



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Miedo al COVID-19 e impulsividad en jóvenes y adultos en una
muestra nacional**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciado en Psicología

AUTOR:

Alvarez Ari, Lizbeth Vanesa (ORCID: [0000-0001-5637-6830](https://orcid.org/0000-0001-5637-6830))

ASESOR:

Mgr. Serpa Barrientos, Antonio (ORCID: [0000-0002-7997-2464](https://orcid.org/0000-0002-7997-2464))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LIMA — PERÚ

2022

Dedicatoria

A mis padres por apoyarme a lograr mis objetivos mediante su paciencia, apoyo y comprensión.

A mí misma por haberme esforzado para que esta investigación esté a la altura de lo esperado como parte de mi crecimiento profesional.

A los lectores que desean leer mi investigación con la finalidad de conocer más sobre la relación de ambas variables en tiempos de pandemia, esperando que sea útil para posteriores investigaciones.

Agradecimiento

A mi asesor por haberme orientado y enseñado todo lo necesario durante todo este periodo de formación.

A mis padres por acompañarme en el transcurso de esta etapa universitaria.

A todos los que participaron como parte de la muestra para llevar a cabo mi investigación.

A los autores del instrumento por permitirme utilizar las escalas de evaluación para así poder desarrollar adecuadamente mi investigación.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5. Procedimientos.....	18
3.6. Método y análisis de datos	18
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS.....	20
V. DISCUSIÓN.....	24
VI. CONCLUSIONES	27
VII. RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS	37

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos.....	14
Tabla 8. Prueba de normalidad de las dimensiones de las variables Miedo al COVID-19 e Impulsividad	20
Tabla 9. Correlación de la variable Miedo al Covid-19 e Impulsividad.....	21
Tabla 10. Correlación de la variable Miedo al Covid-19 con las dimensiones de Impulsividad.....	22
Tabla 11. Correlación de la variable Impulsividad con las dimensiones de Miedo al COVID-19	23
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable: Miedo al Covid-19.....	37
Tabla 3. Matriz de operacionalización de la variable: Impulsividad.....	38
Tabla 4. Índice de bondad de ajuste de los instrumentos por AFC.....	41
Tabla 5. Evidencia de validez de contenido por criterio de jueces de la escala Miedo al Covid-19, a través de la V de Aiken	44
Tabla 6. Evidencia de validez de contenido por criterio de jueces de la escala Impulsividad, a través de la V de Aiken	45
Tabla 7. Confiabilidad por consistencia interna los instrumentos	47

Índice de gráficos y figuras

Figura 3. Correlación entre el miedo al COVID-19 e Impulsividad	21
Figura 4. Correlación entre el Miedo al COVID-19 y las dimensiones de Impulsividad	22
Figura 5. Correlación entre la Impulsividad y las dimensiones de Miedo al COVID-19.....	23
Figura 1. Cargas factoriales de Miedo al COVID-19	42
Figura 2. Cargas factoriales de Impulsividad.....	43

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el miedo al COVID-19 e impulsividad en jóvenes y adultos en una muestra nacional. La muestra estuvo conformada por 590 personas de ambos sexos que tengan igual o mayor a 18 años y que residan en Perú. El tipo de estudio fue empírico de estrategia asociativa, diseño correlacional simple, no experimental y de corte transversal. Se utilizó la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S) la adaptada en Perú por Huarcaya-Victoria et al., (2020) y la escala de impulsividad (BIS 15) la versión abreviada por Orozco-Cabal et al., (2010). De acuerdo con los resultados se observó que existe correlación estadísticamente significativa ($p < .05$) y directa entre ambas variables ($r = .60$), con un mediano tamaño de efecto de 36% de la muestra. Finalmente, se concluyó que a mayor miedo al COVID-19 habrá mayor impulsividad.

Palabras clave: miedo al COVID-19, impulsividad, jóvenes, adultos

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between fear of COVID-19 and impulsivity in young people and adults in a national sample. The sample consisted of 590 people of both sexes who are 18 years of age or older and who reside in Peru. The type of study was empirical with associative strategy, simple correlational design, non-experimental and cross-sectional. The fear of COVID-19 scale (FCV-19S) was used, the one adapted in Peru by Huarcaya-Victoria et al., (2020) and the impulsivity scale (BIS 15) the abbreviated version by Orozco-Cabal et al., (2010). According to the results, it was observed that there is a statistically significant ($p < .05$) and direct correlation between both variables ($r = .60$), with a medium effect size of 36% of the sample. Finally, it was concluded that the greater the fear of COVID-19, the greater the impulsiveness.

Keywords: fear of COVID-19, impulsivity, youth, adult

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, existe a nivel mundial un gran problema de salud pública por la enfermedad por coronavirus (COVID-19) originada por el síndrome respiratorio agudo severo “coronavirus 2” (SARS-CoV-2) y denominada como pandemia por el incremento de contagios y fallecimientos desmesurados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Por consiguiente ha provocado el aumento de demanda de prestaciones de salud donde más del 60% de países del mundo señalaron perturbaciones en los servicios de salud mental, orientación psicológica y psicoterapia para tratar los crecientes problemas psicológicos, como ansiedad, estrés postraumático, depresión, ira, insomnio y en especial el miedo a la COVID-19 puesto que está provocando o agravando trastornos de salud mental en las personas y esto produciría más probabilidades de contagiarse e incluso a fallecer por COVID-19 (Huarcaya, 2020).

En el Perú el impacto de la COVID-19 es alarmante dado que desde el inicio hasta la actualidad estadísticamente se hallaron 2,081,557 personas contagiadas y 194,488 personas fallecidas donde los jóvenes y adultos son los más afectados por la pandemia, según reporta el Ministerio de Salud (MINSA, 2021). Esta situación está teniendo repercusiones en la salud mental del ser humano ya que está originando estados de miedo, impulsividad y otros síntomas de trastornos psicológicos que podrían incluso perdurar durante el tiempo si no recibe atención oportuna, todo ello originado por la pandemia, el distanciamiento social y el tiempo de duración de la cuarentena o aislamiento (Brooks et al., 2020; Abuhmaidan & Al-Majali, 2020).

Al respecto, Gómez et al., (2020) señalaron que las personas presentan un alto nivel de afectación psicológica producto de la pandemia como el miedo por contraer, enfermarse y fallecer por la COVID-19 ya sea ellos mismos, sus familiares o alguna persona que forme parte de su entorno social. Así mismo, los que laboran como parte del sector de salud tienen mayor probabilidad de

experimentar miedo de contagiar a sus familiares, amistades y colegas (Monterrosa & Contreras, 2020). Cabe resaltar, que el gran problema sanitario se basa en el comportamiento de los sujetos ya que el miedo a la COVID-19 está vinculado a la emoción, cognición y factores sociales y culturales, los cuales han generado cambios en su manera de vivir de los individuos (Urzúa et al., 2020).

En ese sentido, los jóvenes y adultos se han visto afectados significativamente en el ámbito educativo, laboral, psicológico, psicosocial y económico, puesto que se vieron obligados a convertir su hogar en actividades de clases online por la suspensión de clases presenciales, tuvieron que buscar un trabajo de modalidad remota y adaptarse, tuvieron que soportar la angustia y frustración por el exceso de trabajos académicos, tuvieron mayores responsabilidades en las labores de casa y en la educación de los hijos, tuvieron que utilizar con mayor frecuencia las plataformas digitales para poder comunicarse con los familiares y amistades, tuvieron que lidiar con la sensación de depresión por los fallecidos, tuvieron que combatir con las dificultades para dormir, tuvieron deterioro financiero, de abasto y disposición de insumos para la vida (Tasso, Hisli & San Román, 2021; Pinchak, 2020).

El miedo a la COVID-19 puede ser originado por la información transmitida en la televisión, las redes sociales y hasta por los propios familiares y amistades dado que generan información errónea, tergiversada y exagerada sobre el virus (Mejía et al., 2020). También las causas pueden deberse al confinamiento y a la falta de reactivación de servicios de entretenimiento para los jóvenes y adultos puesto que no pueden ser partícipes de las diferentes actividades de interés donde se libera energía y tensión como la práctica de deportes y actividades recreativas o comunitarias (Abufhele & Jeanneret, 2020). Lo cual trae como consecuencia el incremento de impulsividad, definiéndose como la tendencia a presentar comportamientos irreflexivos e inesperados, con deseo intenso, repetitivo e irresistible a realizar un acto sin pensar y sin importar que genere consecuencias negativas (Salvo & Castro, 2013).

A su vez, debido al miedo las personas tienden a experimentar un mayor miedo a la muerte y también a pensar irracionalmente y a reaccionar de manera inadecuada, discriminando a las personas contagiadas (Furman et al., 2020) Además, la probabilidad de manifestar conductas impulsivas en tiempo de pandemia son hacia las personas que ponen en riesgo su integridad y el de los demás, como por ejemplo las compras impulsivas de productos de higiene personal sin pensar que otros también necesitan protegerse, el incumplimiento de las normas de inmovilización social y el hecho de no utilizar mascarillas correctamente en la vía pública; por lo tanto esta conducta impulsiva funciona como defensa incontrolada ante un estímulo de peligro como el miedo a la COVID-19 (Quezada, 2020; Gallegos et al., 2020). Y también este comportamiento desencadena el maltrato físico y psicológico dentro del sistema familiar o social, por las respuestas impulsivas y/o violentas como resultado (Abufhele & Jeanneret, 2020).

Cabe precisar que no se logró evidenciar estudios con estas dos variables a pesar de que según las investigaciones y autores reportan un indicio teórico de asociación de dichas variables donde el miedo a la COVID-19 está afectando psicológicamente a las personas y que podrían traer como consecuencias los comportamientos impulsivos afectándolos en su forma de relacionarse con el entorno y que podría desencadenar en violencia. Por lo tanto, se formuló la pregunta ¿Cuál es la relación entre el miedo a la COVID-19 e impulsividad en jóvenes y adultos en una muestra nacional?

Al respecto, la investigación se justificó con la finalidad de analizar la relación entre dichas variables, primero a nivel teórico ya que el estudio fortalecerá y aportará con el conocimiento científico sobre las teorías halladas y también sobre la existencia de la correlación para las futuras investigaciones. Así mismo, se justificó a nivel práctico por lo que mediante la exploración y los resultados se propondrá alternativas de mejora para efectuar programas de promoción y prevención orientados a controlar el miedo a la covid y la disminución de impulsividad en jóvenes. A su vez, se justificó a nivel social por

lo que los hallazgos del estudio beneficiaran a la población ya que les permitirá conocer de relación de las variables que conllevan a que se produzca esta problemática evidenciada. Por último, se justificó a nivel metodológico, para que el estudio contribuya como un aporte, antecedente y evidencia para futuros investigadores que están interesados en la ampliación de la fenomenología de la correlación de dichas variables.

