

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



**FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021**

Tesis presentada por la Bachiller

Fernández Rondón Jhóselyn Briyith

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Saavedra Herrera, Carlos Javier

Arequipa - Perú

2021



DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 06 de Junio del 2021

Dictamen: 003726-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003726, presentado por:

2010221662 - FERNANDEZ RONDON JOSELYN BRIYITH

Titulado:

**?FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021?**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1249 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**1821 - ALVARADO DUEÑAS ELVIS FELIPE
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

A Dios por guiarme a lo largo de la vida, porque, aunque fue un camino muy difícil por recorrer, estoy segura de que puso en mi corazón las habilidades para poder ser bendición para otras personas.

A mis padres Cesar Fernández Bedoya y María Rondón Nieto por su enorme amor y comprensión, por sus palabras de aliento y el apoyo incondicional que siempre me dieron, por creer en mis sueños y hacerlos suyos.

A mis hermanas Marjorie y Fernanda por enseñarme el rol de la hermana mayor, por ser su más antigua amiga, por aceptar las críticas y por permitirme protegerlas.

A todos mis Maestros Médicos que durante estos años me transmitieron con humildad sus conocimientos y me enseñaron que la vocación de servicio, es algo que no se debe perder en un médico.

A Grecia mi mejor amiga por siempre estar a mi lado y alentarme a seguir cuando ya no hay fuerzas, por estar presente incondicionalmente y ser parte de mi formación todos estos años. A Luzby por su amistad y sus consejos de perseverancia a Silvia por enseñarme el amor a la medicina y demostrarme que aún hay personas de buen corazón.

A la comunidad médica por su participación en el presente estudio, por la gran labor que cumplen al cuidado de la salud de la población.

AGRADECIMIENTO

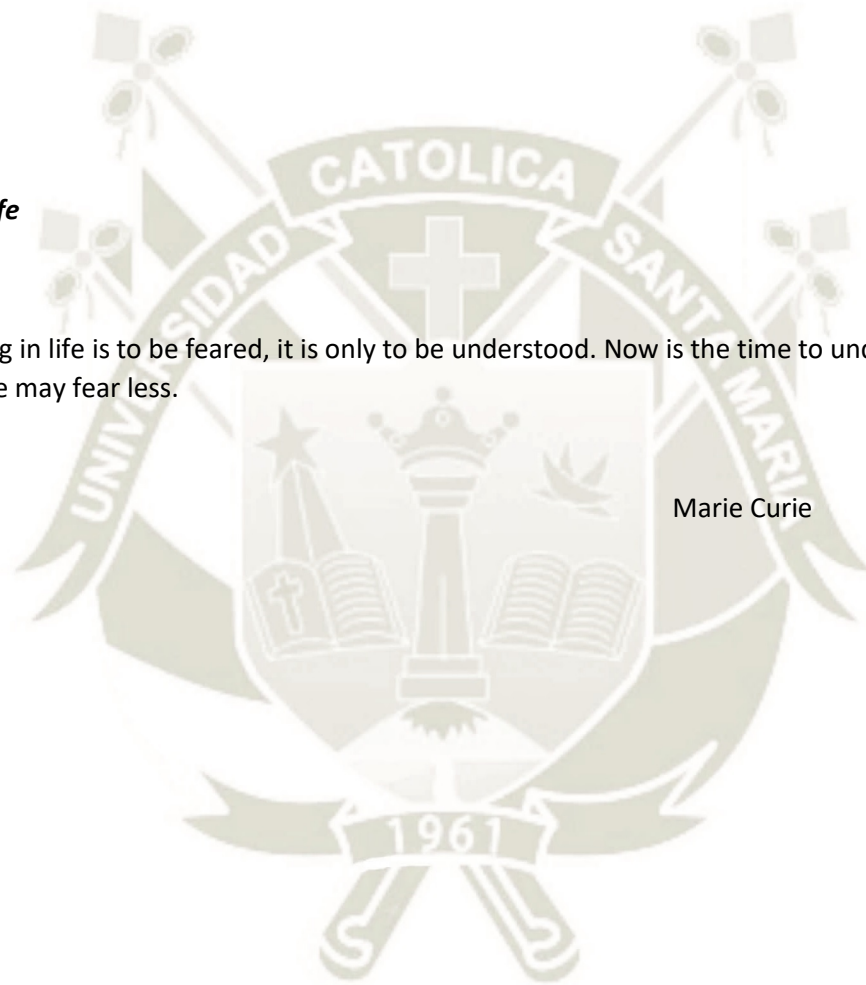
A Cesar Fernández Bedoya y María Rondón Nieto, mis padres, solo por ellos es posible este pequeño paso. Por su esfuerzo, su trabajo, por los sacrificios que hicieron para que esto se pueda cumplir. A mis hermanas para que sigan luchando por sus sueños y que nada las detenga.



Epígrafe

Nothing in life is to be feared, it is only to be understood. Now is the time to understand more, so that we may fear less.

Marie Curie



RESUMEN

Objetivo: identificar los factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021.

Métodos: se encuestó a 86 residentes aplicando una ficha de datos de filiación y escala de Miedo a la COVID-19 (FCV-19S). Para el análisis de resultados se utilizaron los métodos propios de estadística descriptiva y para la comparación de las variables, se utilizó la prueba del Chi cuadrado.

Resultados: La edad promedio fue de 33.67 ± 5.28 años, 61.63% de residentes fueron varones y 38.37% mujeres, y la mayoría eran solteros (54.65%); el 95.35% eran agnósticos o ateos, y 67.44% tenían familia dependiente. Un 22.09% tenía comorbilidades, principalmente obesidad (9.30%), e hipertensión (3.49%). El 95.35% de casos recibió la dosificación completa de vacunas para la COVID-19, aunque 54.65% tuvo antecedente de infección previa por el virus, y 67.44% refirió infección en el seno de su familia. El 89.53% de residentes son contratados y 8.14% nombrados. La especialidad que vienen desarrollando corresponde a las áreas quirúrgicas en 43.02%, especialidades médicas en 32.56%, pediátricas en 13.95%, 9.30% es residente en ginecología, y 1.16% realiza la especialidad de imagenología. Luego de la aplicación de la escala de miedo a enfermarse por COVID-19 se identificó este temor en el 15.12% de residentes. Se observó una mayor frecuencia de temor entre las residentes mujeres (24.24%) que en varones (9.43%; $p = 0.05$) y en los que tienen familiares dependientes (82.14%) hubo asociación con el miedo a enfermarse ($p < 0.05$). Los demás factores sociodemográficos y laborales no influyeron en este temor.

Conclusiones: Los factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 entre médicos residentes son el sexo femenino y el tener familia dependiente.

PALABRAS CLAVE: miedo a enfermarse, COVID-19, médicos residentes, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: to identify the factors associated with the fear of becoming ill from COVID-19 in resident doctors of the Goyeneche Hospital in Arequipa, 2021.

Methods: 86 residents were surveyed applying a data sheet and scale of Fear of COVID-19 (FCV-19S). Results are shown through descriptive statistics, and variables are compared with the Chi square test.

Results: The average age was 33.67 ± 5.28 years, 61.63% of residents were male and 38.37% female, and the majority were single (54.65%); 95.35% were agnostics or atheists, and 67.44% had a dependent family. 22.09% had comorbidities, mainly obesity (9.30%), and hypertension (3.49%). 95.35% of cases received their two doses of vaccines for COVID-19, although 54.65% had a history of previous infection with the virus, and 67.44% referred infection within their family. 89.53% of residents are hired and 8.14% appointed. The specialty that they have been developing corresponds to surgical areas in 43.02%, medical specialties in 32.56%, pediatric specialties in 13.95%, 9.30% is resident in gynecology, and 1.16% performs the specialty of imaging. After applying the scale of fear of getting sick from COVID-19, this fear was identified in 15.12% of residents. More fear was seen among female residents (24.24%) than in males (9.43%; $p = 0.05$) and in those with dependent relatives (82.14%) there was an association with fear of becoming ill ($p < 0.05$). The other sociodemographic and labor factors did not influence this fear.

Conclusions: The factors associated with the fear of getting sick from COVID-19 among resident doctors are female sex and having a dependent family.

KEY WORDS: fear of getting sick, COVID-19, resident doctors, associated factors.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 en la provincia de Hubei – China se reportaron una serie de casos de pacientes hospitalizados con una nueva sintomatología caracterizada por neumonía e insuficiencia respiratoria, a causa de un nuevo coronavirus (SARS-COV-2).

El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró este agente etiológico como COVID-19 (Coronavirus Disease, 2019). Posteriormente, y a pesar de las extensas medidas de contención, la enfermedad ha continuado avanzando hasta afectar al resto de los países de Asia, Medio Oriente y Europa. El 11 de marzo, el COVID-19 fue declarado como pandemia por la OMS (1).

El 05 de marzo del 2020 se confirma el primer caso importado de COVID-19 en el Perú. Se trataba de un hombre de 25 años con infección respiratoria aguda leve con antecedentes de viaje a diferentes ciudades europeas en los 14 días previos al inicio de los síntomas, y a partir del 15 de marzo se declaró el estado de emergencia nacional ante el incremento de los casos. En un intento de frenar la propagación en el país del nuevo coronavirus se determinó el aislamiento social obligatorio y el cierre de fronteras, inicialmente por 15 días (2), pero hasta el momento se ha extendido por más de un año, y al 30 de abril 2021 se reportó un total de 898,812 casos y 61477 fallecidos, con una letalidad del 3.42% (3).

Luego de la organización de la atención de salud en el país, se planteó tres estrategias claves: una estrategia social, basada en promoción y prevención (aislamiento, distanciamiento social, uso de mascarillas y lavado de manos); una segunda estrategia que buscaba fortalecer y ampliar la atención especializada (inmovilización y seguimiento epidemiológico, ampliar hospitalización y cuidados intensivos), y una tercera de constitución de un equipo humanitario de manejo de cadáveres, ante las personas fallecidas. Dentro de estas medidas, el hospital Honorio Delgado Espinoza fue designado para la atención exclusiva de pacientes positivos para el COVID-19, y lo mismo para pacientes asegurados en el hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo; el hospital Goyeneche se destinó a atender pacientes con enfermedades comunes (NO COVID), y en el seguro lo fue el Hospital III Yanahuara. Los servicios quirúrgicos de gineco-obstetricia (cesáreas) del hospital Honorio delgado se derivaron al hospital geriátrico municipal de Cerro Colorado, el servicio de pediatría se destinó al hospital infantil Paz Holandesa de Paucarpata. El Centro de Urgencias Quirúrgicas de Arequipa se destinó a funcionar en el hospital universitario Pedro P. Díaz – UNSA de Paucarpata; los partos se atenderían en los centros de salud Maritza Campos Díaz de

Zamacola, Javier Llosa García de Hunter, Ampliación Paucarpata de Paucarpata, Mariano Melgar y edificadores Misti (4).

En este contexto, los médicos residentes del hospital Goyeneche no solo quedaron en la atención asistencial dejando de lado en parte la formación académica, sino que se vieron expuestos a mayor carga laboral y con mayor riesgo de contagio al exponerse a pacientes que podrían tener COVID-19 antes de ser diagnosticados y derivados al hospital correspondiente, lo que se puede ver reflejado en la sensación de temor a enfermarse, poniendo en riesgo su salud y la de sus familias.

De acuerdo a lo expuesto en el párrafo anterior, surge la idea de desarrollar un estudio en un grupo particular de riesgo, quienes se encuentran en formación profesional para obtener la segunda especialidad, para identificar la magnitud del temor a enfermarse y poder identificar aspectos que permitan su prevención o aminorar el impacto negativo de este sentimiento para lograr una asistencia eficiente y un aprendizaje óptimo.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que existe miedo a enfermarse por COVID-19 en un 15.12% de médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021. Que se trata de médicos residentes entre 30 y 39 años de edad, ligeramente más varones que mujeres, solteros y creyentes, con familia dependiente; menos de una cuarta parte tiene comorbilidades, la mayoría han sido vacunados y más de la mitad ha tenido antecedente personal o familiar de infección. Además, que las características que se asocian al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021 fueron el sexo femenino y el tener familia dependiente.

Los resultados de la investigación permitirán reconocer los factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021 ya que en nuestro país no se encuentra información específica relacionada y siendo un problema que nos acompañara en el tiempo requiere de investigación para posibles intervenciones a futuro. Por lo tanto, es de suma importancia conocer el tema a detalle y evitar posibles complicaciones y demostrar el impacto de esta pandemia en la salud mental (1).

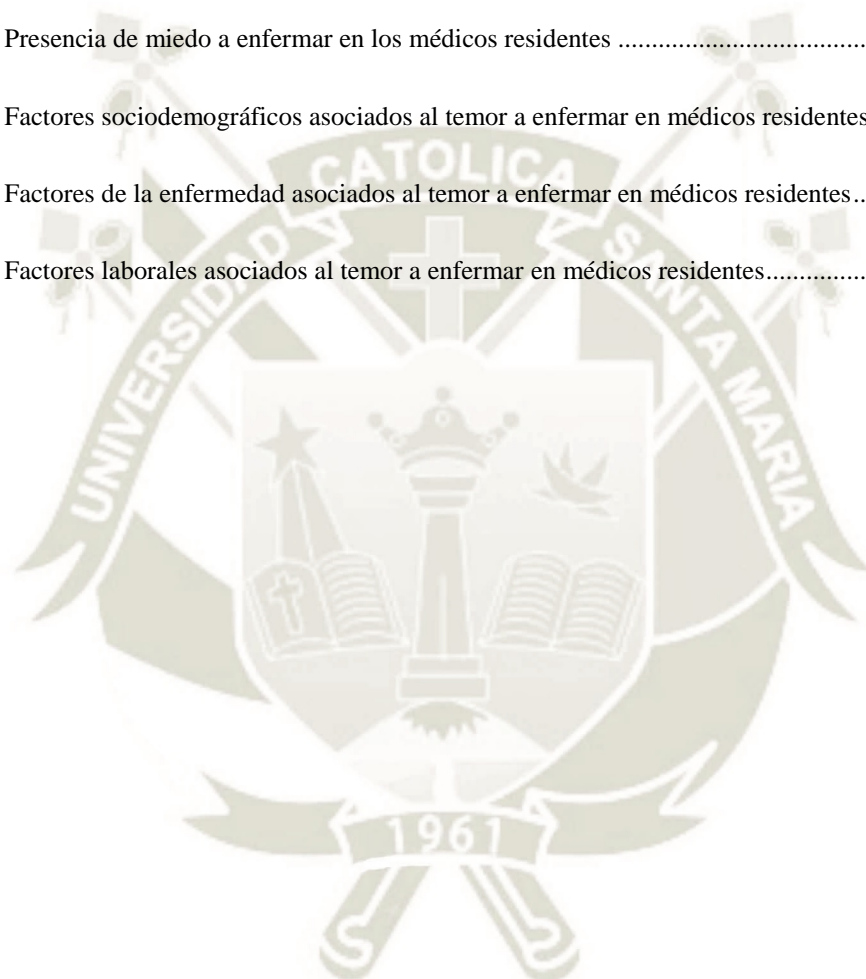
ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I PLANTAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Enunciado del Problema.....	2
1.2. Descripción del Problema.....	2
1.3. Justificación del problema.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. General.....	5
2.2. Específicos.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Conceptos básicos.....	5
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	15
4. HIPÓTESIS.....	20
CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	22
1.1. Técnicas:.....	22
1.2. Instrumentos:.....	22
1.3. Materiales de verificación:.....	22
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	22
2.1. Ámbito.....	22
2.2. Unidades de estudio:.....	22
2.3. Temporalidad:.....	23

