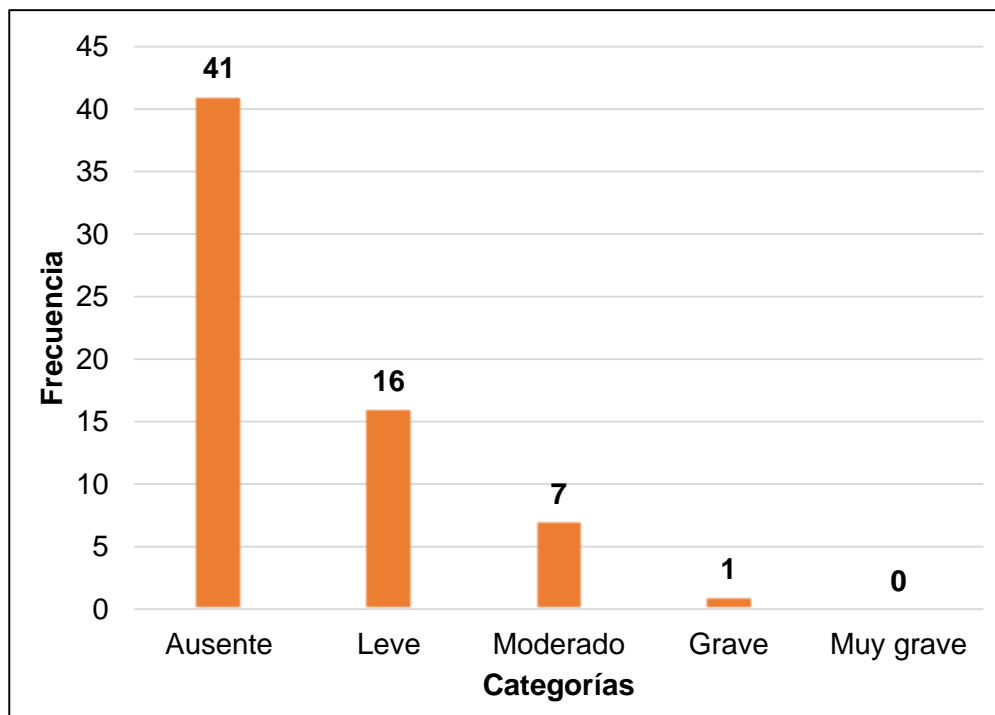


Figura 18. Distribución según la presencia de síntomas genitourinarios.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 18 y de la Figura N° 18, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de amenorrea, metrorragia, aparición de la frigidez y micciones frecuentes:

- Un sector conformado por 41 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 63% de la muestra.
- Otro sector conformado por 16 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 25% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 7 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 11% de la muestra.
- Finalmente, un sector conformado por 1 participante ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 2% de la muestra.

Indicador 14: Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS)

Tabla 19. Distribución según la presencia de síntomas del sistema nervioso autónomo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	31	47%
Leve	22	33%
Moderado	12	18%
Grave	1	2%
Muy grave	0	0%
Total	66	100%

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

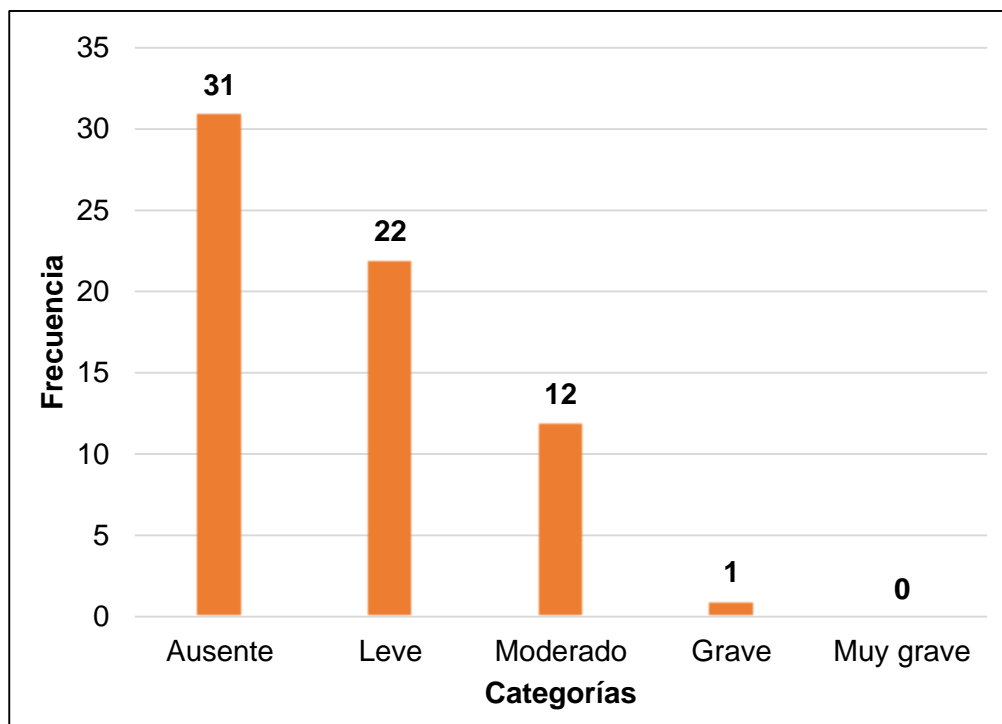


Figura 19. Distribución según la presencia de síntomas del sistema nervioso autónomo.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede ver de la Tabla N° 19 y de la Figura N° 19, la distribución está conformada por 66 participantes, y se distribuye de la siguiente manera, en relación a la pregunta acerca de sequedad de boca, accesos de rubor, palidez y transpiración excesiva:

- Un sector conformado por 31 participantes ha señalado que dicho indicador se haya ausente, lo que representa en 47% de la muestra.
- Otro sector conformado por 22 participantes ha indicado que dicho indicador se presenta en forma leve, representando un 33% de la muestra.
- Asimismo, otro sector conformado por 12 participantes ha reportado que el indicador bajo examen se presenta en forma moderada, lo que representa en 18% de la muestra.
- Finalmente, un sector conformado por 1 participante ha señalado que dicho indicador se presenta en forma grave, lo que representa en 18% de la muestra.

Puntajes dimensionales

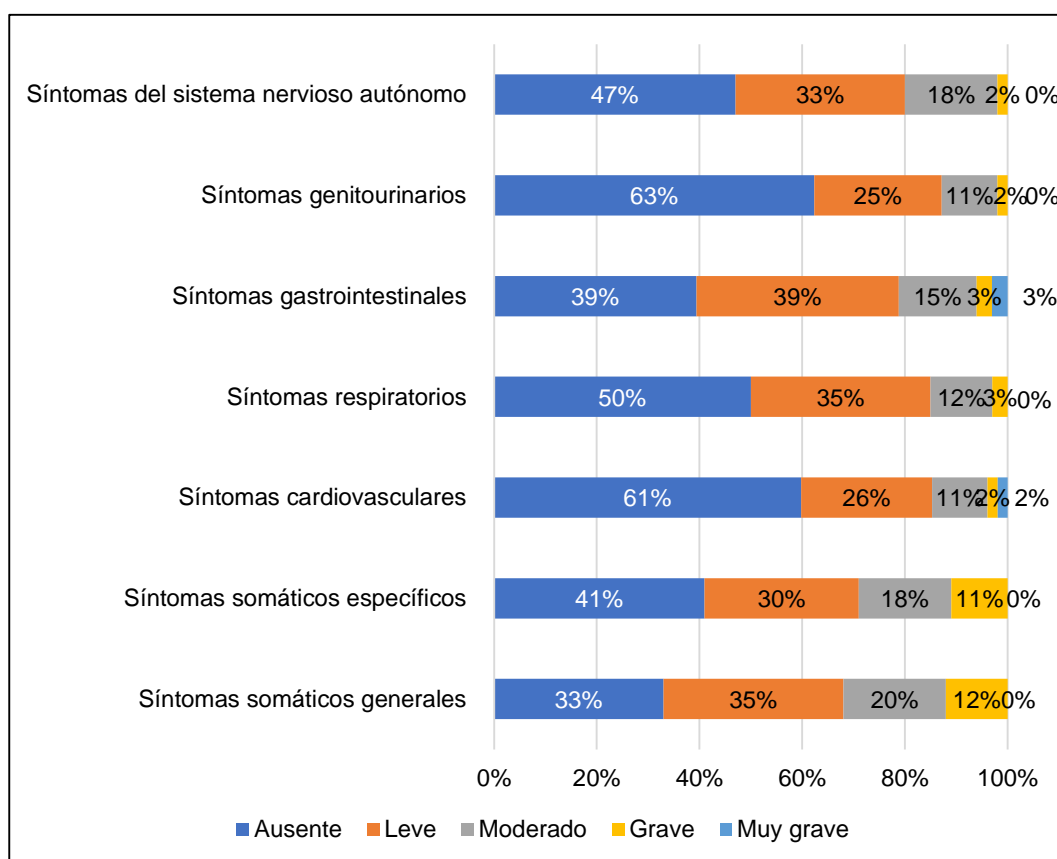


Figura 20. Puntajes de la dimensión ansiedad psíquica.