Así mismo, se planteó como objetivo general: determinar la relación entre el miedo al COVID-19 e impulsividad en jóvenes y adultos en una muestra nacional. Dentro de los objetivos específicos: determinar la relación entre miedo al COVID-19 con las dimensiones de impulsividad y determinar la relación entre impulsividad con las dimensiones de miedo al COVID-19.

Por consiguiente, se determinó como hipótesis general: existe relación entre miedo al COVID-19 y impulsividad en jóvenes y adultos en una muestra nacional. Y las hipótesis específicas fueron: existe relación entre la V1 y las dimensiones de la V2, y existe relación entre la V2 y las dimensiones de la V1.

II. MARCO TEÓRICO

Se realizaron búsquedas en las diversas bases de datos electrónicas como Redalyc, Scopus, Science Direct, Scielo, Proquest, Ebsco, Research Gate y Google Académico. Donde se consideraron las dos variables, en idioma español e inglés, bajo las denominaciones “miedo al covid y impulsividad”, “impulsividad y miedo al covid”, “covid y impulsividad”, “fear of covid and impulsiveness”, “impulsiveness and fear of covid”, “covid and impulsivity”. La búsqueda inició el 1 de mayo del 2021 hasta el 29 de mayo del 2021. Sin embargo, no se evidenciaron investigaciones que hayan elaborado o desarrollado las dos variables del estudio actual. Por lo tanto, se procede al marco teórico que conciernen a las dos variables del estudio con sus teorías respectivas.

En base a las conceptualizaciones del miedo se puede decir lo siguiente:

El miedo es un término del latín metus que hace referencia a la perturbación de angustia del ánimo ante un suceso de riesgo perceptivo (Bedoya & Velásquez, 2014). Así mismo, La Real Academia Española (RAE, 2020) menciona que el miedo es la angustia producida por un riesgo o daño real o imaginario. También, el miedo a nivel global se define como una emoción que surge como respuesta o reacción fisiológica orgánica con elementos psicoafectivos frente a una amenaza inmediata, también se considera como una sensación de angustia generada por la presencia de un peligro o amenaza real o imaginaria y por último como una sensación de desconfianza que estimula el hecho de creer o imaginar que ocurrirá un evento o hecho contrario a lo que se desea (Pappas et al., 2009; Monterrosa & Contreras, 2020).

Según Nardone (2003) y Marina (2006) el miedo es una reacción emocional del organismo ante un estímulo de amenaza o de peligro real o imaginario que puede utilizarse como estrategia de dominación, es la emoción que dispara el mecanismo instintivo defensivo que conduce al comportamiento de supervivencia en los seres humanos y animales; también refieren que la naturaleza del miedo no sólo es psicobiológica sino también psicosocial, ya que está sujeto a las variables de percepción, género, experiencia, clase social, entre todos presentándose de diversas maneras en los individuos. Según Moscone (2021) refiere que el miedo es una emoción que se origina cuando la vida o

integridad del individuo está en peligro, cuando se tiene un susto frente a un estímulo sensorial imprevisto.

En base a las teorías del miedo se puede decir lo siguiente:

Desde el enfoque biológico, el miedo es una emoción adaptativa que surge como mecanismo de defensa y de supervivencia para que la persona responda ante situaciones adversas con eficacia y rapidez, así mismo, según Darwin (1872) con su teoría evolucionaria, propone como medio de comunicación social del estado emocional a seis componentes universales que estructuran las emociones como la alegría, sorpresa, asco, tristeza, ira y el miedo, el cuál refiere sobre este último que supone la evitación y recorre desde el pavor al temor; también se refería al miedo sobre aquello que era repentino y peligroso, precedido del asombro, provocando ante la imaginación de algo aterrador la reacción del miedo y escalofríos.

Desde el enfoque psicológico, se define como un estado emocional y afectivo que genera angustia y ansiedad en el individuo, así mismo, según Freud (1895) con su teoría del psicoanálisis, delimitó el miedo (Angst) que se traduce como angustia, es la expresión y reacción frente al peligro, es una emoción que puede ser funcional o disfuncional, indica un sentimiento de inquietud elevada ante una amenaza real o imaginaria de daño y es el problema base de la neurosis ya que las personas que padecían de ello mostraban una amplitud de sintomatologías relacionadas al miedo. Por otra parte, según Vigotsky (2004) con su teoría sociocultural, delimitó el miedo como una emoción resistente que acompaña a las modificaciones orgánicas, el contenido psíquico y estructura de las emociones en base a su significado funcional.

Desde el enfoque neurológico, se define como una formación de estructura nerviosa del cerebro primario, la cual se da por la actuación de la amígdala cerebral la cual se encuentra localizada en el lóbulo temporal que pertenece al sistema límbico, la amígdala se encarga de controlar aquellas emociones básicas como el miedo y afecto, y se activa frente a una incitación de amenaza generando la sensación de miedo y ansiedad, por lo que dispone a la persona para que responda mediante la huida, la lucha o enfrentamiento y la evasión del dolor o paralización (Goleman, 1996).

Desde el enfoque social y cultural, forma parte del carácter de la persona, donde este puede aprender a temer o no, a objetos o contextos, como el hecho de sentir miedo al miedo, a la muerte, al amor y al ridículo; así mismo, el miedo es una anticipación simbólica del daño, puede ser subjetivo como objetivo, imaginario o real, irracional o racional, por lo cual depende de la percepción, creencias y recursos que le sirvan como sistema de seguridad y factor protector al individuo (Rodríguez, 2004; Marina, 2006).

El miedo genera cambios o reacciones como: 1) Fisiológicos, como el aumento de glucosa e hipertensión arterial, ritmo cardiaco acelerado (producción de adrenalina), sudoración, tensión en el abdomen, el tórax se ensancha para tomar aire; y en las expresiones faciales se observa el agrandamiento del ojo, dilatación de pupila, frente arrugada, labios estirados y empaldecimiento de piel. 2) Conductuales, como enmudecimiento, aislamiento, conductas de evitación, ira, irritabilidad, lucha, agresividad, rabia, odio, temblor en extremidades, inhibición motora, llantos, gritos, movimientos descontrolados, urgencia de escapar y huida con pérdida de control, búsqueda de elementos que brinden seguridad manifestadas en expresiones faciales como gestos para la comunicación no verbal. 3) Psicológicas, como anticipaciones subjetivas, pérdida de confianza, juicios pesimistas, bloqueo de pensamientos, dificultad de atención, concentración y memorización, pensamientos irreales, distorsionados y catastróficos, sentimiento de fracaso e incapacidad de afrontamiento, sensación de impotencia (Delumeau et al., 2002; Barrera, 2010; Salazar, 2011; Bedoya y Velásquez, 2014).

Por otro lado, si bien el miedo y la fobia activan sensaciones cuando el sujeto se enfrenta a estímulos que causan temor, la diferencia está en la intensidad, duración y cantidad de síntomas, por lo que, el miedo es una respuesta emocional, normal y adaptativa producida ante un objeto o situación que representa un peligro real para cualquier persona, por ejemplo, es normal sentir miedo delante de un tigre; sin embargo, la fobia es un intenso y fuerte temor desproporcionado, involuntario e irracional que se da frente a un objeto o situación que persiste en el tiempo y que genera respuestas de evitación hacia ese estímulo que lo ocasiona y el cual no representa ningún peligro real para la

mayoría de las personas, por ejemplo, sentir miedo frente a una paloma (Fernández et al., 2012; Aragonés, 2013). Así mismo, las fobias forman parte de los trastornos de ansiedad clasificados en el DSM-V (2014) y CIE-10 (2000).

En base a las conceptualizaciones del miedo a la covid se puede decir lo siguiente:

Ante todo ello, la teoría de Ahorsu et al., (2020) se fundamenta desde una perspectiva conductual y sirve como base para este estudio ya que elaboraron la Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S). Así mismo, refieren que la aparición del COVID-19 y las consecuencias han generado miedo, preocupación, temor y ansiedad en las personas a nivel mundial. Al respecto, señalan que las emociones no se pueden separar de los individuos y estos tampoco pueden separarse del trabajo, lo que genera que el miedo afecte en el trabajador, de modo que condicione su desempeño y su modo de desenvolverse o relacionarse. También, precisan que los individuos que tienen niveles altos de miedo no pueden ser capaces de razonar de manera clara y racional al reaccionar ante la COVID-19. Por otro lado, en su escala creada plantearon un modelo bifactorial en base a dos factores específicos: el primero, las preocupaciones causadas por un factor emocional y el segundo, los componentes somáticos como palpitaciones, sudoración e insomnio.

Del mismo modo, Huarcaya-Victoria et al., (2020) quienes adaptaron la Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S) aluden que la enfermedad por la COVID-19 provoca miedo en la población general debido a la incertidumbre que tienen sobre la gravedad de amenaza que representa la enfermedad en los diferentes ámbitos y que se percibe de manera diferente según el sexo de cada persona. A su vez, mencionaron que el miedo propicia comportamientos negativos en los individuos, repercutiendo en el desarrollo de varios problemas de salud mental como primero las reacciones de angustia, entre ellos el insomnio, ira e irritabilidad; segundo las conductas de riesgo, entre ellos el consumo de alcohol y tabaco y por último, trastornos mentales, entre ellos la ansiedad, estrés postraumático, depresión, entre otros.

En base a las conceptualizaciones de la impulsividad se puede decir lo siguiente:

La impulsividad es un término del latín impulsus que significa empujar o golpear, evolucionado por los franceses y el cual hace referencia a comportamientos que escapan del control de la voluntad (Haro et al., 2004). Así mismo, La Real Academia Española (RAE, 2020) menciona que la impulsividad es cualidad del impulsivo y al impulsivo como a aquella persona que acostumbra a hablar o actuar sin cautela ni reflexión, dejándose llevar por la impresión del suceso.

A su vez, la impulsividad según Dickman (1993) es un rasgo de la personalidad multidimensional y complejo manifestada en el comportamiento por una tendencia a realizar actos no planeados, relacionado con las emociones y el control del comportamiento que conlleva en algunas ocasiones a consecuencias negativas, mientras que otras veces la impulsividad posibilita en la evitación de cometer errores y a tener mayor exactitud al momento de tomar decisiones.

Celma (2015) refiere sobre la definición de impulsividad desde tres perspectivas: (1) dimensional, referida como rasgo del carácter o de la personalidad ya sea normal adaptativo o patológico, por ejemplo el trastorno límite de la personalidad; (2) categorial, referida como conductas concretas y específicas que pueden aparecer o no, en ciertos trastornos clínicos específicos, por ejemplo el trastorno explosivo intermitente; y (3) rasgo (caracterial) y estado (síntoma aislado), que probablemente se considera como síntoma diagnóstico localizados en específicos trastornos mentales, por ejemplo los comportamientos impulsivos en el juego patológico y en la tricotilomanía.