2.4. Ubicación espacial:.....	23
2.5. Tipo de investigación:	23
2.6. Nivel de investigación:	23
2.7. Diseño de investigación:.....	23
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
3.1. Organización.....	23
3.2. Recursos	23
3.3. Validación de los instrumentos	24
3.4. Criterios para manejo de resultados	24
CAPÍTULO III RESULTADOS	26
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	42
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS.....	53
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	54
Anexo 2. Escala de Miedo al Covid-19 versión peruana	55
Anexo 3: Matriz de sistematización de información.....	56

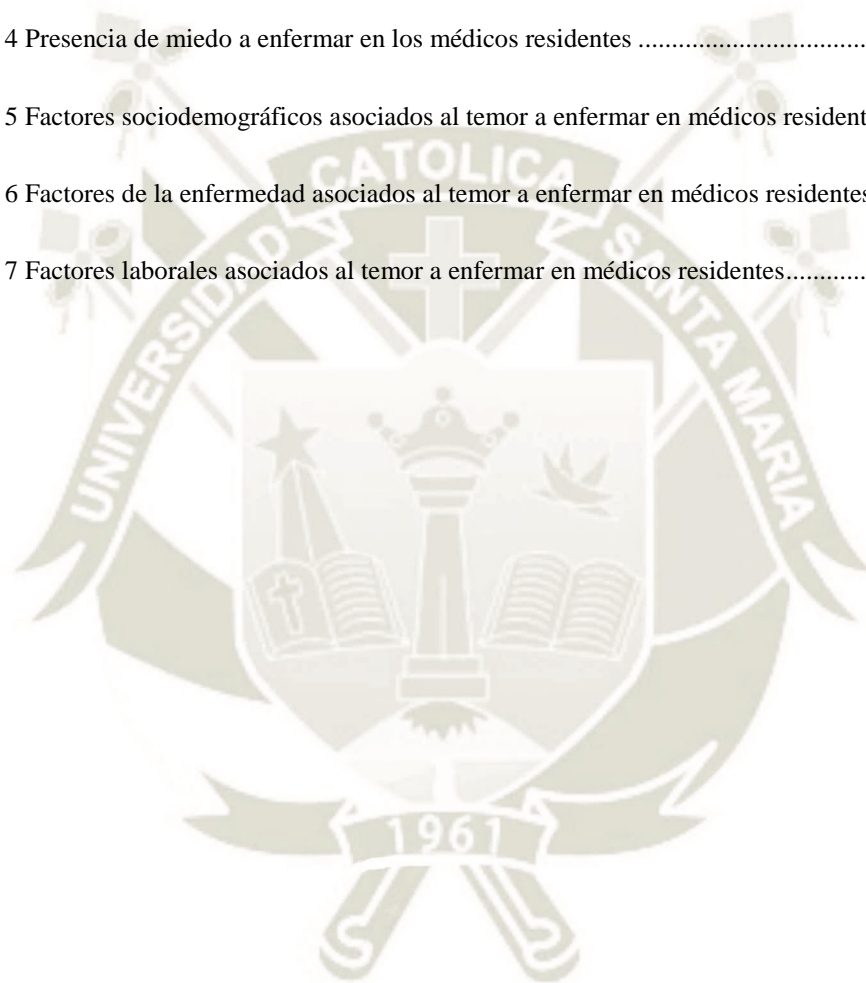
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de los residentes de medicina	27
Tabla 2 Características relacionadas a la COVID_19 en los residentes de medicina	29
Tabla 3 Características laborales de los residentes de medicina.....	31
Tabla 4 Presencia de miedo a enfermar en los médicos residentes	33
Tabla 5 Factores sociodemográficos asociados al temor a enfermar en médicos residentes	35
Tabla 6 Factores de la enfermedad asociados al temor a enfermar en médicos residentes.....	38
Tabla 7 Factores laborales asociados al temor a enfermar en médicos residentes.....	40



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Características sociodemográficas de los residentes de medicina	28
Gráfico 2 Características relacionadas a la COVID_19 en los residentes de medicina	30
Gráfico 3 Características laborales de los residentes de medicina.....	32
Gráfico 4 Presencia de miedo a enfermarse en los médicos residentes	34
Gráfico 5 Factores sociodemográficos asociados al temor a enfermarse en médicos residentes	36
Gráfico 6 Factores de la enfermedad asociados al temor a enfermarse en médicos residentes	39
Gráfico 7 Factores laborales asociados al temor a enfermarse en médicos residentes.....	41





CAPÍTULO I

PLANTAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del Problema

Factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del hospital Goyeneche de Arequipa, 2021

1.2. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021?

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos de ansiedad

1.3.2. Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variable dependiente			
Temor a enfermarse	Resultados de Escala de Miedo a Covid-19	Con miedo (22-35 puntos) Sin miedo (7-21 puntos)	Nominal
Variable independiente			
Características sociodemográficas			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino / Femenino	Nominal
Estado civil	Unión civil declarada	Soltero, conviviente, casado, separado	Nominal

Religión	Creencia religiosa	Ateo/agnóstico, creyente	Nominal
Familia con dependiente(s)	Familiares que dependen directamente del médico residente.	Ninguno, padres, cónyuge, hijos, abuelos	Nominal
Características laborales			
Especialidad	Matrícula en segunda especialidad	Cirugía, medicina, pediatría, neurología, otras	Nominal
Nexo laboral	Modalidad de contrato	Contratado, nombrado	Nominal
Características epidemiológicas de la enfermedad			
Comorbilidades	Factores de riesgo de adquirir COVID	Ninguna, hipertensión, obesidad, asma, otras	Nominal
Vacunación contra COVID-19	Estado de vacunación	Sin vacuna, una dosis, dos dosis	Ordinal
Antecedente personal de infección por COVID -19	Diagnóstico previo	Con infección previa, sin infección	Nominal
Antecedente familiar de infección por COVID -19	Diagnóstico en familiares	No, sí (cuál)	Nominal

1.3.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021?

3. ¿Cuáles de las características laborales que se asocian al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021?

1.4. Justificación del problema

El presente estudio busca identificar la magnitud y los factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 entre médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el año 2021; siendo la pandemia de la COVID-19 una situación que pone en serio riesgo la salud del personal profesional en medicina, en la que los médicos residentes se han visto no solo más expuestos, sino perjudicados en su formación profesional, y/o se han realizado estudios en este grupo ocupacional. El presente estudio es **original** por cuanto, a nivel nacional, no se evidencian que hayan abordado este tema.

El estudio tiene **relevancia científica**, porque pone de manifiesto el impacto de la situación social y la salud mental de los médicos residentes. Además, tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar aquellas variables significativas asociadas con el temor a enfermarse y su magnitud, para diseñar medidas preventivas. Tiene **relevancia social**, porque beneficiará a un sector de la población profesional que tiene mayor riesgo de exposición y que se convertirán en especialistas para la solución de problemas más específicos en la salud de la población.

El estudio es **contemporáneo** puesto que venimos enfrentando una situación de pandemia por un nuevo coronavirus que ha producido cambios radicales en la forma de atención de salud, en la formación profesional, en la salud en general y que, al parecer, permanecerá por tiempo indefinido en el medio ambiente.

El estudio es **factible** de realizar por su diseño prospectivo en una población accesible y por contar con un instrumento validado.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la medicina, y lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional (1).

2. OBJETIVOS

2.1. General

Identificar los factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021.

2.2. Específicos

- 1) Establecer la frecuencia y severidad de miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021.
- 2) Describir las características sociodemográficas y laborales de los médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021.
- 3) Identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. La pandemia de la COVID-19

3.1.1.1. Definición

Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común, hasta infecciones respiratorias graves. Actualmente un coronavirus surgido en la ciudad de Wuhan, China, al que se le ha denominado SARS-CoV-2, ha desencadenado una pandemia de enfermedad llamada “Covid-19”. El 80% de los casos presentados en el mundo se presentan como una gripe normal y son fáciles de manejar, en tanto que el 20% puede hacer una complicación menor, de ellos un 10% necesita de hospitalización (5).

El día 16 de marzo de 2020, el entonces Presidente de la República, Martín Vizcarra, anunció el Estado de Emergencia, que incluía la suspensión de actividades escolares, cierre de fronteras, y cuarentena por 15 días calendario (posteriormente, se ampliarían sucesivamente hasta llegar a más de un año) para ralentizar el contagio de personas con COVID-19 y asegurar el funcionamiento continuo de los sistemas de salud e intentar lograr la meseta y

el descenso de los contagios de la enfermedad (1). Las medidas otorgadas por el gobierno peruano representan la más grande inversión frente a la crisis en América Latina, y de pueden agrupar en tres ejes: salud pública, protección de los principales afectados y reactivación económica (4).

3.1.1.2. Etiología

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia *Coronaviridae* (5). Esta familia se subdivide en cuatro géneros: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* y *Deltacoronavirus* (6). Muchos coronavirus de los cuatro géneros mencionados son causantes de enfermedades en animales domésticos, y por lo tanto son principalmente de interés veterinario. Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados (7). Desde el punto de vista ecoepidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos (6).

Los coronavirus humanos circulan libremente en la población de todos los continentes, suelen causar enfermedad respiratoria leve. Se estima que producen entre el 10% y el 30% de los casos de resfriado común (8). Por el contrario, los coronavirus zoonóticos circulan transitoriamente, pero pueden generar grandes epidemias de enfermedad respiratoria grave. El origen de los coronavirus de importancia médica, incluidos los coronavirus humanos, parece ser zoonótico. En particular, los betacoronavirus zoonóticos están filogenéticamente relacionados con coronavirus de murciélagos, los cuales podrían haber sido su fuente para el hombre, ya sea directamente o a través de un hospedero intermediario; dicho intermediario para el SARSCoV fue la civeta, un animal silvestre del grupo de los vivérridos, y para el MERS-CoV fue el dromedario. Aún no es claro cuál pudo haber sido el intermediario para el SARS-CoV-2, o si pasó directamente del murciélago al humano (9,7).

3.1.1.3. Fisiopatología

Luego de la exposición al SARS-CoV-2, el virus viaja por la vía respiratoria hasta alcanzar las células epiteliales alveolares -neumocitos- tipo I y II, es ahí donde se une al receptor de la enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ECA2). En el pulmón humano normal, la ECA2 se expresa principalmente en los neumocitos tipo II, quienes producen el surfactante, una sustancia que disminuye la tensión superficial en los alveolos para evitar su colapso. El hecho que los hombres tengan un mayor nivel de ECA2 en sus neumocitos explicaría la mayor posibilidad de presentar complicaciones y el incremento de la letalidad (10). La unión del SARS-CoV-2 con el receptor de la ECA2 es hasta 20 veces mayor que la del SARS-CoV, esto explica su mayor infectividad. Esta unión a la ECA2 provoca una gran expresión de dicha enzima que conlleva a la muerte de la célula alveolar infectada y a la infección de las células contiguas. De modo tal que el virus lesiona rápidamente el tejido pulmonar causando la neumonía. Al ser un virus parecido al SARS-CoV o el MERS-CoV, la histopatología pulmonar muestra hallazgos similares entre estas patologías: la formación de membranas hialinas en los alveolos y los infiltrados inflamatorios mononucleares intersticiales con células gigantes multinucleadas (11).

3.1.1.4. Transmisión del COVID-19

Los primeros casos de COVID-19 se relacionaron con un mercado de animales vivos en Wuhan, China, lo que sugiere que el virus se transmitió inicialmente de los animales a los seres humanos. La diseminación de persona a persona se produce a través del contacto con secreciones infectadas, principalmente a través del contacto con gotitas respiratorias grandes, pero también podría ocurrir a través del contacto con una superficie contaminada por gotitas respiratorias. Los investigadores todavía están aprendiendo con qué facilidad se propaga este virus de persona a persona o cuál será la sostenibilidad de la infección en una población, aunque parece más transmisible que SARS y la propagación es probablemente más similar a la de la gripe (12).

Las situaciones con alto riesgo de transmisión incluyen instituciones como residencias geriátricas, centros de atención a largo plazo, cárceles y embarcaciones. Estas situaciones implican una alta densidad de población y, a menudo, dificultades para mantener las precauciones de seguridad. Los residentes de las residencias geriátricas también se consideran en alto riesgo debido a la edad y los trastornos médicos subyacentes.

Se están aplicando medidas de cuarentena y aislamiento en un intento por limitar la propagación local, regional y global de este brote. El cumplimiento estricto de estas medidas ha dado resultados satisfactorios en el control de la propagación de la infección en áreas seleccionadas (13).

3.1.1.5. Manifestaciones clínicas

Las personas con COVID-19 pueden tener pocos síntomas o ninguno, aunque algunas enferman gravemente y mueren. Los síntomas pueden consistir en fiebre, tos y disnea. Los pacientes con enfermedad más grave pueden presentar linfopenia y hallazgos en las imágenes de tórax compatibles con neumonía. No se sabe con certeza cuál es el tiempo exacto de incubación; las estimaciones van de 1 a 14 días. El riesgo de enfermedad grave y muerte en los casos de COVID-19 aumenta con la edad (14).

En base a la severidad de los síntomas clínicos, se puede clasificar a la enfermedad en:

- **Leve:** síntomas respiratorios alto sin neumonía
- **Moderada:** neumonía leve sin insuficiencia respiratoria, o neumonía leve sin respuesta inflamatoria
- **Severa:** Neumonía con insuficiencia respiratoria aguda, neumonía con inflamación o estado de hipercoagulabilidad
- **Crítica:** necesidad de intubación y ventilación asistida, shock o falla multiorgánica (15).

3.1.1.6. Diagnóstico

Para el diagnóstico se consideran básicamente criterios clínicos. Según la Resolución Ministerial 905-2020 define a los casos COVID-19 como:

- Caso sospechoso de COVID-19 como toda persona que presente manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- Caso probable: aquel con antecedente epidemiológico, patrones radiológicos sugerentes de COVID-19 o que presente anosmia o ageusia sin otra causa que lo explique.
- Caso confirmado: aquel que presenta además prueba molecular o antigénica positiva o serológica reactiva a IgM o IgM/IgG.
- Caso de infección asintomático: aquel que presenta un resultado positivo a las pruebas antes descritas sin tener signos o síntomas.
- Caso descartado, cuya clínica, imágenes o laboratorio sean explicadas por otra causa, presente dos resultados no reactivos ante las pruebas serológicas con una diferencia de siete días al ser medidas, dos resultados negativos ante la prueba molecular con una diferencia de 3 días entre ambas tomadas en los diez días desde el inicio de los síntomas, o resultado negativo a prueba molecular o antigénica dentro de los 7 días desde el inicio de los síntomas con un serológico negativo luego de 7 días de haber tomado las anteriores (16).