Fuente: Instrumento administrado a los 66 participantes de la muestra de estudio.

INTERPRETACIÓN:

Tal como se puede advertir de la Figura N° 20, las puntuaciones de la dimensión ansiedad psíquica se presentan con mayor frecuencia en las categorías ausente con una frecuencia relativa entre los 33-66%, mientras que la categoría leve arroja un valor relativo entre 26-39%. Por otra parte, las categorías que nos indican la presencia de muy acusada de ansiedad fueron “grave” con una frecuencia relativa entre 2-12% y “Muy grave” con un nivel porcentual que no sobrepasa el 3%. Entre los indicadores que arrojan un mayor porcentaje del uso de las categorías “grave” y “muy

grave” se encuentran síntomas somáticos generales, específicos y síntomas gastrointestinales.

4.2 Resultados inferenciales

4.2.1 Nivel de ansiedad más frecuente

4.2.1.1 Objetivo analítico

Identificar el nivel de ansiedad más frecuente, en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020, es el nivel severo.

4.2.1.2 Resultados

Tal como se puede, el presente objetivo es de corte descriptivo, por lo que, a criterio de (Carrasco S. , 2012) este tipo de objetivo por su objetivo analítico solo requieren una verificación a la luz de los resultados descriptivos.

De esta manera, podemos observar que, tras la calificación de los instrumentos suministrados a los participantes de la muestra (ver Anexo) los grados de ansiedad se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 20. Distribución de los niveles de ansiedad de los participantes de la muestra de estudio

Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Leve	49	74%
Moderada	7	11%
Severa	10	15%
Total	66	100%

Fuente: Elaborado en base al instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

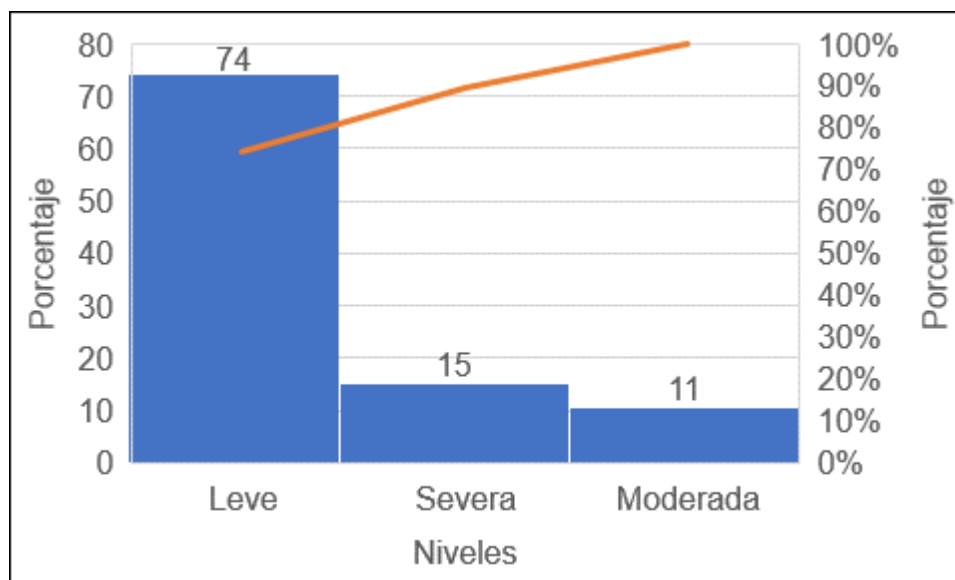


Figura 21. Gráfico de histograma de los niveles de ansiedad de los participantes de la muestra de estudio.

Fuente: Elaborado en base al instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

Tal como se puede observar de la Tabla N° 20 y la Figura N° 21 el nivel de ansiedad más frecuencia es el “leve” el cual arrojó un valor de 49 por recuento y 79 como frecuencia relativa, superando por más de 50

unidades porcentuales a las categorías “severa” y “moderada” con 11% y 15% con respecto al total.

4.2.1.3 Toma de decisión

Por la evidencia recabada, podemos señalar que no se tiene evidencia para aceptar la hipótesis alternativa, por lo que el nivel de ansiedad más frecuente, en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020, no es el nivel severo.

4.2.2 Tipo de ansiedad más frecuente

4.2.2.1 Planteamiento de la hipótesis

Identificar el tipo de ansiedad más frecuente en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.

4.2.2.2 Resultados

Tal como se puede, el presente objetivo es de corte descriptivo, por lo que, a criterio de (Carrasco S. , 2012) este tipo de objetivo por su objetivo analítico solo requieren una verificación a la luz de los resultados descriptivos. Por lo que recurriremos a la calificación por dimensión hecha por el investigador (Ver Anexo), la cual ha sido sintetizada en la Tabla N° 21:

Tabla 21. Puntaje bruto por dimensiones

	Puntaje bruto	Porcentaje (%)
Ansiedad psíquica	518	59%
Ansiedad somática	363	41%
Total	8810	100%

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

Tal como podemos advertir la puntuación brutal sumada de la dimensión psíquica arroja un valor de 518, mientras que la dimensión ansiedad somática arroja un valor muy por debajo de la cifra anterior. Esta diferencia se aprecia mejor dando cuenta de las medidas de tendencia central de cada una de las puntuaciones por dimensión:

Tabla 22. Medidas de tendencia central y dispersión

	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Varianza
Ansiedad psíquica	7.85	8	8	4.974527188	24.7459207
Ansiedad somática	5.50	5	0	4.820628749	23.2384615

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

Tal como se puede observar, más allá de la diferencia numérica de la sumatoria de puntajes brutos, podemos observar que la media de la dimensión ansiedad psíquica arroja un valor de 7.85, por otra parte, la

mediana es de 8. Así, la dimensión somática se encuentra por debajo de la previamente citada con una media de 5.50 y un valor de 5 como mediana. Por otra parte, las modas, fueron de 8 y 0 para la dimensión psíquica y somática, respectivamente. En cuanto a las medidas de dispersión, ambos ostentan cifras similares tanto en desviación típica como en varianza.

Estas características no se encuentran inconexas, sino profundamente imbricadas, tal como se puede ver de la Figura N° 22 donde se puede observar que los puntajes brutos de la dimensión ansiedad psíquica se superponen a los de la ansiedad somática y la Figura N° 23, donde los valores de ambas dimensiones se agrupan alrededor de la curva de normalidad:

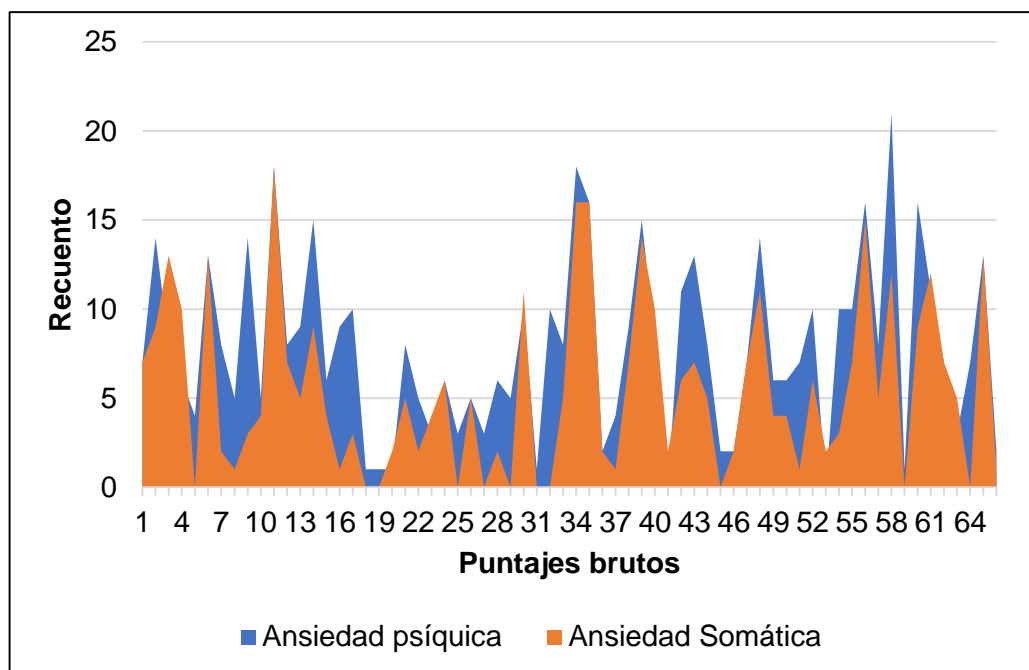


Figura 22. Gráfico de áreas de las dimensiones ansiedad psíquica y somática.