En base a las teorías de la impulsividad se puede decir lo siguiente:

Según Eysenck (1959) la impulsividad forma parte de una de las fases de la personalidad, la cual se encuentra en el factor superior denominado extroversión, surgido de dos rasgos relacionados sociabilidad e impulsividad, por lo tanto, definió a la impulsividad como un concepto complejo que implica actuar sin importar las consecuencias y lo clasificó en cuatro factores diferentes: primero, impulsividad en sentido estricto, es la actuación rápida e irreflexiva, con necesidad de ganancias, y sin tener en cuenta los efectos a mediano o largo plazo; segundo, la toma de riesgos, basada en buscar actividades que le den

recompensas como castigos; tercero, la capacidad de improvisar sin planificar, se basa en utilizar estrategias que se le acontece en el momento y cuarto, la vitalidad (energía y capacidad relacionada con la extroversión de manera positiva).

Bandura (1982) desarrollo la teoría cognitiva social derivada en el modelo de aprendizaje social por observación, la cual fue desarrollada en la década de los 60 y es considerada como un factor causante de la impulsividad; por lo que menciona que el sujeto aprende conductas por imitación de parte de una figura autoritaria o de su entorno mediante estímulos externos y generados a partir de determinantes internas y sociales; la cual se subdivide en cuatro procesos: (1) atención, los sujetos aprender por observación o imitación, (2) retención, las conductas se retienen en forma de imágenes en la memoria, (3) producción, transformar lo aprendido en conductas y (4) la motivación, las personas son más propensas a realizar los tres procesos mencionados con anterioridad generando expectativas sobre las consecuencias.

Así mismo, Battle (2009) refiere que el otro factor causante de la impulsividad es el factor biológico que se encuentra en la clasificación de la neuroquímica como parte de las alteraciones en la función de los neurotransmisores como: (1) la serotonina, que va dirigida a la corteza prefrontal generando que los individuos sean más vulnerables a la incorrecta regulación de emociones negativas, repercutiendo en el riesgo de tener conductas agresivas; (2) la dopamina, que contribuye a la disminución de respuestas inhibitoria y al incremento de comportamientos por estímulos relacionados a la motivación, el placer y la recompensa, repercutiendo en comportamientos de búsqueda y consumo de drogas y (3) la noradrenalina, que participa como activador del estado de alerta lo cual permite sostener la atención y está relacionado con la impulsividad. Por lo tanto, las consecuencias del comportamiento impulsivo se manifiestan en base a la interacción de factores hereditarios, aprendizaje social y funciones neuropsicológicas (Peña, 2018).

Cabe mencionar que la impulsividad está considerada como síntoma de otros trastornos mentales encontrados en el CIE-10 (2000) en la sección de trastornos de los hábitos y del control de impulsos, como: (1) el juego patológico,

caracterizada por jugar de manera persistente; (2) piromanía, caracterizada por un patrón comportamental de provocar incendios por placer; (3) cleptomanía, caracterizada por la dificultad de resistir ante el impulso de robar objetos seguida por la gratificación; (4) tricotilomanía, caracterizada por conductas recurrentes de arrancarse el cabello propio por liberación de tensión; y otros trastornos no especificados; por otro lado también se asocia con los trastornos de alimentación, trastorno déficit de atención, trastornos obsesivo compulsivo, trastorno límite de la personalidad, adicción al internet, estados de depresión, estrés y ansiedad (Restrepo et al., 2016). Entre todos estos trastornos antes de ejercer el acto la persona percibe sensaciones de activación y tensión, al momento de ejecutar el acto experimenta gratificación, placer o liberación, luego de haberlo ejecutado puede sentir arrepentimiento, culpa o autorreproches.

Además Celma (2015) propone los siguientes enfoques de la impulsividad: (1) el cognitivo, el cual consiste en la incapacidad para reflexionar sobre las consecuencias de los actos inmediatos y futuros, incapacidad de planificación, con necesidad de obtener gratificaciones y valoración en la toma de decisiones; (2) el conductual, el cual consiste en la variedad de comportamientos concebidos y expresados antes de tiempo que son innecesariamente arriesgados o simplemente inapropiados para la situación y que mayormente se desenlaza en resultados no deseables y (3) temperamental, el cual consiste en la falta de planificación y la dificultad de asumir los riesgos de sus comportamientos.

Ante todo ello, la teoría de Barrat et al., (1999) se fundamenta desde una perspectiva conductual y sirve como base para este estudio ya que elaboraron la Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11). Así mismo, proponen una definición biopsicosocial de la impulsividad, la cual se define como la tendencia que tiene el individuo para realizar acciones rápidas sin reflexionar ante estímulos ya sea internos o externos, sin importar los efectos negativos que podría generar para el mismo como para los demás. Del mismo modo, Barrat et al., (2007) refirieron que la impulsividad contempla procesos emocionales, cognitivos y comportamentales, por lo que en su instrumento creado lo subdividieron en tres factores: (1) la impulsividad motora, caracterizada por actuar sin meditar, motivados por las emociones del momento, (2) la impulsividad cognitiva

atencional, caracterizada por la dificultad de tener atención sostenida hacia algo por prolongados tiempos, el bajo control sobre la intrusión de pensamientos extraños y la concentración hacia alguna determinada tarea y (3) la impulsividad no planificada caracterizada por tomar decisiones rápidamente, identificado con vivir para el momento, con orientación hacia el presente y sin planear acciones a futuro.

Del mismo modo, Orozco-Cabal et al., (2010) quienes adaptaron la Escala de impulsividad de Barrat (BIS-15S) mencionaron que la impulsividad es un multidimensional rasgo de personalidad asociado con las conductas del individuo y la regulación de emociones, donde los niveles altos de impulsividad aumentan la vulnerabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos y dificulta la adherencia al tratamiento. Así mismo, aluden que estos niveles altos se dan por el déficit en el control de respuestas fisiológicas y conductuales, las cuales están relacionadas con la recompensa, inhibición conductual y el proceso en la toma de decisiones.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de estudio es empírico, puesto que se buscó brindar respuestas al problema de la investigación. Así mismo, es de estrategia asociativa, y de diseño correlacional simple, puesto que se exploró la relación funcional o el grado de asociación que existe entre dichas variables sin ningún control de variables extrañas sobre la relación y sin ninguna excepción de ellas en un particular contexto con la finalidad de explicar su comportamiento (Ato, López & Benavente, 2013).

Diseño no experimental, de corte transversal, puesto que para la obtención de datos no hubo manipulación de variables y se analizaron en un solo momento establecido (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2. Variables y operacionalización

Variables

V1: Miedo al COVID-19

V2: Impulsividad

Operacionalización de la variable (Anexo 1 y 2).

3.3. Población, muestra y muestreo

Población

La población es un grupo de individuos que presentan características particulares (Arias, 2012). Por lo tanto, estuvo conformado por individuos que comprendían la edad igual o mayor de 18 años en adelante y que tenían residencia peruana. Al respecto, se cuenta con un población total de 23 millones 418 mil 469 personas mayores de 18 años (INEI, 2021).

Criterios de inclusión:

Personas que tengan igual o mayor de 18 años

Personas que resida en el Perú

Personas de ambos sexos

Personas que acepten participar voluntariamente

Criterios de exclusión:

Persona menor de 18 años

Persona que no resida en el Perú

Muestra

Se estableció por la cantidad total de personas de ambos sexos que residan en Perú y mayores de 18 años, los cuales participaron en el periodo de recolección de información mediante las encuestas virtuales. Donde finalmente la muestra estuvo conformada por 590 personas, puesto que garantizó la validación del producto alcanzado y la validez inferencial (Ato et al., 2013).

Muestreo

Se utilizó la técnica no probabilística por conveniencia, ya que se basa en el criterio y estimación del indagador, donde la selección no es al azar sino intencional (Sánchez, Reyes & Mejía, 2018).

Unidad de análisis

Persona varón y mujer que tenga igual o mayor a 18 años y que resida en Perú.

En la Tabla 1, se evidencia que la muestra estuvo conformada por 590 personas, donde 152 son del sexo femenino (25.8%) y 438 son del sexo masculino (74.2%).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

		N	%
Sexo	Femenino	152	25.8%
	Masculino	438	74.2%
Estado Civil	Soltero (a)	418	70.9%
	Casado (a)	72	12.2%
	Conviviente	94	15.9%
	Divorciado (a)	4	0.7%

	Viudo (a)	2	0.3%
Grado de Instrucción	Primaria	0	0%
	Secundaria	35	5,9%
	Técnico incompleto	20	3.4%
	Técnico superior	44	7.5%
	Universitario	284	48.1%
	Bachiller	116	19.7%
	Licenciado	58	9.8%
	Postgrado	33	5.6%
Lugar de residencia	Lima Capital	499	84.6%
	Provincia	91	15.4%
Tuvo COVID-19	Si	266	45.1%
	No	324	54.9%
Familiares y/o amigos infectados y/o fallecidos por COVID-19	Si	504	85,4%
	No	86	14.6%

Nota: n = número, % = porcentaje

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para recolectar información fue la encuesta y el instrumento de medición fue la escala, el cual es un recurso representativo de las variables que tiene en mente el investigador y sirve para recoger y registrar datos e información sobre las variables por lo que para ser usada debe cumplir los requisitos de confiabilidad, validez y objetividad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Instrumento 1:

La escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S) fue creada por Ahorsu et al., (2020), para el trabajo se empleó la adaptación peruana realizada por Huarcaya-Victoria et al., (2020), donde tuvieron el objetivo de identificar a las personas que tienen mayor vulnerabilidad psicológica percibida hacia la enfermedad, consta de siete ítems con cinco alternativas de respuestas en escala Likert, desde 1 = totalmente en desacuerdo, hasta 5 = totalmente de acuerdo, la variable es bifactorial por lo que cuenta con dos dimensiones: reacciones de miedo

emocional (4 ítems) y expresiones sintomáticas de miedo (3 ítems), el puntaje total fluctúa desde 7 hasta 35 por lo que mientras la puntuación sea más alta, mayor será el miedo al COVID-19, se aplica en un tiempo de 5 a 7 minutos y para personas mayores de 18 años (Anexo 3).

Según las propiedades psicométricas de la escala se evidenció la validez convergente, la cual fue evaluada a través del análisis de correlación entre el instrumento principal y aquellos que miden la angustia (IES-R), depresión (PHQ-9) y ansiedad (GAD-7), donde se encontró el miedo al COVID-19 (FCV-19S) tiene una adecuada validez convergente. La confiabilidad se evaluó a través de los coeficientes de consistencia interna para el factor principal con 7 ítems ($\omega = .94$ y $\alpha = .88$, 7 ítems), para los específicos, el primero con 4 ítems fue de ($\omega = .91$, $\alpha = .85$) y para el segundo con 3 ítems fue de ($\omega = .89$, $\alpha = .83$), lo cual evidenció un aceptable nivel de consistencia interna y la correlación de ítem total fue ($r_{\text{cit}} > 0.50$). También, se estableció la validez basada en la estructura interna con el AFC donde presentaron niveles apropiados en índices de ajuste (CFI = .98 y TLI > .90 y el RMSEA = 0,07 y el SRMR <0.08) dando un intervalo de confianza del 90% y el modelo bifactor muestra la (VCE=0,725).