Las pruebas diagnósticas deben interpretarse en el contexto de la situación clínica:

- A. Reacción en cadena de la polimerasa en transcriptasa inversa (RT-PCR):** Consiste en tomar una muestra de vía aérea superior (por lavado o hisopado a nivel nasal, nasofaríngeo u orofaríngeo) o inferior (muestras de esputo, aspirado traqueal o lavado bronqueo alveolar, estos dos últimos en pacientes intubados) entre el 3er y 9no día del inicio de los síntomas, donde existe más viremia. Al procesar la muestra detecta secuencias específicas del genoma del virus. Presenta una alta sensibilidad y especificidad sin embargo pueden existir falsos negativos al recoger una muestra insuficiente, el tiempo de realizado fue muy temprano o muy tardío o cuando la muestra se degrada en el transporte. Solo si presenta dos pruebas consecutivas negativas se puede descartar la enfermedad.
- B. Serología:** Detecta anticuerpos contra SARS-CoV2 (proteína S o la de la nucleocápside) en sangre a aquellos pacientes que han tenido una

infección previa o una infección actual que tuvieron síntomas durante tres a cuatro semanas. A partir del quinto día desde la aparición de los síntomas aproximadamente se pueden detectar IgA e IgM, la IgG se evidenciará entre el día 10 y 18. Sin embargo puede existir un resultado cruzado a la detección de anticuerpos contra otros virus y falsos negativos cuando la muestra es tomada antes de lo establecido. Los métodos realizados son mediante: Ensayos Inmunoabsorbente Vinculados a Enzimas (ELISA), quimioluminiscencia y técnica de electroquimiluminiscencia. La prueba rápida consiste en tomar una muestra de sangre colocándose en una tira reactiva especial, esta contiene 3 letras “G, M y C”, si en la sangre hay una cantidad suficiente de anticuerpos va a emitir una señal, pintándose. Los resultados salen en aproximadamente 20 minutos y son más económicas.

C. Otros exámenes de laboratorio:

- Recuento total disminuido de glóbulos blancos. La linfopenia se ha considerado como factor pronóstico negativo. La relación entre neutrófilos-linfocitos, plaquetas-linfocitos elevada.
- Elevación del número de enzimas hepáticas, lactato deshidrogenasa (LDH), enzimas musculares y Proteína C reactiva (PCR).
- Procalcitonina en valores normales, a menos que exista una sobre infección bacteriana.
- Elevación del Dimer D (9).

D. Exámenes de imagen:

- Radiografía de tórax: Presenta una baja sensibilidad y detecta cambios pulmonares tempranos. En etapas más avanzadas se observan opacidades multifocales bilaterales, pudiendo existir derrame pleural. El patrón más común es de opacidades subpleurales de vidrio deslustrado.
- Tomografía computarizada torácica/Tomografía computarizada de alta resolución: Presenta una alta sensibilidad, representando el Gold Standard en afectación pulmonar para esta enfermedad, presenta una sensibilidad del 94% y especificidad del 37%, siendo innecesarias en pacientes asintomáticos o con síntomas leves; se observa la presencia del patrón en

vidrio despulido, consolidaciones, broncograma aéreo, engrosamiento de los septos interlobulares o a nivel pleural; a predominio de lóbulos inferiores, a nivel periférico y bilateral (17).

3.1.1.7. Tratamiento

Las estrategias terapéuticas actuales para la enfermedad grave incluyen agentes antivirales (en particular remdesivir, en ensayos clínicos), derivados de la cloroquina y agentes inmunomoduladores, a saber, inhibidores de la Il-6 como tocilizumab. En cada paciente se deben sopesar los beneficios frente a los posibles riesgos para cada agente terapéutico (18,19).

Se recomienda el uso de glucocorticoides en pacientes con COVID – 19 en grado severo, que requieren uso de terapia oxigénatoria. No se recomienda usarlos en pacientes con grados leves a moderados pues por el contrario causan un aumento en el riesgo de co- infección debido a su efecto inmunodepresor, pues causan efectos adversos que no se justifican con una mejora en la evolución del tratamiento de COVID -19. Se prefiere el uso de dexametasona 06 mg c/24 horas por 10 días. No se recomienda el uso de otros glucocorticoides como hidrocortisona o metilprednisolona ya que se dispone información limitada. Respecto al Remdesivir, se ha sugerido en pacientes hospitalizados que requieren de terapia oxigenaría sobre todo con en estado severo el uso de Remdesivir. Causa reducción de la mortalidad, así como el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria. La dosis intravenosa es de 200mg el primer día, seguido de 100mg c/24h por 5 días. Puesto que la terapia es relativamente corta el riesgo de presentar insuficiencia renal es baja (20,21).

3.1.2. Percepción del miedo ante la enfermedad

El miedo es una de las seis emociones primarias y básicas que existen en los seres humanos. Se trata de una emoción desagradable que nos sirve para adaptarnos ante una situación de peligro (20), como la que estamos viviendo en la actual pandemia del COVID-19 que pone en marcha nuestro sistema nervioso simpático, que se encarga de que nuestro organismo disponga de un rendimiento óptimo por un breve espacio de tiempo. Todo ello nos prepara para la lucha o la huida de esa situación potencialmente peligrosa (21).

Una vez entendido que el miedo es una reacción adaptativa y normal ante situaciones peligrosas, se comprende que ante la invasión vírica aparezcan reacciones y síntomas de ansiedad, como son: “miedo excesivo, taquicardia, respiración rápida, sudoración, etc” (22). Como consecuencia de ellos pueden aparecer preocupaciones constantes, comprobaciones sobre mi estado de salud o el de mi familia, anticipaciones sobre el futuro de tipo catastróficos que mantienen y amplifican los síntomas de ansiedad iniciales, percibiendo cada situación como de riesgo y alarmante (23,24).

Considerando que el virus es un peligro real que se produce en la era de la comunicación se constata un doble efecto. El primero de ellos, que se considera positivo y más amplio, dibuja un entorno social más prevenido, más informado, más protegido y más solidario. Sin embargo, en algunas personas, dependiendo de su variables individuales y personales, esta situación puede derivar en síntomas hipocondríacos que conforman un patrón definido:

- ***Hipervigilancia y mala interpretación de las sensaciones corporales:*** cuando comprobamos con mucha frecuencia nuestro estado de salud, tratando de identificar nuevos síntomas o el empeoramiento de los que creemos haber detectado (me pica la garganta, parece que tengo tos, me encuentro fatigado, parece que no respiro bien...). Esto provoca que cada vez detectemos más síntomas y nos encontremos peor, se trata de una retroalimentación.
- El malinterpretar estas sensaciones corporales nos suele llevar a ***conductas constantes de comprobación***, las cuales realizamos para intentar salir de la incertidumbre que nos generan esas sensaciones corporales. Pueden ser, ponerme el termómetro frecuentemente, tragar de manera compulsiva para observar si me duele o me pica, preguntar a otros si me notan peor de aspecto físico o si notan lo mismo que yo, buscar en internet, llamar al médico con frecuencia. Estas conductas tranquilizan al principio, pero pasado un tiempo, la incertidumbre y el miedo vuelve e incluso con mucha más fuerza e intensidad, hasta que acabamos agotados, pudiendo interpretar este agotamiento como fatiga debida a la infección por COVID-19 (25).

Es preciso decir, que en las circunstancias tan extraordinarias que todos estamos viviendo, y por tanto ante la cual todos respondemos con un mayor grado de

ansiedad, es normal que muchas personas nos mostremos en algún momento hipervigilantes ante la presencia de algún síntoma de COVID-19. El problema viene cuando constantemente nos sentimos amenazados y víctimas por poder padecer esta enfermedad y empezamos a desplegar dichas conductas hipocondriacas, que pueden acabar inundando el día a día (26).

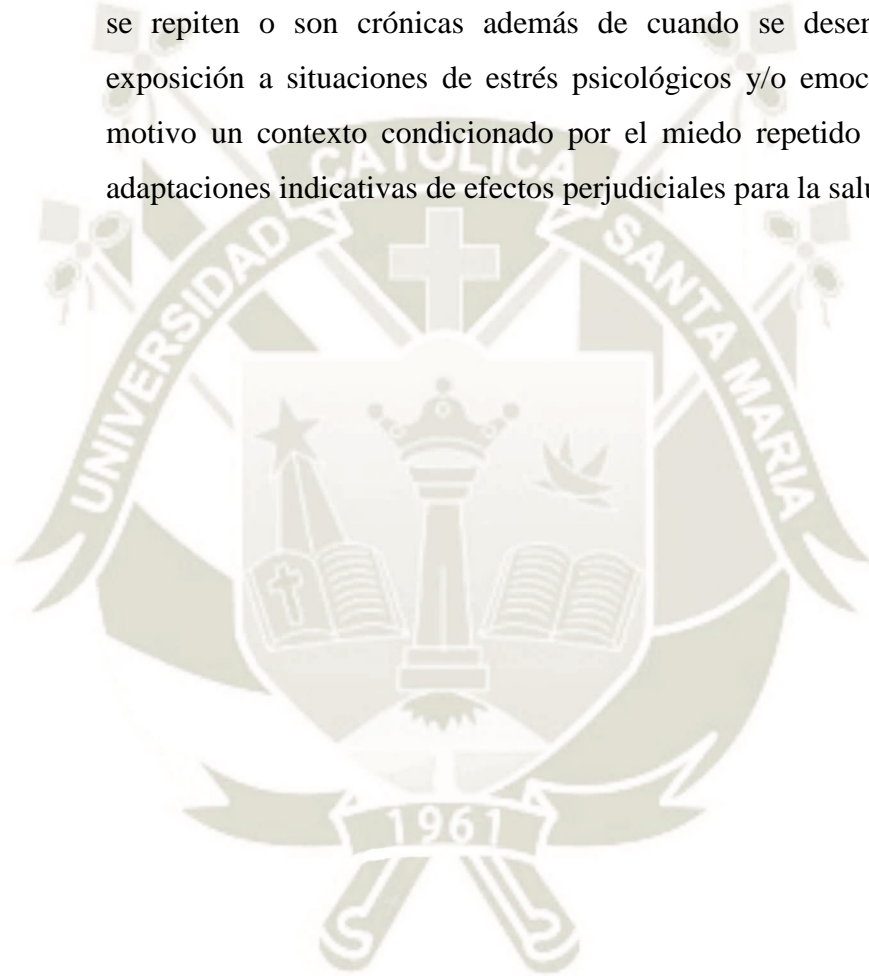
3.1.2.1. Neurobiología de la ansiedad y el miedo

La sensación de temor depende de una compleja red cerebral, no solo de la amígdala, como se pensaba hasta ahora, se trata de una respuesta que activa nuestro cerebro ante una posible amenaza, lo que origina cambios en la fisiología, los pensamientos y la conducta. Hasta hace poco, el estudio de las bases neurobiológicas del miedo se había centrado en la amígdala, una pequeña estructura alojada en el sistema límbico, pero diversas áreas cerebrales participan en la emoción del miedo, entre ellas, la ínsula, la corteza cingulada anterior dorsal y la corteza pre-frontal dorsolateral (27).

Sabemos que el circuito del miedo organiza mecanismos de defensa como respuesta a amenazas ambientales, este circuito es evolutivamente crucial para la supervivencia, pero se piensa que su desregulación llega a desempeñar un papel importante en la fisiopatología de las condiciones psiquiátricas de los seres humanos. La amígdala es un factor clave en el procesamiento del miedo, se trata de un área del cerebro modulada prominentemente por un neurotransmisor, la serotonina (5- hidroxitriptamina, 5-HT), su aporte a la amígdala ha atraído un interés particular debido a que las alteraciones genéticas y farmacológicas de este transportador afectan su activación en respuesta a los estímulos emocionales (28).

Normalmente la excitación del miedo viene condicionada por el entorno en el que nos encontramos generando una activación de la respuesta a situaciones de estrés, esta situación de alarma promueve una serie de cambios autónomos y endocrinos diseñados para ayudar a un estado de conservación, este tipo de respuesta incluye la liberación de glucocorticoides desde la corteza suprarrenal y catecolaminas desde la médula suprarrenal y nervios simpáticos (29).

En líneas generales, el Sistema nervioso simpático y el parasimpático trabajan juntos con el fin de garantizar una reacción adecuada del organismo ante cualquier situación que se pudiese presentar, pero en situaciones de miedo la activación del sistema nervioso simpático es esencial para hacer frente a las situaciones de estrés ambientales como son los estímulos que generan temor; por este motivo la activación de la respuesta en situaciones de estrés genera una cascada de reacciones fisiológicas que pueden ser perjudiciales cuando se repiten o son crónicas además de cuando se desencadenan tras la exposición a situaciones de estrés psicológicos y/o emocionales; por este motivo un contexto condicionado por el miedo repetido llega a producir adaptaciones indicativas de efectos perjudiciales para la salud (30).



3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel local

Autor: Condori Y

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

Resumen: El estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se realizó una encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Se indagó sobre las características de exposición al COVID-19, y se detectaron síntomas y severidad de depresión, ansiedad e insomnio, con las escalas PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) e ISI (Insomnia Severity Index), respectivamente. La asociación se determinó con razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95%, calculados con regresiones de Poisson con varianza robusta, las cuales fueron ajustadas.

RESULTADOS: El sexo femenino representó un 53,9% de la muestra, la mediana de la edad fue 31 años, con un rango intercuartil de 29 a 37 años. Se encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas. Las características que mostraron asociación fueron, el ser mujer (RP:1,30; IC95%:1,07-1,58, para depresión) (RP:3,31; IC95%:2,43-4,52, ansiedad), el tener alguna enfermedad crónica (RP:1,39; IC95%:1,13-1,70, para depresión) (RP:2,75; IC95%:2,09-3,63, ansiedad) (RP:2,89; IC95%: 2,10-3,97, insomnio), la presencia de algún colega infectado (RP:2,75; IC95%: 2,09-3,63, para ansiedad) (RP:1,78; IC95%: 1,15-2,77, insomnio), el manejar pacientes infectados (RP:1,66; IC95%: 1,00-2,76), el tener un familiar infectado (RP:1,57; IC95%: 1,00-2,46), vecino (RP:1,83; IC95%: 1,37-2,45) o coresidente infectado (RP:1,81; IC95%: 1,12-2,92) se asociaron a insomnio. El contar con un EPP adecuado (Equipo de protección personal) (RP:0,46; IC95%: 0,25-0,83), disminuyó la probabilidad de insomnio (31).

Autor: Quispe JG

Título: Factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020.

Resumen: Los participantes fueron 49 médicos residentes de las distintas especialidades. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory para medir el Síndrome de Burnout y una Ficha sociodemográfica para conocer los factores relacionados. Se utilizó estadística descriptiva y análisis estadístico paramétricos para evaluar el grado de relación como Chi cuadrado, Tau de Kendal y análisis de correlación de Spearman. Resultados: La frecuencia del síndrome de Burnout fue de 14.3% utilizando la definición clásica. Sobre los factores sociodemográficos, el rango de edad es de 27 y 47 años (25 varones y 24 mujeres) promedio 30 a 35 años, un 55.1% son solteros, el 51% no tienen hijos, un 40.8% duerme 6 horas y el 83.7% no tiene otro trabajo. En cuanto a la especialidad 57.1% son médicas, 30.6%, quirúrgicas y 12.2%, apoyo al diagnóstico; el 93.9% asegura que su especialidad está centrada en el paciente; el año de residencia que predomina es el 3er año con un 53.1%; las guardias por mes en su mayoría es de 8 a más (68%); se encuentra satisfecho con el salario 51%; el 100% ha atendido un caso sospechoso y solo 93.9% un caso confirmado; todos aseguran no recibir suficientes equipos de protección personal y 71.4% se han realizado las pruebas serológicas: IgM, PCR, IgG. El 98% manifiesta que el hospital no le brinda información adecuada, y la totalidad de residentes tiene miedo de infectar a su familia (32).