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

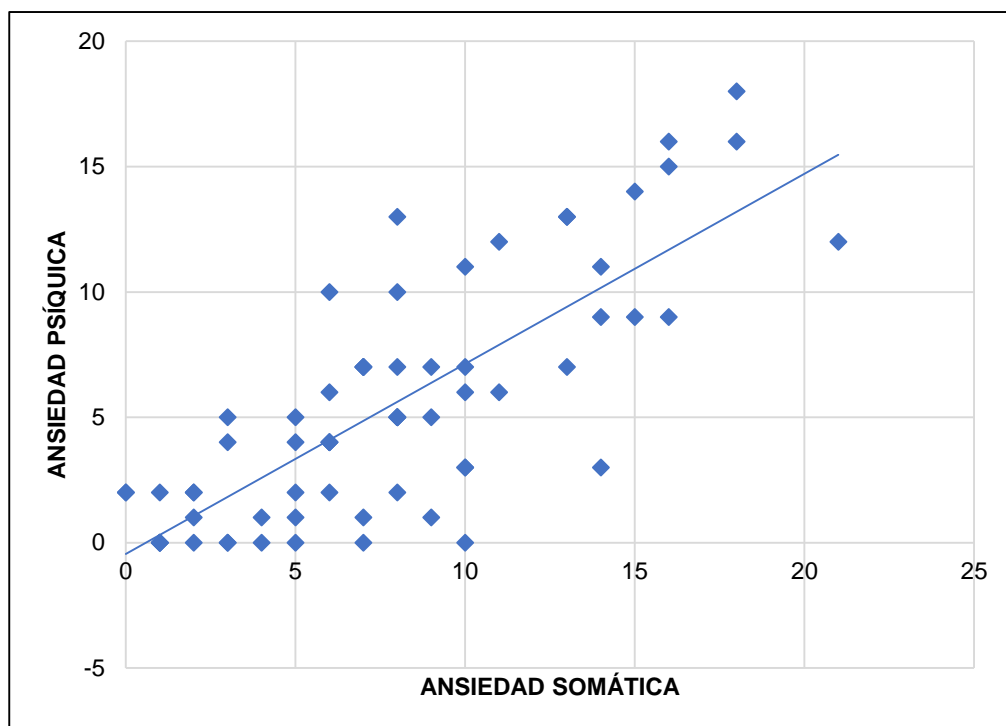


Figura 23. Gráfico de dispersión de las dimensiones ansiedad psíquica y somática.

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

4.2.2.3 Toma de decisión

Podemos señalar que la sintomatología más frecuente está relacionada con la ansiedad psíquica, sin embargo, dicha diferencia es mínima y únicamente observable mediante los puntajes más altos, dándose ambos fenómenos en forma concomitante e integral.

4.2.3 Síntomas que se presentan con mayor frecuencia

4.2.3.1 *Objetivo analítico*

Identificar los síntomas de ansiedad que se presentan con más frecuencia en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.

4.2.3.2 *Resultados*

4.2.3.2.1 Ansiedad psíquica

Para poder identificar los síntomas psíquicos de ansiedad que se producen con más frecuencia debemos tomar en cuenta solo las categorías “grave” y “muy grave” de la matriz de Tabla N° 23 y la representación gráfica de la Figura N° 24:

Tabla 23. Frecuencias por indicador de la dimensión psíquica

Categoría	Humor ansioso	Tensión	Miedos	Insomnio	Funciones intelectuales	Humor depresivo	Comportamiento durante la entrevista
Ausente	14	18	25	13	15	22	31
Leve	26	20	24	32	25	22	24
Moderado	22	24	14	10	22	13	9
Grave	3	2	3	10	3	8	2
Muy grave	1	2	0	1	1	1	0
Total	66	66	66	66	66	66	66

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

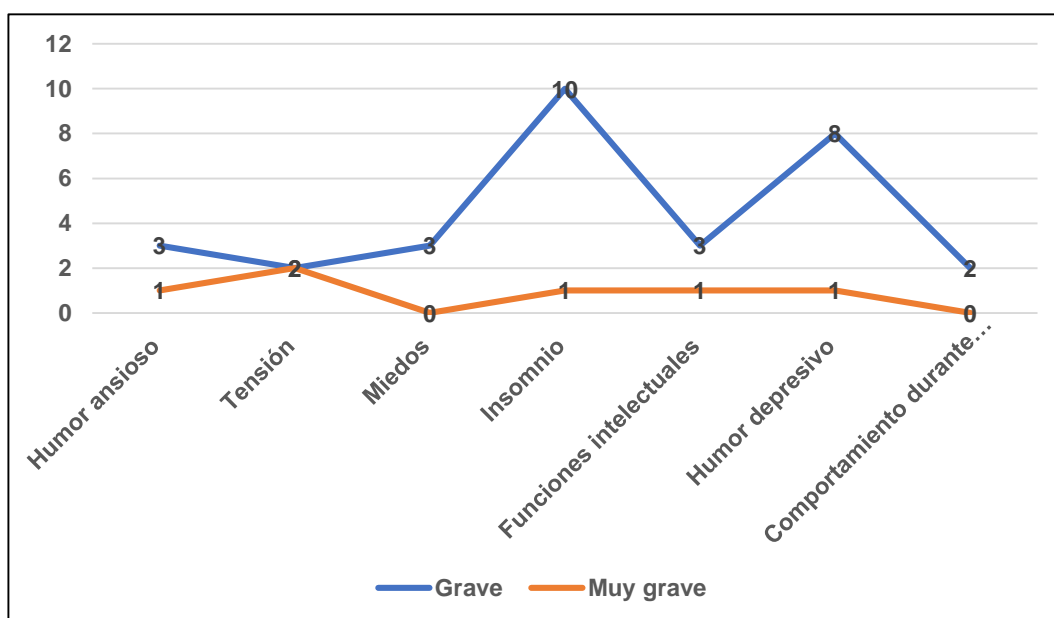


Figura 24. Gráfico de líneas de síntomas psíquicos de la ansiedad.

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

Entre los síntomas psíquicos más frecuentes catalogados como “grave” encontramos el insomnio y el humor depresivo; por otro lado, en el nivel “muy grave” encontramos la tensión.