Por otra parte, en esta investigación se obtuvo la validez de estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio del instrumento Miedo al COVID-19 de 7 ítems, donde se evidenció adecuados índices de bondad de ajuste en los valores de $\chi^2/\text{gl} = 1.906$, CFI = .94, TLI = .90 y SRMR = .07 (Anexo 5 y 6). También, se obtuvo la validez de contenido por criterio de jueces para la obtención de la V de Aiken, en el cual aprecia que todos los índices superan el criterio establecido por Charter (2003), donde las puntuaciones están por encima de .70, por lo tanto, el instrumento presenta validez de contenido (Anexo 8). Por otra parte, se obtuvo de las dimensiones de la variable los valores de confiabilidad a través de Alfa (α), Alfa Ordinal y Omega (ω) donde se evidenció que los valores obtenidos son aceptables puesto que están cercanos a 1.0 (Luis,2017) (Anexo 10).

Instrumento 2:

La escala de impulsividad (BIS 11) fue creada por Barrat (1999), para el trabajo se empleó la versión abreviada de la escala (BIS-15S) realizada por

Orozco-Cabal et al., (2010), donde tuvieron el objetivo de evaluar la impulsividad, consta de quince ítems con cuatro alternativas de respuestas en escala Likert, desde 1 = raramente hasta 4 = siempre o casi siempre, cuenta con tres dimensiones: impulsividad motora (5 ítems), impulsividad no planificada (5 ítems) y impulsividad atencional (5 ítems), se aplica en un tiempo de 10 minutos, de manera individual o colectiva, tanto para adolescentes como adultos (Anexo 4).

Según las propiedades psicométricas de la medida de autoinforme se evidenció confiabilidad, la cual fue evaluada a través del coeficiente de Alfa ($\alpha = .793$) y la fiabilidad test-retest medida por el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,80; $p < 0,01$ lo cual evidencia valores aceptables para la consistencia interna. También, se determinó la validez basada en la estructura interna mediante con el AFE donde se obtuvo $KMO = 0,80$ y la Prueba de Bartlett = 0,000 lo cual mostraron valores aceptables. Así mismo, el análisis factorial confirmó la estructura de las tres dimensiones o factores (atencional, no planificada y motora) que representa el 47,87% de la varianza total en las puntuaciones totales del instrumento.

Por otro lado, en esta investigación se obtuvo el análisis factorial confirmatorio del instrumento Impulsividad de 15 ítems, donde se evidenció bajos índices de bondad de ajuste en los valores de $\chi^2/gl = 12.793$, $CFI = .97$, $TLI = .97$ y $SRMR = .05$. Por lo tanto, se aplicó un segundo modelo ya que se evidenció que los ítems 2, 6 y 14 presentaban cargas factoriales por debajo de lo permitido, por lo que se optó por modificar parámetros en el cual se eliminaron esos ítems con el objetivo de establecer un mejor modelo y así poder llegar a valores aceptables de índices de ajuste, los cuales fueron de $\chi^2/gl = 31.492$, $CFI = .85$, $TLI = .82$ y $SRMR = .13$ (Anexo 5 y 7). También, se obtuvo la validez de contenido del instrumento mediante criterio de jueces mostrando índices adecuados (Anexo 9). De la misma manera se obtuvo la evidencia de confiabilidad por consistencia interna a través de Alfa (α), Alfa Ordinal y Omega (ω) donde se evidenció que los valores obtenidos son aceptables puesto que están cercanos a 1.0 (Luis,2017) (Anexo 10).

3.5. Procedimientos

El procedimiento consistió primero en la búsqueda de literatura para determinar las variables del estudio, los objetivos del estudio y los instrumentos a utilizarse. Luego se buscó en la base de datos electrónicas trabajos previos y relacionados a las variables para la ejecución del marco teórico del estudio. Del mismo modo, se solicitó el permiso a los autores de ambos instrumentos para su aplicación mediante el correo electrónico (Anexo 11 y 12). Luego, después de la aprobación del proyecto, se procedió a aplicar la encuesta virtual por medio del Google Forms, con el consentimiento informado anónimo, el cual se distribuyó por las redes sociales. Por consiguiente, los resultados se recolectaron y procesaron mediante los programas estadísticos para efectos de análisis de datos y el cumplimiento de objetivos del estudio. Posterior a ello, se sometió a realizar la discusión y el análisis mediante los programas estadísticos. Por último, se realizó el informe final y se sustentó la investigación.

3.6. Método y análisis de datos

Luego de haber sido aprobado la viabilidad del proyecto de investigación se analizó las dos escalas por la evidencia de validez de contenido por criterio de jueces para la obtención de la V de Aiken. Así mismo, se procedió a recoger los datos sobre las encuestas virtuales aplicadas para sistematizar la información en la base de datos en Microsoft Excel 2019. Así mismo, se utilizó programas estadísticos como el SPSS 25, el JAMOVI 1.2 y el RStudio para analizar las propiedades psicométricas de las variables como frecuencia absoluta y porcentaje relativo y también para la obtención de análisis descriptivos estadísticos. Así mismo, se efectuó el análisis factorial confirmatorio para establecer los valores, criterios de bondad de ajuste y errores cuadráticos. Por otro lado, se empleó el coeficiente Alfa para obtener la confiabilidad de las escalas mediante la consistencia interna. Además, se aplicó la prueba Shapiro Will (S-W) de normalidad para la definición de relación de ambas variables. Del mismo modo, para contrastar los objetivos e hipótesis se usó la estadística inferencial no paramétrica con el coeficiente Rho Spearman ya que no se llegó a corroborar una distribución normal.

3.7. Aspectos éticos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, el cuidado y el respeto hacia los participantes del estudio como parte del marco de investigación realizada a seres humanos, por lo que en el cuestionario virtual se encontraba el consentimiento informado, recalcando el objetivo de la investigación, plasmado en términos fáciles de comprensión para que evite la confusión de los participantes, donde de ser así ellos podían desistir de su participación ya que era de manera voluntaria y anónima (Leiboch de Duarte, 2006).

Así mismo, se consideró los principios de la bioética, primero el de la autonomía, en el que se respetó las opciones y valores de cada individuo para su participación mediante el consentimiento, segundo el de la beneficencia, en el que el estudio busca hacer el bien, tercero el de no maleficencia, en el que se respeta la integridad de cada participante sin causar daño alguno y el cuarto, el de justicia, en el que se tratará por igualdad y sin discriminación (Beauchamp & Childrees, 1979).

Del mismo modo, se garantizó la confidencialidad de sus respuestas donde se respetará los derechos humanos y se salvaguardará la integridad según el Código de Ética del Psicólogo Peruano (2017), en el que precisa que los investigadores deben estar sujetos del reglamento o normas que promueve la protección y dignidad de los participantes como información brindada acerca del estudio, la participación voluntaria y anónima de estos mediante un consentimiento informado (Anexo 13).

IV. RESULTADOS

En la Tabla 8, se observa el análisis de la prueba de normalidad univariada que se determinó para las dimensiones de ambas variables, donde se evidenció que los índices de asimetría y curtosis se encuentran en los rangos establecidos ± 1.5 (Lloret et al., 2014), lo cual contrasta que hay una distribución normal univariada. Así mismo, el análisis de la normalidad multivariada se obtuvo a través de la distancia de Mardia donde se registraron valores por encima de los parámetros establecidos $G^2=11.248$, lo cual Bentler (2005) describe que las estimaciones >5.0 son evidencia suficiente para declarar que no hay normalidad multivariada y que los datos no se distribuyen con normalidad. En consecuencia, estos resultados de la no normalidad multivariada permitieron evaluar el estimador más apropiado para medir el modelo máximo por similitud ML.

Tabla 8. Prueba de normalidad de las dimensiones de las variables Miedo al COVID-19 e Impulsividad

Variable	Asimetría	Z	Curtosis	Z
M7	.239	2.257	-1.103	-5.209
M6	.606	5.727	-.578	-2.730
M5	.304	.318	-.966	-4.559
M4	-.288	-2.720	-1.111	-5.248
M3	.662	6.250	-.479	-2.263
M2	-.436	-4.121	-.872	-4.119
M1	-.784	-7.404	-.224	-1.058
Atencional	.452	4.270	-.609	-2.875
No planificada	-.398	-3.757	.063	.298
Motora	1.232	11.632	1.152	5.438
Multivariada			15.068	11.248

Nota: Z = puntuación estándar

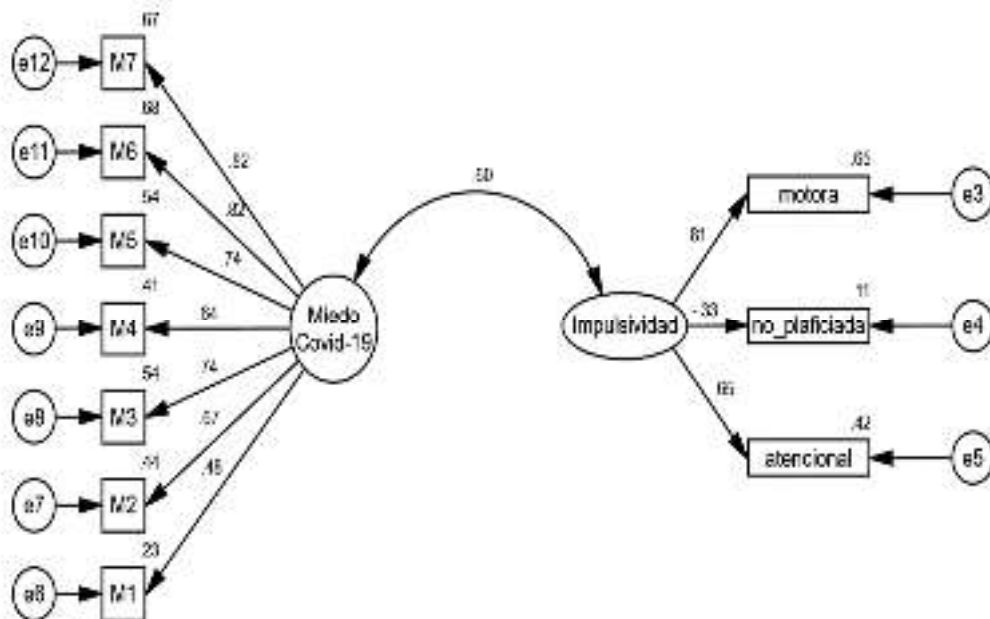
En la Tabla 9, se observa que el nivel de significancia es menor a ($p < .05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo ya que existe correlación estadísticamente significativa y directa entre ambas variables ($r = .60$) en un tamaño de efecto mediano de 36% de la muestra (Cohen, 1988). Por lo tanto, a mayor miedo al COVID-19 mayor Impulsividad.