3.2.2. A nivel nacional

Autor: Sánchez BG, Torres KM

Título: Miedo al COVID-19 en personas que residen en una zona vulnerable de Huáscar en San Juan de Lurigancho, 2020.

Resumen: El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal, conformado por 401 personas residentes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento utilizado fue The FCV-19S, que consta de 10 ítems y 2 dimensiones. Resultados: En cuanto al participante, la edad mínima fue 18 y la máxima 90, y la edad media 40,53 años. En relación al sexo, 251 (62,6%) son femenino y 150 (37,4%) masculino. En cuanto al miedo al COVID-19, predominó el nivel efecto grande con 76,8% (n=308), seguido del efecto medio grande en un 15% (n=60), efecto medio con 5,5% (n=22) y efecto pequeño en un 2,7% (n=11). En relación a las dimensiones, en reacciones al miedo emocional, predominó el nivel efecto medio grande con 51,1% (n=205), seguido del efecto medio en un 42,4% (n=170), efecto pequeño con 6,5% (n=26) y en expresiones de miedo por causas somáticas, predominó el nivel efecto grande con 55,1% (n=221), seguido del efecto medio grande en un 26,7% (n=107), efecto medio con 11,2% (n=45) y efecto pequeño en un 7% (n=28) (33).

Autor: Mejia CR, Quispe-Sancho A, Rodriguez-Alarcon JF y cols.

Título: Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020.

Resumen: Estudio transversal analítico, de tipo multicéntrico que con una muestra de 2466 personas en 20 departamentos del Perú midió el fatalismo ante la pandemia del COVID - 19 a través de una encuesta validada (Alpha Crombach: 0,78) que consistía en 7 ítems. El análisis estadístico fue realizado en función de cada ciudad y se consideró significativos $p < 0,05$. De los 2466 encuestados, el 36 % se deprimirían, el 26 % piensa que podrían fallecer, el 17 % dice que esto es evidencia del fin del mundo y el 9 % podrían tomar una decisión fatal. Las mujeres tuvieron mayor frecuencia de 3 de las conductas fatalistas (contagiarse $p=0,020$; contagiar a otros $p=0,004$ y deprimirse $p=0,020$). A mayor edad hubo 5 percepciones (contagiar a otros $p=0,007$; complicarse

$p < 0,001$; deprimirse $p < 0,001$, pensar que morirían $p < 0,001$ o suicidarse $p = 0,014$). Los que tenían un riesgo para complicación por COVID-19 tuvieron 4 percepciones (contagiar a otros $p = 0,024$; complicarse $p = 0,002$; pensar que morirían $p < 0,001$ y que esto es señal del fin del mundo $p = 0,039$). El ser agnóstico tuvo menor frecuencia de 5 percepciones, el ser ateo en 2 (34).

3.2.3. A nivel internacional

Autor: Uribe-Alvarado JI, Valadez-Jiménez A, Molina NE, Acosta B

Título: Percepción de riesgo, miedos a infectarse y enfermar de COVID-19 y variables predictoras de confinamiento social en una muestra mexicana.

Resumen: El propósito de este estudio fue determinar en qué medida la percepción de riesgo y los miedos asociados a enfermar o morir por COVID_19 predicen algunas acciones de confinamiento; participaron en este estudio 459 personas; el 66.9% mujeres y 33.1% hombres de diversas edades. Se realizó un cuestionario que fue contestado mediante un formulario en línea. Los resultados indican que los miedos a enfermar y morir por la enfermedad predicen las acciones de confinamiento en mujeres y hombres. Se recomiendan algunas acciones para la atención a personas en el ámbito de la salud mental (35).

Autor: Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P

Título: Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional.

Resumen: Se investigó la prevalencia del miedo al coronavirus, los síntomas emocionales, y los problemas de sueño. También se examinó los posibles efectos positivos. Una muestra de 1.161 participantes (edad: 19-84 años) cumplimentó online el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus, la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre-12, y las escalas PANAS de afecto positivo y negativo. Los resultados indican que los miedos más comunes corresponden a las categorías de contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo/ingresos. Se encontró niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño, y síntomas

emocionales (preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo, e inquietud). La intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son poderosos predictores del impacto. También se encontró que el confinamiento favorecía algunas experiencias personales positivas. Se aporta un nuevo instrumento de autoinforme para la evaluación del impacto psicológico del coronavirus (36).

Autor: Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C

Título: Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos.

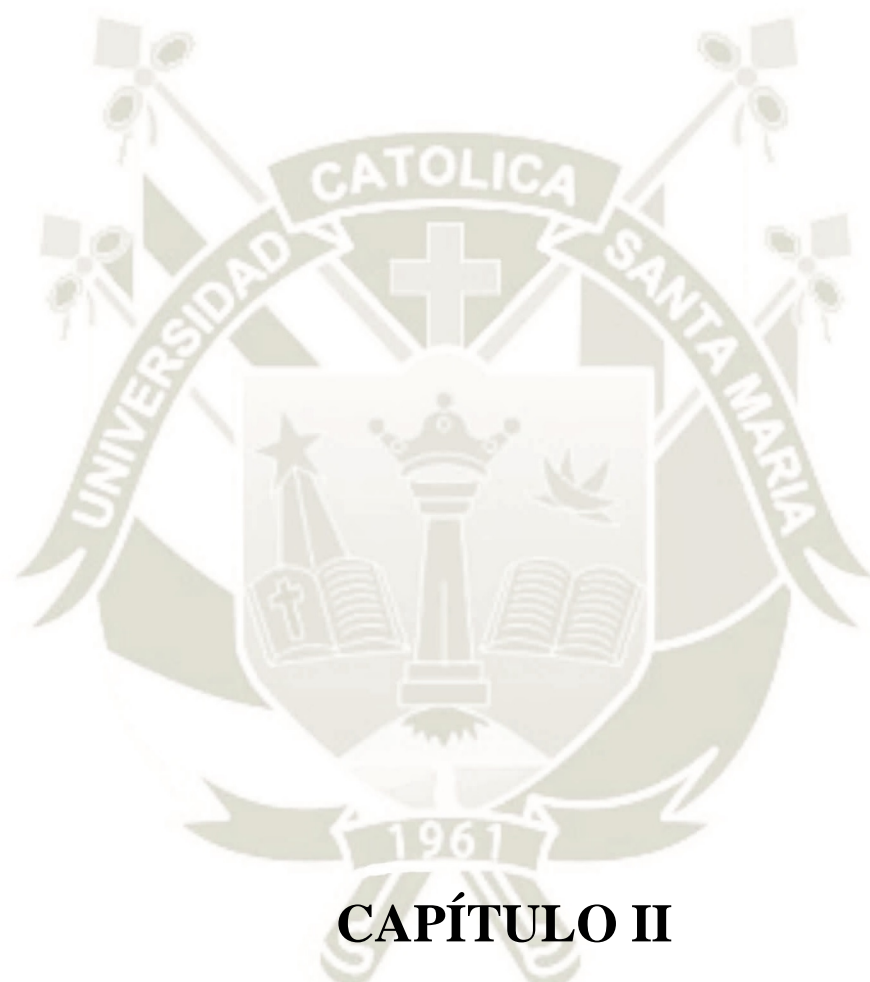
Resumen: Este es un estudio transversal que exploró síntomas y percepciones durante la pandemia del COVID-19 en médicos generales colombianos sometidos a cuarentena obligatoria que ejercieron su profesión en marzo del 2020. Previo consentimiento informado, anónima y voluntariamente, los participantes diligenciaron un formulario virtual con preguntas generales sobre COVID-19. El cuestionario buscaba encontrar problemas psicosomáticos sirviéndose de la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés) y el FCV-19S (Fear of COVID-19). Los participantes se clasificaron en Municipio no capital o Municipio capital según el ente territorial en donde laboraban. Regresión logística entre el ente territorial (que acá es tomada como variable independiente) con los síntomas de ansiedad, estrés laboral y miedo al COVID-19 (que en este caso es tomado como variable dependiente). Resultados: Participaron 531 médicos generales con edad promedio de 30 años. El 73.3% laboraban en Municipio capital. Un tercio de los encuestados presentó estrés laboral leve, mientras que el 6% presentó estrés laboral alto o severo, esto sin diferencias entre los grupos ($p < 0.05$). Se identificaron síntomas de ansiedad en el 72.9%, más frecuente entre quienes laboraban en las capitales ($p = 0.044$). El 37.1% presentó síntomas de miedo al COVID-19 (FCV-19S). No se observó asociación en la regresión logística realizada. Discusión: Factores psicosociales y psicosomáticos asociados al

miedo son el común denominador de los síntomas de ansiedad y estrés laboral en las pandemias (37).

4. HIPÓTESIS

Es probable que determinadas características sociodemográficas y laborales se asocien de manera significativa al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa.





CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta y la aplicación de un test.

1.2. Instrumentos:

Se utilizó para la investigación una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S) adaptada y validada en español (Anexo 2).

1.3. Materiales de verificación:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. Unidades de estudio:

Médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa.

Población: Todos los médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, durante el año 2021. Son un total aproximado de 84 residentes (68 del MINSA, 2 nombrados, 8 destacados y 6 plazas libres)

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.2.1. Criterios de selección:

2.2.1.1. Criterios de Inclusión

- Médico residente matriculado en el periodo de estudio
- De ambos sexos
- Participación voluntaria en el estudio

2.2.1.2. Criterios de Exclusión

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Con trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado

2.3. Temporalidad:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el año 2021.

2.4. Ubicación espacial:

Hospital Goyeneche el cual se ubica de la ciudad de Arequipa.

2.5. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

2.6. Nivel de investigación:

Analítico

2.7. Diseño de investigación:

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital Goyeneche para obtener la autorización para realizar la investigación.

Se contactó a los médicos residentes durante sus labores asistenciales en el hospital, para explicar el motivo del estudio y lograr su participación voluntaria y anónima. Se transformaron los instrumentos del estudio en formularios en línea y se hicieron llegar a los participantes por medio del aplicativo Whatsapp y de manera personal haciendo uso de una Tablet.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadora, asesor.

3.2.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Tableta electrónica.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

3.2.3. Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ficha de datos no requiere de validación por tratarse de una ficha para recolectar información. Para la valoración del miedo se empleó la escala de Miedo a la COVID-19 (FCV-19S) adaptada y validada al español en el Perú por Huarcaya-Victoria J y cols (38).

La escala fue desarrollada por Ahorsu y cols. (39), y consta de 7 preguntas se califican en una escala de 5 puntos, que van de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las puntuaciones totales oscilan entre 7 y 35. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19. Los ítems del FCV-19S se construyeron sobre la base de una revisión exhaustiva de las escalas de miedo existentes, y muestra una correlación ítem-total aceptable. Los valores de fiabilidad como la consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,82) y la fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase = 0,72) fueron aceptables. La escala evalúa un factor general compuesto por los 7 ítems, y dos factores específicos: reacciones de miedo emocional (cuatro ítems: 1, 2 4 y 5, y expresiones somáticas de miedo al COVID-19 (3 ítems; 3 6 y 7). El factor general del miedo al COVID-19 y dos factores específicos tuvieron un nivel óptimo de consistencia interna ($\omega > 0.89$ y $\alpha > 0.83$). El estudio encontró que la versión traducida al español del FCV-19S tiene buenas propiedades psicométricas y presenta evidencia de validez y confiabilidad (38).

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Plan de Recolección

Se procedió a la revisión de encuestas y test, de donde se extrajo la información necesaria para el llenado de las fichas de recolección de datos.

3.4.2. Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

3.4.3. Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2019) (1).

3.4.4. Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

3.4.5. Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

3.4.6. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos independientes se realizó con la prueba chi cuadrado, considerando diferencias significativas de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleará el programa Excel 2019 y el paquete SPSSv.24.0 para Windows (1).



CAPÍTULO III

RESULTADOS

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Tabla 1
Características sociodemográficas de los residentes de medicina

		N°	%
Edad	25-29 a	18	20.93%
	30-34 a	36	41.86%
	35-39 a	25	29.07%
	40-44 a	4	4.65%
	≥ 45 a	3	3.49%
Sexo	Masculino	53	61.63%
	Femenino	33	38.37%
E. civil	Soltero	47	54.65%
	Casado	21	24.42%
	Conviviente	12	13.95%
	Separado	4	4.65%
	Viudo	2	2.33%
Religión	Creyente	82	95.35%
	Agnóstico-Ateo	4	4.65%
Familia dependiente	Ninguna	28	32.56%
	Padres	27	31.40%
	Hijos	27	31.40%
	Cónyuge	3	3.49%
	Tíos	1	1.16%
Total		86	100.00%

Fuente: Elaboración propia

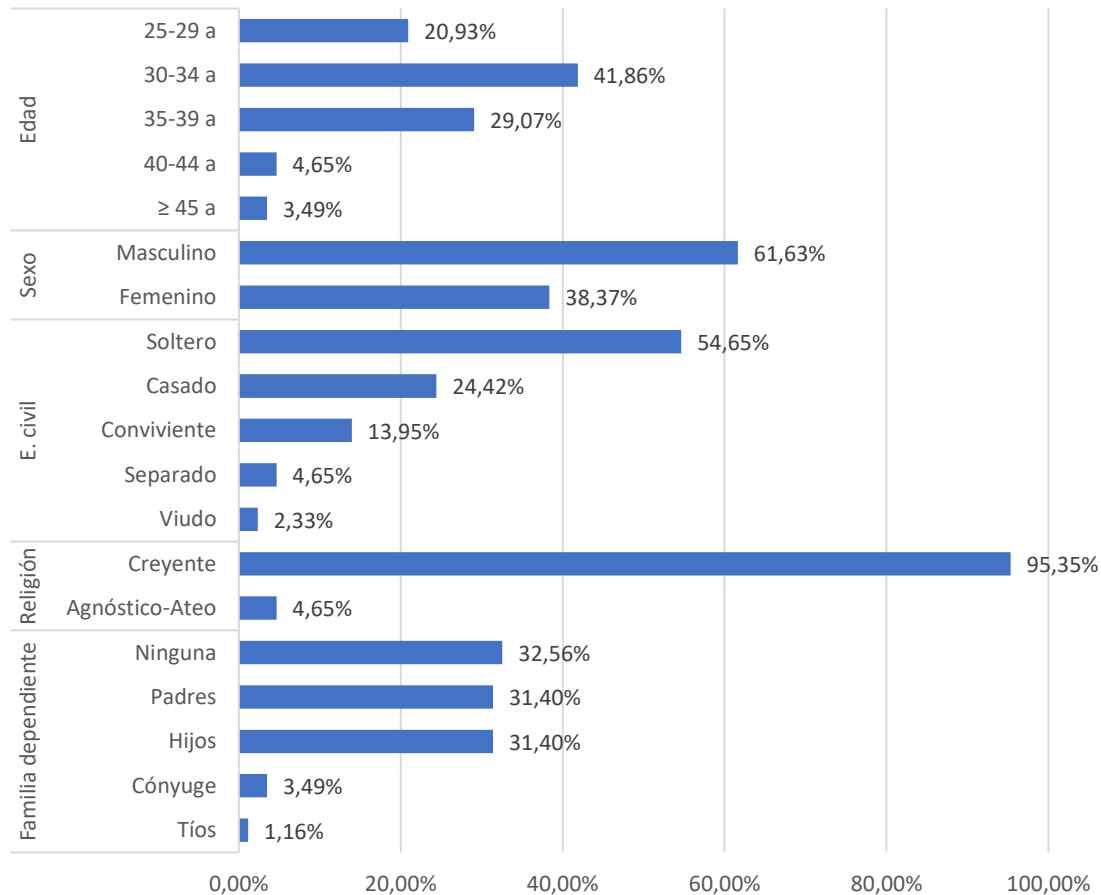
Edad promedio: 33.67 ± 5.28 años (26-60 años)

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Gráfico 1

Características sociodemográficas de los residentes de medicina



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1 Muestra las características sociodemográficas de los médicos residentes; de los 86 participantes, el 41.86% tuvieron de 30 a 34 años, con un 29.07% de ellos entre 35 y 39 años; la edad promedio fue de 33.67 ± 5.28 años. El 61.63% de residentes fueron varones y 38.37% mujeres, y la mayoría eran solteros (54.65%), con 24.42% de casados, 13.95% de convivientes, 4.65% de separados y 2.33% viudos. El 95.35% eran agnósticos o ateos, y 67.44% tenían familia dependiente, en 31.40% padres o hijos, 3.49% cónyuge o en 1.16% otros familiares.