4.2.3.2.2 Ansiedad somática

Para poder identificar los síntomas somáticos de ansiedad que se producen con más frecuencia debemos tomar en cuenta solo las categorías “grave” y “muy grave” de la matriz de Tabla N° 24 y la representación gráfica de la Figura N° 25:

Tabla 24. Frecuencias por indicador de la dimensión somática

Categoría	Síntomas somáticos	Síntomas somáticos	Síntomas cardiovasculares	Síntomas respiratorios	Síntomas gastrointestinales	Síntomas genitourinarios	Síntomas del sistema
Ausente	22	27	40	33	26	41	31
Leve	23	20	17	23	26	16	22
Moderado	13	12	7	8	10	7	12
Grave	8	7	1	2	2	1	1
Muy grave	0	0	1	0	2	0	0
Total	66	66	66	66	66	66	66

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

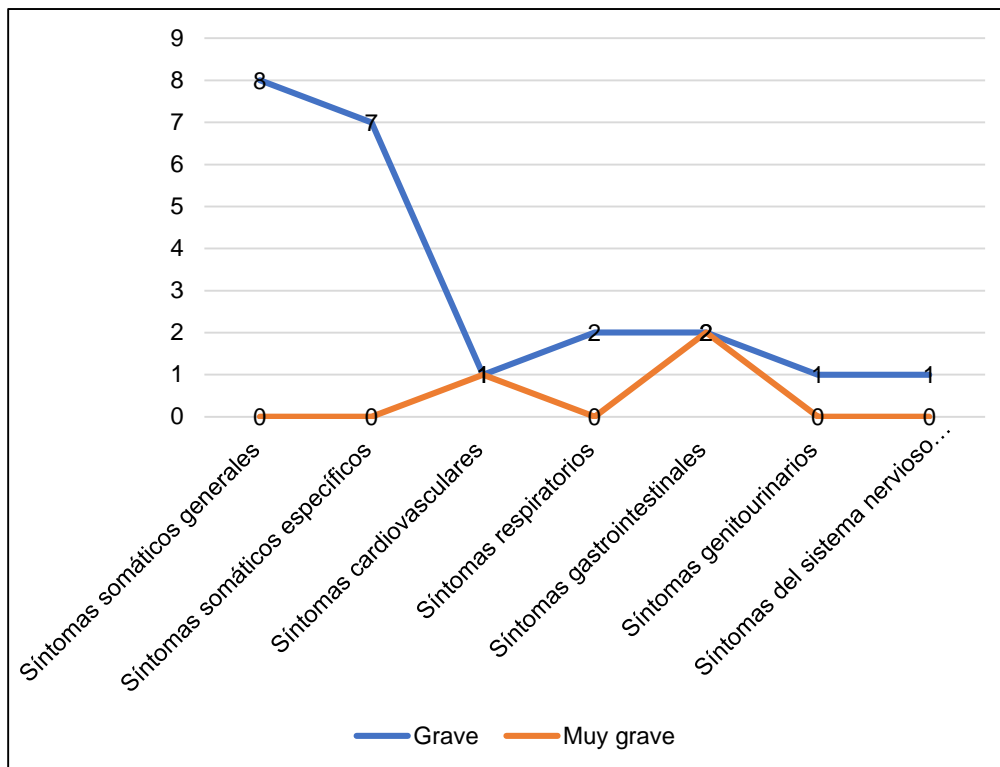


Figura 25. Gráfico de líneas de síntomas somáticos de la ansiedad

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

Entre los síntomas somáticos más frecuentes catalogados como “grave” encontramos síntomas somáticos generales y síntomas somáticos específicos; por otro lado, en el nivel “muy grave” encontramos a los síntomas gastrointestinales.

4.2.3.3 Toma de decisión

Por la evidencia obtenida, podemos señalar que: a) en cuanto a los síntomas psíquicos somáticos más frecuentes se encuentra el insomnio, el humor depresivo y la tensión; y, b) en cuanto a los síntomas somáticos más frecuentes encontramos síntomas somáticos generales, síntomas somáticos específicos y síntomas gastrointestinales.

4.2.4 Nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y género

4.2.4.1 Objetivo analítico

Identificar el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y género en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.

4.2.4.2 Resultados

4.2.4.2.1 Edad

Tabla 25. Niveles de ansiedad por edad

	Edad					
Nivel	19-27	27-35	35-43	43-51	51-60	60-68
Leve	27	16	2	1	2	1
Moderada	3	3	1	0	0	0
Severa	8	1	0	0	0	1
Total	38	20	3	1	2	2

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

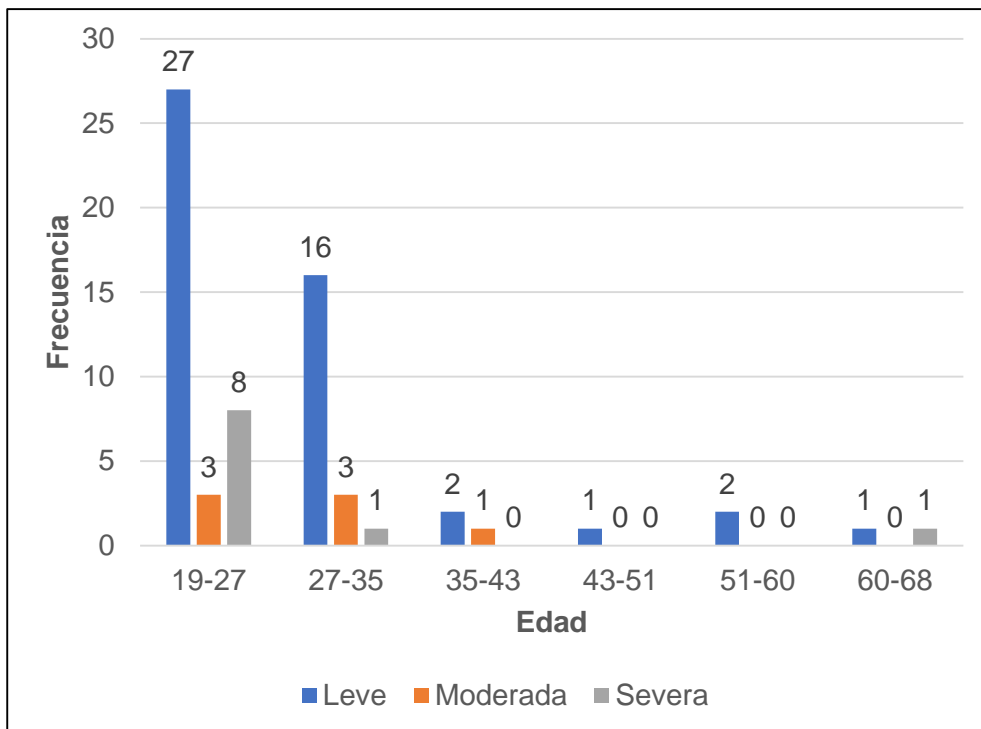


Figura 26. Niveles de ansiedad por edad

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

Tal como se puede observar de la Tabla N° 25 y la Figura N° 26, los niveles de ansiedad con respecto a las edades deben tomarse en consideración en base a la mayor cantidad de unidades de observación dentro de una determinada franja etaria. Al respecto, en cuanto a la franja etaria 19-27 años observamos que el nivel de ansiedad leve se presenta con una frecuencia de 27, mientras que el nivel severo con una frecuencia de 8. Podemos advertir que el nivel severo se presenta en mayor medida en esta franja. Por otra parte, los valores presentados en la franja 27-35 años ascienden a 16 en el nivel leve y 3 en el nivel moderado.

4.2.4.2.2 Género

Tabla 26. Nivel de ansiedad por sexo de los participantes

Nivel	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	F	%	F	%
Leve	30	71%	19	79%
Moderada	5	12%	2	8%
Severa	7	17%	3	13%
Total	42	100%	24	100%

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

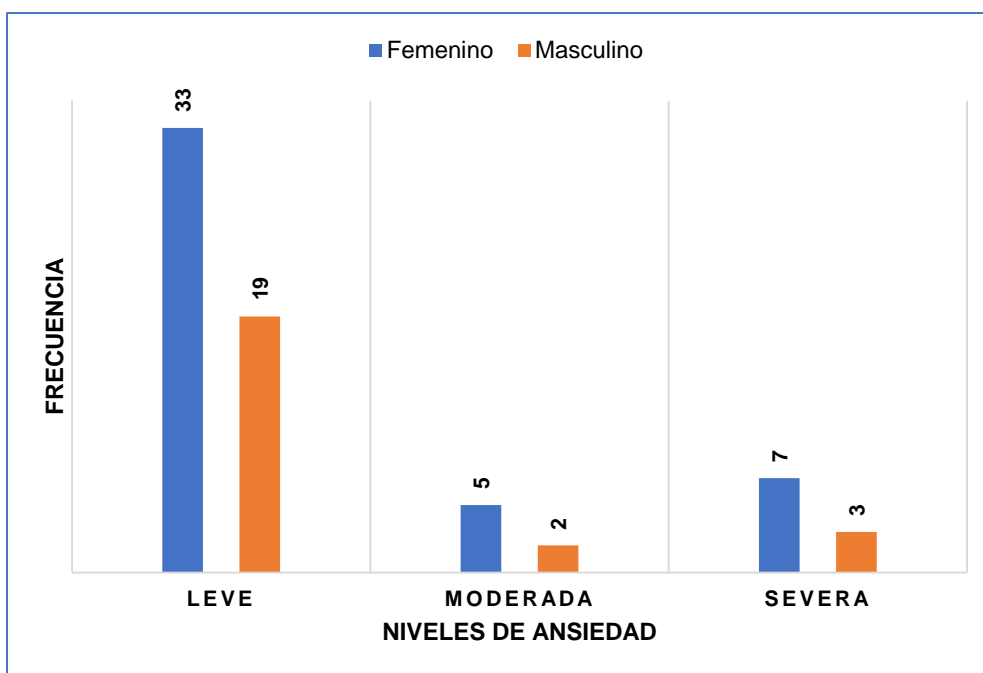


Figura 27. Nivel de ansiedad por sexo de los participantes.