Tabla 9. Correlación de la variable Miedo al Covid-19 e Impulsividad

	Variable	R	P	R ²
HIPÓTESIS GENERAL	Miedo al covid <--> Impulsividad	0.60	.000	0.36

Nota: r: R de Pearson; P: significancia estadística; R²: tamaño de efecto

Figura 3. Correlación entre el miedo al COVID-19 e Impulsividad



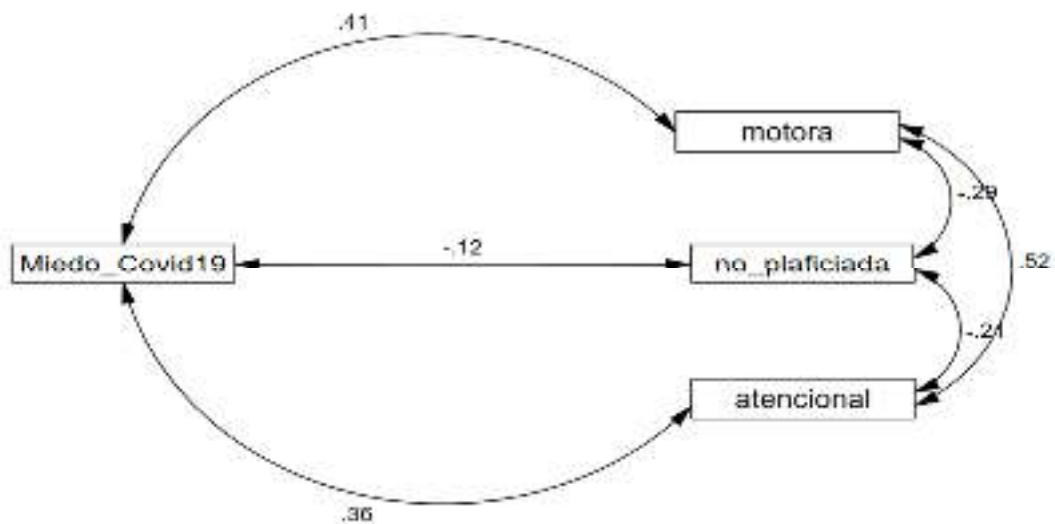
En la Tabla 10, se observa una significancia ($p < .05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo. Así mismo, se evidencia que la primera variable con la primera dimensión tiene una correlación estadísticamente significativa ($r = .41$) en un tamaño de efecto pequeño de 17% de la muestra (Cohen, 1988), con la segunda dimensión tiene una correlación negativa estadísticamente significativa ($r = -.012$) en un tamaño de efecto pequeño de 1% de la muestra y con la última dimensión tiene una correlación estadísticamente significativa ($r = .36$) en un tamaño de efecto pequeño de 13% de la muestra. Por lo tanto, a mayor (MC) mayor (I.M), a menor (M.C) mayor (INP) y a mayor (MC) mayor (IA).

Tabla 10. Correlación de la variable Miedo al Covid-19 con las dimensiones de Impulsividad

	Variable	R	P	R ²
1ERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA	MC <--> Impulsividad Motora	0.41	.000	0.17
	MC <--> Impulsividad No planificada	-0.12	.000	0.01
	MC <--> Impulsividad Atencional	0.36	.000	0.13

Nota: MC: Miedo al Covid-19; r: R de Pearson; P: significancia estadística; R²: tamaño de efecto

Figura 4. Correlación entre el Miedo al COVID-19 y las dimensiones de Impulsividad



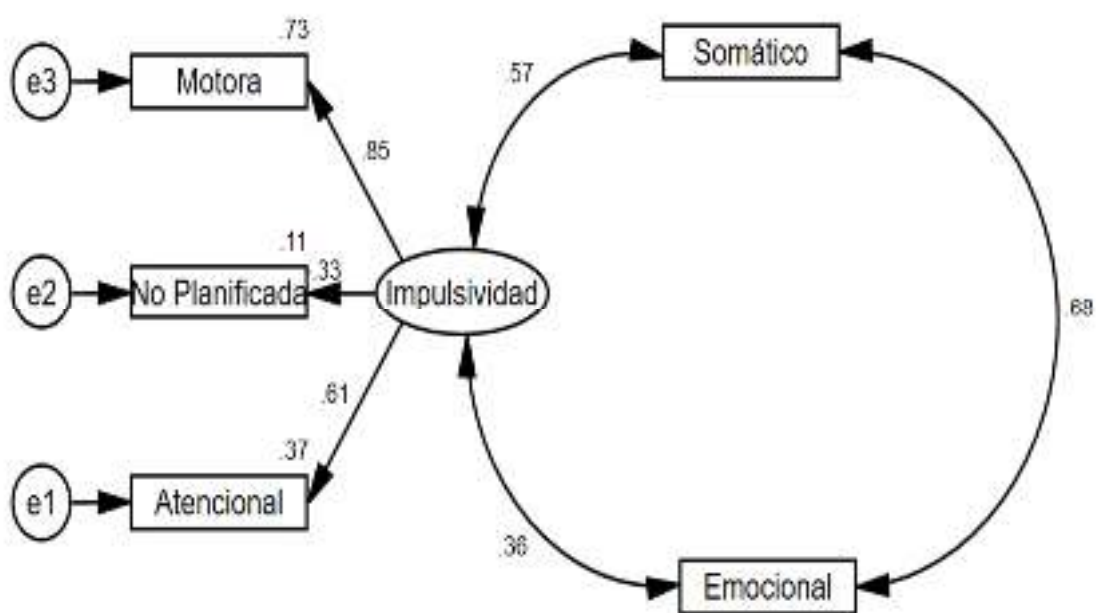
En la Tabla 11, se observa una significancia ($p < .05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo. Así mismo, se evidencia que la segunda variable con la primera dimensión tiene una correlación estadísticamente significativa ($r = .36$) en un tamaño de efecto pequeño de 13% de la muestra (Cohen, 1988) y con la segunda dimensión tiene una correlación estadísticamente significativa ($r = .57$) en un tamaño de efecto mediano todas en un grande tamaño de efecto de 32% de la muestra. Por lo tanto, a mayor (I) mayor (RME) y a mayor (I) mayor (ESM).

Tabla 11. Correlación de la variable Impulsividad con las dimensiones de Miedo al COVID-19

	Variable	r	P	R ²
2DA HIPÓTESIS ESPECÍFICA	I <--> Reacciones de miedo emocional	0.36	.000	0.13
	I <--> Expresiones somáticas de miedo	0.57	.000	0.32

Nota: I: Impulsividad, r: R de Pearson; P: significancia estadística; R²: tamaño de efecto

Figura 5. Correlación entre la Impulsividad y las dimensiones de Miedo al COVID-19



V. DISCUSIÓN

El objetivo general de la investigación fue determinar la relación entre el miedo al COVID-19 e impulsividad en jóvenes y adultos en una muestra nacional, el cual en contraste con la hipótesis general se aceptó la hipótesis de trabajo puesto que existe correlación estadísticamente significativa entre las dos variables ($r=.60$) en un tamaño de efecto de 36% de la muestra, lo cual significa que a mayor miedo al COVID-19 mayor impulsividad. Estos resultados coinciden con Quezada (2020) y Gallegos et al., (2020) quienes refieren que ante la inmensa problemática de la COVID-19 por el miedo a contagiarse provocó comportamientos impulsivos ya que se evidenció el rechazo a las otras personas puesto que pensaban que estas eran una amenaza ante su salud, como evidencia se observó los casos de las compras impulsivas de productos de higiene personal en los supermercados, de una manera desmedida sin pensar en el resto de la población. Por otro lado, el miedo a la COVID-19 generó un gran impacto en el país, puesto que, en el periodo de confinamiento se evidenciaron efectos psicológicos negativos, entre los cuales cabe citar las respuestas y/o actos impulsivos dentro de los hogares de las personas, desencadenando de esta manera la violencia psicológica, física y doméstica (Abufhele & Jeanneret, 2020; Pérez et al., 2020).

El primer objetivo específico, fue determinar la relación entre el miedo al COVID-19 con las dimensiones de impulsividad, lo cual en contraste con la primera hipótesis específica se encontró que la primera variable con la dimensión impulsividad motora, tiene una correlación estadísticamente significativa ($r=.41$) en un tamaño de efecto de 17%, lo cual significa que a mayor miedo al COVID-19 mayor será el nivel de impulsividad motora, puesto que ante la emergencia sanitaria las personas tienden a actuar irreflexivamente como mecanismo de defensa con el fin de evitar el contagio (Ahorsu et al., 2020; Sánchez y Mejía, 2020). Así mismo, la primera variable con la dimensión impulsividad no planificada tiene una correlación negativa estadísticamente significativa ($r=-0.12$) en un tamaño de efecto de 1%, lo cual significa que a menor miedo al COVID-19 mayor será el nivel de impulsividad no planificada, puesto que los miedos se pueden presentar y expresar de distintas maneras en

los sujetos, ya que va a depender de acuerdo con la percepción de peligro que estos presenten en torno a la COVID-19 (Bedoya y García, 2016). A su vez, la primera variable con la dimensión impulsividad atencional tiene una correlación estadísticamente significativa ($r=.36$) en un tamaño de efecto de 13%, lo cual significa que a mayor miedo al COVID-19 mayor será el nivel de impulsividad atencional, puesto que cuando el sujeto presenta miedo tiende a tomar decisiones rápidas y a tener la dificultad de prestar atención por tiempos prolongados por lo que se le complica concentrarse frente a alguna determinada tarea (Barrat et al., 2017).

El segundo objetivo específico, fue determinar la relación entre la impulsividad con las dimensiones de miedo al COVID-19, lo cual en contraste con la segunda hipótesis específica se halló que la segunda variable con la dimensión reacciones de miedo emocional, tiene una correlación estadísticamente significativa ($r=.36$) en un tamaño de efecto de 13%, lo cual significa que a mayor impulsividad mayor será el nivel de reacciones de miedo emocional, puesto que debido al temor de adquirir la enfermedad las personas tienden a cuidarse de una forma más impulsiva ya que empiezan a tener anticipaciones subjetivas, pérdida de confianza, pensamientos catastróficos, sensación de impotencia, etc, los cuales pueden ser perjudiciales hasta el punto de no ser capaces de pensar claramente (Ahorsu et al., 2020). Así mismo, la segunda variable con la dimensión expresiones somáticas de miedo tiene una correlación estadísticamente significativa ($r=.57$) en un tamaño de efecto de 32%, lo cual significa que a mayor impulsividad mayor será el nivel de expresiones somáticas de miedo, puesto que debido al impacto de los infectados y las muertes por la COVID-19 las personas han desarrollado comportamientos involuntarios en el cuerpo como sudoración, ritmo cardíaco acelerado, tensión en el abdomen, etc, los cuales conllevan a tener actitudes negativas que pueden desencadenar en violencia frente a esta amenaza (Castillo y Gonzales, 2021).