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Tabla 2
Características epidemiológicas relacionadas a la COVID_19 en los residentes de medicina

		N°	%
Comorbilidades	Ninguna	67	77.91%
	Obesidad	8	9.30%
	HTA	3	3.49%
	Asma	2	2.33%
	Diabetes	2	2.33%
	Neoplasia	2	2.33%
	Otras	2	2.33%
	Vacunación	Completa	82
Sin vacuna		4	4.65%
Infección previa	Sin infección	39	45.35%
	Con infección previa	47	54.65%
Infección en familiar	No	28	32.56%
	Sí	58	67.44%
Total		86	100.00%

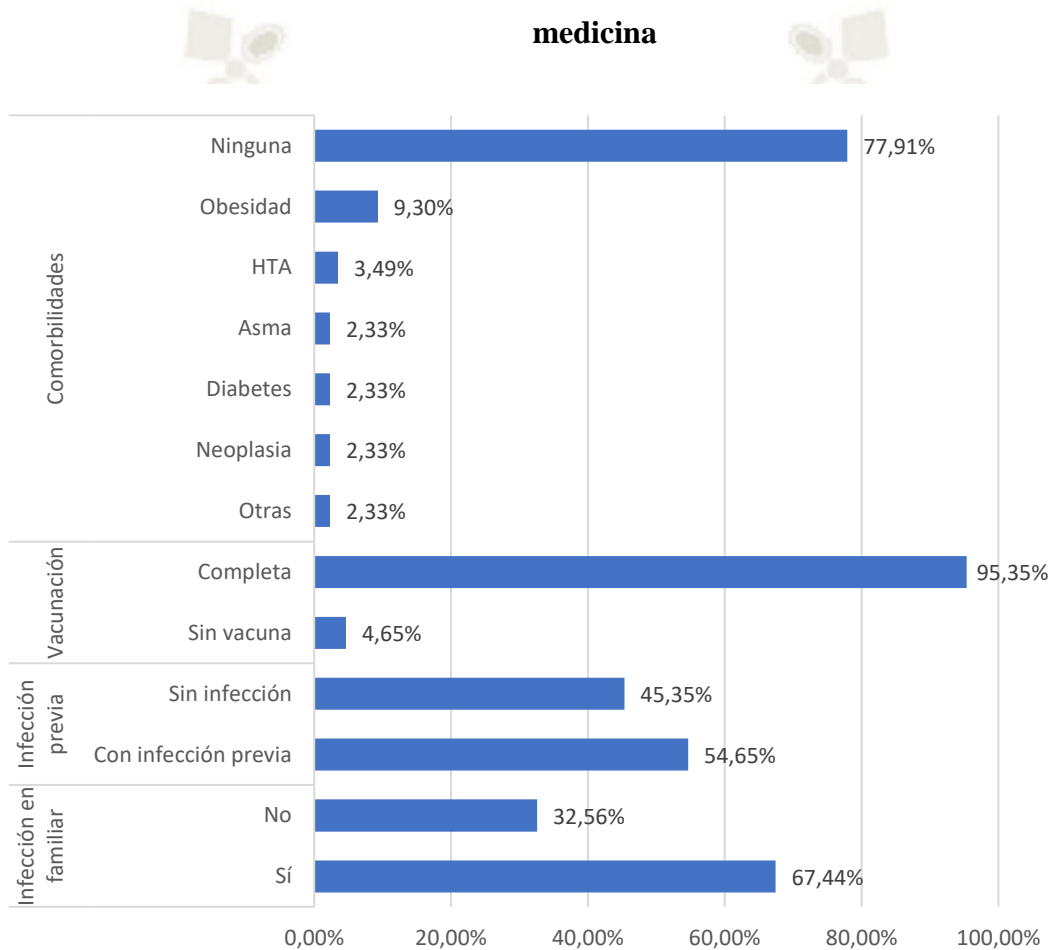
Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHE DE AREQUIPA, 2021

Gráfico 2

Características epidemiológicas relacionadas a la COVID_19 en los residentes de medicina



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2 Muestra las características epidemiológicas relacionadas a la enfermedad; el 22,09% tenía comorbilidades, principalmente obesidad (9,30%), e hipertensión (3,49%), en menor medida asma, diabetes, neoplasias u otras condiciones (2,33% cada uno). El 95,35% de casos recibió sus dos dosis de vacunas para la COVID-19, aunque 54,65% tuvo antecedente de infección previa por el virus, y 67,44% refirió infección en el seno de su familia.

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHE DE AREQUIPA, 2021

Tabla 3
Características laborales de los residentes de medicina

		N°	%
Nexo laboral	Contratado	77	89.53%
	Nombrado	7	8.14%
	CAS	2	2.33%
Especialidad	Quirúrgicas	37	43.02%
	Médicas	28	32.56%
	Pediátricas	12	13.95%
	Ginecología	8	9.30%
	Imagenología	1	1.16%
Total		86	100.00%

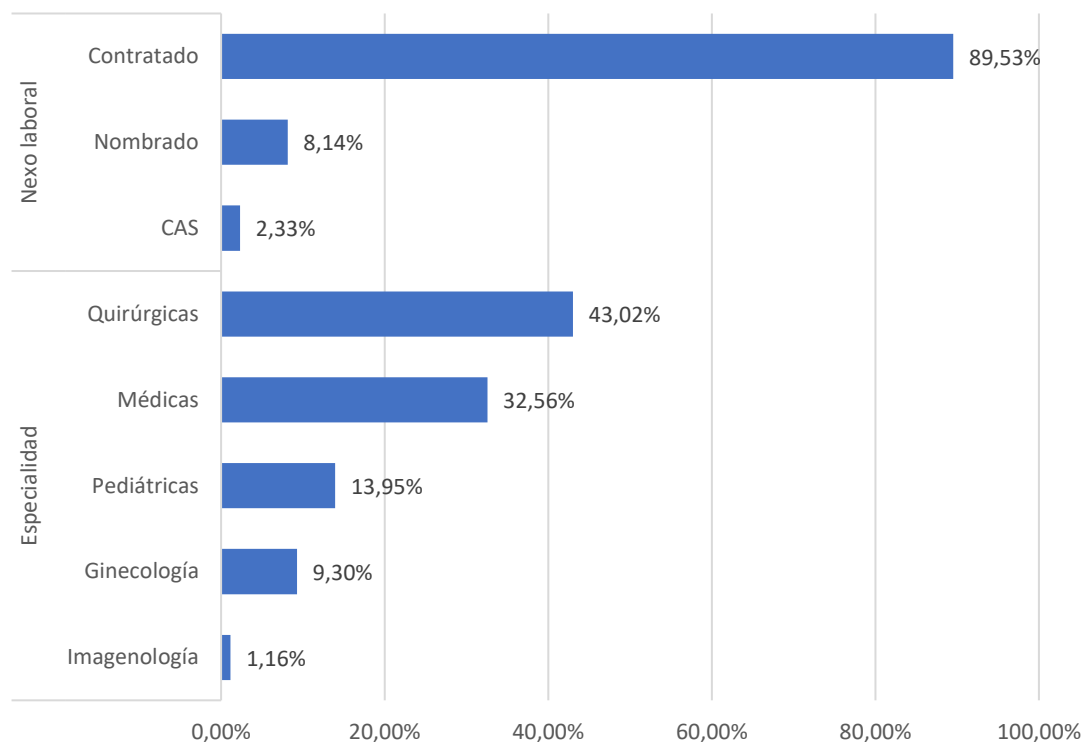
Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHE DE AREQUIPA, 2021

Gráfico 3

Características laborales de los residentes de medicina



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3 Muestran las características laborales de los residentes; el 89.53% son contratados, pero 8.14% son nombrados y 2.33% se encuentran bajo régimen CAS. La especialidad que vienen desarrollando corresponde a las áreas quirúrgicas en 43.02%, especialidades médicas en 32.56%, pediátricas en 13.95%, 9.30% es residente en ginecología, y 1.16% realiza la especialidad de imagenología.

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

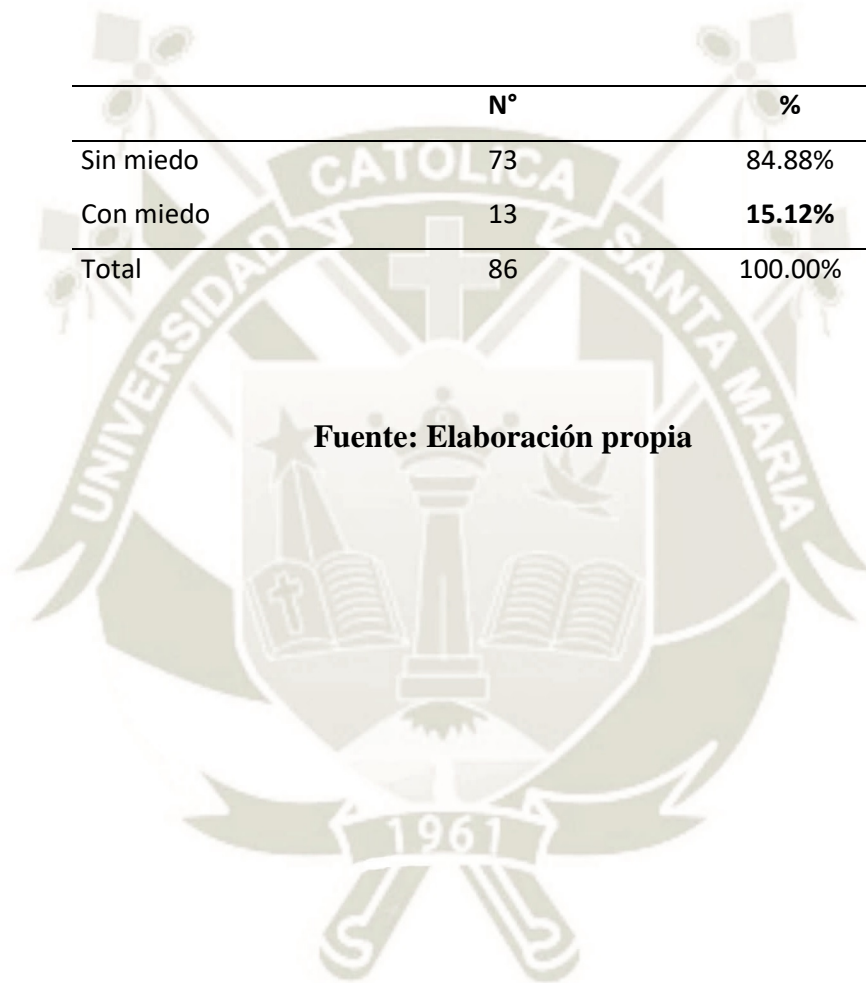
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Tabla 4

Presencia de miedo a enfermarse en los médicos residentes

	N°	%
Sin miedo	73	84.88%
Con miedo	13	15.12%
Total	86	100.00%

Fuente: Elaboración propia

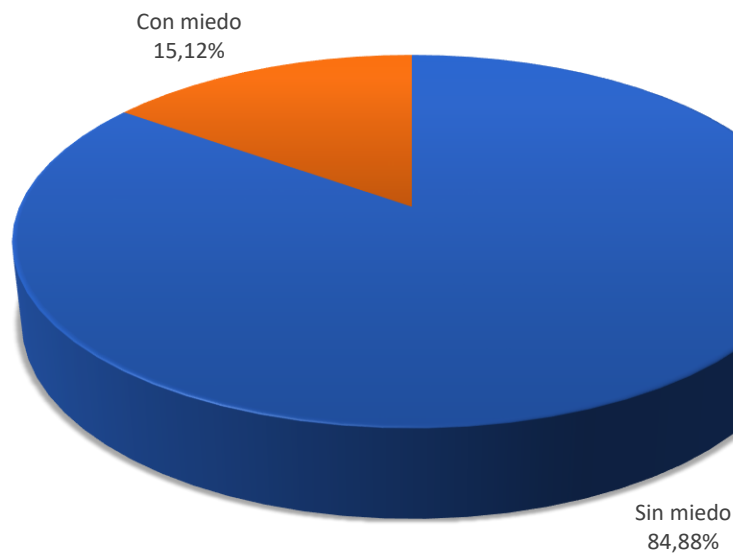


FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Gráfico 4

Presencia de miedo a enfermarse en los médicos residentes



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Se identificó este temor en 15.12% de residentes.