Fuente: Elaborado en base a la matriz de puntuaciones del instrumento suministrado a los 66 participantes de la muestra.

Tal como se puede observar de la Tabla N° 26 y la Figura N° 27, los niveles de ansiedad con respecto a género deben tomarse en consideración en base al mayor porcentaje de mujeres al interior de la muestra, por lo que se deberán emplear cifras porcentuales. Por tanto, el nivel de ansiedad en la muestra de hombres fue leve, de igual forma en las mujeres, con una frecuencia relativa entre 71 a 79%, respectivamente.

V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.3 Análisis de los resultados

5.3.1 Características sociodemográficas de la población

La muestra de estudio está conformada por 66 encuestados, de los cuales, un sector conformado por 38 personas se encuentra dentro de la franja etaria entre los 19 a 27 años, lo que supone el 58% de la distribución total. Por otra parte, un sector conformado por 20 personas se encuentra en la franja etaria comprendida entre los 27 a 35 años, lo que supone el 30% de la distribución; ubicándose el 13% restante repartido entre los 35 y 68 años en forma minoritaria y fragmentada.

Con respecto al sexo de los encuestados, un sector conformado por 42 participantes forma parte del sexo femenino, lo que supone un 64% de la distribución. Por otra parte, un sector conformado por 24 participantes es de sexo masculino, lo que supone un 36% de la distribución.

Con respecto al estado civil, un sector mayoritario conformado por 52 participantes, los cuales han señalado como estado civil “soltero”, lo que supone el 81% de la distribución. Por otra parte, un sector conformado por 6 personas, han señalado encontrarse casadas. Asimismo, un sector conformado por 4 participantes ha señalado como estado civil “conviviente”, mientras que un sector minoritario conformado por 2 participantes, han indicado otros estados civiles.

En cuanto a la ocupación de los encuestados, un sector mayoritario conformado por 19 participantes, ha señalado como ocupación la

categoría “estudiante”. Por otra parte, un sector conformado por 4 participantes ha señalado como ocupación la de “trabajador”, mientras que 3 participantes han señalado ser “independientes”. Por último, un sector amplio se desempeña en otras actividades u ocupaciones.

5.3.2 Sintomatología presentada

La sintomatología relevante se presenta de la siguiente manera: a) en cuanto a los síntomas psíquicos somáticos más frecuentes el insomnio, el humor depresivo y la tensión; y, b) en cuanto a los síntomas somáticos más frecuentes encontramos síntomas somáticos generales, síntomas somáticos específicos y síntomas gastrointestinales.

La sintomatología más frecuente está relacionada con la ansiedad psíquica, sin embargo, dicha diferencia es mínima y únicamente observable mediante los puntajes más altos, dándose ambos fenómenos en forma concomitante e integral.

Tal como se muestra en el estado del arte de la variable de investigación, tanto las manifestaciones psíquicas como somáticas se llevan cabo en forma concomitante y se retroalimentan a medida que la situación de amenaza se hace más intensa o desaparece. En ese sentido, el distingo entre somático y psíquico es puramente metodológico y debe evaluarse en forma integral.

5.3.3 Sintomatología asociada a factores sociodemográficos

En cuanto a la franja etaria 19-27 años observamos que el nivel de ansiedad leve se presenta con una frecuencia de 27, mientras que el nivel

severo con una frecuencia de 8. Podemos advertir que el nivel severo se presenta en mayor medida en esta franja. Por otra parte, los valores presentados en la franja 27-35 años ascienden a 16 en el nivel leve y 3 en el nivel moderado.

En cuanto al género, el nivel de ansiedad en la muestra de hombres fue leve, de igual forma en las mujeres, con una frecuencia relativa entre 71 a 79%, respectivamente.

Al respecto, debemos tomar en cuenta la temporalidad del fenómeno, pues tal como se ha visto en el trabajo de campo, muchas de las personas encuestadas se desempeñan en ambientes variados y, por tanto, bajo recursos psicológicos y ecológicos diferenciados, por lo que será pertinente segmentar los datos bajo diferentes criterios como nivel de instrucción, carga familiar e ingresos brutos.

5.3.4 Niveles de ansiedad en la población de estudio

El nivel de ansiedad más frecuencia es el “leve” el cual arrojó un valor de 49 por recuento y 79 como frecuencia relativa, superando por más de 50 unidades porcentuales a las categorías “severa” y “moderada” con 11% y 15% con respecto al total.

Al respecto, podemos señalar que la intensidad de la ansiedad deberá valorarse en base a otros indicadores del ánimo como depresión o estrés, los cuales nos brindan información que reforzará o debilitará lo sugerido por los resultados.

5.4 Comparación de los resultados con los antecedentes

En cuanto al objetivo general, podemos señalar que el nivel de ansiedad de los participantes de la muestra fue leve, lo que supuso el 74% de los diagnósticos totales. Esta estaba asociada principalmente a sintomatología psíquica de baja intensidad. Estos resultados son parcialmente coincidentes con los presentados por Nina (2019) quien sostuvo que los índices de ansiedad son moderados en pacientes que acuden a servicio de emergencia, por lo que ansiedad estaría relacionada con la amenaza de peligro. De la misma forma se sugiere en los resultados proporcionados por (Huayapa, 2019) con respecto a los pacientes con Diabetes Mellitus, señalando que el nivel de ansiedad es moderado en la gran mayoría de los casos.

Estos resultados son parcialmente coincidentes con los presentados por Gonzáles (2020) quien halló que el nivel severo y muy severa en ansiedad y en depresión fue de un 24%, y, por tanto, uno de los menos frecuentes en la muestra de estudio, por lo que no se encontró una asociación significativa entre los síntomas de ansiedad y las condiciones de confinamiento.

En cuanto al primer objetivo específico, podemos señalar que el tipo más frecuente fue el tipo psíquico. Estos resultados coinciden con lo presentado por. Asimismo, es parcialmente coincidente con lo presentado por (Sologuren, 2019) quien en un estudio con adolescentes estudiantes de quinto grado de secundaria halló que a la ansiedad moderada se encontraba relacionada con manifestaciones a nivel cognitivo como

actitudes de sospecha y ha disposiciones conductuales como la agresividad.

Por otra parte, cabe discutir los resultados de Huayapa (2019) quien en una muestra de pacientes de Diabetes Mellitus halló que el nivel de ansiedad era moderado, dando cuenta que la mayor parte de manifestaciones estaban relacionadas con patrones de sueño, de apetito y malestares musculares.

En cuanto al segundo objetivo específico, podemos señalar que en cuanto a los síntomas psíquicos somáticos más frecuentes se encuentra el insomnio, el humor depresivo y la tensión; y, en cuanto a los síntomas somáticos más frecuentes encontramos síntomas somáticos generales, síntomas somáticos específicos y síntomas gastrointestinales.

Asimismo, es parcialmente coincidente con lo presentado por Cuiyan, Riyu, & XiaoyangWan (2020) quienes en su investigación señalaron que el impacto psicológico originado por el confinamiento se manifestaba por medio de síntomas como la mialgia, mareos o coriza, los mismos que eran acompañados, de forma concomitante, por altos niveles de ansiedad y depresión.

En cuanto al tercer objetivo específico, podemos señalar que en cuanto a la franja etaria 19-27 años observamos que el nivel de ansiedad leve se presenta con una frecuencia de 27, mientras que el nivel severo con una frecuencia de 8. Por otra parte, con respecto al género, el nivel de ansiedad en la muestra de hombres fue leve, de igual forma en las mujeres, con una frecuencia relativa entre 71 a 79%, respectivamente.