Cabe resaltar que, el trabajo tuvo ciertas limitaciones ya que si bien se obtuvo una muestra representativa se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, por ende estos resultados no se podrían generalizar como población total. Así mismo, el diseño de investigación que se utilizó fue de corte

transversal, por lo tanto sólo tuvo una aplicación. Otra limitación fue la carencia de estudios previos donde se relacionen las dos variables, tanto a nivel nacional e internacional.

Sin embargo, a pesar de lo anteriormente expuesto, la investigación es relevante puesto que es pionera en abordar la relación de ambas variables a nivel nacional e internacional lo cual servirá como base para posteriores investigaciones, en segundo lugar al conocer el comportamiento de ambas variables durante el periodo de emergencia sanitaria por la COVID-19 la población puede tomar medidas de intervención con la finalidad de evitar el incremento de estas.

VI. CONCLUSIONES

1. Se concluye que existe correlación estadísticamente significativa ($p < .05$) y directa entre ambas variables ($r = .60$) en jóvenes y adultos en una muestra nacional, con un tamaño de efecto de 36% lo cual se deduce a mayor miedo al COVID-19 habrá mayor impulsividad.
2. Se encontró que el miedo al COVID-19 (MC) tiene correlación estadísticamente significativa con la dimensión impulsividad motora (IM) ($r = .41$) con un tamaño de efecto de 17% lo cual se deduce a mayor (MC) habrá mayor (IM). Así mismo, tiene correlación estadísticamente significativa con la dimensión impulsividad atencional (IA) ($r = .36$) con un tamaño de efecto de 13% lo cual se deduce a mayor (MC) habrá mayor (IA). Por otra parte, se evidenció que tiene correlación negativa estadísticamente significativa con la dimensión impulsividad no planificada (INP) ($r = -0.12$) con un tamaño de efecto de 1% lo cual se deduce a menor (MC) habrá mayor (INP).
3. Se evidenció que la impulsividad (I) tiene correlación estadísticamente significativa con la dimensión reacciones de miedo emocional (RME) ($r = .36$) con un tamaño de efecto de 13% lo cual se deduce a mayor (I) habrá mayor (RME). Asu vez, tiene correlación estadísticamente significativa con la dimensión expresiones somáticas de miedo (ESM) ($r = .57$) con un tamaño de efecto de 32% lo cual se deduce a mayor (I) habrá mayor (ESM).

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a futuros investigadores realizar nuevas investigaciones de diseño explicativo que contengan ambas variables para obtener la relación causal y también de enfoque cualitativo con la finalidad de caracterizar el comportamiento de la población.
2. Se recomienda considerar esta investigación como primer antecedente con la finalidad de posteriormente volver a contrastar los resultados obtenidos sobre la correlación de ambas variables.
3. Se sugiere ampliar la muestra para que así se fortalezca el estudio por su validez externa y también para que se obtengan mayores resultados representativos en esta población y en otros contextos.
4. Debido a la coyuntura por la COVID-19 se empleó formularios virtuales para la recolección de datos los cuales favoreció a esta investigación por la muestra obtenida, sin embargo se sugiere que la aplicación también sea de manera presencial para evitar posibles sesgos en las respuestas de la población.

REFERENCIAS

Abufhele, M. & Jeanneret, V. (2020). Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 319-321. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.2487>

Abuhmaidan, Y. & Al-Majali, S. (2020). The impact of the coronavirus pandemic on mental health among al ain university students in light of some demographic variables. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 482-490. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.482>

Ahorsu, D. K., Chung-Ying, L., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D. & Pakpour, A. H. (2020). *The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. International Journal of Mental Health and Adición*, 1-9. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00270-8>

Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>

Aragónés, E. (2013). El abordaje de las fobias. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20(6), 247-250. https://www.researchgate.net/publication/250002071_El_abordaje_de_las_fobias

Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (6.^a ed.). Editorial Episteme. https://www.researchgate.net/publication/301894369_EL_PROYECTO_DE_INVESTIGACION_6a_EDICION

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Calpe

Barbara, M. B. (2016). *Structural Equation Modeling with Amos: basic concepts, applications, and programming* (3.^a rd.). Routledge. <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=551bcf4cd2fd6424088b45e4&assetKey=AS:273770781052931@1442283449007>

Barrat, E., Stanford, M., Dowdy, L., Liebman, M. & Kent, T. (1999). Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry Research*, 86(2), 163-173. https://www.researchgate.net/publication/12902695_Impulsive_and_premeditated_aggression_A_factor_analysis_of_self-reported_acts

Barrat, E., Orozco, L. y Buccello, R. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 109-126. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80539109.pdf>

Barrera, J. (2010). El miedo colectivo: el paso de la experiencia individual a la experiencia colectiva. *El cotidiano*, 159, 5-10. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32512747002.pdf>

Batlle, S. (2009). Trastornos del control de impulsos. En Tomás, J. y Almenara, J. *Máster en Paidopsiquiatría*, 1-33. Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya Universidad Autónoma de Barcelona. <http://www.paidopsiquiatria.cat/files/impulsividad.pdf>

Bauman, Z. (2003). *Comunidad, en busca de seguridad en un mundo hostil* (1.ª ed.). Siglo XXI de España Editores, S. A. https://redpaemigra.weebly.com/uploads/4/9/3/9/49391489/bauman_zygmunt_-_comunidad.pdf

Beauchamp, T. & Childress, J. (2011). *Principles of biomedical ethics*. Bioética y Debat. http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf

Bedoya, C. y Velasquez, A. (2014). Análisis de la incidencia del miedo en la organización desde la perspectiva psicobiológica. *Revista colombiana de psicología*, 23(2), 351-362. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5016329.pdf>

Bedoya, C. y García, M. (2016). Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. *Estudios gerenciales*, 32(138), 60-70. <https://www.redalyc.org/pdf/212/21244782006.pdf>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Castillo, B. y Gonzales, M. (2021). Miedo al covid-19 en residentes de un asentamiento humano en puente piedra, Lima. *Revista de investigación científica Ágora*, 08(01), 69-74. <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/download/165/130/567>

Celma, J. L. (2015). *Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo*. Ediciones San Juan de Dios. https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases_teoricas_y_clinica_comportamiento_impulsivo.pdf

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2.^a ed.). Erlbaum, Hillsdale. <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>

Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de Ética y Deontología*. <https://www.docsity.com/es/codigo-de-etica-del-colegio-de-psicologos/5522254/>

Eysenck, H. (1959). *Estudio científico de la personalidad*. Paidós

Freud, S. (1893-1899). A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia". En *Sigmund Freud Obras Completas* (vol. 3). Amorrortu editores. <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/03%20-%20Tomo%20III.pdf>

Furman, H., Griffiths, M., Pakpour, A. y Simkin, H. (2020). Evidencias de validez de la escala de miedo al covid-19 (FCV-19S) en el contexto argentino. *Psocial*, 6(2), 2422-619X. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/download/6325/5364#:~:text=El%20estudio%20demuestra%20que%20la,%2C%20adaptaci%C3%B3n%2C%20validaci%C3%B3n%2C%20Argentina.>

Gallegos, M., Zalaquett, C., Luna, S., Mazo-Zea, R., Ortiz-Torres, B, Penagos-Corzo, J., Portillo, N., Torres, I., Urzúa, A., Morgan, M., Polanco, F.,

Florez, A. y Lopes, R. (2020). *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 2-29.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/covid/mental.pdf>

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Kairos.
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Inteligencia%20Emocional%20%20Daniel%20Goleman.pdf>

Darwin, C. (1872). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Alianza

Delumeau, J., Uribe, M., Giraldo, J., Riaño, P., Grimson, A., Lechner, N., Alvarez, S., Niño, S., Echavarría, J., Sánchez, L., Villa, M. y Jaramillo, A. (2002). *El miedo*. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural. Corporación región.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/region/reflexiones.pdf>

Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D. y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 466-479.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>

Gómez, I., Fluja, J., Andrés, M., Sánchez, P. y Fernández, M. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18.
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/004_0.pdf

Haro, G., Castellano, M., Pérez, B., Rodríguez, E., Cervera, G. y Valderrama, J. (2004). Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. *Salud mental*, 27(5), 23-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58252703.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

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

Huarcaya-Victoria, J; Villareal-Zegarra, D; Podestá, A. & Luna-Cuadros, M. A. (2020). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2021, 21 de junio). *Estadística poblacional*. MINSA. https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp

La Organización Mundial de la Salud. (2020, 5 de octubre). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Leibovich de Duarte, A. (2006). La Dimensión ética en la Investigación Psicológica. *Revista Uruguaya del psicoanálisis*, 112, 197-220. https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup102/rup102-leibovich.pdf

Lloret-Segura, S.; Ferreres-Traver, A.; Hernández-Baeza, A.; Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16731690031.pdf>

Marina, J. A. (2006). *“Anatomía del miedo”, un tratado sobre la valentía*. Anagrama. http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0078.pdf

Mejía, C., Rodríguez, J., Garay, L., Enriquez, M., Moreno, A., Huaytán, K., Huancahuari, N., Julca, A., Alvarez, C., Choque, J. y Curioso, W. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19, *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002020000200001

Ministerio de Salud, (2021, 11 de julio). *Sala covid-19*. MINSA. <https://www.dge.gob.pe/covid19.html>

Monterrosa, A. y Contreras, J. (2020). El miedo al covid-19 y los médicos generales colombianos. *Research Gate*, 122, 34-44. https://www.researchgate.net/publication/347576829_El_miedo_al_COVID-19_y_los_medicos_generales_colombianos

Moscone, R. (2012). El miedo y sus metamorfosis. *Psicoanálisis*, XXIV(1), 53-78. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4243775.pdf>

Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo: Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Paidós <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Nardone,Mas%20alla%20del%20miedo.pdf>

Orozco-Cabal, L., Rodríguez, M., Herin, D., Gempeler, J. & Uribe, M. (2010). Validity and Reliability of the Abbreviated Barratt Impulsiveness Scale in Spanish (BIS-15S). *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(1), 93-109. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-validity-reliability-abbreviated-barratt-impulsiveness-S0034745014602390>

Pakpour, A. & Griffiths, M. (2020) The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*, 2(1), 58-63. http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/39561/1/1313636_Griffiths.pdf