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Tabla 5

Factores sociodemográficos asociados al temor a enfermarse en médicos residentes

		Total	Con miedo		Sin miedo		Chi2 (p)
			N°	%	N°	%	
Edad	25-29 a	18	4	22.22%	14	77.78%	2.01 (0.73)
	30-34 a	36	5	13.89%	31	86.11%	
	35-39 a	25	4	16.00%	21	84.00%	
	40-44 a	4	0	0.00%	4	100.00%	
	≥ 45 a	3	0	0.00%	3	100.00%	
Sexo	Masculino	53	5	9.43%	48	90.57%	3.84 (0.05)
	Femenino	33	8	24.24%	25	75.76%	
E. civil	Soltero	47	6	12.77%	41	87.23%	3.83 (0.43)
	Casado	21	2	9.52%	19	90.48%	
	Conviviente	12	3	25.00%	9	75.00%	
	Separado	4	1	25.00%	3	75.00%	
	Viudo	2	1	50.00%	1	50.00%	
Religión	Creyente	82	13	15.85%	69	84.15%	0.75 (0.39)
	Agnóstico-Ateo	4	0	0.00%	4	100.00%	
Familiares dependientes	Ninguna	28	5	17.86%	23	82.14%	10.12 (0.04)
	Padres	27	1	3.70%	26	96.30%	
	Hijos	27	6	22.22%	21	77.78%	
	Cónyuge	3	0	0.00%	3	100.00%	
	Tíos	1	1	100.00%	0	0.00%	
Total		86	13	15.12%	73	84.88%	-

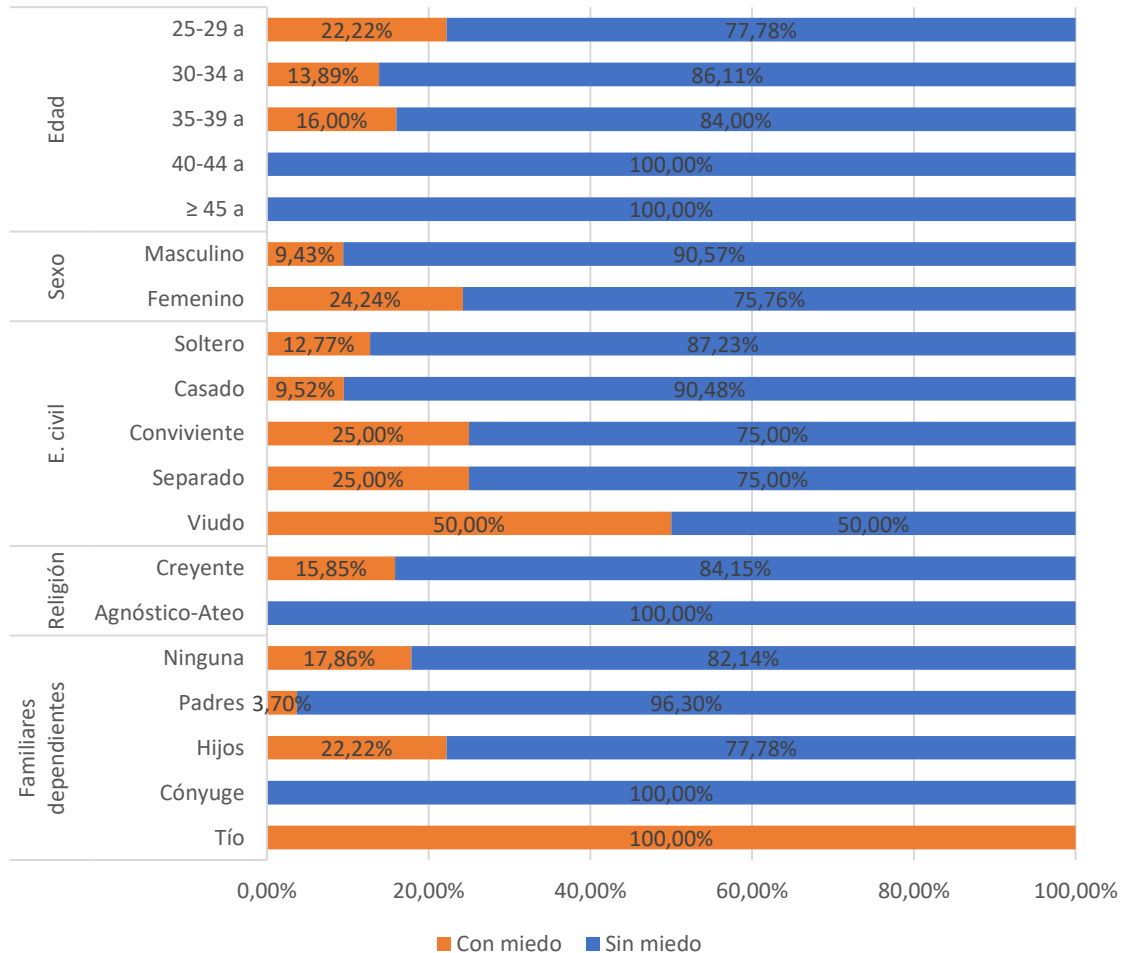
Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Gráfico 5

Factores sociodemográficos asociados al temor a enfermarse en médicos residentes



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5. Muestran los factores sociodemográficos asociados al temor o miedo a enfermarse. Hubo más temor en los más jóvenes (22.22% de los residentes de 25 a 29 años, 13.89% entre los de 30 a 34 años, y 16% en residentes de 35 a 39 años, y ya no se vio en los de más edad, aunque la diferencia no resultó significativa ($p > 0.05$). Se vio más temor entre las residentes mujeres (24.24%) que en varones (9.43%), con una diferencia significativa ($p = 0.05$). Según el estado civil, los viudos tuvieron más miedo a enfermarse (50%) y menos entre los casados

(9.52%), con 25% de convivientes o separados con temor a enfermar; las diferencias fueron no significativas ($p > 0.05$). Aunque solo hubo temor entre los creyentes (15.85) y no entre los agnósticos, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). El hecho de contar con familiares dependientes (82.14%) sí influyó en la presencia de miedo a enfermar ($p < 0.05$), sobre todo cuando los dependientes son otros familiares (100%), o los hijos (22.22%).



FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHE DE AREQUIPA, 2021

Tabla 6

Factores de la enfermedad asociados al temor a enfermarse en médicos residentes

		Total	Con miedo		Sin miedo		Chi2 (p)
			N°	%	N°	%	
Comorbilidades	Ninguna	67	9	13.43%	58	86.57%	0.67
	Con comorbilidad	19	4	21.05%	15	78.95%	(0.41)
Vacunación	Completa	82	13	15.85%	69	84.15%	0.75
	Sin vacuna	4	0	0.00%	4	100.00%	(0.39)
	Sin infección	39	9	23.08%	30	76.92%	3.52
Infección previa	Con infec. previa	47	4	8.51%	43	91.49%	(0.06)
Infección en familiar	No	28	5	17.86%	23	82.14%	0.24
	Sí	58	8	13.79%	50	86.21%	(0.62)
Total		86	13	15.12%	73	84.88%	-

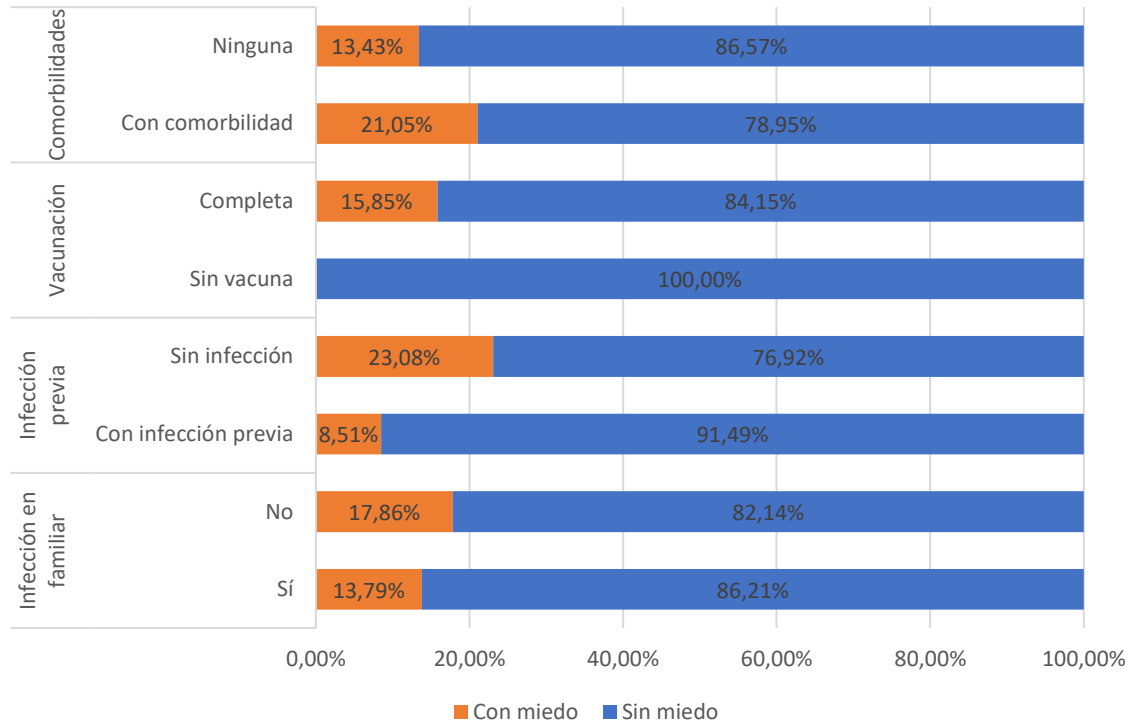
Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Gráfico 6

Factores de la enfermedad asociados al temor a enfermarse en médicos residentes



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6. Se muestran los factores epidemiológicos de la enfermedad relacionados al miedo a enfermarse; los residentes con comorbilidades tuvieron más temor (21.05%) que los que no tenían comorbilidades (13.43%), aunque sin diferencia significativa ($p > 0.05$). Se observó miedo a enfermarse en 15.85% de residentes vacunados, pero no entre los no vacunados, diferencia que no resultó significativa ($p > 0.05$). Los que no tuvieron infección previa tenían más temor (23.08%) que los que enfermaron (8.51%; $p > 0.05$), mientras que el temor a enfermarse fue similar en los que tuvieron un familiar enfermo (13.79%) y en los que no lo tuvieron (17.86%; $p > 0.05$).

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Tabla 7

Factores laborales asociados al temor a enfermar en médicos residentes

		Total	Con miedo		Sin miedo		Chi2 (p)
			N°	%	N°	%	
Nexo laboral	Contratado	77	12	15.58%	65	84.42%	0.37 (0.83)
	Nombrado	7	1	14.29%	6	85.71%	
	CAS	2	0	0.00%	2	100.00%	
Especialidad	Quirúrgicas	37	5	13.51%	32	86.49%	2.20 (0.70)
	Médicas	28	3	10.71%	25	89.29%	
	Pediátricas	12	3	25.00%	9	75.00%	
	Ginecología	8	2	25.00%	6	75.00%	
	Imagenología	1	0	0.00%	1	100.00%	
Total		86	13	15.12%	73	84.88%	-

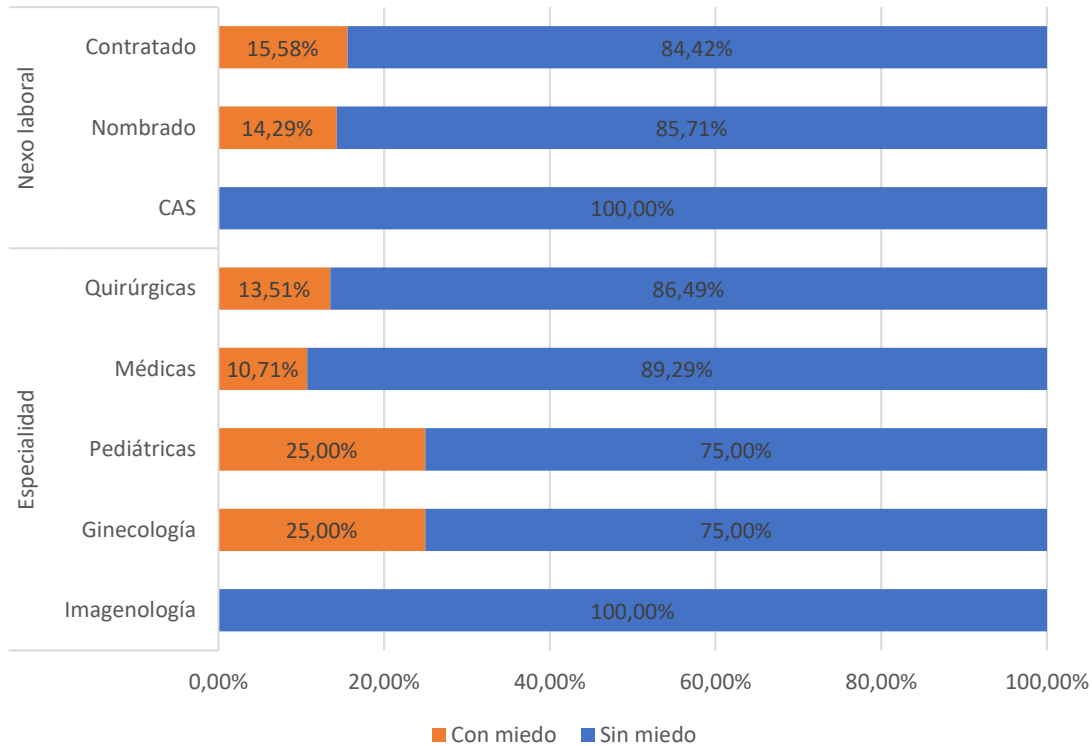
Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS AL MIEDO A ENFERMAR POR COVID-19 EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2021

Gráfico 7

Factores laborales asociados al temor a enfermarse en médicos residentes



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7 Muestran los factores laborales asociados al desarrollo de miedo a enfermarse por COVID; Hubo miedo a enfermarse en 15.58% de residentes nombrados y en 14.29% de nombrados, y aunque no se encontró en médicos CAS, las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$). El temor fue algo mayor en residentes de especialidades pediátricas y en ginecólogos (25%) que en especialidades quirúrgicas (13.51%) o médicas (10.71%), aunque sin diferencias significativas ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objeto de identificar los factores asociados al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021. Se realizó la presente investigación debido a la importancia de la Salud Mental de los futuros médicos especialistas expuestos a los cambios que actualmente estamos viviendo y que se está experimentando tanto mundialmente como en nuestro país.

Para tal fin se encuestó a 86 residentes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y escala de Miedo a la COVID-19 (FCV-19S). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, y se comparan variables con la prueba Chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra las características sociodemográficas de los médicos residentes; de los 86 participantes, el 41.86% tuvieron de 30 a 34 años, con un 29.07% de ellos entre 35 y 39 años; la edad promedio fue de 33.67 ± 5.28 años. El 61.63% de residentes fueron varones y 38.37% mujeres, y la mayoría eran solteros (54.65%), con 24.42% de casados, 13.95% de convivientes, 4.65% de separados y 2.33% viudos. El 95.35% eran agnósticos o ateos, y 67.44% tenían familia dependiente, en 31.40% padres o hijos, 3.49% cónyuge o en 1.16% otros familiares.

Los resultados encontrados se asemejan a los resultados investigados por Condori Y. quien indicó que el sexo femenino representó un 53,9% de la muestra, la mediana de la edad fue 31 años, con un rango intercuartil de 29 a 37 años (31). De la misma manera acerca de los factores sociodemográficos, Quispe JG, en su investigación denotó que el rango de edad es de 27 y 47 años (25 varones y 24 mujeres) promedio 30 a 35 años (32). Por su parte, para Sánchez BG, Torres KM la edad mínima fue 18 y la máxima 90, y la edad media 40,53 años (33). Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P reporta una muestra de 1.161 participantes (edad: 19-84 años) (36). Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C (37). Monterrosa-Castro Á, et al encontraron una participación de 531 médicos generales con edad promedio de 30 años (37).

En general se encontró que las personas que conformaban la muestra tienen un promedio de 35 años.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra las características epidemiológicas relacionadas a la enfermedad; el 22.09% tenía comorbilidades, principalmente obesidad (9.30%), e hipertensión (3.49%), en menor medida asma, diabetes, neoplasias u otras condiciones

(2.33% cada uno). El 95.35% de casos recibió sus dos dosis de vacunas para la COVID-19, aunque 54.65% tuvo antecedente de infección previa por el virus, y 67.44% refirió infección en el seno de su familia.