Estos resultados coinciden con lo presentado por (Cuiyan, Riyu, & XiaoyangWan, 2020) quienes en su investigación señalaron que el impacto psicológico originado por el confinamiento, el cual se manifiesta por medio de altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, se encuentra asociado al género de los participantes. De esta manera, el grupo de mujeres manifestaba mayores índices de ansiedad y depresión.

Asimismo, es coincidente con lo presentado por Qiu, y otros (2020) quienes hallaron que el distrés psicológico y la ansiedad se halló con menor intensidad en los segmentos etarios inferior a los 18 años, explicando que este hallazgo se debía a dos factores protectores: a) baja morbilidad y b) limitada exposición a la epidemia. Por otra parte, los resultados sugieren que las personas que tienen entre 18 a 30 años poseen mayor acceso a la información relacionada con la enfermedad y los posibles peligros que lo que desencadena respuestas de ansiedad. Asimismo, la morbilidad en las franjas etarias mayores a 18 años explica los mayores índices de ansiedad y depresión. Es interesante discutir que, tal como se ha observado en dicho estudio, otras variables que pueden influenciar en la variable de investigación son el nivel de instrucción y el acceso a la salud. El primero condiciona “el nivel de amenaza percibido”, el cual es mayor en las personas instruidas; mientras que el segundo, es decir, el acceso al sistema de salud, puede contribuir a la confianza en el futuro y la seguridad.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.5 CONCLUSIONES

PRIMERA:

Con respecto al objetivo general, de la evidencia obtenida, podemos concluir que el nivel de ansiedad más frecuente, en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020, es el nivel leve.

SEGUNDA:

Con respecto al primer objetivo específico, de la evidencia obtenida, podemos concluir que la sintomatología más frecuente está relacionada con la ansiedad psíquica, sin embargo, dicha diferencia es mínima y únicamente observable mediante los puntajes más altos, dándose ambos fenómenos en forma concomitante e integral.

TERCERA:

Con respecto al segundo objetivo específico, de la evidencia obtenida, podemos concluir que: a) en cuanto a los síntomas psíquicos somáticos más frecuentes se encuentra el insomnio, el humor depresivo y la tensión; y, b) en cuanto a los síntomas somáticos más frecuentes encontramos síntomas somáticos generales, síntomas somáticos específicos y síntomas gastrointestinales.

CUARTA:

Con respecto al tercer objetivo específico, de la evidencia obtenida, podemos concluir que el nivel de ansiedad en la muestra de hombres fue leve, de igual forma en las mujeres, con una frecuencia relativa entre 71 a 79%, respectivamente. Por otra parte, en relación a la edad, los niveles de ansiedad más altos se ubican entre los 19 a 35 años.

6.6 RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se recomienda profundizar en el tema de la ansiedad de confinamiento, pues, tal como podemos observar de nuestra realidad inmediata, se ha reportado que es una de las medidas más efectivas para reducir los índices de exposición de contagio, por lo que se torna perentoria la tarea de conocer el estado de salud mental de las personas al momento de acatar estas medidas.

SEGUNDA:

Se recomienda realizar investigaciones con mayor nivel de investigación para poder determinar las variables ecológicas y comunitarias que recrudecen la aparición de sintomatología psíquica y somática a fin de establecer y estandarizar estrategias para paliarla y ser practicadas con apoyo del grupo familiar.

TERCERA:

Se recomienda el diseño de políticas de salud que tome en cuenta los diversos efectos secundarios a nivel mental de las medidas de confinamiento y diseñar un plan integral de intervención para aquellos sectores más propensos a sufrir sus consecuencias. En ese sentido, factores como la percepción de amenaza y la morbilidad son factores cognitivos de vital importancia para el desencadenamiento de las conductas de ansiedad.

CUARTA:

Se recomienda realizar estudios que realicen una segmentación adecuada de variables como nivel de instrucción, estrategias de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo, ya que cumplen papel importante en la explicación causal de la ansiedad. Por otra parte, resulta de fundamental importancia tomar en cuenta la variable confianza y seguridad en el sistema de salud, ya que las condiciones materiales son parte fundamental de la percepción del peligro y se encuentran vinculadas al aspecto actitudinal y cognitivo de la ansiedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abufhele, M., & Jeanneret, V. (2020). Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 22-30. doi:<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.2487>

Apaza, C., Seminario, R., & Santa-Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 1-10. Recuperado el 22 de enero de 2021, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/290/29063559022/29063559022.pdf>

Arango, C., & Rincón, H. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>

Barraza, R., Muñoz, N., Alfaro, M., Álvarez, A., Araya, V., Villagra, J., & Contreras, A. (diciembre de 2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4). Recuperado el 21 de enero de 2021, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000400005

Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (noviembre de 2019). Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay 2013-2015. *Psicología & Sociedade*, 31, 12-27. Recuperado el 23 de enero de 2021, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100229

Bisquerra, R. (2014). *Universo de emociones*. Barcelona: PalauGea. Recuperado el 21 de enero de 2021, de https://www.academia.edu/36993902/Universo_de_emociones

Carrasco, S. (2012). *Metodología de la investigación científica*. Lima: San Marcos.

Carrasco, S. (2012). *Metodología de la investigación científica*. Lima: San Marcos.

Constantino, A., Bocanegra, M., León, F., & Díaz, C. (2015). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Rev Med Hered.*, 24, 196-203. Recuperado el 25 de enero de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n4/a03v25n4.pdf>

Cortés, R. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología*, 6(17), 70-82. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <https://integracion->

academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20
Estres%20-%20LBuitrago%20LCordon%20LCortes.pdf

Cuiyan, W., Riyu, P., & XiaoyangWan, Y. (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" (Artículo de investigación). *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 17(1729), 1-25. Recuperado el 20 de enero de 2021, de <https://sepsis-one.org/wp-content/uploads/2020/03/Wang-C.Immediate-Psychological-Responses-and-Associated.pdf>

Del Castillo, R., & Velasco, P. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 23-37. doi:DOI: 10.31766/revpsij.v37n2a4

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. (2020). *Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19*. Lima: MINSA. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <https://www.unicef.org/peru/media/8716/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20afectada,%20familias%20y%20comunidad,%20en%20el%20contexto%20COVID-19.pdf>

Espada, J., Orgilés, M., Piqueras, J., & Morales, A. (27 de julio de 2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante

el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 33-49.
doi:<http://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a14>

Espinosa, C., Orozco, A., & Ybarra, S. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3), 201-208.
doi:<http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *COVID-19: Impacto en la pobreza y desigualdad en niñas, niños y adolescentes en el Perú*. Lima: UNICEF. Recuperado el 25 de enero de 2021, de <https://www.unicef.org/peru/media/9031/file/Policy%20brief.pdf>

García, A., & Cuéllar, I. (julio de 2020). Impacto psicológico del confinamiento en la población infantil y como mitigar sus efectos: revisión rápida de la evidencia. *Analas de Pediatría*, 93(1). doi:DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.04.015

Garrido, G., & Gonzáles, G. (01 de agosto de 2020). ¿La pandemia de COVID-19 y las medidas de confinamiento aumentan el riesgo de violencia hacia niños/as y adolescentes? *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(4). Recuperado el 23 de enero de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000400194&lng=es&nrm=iso

Gómez, I., Fluja, J., Andrés, M., Sánchez, P., & Fernández, M. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y

adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18.
doi:doi: 10.21134/rpcna.2020.mon.2029

González, J. (2020). “*Nivel de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes universitarios asociado a confinamiento social – Arequipa 2020*” (Tesis de grado). Arequipa. Recuperado el 15 de enero de 2021, de
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/10219/70.2634.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 12-29. Recuperado el 20 de enero de 2021, de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.

Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 37(2), 327-335. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

Huayapa, K. (2019). “*Ansiedad en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019*” (tesis de grado). Universidad César Vallejo, Lima. Recuperado el 15 de enero de 2021, de

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40633/Huapaya_RK.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kesler, D. (2020). La salud mental en época de pandemia por COVID-19. En D. K.–D. Sustancias (Ed.), *Impacto del COVID-19 en la salud mental y el bienestar psicosocial*, (págs. 1-19). Recuperado el 25 de enero de 2021, de <http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/OMS%20Devora%20Kestel%20presentaci%C3%B3n.pdf>

Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1). doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>

Luna, M., Hamana, L., Colmenares, Y., & Maestre, C. (abril de 2001). Ansiedad y Depresión. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 20(2), 23-31. Recuperado el 21 de enero de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002

Martínez, O. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra. *ENSAYOS: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-79. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos>

Ministerio de Salud. (2020). *Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID – 19 Guía Técnica*. Lima: MINSA.