Pappas, G., Kiriaze, I., Giannakis, P. y Falagas, M. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*, 15(8), 743-747. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02947.x>

Pérez, S., Carreras, E., Gibbons, M., Murphy, T. y Rossi, M. (2020). *Los confinamientos de la COVID-19 y la violencia doméstica*. BID Banco Interamericano Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Los-confinamientos-de-la-COVID-19-y-la-violencia-domestica-Evidencia-de-dos-estudios-en-Argentina.pdf>

Peña, K. Y. (2018). *La influencia de la impulsividad de los conductores profesionales de la provincia de tungurahua, en los accidentes de tránsito y en el puntaje de la licencia de conducir* [tesis de licenciatura, Universidad Católica

del Ecuador].
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2269/1/76638.pdf>

Pinchak, C. (2020). Pandemia por coronavirus (COVID-19); sorpresa, miedo y el buen manejo de la incertidumbre en la familia. *Arch Pediatr Urug*, 91(2), 76-77. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v91n2/1688-1249-adp-91-02-76.pdf>

Quezada, V. (2020). *Miedo y psicopatología: la amenaza que oculta el Covid-19*. Universidad de Chile. <http://www.facso.uchile.cl/noticias/163245/miedo-y-psicopatologia-la-amenaza-que-oculta-el-covid-19>

Restrepo, J., Soto, J. y Rivera, A. (2016). Diferencias individuales en la impulsividad y la flexibilidad cognitiva en adultos jóvenes sanos. *Revista Katharsis*, 21, 13-44. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>

Real Academia Española. (2021). Impulsividad. En *Diccionario de la lengua española* (edición de tricentenario). Consultado el 24 de mayo de 2021. <https://dle.rae.es/impulsivo?m=form>

Real Academia Española. (2021). Miedo. En *Diccionario de la lengua española* (edición de tricentenario). Consultado el 28 de mayo de 2021. <https://dle.rae.es/miedo?m=form>

Rodríguez, A. (2004). *El miedo, motor de la historia individual y colectiva*. Universidad Complutense. <https://webs.ucm.es/info/eurotheo/arkauth/>

Sánchez, H.; Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos de investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>

Sánchez, H. y Mejía, K. (2020). *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el COVID-19*. Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3311/Investigaciones%20en%20salud%20mental%20en%20Pandemia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salazar, R. (2011): "Los miedos ocultos en la sociedad del siglo XXI", *Theomai*, (23), 24-34. <https://www.redalyc.org/pdf/124/12418703002.pdf>

Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>

Tasso, A., Hisli, N. & San Roman, G. (2021). COVID-19 Disruption on College Students: Academic and Socioemotional Implications. *Psychological Trauma: Theory Research Practica and Policy*, 13(1), 9-15. https://www.researchgate.net/publication/348139223_COVID-19_disruption_on_college_students_Academic_and_socioemotional_implications

Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Urizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La psicología en la prevención y manejo del covid-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>

Vigotsky, L. (2004). *Teoría de las emociones: Estudio histórico-psicológico*. Ediciones AKAL. <https://marxismocritico.com/2013/04/26/teoria-de-las-emociones-estudio-historico-psicologico-resena/>

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable: Miedo al Covid-19

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Miedo al COVID-19	Es un estado emocional desagradable provocado por la percepción de riesgo y que surge como respuesta ante un estímulo o situación amenazante que produce diversas reacciones (Pakpour y Griffiths, 2020).	La variable fue medida por la puntuación recolectada en el instrumento Fear COVID-19 Scale (FCV-19S) de Ahorsu et al., (2020), donde se utilizó la adaptación peruana de la Escala de Miedo al COVID-19 de Huarcaya-Victoria et al., (2020), compuesta por siete ítems y cinco tipos de respuesta en escala Likert.	Reacciones de miedo emocional Expresiones somáticas de miedo	1,2,4,5 3,6,7	Escala Ordinal

Nota: Miedo al COVID-19

ANEXO 2

Tabla 3. Matriz de operacionalización de la variable: Impulsividad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Impulsividad	Es la predisposición de ejecutar acciones rápidas, no planificadas y sin reflexión como respuesta a estímulos sin considerar las consecuencias negativas que generaría para el individuo como para los demás (Barrat et al., 2007).	La variable fue medida por la puntuación recolectada en el instrumento Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11), donde se utilizó la adaptación colombiana de Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-15) de Orozco-Cabal et al., (2010), compuesta por quince ítems y cuatro alternativas de respuesta en escala Likert.	Motora	Predisposición por actuar motivado por las emociones situacionales	1,2,3,4,5	Escala Ordinal
			No planificada	Dificultad para planear acciones a futuro	6,7,8,9,10	
			Atencional	Falta de atención y concentración	11,12,13,14,15	

Nota: *Impulsividad*

ANEXO 3

Instrumento de recolección de datos 1

Escala de Miedo al Coronavirus (COVID-19)

Versión Peruana (Huarcaya-Victoria, J; Villareal-Zegarra, D; Podestá, A. & Luna-Cuadros, M. A, 2020)

Indicaciones: Esta es una prueba para medir sus reacciones y expresiones. Por lo que, le pido por favor que lea cada una de las frases, y luego seleccione la escala para indicar su grado de Acuerdo o Desacuerdo con cada una de ellas. No tome demasiado tiempo para contestar, sin embargo conteste con toda la veracidad posible.

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

Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	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
No puedo dormir porque estoy preocupado(a) de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5

ANEXO 4

Instrumento de recolección de datos 2: Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-15S)

Adaptada por Orozco-Cabal, L. F., Rodríguez, M., Herin, D. V., Gempeler, J. y Uribe, M. (2010)

Instrucciones: Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa en distintas situaciones. Por lo que, le pido por favor que lea cada una de las oraciones, y luego seleccione la escala para indicar su grado de frecuencia de Raramente o Siempre con cada una de ellas. No tome demasiado tiempo para contestar, sin embargo conteste con toda la veracidad posible.

Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre	
1	2	3	4	
Actúo impulsivamente	1	2	3	4
Hago las cosas en el momento que se me ocurren	1	2	3	4
Hago las cosas sin pensarlas	1	2	3	4
Digo las cosas sin pensarlas	1	2	3	4
Compro cosas impulsivamente	1	2	3	4
Planifico para tener un trabajo fijo. (Me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	1	2	3	4
Planifico para el futuro. (Me interesa más el futuro que el presente)	1	2	3	4
Ahorro con regularidad	1	2	3	4
Planifico mis tareas con cuidado	1	2	3	4
Pienso las cosas cuidadosamente	1	2	3	4
Me siento inquieto en clases o charlas. (Me siento inquieto si tengo que oír a alguien hablar por un largo periodo)	1	2	3	4
Se me hace difícil estar quieto por largos periodos	1	2	3	4
Me concentro con facilidad. (Se me hace fácil concentrarme)	1	2	3	4
Soy una persona que piensa sin distraerse. (Puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	1	2	3	4
Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente. (Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	1	2	3	4

ANEXO 5

Evidencia de validez basada en la estructura interna mediante el Análisis factorial confirmatorio (AFC)

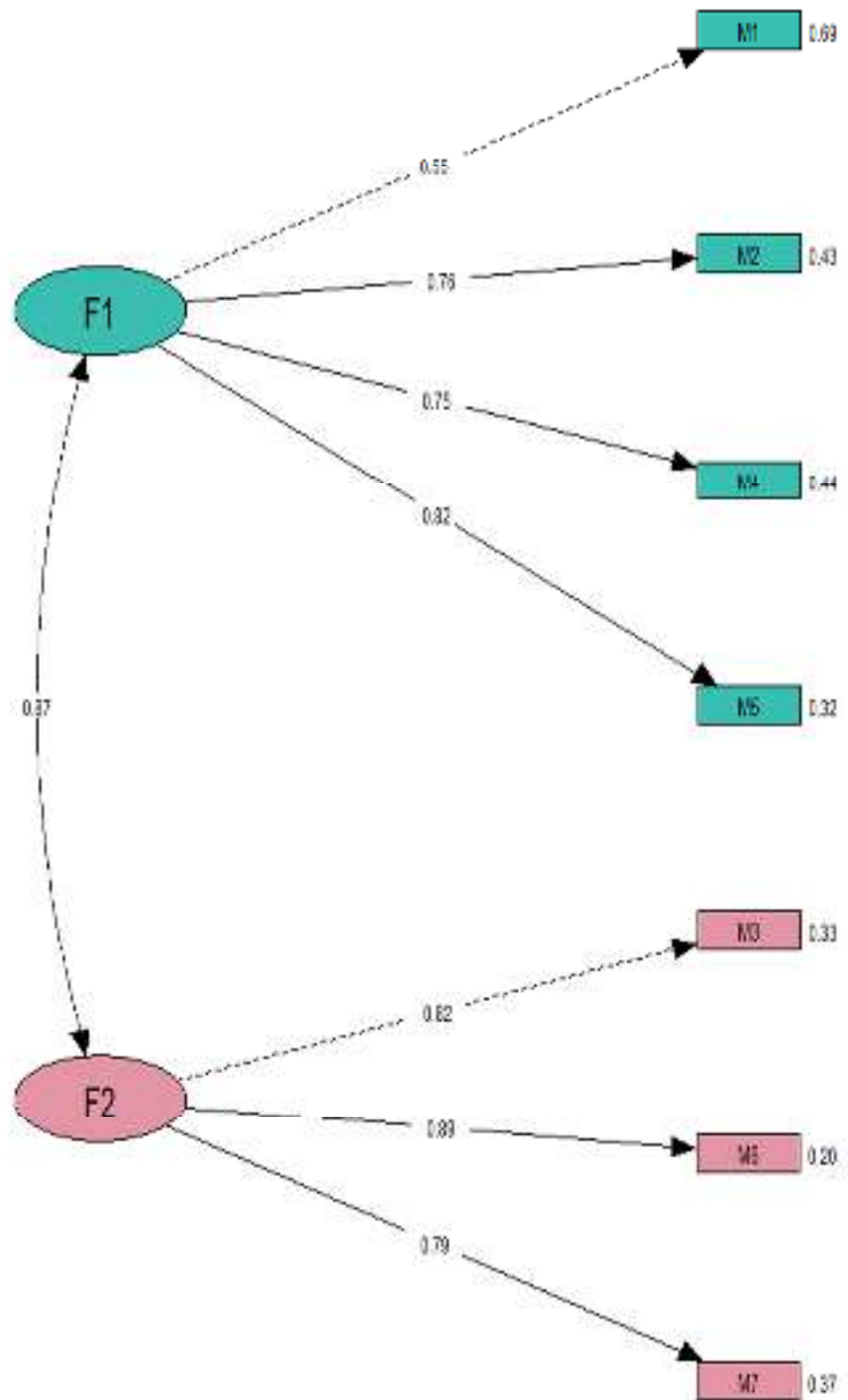
Tabla 4. Índice de bondad de ajuste de los instrumentos por AFC