Respecto a las características epidemiológicas relacionadas a la enfermedad Condori Y. encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas (31). Por su parte, Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras. identificaron síntomas de ansiedad en el 72.9%, más frecuente entre quienes laboraban en las capitales ($p=0.044$) (37).

La **Tabla y Gráfico 3** muestran las características laborales de los residentes; el 89.53% son contratados, pero 8.14% son nombrados y 2.33% se encuentran bajo régimen CAS. La especialidad que vienen desarrollando corresponde a las áreas quirúrgicas en 43.02%, especialidades médicas en 32.56%, pediátricas en 13.95%, 9.30% es residente en ginecología, y 1.16% realiza la especialidad de imagenología.

Según lo demostrado por Quispe JG. En cuanto a la especialidad 57.1% son médicas, 30.6%, quirúrgicas y 12.2%, apoyo al diagnóstico; el 93.9% asegura que su especialidad está centrada en el paciente (32).

Luego de la aplicación de la escala de miedo a enfermar por COVID-19 (**Tabla y Gráfico 4**), se identificó este temor en 15.12% de residentes.

Para Sánchez BG, Torres KM. En cuanto al miedo al COVID-19, predominó el nivel efecto grande con 76,8% ($n=308$) y en relación a las dimensiones, en reacciones al miedo emocional, predominó el nivel efecto medio grande con 51,1% ($n=205$). De los 2466 encuestados, el 36 % se deprimirían, el 26 % piensa que podrían fallecer, el 17 % dice que esto es evidencia del fin del mundo y el 9 % podrían tomar una decisión fatal (33).

Concuerda con el temor presentado en la presente investigación.

De la misma forma, Mejía CR, Quispe-Sancho A, Rodríguez-Alarcon JF y cols. demuestran que las mujeres tuvieron mayor frecuencia de 3 de las conductas fatalistas (contagiarse $p=0,020$; contagiar a otros $p=0,004$ y deprimirse $p=0,020$) A mayor edad hubo 5 percepciones (contagiar a otros $p=0,007$; complicarse $p<0,001$; deprimirse $p<0,001$, pensar que morirían $p<0,001$ o suicidarse $p=0,014$) (34).

Los resultados indican que los miedos más comunes corresponden a las categorías de contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo/ingresos. e incluso

se puede apreciar como a mayor edad las personas demostraron mayores percepciones de depresión e incertidumbre de muerte (34).

Por su parte, Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. encontró niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño, y síntomas emocionales, La intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son poderosos predictores del impacto (36).

Para concluir, Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras informó que el 37.1% denotó síntomas de miedo al COVID-19 (FCV-19S) (37).

De forma general se puede denotar que la población estudiada en las diferentes investigaciones tienen temor a contagio y tienen miedo a la muerte debido al contexto en el que se encuentran presentes.

La **Tabla y Gráfico 5** muestran los factores sociodemográficos asociados al temor o miedo a enfermarse. Hubo más temor en los más jóvenes (22.22% de los residentes de 25 a 29 años, 13.89% entre los de 30 a 34 años, y 16% en residentes de 35 a 39 años, y ya no se vio en los de más edad, aunque la diferencia no resultó significativa ($p > 0.05$). Se vio más temor entre las residentes mujeres (24.24%) que en varones (9.43%), con una diferencia significativa ($p = 0.05$). Según el estado civil, los viudos tuvieron más miedo a enfermarse (50%) y menos entre los casados (9.52%), con 25% de convivientes o separados con temor a enfermarse; las diferencias fueron no significativas ($p > 0.05$). Aunque solo hubo temor entre los creyentes (15.85) y no entre los agnósticos, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). El hecho de contar con familiares dependientes (82.14%) sí influyó en la presencia de miedo a enfermarse ($p < 0.05$), sobre todo cuando los dependientes son otros familiares (100%), o los hijos (22.22%).

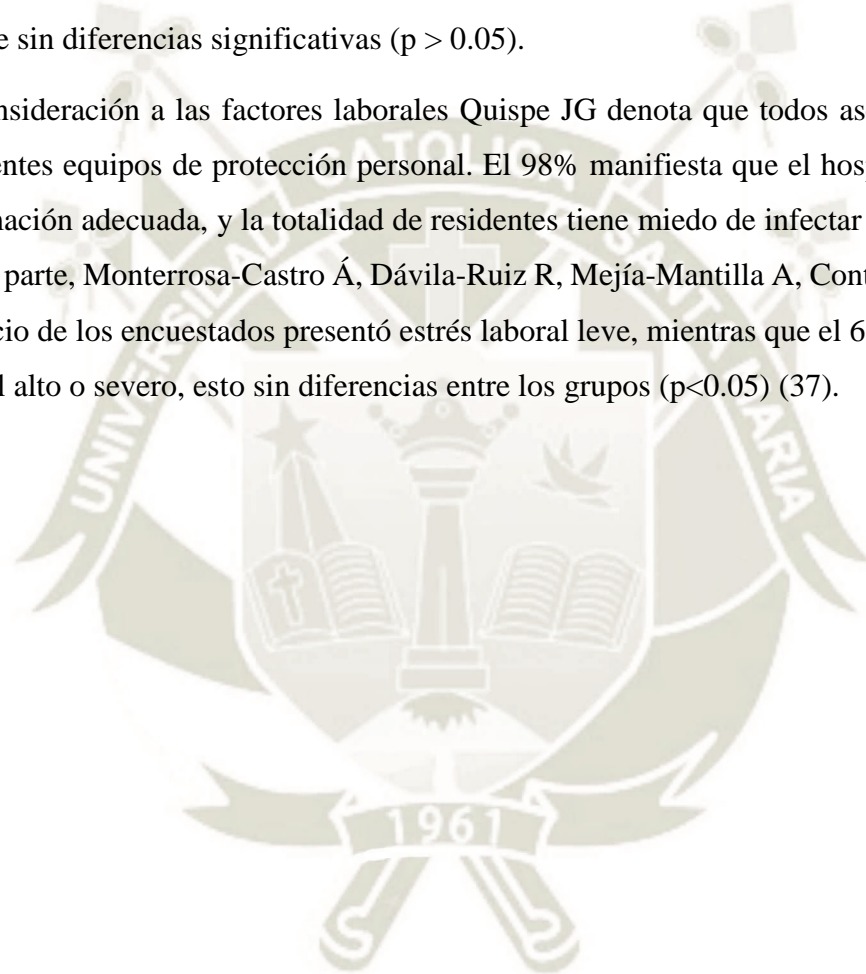
Para Quispe JG un 55.1% son solteros, el 51% no tienen hijos, pero no indicó si estos factores son fundamentales para hallar una relación con el miedo a enfermarse (32).

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestran los factores epidemiológicos de la enfermedad relacionados al miedo a enfermarse; los residentes con comorbilidades tuvieron más temor (21.05%) que los que no tenían comorbilidades (13.43%), aunque sin diferencia significativa ($p > 0.05$). Se observó miedo a enfermarse en 15.85% de residentes vacunados, pero no entre los no vacunados, diferencia que no resultó significativa ($p > 0.05$). Los que no tuvieron infección previa tenían más temor (23.08%) que los que enfermaron (8.51%; $p > 0.05$),

mientras que el temor a enfermar fue similar en los que tuvieron un familiar enfermo (13.79%) y en los que no lo tuvieron (17.86%; $p > 0.05$).

La **Tabla y Gráfico 7** muestran los factores laborales asociados al desarrollo de miedo a enfermar por COVID; Hubo miedo a enfermar en 15.58% de residentes nombrados y en 14.29% de nombrados, y aunque no se encontró en médicos CAS, las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$). El temor fue algo mayor en residentes de especialidades pediátricas y en ginecólogos (25%) que en especialidades quirúrgicas (13.51%) o médicas (10.71%), aunque sin diferencias significativas ($p > 0.05$).

En consideración a las factores laborales Quispe JG denota que todos aseguran no recibir suficientes equipos de protección personal. El 98% manifiesta que el hospital no le brinda información adecuada, y la totalidad de residentes tiene miedo de infectar a su familia (32). Por su parte, Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contrerasinforma que un tercio de los encuestados presentó estrés laboral leve, mientras que el 6% presentó estrés laboral alto o severo, esto sin diferencias entre los grupos ($p < 0.05$) (37).



CONCLUSIONES

- Primera.-** Se encontró miedo a enfermarse por COVID-19 en 15.12% de médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021.
- Segunda.-** Los médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021 tienen entre 30 y 39 años de edad, ligeramente más varones que mujeres, solteros y creyentes, con familia dependiente; menos de una cuarta parte tiene comorbilidades, y la mayoría han sido vacunados, y más de la mitad ha tenido antecedente personal o familiar de infección.
- Tercera. -** Las características que se asocian al miedo a enfermarse por COVID-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2021 fueron el sexo femenino y el tener familia dependiente.
- Cuarto:** Dentro de las características epidemiológicas los médicos residentes con comorbilidades presentan miedo en un 21.05%, los que cuentan con dosis completa de vacunación contra el COVID-19 presentaron miedo en un 15.85%, un 23.08% presentan miedo por no haber presentado infección previa, mientras que el 17.86 % presentaron miedo a enfermarse por tener familiar sin infección previa a COVID 19.

RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere al área de Psiquiatría que consideren la investigación presentada para que se desarrollen a futuro estrategias de prevención y promoción en salud mental enfocadas al miedo de enfermar por COVID 19, sobre todo en los médicos residentes más aun en esta emergencia por COVID -19, de esta manera poder disminuir futuras patologías psiquiátricas.
- 2) Se recomienda al personal de Psiquiatría ampliar el estudio de otros síntomas mentales que puedan estar relacionados con la COVID 19 como lo es la ansiedad, depresión, cansancio, estrés laboral, entre otros y de esta manera identificar al personal que lo presente y actuar de manera precoz.
- 3) Instaurar terapias y/o talleres sobre relajación, higiene de sueño, manejo del miedo en esta emergencia del COVID-19.
- 4) Incentivar al desarrollo de investigación de salud mental en relación al COVID 19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrer R. Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina Intensiva*. 2020 vol. 44, no 6, p. 323.
2. Radio Programas del Perú RPP. Cronología del COVID-19 en el Perú y el mundo. [Online].; 2020 [cited 2021 abr 28. Available from: <https://rpp.pe/vital/salud/coronavirus-esta-es-la-cronologia-del-covid-19-en-el-peru-y-el-mundo-noticia-1256724>.
3. Ministerio de Salud MINSA. Sala situacional COVID-19. [Online].; 2021 [cited 2021 abr 30. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
4. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. Informe nacional sobre el impacto del COVID-19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú (al mes de mayo, 2020) Lima; 2020.
5. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. 2020; 5(4): p. 536-544.
6. Pal M, Berhanu G, Desalegn C, Kandi V. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2): an update. *Cureus*. 2020; 12(3): p. e7423.
7. Hinojosa RA, Carhuas LI, Hinojosa LA, Mendoza J, Rodríguez TN, Pineda NE, et al. Coronavirus: Una extensa familia de virus. *Revista Ciencia Nor@ndina*. 2020; 3(1): p. 68-79.
8. Mesel-Lemoine M, Millet J, Vidalain PO, Law H, Vabret A, Lorin V. A human coronavirus responsible for the common cold massively kills dendritic cells but not monocytes. *J Virol*. 2012; 86: p. 7577-7587.
9. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & laboratorio*. 2021; 24(3): p. 183-205.
10. Zhao Y, Zhao Z, Wang Y, Zhou Y, Ma Y, Zuo W. Single-cell RNA expression profiling of ACE2, the putative receptor of Wuhan 2019-nCov. *Bioinformatics*. 2020 ene.

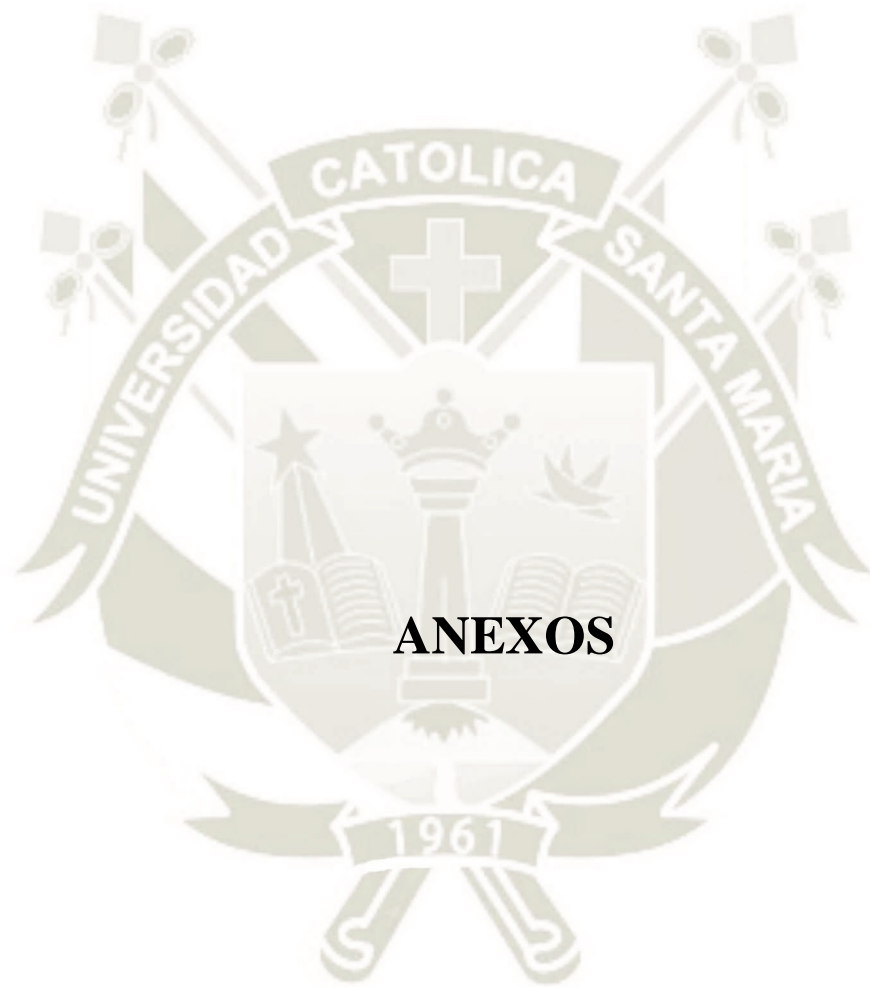
11. Wrapp D, Wang N, Corbett KS, Goldsmith JA, Hsieh CL, Abiona O. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science*. 2020; 367(6483): p. 1260-1263.
12. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020; 172(9): p. 577-582.
13. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13): p. 1239-1242.
14. Centers of Disease Control and Prevention. Symptoms of Coronavirus. [Online].; 2020 [cited 2021 abr 28. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.
15. Vera O. Manejo y tratamiento actual del Covid-19 Resumen de Conferencia. *Cuadernos Hospital de Clínicas*. 2020; 61(2): p. 73-80.
16. Ministerio de Salud MINSA. Resolución Ministerial N° 905-2020/MINSA [sede Web]. Perú: MINSA; 04 de noviembre de 2020. [Online].; 2020 [cited 2021 abr 28. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1322786-905-2020-minsa>.
17. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020; 7: p. 11.
18. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Preliminary Report (ACTT-1 Study). *N Engl J Med*. 2020 Oct.
19. McCreary EK, Pogue JM. COVID-19 Treatment: A Review of Early and Emerging Options. *Open Forum Infectious Diseases (OFID)*. 2020 Mar.
20. DÍAZ, Emili, et al. Tratamiento farmacológico de la COVID-19: revisión narrativa de los Grupos de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis (GTEIS) y del Grupo de Trabajo de Transfusiones Hemoderivados (GTTH). *Medicina intensiva*, 2021. vol. 45, no 2, p. 104-121.