Recuperado el 23 de enero de 2021, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

Ministerio de Salud. (2021). *Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19 Guía Técnica*. Lima: Minsa. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>

Nina, E. (2019). *"Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mayo a junio del 2019" (tesis de grado)*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna. Recuperado el 20 de enero de 2021, de <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1501954>

Orellana, C., & Orellana, L. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*, 31(128), 21-42. Recuperado el 21 de enero de 2021, de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000100103

Organización Mundial de la Salud. (05 de octubre de 2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. Recuperado el 28 de enero de 2021, de Portal Web de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid->

19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. Costa Rica: OPS. Recuperado el 25 de enero de 2021, de COVID-19 y salud mental: mensajes clave: <https://www.paho.org/es/file/67248/download?token=5-blpCkE>

Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., & Idoiaga, N. (30 de abril de 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. *Cad. Saúde Pública*, 36(4), 21-41. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

Pego, R., Del Río, C., Fernández, I., & Gutiérrez, E. (agosto de 2018). Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *ENE*, 12(2). Recuperado el 21 de enero de 2021, de <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v12n2/1988-348X-ene-12-02-785.pdf>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). "A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations" (Artículo de investigación). *General Psychiatry*, 33(2). doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., & Escobar, F. (diciembre de 2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista de la Facultad de Medicina*, 3(XII), 1-22. doi:DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303
- Robles, J. (2020). La Psicología de Emergencias ante la COVID-19: Enfoque desde la Prevención, Detección y Gestión Operativa del Riesgo. *Clínica y Salud*, 31(2), 12-37. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1806/180663452008/html/index.html>
- Rovella, A., & Gonzáles, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, IX(17), 179-194. Recuperado el 21 de enero de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/184/18417109.pdf>
- Sologuren, Z. (2019). “*Ansiedad rasgo-estado y agresividad en alumnos de quinto grado de secundaria del sector de Viñani, Tacna 2018*” (tesis de grado). Universidad Privada de Tacna, Tacna. Recuperado el 20 de enero de 2021, de <http://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/UPT/1100/1/Sologuren-Hume-Zarella.pdf>
- Terol, M., Cabrera, V., & Martín, M. (mayo de 2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503.

Recuperado el 20 de enero de 2021, de
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16738685013.pdf>

Universitat de Barcelona. (2020). *Confinamiento ante la amenaza: un reto psicológico: pautas para el manejo psicológico del confinamiento*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado el 21 de enero de 2021, de
<https://www.ub.edu/web/ub/galleries/documents/universitat/corona-virus/pautas-psicologicas-confinamiento.pdf>

Vásquez, G., Urtecho, Ó., Agüero, M., Díaz, M., Paguada, R., Varela, M., & Landa, M. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: un estudio cualitativo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 1-16. Recuperado el 21 de enero de 2021, de
<https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/download/1333/1016/4345>

Zeballos, A. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(4), 11-32. Recuperado el 21 de enero de 2021, de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE ANSIEDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA DE LOS HABITANTES DE LA JUNTA VECINAL PUEBLO LIBRE- TACNA 2020”					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INSTRUMENTO
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable	Ansiedad psíquica	Test de Hamilton
¿Cuál es el nivel de ansiedad en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?	Identificar el nivel de ansiedad en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.	El nivel de ansiedad más frecuente es el nivel severo en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.	Ansiedad	1. Humor ansioso (AP) 2. Tensión (AP) 3. Miedos (AP) 4. Insomnio (AP) 5. Funciones intelectuales (AP) 6. Humor depresivo(AP) 14. Comportamiento durante la entrevista (AP)	
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		Ansiedad somática	
¿Cuál es el nivel de ansiedad más frecuente en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?	Identificar el nivel de ansiedad más frecuente en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.	Los niveles de ansiedad más frecuentes son los severos en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.		7. Síntomas somáticos generales (AS) 8. Síntomas somáticos generales (AS) 9. Síntomas cardiovasculares (AS) 10. Síntomas respiratorios (AS) 11. Síntomas gastrointestinales (AS) 12. Síntomas genitourinarios (AS) 13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS)	
¿Cuáles el tipo de ansiedad más frecuente que se presenta en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?	Identificar el tipo de ansiedad más frecuente que se presenta con más frecuencia en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020	El tipo de ansiedad más frecuente que se presentan es la ansiedad somática en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.			
¿Cuál es el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y género en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020?	Identificar el nivel de ansiedad de acuerdo a la edad y género en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.	Existen niveles de ansiedad de acuerdo a la edad y género en tiempos de pandemia de los habitantes de la J.V. Pueblo Libre – Tacna 2020.			
METODO Y DISEÑO			POBLACIÓN Y MUESTRA		
Tipo de investigación:	Básica	Población:	La población está conformado por 200 habitantes que pertenecen a la Junta Vecinal Pueblo Libre- Leguía		
Enfoque de la investigación:	Cuantitativo				
	No experimental				
Diseño de investigación:	Relacional	Muestra:	66 habitantes de la J.V. Augusto B. Leguía		
	Transversal	Método:	Probabilístico		

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____

Edad: _____ **Fecha:** _____

Profesión/ocupación: _____

A continuación, responde el siguiente cuestionario marcando un aspa en el recuadro según corresponda:

- 0 (Ausente)
- 1 (Leve)
- 2 (Moderado)
- 3 (Severo)
- 4 (Grave)

VARIABLE INDEPENDIENTE: ANSIEDAD						
N°	Dimensión I: Ansiedad psíquica	Categoría				
		0	1	2	3	4
1	Humor ansioso (AP) Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad					
2	Tensión (AP) Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar					
3	Miedos (AP) A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud					
4	Insomnio (AP) Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos					
5	Funciones intelectuales (AP) Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6	Humor depresivo (AP) Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día					

7	Comportamiento durante la entrevista (AP) (general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico).					
N°	Dimensión II: Ansiedad somática	Categoría				
		0	1	2	3	4
8	Síntomas somáticos generales (AS) (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura					
9	Síntomas somáticos generales (AS) (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo					
10	Síntomas cardiovasculares (AS) Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles					
11	Síntomas respiratorios (AS) Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire					
12	Síntomas gastrointestinales (AS) Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea.					

13	<p>Síntomas genitourinarios (AS) Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia</p>					
14	<p>Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS). Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación</p>					

**ANEXO 3: FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE
MEDICIÓN POR EXPERTOS**



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.	X	
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima	X	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	X	
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación	X	
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores	X	
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	X	

FECHA: 10 / 12 / 2020

NOMBRE Y APELLIDOS *Diana Carolina Silva Córdova*

FIRMA DEL EXPERTO


 HOSPITAL HIPOLITO BARRUE DE TALHA
 GOBIERNO REGIONAL DE TACNA

 Diana Carolina Silva Córdova
 PSICÓLOGA
 C. Ps. P. 29136



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.	X	
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima	X	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.	X	
4	Los terminos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación	X	
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores	X	
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	X	

FECHA: 10/12/2020

NOMBRE Y APELLIDOS

Jenny Gómez Asqui

FIRMA DEL EXPERTO

Lic. Jenny Gómez Asqui
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 29079



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN


Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.	X	
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima	X	
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.	X	
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.	X	
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X	
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	X	
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.	X	
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	X	