Instrumento	χ^2	Gl	X2/gl	CFI	TLI	SRMR
I1	313.042	13	1.906	0.942	0.906	0.079
I2 (M1)	1891.946	87	31.492	0.853	0.822	0.130
I2 (M2)	244.521	51	12.793	0.979	0.973	0.050

Nota: X2: Chi cuadrado, gl: grado de libertad, CFI: índice de ajuste comparativo, TLI: índice de Taker-Lewis, SRMR: raíz cuadrada media de residuos

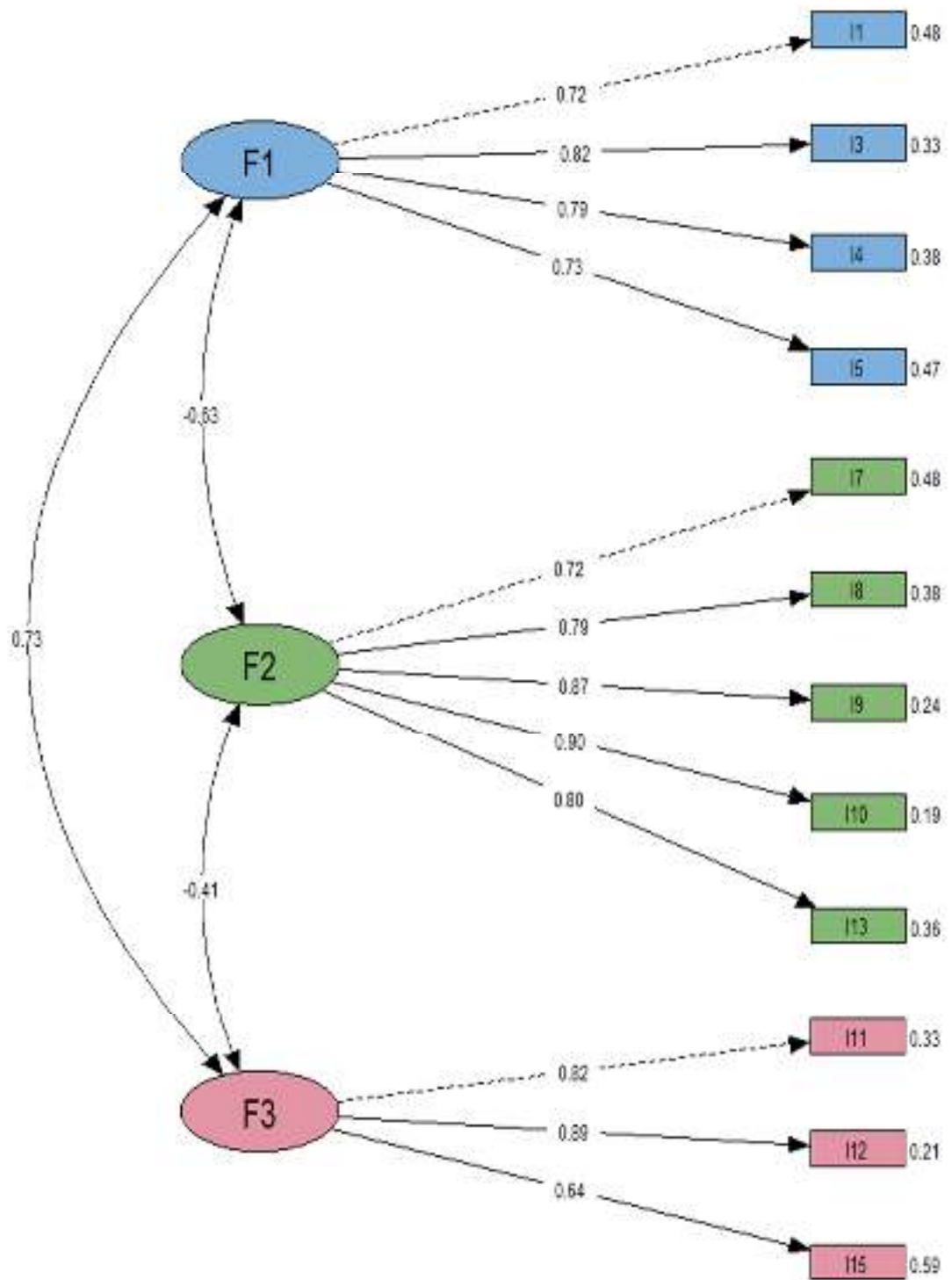
ANEXO 6

Figura 1. Cargas factoriales de Miedo al COVID-19



ANEXO 7

Figura 2. Cargas factoriales de Impulsividad



ANEXO 8

Tabla 5. Evidencia de validez de contenido por criterio de jueces de la escala Miedo al Covid-19, a través de la V de Aiken

<i>Items</i>	<i>Aspectos</i>	<i>J</i> <i>1</i>	<i>J</i> <i>2</i>	<i>J</i> <i>3</i>	<i>J</i> <i>4</i>	<i>J</i> <i>5</i>	<i>Medi</i> <i>a</i>	<i>DE</i>	<i>V</i> <i>Aiken</i>
ITEM 1	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 2	<i>Relevancia</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 3	<i>Relevancia</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 4	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 5	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 6	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 7	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00

Nota: ME: media DE: desviación estándar V: V de Aiken

ANEXO 9

Tabla 6. Evidencia de validez de contenido por criterio de jueces de la escala Impulsividad, a través de la V de Aiken

<i>Items</i>	<i>Aspectos</i>	<i>J</i> <i>1</i>	<i>J</i> <i>2</i>	<i>J</i> <i>3</i>	<i>J</i> <i>4</i>	<i>J</i> <i>5</i>	<i>Medi</i> <i>a</i>	<i>DE</i>	<i>V</i> <i>Aiken</i>
ITEM 1	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 2	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 3	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 4	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 5	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 6	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 7	<i>Relevancia</i>	5	5	5	3	5	4.6	0.89	0.90
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
	<i>Claridad</i>	5	5	5	3	5	4.6	0.89	0.90
ITEM 8	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 9	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinenci</i> <i>a</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00

	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
ITEM 10	<i>Relevancia</i>	5	5	5	3	5	4.6	0.89	0.90
	<i>Pertinencia</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
	<i>Claridad</i>	5	5	5	3	5	4.6	0.89	0.90
ITEM 11	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinencia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 12	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinencia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 13	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinencia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 14	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinencia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	4	5	4.8	0.45	0.95
ITEM 15	<i>Relevancia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Pertinencia</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00
	<i>Claridad</i>	5	5	5	5	5	5	0.00	1.00

Nota: ME: media DE: desviación estándar V: V de Aiken

ANEXO 10

Evidencia de confiabilidad por Consistencia Interna

Tabla 7. Confiabilidad por consistencia interna los instrumentos

Instrumento	Factores	Coefficiente de Alfa (α)	Coefficiente Alfa ordinal	Coefficiente Omega McDonald's (ω)
Miedo al Covid-19	Reacciones de miedo emocional	0.7687720	0.8058471	0.7852042
	Expresiones somáticas de miedo	0.8092837	0.8622969	0.8395061
Impulsividad	Motora	0.7925198	0.8396052	0.7901823
	No planificada	0.8802332	0.9058447	0.8791983
	Atencional	0.7526848	0.7962698	0.7889490

1Nota: α : coeficiente alfa, (ω): omega mcdonald's

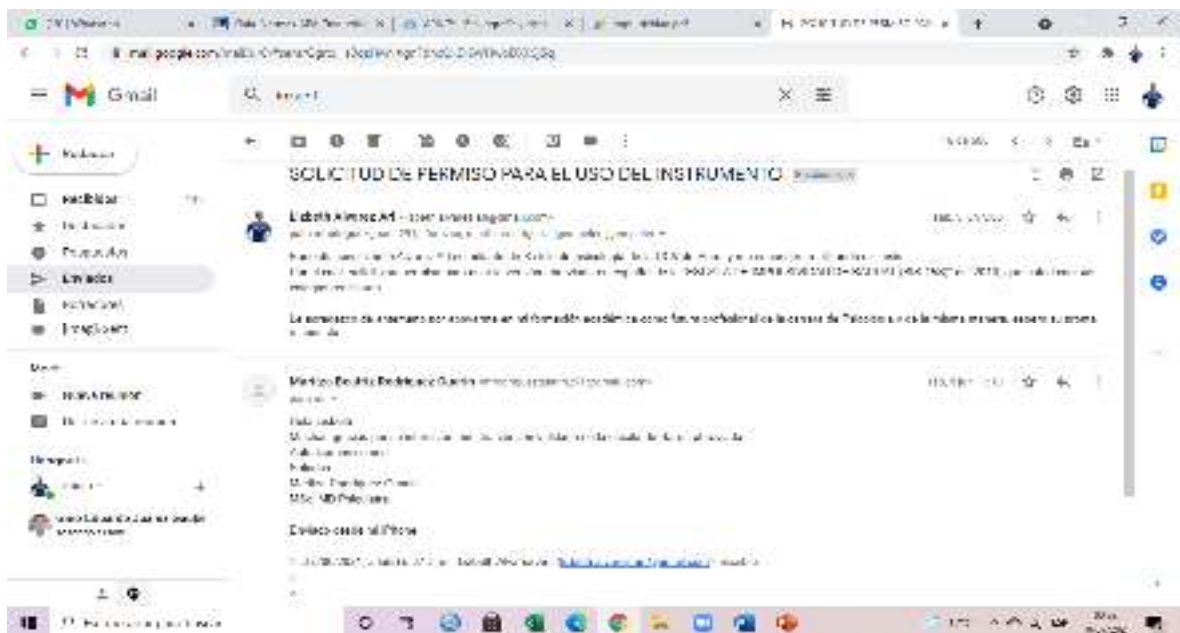
ANEXO 11

Autorización de uso del instrumento 1



ANEXO 12

Autorización de uso del instrumento 2



ANEXO 13

Consentimiento informado

Estimado(a) participante, con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es Lizbeth Vanesa Alvarez Ari, estudiante de la Escuela profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, Lima Este. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre "Miedo al COVID-19 e impulsividad en jóvenes y adultos en una muestra nacional"; y para ello quisiera contar con su valiosa participación. El proceso consiste en la aplicación de la Escala de miedo al coronavirus (COVID-19) y la Escala de Impulsividad de Barrat.

Tu participación es completamente voluntaria y anónima, la información obtenida a partir de sus respuestas en las pruebas tendrá un carácter confidencial, no se comunicarán a terceras personas y se utilizarán únicamente para propósito de este estudio. Se anticipa que su participación no representa ningún riesgo físico, ni mental; no recibirá compensación alguna y no se entregarán resultados. Del mismo modo puedo negarme a participar si así lo decido.

Tomando en consideración lo indicado anteriormente ¿OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Si

No