21. Centro Universitario de Farmacología. Centro Colaborador OPS/OMS. Remdesivir para el tratamiento de infección por COVID-19. [Online].; 2020. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096930/remdesivir-rev-rapida-18-05-2020-2.pdf>.
22. APA: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
23. Tomás-Sábado J. Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. Revista de enfermería y salud mental. 2020;(16): p. 26-30.
24. Sadock V, Sadock J. Kaplan and Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 10th ed. USA: Wolters and Kluwers; 2009.
25. Lara GE, Baca-Salinas J, Reyes-Mendoza LG. Nosofobia como impacto negativo de la pandemia derivada del covid-19. Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula. 2021; 8(15): p. 56-60.
26. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2020; 37(2): p. 4-7.
27. Quezada VE. Miedo y psicopatología la amenaza que oculta el Covid-19. Cuadernos de Neuropsicología. 2020; 14(1): p. 19-23.
28. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet. 2020; 395(10227): p. 912-920.
29. Cedillo B. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2017; 20(1): p. 239-251.
30. Bocchio M, McHugh SB, Bannerman DM, Sharp T, Capogna M. Serotonin, Amygdala and Fear: Assembling the Puzzle. Frontiers in Neural Circuits. 2016;(24).
31. Rodrigues SM, LeDoux JE, Sapolsky RM. The Influence of Stress Hormones on Fear Circuitry. Annual Review of Neuroscience. 2009; 32(1): p. 289–313.
32. Thompson RS, String PV, Fleshner M. Physiological Consequences of Repeated Exposures to Conditioned Fear. Behavioral Sciences. 2012; 2(2): p. 57–78.

33. Condori Y. Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa: [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano], Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2020.
34. Quispe JG. Factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020: [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano], Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2020.
35. Sánchez BG, Torres KM. Miedo al COVID-19 en personas que residen en una zona vulnerable de Huáscar en San Juan de Lurigancho, 2020: [Tesis para obtener el título profesional de licenciadas en enfermería], Universidad María Auxiliadora; 2021.
36. Mejia CR, Quispe-Sancho A, Rodriguez-Alarcon JF, Ccasa-Valero L, Ponce-López VL, Varela-Villanueva ES, et al. Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2020; 19(2).
37. Uribe-Alvarado JI, Valadez-Jiménez A, Molina NE, Acosta B. Percepción de riesgo, miedos a infectarse y enfermar de COVID_19 y variables predictoras de confinamiento social en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 2020; 12(1): p. 35-44.
38. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2020; 25(1): p. 1-22.
39. Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020; 23(2): p. 195-213.
40. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric properties of a Spanish version of the Fear of COVID-19 Scale in general population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addiction*. 2020; 1(14).

41. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale. *Int J Ment Health Addict*. 2020; 27: p. 1-9.





Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

Nº de Ficha: _____

Características sociodemográficas

Edad: _____ años

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero conviviente casado separado

Religión: Agnóstico-Ateo Creyente

Familia dependiente: Ninguna padres cónyuge hijos

Características laborales

Nexo laboral Contratado nombrado

Especialidad: Cirugía medicina pediatría Ginecobstetricia otras

Características epidemiológicas

Comorbilidades: Ninguna hipertensión obesidad

asma otras _____

Vacunación contra COVID: Sin vacuna una dosis dos dosis

Antecedente personal de infección: Con infección previa sin infección

Antecedente de infección en la familia: No Sí _____

Observaciones:

.....

.....

Anexo 2.

Escala de Miedo al Covid-19 versión peruana

Responda las siguientes preguntas en relación a sus sentimientos hacia la COVID-19 según la siguiente escala:

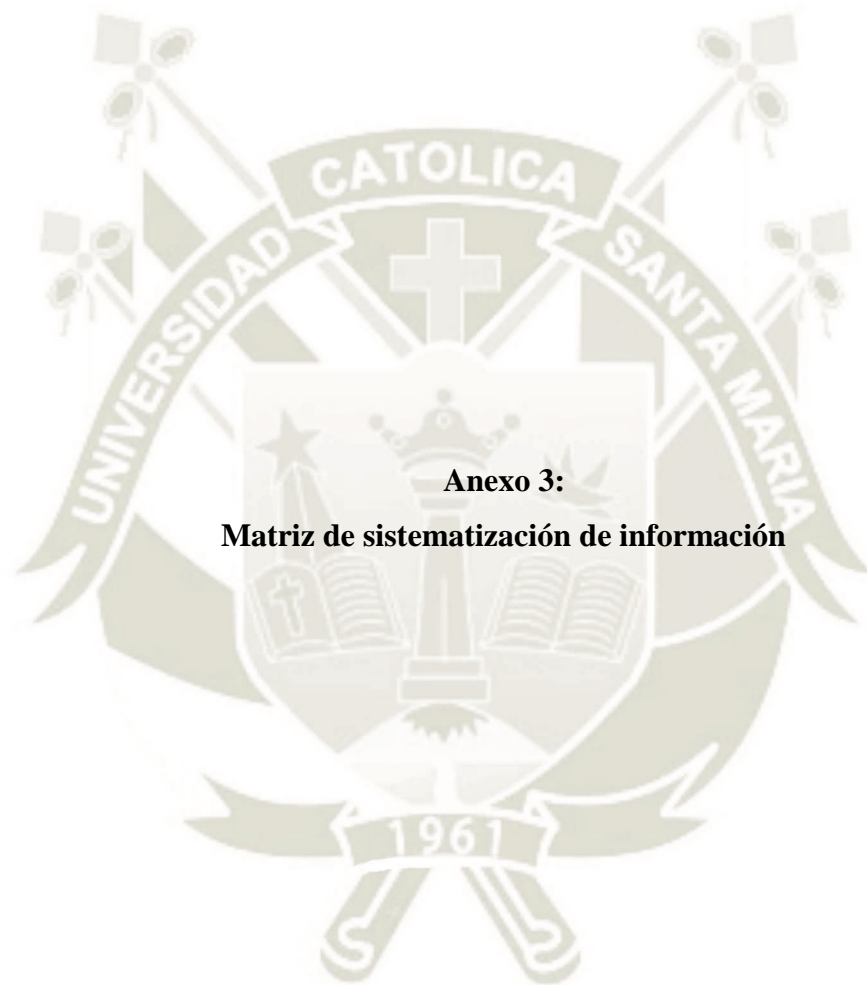
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

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



Gracias por su participación

Fuente: Huarcaya-Victoria, Villarreal-Zegarra, Podestá, Luna Cuadros, (2020)



Anexo 3:

Matriz de sistematización de información

Orden	Edad	Cat edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Familia dependiente	Nexo laboral	Especialidad	Comorbilidades	Vacunación contra COVID 19	Antecedente personal de infección	Antecedente de infección en la familia	Puntaje total	Nivel
1	29	25-29 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Cardiología	Obesidad	Dos dosis	Sin infección	Si	33	Con temor
2	27	25-29 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Medicina Interna	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	22	Con temor
3	30	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Pediatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	25	Con temor
4	29	25-29 a	Masculino	Viudo	Creyente	Padres	Cas	Pediatría	Asma	Dos dosis	Con infección previa	Si	17	Sin temor
5	38	35-39 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Psiquiatría	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	13	Sin temor
6	41	40-44 a	Masculino	Soltero	Creyente	Hijos	Nombrado	Pediatría	Ninguna	Sin Vacuna	Sin infección	No	11	Sin temor
7	34	30-34 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Hijos	Contratado	Neurocirugía	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	22	Con temor
8	48	≥ 45 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Nombrado	Pediatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	19	Sin temor
9	33	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Cirugía pediátrica	Diabetes	Dos dosis	Sin infección	Si	8	Sin temor
10	39	35-39 a	Femenino	Separado	Creyente	Hijos	Nombrado	Pediatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	23	Con temor
11	32	30-34 a	Femenino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Pediatría	Artrosis	Dos dosis	Sin infección	No	23	Con temor
12	30	30-34 a	Masculino	Casado	Creyente	Ninguna	Contratado	Medicina Interna	Obesidad	Dos dosis	Con infección previa	Si	16	Sin temor
13	38	35-39 a	Femenino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Psiquiatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	11	Sin temor
14	38	35-39 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Psiquiatría	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	13	Sin temor
15	28	25-29 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Medicina Intensiva	HTA	Dos dosis	Con infección previa	Si	19	Sin temor
16	29	25-29 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	18	Sin temor
17	32	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	17	Sin temor
18	39	35-39 a	Femenino	Casado	Creyente	Hijos	Nombrado	Cirugía	Migraña	Dos dosis	Sin infección	Si	16	Sin temor
19	34	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	14	Sin temor
20	27	25-29 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Ginecología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	25	Con temor
21	30	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Cardiología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	13	Sin temor
22	41	40-44 a	Masculino	Soltero	Creyente	Hijos	Nombrado	Neonatología	Ninguna	Sin Vacuna	Sin infección	No	9	Sin temor
23	30	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Nombrado	Cardiología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	21	Sin temor
24	38	35-39 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Cardiología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	18	Sin temor
25	29	25-29 a	Femenino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Medicina Interna	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	28	Con temor
26	30	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Neonatología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	11	Sin temor
27	41	40-44 a	Femenino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Pediatría	Ninguna	Sin Vacuna	Sin infección	No	15	Sin temor
28	26	25-29 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Pediatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	18	Sin temor
29	32	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	7	Sin temor

30	34	30-34 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Hijos	Contratado	Neurocirugía	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	16	Sin temor
31	32	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Oncología	Neoplasia	Dos dosis	Con infección previa	Si	9	Sin temor
32	28	25-29 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Cirugía oncológica	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	7	Sin temor
33	31	30-34 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Ninguna	Contratado	Oncología	HTA	Dos dosis	Con infección previa	Si	10	Sin temor
34	39	35-39 a	Masculino	Separado	Agnóstico -Ateo	Ninguna	Contratado	Oncología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	18	Sin temor
35	37	35-39 a	Masculino	Viudo	Creyente	Ninguna	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	24	Con temor
36	37	35-39 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Cirugía cardiovascular	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	12	Sin temor
37	34	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Pediatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	20	Sin temor
38	39	35-39 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	UCI	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	13	Sin temor
39	37	35-39 a	Masculino	Casado	Creyente	Cónyugue	Contratado	Neurocirugía	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	9	Sin temor
40	28	25-29 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	11	Sin temor
41	33	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Tios	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	22	Con temor
42	29	25-29 a	Femenino	Separado	Creyente	Padres	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	9	Sin temor
43	32	30-34 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Ninguna	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	18	Sin temor
44	35	35-39 a	Femenino	Casado	Creyente	Ninguna	Cas	Ginecología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	8	Sin temor
45	33	30-34 a	Masculino	Casado	Agnóstico -Ateo	Cónyugue	Contratado	Ginecología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	7	Sin temor
46	29	25-29 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	21	Sin temor
47	28	25-29 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Medicina Intensiva	HTA	Dos dosis	Con infección previa	Si	19	Sin temor
48	33	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Traumatología	Obesidad	Dos dosis	Con infección previa	Si	21	Sin temor
49	30	30-34 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Ninguna	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	12	Sin temor
50	37	35-39 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Psiquiatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	9	Sin temor
51	27	25-29 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	9	Sin temor
52	32	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Traumatología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	13	Sin temor
53	38	35-39 a	Femenino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Psiquiatría	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	11	Sin temor
54	32	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Psiquiatría	Neoplasia	Dos dosis	Sin infección	No	17	Sin temor
55	35	35-39 a	Masculino	Soltero	Creyente	Hijos	Contratado	Traumatología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	20	Sin temor
56	36	35-39 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Gastroenterología	Asma	Dos dosis	Con infección previa	Si	21	Sin temor
57	33	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Ginecología	Obesidad	Dos dosis	Con infección previa	Si	23	Con temor
58	30	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Psiquiatría	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	17	Sin temor
59	37	35-39 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Anestesiología	Diabetes	Dos dosis	Con infección previa	Si	19	Sin temor
60	36	35-39 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Hijos	Contratado	Anestesiología	Obesidad	Dos dosis	Con infección previa	Si	22	Con temor

61	32	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Anestesiología	Obesidad	Dos dosis	Con infección previa	Si	19	Sin temor
62	32	30-34 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Ninguna	Contratado	Cirugía oncológica	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	19	Sin temor
63	30	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Medicina Interna	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	9	Sin temor
64	38	35-39 a	Masculino	Separado	Creyente	Hijos	Contratado	Neurocirugía	Obesidad	Dos dosis	Con infección previa	Si	20	Sin temor
65	39	35-39 a	Femenino	Conviviente	Creyente	Hijos	Contratado	Neurocirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	11	Sin temor
66	45	≥ 45 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	18	Sin temor
67	28	25-29 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Cirugía oncológica	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	17	Sin temor
68	30	30-34 a	Masculino	Casado	Creyente	Cónyugue	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	16	Sin temor
69	30	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Neumología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	16	Sin temor
70	38	35-39 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Imagenología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	20	Sin temor
71	32	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Ginecología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	20	Sin temor
72	29	25-29 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Medicina Interna	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	No	20	Sin temor
73	30	30-34 a	Femenino	Soltero	Agnóstico -Ateo	Padres	Contratado	Cardiología	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	21	Sin temor
74	37	35-39 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Hijos	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	14	Sin temor
75	35	35-39 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Medicina Interna	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	18	Sin temor
76	40	40-44 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	20	Sin temor
77	30	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	19	Sin temor
78	37	35-39 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Hijos	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	24	Con temor
79	29	25-29 a	Femenino	Soltero	Creyente	Ninguna	Contratado	Pediatría	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	7	Sin temor
80	31	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Medicina Interna	Ninguna	Dos dosis	Sin infección	Si	19	Sin temor
81	35	35-39 a	Femenino	Conviviente	Creyente	Ninguna	Contratado	Gastroenterología	Obesidad	Dos dosis	Con infección previa	Si	19	Sin temor
82	29	25-29 a	Femenino	Soltero	Agnóstico -Ateo	Padres	Contratado	Cirugía	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	21	Sin temor
83	34	30-34 a	Masculino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Ginecología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	9	Sin temor
84	60	≥ 45 a	Masculino	Casado	Creyente	Hijos	Nombrado	Ginecología	Ninguna	Sin Vacuna	Con infección previa	Si	15	Sin temor
85	30	30-34 a	Masculino	Conviviente	Creyente	Ninguna	Contratado	Anestesiología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	Si	12	Sin temor
86	33	30-34 a	Femenino	Soltero	Creyente	Padres	Contratado	Ginecología	Ninguna	Dos dosis	Con infección previa	No	18	Sin temor