FECHA: 10/12/2020

Maria Lourdes Vargas Robledo

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO


Lic. Lourdes Vargas Robledo
Psicóloga
C. Ps. P 20073

ANEXO 4: BASE DE DATOS

Número	Edad	Género	Oficio	Estado civil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Puntaje total	Categoría
1	29	Femenino	Trabajador	Soltero	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Leve
2	24	Femenino	Trabajador	Soltero	2	2	1	3	2	3	3	2	1	1	0	0	2	1	23	Moderada
3	29	Femenino	Trabajadora dentista	Soltero	1	1	2	1	1	1	3	2	1	1	4	1	1	1	21	Moderada
5	26	Femenino	Comerciante	Soltero	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Leve
6	33	Femenino	Ama de casa	Casado	2	2	1	2	2	3	3	3	1	1	2	1	2	1	26	Severa
7	27	Femenino	Arquitecta	Soltero	1	1	0	3	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	10	Leve
9	23	Femenino	Estudiante	Soltero	2	2	2	3	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	17	Leve
11	21	Femenino	Estudiante	Soltero	3	3	2	1	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	36	Severa
12	23	Femenino	Estudiante	Soltero	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Leve
15	20	Femenino	Estudiante	Soltero	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	10	Leve
16	22	Femenino	Estudiante	Soltero	1	2	0	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	10	Leve
17	37	Femenino	Docente	Conviviente	2	2	1	1	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	13	Leve
18	28	Femenino	Administrado	Casada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Leve
21	25	Femenino	Estudiante	Soltero	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	1	0	1	0	13	Leve
23	23	Femenino	Estudiante	Imprometido	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	7	Leve
25	28	Femenino	Contador	Soltero	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Leve
27	27	Femenino	Médico	Soltero	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Leve
28	31	Femenino	Docente	Casado	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8	Leve
30	19	Femenino	Estudiante	Soltero	1	1	3	0	2	3	2	3	0	1	3	1	1	0	21	Moderada
31	20	Femenino	Estudiante	Soltero	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Leve
32	32	Femenino	Asistente técnica	Soltero	2	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	10	Leve
34	27	Femenino	Ama de casa	Soltero	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	34	Severa
35	26	Femenino	Estudiante	Soltero	2	4	1	2	2	3	2	3	4	2	2	2	1	2	32	Severa
36	19	Femenino	Estudiante	Soltero	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	4	Leve
37	27	Femenino	Operario de operac	Soltero	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	Leve
38	62	Femenino	Trabajador	Casado	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	Leve
40	26	Femenino	Independiente	Conviviente	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	18	Moderada
41	29	Femenino	Desempleada	Soltero	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	Leve
42	23	Femenino	Estudiante	Soltero	2	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	2	2	17	Leve
45	25	Femenino	Estudiante	Soltero	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Leve
46	25	Femenino	Ingeniero Civi	Soltero	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	4	Leve
48	23	Femenino	Comerciante	Soltero	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	0	1	1	25	Severa
49	24	Femenino	Proveedor público	Soltero	0	0	1	1	2	2	1	0	0	0	1	1	1	0	10	Leve
52	29	Femenino	Dependiente	Soltero	1	1	2	3	1	1	0	1	1	2	1	1	0	1	16	Leve
54	29	Femenino	-	Soltero	2	2	2	1	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	13	Leve
56	26	Femenino	Estudiante	Soltero	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	31	Severa
57	22	Femenino	-	Soltero	2	1	1	1	2	1	2	2	0	1	0	0	0	0	13	Leve
58	25	Femenino	-	Soltero	4	3	2	2	4	4	0	1	2	3	4	0	2	2	33	Severa
61	32	Femenino	Secretaria	Soltero	2	2	1	2	2	1	3	2	1	1	1	2	2	1	23	Moderada
62	38	Femenino	Vendedora	Soltero	2	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	14	Leve
64	24	Femenino	Independiente	Soltero	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	Leve
66	21	Femenino	Estudiante	Soltero	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	Leve
4	30	Masculino	Administrado	Soltero	1	1	0	1	2	1	1	2	2	2	0	1	2	0	16	Leve
8	30	Masculino	Asesor	Soltero	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Leve
10	50	Masculino	Contador	Conviviente	1	1	1	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	9	Leve
13	26	Masculino	Desarrollador	Soltero	1	1	2	2	1	0	2	0	0	0	1	0	2	2	14	Leve
14	39	Masculino	Chofer	Casado	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2	1	0	24	Moderada	
19	58	Masculino	Economista	Soltero	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Leve
20	27	Masculino	Variado	Soltero	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	Leve
22	26	Masculino	Programador en comput	Imprometido	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	7	Leve
24	26	Masculino	Estudiante	Casado	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12	Leve
26	56	Masculino	Empleado MP	Separado	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	10	Leve
29	21	Masculino	-	Soltero	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Leve
33	29	Masculino	Trabajador independiente	Conviviente	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	13	Leve
39	64	Masculino	Trabajador	Casado	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	29	Severa
43	29	Masculino	Operario de operac	Soltero	2	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Moderada
44	28	Masculino	Productor	Soltero	2	1	2	2	1	0	1	2	1	0	0	0	1	0	13	Leve
47	28	Masculino	Independiente	Soltero	1	2	0	0	1	2	1	2	0	1	1	0	2	1	14	Leve
50	31	Masculino	Asistente técnico	Soltero	1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	10	Leve
51	28	Masculino	Administrado	Soltero	2	1	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	8	Leve
53	23	Masculino	Estudiante	Soltero	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	Leve
55	28	Masculino	Microempresario	Soltero	1	2	1	1	2	2	1	0	1	1	2	2	0	1	17	Leve
59	24	Masculino	Estudiante	Soltero	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Leve
60	23	Masculino	Estudiante	Soltero	2	2	2	3	2	3	2	3	1	1	1	0	1	2	25	Severa
63	22	Masculino	Asesoría al público	Soltero	1	1	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	8	Leve
65	24	Masculino	Enfermero	Soltero	2	1	2	3	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	26	Severa

Ansiedad psíquica (AP)						Ansiedad somática (AS)								Puntajes por dimensión		Valoración	
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Ansiedad psíquica	Ansiedad Somática	Puntaje total	Categoría
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	14	Leve
2	2	1	3	2	3	3	2	1	1	0	0	2	1	14	9	23	Moderada
1	1	2	1	1	1	3	2	1	1	4	1	1	1	8	13	21	Moderada
1	1	0	1	2	1	1	2	2	2	0	1	2	0	6	10	4	Leve
1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	26	Severa
2	2	1	2	2	3	3	3	1	1	2	1	2	1	13	13	10	Leve
1	1	0	3	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	8	2	17	Leve
1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	1	36	Severa
2	2	2	3	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	14	3	15	Leve
1	1	1	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	5	4	10	Leve
3	3	2	1	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	18	18	10	Leve
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	7	13	Leve
1	1	2	2	1	0	2	0	0	0	1	0	2	2	9	5	1	Leve
3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	1	0	15	9	13	Leve
2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	6	4	7	Leve
1	2	0	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	9	1	3	Leve
2	2	1	1	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	10	3	3	Leve
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	Leve
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	21	Moderada
0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	1	Leve
1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	1	0	1	0	8	5	10	Leve
1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	5	2	34	Severa
0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	3	4	32	Severa
1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	6	6	4	Leve
0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	5	Leve
1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	5	5	16	Leve
1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	18	Moderada
0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	2	2	Leve
0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	17	Leve
1	1	3	0	2	3	2	3	0	1	3	1	1	0	10	11	2	Leve
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	Leve
2	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	10	0	25	Severa
2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	8	5	10	Leve
3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	18	16	16	Leve
2	4	1	2	2	3	2	3	4	2	2	2	1	2	16	16	13	Leve
0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	31	Severa
0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	1	13	Leve
1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	7	33	Severa
2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	15	14	23	Moderada
1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	8	10	14	Leve
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	7	Leve
2	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	2	2	11	6	3	Leve
2	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	7	16	Leve
2	1	2	2	1	0	1	2	1	0	0	0	1	0	8	5	6	Leve
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	9	Leve
0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	2	14	Leve
1	2	0	0	1	2	1	2	0	1	1	0	2	1	7	7	24	Moderada
2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	0	1	1	14	11	1	Leve
0	0	1	1	2	2	1	0	0	0	1	1	1	0	6	4	3	Leve
1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	6	4	7	Leve
2	1	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	7	1	12	Leve
1	1	2	3	1	1	0	1	1	2	1	1	0	1	10	6	10	Leve
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	5	Leve
2	2	2	1	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	10	3	13	Leve
1	2	1	1	2	2	1	0	1	1	2	2	0	1	10	7	29	Severa
2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	16	15	20	Moderada
2	1	1	1	2	1	2	2	0	1	0	0	0	0	8	5	13	Leve
4	3	2	2	4	4	0	1	2	3	4	0	2	2	21	12	14	Leve
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	Leve
2	2	2	3	2	3	2	3	1	1	1	0	1	2	16	9	8	Leve
2	2	1	2	2	1	3	2	1	1	1	2	2	1	11	12	2	Leve
2	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	7	7	17	Leve
1	1	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	3	5	1	Leve
1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	25	Severa
2	1	2	3	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	13	13	8	Leve
0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	26	Severa

ANEXO 5: INFORME TURNITIN

